



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

**ESTUDIO DE CASO: APLICADO A UNA PACIENTE FEMENINA CON
ESPONDILOARTROSIS + CERVICALGIA POSTRAUMÁTICA DE
ACUERDO A LA TEORÍA DE OREM**

Que para obtener el grado de:

Enfermera Especialista En Rehabilitación

Presenta:

L.E. PÉREZ SANJUANERO JESSICA JANET

Con la Asesoría de M.A. Carolina Velázquez Arriaga



CIUDAD DE MÉXICO, 2019



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.

ESTUDIO DE CASO

Enfermería en Rehabilitación



Reconocimientos

Agradezco a Dios por brindarme vida, salud y la fortaleza suficiente para levantarme cada día; y poder vivir ésta experiencia para mi formación académica.

A mi madre por apoyarme en todo.

A mi padre, mi ángel guardián desde el cielo.

A la señora E.A.C. por recibirme en su casa y permitirme realizar este estudio de caso.

A la Mtra. Carolina por ayudarme a la realización de éste estudio de caso.

INDICE

| | |
|---|----|
| I. INTRODUCCIÓN..... | 5 |
| II.OBJETIVOS..... | 6 |
| III.FUNDAMENTACIÓN..... | 7 |
| 3.1 Antecedentes..... | 18 |
| IV. MARCO CONCEPTUAL..... | 20 |
| 4.1 Conceptualización de enfermería..... | 20 |
| 4.2 Paradigmas..... | 20 |
| 4.3 Teoría de enfermería..... | 21 |
| 4.4 Teorías de otras disciplinas..... | 25 |
| 4.5 Proceso de enfermería..... | 26 |
| V. METODOLOGÍA..... | 27 |
| 5.1 Estrategias de Investigación: Estudio de caso..... | 27 |
| 5.2 Selección del caso y fuentes de información..... | 27 |
| 5.3 Consideraciones éticas..... | 29 |
| VI. PRESENTACIÓN DEL CASO..... | 37 |
| 6.1 Descripción del caso..... | 37 |
| 6.2 Antecedentes generales de la persona..... | 38 |
| VII. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA..... | 38 |
| 7.1 Valoración..... | 38 |
| 7.1.1 Valoración focalizada..... | 45 |
| 7.1.2 Análisis de estudios de laboratorio y gabinete..... | 45 |
| 7.1.3 Jerarquización de problemas..... | 46 |
| 7.2 Diagnósticos de enfermería..... | 47 |
| 7.3 Problemas interdependientes..... | 47 |
| 7.4 Planeación de los cuidados..... | 48 |
| 7.4.1 Objetivo de la persona..... | 48 |
| 7.4.2 Objetivo de enfermería..... | 48 |
| 7.4.3 Intervenciones de enfermería..... | 48 |
| 7.5 Ejecución..... | 64 |
| 7.5.1 Registro de las intervenciones..... | 64 |
| 7.6 Evaluación..... | 67 |
| 7.6.1 Evaluación de las respuestas de la persona..... | 67 |
| 7.6.2 Evaluación del proceso..... | 67 |
| VIII. PLAN DE ALTA..... | 74 |
| IX. CONCLUSIONES..... | 76 |
| X. SUGERENCIAS..... | 77 |
| BIBLIOGRAFÍA..... | 78 |
| ANEXOS..... | 83 |

I. INTRODUCCIÓN

Hoy por hoy los problemas osteoarticulares han tenido un aumento considerable en nuestro país debido a trabajo excesivo y falta de prevención. Ahora bien, hablando de la población de adultos mayores; ellos están más propensos a sufrir alteraciones osteoarticulares por desgaste articular, falta de higiene postural, y/o actividades que no están acordes a su fuerza física y que han aparecido como causa de años de esfuerzo físico y falta de prevención como se menciona anteriormente.

El siguiente trabajo aquí plasmado es un estudio de caso realizado a una persona adulta mayor de 73 años con espondiloartrosis y cervicalgia postraumática, la cual además es candidata a prótesis de cadera derecha. Dicho estudio de caso es realizado en base a la teoría de autocuidado de Dorothea Orem.

Este trabajo es evidencia del papel que cumple un enfermero(a) especialista en rehabilitación; además, tomando en consideración que la persona de este estudio de caso forma parte de nuestra población de adultos mayores; dichas intervenciones servirán como guía para futuras generaciones que busquen realizar un cuidado integral a una persona con una afectación de esta índole o similar, así mismo para prevención de alguna afección de este tipo en nuestros adultos mayores. Pues la espondiloartrosis, es una afección degenerativa, la cual causa dolor, rigidez articular e inestabilidad lumbar principalmente y por ende llevará a una interrupción en las actividades de la vida diaria de la persona.

II. OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO

Objetivo general

Desarrollar un estudio de caso: aplicado a una paciente femenina con espondiloartrosis + cervicalgia postraumática de acuerdo a la teoría de Orem

Objetivos específicos

- Realizar la recolección de datos de la persona por medio de una valoración.
- Realizar la jerarquización de problemas de la persona de acuerdo a los problemas y déficits de autocuidado.
- Elaborar diagnósticos de enfermería especializada en rehabilitación de acuerdo a los déficits de autocuidado alterados.
- Elaborar un plan de cuidados especializados en rehabilitación y ejecutarlos en la persona y así mejorar su calidad de vida y reintegración a sus actividades de la vida diaria.
- Realizar un plan de alta para que la persona pueda prevenir posibles complicaciones de su patología, y así promover su autocuidado.

III. FUNDAMENTACIÓN

Espondiloartrosis (EspA)

La espondiloartrosis o espondilosis es un término general que se usa para mencionar el desgaste que afecta a los discos que se encuentran entre las vértebras de la columna como el resultado de un proceso de enfermedad y el envejecimiento.

El término puede ser usado para describir la degeneración de los discos en:

- Cuello (espondiloartrosis cervical)
- Espalda media (espondiloartrosis torácica)
- Espalda baja (espondiloartrosis lumbar)¹

Etiología:

Factores locales: anomalías congénitas, sobrecarga articular, traumatismos, dismetrias, defectos de alineación, compresión continua del cartílago articular y afecciones morfológicas adquiridas.

Factores generales: alteraciones metabólicas, laxitud articular, trastornos endocrinos, edad, sexo, obesidad, dieta y herencia.

Obesidad

El sobrepeso aumenta la presión sobre una articulación y esto induce a la rotura de cartílago.

Ocupación y actividad

Posturas prolongadas, cargas excesivas de peso, repetidas extensiones y flexiones de columna. Las condiciones deficientes del hueso subcondral producen un deterioro de la articulación, aunque el trabajo no sea excesivo.

Densidad mineral ósea

Pacientes con mayor densidad mineral ósea tienen un riesgo más elevado de padecer espondiloartrosis. Una masa ósea reducida puede incrementar la capacidad ósea de absorción de vibraciones del hueso yuxta articular y proteger el cartílago articular.

¹ Sánchez, Tania. ¿Qué es la cervicalgia? Información, causas, síntomas y tratamiento. Premium Madrid. Global Health Care. Madrid. 2016. Consultado el: 11/11/18. Disponible en: <https://rehabilitacionpremiummadrid.com/blog/tania-sanchez/cervicalgia-fisioterapia-y-rehabilitacion/>

Género y edad

Mayor afección género femenino, incremento de la espondiloartrosis a partir de los 50 años, pues hay cambios anatómicos de las articulaciones y alteraciones biomecánicas o bioquímicas que comprometen propiedades mecánicas del cartílago.

Factores nutricionales

Los condrocitos producen diversos radicales de oxígeno y el deterioro oxidativo puede ser relevante. Las moléculas antioxidantes como vitaminas C, E y D son beneficiosas para la espondiloartrosis.²

Debido a que la espondiloartrosis es un fenómeno que ocurre con el envejecimiento; puede desarrollar:

- **Espolones óseos:** Producción de cantidades adicionales de hueso, producido por el organismo para fortalecer la columna vertebral. Estos pueden pellizcar la médula y las raíces nerviosas.
- **Hernia de disco:** Aparecen grietas en los discos que presionan la médula espinal y raíces nerviosas.
- **Artrosis de las articulaciones.**
- **Ligamentos rígidos:** Son cordones de tejido que conectan los huesos entre sí; estos ligamentos se endurecen con la edad y el cuello se hace menos flexible.
- **Degeneración y debilidad de discos intervertebrales.**
- **Discos abultados.**

Signos:

- Dolor localizado en la zona de la espondiloartrosis. Generalmente dolor de espalda o cuello.
- Si se tiene un nervio pellizcado (hernia de disco):
 - El dolor puede extenderse hasta alguna extremidad ya sea brazos o piernas.
 - Causar entumecimiento y hormigueo.
 - Si el nervio está severamente pellizcado, se puede producir debilidad en extremidades.

² Larios-González XV, García-Carmona MA, Vega-Robles E., et. al. Rehabilitación en Espondiloartrosis. Medicina de Rehabilitación. 2013; 1 (2): 21-32. Consultado el: 11/11/18. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Salvador_Macias-Hernandez/publication/260547429_La_Rehabilitacion_Medica_investigador_o_morir/links/02e7e53743acd8ad0a000000/La-Rehabilitacion-Medica-investigador-o-morir.pdf

Síntomas:

Dependerán de la localización de la degeneración de los discos:

Área Cervical

- Dolor de cuello que puede extenderse hacia los hombros y brazos.
- Debilidad en las extremidades (en caso de la existencia de un espolón).
- Dificultad para tragar (poco común).

Área Torácica

- Dolor cuando se flexiona hacia adelante y con la hiperextensión.

Área Lumbar

- Dolor y rigidez por la mañana.
- Periodos largos en una sola posición (por ejemplo, estar sentado) pueden causar dolor debido a la presión de las vértebras.
- Realizar movimientos como levantar cosas o inclinarse pueden aumentar el dolor.
- Dolor en la parte baja de la espalda que puede irradiarse a las piernas y pie.

Diagnóstico:

Examen físico

- Comprobación del rango de movimiento en la zona problemática.
- Prueba de reflejos y la fuerza muscular para saber si hay presión sobre nervios de la médula espinal.
- Observar si la compresión de la médula está afectando en su marcha.

Pruebas de imagen

- **Radiografías:** Muestran anomalías tales como espolones óseos, tumores, infección o fracturas.
- **Tomografía computarizada:** Proporciona imágenes detalladas, especialmente de los huesos.
- **Resonancia magnética:** Puede ayudar a identificar áreas en las que podrían estar pellizcados nervios.
- **Mielografía:** Se inyecta un tinte en el canal espinal para proporcionar más detalles en la radiografía.

Pruebas de función nerviosa

En ocasiones, el médico podría recomendar pruebas para determinar si las señales nerviosas viajan adecuadamente a los músculos. Algunas son:

- **Electromiografía:** Mide la actividad eléctrica de los nervios.
- **Estudios de conducción nerviosa:** Los electrodos están unidos a la piel por encima del nervio para ser estudiado. Una pequeña descarga se hace pasar a través del nervio para medir la fuerza y la velocidad de las señales nerviosas.

Tratamiento:

No existe tratamiento para revertir el proceso de la espondiloartrosis porque es un proceso degenerativo. Los tratamientos de la espondiloartrosis se orientan al dolor.

Medicamentos

Varios medicamentos pueden usarse en conjunto durante la primera fase de tratamiento para tratar el dolor y la inflamación.

- **Paracetamol.** Recetado para el dolor leve.
- **Antinflamatorios no esteroideos.** A menudo se recetan en conjunto con el paracetamol. son el ibuprofeno y naproxeno.
- **Relajantes musculares.** Ciclobenzaprina o carisoprodol se receta en casos de espasmos musculares dolorosos.
- **Corticoides.** Si el dolor es severo el médico podría sugerir inyecciones de esteroides.

Rehabilitación:

Terapia física

Desempeña un papel fundamental en el manejo de la artrosis, sus objetivos son disminuir el dolor y la rigidez articular, mantener y fomentar la fuerza y el tónus muscular, así como mejorar la movilidad y biomecánica articular. Utiliza técnicas como termoterapia, hidroterapia, masajes y programa de ejercicio físico adecuado a cada situación.

Fase Aguda

- Reposo 48hrs en lumbalgias y lumbociatalgias.
- Almohada baja en cervicalgias y cervicobraquialgias.
- Ortesis: Se pueden utilizar collarines tanto rígidos como blandos, fajas o corsés semi rígidos con refuerzos posteriores de ballenas metálicas en la zona dorsolumbar o lumbosacra. Utilizar con precaución para evitar atrofia muscular.

Fase Subaguda

- Termoterapia: Efecto analgésico
- Electroterapia analgésica no térmica: TENS.
- Hidroterapia: efecto mecánico y térmico (hidrocinesiterapia, baños en remolino, masaje subacuático, chorros y ducha escocesa).
- Masoterapia: disminuye el edema, produce vasodilatación, relajación muscular y analgesia.
- Tracciones vertebrales: disminuyen presión sobre las emergencias radiculares. Se debe realizar una prueba de tracción previamente.
- Crenoterapia, talasoterapia y helioterapia.

Fase Intercrítica

- Cinesiterapia: para lograr una estática raquídea adecuada a través de una musculatura apropiada, logrando una flexibilidad raquídea aceptable, con reeducación cinética útil en las actividades básicas de la vida humana
- Actividad física regular: con el fin de mejorar la capacidad funcional, prevenir osteoporosis y daños al sistema osteomuscular.
- Ejercicios isométricos para columna cervical.
- Fortalecimiento de músculos abdominales, glúteos y paravertebrales.
- Ejercicios para incrementar la flexibilidad raquídea.
- Higiene articular y ergonomía.

Adecuación del entorno:

Los pacientes más incapacitados se benefician de una adecuación del medio en que se mueven y de realizar pequeñas modificaciones de su hábitat (elevar altura de las sillas e inodoro, agarraderos en el cuarto de baño, etc.)³

Terapias adyuvantes:

- **Quiropráctica.** La manipulación quiropráctica puede ser útil en algunas personas en el primer mes del dolor. Sin embargo, para ciertos pacientes no es recomendada por razones de seguridad. Especialmente en pacientes con artritis inflamatorias que implica la columna vertebral y espondiloartrosis reumatoide.
- **Acupuntura.** Consiste en la inserción de agujas muy finas en varias profundidades en áreas específicas del cuello. El médico podría recomendar tratar con acupuntura para reducir el dolor.⁴

³ Ibidem p.8

⁴ Santos, Rogelio Dr. Espondiloartrosis. Hospital Christus Muguerza. Monterrey, N.L. 2015. Consultado el: 20/11/17 Disponible en: <http://santostraumatologiamty.com/espondiloartrosis/>

Cirugía:

Si el tratamiento no quirúrgico no funciona, la cirugía podría involucrar:

- Extracción de un disco o la hernia.
- Extracción de parte de una vertebra
- Fusión de un segmento usando injerto de hueso.⁵

⁵ *Ibidem*, p. 7.

Hipertensión arterial sistémica (HTA)

En México y en otros países del mundo prevalece la hipertensión arterial, una enfermedad crónica no transmisible o enfermedad crónica esencial de la persona mayor. Dicho padecimiento es un factor de riesgo cardiovascular que se ha incrementado exponencialmente en las últimas décadas, de etiología multifactorial y a veces asintomática en sus fases iniciales, por lo que es importante detectarla a tiempo para evitar otras complicaciones.

La hipertensión arterial es el factor de riesgo más importante a la hora de contraer enfermedades cardiovasculares, que cuando se asocian a otros trastornos, por ejemplo, obesidad, colesterol elevado, consumo de alcohol o tabaco, hace que aumente la probabilidad de padecer una complicación grave cardíaca, neurológica o de cualquier otro órgano.⁶

Signos y síntomas:

De acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT), se sabe que poco más de 60% de los pacientes desconocen que son hipertensos, ya que generalmente es una enfermedad que no muestra síntomas o estos son inespecíficos.

Entre los síntomas que pueden presentar son: dolor de cabeza, zumbido de oídos, falta de aire, alteraciones en la visión como manchas volando frente a los ojos, hemorragia nasal o de los ojos, palpitaciones, sensación de fatiga y cansancio e incluso impotencia y alteraciones del sistema nervioso.

Complicaciones:

Están relacionadas directamente con la magnitud del aumento de la presión arterial y el tiempo de evolución de la enfermedad, motivo por el cual es de vital importancia la detección y el tratamiento temprano de la presión arterial elevada, así como de las condiciones concomitantes como diabetes, tabaquismo o elevación anormal de la frecuencia cardíaca.⁷

⁶ Can Valle AR, Sarabia Alcoce B. Prevalencia de hipertensión arterial en las personas mayores de la Ciudad de San Francisco de Campeche. Revista Iberoamericana de las Ciencias de la Salud. 2016; 5 (10). Consultado el: 27/11/18. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v60n3/0036-3634-spm-60-03-233.pdf>

⁷ Federación Mexicana de Diabetes. Hipertensión arterial (internet). Mayo 13, 2016. Consultado el:27/11/18. Disponible en: <http://fmdiabetes.org/hipertension-arterial-mexico/>

Cuidados de Enfermería:

- Identificación de factores de riesgo
- Monitoreo de la presión arterial
- Educación para cambio del estilo de vida que incluya:
 - Restricción de la ingesta de sal.
 - Moderación en el consumo de alcohol.
 - Modificación en la dieta diaria
 - Reducción y control del peso.
 - Actividad física regular.
 - Abandono del tabaco.
 - Manejo de estrés
 - Adherencia terapéutica
- Educación a la persona acerca de las posibles complicaciones de la hipertensión arterial con y sin tratamiento.⁸

⁸ Intervenciones de enfermería para la atención integral del adulto con hipertensión arterial. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 26 de marzo de 2015. Consultado el: 27/11/18. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/739GER.pdf>

Coxartrosis bilateral de cadera

La artrosis se refiere cuando existe una degeneración o desgaste del cartílago hialino presente en cada extremo de una articulación. Este cartílago recubre a la articulación proporcionando protección contra deslizamientos y rodamientos de una articulación sobre otra, así como amortiguación de cargas. Un desequilibrio por traumatismo, defecto genético e incluso mal uso de la articulación con movimientos repetitivos teniendo alteraciones mecánicas, produce la disminución en la nutrición y capacidad de retener agua del cartílago, provocando un desgaste a su vez progresivo.

A medida que la persona envejece, la frecuencia de la artrosis de cadera va aumentando. Pero no es solo la edad el factor que hace aparecer la artrosis, también lo hace el uso y algunas patologías locales y generales. La cadera joven presenta un cartílago liso, transparente, grueso y de color acerado. Con el uso, este cartílago va disminuyendo de espesor, se hace opaco, de menor elasticidad, menos brillante y amarillento. En las superficies de carga se hace menos liso.

Sobre los 55 años se pueden observar ulceraciones (huecos) y erosiones que dejan al hueso subcondral (debajo del cartílago) sin su cubierta cartilaginosa, sin que medie ninguna alteración patológica conocida, sólo debido al uso (envejecimiento articular).

Síntomas:

Dolor

Se manifiesta en la **ingle**, en el **muslo**, en la parte interna de los muslos (aductores) e incluso en las **rodillas**.

El dolor es de actividad, desapareciendo o disminuyendo con el reposo, sin embargo, primero presenta incapacidad y rigidez con dolor leve a la hora de levantarse de una silla, luego ceden mientras continúa la caminata, reapareciendo el dolor con mayor intensidad luego de un tiempo, es cuando tendrá que guardar reposo.

Incapacidad grave

Afecta la facilidad con la que se mueve, caminar, agacharse, cruzar las piernas etc. Cada vez es más difícil realizar este tipo de movimientos sin dolor.

Claudicación

Comienza leve y casi inaparente, hasta hacerse muy notable debido al aumento del dolor, por la falta de musculatura, especialmente el glúteo medio y el acortamiento aparente por mayor rigidez en flexo-aducción de la cadera.⁹

Rehabilitación:

Agentes físicos en rehabilitación en pacientes reumáticos¹⁰

| | |
|-----------------------|--|
| Mecánicos | Reposo - Ejercicio El reposo debe ser relativo, se protegen las articulaciones, es decir, las que están inflamadas, y se indican periodos de reposo cortos durante la actividad del día. La actividad precoz mejora la fuerza de agarre. |
| Térmicos | Calor - Frio El calor puede ser superficial como el que se obtiene con los paquetes calientes, las lámparas de rayos infrarrojos. Este calor penetra unos pocos mm y permite elevar el umbral del dolor. Produce sedación y analgesia, disminuye la rigidez articular y el espasmo muscular. El calor profundo puede ser útil en las articulaciones no inflamadas para disminuir las contracturas y mejorar los arcos de movimiento |
| Hidroterapia | La hidroterapia ha sido útil para mejorar los arcos de movimientos articular combinado con ejercicio de resistencia |
| Electroterapia | La electroterapia utiliza la corriente eléctrica con fines analgésicos y en la reeducación motora de los músculos. Los electro estimuladores subcutáneos son dispositivos que tienen electrodos que se fijan al enfermo para aplicar las corrientes analgésicas. Estos electrodos se colocan en zonas vecinas al lugar doloroso El principio terapéutico se basa en la teoría de la compuerta, donde los impulsos eléctricos bloquearían los dolorosos en su entrada en la médula espinal. La estimulación farádica de la musculatura mantiene su función evitando las atrofas musculares. La estimulación eléctrica cutánea se utiliza para disminuir el dolor en la articulación, es útil cuando se acompaña de neuropatía. |
| Ultrasonido | El ultrasonido utiliza vibraciones mecánicas de alta frecuencia que producen estimulación celular. Constituye una de las formas de administrar calor profundo. |
| Magnetoterapia | La magnetoterapia utiliza campos magnéticos pulsátiles de baja frecuencia que, en algunas ocasiones, proporciona alivio del dolor. |
| Laserterapia | La laserterapia también es una forma de administrar calor con fines terapéuticos, asignándosele utilidad como elemento antiinflamatorio. El láser blando es útil para disminuir el dolor en pacientes con AR. |
| Ortesis | Las ortesis son aparatos que ayudan a mantener la ortoposición en una zona determinada del cuerpo. Son ejemplo de ortesis los collarines cervicales, fajas lumbares, plantillas ortopédicas para los pies, férulas de ortoposición y descanso. En general, las ortesis inmovilizadoras deben combinarse con ejercicios de mantenimiento o ampliación de los arcos articulares de movimiento o del trofismo muscular |

⁹ Junquera, Mikel. Artrosis de cadera o coxartrosis. Síntomas, diagnóstico y tratamiento de fisioterapia.2015. Fisioterapia online. Consultado el: 10/06/2018. Disponible en: https://pro.fisioterapia-online.com/articulos/artrosis-de-cadera-o-coxartrosis-sintomas-diagnostico-y-tratamiento-de-fisioterapia?utm_campaign=cookie

¹⁰ Hernández Martín, Annia Daisy, Puerto Noda, Ibars, Morejón Barroso, Omar, Méndez Rodríguez, Sandra Nancy, Guía clínica para la rehabilitación de los pacientes con enfermedades reumáticas. MediSur [en línea] 2017, 15. Consultado el: 28 de noviembre de 2018. Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180049913018>> ISSN

Cuidados de Enfermería:

- Valoración del dolor
- Sugerir medidas para manejo del dolor, como calor local
- Higiene articular:

Recomendar:

- Evitar dormir en decúbito prono.
- Hacer movimientos con la espalda recta.
- Girar las piernas en bloque.
- Al estar sentado utilizar un apoyo lumbar.
- Flexionar las rodillas al agacharse.
- Evitar pesos. (Si hay que llevar, repartirlos o trasportarlos próximos al cuerpo). - Evitar subir y bajar escaleras.

- Enseñanza acerca del proceso de la enfermedad
- Sugerir medidas para el control de peso, e implementación de medidas nutricionales en su vida diaria
- Usar un calzado cómodo también es fundamental, para evitar adoptar posturas incorrectas.
- Recomendar, ejercicio físico moderado y frecuente. Ej. 30 min de paseo/día.
- Favorecer la adherencia, ayudando a integrar la actividad física en la rutina del paciente.
- Permitir al paciente que escoja la actividad que le apetezca siempre y cuando no implique carga sobre las articulaciones, y mejore la fuerza muscular.
- Informarle de que cuando aparezca dolor ha de descansar.
- Implicar a la familia y amigos en la realización del ejercicio.¹¹

¹¹ Alba Hernández L. Artrosis y planes de cuidado de enfermería (Trabajo de fin de grado). Universidad de Zaragoza; 2012 (Consultado el: 14 Ene 2019). Disponible en: http://www2.unavarra.es/gesadj/servicioBiblioteca/tutoriales/Citar_referenciar_%28Vancouver%29.pdf

3.1 Antecedentes

Para este estudio de caso se consultaron artículos científicos en la red, en diversas bases de datos, tales como Redalyc, Elsevier, Medigraphic, Guías de práctica clínica, estudios de caso de enfermería en rehabilitación de la UNAM; se utilizaron palabras clave como: espondiloartrosis, dolor lumbar, dolor cervical, artrosis de columna, rehabilitación en artrosis, etc. La mayoría de información está enfocada a los tratamientos y antecedentes que tiene dicha patología. Algunos de los artículos consultados se mencionan a continuación.

Título del artículo: Prevalencia de comorbilidades y factores de riesgo para las comorbilidades en pacientes con espondiloartritis en América Latina: un estudio comparativo con la población general y datos del estudio ASAS-COMOSPA.

Se trata de un estudio, donde se analizaron los datos de 390 pacientes con Espondiloartrosis inscritos en el estudio de Evaluación de la Sociedad Internacional de Comorbilidades de Espondiloartrosis de Argentina, Colombia y México. Dicho estudio arrojó como resultados que el 64% de los pacientes eran hombres, con edad media de 45 años; y las comorbilidades más comunes fueron hipertensión arterial (25%), hipercolesterolemia (21.5%) y osteoporosis (9.4%). La prevalencia de hipertensión arterial en Colombia y México fue del 21.4% y fue mayor que en la población general (12.5%). Así pues, concluye que las personas con espondiloartrosis tienen mayor riesgo de padecer hipertensión arterial en comparación con la población general.¹²

Título del artículo: Artrosis Guía de actuación clínica en A.P.

Esta literatura nos habla acerca del costo socioeconómico que implica la artrosis en España, pues esta es la causante del 89% de la invalidez en las personas. Así mismo, esta guía presenta un panorama general de la artrosis, definición, diagnóstico, tratamiento, la importancia de la terapia física y rehabilitación para la persona, así como las actividades que debe proporcionar el personal médico y el personal de enfermería para un buen seguimiento, control de esta patología y poder brindar una mejor calidad de vida en la persona para la realización de sus actividades de la vida diaria.¹³

¹² Bautista-Molano W, Landewé R, Burgos-Vargas R. et.al. Prevalencia de comorbilidades y factores de riesgo para las comorbilidades en pacientes con espondiloartritis en América Latina: un estudio comparativo con la población general y datos del estudio ASAS-COMOSPA. *J Rheumatol*. 2018 Feb;45(2):206-212. Consultado el: 28/11/18. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29247152>

¹³ Cano-Montoro J, Cases-Gómez I. Artrosis. Guía de actuación clínica en A.P. Ecuador. (internet). 2013. P.217-232. Consultado el: 20 de enero 2018. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/3819796/Guías-de-actualización-clínica>

Título del artículo: Rehabilitación en la Espondiloartrosis

Esta literatura nos da un panorama general y detallado acerca de la rehabilitación que debe emplearse en una persona con espondiloartrosis en cada una de sus fases; esto es de gran utilidad para el personal médico o de enfermería especializado para poder abordar a la persona con un enfoque humanizado; de igual forma nos explica que sucede con el cuerpo sino recibe dicha rehabilitación, lo cual es importante, pues con ello podemos dar educación para la salud oportuna y ayudar a la persona y/o familiares para concientizar para que tengan un apego al tratamiento no farmacológico.¹⁴

Título del artículo: Prevalencia de comorbilidades y evaluación de su cribado en espondiloartritis: resultados del estudio internacional transversal ASAS-COMOSPA

Se trata de un estudio internacional transversal con 22 países participantes (de cuatro continentes), muestra a 3984 pacientes, los cuales han informado un aumento del riesgo de algunas comorbilidades en la Espondiloartritis (SpA); y encontraron que las comorbilidades más frecuentes fueron osteoporosis (13%) y úlcera gastroduodenal (11%). Así mismo, encontraron como los factores de riesgo más frecuentes: hipertensión (34%), tabaquismo (29%) e hipercolesterolemia (27%). Como conclusión tenemos que la aplicación rigurosa de la evaluación sistemática de las comorbilidades puede permitir una detección más temprana.¹⁵

Título del artículo: Relación del sobrepeso y la obesidad con la presencia de alteraciones posturales lumbares

Se trata de un estudio en donde se incluyeron a 1528 personas, todos miembros masculinos del Ejército Nacional, quienes fueron valorados en el Centro de Investigación de la Cultura Física del Ejército. Se determinaron sus condiciones antropométricas de peso, talla e IMC, y con la ayuda de un fisioterapeuta valoraron las características posturales lumbares en el aspecto morfológico. Trabajaron con medidas epidemiológicas de frecuencia, fundamentalmente prevalencias encaminadas a determinar el porcentaje de personas de la población de estudio con sobrepeso y con problemas posturales lumbares de orden morfológico, y para establecer la relación entre las condiciones de sobrepeso y obesidad con la presencia de problemas morfológicos lumbares. Como resultado encontraron que las personas con un IMC mayor a 25 puntos registraron un aumento en la curvatura vertebral lumbar, mientras que las personas sin sobrepeso u obesidad tenían la misma condición de la curvatura lumbar.¹⁶

¹⁴ González-Pozas A, Ruiz-Fernández M.A. et al. La Rehabilitación en la Espondiloartrosis. JANO. 2004; Vol. LXVI. No. 1504. P36-39. Consultado el: 20/12/17. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-fis/agentes_y_espondiloartrosis.pdf

¹⁵ Moltó A, Etcheto A, van der Heijde D. et al. Prevalence of comorbidities and evaluation of their screening in spondyloarthritis: results of the international cross-sectional ASAS-COMOSPA study. *Annals of the Rheumatic Diseases (internet)*.2016 (consultado 30 Dic 2017); **75**:1016-1023. Disponible en: <http://ard.bmj.com/content/75/6/1016.citation-tools>

¹⁶ Mejía Pinzón, Lizeth Paola, Baquero Sastre, German Augusto, Ortiz González, Mauricio, Relación del sobrepeso y la obesidad con la presencia de alteraciones posturales lumbares. Revista Científica "General José María Córdova" [en línea] 2011, 9. Consultado el: 30 de noviembre de 2018. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=476248850013> ISSN 1900-6586

IV. MARCO CONCEPTUAL

4.1 Conceptualización de enfermería

Enfermería se define como la ciencia que estudia las respuestas humanas a las situaciones de salud, promoviendo el mayor grado de capacitación y desarrollo de las personas, mediante la práctica de autocuidados eficientes, para alcanzar su proyecto vital.

Los cuidados de enfermería que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos incluyen la promoción de la salud, prevención de enfermedades y los cuidados de los enfermos, discapacitados y personas moribundas.

Las funciones esenciales de enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la salud y la gestión de los pacientes y los sistemas de salud y formación.¹⁷

4.2 Paradigmas

Se define paradigma como un marco teórico-metodológico que utiliza el investigador para interpretar los fenómenos sociales en el contexto de una determinada sociedad. Los paradigmas ofrecen un camino para la construcción de conocimientos, con ellos se dan herramientas útiles para el abordaje de los diferentes fenómenos y su contribución al desarrollo de la ciencia. Diferenciándose por su concepción del mundo y, desde una perspectiva científica, por la relación entre la relación sujeto (investigador) y objeto (fenómeno de estudio).

Existen tres paradigmas, estos, desarrollan cuatro orientaciones generales sobre la disciplina enfermera y van dirigidas al ámbito de la salud pública, enfermedad, persona y apertura al mundo. Dichas orientaciones son elaboradas en relación a: persona, entorno, salud/enfermedad.

El Paradigma de la Categorización

Tiene como eje central la teoría de Florence Nightingale: La Enfermería Moderna; ella habla sobre la importancia del entorno, y cómo el mismo puede ser manipulado y controlado.

En este paradigma se distinguen dos orientaciones, una centrada en la salud pública, que se interesa en la persona y la enfermedad y otra centrada en la enfermedad y unida a la práctica médica.

¹⁷ Consejo Internacional de Enfermería (internet). 2013. La definición de enfermería. Consultado el 20 de diciembre de 2017. Disponible en: <http://www.icn.ch/es/who-we-are/icn-definition-of-nursing/>

El Paradigma de la Integración

Este paradigma surge como una prolongación del paradigma de la categorización, ya que las concepciones del modelo exclusivamente biomédicas se van transformando en orientaciones dirigidas hacia la visión global de la persona como centro de la práctica de enfermería.

Surgen nuevas teorías (teoría de la motivación, del desarrollo y de los sistemas) y hay una evolución del pensamiento donde reconoce 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.

El 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. 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.¹⁸

4.3 Teoría de enfermería

Teoría General de Enfermería de Dorothea Orem

Se expresa mediante 3 teorías:

1. Teoría del Autocuidado
2. Teoría del Déficit de Autocuidado
3. Teoría de los Sistemas de Enfermería

Metaparadigma de Orem

Dorothea E. Orem definió los siguientes conceptos como su metaparadigma:

Persona: Concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como un todo integral dinámico con capacidad para conocerse, utilizar

¹⁸ Sanabria-Triana L., Otero-Ceballos M. Los paradigmas como base del pensamiento actual en la profesión de enfermería. Rev Cubana Educ Med Super. 2012;16(4). Consultado el: 28/11/18. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol16_4_02/ems07402.htm

las ideas, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado dependiente.

Salud: Lo considera como la percepción del bienestar que tiene una persona. 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.

Enfermería: Es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales.

Entorno: Lo reconoce como el conjunto de factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender los autocuidados o sobre su capacidad de ejercerlo.

Conceptos

Agente de Autocuidado: Persona que lleva a cabo las acciones de autocuidado.

Agente de cuidado dependiente: Es una persona madura que reconoce requisitos de autocuidado a los que puede responder por sí mismo brinda cuidado que, debido a su edad o a factores relacionados no puede realizar el autocuidado necesario para mantener la vida, un funcionamiento saludable, un desarrollo personal continuado y el bienestar.

Agencia de enfermería: Busca satisfacer o modificar los requisitos de autocuidado universal, de desarrollo o de desviación a la salud. La cual cuenta con conocimientos específicos.

Agencia de Autocuidado: Se refiere al acto de conocer y realizar acciones para el cuidado dependiente como el agente de autocuidado.

Agente de Autocuidado Terapéutico: Es representado por la enfermera, porque entra en acción cuando la persona genera demandas de autocuidado terapéutico, es decir, cuando sabe que requiere un tratamiento por parte de una persona con conocimientos específicos de salud.

Factores de Condicionamiento Básico: Son las características de todo individuo, que incluye propiedades específicas, las cuales son afectadas por factores ambientales y humanos. Dichos factores son 10: Orientación sociocultural, Disponibilidad y adecuación de los recursos. Factores del sistema familiar, Edad, Sexo, Etapa de desarrollo, Estado de salud, Factores ambientales, Factores del sistema familiar y Patrón de vida, actividades en las que se ocupa regularmente.

Requisitos de autocuidado universales: Representan las acciones humanas que se producen a partir de las condiciones internas y externas del individuo que mantiene la estructura y funcionamiento humano.

Requisitos de desarrollo: Son las expresiones más específicas y particulares de la persona que se deriva de una condición o están asociados a un acontecimiento de la vida (p.ej. la muerte).

Requisitos de autocuidado en la desviación en la salud: Son los que existen para personas que están enfermas o lesionadas, que tienen enfermedades específicas incluyendo, malformaciones e incapacidades, pero, además, están bajo diagnóstico y tratamiento médico.¹⁹

1. Teoría del autocuidado

El autocuidado es un concepto introducido por Dorothea E. Orem en 1969. Estableció la teoría del déficit de autocuidado como un modelo general compuesto por tres teorías relacionadas entre sí. La teoría del autocuidado, la teoría del déficit de autocuidado y la teoría de los sistemas de enfermería, como un marco de referencia para la práctica, la educación y la gestión de la enfermería.

La teoría establece los requisitos de autocuidado, que además de ser un componente principal del modelo forma parte de la valoración del paciente, el término requisito es utilizado en la teoría y es definido como la actividad que el individuo debe realizar para cuidar de sí mismo, Dorotea E Orem propone a este respecto tres tipos de requisitos:

A. Requisitos universales

1. Mantenimiento de un aporte de aire suficiente
2. Mantenimiento de un aporte de agua suficiente
3. Mantenimiento de un aporte de alimentos suficiente
4. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos
5. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo
6. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción humana

¹⁹ Naranjo Hernández Ydalsys, Concepción Pacheco José Alejandro, Rodríguez Larreynaga Miriam. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Gac Méd Espirit [Internet]. 2017 Dic; 19(3): 89-100. Consultado el: 02/12/18. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009&lng=es.

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

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

Estos requisitos generan acciones que producen acondicionantes internas y externas que mantienen la estructura y funcionamiento humano, los cuales a su vez apoyan al desarrollo y maduración humana.

B. Requisito del desarrollo

Están asociados con los procesos de desarrollo humano, así como las condiciones de eventos que ocurren durante diversos estados del ciclo vital, eventos que pueden afectar adversamente el desarrollo. Los requisitos de desarrollo son expresiones especializadas de los universales que han sido particularizados para los procesos de desarrollo o son nuevos, derivados de una condición (p. ej. El embarazo) o asociados a un acontecimiento (p. ej. Pérdida del cónyuge o pariente).

C. Requisitos de desviación de la salud

Están asociados con defectos de constitución corporal, genética y desviaciones humanas, estructurales y funcionales, con sus efectos, medidas de diagnóstico y tratamiento médico.

- a) Buscar y asegurar la ayuda médica
- b) Tener conciencia y prestar atención a los efectos y resultados de estados patológicos; incluyendo los efectos sobre el desarrollo.
- c) Llevar a cabo efectivamente las medidas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación prescritas.
- d) Tener conciencia y prestar atención o regular los efectos de las medidas de cuidado prescritas por el médico que producen malestar o deterioros incluyendo los efectos sobre el desarrollo.
- e) Modificar el auto concepto para aceptarse a sí mismos como ser humano con un estado de salud particular y necesitando de formas específicas de cuidados de salud.
- f) Aprender a vivir con los efectos de las condiciones y estados patológicos.

2. Teoría del déficit de autocuidado

El término de déficit de autocuidado se refiere a la relación entre la agencia de autocuidado y las demandas de autocuidado terapéutico de los individuos en quienes las capacidades de autocuidado, debido a sus limitaciones, no están a la altura suficiente para satisfacer todos o algunos de los componentes de sus demandas de autocuidado terapéutico.

Los déficits de autocuidado se identifican como complementos o parciales, en donde al primero implica la falta de capacidad para satisfacer esta demanda de autocuidado terapéutico y en el segundo se hace referencia a la incapacidad de satisfacer algunas condiciones subyacentes a una demanda de cuidado terapéutico, los déficits de autocuidado están asociados no solo a las limitaciones de los individuos para realizar estas medidas de cuidados, sino también con la falta de validez o efectividad con que se lleven a cabo.

Los términos de agencia de autocuidado y agencia de cuidado dependiente se refieren a la capacidad de los individuos para cuidar de sí mismos y de otros.

La agencia de autocuidado es el proveedor en la satisfacción de los requerimientos continuos de cuidado de uno mismo y que regular procesos vitales mantiene y promueven la integridad de la estructura del funcionamiento y desarrollo humano y bienestar.

3. Teoría de los Sistemas de Enfermería

- a) **Sistema parcialmente compensatorio:** Cuando el individuo presenta algunas necesidades de autocuidado por parte de la enfermera, ya sea por limitación o incapacidad, por tanto, el paciente y la enfermera interactúan para satisfacer las necesidades.
- b) **Sistema totalmente compensatorio:** Cuando el individuo no puede realizar ninguna actividad de autocuidado. Implica una dependencia total.
- c) **Sistema de apoyo educativo:** Cuando el individuo necesita orientación y enseñanza para llevar a cabo el autocuidado; la enfermera ayuda al paciente con sus consejos, apoyo y enseñanzas en las medidas que sean necesarias para que el individuo sea capaz de realizar su autocuidado.²⁰

4.4. Teorías de otras disciplinas

No aplica.

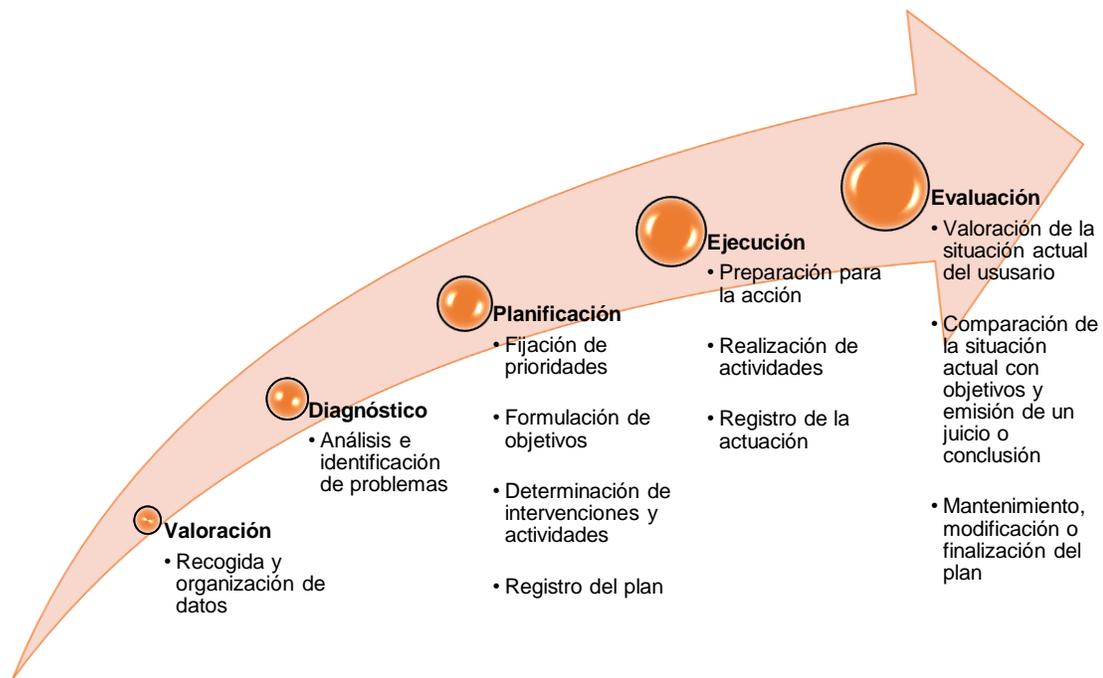
²⁰ Ostigüin-Meléndez RM, Velázquez-Hernández SM. Teoría General del Déficit de Autocuidado: Guía Básica Ilustrada. Manual Moderno. 2001. México

4.5 Proceso de Atención de Enfermería

El Proceso de Enfermería se define como “el sistema de la práctica de Enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el profesional de Enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud”.

Se caracteriza por ser sistemático, debido a que se realiza secuencialmente, de una forma cíclica, periódica y organizada; parte de la obtención de información por medio de la valoración, luego pasa por la etapa diagnóstica, de planeación y de ejecución y termina siempre con la evaluación.

También es un proceso dinámico, puesto que las necesidades de cuidado de las personas son cambiantes, mejoran, empeoran, aumentan, disminuyen, dependiendo de la situación de salud-enfermedad. Es oportuno, ya que se utiliza en un período de tiempo específico, con un plan de cuidado para cubrir necesidades puntuales, que al evaluarse puede modificarse o continuarse según la evolución del sujeto de cuidado.²¹



²¹ Reina G., Nadia Carolina, EL PROCESO DE ENFERMERÍA: INSTRUMENTO PARA EL CUIDADO. Umbral Científico [en línea] 2010, (Diciembre-Sin mes) : [Fecha de consulta: 2 de diciembre de 2018] Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30421294003>> ISSN 1692-3375

V. METODOLOGÍA

5.1 Estrategia de investigación: Estudio de caso

El Estudio de caso es un método útil para analizar diferentes situaciones clínicas, identificar puntos fuertes y débiles de la Relación de Cuidado establecida por la enfermera y plantear soluciones y estrategias para mejorarla. En enfermería, un estudio de caso permite la reflexión y el análisis sobre situaciones complejas clínicas o relacionales que podemos utilizar como fuente de aprendizaje y de propuestas de mejora que redunden positivamente en la atención ofrecida al paciente.

El estudio de caso puede utilizarse en dos escenarios complementarios de gran trascendencia para la generación de conocimiento aplicado y su transferencia: el ámbito clínico y el ámbito docente.

1. En el *ámbito clínico*, permite observar situaciones reales sucedidas en la práctica, lo que facilita el análisis de las acciones, procedimientos, actitudes, conocimientos y habilidades desarrolladas o aplicadas en la atención sanitaria, y así poder plantear intervenciones y estrategias para mejorarla.
2. En el *ámbito docente*, el alumno tiene diversidad de competencias, tanto en el trabajo clínico-asistencial (observación, juicio clínico y en gestión de cuidados), como en el desarrollo del trabajo intelectual (capacidad descriptiva, análisis-síntesis, pensamiento crítico, manejo de teorías, búsquedas bibliográficas, técnicas de investigación, etc.).²²

5.2 Selección del caso y fuentes de información

Se aborda a la persona E.A.C. de 73 años el día 13 de noviembre del 2017 en el servicio de Urgencias del Instituto Nacional de Rehabilitación, con el diagnóstico de cervicalgia postraumática + espondiloartrosis.

Fuentes de información:

Primaria: Entrevista con la persona y familiar

Secundaria: Artículos científicos

Se hace uso de consentimiento informado (Anexo 1)

²² Orkaizagirre Gómara Aintzane, Amezcuea Manuel, Huércanos Esparza Isabel, Arroyo Rodríguez Almudena. El Estudio de casos, un instrumento de aprendizaje en la Relación de Cuidado. *Index Enferm* [Internet]. 2014 Dic [citado 2018 Dic 02]; 23(4): 244-249. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962014000300011&lng=es.

Trascendencia

De acuerdo a la revisión bibliográfica consultada no se encontraron artículos científicos acerca de la atención de enfermería en personas con espondiloartrosis y/o cervicalgia. Sin embargo, fueron encontrados artículos acerca del tratamiento rehabilitador, enfocados en fisioterapia y no muchos ellos, actuales. De igual manera se encontró información médica que nos arroja un panorama general acerca de la patología, causas, tratamientos y los posibles pronósticos que pueden tener a largo plazo.

Por tanto, este estudio de caso puede ser utilizado como guía, o bien como un precursor para futuras generaciones, acerca del cuidado especializado de enfermería en estas personas.

Magnitud

De acuerdo al artículo de revisión publicado en 2013, del Instituto Mexicano del Seguro Social, la artrosis es la enfermedad articular más frecuente entre la población adulta, siendo en la actualidad un problema importante de salud pública.

Su detección radiológica, es del 52% en adultos para una sola localización, e incide sobre todo en las articulaciones interfalángicas, carpometacarpianas, columna vertebral, cadera, rodilla y primera metatarsfalángica. La artrosis de la columna lumbar se presenta en el 64% de los casos. En la columna vertebral afecta fundamentalmente a la zona cervical en torno a C5 y en la región lumbar especialmente en L3-L58. Está descrita la existencia de artrosis cervical hasta en un 80% de las personas mayores de 55 años; la artrosis lumbar es prácticamente constante a partir de los 55 años.

El coste socioeconómico de la artrosis está dado, no sólo por el gasto sanitario en sí mismo, sino porque constituye una causa de invalidez laboral. En el ámbito de la atención primaria constituye el 11º motivo de consulta.²³

Factibilidad

La persona presenta la mejor disposición para llevar a cabo el tratamiento junto con la Estudiante de Posgrado de Enfermería en Rehabilitación, así mismo la persona se adecua a los horarios de la estudiante, pudiendo realizar otras actividades en distintos horarios.

²³ Ibidem p.8

5.3 Consideraciones éticas

Decálogo de Enfermería

La observancia del código de Ética, para el personal de enfermería los compromete a:

1. Respetar y cuidar la vida y los derechos de los humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.
3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.
4. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
5. Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.
6. Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto como las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.
7. Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.
8. Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo con su competencia profesional.
9. Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.
10. Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.²⁴

²⁴ Enfermería. Iztacala (internet). México: Facultad de Estudios Superiores Iztacala;2013: (actualizado 25 Ene 2013; consultado el 25/11/18). Disponible en: http://enfermeria.iztacala.unam.mx/enf_decálogo.php

Derechos de los pacientes

1. Recibir atención médica adecuada.
2. Recibir trato digno y respetuoso.
3. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz.
4. Decidir libremente sobre tu atención.
5. Otorgar o no tu consentimiento válidamente informado.
6. Ser tratado con confidencialidad.
7. Contar con facilidades para obtener una segunda opinión.
8. Recibir atención médica en caso de urgencia.
9. Contar con un expediente clínico.
10. Ser atendido cuando te inconformes por la atención médica recibida.²⁵

Derechos de los enfermeros

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

²⁵ Gob.mx (internet). México: Secretaría de Salud; 2016 (actualizado Feb 2016; consultado el 25/11/18). Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/articulos/conoce-los-10-derechos-generales-de-los-pacientes>

8. Asociarse libremente para impulsar, fortalecer y salvaguardar sus intereses profesionales.
9. Acceder a posiciones de toma de decisión de acuerdo a sus competencias, en igualdad de condiciones que otros profesionistas, sin discriminación alguna.
10. Percibir remuneración por los servicios profesionales prestados.²⁶

Consentimiento informado

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.

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.

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.

²⁶ Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado de México (internet). México: Secretaría de Salud; (fecha de consulta: 25/11/18). Disponible en: http://salud.edomex.gob.mx/ccamem/td_c_der_generales.html

- 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.²⁷

Declaración de Helsinki

Es un documento que auto-regula a la comunidad médica en lo relativo a la investigación y es la base de muchos documentos subsecuentes.

Su principio básico es el respeto por el individuo, su derecho a la autodeterminación y derecho a tomar decisiones una vez que se le ha informado de riesgos y beneficios de su participación o no en un estudio de investigación médica. Para que un sujeto participe de un estudio debe obtenerse un consentimiento informado, el cual es un documento donde el sujeto acepta participar una vez que se le han explicado todos los riesgos y beneficios de la investigación, en forma libre, sin presiones de ninguna índole y con el conocimiento que puede retirarse de la investigación cuando así lo decida.

Otro precepto de la declaración es que el bienestar del sujeto debe estar siempre por encima de los intereses de la ciencia y de la sociedad. Se reconoce que cuando un potencial participante en una investigación es incompetente, física y/o mentalmente incapaz de consentir o es un menor, el consentimiento debe darlo otra persona que esté a cargo de la persona.²⁸

Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.

La revisión y actualización de esta norma, tiene como propósito establecer con precisión los criterios científicos, éticos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso, manejo, archivo, conservación, propiedad, titularidad y confidencialidad del expediente clínico, el cual se constituye en una herramienta de uso obligatorio para el personal del área de la salud, de los sectores público, social y privado que integran el Sistema Nacional de Salud.

Los criterios establecidos en esta norma, inciden en la calidad de los registros médicos, así como de los servicios y de sus resultados, toda vez que se requiere de la participación comprometida de médicos, enfermeras y demás personal del área

²⁷ Secretaría de Salud (internet). México; SSA; (actualizado Abr 2015; consultado el 25/11/18). Disponible en: http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/interior/temasgeneral/consentimiento_informado.html

²⁸ Declaración de Helsinki de la asociación médica mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 2008. Consultado el: 10/03/2018. Disponible en: www.ces.edu.co/index.php/component/joomdoc/...DeclaracionHelsinki.../download

de la salud, para brindar una atención más oportuna, responsable, eficiente y amable.

El expediente clínico es un instrumento de gran relevancia para la materialización del derecho a la protección de la salud. Se trata del conjunto único de información y datos personales de un paciente, que puede estar integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de otras tecnologías, mediante los cuales se hace constar en diferentes momentos del proceso de la atención médica, las diversas intervenciones del personal del área de la salud, así como describir el estado de salud del paciente; además de incluir en su caso, datos acerca del bienestar físico, mental y social del mismo.²⁹

Código de ética

Un código de ética hace explícitos los propósitos primordiales, los valores y obligaciones de la profesión. Tiene como función tocar y despertar la conciencia del profesionista para el ejercicio profesional se constituya en un ámbito de legitimidad y autenticidad en beneficio de la sociedad, al combatir la deshonestidad en la práctica profesional, sin perjuicio de las normas jurídicas plasmadas en las leyes que regulan el ejercicio de todas las profesiones.

En enfermería es importante contar con un código que inspire respeto a la vida, a la salud, a la muerte, la dignidad, ideas, valores y creencias de la persona y su ambiente. Un código que resalte los atributos y valores congruentes con la profesión y que asimismo han sido propuestos por el Consejo Internacional de enfermeras (CIE).

La ley reglamentaria del artículo 5° constitucional relativo al ejercicio de las profesiones, contiene los ordenamientos legales que norman la práctica profesional en México. Además, existen otras leyes y reglamentos en el área de la salud que determinan el ejercicio profesional de enfermería. No obstante, es importante orientar y fortalecer la responsabilidad ética de la enfermera, precisando sus deberes fundamentales y las consecuencias morales que hay que enfrentar en caso de violar alguno de los principios éticos que se aprecian en la profesión y que tienen un impacto de conciencia más fuerte que las sanciones legales en la visa profesional.

Un código de ética para enfermería debe constituirse necesariamente en una guía de conducta, con fundamentos que unifiquen y delimiten los conceptos sobre el hombre, la sociedad, la salud y la propia enfermería, de tal forma que se considere:

Al hombre como ser bio-psico-social dinámico, que interactúa dentro del contexto total de su ambiente y participa como miembro de una comunidad

²⁹ Secretaría de salud. Norma Oficial Mexicana, Estados Unidos Mexicanos. Consultado el: 08/03/2018. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/168ssa18.html>

A la sociedad como un conjunto de individuos que en nuestro país se constituyen en un estado social y democrático de derecho, que promueve como valores superiores de su ordenamiento jurídico: la libertad, justicia, igualdad y el pluralismo político.

A la salud como un proceso de crecimiento y desarrollo humano, que se relaciona con el estilo de vida de cada individuo y con la forma de afrontar ese proceso en el seno de los patrones culturales en los que se vive.

A la enfermera, constituida como un servicio, encaminado a satisfacer las necesidades de salud de las personas sanas o enfermas, individuo colectivamente.

Dicho servicio debe considerar de manera prioritaria:

- La conciencia de asumir un compromiso profesional y responsable
- La participación coherente de este compromiso dentro de la sociedad
- El reconocimiento y aplicación en su ejercicio de los principios de la ética profesional.
- La práctica de una conducta de verdadero respeto a los derechos humanos.

Los pacientes tienen derecho a recibir un cuidado integral de calidad y para eso se requiere de enfermeras profesionales con una estimación y respeto de sí mismas y de los demás, que amen la vida en cualquiera de sus formas y que manifiesten sus valores a través de la paciencia y la inteligencia, con capacidad de observación, reflexión y optimismo para que puedan conducir su práctica con un alto sentido ético y de satisfacción propia.

Beneficencia y no maleficencia

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

Si al aplicar este principio no se tiene las condiciones, medios o conocimientos para hacer el bien, se debe elegir el menor mal evitando transgredir los derechos fundamentales de la persona, los cuales están por encima de la legislación de los países y de las normas institucionales. Para la aplicación de este principio se debe buscar el mayor bien para la totalidad; esto tiene una aplicación individual y social.

Justicia

La justicia en la atención de enfermería no se refiere solamente a la disponibilidad y utilización de recursos físicos y biológicos, sino a la satisfacción de las necesidades básicas de la persona en su orden biológico, espiritual, afectivo, social y psicológico, que se traducen en un trato humano.

Es un valor que permite ser equitativo en el actuar para la satisfacción de las necesidades sin distinción de la persona.

Este principio permite aclarar y dar crédito a muchas situaciones desde aspectos generales y organizativos, como la asistencia institucional hasta la presencia de numerosas iniciativas sociales para otorgar con justicia los servicios de salud.

Autonomía

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

Valor fundamental de la vida humana

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

Privacidad

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

Fidelidad

Entendida como el compromiso de cumplir las promesas y no violar las confidencias que hace una persona. Las personas tienden a esperar que las promesas sean cumplidas en las relaciones humanas y no sean violadas sin un motivo poderoso.

Veracidad

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

Confiabilidad

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

Solidaridad

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

Tolerancia

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

Terapéutico de totalidad

Este principio es capital dentro de la bioética. A nivel individual debe reconocerse que cada parte del cuerpo humano tiene un valor y está ordenado por el bien de todo el cuerpo y ahí radica la razón de su ser, su bien y por tanto su perfección.

De este principio surge la norma de proporcionalidad de la terapia. Según esta, una terapia debe tener cierta proporción entre los riesgos y daños que conlleva y los beneficios que procura.³⁰

³⁰Secretaría de salud, código de ética para los enfermeros y las enfermeras en México, 2001. Disponible en: Consultado el: 21/12/2017. Disponible en: www.eneo.unam.mx/servicioseducativos/materialesdeapoyo/.../10.pdf

VI. PRESENTACIÓN DEL CASO

6.1 Descripción del caso

Nombre: E.A.C.

Edad: 73 años

Género: Femenino

Edo. Civil: Viuda

Ocupación: Ama de casa

Escolaridad: Preparatoria

Lugar de origen: Guanajuato, México

Religión: católica

Domicilio: Col. Sinatel Del. Iztapalapa.

Características de vivienda: Paredes y pisos de concreto, dos pisos, cuenta con todos los servicios intradomiciliarios.

Vive con: una hija

Padecimiento Actual:

La persona inicia su padecimiento en el 2015 al presentar una caída de una silla de escritorio en domicilio sin lesión aparente; posteriormente comienza a sentir dolor intenso en el cuello y acude con un médico particular, el cual sugiere realizar rayos x, en los cuales se encuentra desgaste en distintos discos vertebrales (espondiloartosis) y el médico le menciona que debe realizarse una cirugía pues de lo contrario dejaría de caminar a lo cual la paciente se rehúsa y pide una segunda opinión. Así acude con otro médico particular, el cual coincide con los diagnósticos médicos, pero le menciona que no exactamente debe realizarse una cirugía, le prescriben analgésicos, y continua con las molestias después del tratamiento.

Meses después por comentario de un familiar, se entera del Instituto Nacional de Rehabilitación, así comenzó con el proceso de pre consulta y tuvo que esperar algunos otros meses. En el servicio de Consulta Externa de Rehabilitación la refieren a diversas terapias (Tina de Hubbard, Terapia de columna, rodilla y cadera)

Actualmente la persona se encuentra en casa, con ciertas limitaciones para realizar AVD; con dolor en área cervical, lumbar y en cadera, los cuales son intensos en ocasiones. Se desplaza libremente en su casa, pero con poca fuerza; se rehúsa a usar bastón, aunque el médico le sugirió que lo usara.

6.2 Antecedentes generales de la persona

Antecedentes heredo familiares: Madre finada de CA óseo, Padre finado de CA gástrico, Hermano DM, Hermana HTA.

Antecedentes Personales No Patológicos: Originario de Irapuato, Guanajuato, reside en la Ciudad de México desde hace más de 20 años, católica, viuda por segunda ocasión, ama de casa, habita en casa rentada de dos pisos.

Antecedentes personales patológicos: Hipertensa desde hace 1 año, sin tratamiento por decisión propia. Diagnosticada con espondiloartrosis desde hace 4 años. Coxartrosis bilateral hace 4 años. Hernia hiatal con tratamiento conservador; Gastritis.

Antecedentes Personales Transfusionales: No ha recibido ninguna transfusión.

Antecedentes Personales Quirúrgicos: una cesárea, y colecistectomía.

Antecedentes Gineco-Obstétricos: Menarca a los 15 años, Gestas 2 (un parto y una cesárea), Abortos 0.

VII. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN A ENFERMERIA

7.1 Valoración de enfermería

Se realiza la valoración en base al instrumento de valoración de Dorothea Orem, el cual consta de interrogatorio y exploración física, realizado el día 20 de noviembre del 2017.

Factores de Condicionamiento Básico

Se trata de una femenina de 78 años de edad, originaria de Irapuato, Guanajuato, actualmente reside en la Ciudad de México, es viuda, escolaridad preparatoria, el rol que asume actualmente es de “ama de casa” y vende productos por catálogo. Vive con su única hija mujer, la cual se dedica a la repostería de manera independiente; entre las dos sustentan el hogar; así mismo ayuda a su hija a la preparación de pedidos. Había en zona urbana, en casa rentada de dos pisos, cuenta con todos los servicios básicos intradomiciliarios: agua, luz, drenaje, teléfono.

Refiere que sus actividades diarias (quehaceres del hogar) han cambiado, y ha tenido que modificarlas debido a dolor en la cadera derecha desde hace unos meses, y dolor en cuello a causa de una caída que sufrió hace semana y media aproximadamente. Mantiene una actitud positiva.

Requisitos Universales de Autocuidado

1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire

No hay alteración alguna, refiere que casi no se enferma de las vías respiratorias. De acuerdo a la escala de Sadoul de Disnea obtiene Grado 0. (Anexo 2).

2. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua

Refiere consumir agua natural en su mayoría; 1000 – 1500 ml. al día aprox. En ocasiones lo combina con agua de fruta en la hora de la comida (500ml aprox.) o jugos naturales (naranja, zanahoria, etc.) en el desayuno (500ml aprox.).

3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos

Su alimentación está basada en verduras, pollo, pescado y carne roja; consume pasteles y postres (2 o 3 veces por semana). Consume fruta, cereales, café y galletas regularmente. Consume leche en polvo baja en grasa, pues refiere que la leche líquida entera le ocasiona intolerancia. No le gusta el picante.

Realiza 3 comidas al día: desayuno (9:30am), comida (4:00pm), y cena (9:00pm). Algunas veces consume alimentos entre comidas (pasteles, postres, café en su mayoría). De acuerdo a la Evaluación de Estado Nutricional (MNA) obtiene una puntuación es de 26.5, lo cual indica un Estado Nutricional Normal. (Anexo 3).

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

Micción de color ámbar, sin olor fétido, con una frecuencia de 4 a 5 veces a lo largo del día, de acuerdo a la escala de hidratación para orina, la persona tiene un 3 (Anexo 4). Evacuación 1 vez al día, de acuerdo a la escala de Bristol, tiene Tipo 3 (Anexo 5).

5. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo

Realiza sus actividades personales (bañarse, vestirse, alimentarse, etc.) de manera independiente. De acuerdo a la escala de Barthel obtiene una puntuación de 90; lo cual indica dependencia moderada. (Anexo 6).

Realiza actividades del hogar con ciertas limitaciones o evita hacerlas (barrear, trapear, lavar trastes, lavar ropa, etc.) pues no puede realizarlo debido a que no puede cargar objetos pesados por la molestia y el dolor que le causa. De acuerdo a la escala de Lawton y Brody con puntuación de 5. (Anexo 7).

Duerme 6 a 7 horas aproximadamente al día, con dificultad para conciliar el sueño, debe rezar o leer una hora antes de quedarse dormida. Algunas veces el dolor le ocasiona molestia al momento de dormir. No hay riesgo de úlceras por presión. Aplicación de la escala de Braden con puntuación de 22; que nos indica riesgo bajo de lesiones por presión.

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

Refiere sentirse frustrada en ocasiones por no poder realizar sus quehaceres del hogar adecuadamente; también refiere que ocasionalmente sale con algunas amigas a tomar café, lo cual la hace sentir bien; algunas ocasiones también realiza reuniones en su casa con amigas y vecinas. Algunas veces va con su hija de compras.

Se realiza valoración para detectar algún tipo de depresión y de acuerdo a la escala Yessavage, 5 puntos, lo cual no indica depresión. (Anexo 8).

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

Agudeza visual disminuida: usa lentes

Marcha inadecuada, con lateralización hacia el lado derecho; de acuerdo a la escala de Tinetti obtiene una puntuación global de 14. (Anexo 9).

8. Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo al potencial humano, el conocimiento de las limitaciones humanas y el deseo de ser normal

Posee déficit de conocimiento acerca de su padecimiento actual, refiere que a pesar del dolor de cadera; no quiere realizarse cirugía para colocación de prótesis, pues tiene temor a no recuperarse y tener limitaciones permanentes.

Requisito de Desviación a la Salud

La persona no tiene adherencia al tratamiento farmacológico, el cual consiste en: Enalapril 10 mg cada 24 hrs. Para tratar hipertensión arterial.

Exploración Física

A la exploración física encontramos a la persona orientada en tiempo y espacio, edad aparente a la cronológica, sin palidez de tegumentos, mucosas hidratadas, piel lubricada.

Los signos vitales que presenta son: T/A: 110/70mmHg, Frecuencia cardiaca: 81 lpm, Frecuencia respiratoria: 19 rpm, Temperatura de 36.5°C; con peso de: 69kg, talla: 1.58 m, índice cintura de 90cm, índice de cadera de 107 cm. Realiza marcha independiente sin ayuda de órtesis, lateralización hacia lado derecho. En equilibrio estático en bipedestación logra mantener el equilibrio, no logra mantener equilibrio en un solo punto, ni en rodillas; así mismo se puede observar desviación del hombro derecho hacia adelante.

Cráneo normocéfalo, sin deformaciones ni alteraciones y en proporción con el resto del cuerpo, adecuada implantación de cabello, ojos simétricos, humectados, conjuntiva palpebral rosada y húmeda, pupilas redondas, simétricas, miosis y midriasis presentes, sin lesiones corneales o en iris, narinas permeables, mucosas orales de color rosado, con buena hidratación, dientes alineados, sin caries ni sarro dental.

Cuello simétrico, con dolor somático 6/10 de acuerdo escala de EVA, y disminución de la fuerza esternocleidomastoideo, esplenio y escaleno 4/5 de acuerdo escala de Daniels.

Tórax normolíneo, con movimientos de amplexión y amplexación, glándulas mamarias semiesféricas, no dolorosas a la palpación, coloración adecuada, sin presencia de nódulos ni abultamientos. Ruidos cardiacos normales sin alteraciones. Broncopulmonar: ruidos respiratorios normales, sin malestar a la exploración.

Miembros torácicos: Con ligera desviación del hombro derecho hacia adelante; uñas limpias con barniz. Los pulsos son palpables y rítmicos.

Abdomen no globoso, ni doloroso a la palpación, adecuada coloración de tegumentos, con cicatriz del lado derecho (colecistectomía), vientre bajo (cesárea).

Crestas iliacas simétricas y alineadas, exploración de genitales de acuerdo a edad y sexo. Con presencia de molestia en cadera derecha.

Miembros pélvicos: Simétricos, con buena coloración de tegumentos, sin cicatrices o lesiones. Con limitación del arco de movimiento de cadera derecha en abducción en músculos: pectíneo 4/5, glúteo menor, medio 3/5 y aductor 4/5. En cadera izquierda en músculos: pectíneo 4/5, glúteo menor y medio 4/5. Pies con adecuada higiene, uñas limpias sin presencia de onicomicosis, pulsos femoral y pedio presentes, ambos simétricos. Alteración del movimiento (la marcha es lenta).

Arcos de movilidad

| Cuello | Derecho | Izquierdo | Límites normales |
|---------------------|---------|-----------|------------------|
| Flexión | 30° | 30° | 0-35/45° |
| Extensión | 30° | 30° | 0-35/45° |
| Inclinación lateral | 35° | 40° | 0-45° |
| Rotación | 55° | 60° | 0-60/80° |
| Hombros | Derecho | Izquierdo | Límites normales |
| Abducción | 150° | 135° | 0-170/180° |
| Aducción | 35° | 30° | 0-40/45° |
| Flexión | 110° | 100° | 0-180° |
| Extensión | 35° | 30° | 0-45/60° |
| Rotación interna | 50° | 50° | 0-70/90° |
| Rotación externa | 60° | 60° | 0-90° |
| Circunducción | 360° | 360° | 360° |
| Codos | Derecho | Izquierdo | Límites normales |
| Flexión | 100° | 100° | 0-145/150° |
| Extensión | 0° | 0° | 0° |
| Pronación | 85° | 95° | 90° |
| Supinación | 90° | 90° | 90° |
| Muñeca | Derecho | Izquierdo | Límites normales |
| Flexión | 80° | 80° | 0-80/90° |
| Extensión | 60° | 60° | 0-70° |
| Desviación radial | 20° | 20° | 0-20° |
| Desviación cubital | 35° | 35° | 0-35/50° |
| Mano | Derecho | Izquierdo | Límites normales |
| Flexión | 90° | 90° | 90° |
| Extensión | 5° | 5° | 0-5° |
| Abducción | 20° | 20° | 20° |
| Aducción | 0° | 0° | 0° |
| Cadera | Derecho | Izquierdo | Límites normales |
| Flexión | 90° | 100° | 0-90/125° |
| Extensión | 15° | 20° | 0-10/15° |
| Abducción | 25° | 30° | 0-45/50° |
| Aducción | 15° | 35° | 0-20/30° |
| Rotación interna | 35° | 35° | 0-35/40° |
| Rotación externa | 50° | 55° | 0-60° |
| Rodilla | Derecho | Izquierdo | Límites normales |
| Flexión | 110° | 110° | 0-130° |
| Extensión | 0° | 0° | 0° |
| Tobillos | Derecho | Izquierdo | Límites normales |
| Flexión dorsal | 25° | 25° | 0-20/25° |
| Flexión plantar | 45° | 45° | 0-45° |
| Inversión | 30° | 30° | 0-30° |
| Eversión | 20° | 20° | 0-20° |
| Abducción | 10° | 10° | 10° |
| Aducción | 20° | 20° | 20° |

Cuadro no.1 Elaborado por: LE Jessica Janet Pérez Sanjuanero, a partir de la valoración de arcos de movilidad.

Se observa disminución de arcos de movilidad en Cuello: flexión D/I: (30°/30°), extensión D/I: (30°/30°), inclinación lateral D/I: (35°/40°), rotación D/I: (55°/60°). Hombro izq.: abducción 135°, aducción 30°, flexión 100°, extensión 30°, rotación interna 50°, rotación ext. 60°. Cadera der.: flexión 90°, extensión 15°, abducción 25°, aducción 15°, rotación interna 35°, rotación externa 50°.

Examen Manual Muscular

| Cuello | Derecho | Izquierdo |
|--|----------------|------------------|
| Esternocleidomastoideo | 4/5 | 4/5 |
| Esplenio | 4/5 | 4/5 |
| Escalenos | 4/5 | 4/5 |
| Hombros | Derecho | Izquierdo |
| Deltoides | 5/5 | 5/5 |
| Supraespinoso | 5/5 | 5/5 |
| Infraespinoso | 5/5 | 5/5 |
| Redondo mayor | 5/5 | 5/5 |
| Redondo menor | 5/5 | 5/5 |
| Subescapular | 5/5 | 5/5 |
| Pectoral mayor | 5/5 | 5/5 |
| Pectoral menor | 5/5 | 5/5 |
| Subclavio | 5/5 | 5/5 |
| Codos | Derecho | Izquierdo |
| Braquial anterior y bíceps Supinador corto, bíceps y supinador largo | 5/5 | 5/5 |
| Tríceps y ancóneo | 5/5 | 5/5 |
| Pronador redondo y cuadrado. Palmar mayor | 5/5 | 5/5 |
| Muñeca | Derecho | Izquierdo |
| 1er y 2do radial externo. Cubital posterior | 5/5 | 5/5 |
| palmar mayor y cubital anterior | 5/5 | 5/5 |
| Dedos | Derecho | Izquierdo |
| Extensor común de los dedos | 5/5 | 5/5 |
| Flexor común superficial de los dedos | 5/5 | 5/5 |
| Extensor propio del meñique | 5/5 | 5/5 |
| Flexor común profundo de los dedos | 5/5 | 5/5 |
| Extensor propio del índice | 5/5 | 5/5 |
| Flexor común superficial de los dedos | 5/5 | 5/5 |
| Flexor común profundo de los dedos | 5/5 | 5/5 |
| Extensor propio del meñique | 5/5 | 5/5 |
| Lumbricales mediales y laterales | 5/5 | 5/5 |
| Interóseos dorsales | 5/5 | 5/5 |
| Abductor del meñique | 5/5 | 5/5 |
| Interóseo palmar | 5/5 | 5/5 |
| Extensor corto del pulgar | 5/5 | 5/5 |
| Extensor largo del pulgar | 5/5 | 5/5 |
| Abductor largo del pulgar | 5/5 | 5/5 |
| Flexor largo del pulgar | 5/5 | 5/5 |
| Flexor corto del pulgar | 5/5 | 5/5 |

| | | |
|---|----------------|------------------|
| Abductor corto del pulgar | 5/5 | 5/5 |
| Aductor del pulgar | 5/5 | 5/5 |
| Oponente del meñique | 5/5 | 5/5 |
| Cadera | Derecho | Izquierdo |
| Géminos | 5/5 | 5/5 |
| Tensor de la fascia lata y Sartorio | 5/5 | 5/5 |
| Recto Anterior, Recto Interior | 5/5 | 5/5 |
| Psoas iliaco, Piramidal | 5/5 | 5/5 |
| Pectíneo | 4/5 | 4/5 |
| Obturador interno, Obturador externo | 5/5 | 5/5 |
| Glúteo menor, medio y mayor | 3/5 | 4/5 |
| Cuadrado crural y Aductor menor, medio y mayor | 5/5 | 5/5 |
| Rodilla | Derecho | Izquierdo |
| Cuádriceps | 5/5 | 5/5 |
| Semitendinoso y semimembranoso | 5/5 | 5/5 |
| Bíceps femoral | 5/5 | 5/5 |
| Pie | Derecho | Izquierdo |
| Sóleo | 5/5 | 5/5 |
| Gemelos y plantar | 5/5 | 5/5 |
| Perneo largo y corto | 5/5 | 5/5 |
| Oponente del pulgar | 5/5 | 5/5 |
| Tibial anterior | 5/5 | 5/5 |
| Extensor largo del dedo gordo | 5/5 | 5/5 |
| Extensor corto del dedo gordo | 5/5 | 5/5 |
| Flexor largo del dedo gordo | 5/5 | 5/5 |
| Flexor corto del dedo gordo | 5/5 | 5/5 |
| Abductor del dedo gordo | 5/5 | 5/5 |
| Flexor largo de los dedos | 5/5 | 5/5 |
| Extensor largo y corto de los dedos pedio y peronéo anterior | 5/5 | 5/5 |
| Lumbricales | 5/5 | 5/5 |
| Interóseos plantares | 5/5 | 5/5 |
| Interóseos dorsales | 5/5 | 5/5 |
| flexor corto de los dedos | 5/5 | 5/5 |

Cuadro no.2 Elaborado por: LE Jessica Janet Pérez Sanjuanero, a partir de la valoración de fuerza.

Se observa disminución de la fuerza muscular en Cuello: esternocleidomastoideo, esplenio y escalenos: 4/5 (D/I), Cadera derecha: pectíneo (4/5), glúteo menor, medio y mayor (3/5), cadera izquierda: pectíneo, glúteo menor, medio y mayor (4/5).

7.1.1 Valoración Focalizada

Se realiza valoración focalizada el día 2 de marzo de 2018, encontrando lo siguiente: Femenina de 78 años, edad aparente a la cronológica, con diagnóstico de espondiloartrosis, la persona se encuentra orientada en tiempo y espacio, con los signos vitales siguientes: T/A: 110/70mmHg, FC: 80 lpm, FR: 21 rpm, Temperatura: 36°C, Peso: 69kg, Talla: 1.58cm, IMC: 27.64%. Abdomen blando depresible. La persona menciona molestia de reflujo gastroesofágico en ocasiones cuando consume alimentos pesado por la noche o con mucho picante. Se encuentra con dolor en cadera derecha 3/10 de acuerdo a la escala de EVA; continua con marcha lateralizada. En tobillo izquierdo refiere edema y dolor por las noches 6/10 en escala de EVA en región lateral externa; esto debido a que tuvo un esguince cuando iba caminando por la calle, sólo tomó un desinflamatorio de venta libre en el momento; musculo tibial posterior con fuerza 4/5 de acuerdo a escala de Daniels.

7.1.2 Análisis de estudios de laboratorio y gabinete

No se cuenta con estudios de laboratorio, debido a que el acceso del expediente clínico electrónico, solo puede ser visualizado con usuario y contraseña y es de uso exclusivo del personal del Instituto Nacional de Rehabilitación.

7.1.3 Jerarquización de problemas

1.Dolor en área cervical y lumbar

Escala Visual Análoga (EVA) 6/10. Dolor de tipo somático.

2.Dolor en cadera derecha

Escala Visual Análoga (EVA) 6/10. Dolor de tipo somático.

3.Alteración de la marcha; Riesgo de sufrir caída

Tinetti de 14 puntos, lo cual indicada alto riesgo de caídas.

4.Disminución de arcos de movilidad y fuerza muscular en Miembros Pélvicos.

Derecho: En escala de Daniels obtiene; pectíneo 4/5, glúteo menor, medio y mayor 3/5. En goniometría obtiene; extensión 15°, abducción 25°, aducción 15°.

Izquierdo: En escala de Daniels obtiene; pectíneo 4/5, glúteo menor, medio y mayor 4/5. En goniometría obtiene; extensión 20°, abducción 30°, aducción 30°.

5.Déficit de conocimientos acerca de padecimiento; coxartrosis

6.Inadecuada adherencia al tratamiento terapéutico

De acuerdo al Test de Morinsky-Green “apego terapéutico para HTA”; obtiene un porcentaje de 100%. de incumplimiento al tratamiento.

7.Dolor en tobillo izquierdo y disminución de la fuerza muscular

Escala Visual Análoga (EVA) 6/10, tipo de dolor somático
En escala de Daniels obtiene, tibial posterior 4/5.

7.2 Diagnósticos de Enfermería

1. Dolor agudo r/c alteración musculo-esquelética e historia de caídas previas (en casa) m/p EVA 6/10 de tipo somático en área cervical y lumbar, dificultad para realizar AIVD (quehaceres del hogar), con 5 pts. en escala de Lawton y Brody.
2. Riesgo de caídas r/c lateralización hacia lado derecho al momento de la marcha y sensación de desequilibrio al caminar en ocasiones.
3. Dificultad para realizar actividades instrumentadas de la vida diaria (AIVD) r/c disminución de la fuerza m/p arcos de movilidad en cadera disminuidos, flexión 90°, extensión 15°, abducción 20° y aducción 15°, valoración de la fuerza 3/5 en escala de Daniels en miembro pélvico derecho.
4. Temor r/c desconfianza en el sistema de salud, debido a experiencias previas m/p negación a tratamiento quirúrgico.

De acuerdo a la valoración focalizada el mes de Marzo, se obtienen los siguientes diagnósticos:

5. Déficit de apego en el tratamiento farmacológico r/c irregularidad en la ingesta de medicamentos m/p Test de Morinsky-Green para HTA, con resultado de "incumplimiento".
6. Dolor de tipo somático r/c lesión en tendón de tobillo izquierdo m/p edema nocturno ocasional, EVA 6/10 en región lateral externa.
7. Reflujo gastroesofágico r/c estenosis gastroesofágica m/p ardor en mucosa gástrica y malestar al ingerir alimentos muy secos y/o muy picantes.

7.3 Problemas interdependientes

La persona padece hipertensión arterial y sobrepeso y no lleva un control farmacológico ni seguimiento del mismo; es importante ya que sin tratamiento médico y farmacológico la persona puede tener complicaciones a corto, mediano o largo plazo. Así mismo en cuanto al iniciar un tratamiento de rehabilitación, puede haber un aumento de la frecuencia cardiaca y/o tensión arterial.

7.4 Planeación de los cuidados

1. Diagnóstico de Enfermería

Dolor agudo r/c alteración musculoesquelética e historia de caídas previas (en casa) m/p EVA 6/10 de tipo somático en área cervical y lumbar, dificultad para realizar AIVD (quehaceres del hogar), con 5 pts. en escala de Lawton y Brody.

7.4.1 Objetivo de la Persona

“no tener dolor”

7.4.2 Objetivo de Enfermería

Ayudar a la disminución del dolor y lograr que realice actividades por si sola.

Agente: Agente de Autocuidado y Agencia de Enfermería

Sistema de enfermería: Apoyo educativo, parcialmente compensatorio

7.4.3 Intervenciones de Enfermería

| Intervenciones de Enfermería | Fundamentación |
|---|--|
| Toma de signos vitales previo a terapias: T/A: 100/70, FC: 72, FR: 20 | Las constantes o signos vitales son aquellos indicadores que nos dan información sobre el estado fisiológico o de salud de un paciente. ³¹ |
| Valorar escala y tipo del dolor: Somático, de intensidad moderada | La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor definió el dolor como "una experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular real o potencial". ³² |
| Utilizar terapias alternativas para dolor:  Compresas húmedo-calientes (Anexo 11) | Generalmente el calor superficial se usa para aliviar el dolor, mejorar la extensibilidad de los tejidos, etc., y por ello se elige como primera herramienta para preparar el tejido a manipulaciones posteriores. |
| Indicaciones: 1. Debe estar en una posición que le resulte cómoda (decúbito prono, supino, o sedente). | Las compresas tienen propiedad analgésica, por el aumento de la circulación local, disminución de la rigidez |

³¹ Enfermeríapráctica.com (internet). México; fecha de consulta: 25/11/18. Disponible en: <https://enfermeriapractica.com/procedimientos/toma-de-constantes-vitales>

³² Puebla Díaz F.. Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S.: Dolor iatrogénico. Oncología (Barc.) [Internet]. 2005 Mar [citado 2018 Dic 06] ; 28(3): 33-37. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-48352005000300006&lng=es.

2.La compresa no debe estar en contacto directo con la piel, debe cubrirla con una toalla.

3.Colocar en el área a tratar y dejar la compresa alrededor de 15 a 20min.

Precaución:

Revisar la piel regularmente, para evitar quemaduras.

 **Ejercicios de calentamiento cervical** (Anexo 12)

- Giros laterales: girar de derecha a izquierda 10 repeticiones por lado.
- Flexión lateral: realizar 10 repeticiones por lado.
- Flexión atrás y adelante: flexionar la cabeza 10 veces, realizar movimientos lentos.
- Elevación de hombros: realizar movimiento hacia arriba y hacia abajo 10 veces de cada uno.
- Estiramiento “mariposa” y postura de loto: realizar por 10 segundos al término de los estiramientos.

 **Masaje cervical** (Anexo 13)

La persona debe estar en decúbito prono, en posición cómoda; con un poco de lubricante (aceite de almendras, aceite de bebé o crema hidratante)

Realizar movimientos de arriba hacia abajo, a los lados del cuello haciendo ligera presión con los pulgares.

Con ambas manos, en puño, hacer movimientos circulares de arriba hacia abajo y de abajo hacia arriba en espalda, sin tocar la columna vertebral.

articular, antiespasmódico y antiinflamatorio. Así mismo por efecto del calor se produce una alteración marcada de las propiedades físicas de tejidos fibrosos y elásticos, como los que se encuentran en los tendones, en las cápsulas articulares y en las cicatrices. Al ser calentados, estos tejidos ceden mucho más fácilmente al estiramiento.³³

Los ejercicios de estiramientos para las cervicales son importantes para prevenir dolor, lesiones; sirve como fortalecimiento de cervicales y aliviar el dolor³⁴

La zona cervical es una zona muy sensible, y muchas tareas pueden provocar que sintamos sensación de pesadez.

Un masaje relajante puede ayudarnos a aumentar nuestra sensación de bienestar al disminuir la sobrecarga que podemos sentir en esta zona.³⁵

La American Massage Therapy Association declara que el masaje proporciona comodidad, relajación, disminución de ansiedad, aumento de movilidad física, reducción del estrés y combate la fatiga³⁶

³³ Pavez, Ulloa, Francisco Joshua. Compresas húmedo calientes como intervención para reducir el dolor musculoesquelético: Análisis de la evidencia. Rev. Soc. Esp. Dolor. (internet) 2008. Visitado el: 11/12/17.; 15(5): 335-339. Disponible en: www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid

³⁴ Ejercicios en casa.es. México. Fecha de última actualización: Feb 2016; fecha de consulta: 01/12/18. Disponible en: <https://ejerciciosencasa.as.com/ejercicios-de-estiramiento-para-las-cervicales-no-esperes-a-eliminar-el-dolor-mas/>

³⁵ Junquera Iñigo. Fisioonline. España.(fecha de última actualización: Feb 2016; fecha de consulta: 1/12/18). Disponible en: <https://www.fisioterapia-online.com/videos/como-hacer-un-buen-masaje-relajante-en-las-cervicales-tu-chic>

³⁶ Jiménez Ochoa S., Landeros Pérez M.E., Huerta Franco M.R. Efecto del masaje terapéutico como cuidado de enfermería en la capacidad funcional del adulto mayor. Enfer univ (internet). 2015 Jun (visitado el:11/12/17; 12 (2):49-55. Disponible en: www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70

Kinesioterapia

Se aplicará en zona cervical y lumbar, con duración de 7 días.

Se indica a la persona que ante cualquier sensación desagradable se retire con agua y jabón la cinta, con ayuda de otra persona.



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

Técnicas de relajación y respiración

Respiración con el diafragma

En una superficie plana mirando hacia arriba y manteniendo una postura recta o en una silla Poner la palma de una de las manos sobre el pecho y la otra sobre el abdomen.

Durante un mínimo de 3 minutos, realizar la respiración para hacer que la mano que reposa sobre el abdomen se mueva más que la que hay sobre el pecho. Para conseguirlo, inhala profundamente por la nariz durante unos 5 segundos y mantener el aire en la zona del vientre durante un par de segundos. Luego, exhalar por la boca durante otros 5 segundos.

Ejercicio de la relajación rápida

Consiste, básicamente, en que cada vez que veas un objeto de tu elección, como un jarrón de flores de tu sala de estar o

Las funciones más importantes de la kinesioterapia son: disminución del dolor, mejora el drenaje linfático y venoso, soporte de músculos debilitados y corrección de desalineamientos articulares, mejorando la amplitud articular.³⁷

Las técnicas de relajación son consideradas como métodos distractores y de autocontrol para disminuir el dolor a límites tolerables. También ayuda para relajar; el poder relajarnos va a hacer que mejore nuestro rendimiento y hagamos nuestras tareas con una mayor eficacia.³⁸

³⁷ L. Espejo, MD Apolo. Revisión bibliográfica de la efectividad del kinesiotaping. España. 2011. Visitado el: 12/12/17. Disponible en: www.incluces_ws/librerias/html/item.php

³⁸ Flores Villavicencio, ME, González Rojas, IP Troyo Sanromán, R, Valle et.al. Efectividad de las técnicas de relajación en la disminución del dolor crónico. Investigación en Salud (internet). Visitado el: 12/12/17. 2004; VI(2):75-81. Disponible en: www.redalyc.org/articulo.oa?id=14260204

| | |
|---|---|
| <p>una figurilla decorativa, realizar 3 o 4 respiraciones profundas seguidas centrándose en ello sin distraerse.</p> <p> Ejercicios de Williams</p> <p>Se sugieren ejercicios para aliviar dolor en zona lumbar; realizarlos por la mañana, 10 repeticiones por ejercicio. (Anexo 14).</p> <p>Se da enseñanza de Higiene Articular Lumbar, para adoptarla en su vida cotidiana. (Anexo 15).</p> | <p>El programa de ejercicios aplicado de Williams y Charriere logra una reducción substancial de la intensidad del dolor y mejoramiento de su actividad social y personal, por lo que mejoraron los intervalos de las crisis de mediano a largo plazo, mejorando la calidad de vida.³⁹</p> <p>Realizar actividades incorrectamente o con una mala postura nos puede llevar a una tensión excesiva de los músculos, articulaciones y nervios. Y esto conlleva a problemas como dolor de espalda, dolor de cuello, fatigas y/o rigidez en las articulaciones.⁴⁰</p> |
|---|---|

³⁹ Pedroso-Pedroso IM, Chio-González JF, La rehabilitación de la lumbalgia con ejercicios de Williams y Charriere. Rev Cub de Tecnología de la Salud 2018;9(2). Consultado el: 05/12/18. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revcubtecsal/cts-2018/cts182n.pdf>

⁴⁰ Traumatología, Ortopedia, Dr.Rogelio Santos Zapata(internet). México. 2018. Consultado el: 01/12/18. Disponible en: <https://santostraumatologiamty.com/higiene-de-columna/>

2. Diagnóstico de Enfermería

Riesgo de caídas r/c lateralización hacia lado derecho al momento de la marcha y sensación de desequilibrio al caminar en ocasiones.

7.4.1 Objetivo de la Persona

“poder mantener el equilibrio al caminar”

7.4.2 Objetivo de Enfermería

Prevenir una caída y aumentar equilibrio a la deambulacion

Agente: Agente de Autocuidado y Agencia de Enfermería

Sistema de enfermería: Apoyo educativo, parcialmente compensatorio

7.4.3 Intervenciones de Enfermería

| Intervenciones de Enfermería | Fundamentación |
|--|---|
| Identificar las barreras arquitectónicas en casa y fuera de ella (banquetas fuera de casa, escaleras, pisos, etc.) | Se entiende por barrera a cualquier impedimento, traba u obstáculo que limite o impida el acceso, la libertad de movimiento, estancia y circulación con seguridad de las personas. ⁴¹ |
| Sugerir adaptaciones en su hogar, para ayudar al apoyo (barras de metal en sanitario, barandal en escalera, uso de tiras antideslizantes). | Las adaptaciones proporcionan autonomía en la persona con déficits para realizar las actividades básicas de la vida diaria con mayor independencia y propiciar un entorno seguro para el autocuidado. ⁴² |
| Sugerencia de uso de zapato adecuado para prevenir caídas. De ser: cómodo, con suela firme y antideslizante, que sean de piel, ligeros y flexibles, que sean de la talla correcta, que sea fácil de quitar y poner para la persona. | El pie es una parte esencial de cuerpo, si pisamos mal pueden sufrir problemas de rodilla, cadera, cuello, espalda. ⁴³ con el aumento de la edad se produce una pérdida de la estabilidad debido a una disminución de la capacidad de los sistemas de equilibrio. |
| | La inestabilidad de la marcha de los mayores es un aspecto que adquiere una especial relevancia, dadas las graves |

⁴¹ Valero Alcaide, R., Muñoz Lasa, S. Barreras arquitectónicas. Los edificios y su entorno. Rev. Rehabilitación (internet). Visitado el: 13/12/17.; 33(6) pp367-72. Madrid 2000. Disponible en: www.elsevier.es

⁴² Lotito F, Sanhuesa H. Discapacidad y Barreras Arquitectónicas: Un desafío para la inclusión. Revista AUS. (INTERNET). 2011. Consultado el: 25/11/18. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcre/v19n4a04.pdf>

⁴³ Lartategui Díaz, Joana. ¿Cómo comprar el zapato adecuado? Fisioterapia online. Barcelona, España. 2011. Disponible en: www.fisioterapiaonline.com

| | |
|--|--|
| <p>Sugerencia de algún dispositivo para ayudar a la marcha fuera de casa si se encuentra sola (bastón), explicar a la persona que la empuñadura debe ir 5cm por debajo de la cabeza del fémur (cadera). (Anexo 16).</p> <p>Reeducación de la marcha:</p> <p>Mejorar la fuerza muscular en miembros inferiores, con ejercicios de bajo impacto con el uso de una silla. (Anexo 17).</p> <p>Aumentar la estabilidad funcional y el equilibrio para desarrollar la marcha, a través de ejercicios de propiocepción (Anexo 18).</p> | <p>consecuencias que puede ocasionar una caída.⁴⁴</p> <p>El bastón puede ser una excelente opción si hay desórdenes del equilibrio y estabilidad, acompañados o no, de dolor y debilidad.⁴⁵</p> <p>Un aumento muscular hace que sea más fácil realizar actividades diarias como levantarse de una silla, subir escaleras. Los ejercicios de fortalecimiento muscular en la parte inferior del cuerpo mejoran el equilibrio.⁴⁶</p> <p>Una caída simple puede causar una fractura grave en los brazos, las manos, los tobillos o las caderas. Los ejercicios de equilibrio pueden ayudar a prevenir las caídas y evitar la discapacidad que puede resultar después de una caída.⁴⁷</p> |
|--|--|

⁴⁴ Guía para el asesoramiento en la selección del calzado para personas mayores. Instituto de biomecánica de Valencia. España. 2012. Consultado el: 01/12/18. Disponible en: sigresident.ibv.org/component/joomdoc/d34SV.pdf/download.html

⁴⁵ Gutiérrez, Sara. Uso del bastón como apoyo para la marcha. Fisioterapia online. Barcelona, España. 2013. Disponible en: www.fisioterapiaonline.com

⁴⁶ National Institute on Aging. Ejercicios de fortalecimiento para adultos mayores. EUA. Última actualización en Dec 2014. Disponible en: <https://www.nia.nih.gov/health/ejercicios-fortalecimiento-adultos-mayores>

⁴⁷ Ibidem p.53

3. Diagnóstico de Enfermería

Dificultad para realizar actividades instrumentadas de la vida diaria (AIVD) r/c disminución de la fuerza m/p arcos de movilidad en cadera disminuidos, flexión 90°, extensión 15°, abducción 20° y aducción 15°, valoración de la fuerza 3/5 en escala de Daniels en miembro pélvico derecho.

7.4.1 Objetivo de la Persona

“Poder desplazarme con mayor rapidez y realizar mis quehaceres sola”

7.4.2 Objetivo de Enfermería

Fortalecer músculos de miembros pélvicos, disminuir molestia y reducir la dificultad para realizar sus actividades.

Agente: Agente de Autocuidado y Agencia de Enfermería

Sistema de enfermería: Apoyo educativo, parcialmente compensatorio

7.4.3 Intervenciones de Enfermería

| Intervenciones de Enfermería | Fundamentación |
|--|---|
| Toma de signos vitales antes de ejercicios: T/A: 100/70, FC: 72, FR: 20 | Las constantes o signos vitales son aquellos indicadores que nos dan información sobre el estado fisiológico o de salud de un paciente. ⁴⁸ |
| Valorar escala y tipo de dolor: Somático, de intensidad moderada | La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor definió el dolor como "una experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular real o potencial". ⁴⁹ |
| Aplicar ejercicios a la persona para que los realice en casa. Con una fase de calentamiento, fortalecimiento y enfriamiento. | |
|  Colocación de compresa húmedo-caliente de 10 a 15 min. Antes de los ejercicios. (Anexo 11) | El calor disminuye el dolor, previene la inflamación y permite la relajación muscular. ⁵⁰ |

⁴⁸ Ibidem p.48

⁴⁹ Ibidem p.48

⁵⁰ Pavez, Ulloa, Francisco Joshua. Compresas húmedo calientes como intervención para reducir el dolor musculoesquelético: Análisis de la evidencia. Rev. Soc. Esp. Dolor. (internet) 2008. Visitado el: 11/12/17.; 15(5): 335-339. Disponible en: www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid

Ejercicios de calentamiento:

Realizar rotación a la derecha 10 veces y la izquierda 10 veces, los movimientos deben ser lentos. Después realizar rotación de hombros 10 veces hacia delante y 10 hacia atrás.

De pie flexión de rodilla 10 veces de cada rodilla y rotación de tobillo primero de un pie y después del otro.

Fortalecimiento:

Fortalecimiento de flexores de cadera mediante movimientos activos en decúbito dorsal durante 2 semanas, 10 repeticiones 2 veces al día, progresando a 3 veces al día. Posteriormente realizar los ejercicios con peso de 250 grs. y después 500grs.

Fortalecimiento de extensores de cadera mediante movimientos activos en cama en decúbito ventral durante 2 semanas, 10 repeticiones 2 veces al día, progresando 3 veces al día. Posteriormente progresar a ejercicios con peso de 250grs, y posterior a 500grs. (Anexo 19)

Enfriamiento:

Movimientos activos en decúbito dorsal durante 2 semanas, 2 series de 1^o repeticiones.

 **Enseñanza de Higiene Articular:**

Utilizar un banco de altura y en él coloque la cubeta si necesita trapear. Que la escoba la utilice en intervalos de 2min. Y descanse 1 min. Y utilice un recogedor largo para que evite flexionar su cuerpo. (Anexo 20).

El ejercicio terapéutico tiene la finalidad de: Mejorar la circulación, favorece la potencia muscular (ejercicios activos), distensión de estructuras fibrosas (ejercicios pasivos), estimula nervios periféricos. Así mismo conlleva efectos psíquicos favorables, conduciendo a un estado físico satisfactorio.⁵¹

El fin de la higiene postural es reducir y prevenir la carga y daños en la columna vertebral principalmente, cuando se realizan actividades de la vida diaria.⁵²

⁵¹ Medicina de rehabilitación. INFOMED. Discapacidad, rehabilitación, humanidad. "Ejercicio terapéutico. Generalidades". 2016. Visitado el: 13/12/17. Disponible en: www.sld.cu

⁵² Barquero L., Andrea Lic. La higiene postural. Ejercicios y rehabilitación. (internet) Terapia física.com, 2002. Visitado el: 13/12/17. Disponible en: www.terapia-fisica.com

4. Diagnóstico de Enfermería

Temor r/c desconfianza en el sistema de salud, debido a experiencias previas m/p negación a tratamiento quirúrgico.

7.4.1 Objetivo de la Persona

“Evitar que me realicen una cirugía”

7.4.2 Objetivo de Enfermería

“Reducir el temor y dar enseñanza acerca de las ventajas de una prótesis de cadera”

Agente: Agente de Autocuidado y Agencia de Enfermería

Sistema de enfermería: Apoyo educativo

7.4.3 Intervenciones de Enfermería

| Intervenciones de Enfermería | Fundamentación |
|---|---|
| Aplicar escala de ansiedad de Hamilton, para determinar ansiedad en la persona. (Anexo 21). | La escala de ansiedad de Hamilton valora la intensidad de la ansiedad y monitorizar la respuesta al tratamiento. ⁵³ |
| Realizar técnica de respiración profunda: <ol style="list-style-type: none">1. Sentarse cómodamente con la espalda recta, colocar una mano en el pecho y la otra en el estómago.2. Inhalar por la nariz. La mano sobre el estómago debe levantarse. La mano en el pecho debe moverse muy poco. (se utiliza esencia de Bergamota mientras inhala).3. Exhalar por la boca, expulsando el aire tanto como puedas mientras contraes los músculos abdominales. Contar del 1 al 5 mientras exhala lentamente.4. Repetir de 5 veces. | La respiración profunda proporciona una manera rápida de mantener los niveles de estrés bajo control. Es la piedra angular de muchas otras prácticas de relajación; se puede combinar con otros elementos relajantes como la aromaterapia y la música. ⁵⁴ La bergamota tiene un efecto antidepresivo, ansiolítico y estimulante, puede disminuir el estrés, mejora la circulación, dando así una sensación de frescura y energía. ⁵⁵ |

⁵³ Psicopsi.com(internet). Estudio del psicoanálisis y psicología. Fecha de última actualización: 2018. Citado el 02/12/18. Disponible en: <http://psicopsi.com/Escala-de-ansiedad-de-Hamilton-Hamilton-Anxiety-Scale-HAS>

⁵⁴ Recursos de autoayuda(internet). México; fecha de actualización Jul 2018; citado el: 02/12/18. Disponible en: <https://www.recursosdeautoayuda.com/ejercicios-de-relajacion/>

⁵⁵ Martínez J. 4 beneficios de la bergamota que no conocías. México; fecha de actualización Dic 2013; citado el: 02/12/18. Disponible en: <https://sportadictos.com/2013/12/beneficios-bergamota>

| | |
|---|--|
| <p>Realizar técnica de relajación muscular progresiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colocar a la persona en posición cómoda • Centrar la atención en el pie derecho, y poco a poco tensar los músculos, apretando tan fuerte como sea posible. Mantén la posición contando hasta 10. • Relajar el pie derecho. • Realizar una respiración profunda y lenta. • Cuando estés listo, realizar la misma técnica con el pie izquierdo. Seguir la misma secuencia de la tensión muscular y la liberación. • Realizar después en: piernas, abdomen, espalda, cuello, cara. <p>Enseñanza acerca de:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Que es una prótesis de cadera -Para qué sirve -Como es realizada la cirugía -Ventajas y desventajas (que puede realizar la persona después de la colocación de la misma). (Anexo 22). | <p>La relajación muscular progresiva es eficaz y ampliamente utilizada para aliviar el estrés. Se trata de un proceso de dos etapas en las que, sistemáticamente, se tensan y relajan los músculos de diferentes grupos en el cuerpo.⁵⁶</p> <p>La prótesis total de cadera es uno de los triunfos de la medicina moderna. Años atrás la artrosis de cadera producía una limitación funcional severa y finalmente condenaba a la inmovilidad a la mayoría de las personas. Este procedimiento ha permitido a miles de personas volver a una vida independiente y dejar de ser una carga para sus familias y la sociedad en general.⁵⁷</p> |
|---|--|

⁵⁶ Ibidem p.56

⁵⁷ Barquero L., Andrea Lic. La higiene postural. Ejercicios y rehabilitación. (internet) Terapia física.com, 2002. Visitado el: 13/12/17. Disponible en: www.terapia-fisica.com/linicalascondes.cl

5. Diagnóstico de Enfermería

Déficit de apego en el tratamiento farmacológico r/c irregularidad en la ingesta de medicamentos m/p Test de Morinsky-Green para HTA, con resultado de “incumplimiento”.

7.4.1 Objetivo de la Persona

“Evitar complicaciones de la hipertensión”

7.4.2 Objetivo de Enfermería

Lograr apego terapéutico farmacológico

Agente: Agente de Autocuidado y Agencia de Enfermería

Sistema de enfermería: Apoyo educativo

7.4.3 Intervenciones de Enfermería

| Intervenciones de Enfermería | Fundamentación |
|--|---|
| Enseñanza acerca del uso de antihipertensivos (indicaciones, consecuencias al no tomarlos, etc.). (Anexo 23). | Tratar la hipertensión arterial le ayudará a prevenir problemas como cardiopatía, accidente cerebrovascular, pérdida de la visión, enfermedad renal crónica y otras enfermedades vasculares. ⁵⁸ |
| Sugerir llevar una dieta con restricción de sodio Sugerir no consumo de alimentos enlatados y procesados. (Anexo 24). | Los alimentos enlatados, en conserva o escabeche sufre pérdida de minerales como el potasio, magnesio y calcio así como vitaminas y minerales, mientras añaden una gran cantidad de sodio, mineral que en exceso suele perjudicar al organismo. ⁵⁹ |
| Incrementar la ingesta de agua 1.5 a 2lts por día. (enseñanza acerca de la jarra del buen beber). (Anexo 25). | La Jarra del buen beber es una guía informativa que te muestra cuáles son las bebidas saludables a la cantidad de líquidos que se recomienda consumir al día. ⁶⁰ |

⁵⁸ MedlinePlus. Medicamentos. Antihipertensivos. Consultado el 08/03/2018. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007484.htm>

⁵⁹ Gottau, Gabriela. Alimentos procesados ¿son buenos?. España 2016. Consultado el 08/03/2018. Disponible en: <https://www.directoalpaladar.com/salud/alimentos-procesados-buenos-para-la-salud>

⁶⁰ Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (internet). México. ISSSTE; 2017: (actualizado May 2017; citado el: 06/12/18). Disponible en: <https://www.gob.mx/issste/articulos/los-beneficios-de-la-jarra-del-buen-beber>

6. Diagnóstico de Enfermería

Dolor de tipo somático r/c lesión en tendón de tobillo izquierdo m/p edema nocturno ocasional, EVA 6/10 en región lateral externa.

7.4.1 Objetivo de la Persona

“disminución de molestia en tobillo”

7.4.2 Objetivo de Enfermería

Disminución del dolor

Agente: Agente de Autocuidado y Agencia de Enfermería

Sistema de enfermería: Apoyo educativo, parcialmente compensatorio

7.4.3 Intervenciones de Enfermería

| Intervenciones de Enfermería | Fundamentación |
|--|--|
| Toma de signos vitales antes de terapias: T/A: 110/70, FC: 68, FR: 20 | Las constantes o signos vitales son aquellos indicadores que nos dan información sobre el estado fisiológico o de salud de un paciente. ⁶¹ |
| Valorar escala y tipo de dolor: Somático, de intensidad leve a moderada | La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor definió el dolor como "una experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular real o potencial". ⁶² |
| Utilizar terapias alternativas para dolor:  Compresas húmedo-calientes (Anexo 11) | |
| Indicaciones: 1. Debe estar en una posición que le resulte cómoda (decúbito prono, supino, o sedente). 2. La compresa no debe estar en contacto directo con la piel, debe cubrirla con una toalla. 3. Colocar en el área a tratar y dejar la compresa alrededor de 15 a 20min. | Generalmente el calor superficial se usa para aliviar el dolor, mejorar la extensibilidad de los tejidos, etc., y por ello se elige como primera herramienta para preparar el tejido a manipulaciones posteriores. |
| Precaución: Revisar la piel regularmente, para evitar quemaduras. | Las compresas tienen propiedad analgésica, por el aumento de la circulación local, disminución de la rigidez articular, antiespasmódico y antiinflamatorio. ⁶³ |

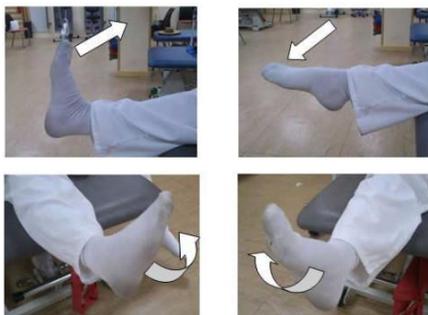
⁶¹ Ibidem p.48

⁶² Ibidem p.48

⁶³ Ibidem p.48

Ejercicios de estiramiento:

Movilidad pasiva: Se sugiere a la persona movilizar el tobillo suavemente y con tolerancia en todos sus ángulos (flexión dorsal y plantar, pronación y supinación y circunducción).



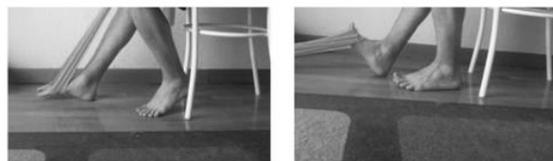
<https://bit.ly/2PpiMPa>

Ejercicios de fortalecimiento:

En posición sedente, con una banda elástica, colocarla en el pie lesionado, y sujetar los extremos con ambas manos; realizar un movimiento en diagonal y en extensión y flexión del pie. (15 repeticiones de cada ejercicio).



Diagonales



Extensión-flexión

<https://bit.ly/2BWL682>

Ejercicios de propiocepción:

- Apoyo unipodal
- Apoyo unipodal con ojos cerrados

La práctica regular de ejercicios nos ayuda a mantener flexibilidad en articulaciones, además mejora la coordinación y fortalece los músculos.⁶⁴

Los tobillos es una de las articulaciones que más sufre los impactos y que tiende a lesionarse con una mayor facilidad. Aunque en muchas ocasiones no le prestamos la atención que merece, es importante fortalecer todos aquellos músculos que los rodean y hacer algunos ejercicios que ayuden a proteger y mejorar su movilidad.⁶⁵

La propiocepción es la cualidad que nos permite apreciar nuestra posición, el equilibrio y sus cambios en el sistema muscular.

Los ejercicios propioceptivos, van a dotar al tobillo de una mayor capacidad de respuesta a los movimientos del pie, y la

⁶⁴ Arthritis fundation, ejercicios para miembros pélvicos. 20144. Consultado el: 10/03/2018. Disponible en: <http://espanol.arthritis.org/espanol/ejercicio/ejercicio-general/ejercicios-postoperatorios-cadera/>

⁶⁵ Uncomo.com. Cómo fortalecer los tobillos(internet). México; (fecha de última actualización: Ene 2017; fecha de consulta: 01/12/18. Disponible en: <https://deporte.uncomo.com/articulo/como-fortalecer-los-tobillos-41540.html>

- Apoyo unipodal sobre plataforma inestable (ej. un balón sin aire).

- Apoyo sobre punta de los pies, sostenido sobre una pared, como se muestra en la imagen.



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



<https://bit.ly/2PpB7eM>

variación de las cargas que este recibe durante la marcha, reduciéndose así la probabilidad de una nueva recaída.⁶⁶

⁶⁶ Junquera I. Ejercicios propioceptivos para fortalecer el tobillo. Propriocepción de tobillo nivel medio. España. 2014. Consultado el: 25/12/18. Disponible en: <https://www.fisioterapia-online.com/videos/ejercicios-propioceptivos-para-fortalecer-el-tobillo-propiocepcion-de-tobillo-nivel-medio>

7. Diagnóstico de Enfermería

Reflujo gastroesofágico r/c estenosis gastroesofágica m/p ardor en mucosa gástrica y malestar al ingerir alimentos muy secos y/o muy picantes.

7.4.1 Objetivo de la Persona

“no tener malestar”

7.4.2 Objetivo de Enfermería

Lograr cambios en la dieta para disminución de molestias

Agente: Agente de Autocuidado y Agencia de Enfermería

Sistema de enfermería: Apoyo educativo

7.4.3 Intervenciones de Enfermería

| Intervenciones de Enfermería | Fundamentación |
|---|---|
| <p>Medidas Higiénico-dietéticas</p> <p>Sugerir a la persona:</p> <ul style="list-style-type: none">• Dieta variada y equilibrada, con un contenido alto de fruta, verdura y fibra vegetal de cereales y legumbres.• Distribuir la ingesta total del día en 5 tomas, mejor que 3, para evitar picar entre horas. Comer lentamente y masticar bien los alimentos.• Evitar consumo de alimentos: comidas grasas, picantes, tabaco, alcohol, chocolate, café (normal y descafeinado y menta).• Evitar el consumo de lácteos.• No consumir alimentos pesados por las noches.• Evitar acostarse después de las comidas, por lo menos hasta que hayan pasado unas 2 horas desde la ingesta. | <p>La dieta mediterránea se caracteriza por el contenido elevado de verduras, legumbres, frutas, granos enteros, pescados, aceite de oliva, cantidad moderada de alcohol y productos lácteos y poca cantidad de carnes rojas o procesadas.</p> <p>En un estudio transversal, que incluyó a 817 participantes, la dieta mediterránea redujo el riesgo de aparición de síntomas de ERGE.</p> <p>Las dietas con alto contenido de grasas podrían ser un factor de predisposición para el esófago de Barrett, mientras que las dietas ricas en frutas y verduras parecen ejercer un efecto protector.⁶⁷</p> <p>Evitar el consumo de alimentos muy condimentados y ricos en grasa ayuda a prevenir la acidez estomacal. El exceso de ácidos estomacales produce sensación de ardor y reflujo de los alimentos, lo cual es molesto.⁶⁸</p> |

⁶⁷ Siccsalud(internet). Argentina. Sociedad Iberoamericana de Información Científica; 2018 (actualizado el May 2017; citado el: 06/12/18). Disponible en: <http://www.siccsalud.com/des/resiiccompleto.php/155306>

⁶⁸ Evitar los alimentos muy condimentados y ricos en grasas. La tercera.com. 2010. Consultado el: 08/03/2018. Disponible en: <http://www2.latercera.com/noticia/evitar-los-alimentos-muy-condimentados-y-ricos-en-grasas-ayuda-a-prevenir-la-acidez/>

| | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Evitar el estrés. • No vestir con prendas que compriman el abdomen. • Sugerir reducción de peso. | <p>La caseína; una proteína difícil de digerir proveniente de la leche de vaca, genera diversos problemas intestinales, alteración de la permeabilidad intestinal, etc.⁶⁹</p> <p>Algunos beneficios de levantar la cabecera de la cama (15 a 20cm) puede mejorar la circulación sanguínea, impulsar el metabolismo, mejorar la función del sistema inmunológico, mejorar la función respiratoria, aliviar síntomas relacionados con migrañas, reflujo ácido, edema, entre otras.⁷⁰</p> |
|--|--|

⁶⁹ Junquera, Roberto. Alimentos perjudiciales para ti espalda: leche y derivados. Fisioterapia online. 2010. Consultado el: 08/03/2018. Disponible en: <https://www.fisioterapia-online.com/videos/alimentos-perjudiciales-para-tu-espalda-leche-y-derivados>

⁷⁰ Mercola(internet). EUA. (Fecha de última actualización: Feb 2018; citado 05/12/18). Disponible en: <https://articulos.mercola.com/sitios/articulos/archivo/2018/02/15/beneficios-de-la-terapia-de-la-cama-inclinada.aspx>

7.5 Ejecución

7.5.1 Registro de Intervenciones

Se realizaron 13 visitas domiciliarias de 2 horas de duración aproximadamente, en las cuales se llevaron a cabo las siguientes intervenciones de Enfermería en Rehabilitación:

| Intervención de Enfermería | Fecha | | | | | | |
|--|----------------|----------------|------------|--------------|------------|------------|-----------|
| | Noviembre 2017 | Diciembre 2017 | Enero 2017 | Febrero 2017 | Marzo 2017 | Abril 2017 | Mayo 2017 |
| Aplicación de Instrumento de Valoración | 20 | | | | | | |
| Aplicación de exploración física | 20 | | | | | | |
| Valoración de la fuerza muscular | 20 | | 23 | | 13 | | |
| Aplicación de escala de Barthel | 27 | | | | | | |
| Aplicación de escala Lawton y Brody | 27 | | | | | | |
| Aplicación de Escala de Yessavage | 27 | | | | | | |
| Medición de Signos Vitales | | 12, 26 | 23 | 6 | 2, 13, 27 | 10 | |
| Aplicación de Escala Visual Análoga | 20 | 12, 26 | 23 | 6 | 2, 13, 27 | 10 | |
| Aplicación de compresa húmedo caliente, y enseñanza acerca de su uso | | 12 | | | 13 | | |
| Enseñanza de ejercicios de calentamiento cervical | | 12 | | | | | |
| Realización y enseñanza a familiar de masaje cervical | | 12 | | | | | |

| | | | | | | | |
|--|--|----|----|----|----|----|--|
| Aplicación y enseñanza de ejercicios de fortalecimiento muscular | | 12 | | | | | |
| Aplicación de Kinesioterapia | | 26 | | | | | |
| Aplicación y enseñanza técnicas de respiración y relajación | | 26 | | | | | |
| Aplicación y enseñanza de ejercicios de Williams | | 26 | | | | | |
| Aplicación de escala de Tinetti | | | 9 | | 13 | 10 | |
| Enseñanza acerca del uso correcto de bastón | | | 9 | | | | |
| Aplicación y enseñanza de ejercicios de fuerza muscular y equilibrio | | | 9 | | | | |
| Aplicación y enseñanza de ejercicios en miembros pélvicos (cadera) | | | 23 | | | | |
| Enseñanza de Higiene Articular | | | 23 | | | | |
| Aplicación de escala de Ansiedad de Hamilton | | | | 6 | 13 | | |
| Aplicación y enseñanza de relajación muscular progresiva | | | | 6 | | | |
| Enseñanza acerca de prótesis de cadera | | | | 20 | | | |

| | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--------|----|----|
| Aplicación de valoración focalizada | | | | | 2 | | |
| Aplicación de TEST Morinsky-Green para HTA | | | | | 13, 27 | 10 | |
| Enseñanza uso de antihipertensivos | | | | | 13 | | |
| Enseñanza Medidas Higiénico-Dietéticas HTA | | | | | 13 | | |
| Enseñanza Jarra del Buen Beber | | | | | 13 | | |
| Aplicación y enseñanza de estiramiento de tobillo | | | | | 27 | | |
| Aplicación de ejercicios de propiocepción | | | | | 27 | | |
| Enseñanza Medidas Higiénico-Dietéticas ERGE | | | | | | 10 | |
| Entrega de Plan de Alta | | | | | | | 24 |

7.6 Evaluación

7.6.1 Evaluación de las respuestas de la persona

| | | | |
|--|-----------------------|-------------------|---------------------|
| 1. Diagnóstico de Enfermería: Dolor agudo r/c alteración musculoesquelética e historia de caídas previas (en casa) m/p EVA 6/10 de tipo somático en área cervical y lumbar, dificultad para realizar AIVD (quehaceres del hogar), con 5 ptos. en escala de Lawton y Brody. | | | |
| Objetivo de la Persona: "no tener dolor" | | | |
| Objetivo de Enfermería: Disminuir el dolor y lograr que realice actividades por si sola. | | | |
| Evaluación de las respuestas de la persona | Noviembre 2017 | Enero 2018 | Febrero 2018 |
| | 20 | 23 | 6 |
| Indicador: Control del Dolor | Cervical: 6/10 | Cervical: 0/10 | Cervical: 0/10 |
| Herramienta de Medición: Escala Visual Análoga | Lumbar: 6/10 | Lumbar: 3/10 | Lumbar: 2/10 |
| 7.6.2 Evaluación del proceso El dolor disminuyó en área cervical en su totalidad, y se deja enseñanza de calentamiento y estiramiento cervical en caso necesario. Se sugiere seguir con uso de compresa en área lumbar, para evitar que incremente el dolor. | | | |

2. Diagnóstico de Enfermería

Riesgo de caídas r/c lateralización hacia lado derecho al momento de la marcha y sensación de desequilibrio al caminar en ocasiones.

Objetivo de la Persona:

“poder mantener el equilibrio al caminar”

Objetivo de Enfermería

Prevenir una caída y aumentar equilibrio a la deambulaci3n

| Evaluaci3n de las respuestas de la persona | Enero 2018 | Marzo 2018 | Abril 2018 |
|--|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| | 9 | 13 | 10 |
| Indicador: N3mero de caídas | 1 | 0 | 0 |
| Herramienta de Medici3n: Escala de Tinetti | Alto riesgo de caídas 14 pts. | Alto riesgo de caídas 14 pts. | Alto riesgo de caídas 14 pts. |

7.6.2 Evaluaci3n del proceso

La persona se reh3sa a utilizar bast3n como apoyo para la deambulaci3n, dentro y fuera de casa. Se proporciona enseńanza para evitar caídas a trav3s de cartel informativo.

3. Diagnóstico de Enfermería

Dificultad para realizar actividades instrumentadas de la vida diaria (AIVD) r/c disminución de la fuerza m/p arcos de movilidad en cadera disminuidos, flexión 90°, extensión 15°, abducción 20° y aducción 15°, valoración de la fuerza 3/5 en escala de Daniels en miembro pélvico derecho.

Objetivo de la Persona:

“Poder desplazarme con mayor rapidez y realizar mis quehaceres sola”

Objetivo de Enfermería:

Fortalecer músculos de miembros pélvicos, disminuir molestia y reducir la dificultad para realizar sus actividades.

| Evaluación de las respuestas de la persona | Noviembre 2017 | Enero 2018 | Marzo 2018 |
|---|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| | 20 | 23 | 13 |
| Indicador: Fuerza Muscular | Pectíneo 4/5 | Pectíneo 4/5 | Pectíneo 4/5 |
| Herramienta de Medición: Escala de Daniels | Glúteo menor, medio y mayor 3/5 | Glúteo menor, medio y mayor 4/5 | Glúteo menor, medio y mayor 4/5 |

7.6.2 Evaluación del proceso

Hay aumento de la fuerza muscular, se sugiere seguir con ejercicios de estiramiento y fortalecimiento.

4. Diagnóstico de Enfermería

Temor r/c desconfianza en el sistema de salud, debido a experiencias previas m/p negación a tratamiento quirúrgico.

Objetivo de la Persona:

“Evitar que me realicen una cirugía”

Objetivo de Enfermería:

“Reducir el temor y dar enseñanza acerca de las ventajas de una prótesis de cadera”

| Evaluación de las respuestas de la persona | Febrero 2018 | Marzo 2018 |
|--|--------------|------------|
| | 6 | 13 |
| Indicador: Ansiedad Herramienta de Medición: Escala de Ansiedad de Hamilton | 6 (leve) | 6 (leve) |

7.6.2 Evaluación del proceso

La persona obtiene una puntuación de ansiedad leve, y refiere que con la enseñanza brindada se siente un poco más segura, y que talvez se realice la cirugía cuando se necesario.

5. Diagnóstico de Enfermería:

Déficit de apego en el tratamiento farmacológico r/c irregularidad en la ingesta de medicamentos m/p Test de Morinsky-Green para HTA, con resultado de “incumplimiento”.

Objetivo de la Persona:

“Evitar complicaciones de la hipertensión”

Objetivo de Enfermería:

Lograr apego terapéutico farmacológico

| Evaluación de las respuestas de la persona | Marzo 2018 | Abril 2018 |
|--|-------------------|-------------------|
| | 13, 27 | 10 |
| Indicador: Apego al Tratamiento Terapéutico Farmacológico Herramienta de Medición: Test Morinsky-Green para Hipertensión Arterial | “incumplimiento” | “incumplimiento” |

7.6.2 Evaluación del proceso

La persona menciona que comprende la importancia de tomar antihipertensivos; pero así mismo menciona que llevando una dieta saludable, es bueno para tener niveles de tensión arterial normal. Se sugirió tomar antihipertensivos prescritos, y lo realizó parcialmente; pero después abandonó el tratamiento.

6. Diagnóstico de Enfermería:

Dolor de tipo somático r/c lesión en tendón de tobillo izquierdo m/p edema nocturno ocasional, EVA 6/10 en región lateral externa.

Objetivo de la Persona:

“disminución de molestia en tobillo”

Objetivo de Enfermería:

Disminución del dolor

| Evaluación de las respuestas de la persona | Marzo 2018 | Abril 2018 |
|--|-------------------|-------------------|
| | 2, 13, 27 | 23 |
| Indicador: Control del Dolor Herramienta de Medición: Escala Visual Análoga | 6/10, 4/10, 2/10 | 0/10 |

7.6.2 Evaluación del proceso

El dolor disminuyó en su totalidad, se da enseñanza de ejercicios de fortalecimiento y propiocepción, los cuales ayudaron a la persona a mejorar la seguridad al caminar.

7. Diagnóstico de Enfermería:

Reflujo gastroesofágico r/c estenosis gastroesofágica m/p ardor en mucosa gástrica y malestar al ingerir alimentos muy secos y/o muy picantes.

Objetivo de la Persona:

“no tener malestar”

Objetivo de Enfermería:

Lograr cambios en la dieta para disminución de molestias

Evaluación de las respuestas de la persona**Abril
2018**

10

Indicador: Control del reflujo**Herramienta de Medición:** Referencia del mejoramiento de los signos y síntomas por parte de la persona.**7.6.2 Evaluación del proceso**

La persona se mostró interesada en todo momento, cuando se dio enseñanza acerca del reflujo gastroesofágico y refirió que adoptará todas las medidas sugeridas. dos semanas más tarde la persona refirió que los signos y síntomas disminuyeron considerablemente y que continuará realizándolos para adoptarlos en su vida cotidiana.

VIII. Plan de Alta de Enfermería

| Nombre: E.A.C. | Sexo: Femenino |
|---|---|
| Edad: 78 años | Ocupación: Ama de casa |
| Fecha nacimiento: 14 Agosto de 1944 | Escolaridad: Preparatoria |
| Peso: 69kgs. | Talla: 1.58cm IMC: 27.64% |
| Religión: católica | Diagnóstico médico: Espondiloartrosis |
| Requisitos de Autocuidado Universales | Autocuidado en el Hogar |
| 1. Mantenimiento de un aporte de aire suficiente | <ul style="list-style-type: none"> • Antes y después de realizar ejercicios, llevar a cabo respiración profunda. • Tener precaución con corrientes de aire y/o cambios de temperatura importantes cuando realice alguna actividad fuera de casa. |
| 2. Mantenimiento de un aporte de agua suficiente | <ul style="list-style-type: none"> • Consumir agua (1.5 a 2 lts. diarios) de preferencia natural. • Evitar consumir jugos de frutas en grandes cantidades. • Incluir té durante el día. |
| 3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos | <ul style="list-style-type: none"> • Evitar consumir irritantes, grasas, cítricos, moderar consumo de café. • Realizar 5 comidas al día: desayuno, comida, cena y dos colaciones entre desayuno y comida; y comida y cena. <p>Puede consumir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1fruta mediana como, manzana, pera; 1 taza de palomitas de maíz hechas en sartén con poco aceite, 1 puño de almendras, zanahoria, pepino, jícama. |
| 4. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos | <ul style="list-style-type: none"> • Consumir alimentos con fibra. • Tomar suficiente agua. • Realizar caminatas pequeñas en casa o fuera de ella, distancias cortas. |

| | |
|--|--|
| <p>5. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Continuar con ejercicios de fortalecimiento muscular (Ejercicios de Williams, ejercicios para cadera, ejercicios de propiocepción). • Seguir con higiene articular. • Uso de bastón como apoyo para evitar caídas. |
| <p>6. Mantenimiento del equilibrio de la soledad y la interacción humana</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Continuar con reuniones con amigas. • Tener en consideración actividades como clases de pintura, leer un libro, hacer manualidades, etc. |
| <p>7. La prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bien estar humano</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Seguir con ejercicios de propiocepción. • Seguir utilizando tiras antideslizantes. • Utilizar tapete antideslizante en baño. • Considerar barras metálicas en baño. |
| <p>8. La promoción de funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones humanas y el deseo de ser normal</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Realizar respiración profunda. • Adquirir más información acerca de prótesis de cadera. • Tener seguimiento con su médico especialista. |

IX. Conclusiones

En este estudio de caso se obtuvieron buenas respuestas por parte de la persona y buenos resultados, de acuerdo a los objetivos planteados, como en control y disminución del dolor; actualmente ambas la utilizan como método de relajación y mencionan realizar su AVD con mayor agilidad.

Se lograron modificar algunas barreras arquitectónicas en casa; por ejemplo, haciendo uso de tiras antideslizantes y fluorescentes en escaleras, dormitorios y cuarto de baño, siendo aceptada por la persona para evitar caídas. La falta de barandales en la escalera no pudo modificarse debido a que la casa donde habitan es rentada y no es posible hacer modificaciones libremente. Así mismo se implementó la Higiene Articular, para que la persona la adoptara en su vida diaria la cual fue aceptada positivamente y claramente es visto un cambio en la persona, pues adopta posturas correctas, y se siente más independiente; además que las molestias han disminuido lo cual contribuye a llevar un mejor desenvolvimiento en su día a día.

Acercas de la coxartrosis que padece, se realizó una plática, acerca del tratamiento quirúrgico, posibles resultados y un posible tratamiento de rehabilitación antes y después de una posible prótesis a futuro, igualmente la importancia del mismo. La persona mencionó sentirse mejor informada acerca del tema, con la certeza de adoptarlo cuando sea necesaria una intervención quirúrgica.

Algunos otros objetivos planteados, fueron cumplidos parcialmente debido a que las sugerencias de llevar un control y tratamiento farmacológico para hipertensión arterial no es aceptado para la persona.

X. Sugerencias

Establecer una guía de los posibles padecimientos que puedan servir para realizar un mejor estudio de caso.

En cuanto a la elaboración de los diagnósticos de enfermería, sería útil para los alumnos del posgrado una guía establecida acerca de cómo realizarlos en formato PES; así se enriquecería cada uno de los estudios.

Así bien, considero que sería de gran utilidad que las revisiones del estudio de caso con cada tutor sean más frecuentes y se dé continuidad a las mismas, para el mejor aprendizaje de los alumnos.

Gracias.

Bibliografía

1. Sánchez, Tania. ¿Qué es la cervicalgia? Información, causas, síntomas y tratamiento. Premium Madrid. Global Health Care. Madrid. 2016. Consultado el: 11/11/18. Disponible en: <https://rehabilitacionpremiummadrid.com/blog/tania-sanchez/cervicalgia-fisioterapia-y-rehabilitacion/>
2. Larios-González XV, García-Carmona MA, Vega-Robles E., et. al. Rehabilitación en Espondiloartrosis. Medicina de Rehabilitación. 2013; 1 (2): 21-32. Consultado el: 11/11/18. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Salvador_Macias-Hernandez/publication/260547429_La_Rehabilitacion_Medica_investigador_o_morir/links/02e7e53743acd8ad0a000000/La-Rehabilitacion-Medica-investigador-o-morir.pdf
3. Santos, Rogelio Dr. Espondiloartrosis. Hospital Christus Muguerza. Monterrey, N.L. 2015. Consultado el: 20/11/17 Disponible en: <http://santostraumatologiamty.com/espondiloartrosis/>
4. Can Valle AR, Sarabia Alcoce B. Prevalencia de hipertensión arterial en las personas mayores de la Ciudad de San Francisco de Campeche. Revista Iberoamericana de las Ciencias de la Salud. 2016; 5 (10). Consultado el: 27/11/18. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v60n3/0036-3634-spm-60-03-233.pdf>
5. Federación Mexicana de Diabetes. Hipertensión arterial (internet). Mayo 13, 2016. Consultado el:27/11/18. Disponible en: <http://fmdiabetes.org/hipertension-arterial-mexico/>
6. Intervenciones de enfermería para la atención integral del adulto con hipertensión arterial. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 26 de marzo de 2015. Consultado el: 27/11/18. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/739GER.pdf>
7. Junquera, Mikel. Artrosis de cadera o coxartrosis. Síntomas, diagnóstico y tratamiento de fisioterapia.2015. Fisioterapia online. Consultado el: 10/06/2018. Disponible en: https://pro.fisioterapia-online.com/articulos/artrosis-de-cadera-o-coxartrosis-sintomas-diagnostico-y-tratamiento-de-fisioterapia?utm_campaign=cookie
8. Hernández Martín, Annia Daisy, Puerto Noda, Ibars, Morejón Barroso, Omar, Méndez Rodríguez, Sandra Nancy, Guía clínica para la rehabilitación de los pacientes con enfermedades reumáticas. MediSur [en línea] 2017, 15. Consultado el: 28 de noviembre de 2018. Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180049913018>> ISSN
9. Bautista-Molano W, Landewé R, Burgos-Vargas R. et.al. Prevalencia de comorbilidades y factores de riesgo para las comorbilidades en pacientes con espondiloartritis en América Latina: un estudio comparativo con la población general y datos del estudio ASAS-COMOSPA. J Rheumatol. 2018 Feb;45(2):206-212. Consultado el: 28/11/18. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29247152>
10. Cano-Montoro J, Cases-Gómez I. Artrosis. Guía de actuación clínica en A.P. Ecuador. (internet). 2013. P.217-232. Consultado el: 20 de enero 2018. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/3819796/Guías-de-actualización-clínica>
11. Alba Hernández L. Artrosis y planes de cuidado de enfermería (Trabajo de fin de grado). Universidad de Zaragoza; 2012 (Consultado el: 14 Ene 2019). Disponible en: http://www2.unavarra.es/gesadj/servicioBiblioteca/tutoriales/Citar_referenciar_%28Vancouver%29.pdf

12. G3n3lez-Pozas A, Ruiz-Fern3ndez M.A. et.al. La Rehabilitaci3n en la Espondiloartrosis. JANO. 2004; Vol. LXVI. No. 1504. P36-39. Consultado el: 20/12/17. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-fis/agentes_y_espondiloartrosis.pdf
13. Molt3 A, Etcheto A, van der Heijde D, *et al.* Prevalence of comorbidities and evaluation of their screening in spondyloarthritis: results of the international cross-sectional ASAS-COMOSPA study. *Annals of the Rheumatic Diseases (internet)*.2016 (consultado 30 Dic 2017); **75**:1016-1023. Disponible en: <http://ard.bmj.com/content/75/6/1016.citation-tools>
14. Mej3a Pinz3n, Lizeth Paola, Baquero Sastre, German Augusto, Ortiz Gonz3lez, Mauricio, Relaci3n del sobrepeso y la obesidad con la presencia de alteraciones posturales lumbares. Revista Cient3fica "General Jos3 Mar3a C3rdova" [en l3nea] 2011, 9. Consultado el: 30 de noviembre de 2018. Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=476248850013>> ISSN 1900-6586
15. Consejo Internacional de Enfermer3a (internet). 2013. La definici3n de enfermer3a. Consultado el 20 de diciembre de 2017. Disponible en: <http://www.icn.ch/es/who-we-are/icn-definition-of-nursing/>
16. Sanabria-Triana L., Otero-Ceballos M. Los paradigmas como base del pensamiento actual en la profesi3n de enfermer3a. Rev Cubana Educ Med Super. 2012;16(4). Consultado el: 28/11/18. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol16_4_02/ems07402.htm
17. Naranjo Hern3ndez Ydalsys, Concepci3n Pacheco Jos3 Alejandro, Rodr3guez Larreynaga Miriam. La teor3a D3ficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Gac M3d Espirit [Internet]. 2017 Dic; 19(3): 89-100. Consultado el: 02/12/18. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009&lng=es.
18. Ostigu3n-Mel3ndez RM, Vel3zquez-Hern3ndez SM. Teor3a General del D3ficit de Autocuidado: Gu3a B3sica Ilustrada. Manual Moderno. 2001. M3xico
19. Reina G., Nadia Carolina, EL PROCESO DE ENFERMER3A: INSTRUMENTO PARA EL CUIDADO. Umbral Cient3fico [en l3nea] 2010, (Diciembre-Sin mes) : [Fecha de consulta: 2 de diciembre de 2018] Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30421294003>> ISSN 1692-3375
20. Orkaizagirre G3mara Aintzane, Amezcua Manuel, Hu3rcanos Esparza Isabel, Arroyo Rodr3guez Almudena. El Estudio de casos, un instrumento de aprendizaje en la Relaci3n de Cuidado. Index Enferm [Internet]. 2014 Dic [citado 2018 Dic 02] ; 23(4): 244-249. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962014000300011&lng=es.
21. Enfermer3a. Iztacala (internet). M3xico: Facultad de Estudios Superiores Iztacala;2013: (actualizado 25 Ene 2013; consultado el 25/11/18). Disponible en: http://enfermeria.iztacala.unam.mx/enf_decalogo.php
22. Gob.mx (internet). M3xico: Secretar3a de Salud; 2016 (actualizado Feb 2016; consultado el 25/11/18). Disponible en: <https://www.gob.mx/salud/articulos/conoce-los-10-derechos-generales-de-los-pacientes>
23. Comisi3n de Conciliaci3n y Arbitraje M3dico del Estado de M3xico (internet). M3xico: Secretaria de Salud; (fecha de consulta: 25/11/18). Disponible en: http://salud.edomex.gob.mx/ccamem/td_c_der_generales.html
24. Secretar3a de Salud (internet). M3xico; SSA; (actualizado Abr 2015; consultado el 25/11/18). Disponible en: http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/interior/temasgeneral/consentimiento_informado.html

25. Declaración de Helsinki de la asociación médica mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 2008. Consultado el: 10/03/2018. Disponible en: www.ces.edu.co/index.php/component/joomdoc/...DeclaracionHelsinki.../download
26. Secretaría de salud. Norma Oficial Mexicana, Estados Unidos Mexicanos. Consultado el: 08/03/2018. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/168ssa18.html>
27. Secretaría de salud, código de ética para los enfermeros y las enfermeras en México, 2001. Disponible en: Consultado el: 21/12/2017. Disponible en: www.eneo.unam.mx/servicioseducativos/materialesdeapoyo/.../10.pdf
28. Enfermeríapráctica.com (internet). México; fecha de consulta: 25/11/18. Disponible en: <https://enfermeriapractica.com/procedimientos/toma-de-constantas-vitales>
29. Puebla Díaz F.. Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S.: Dolor iatrogénico. Oncología (Barc.) [Internet]. 2005 Mar [citado 2018 Dic 06]; 28(3): 33-37. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-48352005000300006&lng=es.
30. Pavez, Ulloa, Francisco Joshua. Compresas húmedo calientes como intervención para reducir el dolor musculoesquelético: Análisis de la evidencia. Rev. Soc. Esp. Dolor. (internet) 2008. Visitado el: 11/12/17.; 15(5): 335-339. Disponible en: www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid
31. Ejercicios en casa.es. México. Fecha de última actualización: Feb 2016; fecha de consulta: 01/12/18. Disponible en: <https://ejerciciosencasa.as.com/ejercicios-de-estiramiento-para-las-cervicales-no-esperes-a-eliminar-el-dolor-mas/>
32. Junquera Iñigo. Fisioonline. España.(fecha de última actualización: Feb 2016; fecha de consulta: 1/12/18). Disponible en: <https://www.fisioterapia-online.com/videos/como-hacer-un-buen-masaje-relajante-en-las-cervicales-tu-chic>
33. Jiménez Ochoa S., Landeros Pérez M.E., Huerta Franco M.R. Efecto del masaje terapéutico como cuidado de enfermería en la capacidad funcional del adulto mayor. Enfer univ (internet). 2015 Jun (visitado el:11/12/17; 12 (2):49-55. Disponible en: www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70
34. L. Espejo, MD Apolo. Revisión bibliográfica de la efectividad del kinesiotaping. España. 2011. Visitado el: 12/12/17.Disponible en: www.includes_ws/librerias/html/item.php
35. Flores Villavicencio, ME, González Rojas, IP Troyo Sanromán, R, Valle et.al. Efectividad de las técnicas de relajación en la disminución del dolor crónico. Investigación en Salud (internet). Visitado el: 12/12/17. 2004; VI(2):75-81. Disponible en: www.redalyc.org/articulo.oa?id=14260204
36. Pedroso-Pedroso IM, Chio-González JF, La rehabilitación de la lumbalgia con ejercicios de Williams y Charriere. Rev Cub de Tecnología de la Salud 2018;9(2). Consultado el: 05/12/18. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revcubtecsal/cts-2018/cts182n.pdf>
37. Traumatología, Ortopedia, Dr.Rogelio Santos Zapata(internet). México. 2018. Consultado el: 01/12/18. Disponible en: <https://santotraumatologiamty.com/higiene-de-columna/>
38. Valero Alcaide, R., Muñoz Lasa, S. Barreras arquitectónicas. Los edificios y su entorno. Rev. Rehabilitación (internet). Visitado el: 13/12/17.; 33(6) pp367-72. Madrid 2000. Disponible en: www.elsevier.es

39. Lotito F, Sanhueza H. Discapacidad y Barreras Arquitectónicas: Un desafío para la inclusión. Revista AUS. (INTERNET). 2011. Consultado el: 25/11/18. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcre/v19n4a04.pdf>
40. Lartategui Díaz, Joana. ¿Cómo comprar el zapato adecuado? Fisioterapia online. Barcelona, España. 2011. Disponible en: www.fisioterapiaonline.com
41. Guía para el asesoramiento en la selección del calzado para personas mayores. Instituto de biomecánica de Valencia. España. 2012. Consultado el: 01/12/18. Disponible en: sigresident.ibv.org/component/joomdoc/d34SV.pdf/download.html
42. Gutiérrez, Sara. Uso del bastón como apoyo para la marcha. Fisioterapia online. Barcelona, España. 2013. Disponible en: www.fisioterapiaonline.com
43. National Institute on Aging. Ejercicios de fortalecimiento para adultos mayores. EUA. Última actualización en Dec 2014. Disponible en: <https://www.nia.nih.gov/health/ejercicios-fortalecimiento-adultos-mayores>
44. Pavez, Ulloa, Francisco Joshua. Compresas húmedo calientes como intervención para reducir el dolor musculoesquelético: Análisis de la evidencia. Rev. Soc. Esp. Dolor. (internet) 2008. Visitado el: 11/12/17.; 15(5): 335-339. Disponible en: www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid
45. Medicina de rehabilitación. INFOMED. Discapacidad, rehabilitación, humanidad. "Ejercicio terapéutico. Generalidades". 2016. Visitado el: 13/12/17. Disponible en: www.sld.cu
46. Barquero L., Andrea Lic. La higiene postural. Ejercicios y rehabilitación. (internet) Terapia física.com, 2002. Visitado el: 13/12/17. Disponible en: www.terapia-fisica.com
47. Psicopsi.com(internet). Estudio del psicoanálisis y psicología. Fecha de última actualización: 2018. Citado el 02/12/18. Disponible en: <http://psicopsi.com/Escala-de-ansiedad-de-Hamilton-Hamilton-Anxiety-Scale-HAS>
48. Recursos de autoayuda(internet). México; fecha de actualización Jul 2018; citado el: 02/12/18. Disponible en: <https://www.recursosdeautoayuda.com/ejercicios-de-relajacion/>
49. Martínez J. 4 beneficios de la bergamota que no conocías. México; fecha de actualización Dic 2013; citado el: 02/12/18. Disponible en: <https://sportadictos.com/2013/12/beneficios-bergamota>
50. Barquero L., Andrea Lic. La higiene postural. Ejercicios y rehabilitación. (internet) Terapia física.com, 2002. Visitado el: 13/12/17. Disponible en: www.terapia-fisica.com
51. linicalascondes.cl
52. MedlinePlus. Medicamentos. Antihipertensivos. Consultado el 08/03/2018. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007484.htm>
53. Gottau, Gabriela. Alimentos procesados ¿son buenos?. España 2016. Consultado el 08/03/2018. Disponible en: <https://www.directoalpaladar.com/salud/alimentos-procesados-buenos-para-la-salud>
54. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (internet). México. ISSSTE; 2017: (actualizado May 2017; citado el: 06/12/18). Disponible en: <https://www.gob.mx/issste/articulos/los-beneficios-de-la-jarra-del-buen-beber>

55. Arthritis fundation, ejercicios para miembros pélvicos. 2014. Consultado el: 10/03/2018. Disponible en: <http://espanol.arthritis.org/espanol/ejercicio/ejercicio-general/ejercicios-postoperatorios-cadera/>
56. Uncomo.com. Cómo fortalecer los tobillos(internet). México; (fecha de última actualización: Ene 2017; fecha de consulta: 01/12/18. Disponible en: <https://deporte.uncomo.com/articulo/como-fortalecer-los-tobillos-41540.html>
57. Junquera I. Ejercicios propioceptivos para fortalecer el tobillo. Propiocepción de tobillo nivel medio. España. 2014. Consultado el: 25/12/18. Disponible en: <https://www.fisioterapia-online.com/videos/ejercicios-propioceptivos-para-fortalecer-el-tobillo-propiocepcion-de-tobillo-nivel-medio>
58. Siccsalud(internet). Argentina. Sociedad Iberoamericana de Información Científica; 2018 (actualizado el May 2017; citado el: 06/12/18). Disponible en: <http://www.siicsalud.com/des/resiiccompleto.php/155306>
59. Evitar los alimentos muy condimentados y ricos en grasas. La tercera.com. 2010. Consultado el: 08/03/2018. Disponible en: <http://www2.latercera.com/noticia/evitar-los-alimentos-muy-condimentados-y-ricos-en-grasas-ayuda-a-prevenir-la-acidez/>
60. Junquera, Roberto. Alimentos perjudiciales para ti espalda: leche y derivados. Fisioterapia online. 2010. Consultado el: 08/03/2018. Disponible en: <https://www.fisioterapia-online.com/videos/alimentos-perjudiciales-para-tu-espalda-leche-y-derivados>
61. Mercola(internet). EUA. (Fecha de última actualización: Feb 2018; citado 05/12/18). Disponible en: <https://articulos.mercola.com/sitios/articulos/archivo/2018/02/15/beneficios-de-la-terapia-de-la-cama-inclinada.aspx>

Anexos

- 1. Consentimiento Informado**
- 2. Escala de Sadoul**
- 3. Cuestionario Mini Nutricional Assessment (MNA) e Índice Cintura Cadera (ICC)**
- 4. Escala de valoración de hidratación de acuerdo a orina**
- 5. Escala de Bristol**
- 6. Escala de Barthel de actividades básica de la vida diaria (AVD)**
- 7. Escala de Lawton y Brody de actividades instrumentadas de la vida diaria (AIVD)**
- 8. Escala de Yessavage**
- 9. Escala de Tinetti**
- 10. Escala Visual Análoga (EVA)**
- 11. Cartel acerca de compresas húmedo calientes**
- 12. Ejercicios de calentamiento cervical**
- 13. Masaje cervical**
- 14. Ejercicios de Williams**
- 15. Higiene Postural de Columna Lumbar**
- 16. Uso correcto de bastón**
- 17. Fortalecimiento Muscular en Piernas**
- 18. Ejercicios para Mejorar Equilibrio**
- 19. Ejercicios para cadera**
- 20. Higiene Articular**
- 21. Escala de Ansiedad de Hamilton**
- 22. Cartel de Prótesis de cadera**
- 23. Cartel “Uso de antihipertensivos”**
- 24. Cartel Cómo cuidar tu Hipertensión Arterial**
- 25. Jarra del Buen Beber**
- 26. Test de Morinsky-Green para HTA**

1. Consentimiento Informado



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



CONSENTIMIENTO INFORMADO

CD de México a 20 de Noviembre 2017

Por medio de la presente yo Esperanza Ayala Cervantes
Doy mi consentimiento para que la (el) Lic.
Enf. Jessica J. Pérez Sanjuana, 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):

Esperanza Ayala Cervantes E. Ayala

Testigo (nombre y firma):

Estudiante del Posgrado (nombre y firma):

Jessica Janet Pérez Sanjuana

2.Escala de Sadoul

| Escala de Disnea de Sadoul | |
|----------------------------|---|
| Valoración de la disnea | |
| Grado 0 | Ausencia de Disnea |
| Grado 1 | Disnea después de esfuerzos importantes o subir dos pisos de escaleras |
| Grado 2 | Disnea al subir un único piso de escaleras o con la marcha rápida en una ligera subida |
| Grado 3 | Disnea durante la marcha normal por terreno llano |
| Grado 4 | La disnea se manifiesta con la marcha lenta |
| Grado 5 | Disnea ante los mínimos esfuerzos |

<https://bit.ly/2FnAwJ7>

Elaborado por: LE Jessica J. Pérez Sanjuanero

3. Cuestionario Mini Nutricional Assessment (MNA) e Índice Cintura Cadera (ICC)

Mini Nutritional Assessment MNA[®]



| | | | | |
|-----------|------|----------|------------|-------|
| Apellidos | | Nombre | | |
| Sexo | Edad | Peso, kg | Altura, cm | Fecha |

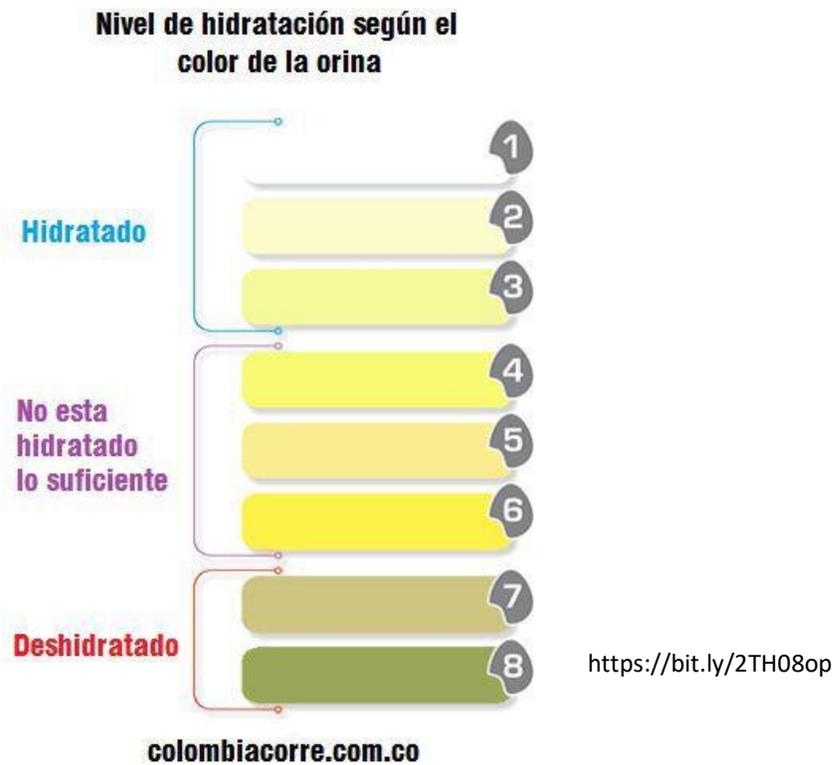
Responda a la primera parte del cuestionario indicando la puntuación adecuada para cada pregunta. Suma los puntos correspondientes al cribaje y el ítem G es igual o inferior a 11, complete el cuestionario para obtener una apreciación precisa del estado nutricional.

| | |
|--|--|
| <div style="background-color: #003366; color: white; padding: 5px; font-weight: bold;">Cribaje</div> <p>A Ha perdido el apetito? Ha comido menos por fatiga, apatía, problemas digestivos, dificultades de masticación/digestión en los últimos 3 meses? 0 = ha comido mucho menos 1 = ha comido menos 2 = ha comido igual <input type="checkbox"/></p> <p>B Pérdida reciente de peso (>3 meses) 0 = pérdida de peso > 3 kg 1 = no lo sabe 2 = pérdida de peso entre 1 y 3 kg 3 = no ha habido pérdida de peso <input type="checkbox"/></p> <p>C Movilidad 0 = de la cama al sillón 1 = subterránea en el interior 2 = salida al domicilio <input type="checkbox"/></p> <p>D Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses? 0 = sí 2 = no <input type="checkbox"/></p> <p>E Problemas neuropsiquiátricos 0 = demencia o depresión grave 1 = demencia moderada 2 = sin problemas psicológicos <input type="checkbox"/></p> <p>F Índice de masa corporal (IMC) = peso en kg / (altura en m)² 0 = IMC < 18 1 = 18 a IMC = 21 2 = 21 a IMC = 23 3 = IMC > 23 <input type="checkbox"/></p> <p>Evaluación del cribaje (subtotal máx. 14 puntos) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>10-14 puntos: estado nutricional normal 8-9 puntos: riesgo de malnutrición 0-7 puntos: malnutrición</p> <p style="font-size: x-small;">Para una evaluación más detallada, continúe con las preguntas G-R.</p> | <p>J Cuántas comidas completas toma al día? 0 = 1 comida 1 = 2 comidas 2 = 3 comidas <input type="checkbox"/></p> <p>K Consumo al paladar - productos líquidos al menos una vez al día? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> - fresas o juguetines 1 a 2 veces a la semana? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> - carne, pescado o aves, diariamente? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> 0.0 = 0 o 1 día 0.5 = 2 días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1.0 = 3 días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>L Consumo frutas o verduras al menos 2 veces al día? 0 = no 1 = sí <input type="checkbox"/></p> <p>M Cuántas veces de agua u otras líquidos toma al día? (agua, zumo, café, té, leche, vino, cerveza...) 0.0 = menos de 3 vasos 0.5 = de 3 a 5 vasos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1.0 = más de 5 vasos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>N Forma de alimentación 0 = necesita ayuda 1 = se alimenta solo con dificultad <input type="checkbox"/> 2 = se alimenta solo sin dificultad <input type="checkbox"/></p> <p>O Se considera al paciente que está bien nutrido? 0 = malnutrición grave 1 = no lo sabe o malnutrición moderada 2 = sin problemas de nutrición <input type="checkbox"/></p> <p>P En comparación con las personas de su edad, cómo encuentra el paciente su estado de salud? 0.0 = peor 0.5 = no lo sabe 1.0 = igual <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2.0 = mejor <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Q Circunferencia braquial (CB en cm) 0.0 = CB < 21 0.5 = 21 a CB a 23 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1.0 = CB > 23 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>R Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm) 0 = CP < 31 1 = CP a 31 <input type="checkbox"/></p> <p>Evaluación (máx. 16 puntos) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Cribaje <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Evaluación global (máx. 30 puntos) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> |
| <div style="background-color: #003366; color: white; padding: 5px; font-weight: bold;">Evaluación</div> <p>G El paciente vive independiente en su domicilio? 1 = sí 0 = no <input type="checkbox"/></p> <p>H Toma más de 3 medicamentos al día? 0 = sí 1 = no <input type="checkbox"/></p> <p>I Queda o lealona cutánea? 0 = sí 1 = no <input type="checkbox"/></p> | <p>Evaluación del estado nutricional</p> <p>De 24 a 30 puntos <input type="checkbox"/> estado nutricional normal De 17 a 23.5 puntos <input type="checkbox"/> riesgo de malnutrición Menos de 17 puntos <input type="checkbox"/> malnutrición</p> |

Ref: Vellas B, Vilain B, Andrieu G, et al. *Questionnaire of the MNA[®]* - In: *Haley and Chalmers - Food Health Aging 2000* ; 10 : 458-466.
 Bannister LJ, Fisher JS, Stone A, Gieger Y, Miller B. *Developing the Undernutrition Careline Checklist - Developing the Short-Form Mini-Nutritional Assessment (MNA-SF)*. J. Science 2007 ; 184 : 3066-311.
 Gieger Y. *The Mini-Nutritional Assessment (MNA)*. *Review of the Literature* - *What you eat!* *1 Food Health Aging 2008* ; 10 : 495-497.
 Nestlé Institute for Health Sciences, S.A., Vevey, Switzerland. Trademark Nestlé 004285, 004, Nestlé 2005, M2700 1528 104.
 Para más información: www.nestle.com

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

4. Escala de valoración de hidratación de acuerdo a orina



5. Escala de Bristol

ESCALA DE BRISTOL

| | | |
|--------|--|--|
| Tipo 1 | | Heces en forma de bolas duras y separadas que pasan con dificultad |
| Tipo 2 | | Heces en forma de salchicha compuesta por fragmentos |
| Tipo 3 | | Heces con forma de salchicha con grietas en la superficie |
| Tipo 4 | | Heces como una salchicha o serpiente, lisa y suave |
| Tipo 5 | | Bolas blandas con los bordes definidos, que son defecados fácilmente |
| Tipo 6 | | Trozos blandos y esponjosos, con bordes irregulares y consistencia pastosa |
| Tipo 7 | | Acuosa, sin trozos sólidos, totalmente líquida |

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

6. Escala de Barthel de actividades básica de la vida diaria (AVD)

| Índice Barthel | | |
|--------------------------------------|--|---------|
| Actividad | Descripción | Puntaje |
| Comer | 1. Incapaz | 0 |
| | 2. Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc. | 5 |
| | 3. Independiente (la comida está al alcance de la mano) | 10 |
| Trasladarse entre la silla y la cama | 1. Incapaz, no se mantiene sentado | 0 |
| | 2. Necesita ayuda importante (1 persona entrenada o 2 personas), puede estar sentado | 5 |
| | 3. Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal) | 10 |
| | 4. Independiente | 15 |
| Aseo personal | 1. Necesita ayuda con el aseo personal | 0 |
| | 2. Independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse | 5 |
| Uso del retrete | 1. Dependiente | 0 |
| | 2. Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo | 5 |
| | 3. Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse) | 10 |
| Bañarse o Ducharse | 1. Dependiente | 0 |
| | 2. Independiente para bañarse o ducharse | 5 |
| Desplazarse | 1. Inmóvil | 0 |
| | 2. Independiente en silla de ruedas en 50 m | 5 |
| | 3. Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal) | 10 |
| | 4. Independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador | 15 |
| Subir y bajar escaleras | 1. Incapaz | 0 |
| | 2. Necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta | 5 |
| | 3. Independiente para subir y bajar | 10 |
| Vestirse y desvestirse | 1. Dependiente | 0 |
| | 2. Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda | 5 |
| | 3. Independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc. | 10 |
| Control de heces | 1. Incontinente (o necesita que le suministren enema) | 0 |
| | 2. Accidente excepcional (uno/semana) | 5 |
| | 3. Continente | 10 |
| Control de orina | 1. Incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa | 0 |
| | 2. Accidente excepcional (máximo uno/24 horas) | 5 |
| | 3. Continente, durante al menos 7 días | 10 |

| Independencia total | Dependencia severa | Dependencia Moderada | Dependencia leve | Independencia |
|---------------------|--------------------|----------------------|------------------|---------------|
| < 20 pts. | 20-35 pts. | 40-55 pts. | 60-90 pts. | 100 pts. |

<https://bit.ly/2Qy4xrH>

7. Escala de Lawton y Brody de actividades instrumentadas de la vida diaria (AIVD)

| ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA | |
|---|-------------------------------------|
| Paciente..... | Edad..... Sexo..... |
| Anotar con la ayuda del cuidador principal, cual es la situación concreta personal del paciente, respecto a estos 8 ítems de actividad instrumental de la vida diaria | |
| ESCALA DE ACTIVIDAD INSTRUMENTAL DE LA VIDA DIARIA | Puntos |
| A. CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO | |
| 1. Utiliza el teléfono a iniciativa propia, busca y marca los números, etc. | 1 |
| 2. Marca unos cuantos números bien conocidos | 1 |
| 3. Contesta el teléfono pero no marca | 0 |
| 4. No usa el teléfono | 0 |
| B. IR DE COMPRAS | |
| 1. Realiza todas las compras necesarias con independencia | 1 |
| 2. Compra con independencia pequeñas cosas | 0 |
| 3. Necesita compañía para realizar cualquier compra | 0 |
| 4. Completamente incapaz de ir de compras | 0 |
| C. Preparación de la comida | |
| 1. Planea, prepara y sirve las comidas adecuadas con independencia | 1 |
| 2. Prepara las comidas si se le dan los ingredientes | 0 |
| 3. Caliente y sirve las comidas pero no mantiene una dieta adecuada | 0 |
| 4. Necesita que se le prepare y sirva la comida | 0 |
| D. CUIDAR LA CASA | |
| 1. Cuida la casa sólo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados) | 1 |
| 2. Realiza tareas domésticas ligeras como fregar los platos o hacer camas | 1 |
| 3. Realiza tareas domésticas ligeras pero no puede mantener un nivel de limpieza aceptable | 1 |
| 4. Necesita ayuda en todas las tareas de la casa | 1 |
| 5. No participa en ninguna tarea doméstica | 0 |
| E. LAVADO DE ROPA | |
| 1. Realiza completamente el lavado de ropa personal | 1 |
| 2. Lava ropa pequeña | 1 |
| 3. Necesita que otro se ocupe del lavado | 0 |
| F. MEDIO DE TRANSPORTE | |
| 1. Viaja con independencia en transportes públicos o conduce su propio coche | 1 |
| 2. Capaz de organizar su propio transporte usando taxi, pero no usa transportes públicos | 1 |
| 3. Viaja en transportes públicos si le acompaña otra persona | 1 |
| 4. Sólo viaja en taxi o automóvil con ayuda de otros | 0 |
| 5. No viaja | 0 |
| G. RESPONSABILIDAD SOBRE LA MEDICACIÓN | |
| 1. Es responsable en el uso de la medicación, dosis y horas correctas | 1 |
| 2. Toma responsablemente la medicación si se le prepara con anticipación en dosis separadas | 0 |
| 3. No es capaz de responsabilizarse de su propia medicación | 0 |
| H. CAPACIDAD DE UTILIZAR EL DINERO | |
| 1. Maneja los asuntos financieros con independencia, recoge y conoce sus ingresos | 1 |
| 2. Maneja los gastos cotidianos pero necesita ayuda para ir al banco, grandes gastos, etc... | 1 |
| 3. Incapaz de manejar dinero | 0 |
| Máxima dependencia 0 puntos | Independencia total 8 puntos |

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

8. 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%). | | |

9. Escala de Tinetti

ESCALA DE TINETTI PARA EL EQUILIBRIO:

Con el paciente sentado en una silla dura sin brazos.

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

PUNTUACIÓN TOTAL DEL EQUILIBRIO (máx. 16 puntos).

ESCALA DE TINETTI PARA LA MARCHA:

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

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

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

PUNTUACIÓN TOTAL DE LA MARCHA (máx. 12).

PUNTUACIÓN TOTAL GENERAL (máx. 28).

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

La puntuación se totaliza cuando el paciente se encuentra sentado.

Interpretación:

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

A mayor puntuación=menor riesgo

Menos de 19 = riesgo alto de caídas

De 19 a 24 = riesgo de caídas

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

Elaborado por: LE Jessica J. Pérez Sanjuanero

10. Escala Visual Análoga (EVA)

La Escala Visual Análoga (EVA) permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente con la máxima reproducibilidad entre los observadores

consiste en una línea horizontal de 10 cm, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad.

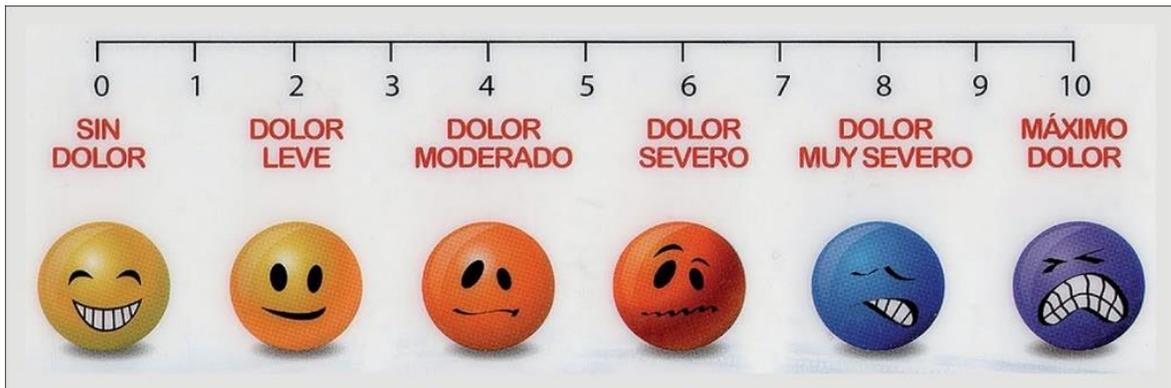
Se pide a la persona que marque en la línea el punto que indique la intensidad y se mide con una regla milimetrada.

La valoración será:

Dolor leve: si la persona puntúa el dolor como menor de 3

Dolor moderado: si la persona puntúa el dolor entre 4 y 7

Dolor severo: si la persona puntúa el dolor igual o superior a 8



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

Elaborado por: LE Jessica J. Pérez Sanjuanero



CÓMO HACER UNA COMPRESA HÚMEDO-CALIENTE

Anexo 11



Utilizar de 15 A 20 min.

Elaborado por: LE Jessica J. Pérez Sanjuanero

Siempre vigilar el estado de la piel; en especial si no tiene sensibilidad en la zona a tratar observar continuamente.



CALENTAMIENTO CERVICAL

EJERCICIOS PARA REDUCIR EL DOLOR CERVICAL

Previa colocación de compresa caliente

Realizar 2 a 3 veces al día

Giros laterales



Flexión lateral



Flexión atrás y adelante



Elevación de hombros



Estiramiento "mariposa"



Postura de loto



RECOMENDACIONES PARA EVITAR DOLOR CERVICAL:

- Apoya la espalda completa en el respaldo de la silla del escritorio o de la mesa.
- La TV debe estar a la altura de los ojos.
- Usa una almohada ergonómica y dormir boca arriba.
- Al levantar objetos del suelo flexiona las rodillas.
- Cambia la postura varias veces durante el día.
- Al llevar bolsos muy pesados cambiar de hombro para sostenerlos.

Bibliografía: Mejor con salud. Recomendaciones para evitar dolor cervical. Consultado el: 05/03/2018. Disponible en: <https://mejorconsalud.com/6-ejercicios-para-eliminar-el-dolor-cervical/>

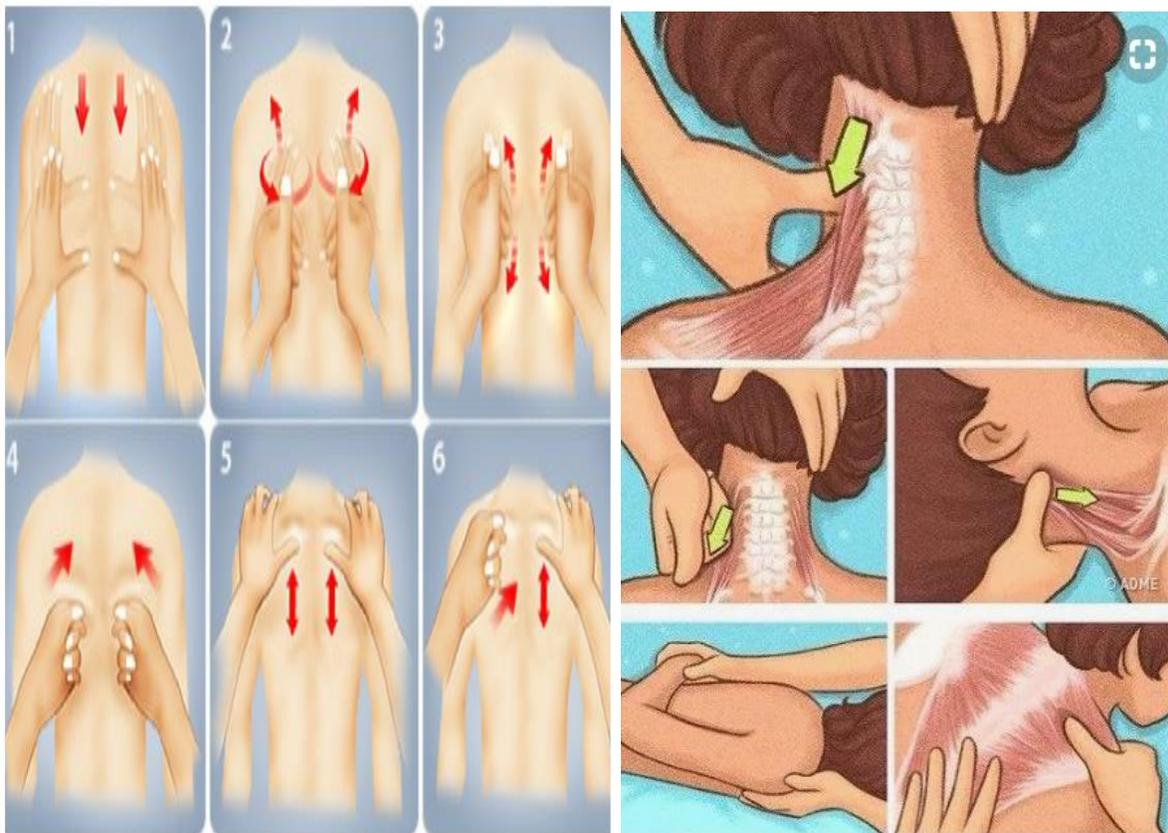
Elaborado por: LE Jessica J. Pérez Sanjuanero



MASAJE CERVICAL

ES UNA EXCELENTE TÉCNICA TERAPÉUTICA QUE SIRVE PARA PREVENIR, TRATARY MEJORAR EL ESTRÉS, CONTRACTURAS, EDEMAS, RIGIDEZ MUSCULAR, TENSIÓN NERVIOSA, ESGUINCES, CANSANCIO Y DOLOR.

Consiste en una serie de movimientos ejecutados por las manos del terapeuta sobre la superficie corporal de la persona.



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

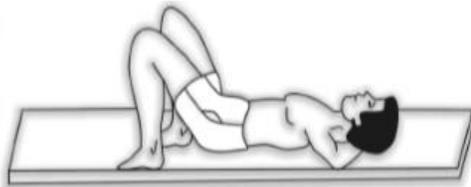
<https://bit.ly/2McVVpn>

Bibliografía: Catellanos, Jessika. Masaje terapéutico, que es tipos, diferencias con otros masajes. Fisioonline. 2015. Consultado el: 05/03/2018. Disponible en: <https://www.fisioterapia-online.com/articulos/masaje-terapeutico-que-es-tipos-y-diferencias-con-otros-masajes>

Elaborado por: LE Jessica J. Pérez Sanjuanero



EJERCICIOS DE WILLIAMS



Acostado boca arriba con las rodillas dobladas y separadas y los pies apoyados, levantar la cadera



Levantar las rodillas, sujetarlas con las manos y jalarlas hacia los hombros. Sostener contando hasta tres y regresar a la posición inicial



Apretar el abdomen y los glúteos al mismo tiempo, de manera que la columna se "pegue" a la colchoneta



Con la pierna izquierda doblada y la derecha extendida, levantar la pierna derecha sin doblar la rodilla y con el pie a 90 grados

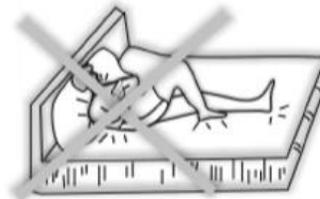
Elaborado por: LE Jessica J. Pérez Sanjuanero



HIGIENE POSTURAL DE COLUMNA LUMBAR



Duerma en cama dura, de lado con las rodillas y la cadera semiflexionadas y con una almohada entre las piernas que abarque de las rodillas a los tobillos. Otra almohada baja para la cabeza



No lea ni vea televisión en la cama



En dolor intenso, dormir boca arriba, con las rodillas dobladas y separadas sobre dos almohadas, durante media hora o toda la noche



Al dormir boca arriba, no utilice almohada



Mantenga la espalda derecha, apretando el abdomen. Apoye los pies. Mantenga la cadera al nivel de las rodillas



Evite posturas incorrectas



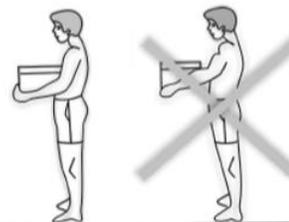
En caso de dolor intenso, acostarse boca abajo con una almohada en el abdomen y ponerse una bolsa con agua caliente en la región lumbar, durante por lo menos 20 minutos



Para levantar objetos pesados o agacharse, hágalo en cuclillas abrazando el objeto



Cargar peso en forma equilibrada



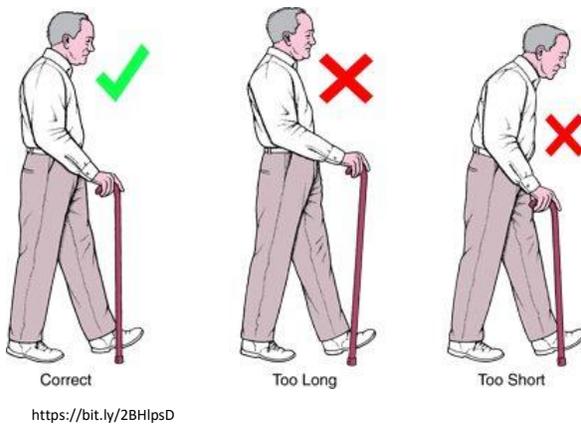
Sostenga el objeto pegado al cuerpo manteniendo los glúteos y el abdomen apretados. Al transportarlo, mantenga la misma postura

Guía de Referencia Rápida. Diagnóstico, tratamiento y prevención de Lumbalgia aguda y crónica en el primer nivel de atención. Guía de Referencia Rápida. Diagnóstico, tratamiento y prevención de Lumbalgia aguda y crónica en el primer nivel de atención. SEDENA. 2014. Consultado el: 25/11/18. Disponible en: http://www.conetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/045_GPC_Lumbalgia/IMSS_045_08_GRR.pdf



USO CORRECTO DE BASTÓN

Como referencia, para regular un bastón debe tener en cuenta que cuando usted está de pie, la empuñadura debe quedar a la altura de su cadera, o el lado cubital de la muñeca (arriba del dedo meñique) al estirar el brazo lateralmente.



Un buen bastón debe tener:

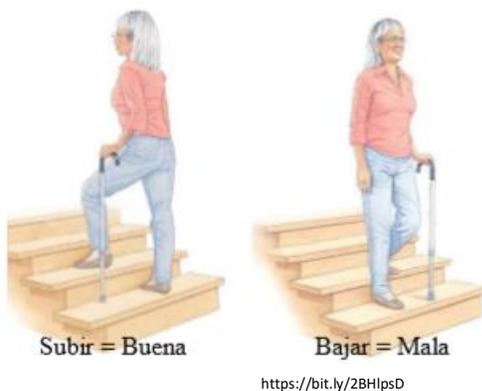
- ✚ Una empuñadura lo suficientemente ancha para que ayude a repartir la presión que recibe la mano.
- ✚ Una empuñadura lo suficientemente gruesa para que se pueda coger con comodidad, sin forzar la mano.
- ✚ Una protección de goma para garantizar una buena estabilidad y seguridad al apoyar el bastón en el suelo.

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

Hay que controlar el estado del taco a menudo porque se desgasta con facilidad y puede perder su función antideslizante, y puede ocasionar una caída.



CÓMO SUBO Y BAJO ESCALERAS CON EL BASTÓN



Para subir va primero la pierna sana, mientras que, para bajar, se hace con la lesionada o afectada de dolor.

Uso de bastón. Medlineplus.2017. Consultado el: 10/03/18.
 Disponible en:
<https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000343.htm>

Elaborado por: LE Jessica J. Pérez Sanjuanero



Fortalecimiento Muscular en piernas

Anexo 17

Levantamiento de piernas hacia atrás



1. Párese detrás de una silla firme y sosténgase del respaldo para mantener el equilibrio. Inhale lentamente.
2. Exhale lentamente mientras levanta una pierna hacia atrás, manteniéndola recta, sin doblar la rodilla ni poner los dedos del pie en punta. Trate de no inclinarse hacia adelante. La otra pierna, la que está usando para mantenerse parado, debe estar un poco doblada.
3. Mantenga la posición por 1 segundo, y baje lentamente.
4. Repetir lo mismo con la otra pierna
5. Repita 10-15 veces más con cada pierna.

Levantamiento de piernas a los costados



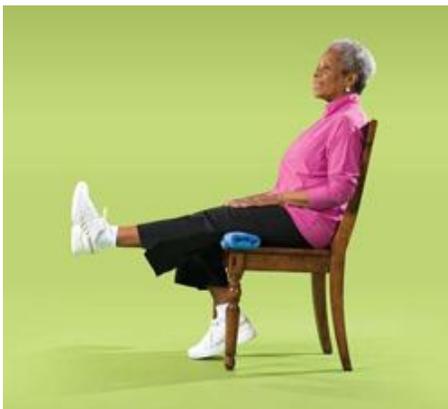
1. Párese detrás de una silla firme con los pies un poco separados y sosténgase del respaldo para mantener el equilibrio. Inhale lentamente.
2. Exhale y levante lentamente una pierna hacia el costado. Mantenga la espalda recta y los dedos del pie hacia adelante. La otra pierna, la que está usando para mantenerse parado, debe estar un poco doblada.
3. Mantenga la posición por 1 segundo, y baje lentamente.
4. Repita lo mismo con la otra pierna.
5. Repita 10-15 veces más con cada pierna.

Flexión de rodillas



1. Párese detrás de una silla firme y sosténgase del respaldo para mantener el equilibrio. Levante lentamente una pierna hacia atrás, manteniéndola recta, sin doblar la rodilla ni poner los dedos del pie en punta. Inhale lentamente.
2. Exhale mientras lentamente eleva el talón lo más alto que pueda hacia los glúteos. Doble la pierna solamente desde la rodilla y mantenga las caderas inmóviles. La otra pierna, la que está usando para mantenerse parado, debe estar un poco doblada.
3. Mantenga la posición por 1 segundo, y baje lentamente.
4. Repita lo mismo con la otra pierna.
5. Repita 10-15 veces más con cada pierna.

Extensión de piernas



1. Siéntese en una silla firme con la espalda apoyada en el respaldo de la silla. Solamente la parte delantera de los pies y los dedos del pie deben tocar el piso. Ponga una toalla enrollada al borde de la silla y debajo de los muslos para obtener soporte. Inhale lentamente.
2. Exhale y lentamente extienda una pierna hacia adelante tan recta como le sea posible, pero no agarrote o trabe la rodilla.
3. Flexione el pie para apuntar los dedos del pie hacia el techo. Mantenga la posición por 1 segundo, y baje la pierna.
4. Repita los mismo con la otra pierna.
5. Repita 10-15 veces más con cada pierna.

Pararse de una silla



1. Siéntese en la parte de adelante de una silla firme y sin brazos, con las rodillas dobladas, los pies planos sobre el piso, separados y alineados con los hombros.
2. Inclínese hacia atrás con las manos cruzadas sobre el pecho. Mantenga la espalda y los hombros rectos durante todo el ejercicio. Inhale lentamente.
3. Exhale y mueva su cuerpo hacia adelante hasta que esté sentado recto.
4. Extienda los brazos de modo que estén paralelos al piso y párese lentamente.
5. Inhale mientras se vuelve a sentar lentamente.
6. Repita 10-15 veces.
7. Descanse; luego repita 10-15 veces más.

Pararse de puntillas



1. Párese detrás de una silla firme, con los pies separados y alineados con los hombros, y sosteniéndose de la silla para mantener el equilibrio. Inhale lentamente.
2. Exhale y lentamente párese de puntillas, tan alto como le sea posible.
3. Mantenga la posición por 1 segundo.
4. Inhale mientras baja lentamente los talones al piso.
5. Repita 10-15 veces.
6. Descanse; luego repita 10-15 veces más.

Elaborado por: LE Jessica J. Pérez Sanjuanero

Bibliografía: National Institute on Aging. Ejercicios de fortalecimiento para adultos mayores. EUA. Última actualización en Dec 2014. Disponible en: <https://www.nia.nih.gov/health/ejercicios-fortalecimiento-adultos-mayores>



Ejercicios para mejorar equilibrio

Anexo 18

Parase sobre un pie



1. Párese sobre un pie detrás de una silla firme, sosteniéndose del respaldo para mantener el equilibrio.
2. Mantenga la posición por hasta 10 segundos, y bajar la pierna.
3. Repita lo mismo con la otra pierna.
4. Repita 10-15 veces más con cada pierna.

Caminar de talón a dedos



1. Sitúe el talón de un pie casi al puro frente de los dedos del otro pie. El talón y los dedos deben tocarse, o casi tocarse.
2. Escoja un punto frente a usted y concéntrese en ese lugar para mantenerse estable mientras camina.
3. Tome un paso. Ponga el talón del pie al frente de los dedos del otro pie.
4. Repita por 20 pasos.

Caminata de equilibrio



1. Levante los brazos a los costados hacia arriba, a la altura de los hombros.
2. Escoja un punto frente de usted y concéntrese en ese lugar para mantenerse estable mientras camina.
3. Camine en línea recta con un pie en frente del otro.
4. Mientras va caminando, levante la pierna de atrás. Haga una pausa por 1 segundo antes de volver a caminar. Baje la pierna.
5. Repita por 20 pasos, alternando las piernas.

Elaborado por: LE Jessica J. Pérez Sanjuanero

Bibliografía: National Institute on Aging. Ejercicios de fortalecimiento para adultos mayores. EUA. Última actualización en Dec 2014. Disponible en: <https://www.nia.nih.gov/health/ejercicios-fortalecimiento-adultos-mayores>

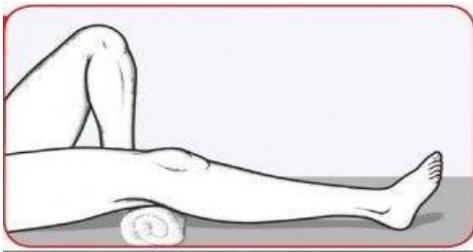


EJERCICIOS PARA CADERA

Ejercicios de fortalecimiento



Acostado boca arriba. Con la rodilla estirada levantar una pierna lo más que pueda y bajarla, alternar una pierna y otra.
Repetir 15 veces con cada pierna



Acostado boca arriba. Colocar un cojín pequeño debajo de la rodilla y comprimir hacia abajo haciendo esfuerzo con el muslo
Repetir 15 veces con cada pierna



Acostado de lado.
Semiflexione la pierna que queda abajo, la de arriba estírela y elevarla lo más que pueda sin doblar la rodilla.
Repetir 15 veces con cada pierna



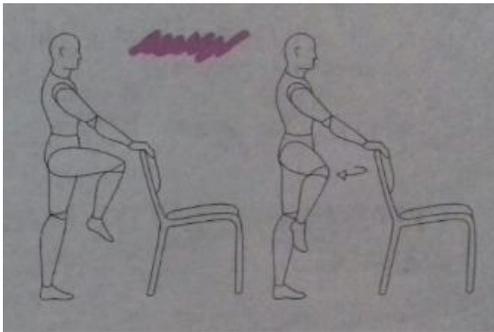
Acostado de lado.
Semiflexione la pierna que queda abajo, la de arriba estírela y elevarla lo más que pueda sin doblar la rodilla.
Repetir 15 veces con cada pierna



Acostado de lado.

Semiflexione la pierna que queda abajo, la de arriba estírela y elevarla lo más que pueda sin doblar la rodilla.

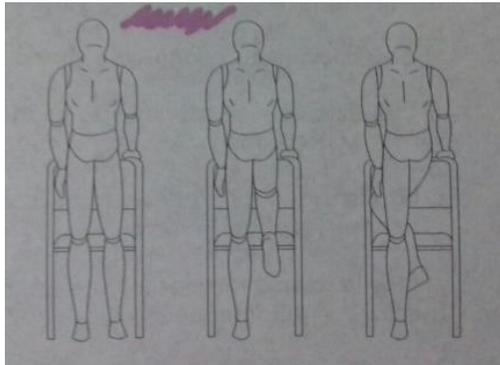
Repetir 15 veces con cada pierna



De pie.

Tome con una mano el respaldo de una silla. Flexione y eleve la cadera y la rodilla y ábrala pierna doblada en el aire.

Repetir 15 veces con cada pierna



De pie.

Tome con una mano el respaldo de una silla. Flexione y eleve la cadera y la rodilla y cierre la pierna doblada en el aire.

Repetir 15 veces con cada pierna



Sentado

Estire la pierna haciendo fuerza con el muslo, dirigiendo la punta del pie hacia el techo.

Repetir 15 veces con cada pierna

Pérez Negrón, Cristina M.A. Ejercicios de rehabilitación. Miembro cadera-rodilla. Area V. ALANIS.

Elaborado por: LE Jessica J. Pérez Sanjuanero

HIGIENE ARTICULAR

Anexo 20

POSTURAS CORRECTAS PARA UNA BUENA SALUD POSTURAL



El 80% de la población padecerá algún trastorno de columna a lo largo de su vida

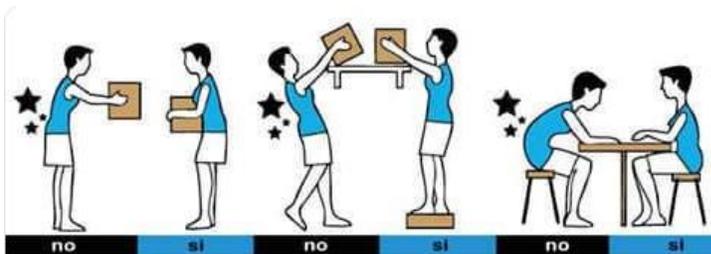
EVITA LAS LESIONES



Corrige posturas incorrectas



Realiza estiramientos y pausas periódicas
<https://bit.ly/7a4tAvD>



<https://bit.ly/7a9LpvD>



Elaborado por: LE Jessica J. Pérez Sanjuanero

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Anexo 21

Instrucciones: Seleccione para cada ítem la puntuación que corresponda, según su experiencia. Marque en el casillero situado a la derecha la cifra que defina mejor la intensidad de cada síntoma en el paciente. Todos los ítems deben ser puntuados.

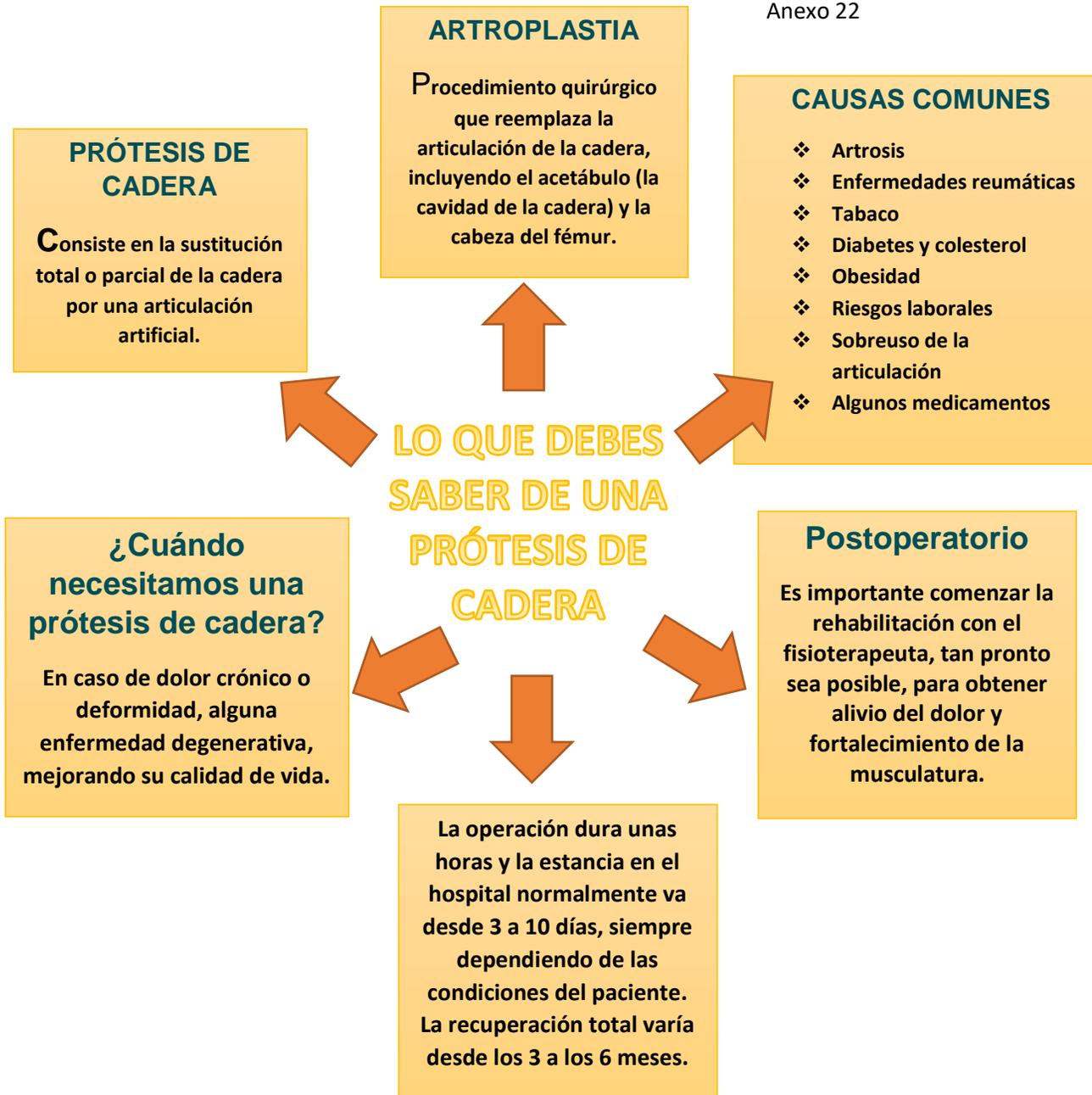
| SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD | Ausente | Leve | Moderado | Grave | Muy grave/ Incapacitante |
|---|---------|------|----------|-------|-----------------------------|
| 1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Interpretación:

0-5: no ansiedad
6-14: ansiedad leve
15 o más: ansiedad moderada grave

Elaborado por: LE Jessica J.
Pérez Sanjuanero

Bibliografía: Lobo A, Camorro L, Luque A et al. Validación de las versiones en español de la montgomery Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. Medicina clínica 2002. 118(13): 493-9.



Elaborado por: LE Jessica J. Pérez Sanjuanero

Pérez Castro Jessica. Prótesis de cadera. Consejos y rehabilitación. Fisioonline. 2015. Consultado el: 05/03/2018. Disponible en: <https://www.fisioterapia-online.com/articulos/protesis-de-cadera-consejos-y-rehabilitacion>

USO DE ANTIHIPERTENSIVOS

Tratamiento farmacológico en Hipertensión

Diuréticos:

Ayudan a los riñones a eliminar algo de sal (sodio) del cuerpo. Como resultado, los vasos sanguíneos no tienen que contener tanto líquido y su presión arterial baja.

Betabloqueadores:

Hacen que el corazón palpite más lento y con menos fuerza.

Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (también llamados inhibidores IECA):

Relajan los vasos sanguíneos, lo cual reduce su presión arterial.

Bloqueadores de los receptores de angiotensina II (también llamados BRA):

Funcionan más o menos de la misma manera que los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina.

Bloqueadores de los canales del calcio:

Relajan los vasos sanguíneos al impedir que el calcio entre en las células.



Bibliografía: Texas Heart Institute.(internet). USA; (fecha de actualización: Dec 2015; citado el: 03/12/18). Disponible en: <https://www.texasheart.org/heart-health/heart-information-center/topics/presion-arterial-alta-hipertension-arterial/>

Consecuencias de NO tomar medicamentos

Sin tratamiento, la presión arterial alta aumenta el riesgo de un ataque al corazón o un accidente cerebrovascular (o ataque cerebral).

Agrandamiento del corazón

La presión arterial alta hace trabajar más al corazón. Por lo tanto, hace que se someta a exceso de ejercicio, poder realizar el trabajo adicional.

Daño renal

La presión arterial alta prolongada puede lesionar los riñones si el riego sanguíneo se ve afectado.



Anexo 23

Elaborado por: LE Jessica J. Pérez Sanjuanero



HIPERTENSIÓN ARTERIAL

¿SABES COMO CUIDARTE?

- 1** **REDUCE LA SAL EN TUS COMIDAS.**

EVITA LOS **EMBUTIDOS...** **LOS ENLATADOS...** **LOS APERITIVOS.**
- 2** **ADEREA TUS PLATOS CON HIERBAS AROMÁTICAS...**

CON **LIMÓN...** **CON VINAIGRE...** **CON MOSTAZA...** **CON CLAVO.**
- 3** **AUMENTA LA INGESTA DE LÍQUIDOS HASTA 2 LITROS DIARIOS.**

AGUA. **ZUMOS.** **INFUSIONES.** **SOPAS.**

EVITA LAS BEBIDAS ESTIMULANTES COMO EL **TÉ, EL CAFÉ...** **LOS REFRESCOS CON CAFEÍNA, Y LAS BEBIDAS AZUCARADAS Y CON GAS.**

EL ALCOHOL DEBE INGERIRSE SIEMPRE DE FORMA MUY MODERADA.
- 4** **INTENTA MANTENERTE EN UN PESO ADECUADO.**

EL SOBREPESO AUMENTA EL TRABAJO DE TU CORAZÓN... **Y ELEVA LOS NIVELES DE TU PRESIÓN ARTERIAL.**
- 5** **RELÁJATE. TÓMATE LA VIDA CON MÁS CALMA Y ENCUENTRA TU RATITO DIARIO PARA DESCANSAR Y PENSAR EN TI MISMO.**

PRACTICA YOGA. **PILATES.** **TAICHÍ.**
- 6** **MUÉVETE. EL DEPORTE ES TU MEJOR ALIADO CONTRA LA HIPERTENSIÓN.**

CAMINA MEDIA HORA DIARIAMENTE. **PRACTICA RUNNING DOS O TRES VECES POR SEMANA.** **CICLISMO.** **AEROBIC.** **TENIS.** **BAILES DE SALÓN.**
- 7** **LLEVA UNA ALIMENTACIÓN QUE CUIDE TU CORAZÓN Y MANTENGA LA TENSIÓN EN NIVELES ADECUADOS (120/80MMHG)**

DIETA CARDIOSALUDABLE



FRUTAS Y VERDURAS (AGUA, FIBRA, MINERALES Y VITAMINAS)



LEGUMBRES (PROTEÍNAS DE ALTO VALOR BIOLÓGICO Y HIERRO)



PATATAS, PAN, PASTA, ARROZ Y OTROS CEREALES, SIEMPRE INTEGRALES. (FIBRA Y CARBOHIDRATOS)



ACEITE DE OLIVA VIRGEN EXTRA. (ÁCIDOS GRASOS INSATURADOS)



PESCADO AZUL Y FRUTOS SECOS. (ÁCIDOS OMEGA 3 Y 6)

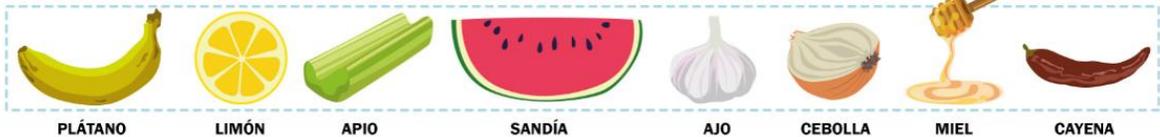


CARNES MAGRAS (MENOS GRASAS SATURADAS Y SAL)



EVITA EL CONSUMO DE DULCES Y AZÚCARES SIMPLES, FIAMBRES, EMBUTIDOS, ENLATADOS, EMBOTADOS, SNACKS SALADOS, SOPAS CONCENTRADAS, EDULCORANTES ARTIFICIALES, CUBITOS DE CALDO, AGUA MINERAL O BEBIDAS GASEOSAS.

PRUEBA ESTOS 8 ALIMENTOS QUE TE AYUDARÁN A REGULAR TU TENSIÓN:



PLÁTANO

LIMÓN

APIO

SANDÍA

AJO

CEBOLLA

MIEL

CAYENA

Elaborado por: LE Jessica J. Pérez Sanjuanero

Bibliografía: Lozano, Valeria. Lo mejor de hábitos. Las mejores imágenes de la página que ha revolucionado tu salud. Grupo editorial Penguin Random House. 2017. Ciudad de México. Pp301

25. Jarra del Buen Beber

JARRA DEL BUEN BEBER

La Jarra del buen beber es una guía informativa que te muestra cuáles son las bebidas saludables y la cantidad de líquidos que se recomienda consumir al día.



BIBLIOGRAFÍA: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (internet). México. ISSSTE; 2017: (actualizado May 2017; citado el: 06/12/18). Disponible en: <https://www.gob.mx/issste/articulos/los-beneficios-de-la-jarra-del-buen-beber>

26. Test de Morinsky-Green para HTA

TEST DE MORISKY-GREEN (para pacientes con HTA)

Consiste en una serie de 4 preguntas de contraste con respuesta dicotómica sí/no, que refleja la conducta del enfermo respecto al cumplimiento.

PREGUNTAS:

1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?
4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?

✧ El paciente es considerado como **cumplidor** si se responde de forma correcta a las 4 preguntas, de la siguiente manera:

Pregunta 1: No

Pregunta 2: Sí

Pregunta 3: No

Pregunta 4: No.

Resultado: las respuestas de la persona son: SI / SI / SI / SI. Lo cual indica que la persona **NO CUMPLE** con su tratamiento terapéutico.

Elaborado por: LE Jessica J. Pérez Sanjuanero