



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

---

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN  
REHABILITACIÓN EN PERSONA CON FRACTURA  
DIAFISIARIA DE LATIBIA**

ELABORÓ:

**L.E. REMEDIOS HERNANDEZ MARROQUIN**

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN  
REHABILITACIÓN

ASESORÓ

**E.E.R. NOHEMÍ RAMÍREZ GUTIÉRREZ**

CIUDAD DE MÉXICO, 2020





Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN  
REHABILITACIÓN EN PERSONA CON FRACTURA  
DIAFISIARIA DE LATIBIA**

ELABORÓ:

**L.E. REMEDIOS HERNANDEZ MARROQUIN**

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN  
REHABILITACIÓN

ASESORÓ

**E.E.R. NOHEMÍ RAMÍREZ GUTIÉRREZ**

CIUDAD DE MÉXICO, 2020



**RESUMEN**

## INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN EN PERSONA CON FRACTURA DIAFISIARIA DE LA TIBIA

**Introducción:** Las fracturas de la diáfisis de tibia se definen como la pérdida de solución de continuidad ósea en la diáfisis de tibia. La fractura de la tibia predomina en hombres, con una relación 4:1 con respecto a las mujeres. Ocurre en la vía pública el 84.5% de casos y de éstos el 40.7% corresponde a lesiones por atropellamiento. El sitio más común de fractura es la diáfisis de la tibia, en el 74% de los casos.

**Objetivo:** Elaborar un estudio de caso en base al modelo de Dorothea Elizabeth Orem aplicado a una persona con Fractura de Tibia del Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra.

**Método:** El estudio de caso es empleado en la especialidad de enfermería dado que esta técnica lo que pretende es observar, en una determinada situación a una persona por un periodo de tiempo a través del cual se obtienen resultados que en gran medida responden a ciertos objetivos planteados, se selecciona a una persona de 76 años con diagnóstico de fractura de tibia.

**Descripción del caso:** EPM de 76 años de edad procedente del Estado de México que es atendida en el Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, en el servicio de rehabilitación osteoarticular ya que fue intervenida quirúrgicamente hace 5 meses. Se le solicita a la persona la autorización a través del consentimiento informado y poder tener acceso, a su historia clínica y expediente clínico, así como la entrevista que permite la recolección de los datos objetivos y subjetivos. La valoración física permite identificar el déficit, priorizarlos y establecer los diagnósticos de enfermería y así aplicar las intervenciones especializadas de enfermería en rehabilitación.

**Consideraciones éticas:** El 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.

Para este estudio se tomó en cuenta el consentimiento informado, principios éticos, decálogo de ética, la norma oficial del expediente clínico y la atención a la persona con discapacidad.

**Conclusiones:** Es muy importante tomar en cuenta a la persona de forma holística e identificar como especialista en rehabilitación los déficit que afectan a la persona, para poder determinar y aplicar las intervenciones especializadas en rehabilitación. El apego a las intervenciones por parte de la persona, la inclusión de la familia facilita el cumplimiento de los objetivos planteados.

**Palabras clave:** Fractura de tibia, rehabilitación, marcha.

## **ABSTRACT**

### **NURSING INTERVENTIONS DURING REHABILITATION IN PATIENT WITH TIBIA FRACTURE**

**Introduction:** Diaphyseal tibia fractures are defined as the loss of bone continuity in the tibia shaft. Tibia fractures are most common in men, with a ratio of 4:1 in regards to women. It occurs in public places in 84.5% of cases, wherein 40.7% of which correspond to injuries sustained during car hits. The most common fracture place is the tibia shaft, making up 74% of cases.

**Objective:** To elaborate a case study based on Dorothea Orem's theoretical model, applied to a patient with tibia fracture who was admitted to the "Luis Guillermo Ibarra Ibarra" National Rehabilitation Institute.

**Methodology:** Case studies are employed in nursing specialty, given that this technique aims to observe a person in a specific situation for a period of time, through which results are obtained and established hypothesis and objectives are answered. A 76 year old person diagnosed with a tibia fracture was selected.

**Case description:** 76 year old "EPM" hailing from Estado de México is currently being treated at the "Luis Guillermo Ibarra Ibarra" National Rehabilitation Institute's osteoarticular rehabilitation service, given that she was surgically intervened five months ago. Authorization from the patient was required through informed consent to access her clinical history and medical records, as well as an interview, so as to gather both objective and subjective data. Physical evaluation identifies any deficiency, prioritize and establish early diagnostics, and thus channel through specialized interventions from nursing staff during rehabilitation.

**Ethical regards:** An ethical code for nursing must be set upon a conduct guide, with bases that unify and outline concepts regarding men, society, health and nursing.

This study was conducted with informed consent and basic ethical principles taken into account, as well as the Decalogue of Ethics, being the official standard for medical records, recordkeeping and proper attention of the disabled.

**Conclusions:** It is imperative to consider a person as a whole, and to identify, as a rehabilitation specialist; each aspect that affects the person, so as to properly determine and apply specialized interventions in rehabilitation.

**Key words:** tibia fracture, rehabilitati3n

## **AGRADECIMIENTOS**

Con gratitud principalmente a Dios, por ser el inspirador y darme fuerza para continuar en este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados.

Para la elaboración de este trabajo agradezco de una forma especial a mi coordinadora y tutora la E.E.R Nohemí Ramírez Gutiérrez por haberme brindado de su tiempo y dedicación para guiarme en este estudio.

A mis padres, por su amor, trabajo y sacrificio, gracias a ustedes he logrado escalar un peldaño más. Ha sido un orgullo y privilegio ser su hija, son los mejores padres.

A mis hermanos por estar siempre presentes, acompañándome y por el apoyo que me han brindado a lo largo de esta etapa de mi vida.

A ti mami Cayita que ahora eres mi Ángel, por ser mi guía y darme tu amor.

A mi padrino por motivarme en mis estudios y ser mi mejor amigo.

# ÍNDICE

## Contenido

INTRODUCCIÓN.....	1
OBJETIVOS.....	3
Capítulo 1.FUNDAMENTACION .....	4
1.1 Magnitud.....	5
1.2 Trascendencia.....	5
1.3 Vulnerabilidad.....	6
Capítulo 2. MARCO TEORICO.....	7
2.1. Marco conceptual.....	7
2.2. Marco empírico.....	8
2.3. Teoría Del Déficit De Autocuidado .....	9
2.4 Daños a la salud.....	17
Capítulo 3. METODOLOGIA.....	30
3.1 Estudio de caso.....	30
3.2 Búsqueda de información .....	31
3.3 Sujeto.....	31
3.4 Material y procedimientos para la elaboración del estudio de caso.....	32
3.5 Consideraciones Éticas.....	32
Capítulo 4. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA.....	45
4.1 Plan de Alta de Enfermería.....	104
Capítulo 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	106
5.1 Conclusiones.....	106
5.2 Recomendaciones.....	106
REFERENCIAS .....	108
ANEXOS.....	114
APENDICES.....	151

## INTRODUCCIÓN

La atención que brindan los profesionales de enfermería reclama una atención autónoma, en donde se deben llevar a cabo cuidados fundamentados con evidencia científica. Encaminados a prestar servicios de salud con calidad y en las diferentes etapas de la vida del ser humano.

La formación de enfermeros y enfermeras especialistas es un logro para todo el gremio de enfermería y una necesidad para las instituciones de salud, que día a día requieren de personal profesional más especializado para la atención y el cuidado de una población con más necesidades. Estos cuidados pueden brindarse de mejor calidad gracias a la elaboración y formulación de diagnósticos enfermeros fundamentados. Otro punto importante es utilizar los diferentes modelos y teorías de enfermería como una guía para el cuidado a la persona, con el objetivo de mantener en equilibrio el estado de salud, restituirlo o bien proporcionarle una adecuada rehabilitación y de esta manera lograr la autonomía posible en sus actividades de la vida diaria.

De esta manera se presenta la elaboración del estudio de caso que se desarrolló en el **Instituto Nacional de Rehabilitación** de una persona femenina de 76 años. Se aborda a la persona el día 22 de octubre del 2019, en la consulta externa en el servicio de rehabilitación osteoarticular. Con un diagnóstico de fractura de tibia diafisaria distal en miembro pélvico izquierdo.

El actual trabajo como un método de investigación, pretende ser una guía para brindar cuidados de enfermería en rehabilitación a personas que cursan por fractura de tibia.

Realizar Planes de cuidados basados en la teoría de Autocuidado de Dorotea Elizabeth Orem, de una femenina de la tercera edad con fractura diafisaria de la tibia izquierda mediante intervenciones especializadas en rehabilitación encaminadas a mejorar el autocuidado y prevenir complicaciones.

Cabe mencionar que el presente estudio de caso se sustenta metodológicamente en la aplicación del Proceso Atención Enfermería (PAE) mediante el uso de las cinco etapas, fundamentando intervenciones especializadas mediante la Enfermería basada en Evidencia (EBE), a través de la Teoría General de Déficit de Autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem que permita a la persona, establecer sistemas de apoyo de enfermería y logre su autocuidado.

## **OBJETIVOS**

### **GENERAL:**

Realizar Planes de cuidados basados en la teoría de Autocuidado de Dorotea Elizabeth Orem, de una femenina de la tercera edad con fractura diafisaria de la tibia izquierda mediante intervenciones especializadas en rehabilitación encaminadas a mejorar el autocuidado y prevenir complicaciones.

### **ESPECÍFICOS:**

- 1.-Recolección de los datos de la persona por medio de la entrevista, exploración física y la valoración.
- 2.-Identificar y jerarquizar los problemas encontrados en los requisitos alterados
3. Elaborar Planes de cuidados de acuerdo a los requisitos alterados.
- 4.-Ejecutar las intervenciones visualizadas para la resolución de problemas de acuerdo a la jerarquización de diagnósticos de enfermería encontrados.
- 5.-Limitar el daño y aumento de progresión de las secuelas de la enfermedad, reduciendo la sintomatología con la aplicación de las intervenciones Especializadas en Rehabilitación.
- 6.-Involucrar a los demás miembros de la familia para el apoyo y cumplimiento del tratamiento de la persona
- 7.-Brindar enseñanza educativa a la persona y familia.
- 8.-Evaluar los objetivos e intervenciones de enfermería planteadas.

## CAPÍTULO I.-FUNDAMENTACIÓN

### 1.1.-MAGNITUD

La Tibia es el hueso largo fracturado más común con una incidencia registrada de 17 a 21 por 100,000 habitantes, representa el 2% de todas las fracturas y el 36,7% de todas las fracturas de huesos largos en adultos. Los estudios epidemiológicos han demostrado que la fractura abierta comprende el 23.5% de toda la fractura del eje tibial. Las causas comunes de fractura son los accidentes de tránsito (62.2%), caídas (18.7%), deportes (7.4%) y golpes directos (8.3%). La falta de cobertura muscular sobre el aspecto antero medial de la tibia y el suministro de sangre deficiente predisponen las fracturas tibiales abiertas a ciertas complicaciones. Presentando un riesgo 10 a 20 veces mayor de desarrollar infección en las fracturas abiertas y una tasa de falta de unión de hasta el 28% se ha informado en la literatura.<sup>1</sup>

México ocupa el octavo lugar en América Latina en defunciones ocasionadas por accidentes; el décimo segundo sitio en cuanto a años de vida saludables perdidos a causa de accidentes en general. Específicamente en México, los accidentes ocupan el séptimo lugar como causa de defunción; de ellos, los de tráfico alcanzan el quinto lugar, con el 40% entre las edades de 15 a 29 años. Es alto su riesgo de lesión musculo esquelética, sobre todo fracturas, que corresponden a la principal causa de años laborales perdidos.

En México la fractura ocurre a cualquier edad, sin embargo, su incidencia es mayor en sujetos de 20 a 49 años y ellos representan alrededor del 60% de los casos. La fractura de la tibia predomina en hombres, con una relación 4:1 con respecto a las mujeres. Ocurre en la vía pública el 84.5% de casos y de éstos el 40.7% corresponde a lesiones por atropellamiento. El sitio más común de fractura es la diáfisis de la tibia, en el 74% de los casos.<sup>2</sup>

La fractura de tibia es la fractura de huesos largos más frecuente, un estudio epidemiológico realizado en Edimburgo en el Reino Unido, reportó alrededor de 26 casos por cada 100 mil habitantes por año. Aproximadamente, el 70% de los casos suceden en hombres y la edad promedio es a los 37 años, esto se relaciona con el tipo de actividades que desempeñan durante las jornadas laborales. El 37.5% de las fracturas de tibia se asocian a accidentes automovilísticos y el 30.9% a prácticas deportivas.<sup>3</sup>

## 1.2 TRASCENDENCIA

A diferencia de otras lesiones en huesos largos, la tibia se asocia a un gran número de complicaciones locales debido al sitio anatómico y al deficiente suministro de sangre como retardo en consolidación y cicatrización, pseudoartrosis en más del 50% de los casos, esto es debido a su localización dentro del organismo y características anatómicas que la hacen más susceptible a traumatismos y lesiones graves en partes blandas, con exposición ósea.

El desarrollo de complicaciones como sepsis de tejidos, osteomielitis, síndromes compartimentales, lesiones nerviosas, vasculares, problemas de consolidación, amputación de miembros y en algunos casos la muerte, pueden asociarse. Todos los pacientes que presenten una fractura expuesta requieren estabilización inicial, profilaxis antitetánica, terapia antibiótica sistémica, una apropiada debridación e irrigación quirúrgica, estabilización adecuada de la fractura, cierre oportuno de tejidos, pronta rehabilitación y un adecuado seguimiento.<sup>4</sup>

## 1.3.- VULNERABILIDAD

La tibia es uno de los huesos del sistema musculoesquelético que con mayor frecuencia sufre fracturas.

La localización subcutánea de la tibia tiene no solo implicaciones desde el punto de vista de vulnerabilidad al trauma y principalmente a las fracturas abiertas si no

también en la consolidación de las mismas ya que la vascularización en esta porción de la misma es menor que en el área cubierta por tejido muscular.

Los hombres son más vulnerables con más frecuencia que las mujeres con una incidencia de alrededor de 41 por 100 000 hombres por año y las mujeres la incidencia es de alrededor de 12 por cada 100 000 mujeres por año.<sup>4</sup>

## **CAPÍTULO 2.-MARCO TEÓRICO**

### **2.1.-MARCO CONCEPTUAL**

#### Conceptualización de Enfermería

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

La necesidad de generar conocimiento basados en el método científico se evidencia en la instauración del proceso de atención de enfermería, y en el desarrollo de modelos y teorías que sustentan el quehacer. Este conocimiento y al delimitar a los cuidados de enfermería en el objeto central de estudio, los profesionales perfilan claramente un quehacer autónomo e indelegable. Haciendo frente como profesión a los nuevos desafíos con claridad y visión de futuro.

Palabras claves: fractura, tibia, tratamiento quirúrgico, intervenciones de enfermería en rehabilitación.

Una fractura: pérdida en la continuidad del hueso y con mayor frecuencia es el resultado de un trauma. Una fractura abierta es aquella en la que hay una herida en comunicación con el sitio de la fractura. Una fractura conminuta es aquella en la que hay más de dos fragmentos principales.

Tibia: hueso largo y voluminoso del cuerpo humano, que ocupa la porción antero-interna de la pierna y recibe el peso del cuerpo desde el hueso fémur y lo transmite al pie por medio del hueso astrágalo.<sup>5</sup>

Rehabilitación: la OMS la define como el conjunto de medidas sociales, educativas y profesionales destinadas a restituir al sujeto en situación de discapacidad la mayor capacidad e independencia posibles.

Ejercicio terapéutico: es una actividad programada con el objetivo de recuperar una función alterada. El ejercicio no solo una forma de tratamiento de diferentes afecciones, sino que permite prevenir alteraciones del movimiento corporal humano.

## 2.2.-MARCO EMPÍRICO

Según la **tesis publicada en 2018 realizada por la Dra. Ivone Morales Corona** se encontró que este tipo de fractura es más frecuente en personas del sexo masculino debido a la actividad que realizan, así también hace referencia que el miembro pélvico más afectado en hombres es el izquierdo y en mujeres el derecho y el tratamiento más frecuente es el clavo centro medular, en segundo lugar esta la placa de compresión, en tercer lugar están los fijadores externos y en cuarto lugar el tratamiento conservador.<sup>6</sup>

Al igual que la anterior tesis sobre el **tratamiento quirúrgica de las fracturas de tibia publicada en 2019**, está también coincide que este tipo de fracturas es más frecuente en hombres y que la incidencia en mayor proporción se observa en personas de 16 a 30 años y con menor incidencia en pacientes de 60 años y más. De acuerdo al tipo de lesión en primer lugar están las caídas independientemente de la altura a la cual haya sufrido la caída podría ser desde su propia estatura observando así a la mayoría de los pacientes estudiados.<sup>7</sup>

De acuerdo a la tesis publicada en 2012 **“Complicaciones más frecuentes en fracturas expuestas tipo III de diáfisis de tibia”**. Se encontró que la principal complicación son los procesos infecciosos en hueso y tejido blando, y en segundo lugar las lesiones vasculares, las cuales en su totalidad requirieron al menos una intervención quirúrgica extra para su tratamiento.<sup>8</sup>

De acuerdo a esta tesis donde la muestra es de 71 personas las cuales, la mayor parte de ellos se encontraba entre los 21 y 50 años en un porcentaje de 66%. En cuanto al género fueron 54 varones y 17 mujeres. Las causas más frecuentes fueron: en 25 personas las caídas, en 15 personas atropellamiento a peatón. En

cuanto al tratamiento quirúrgico empleado, se utilizó clavo intramedular en 46 pacientes y placa de compresión en 14 pacientes. De acuerdo a los resultados a cerca de la consolidación comparando los grupos de acuerdo al tratamiento quirúrgico empleado se encontró que la consolidación se logró en el 78% de los pacientes con clavo intramedular en comparación con el 51.4% de los pacientes con placas.<sup>9</sup>

De acuerdo con la tesis **“Frecuencia de complicaciones de las fracturas diafisarias de tibia de origen traumático manejadas quirúrgicamente con placa DCP angosta de 4.5mm”**. La placa DCP de 4.5mm angosta es uno de los implantes de los de mayor utilidad para el manejo de las fracturas diafisarias de la tibia. En este estudio se encontró que las principales complicaciones fueron el aflojamiento y rechazo del material de osteosíntesis, seguido de los procesos infecciosos. La mayoría de las complicaciones aparecieron en el sexo masculino de adulto jóvenes, y fue por trauma directo por el tipo de actividades recreativas y laborales a las que se exponen la mayoría.<sup>10</sup>

### 2.3.-TEORÍA DEL DEFICIT DE AUTOCUIDADO

El marco referencial sobre el cual se sustenta el presente trabajo se realizó mediante la teoría de Dorothea Orem.

Dorothea E. Orem presenta su teoría del déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas entre sí: Teoría de autocuidado, teoría del déficit autocuidado y la teoría de los sistemas de Enfermería.<sup>11</sup>

Esta teoría ofrece a los profesionales de la enfermería herramientas para una atención de calidad, en cualquier situación relacionada con el binomio salud-enfermedad tanto a personas enfermas, como personas que están tomando decisiones sobre su salud y personas sanas que desean mantenerse o modificar conductas de riesgo para su salud.<sup>12</sup>

Esta teórica presenta su Teoría del déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas entre sí: Teoría de autocuidado, teoría del déficit autocuidado y la teoría de los sistemas de Enfermería.<sup>13</sup>

### Teoría del autocuidado

El autocuidado es un concepto introducido por Dorothea E Orem en 1969, el autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar <sup>14</sup>

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.<sup>15</sup>

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:

1. Requisito de autocuidado universal.
2. Requisito de autocuidado del desarrollo
3. Requisito de autocuidado de desviación de la salud.

Los requisitos de autocuidado de desviación de la salud, son la razón u objetivo de las acciones de autocuidado que realiza el paciente con incapacidad o enfermedad crónica

Factores condicionantes básicos: son los factores internos o externos a los individuos que afectan a sus capacidades para ocuparse de su autocuidado.

También afectan al tipo y cantidad de autocuidado requerido, se denominan factores condicionantes básicos Dorothea E. Orem en 1993 identifica diez variables agrupadas dentro de este concepto: edad, sexo ,estado redesarrollo estado de salud, orientación sociocultural, factores del sistema de cuidados de salud, factores del sistema familiar, patrón de vida ,factores ambientales, disponibilidad y adecuación de los recursos; pueden ser seleccionadas para los propósitos específicos de cada estudio en particular ya que de acuerdo a sus supuestos, deben estar relacionadas con el fenómeno de interés que se pretende investigar.

Autores como Benavent, Ferrer, plantean que la teoría de Dorothea E Orem "Déficit de autocuidado " es una de la más estudiada y validada en la práctica de enfermería por la amplia visión de la asistencia de salud en los diferentes contextos que se desempeña este profesional, ya que logra estructurar los sistemas de enfermería en relación con las necesidades de autocuidado.

Dorothea Elizabeth Orem definió los siguientes conceptos meta paradigmáticos:

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

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

**Enfermería:** servicio humano, que se presta cuando la persona no puede cuidarse por sí misma para mantener la salud, la vida y el bienestar, por tanto, es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según

sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales.

Aunque no lo define **entorno** como tal, 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.

Teoría del déficit de autocuidado.

La teoría general del déficit de autocuidado es una relación entre la demanda de autocuidado terapéutico y la acción de autocuidado de las propiedades humanas en las que las aptitudes desarrolladas para el autocuidado que constituyen la acción, no son operativas o adecuadas para conocer e identificar algunos o todos los componentes de la demanda de autocuidado terapéutico existente o previsto.

Los seres humanos tienen gran capacidad de adaptarse a los cambios que se producen en sí mismo o en su entorno. Pero puede darse una situación en que la demanda total que se le hace a un individuo exceda su capacidad para responder a ella. En esta situación, la persona puede requerir ayuda que puede proceder de muchas fuentes, incluyendo las intervenciones de familiares, amigos y profesionales de enfermería.

Dorothea E Orem usa la palabra agente de autocuidado para referirse a la persona que realmente proporciona los cuidados o realiza alguna acción específica. Cuando los individuos realizan su propio cuidado se les considera agentes de autocuidado.

La agencia de autocuidado es la capacidad de los individuos para participar en su propio cuidado. Los individuos que saben satisfacer sus propias necesidades de salud tienen una agencia de autocuidado desarrollada capaz de satisfacer sus necesidades de autocuidado. En otros, la agencia de autocuidado está aún desarrollándose, como en los niños. Otros individuos pueden tener una agencia de autocuidado desarrollada que no funciona. Por ejemplo, cuando el temor y la ansiedad impiden la búsqueda de ayuda, aunque la persona sepa que la necesita.

**El cuidar de uno mismo:** es el proceso de autocuidado se inicia con la toma de conciencia del propio estado de salud. Esta toma de conciencia requiere en si misma el pensamiento racional para aprovechar la experiencia personal, normas culturales y de conductas aprendidas, a fin de tomar una decisión sobre el estado de salud, en el cual debe de existir el deseo y el compromiso de continuar con el plan.

**Limitaciones del cuidado:** son las barreras u obstáculos para el autocuidado que, cuando la persona carece de conocimientos suficientes sobre sí misma y quizás no tenga deseos de adquirirlos. Puede presentar dificultades para emitir juicios sobre su salud y saber cuándo es el momento de buscar ayuda y consejo de otros.

**El aprendizaje del autocuidado:** el aprendizaje del autocuidado y de su mantenimiento continuo son funciones humanas. Los requisitos centrales para el autocuidado con el aprendizaje y el uso del conocimiento para la realización de secuencias de acciones de autocuidado orientadas internas y externamente. Si una acción de autocuidado es interna o externa en su orientación puede determinarse mediante la observación, obteniendo datos subjetivos del agente de autocuidado o de ambas maneras.

La teoría de los sistemas de Enfermería.

Dorothea E Orem establece la existencia de tres tipos de sistema de enfermería. Los elementos básicos que constituyen un sistema de enfermería son:

1. La Enfermera.
2. El paciente o grupo de personas.
3. Los acontecimientos ocurridos incluyendo, entre ellos, las interacciones con familiares y amigos.

Los sistemas de enfermería tienen varias cosas en común, en particular estas.

1. Las relaciones para tener una relación de enfermería deben estar claramente establecidas.

2. Los papeles generales y específicos de la enfermera, el paciente y las personas significativas deben ser determinados. Es preciso determinar el alcance de la responsabilidad de enfermería.
3. Debe formularse la acción específica que se va a adoptar a fin de satisfacer necesidades específicas de cuidados de la salud.
4. Debe determinar la acción requerida para regular la capacidad de autocuidado para la satisfacción de las demandas de autocuidado en el futuro.

Dorothea E Orem establece la existencia de tres tipos de sistema de enfermería: Totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio, de apoyo educativo.

1. Sistema totalmente compensador: Es el tipo de sistema requerido cuando la enfermera realiza el principal papel compensatorio para el paciente. Se trata de que la enfermera se haga cargo de satisfacer los requisitos de autocuidado universal del paciente hasta que este pueda reanudar su propio cuidado o cuando haya aprendido a adaptarse a cualquier incapacidad.
2. Sistema parcialmente compensador: Este sistema de enfermería no requiere de la misma amplitud o intensidad de la intervención de enfermería que el sistema totalmente compensatorio. La enfermera actúa con un papel compensatorio, pero el paciente está mucho más implicado en su propio cuidado en término de toma de decisiones y acción.
3. Sistema de apoyo educativo: Este sistema de enfermería es el apropiado para el paciente que es capaz de realizar las acciones necesarias para el autocuidado y puede aprender a adaptarse a las nuevas situaciones, pero actualmente necesita ayuda de enfermería, a veces esto puede significar simplemente alertarlo. El papel de la enfermera se limita a ayudar a tomar decisiones y a comunicar conocimientos y habilidades

Los sistemas de enfermería parcialmente compensatorios y un sistema de apoyo educativo, son apropiados cuando el paciente debe adquirir conocimientos y

habilidades. El principal rol de la enfermera es regular la comunicación y el desarrollo de capacidades de autocuidado. <sup>(ídem 5)</sup>

## PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Es una herramienta metodológica, que permite otorgar cuidados a las personas sanas o enfermas a través de una atención sistematizada. Como todo método, configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí y cuyo objetivo principal es constituir una estructura que pueda cubrir las necesidades individuales o grupales reales o potenciales; está compuesto de cinco etapas:

- Valoración
  
- Diagnóstico de enfermería
  
- Planeación.
  
- Ejecución.
  
- Evaluación.

**Valoración:** Consiste en la recolección, organización y validación de los datos relacionados con el estado de salud de la persona. Se realiza a través de la entrevista, observación y exploración física.

**Diagnóstico de enfermería:** Es un juicio clínico sobre las respuestas humanas de la persona, familia o comunidad ante procesos vitales o problemas de salud reales o potenciales que son la base para la selección de intervenciones, y el logro de los objetivos que la enfermera responsable de la persona desea alcanzar.

**Planeación:** Etapa en la que se establecen las estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas detectados en el diagnóstico o para promocionar la salud. En esta etapa se determinan los resultados esperados e intervenciones independientes e interdependientes, entendiendo las primeras como, aquellas que

realiza el profesional de enfermería sin que exista de por medio una indicación médica y las segundas son realizadas en coordinación con otros miembros del equipo de salud.

**Ejecución.** Etapa en la que se pone en práctica lo planteado para lograr los resultados específicos y consta de tres fases: preparación, ejecución y documentación.

**Evaluación.** Es la última etapa del proceso y se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios indicadores.

**Características:** Es un método porque es una serie de pasos mentales a seguir por la enfermera(o), que le permiten organizar su trabajo y solucionar problemas relacionados con la salud de los usuarios; lo que posibilita la continuidad en el otorgamiento de los cuidados, por tal motivo, se compara con las etapas del método de solución de orden lógico, y que conducen al logro de resultados (valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación).

Es humanista por considerar al hombre como un ser holístico (total e integrado); que es más que la suma de sus partes, y que no se debe fraccionar.

Es intencionado porque se centra en el logro de objetivos, permitiendo guiar las acciones para resolver las causas del problema o disminuir los factores de riesgo, al mismo tiempo que valora los recursos (capacidades), el desempeño del usuario y el de la propia enfermera(o).

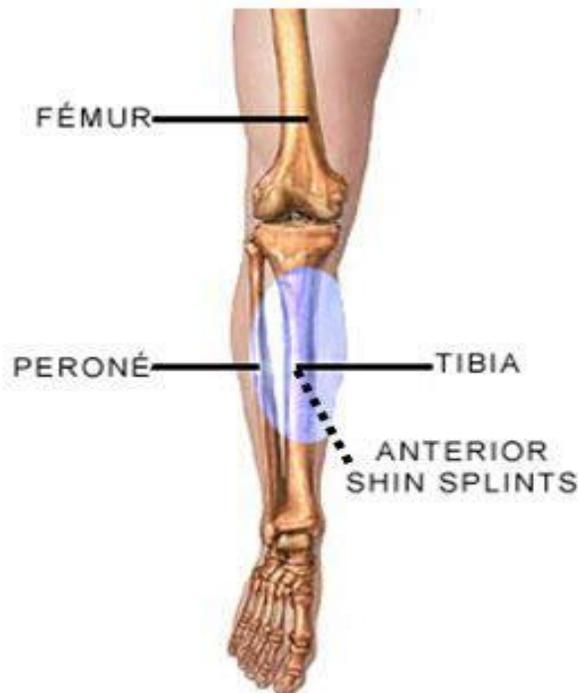
Es dinámico por estar sometido a constantes cambios que obedecen a la naturaleza propia del hombre.

Es flexible porque puede aplicarse en los diversos contextos de la práctica de enfermería y adaptarse a cualquier teoría y modelo de enfermería.<sup>16</sup>

## 2.4.-DAÑOS A LA SALUD

### ANATOMÍA DE LA TIBIA:

**Tibia.** Hueso largo y voluminoso del cuerpo humano, que ocupa la porción antero-interna de la pierna y recibe el peso del cuerpo desde el hueso fémur y lo transmite al pie por medio del hueso astrágalo. Presenta, como todo hueso largo, dos epífisis y una diáfisis. La epífisis superior participa sola en la articulación de la rodilla mientras que la epífisis inferior comparte la articulación del tobillo con la epífisis inferior del hueso peroné.<sup>17</sup>



<https://bit.ly/3I7FLzn>

La tibia es el segundo hueso largo más grande del cuerpo, después del fémur, y es el principal hueso que soporta el peso de la parte inferior de la pierna. Consiste en extremidades proximales y distales, conectadas por la diáfisis.

La extremidad proximal (metáfisis) se expande en los planos coronal y sagital y se caracteriza por un cóndilo medial y lateral y la eminencia intercondílea, conocida colectivamente como la meseta tibial, que forma la superficie inferior de la articulación de la rodilla. La diáfisis es triangular en sección transversal y tiene tres esquinas distintas: anterior, posteromedial y posterolateral (interósea). Estas esquinas están unidas por tres superficies: medial (subcutánea), lateral y posterior. Distalmente, el eje tibial se estrecha y finalmente se expande ligeramente para formar la superficie articular superior de la articulación del tobillo. El extremo medial de la tibia tiene un proceso maleolar que forma parte de la articulación tibio talar. La ubicación subcutánea del borde medial de la tibia hace que la tibia sea susceptible a lesiones, especialmente fracturas abiertas.<sup>19</sup>

#### DEFINICION DE FRACTURA:

Existe una fractura cuando hay pérdida de la continuidad de la sustancia ósea. Este término comprende desde la fractura conminuta, hasta las fracturas del trazo capilar, o incluso al microscopio.<sup>18</sup>

La diáfisis tibial por su situación percutánea es muy vulnerable a las fracturas abiertas muy en especial en sus tercios medios e inferior.<sup>20</sup>

Una fractura tibial es una fractura en el hueso más grande en la parte inferior de la pierna (tibia). (idem 14)

Las fracturas de la diáfisis de tibia se definen como la pérdida de solución de continuidad ósea en la diáfisis de tibia. (idem 17)



<https://bit.ly/35TIQM5>

## CAUSAS:

Las fracturas diafisarias de tibia se producen frecuentemente a causa de un traumatismo de alta energía:

- ✓ Caídas de altura
- ✓ Lesiones deportivas
- ✓ Impactos directos: accidentes de tráfico y lesiones por arma de fuego.

La población con mayor predisposición son los que practican:

- Actividades o deportes que impliquen saltos.
- Actividades o deportes que impliquen hacer los mismos movimientos una y otra vez (estrés repetitivo), como correr largas distancias.
- Pérdida de densidad en los huesos (osteoporosis).
- Adultos mayores.<sup>21</sup>

### 2.5.3.-SIGNOS Y SINTOMAS:

Las fracturas de la diáfisis tibial causan:

- Dolor
- Edema
- Deformidad localizada
- Incapacidad para la bipedestación y la marcha.
- Generalmente angulación o rotación del pie
- Sangrado.<sup>22</sup>

Tabla # 1 signos y síntomas de las fracturas de tibia .Elaborada por: Remedios Hernández Marroquín

## DIAGNÓSTICO:

En los pacientes con fractura de tibia se recomienda tomar estudios radiográficos en proyecciones antero-posterior y lateral. Se sugiere que se tome de la pierna completa y que incluya la articulación de la rodilla y el tobillo.

Se recomienda utilizar ultrasonido Doppler o Arteriografía de urgencias en los casos donde se sospecha lesión vascular asociada a la fractura de tibia.

La tomografía computarizada o la resonancia magnética se recomiendan en los casos en que el trazo de la fractura de la tibia presenta extensión hacia la articulación.<sup>23</sup>

## CLASIFICACION DE LA FRACTURA DIAFISIARIA DE TIBIA

La clasificación de Tschene y Gotzen (**fracturas cerradas**) está basada en dos factores fundamentales: la configuración de la fractura y las lesiones asociadas de partes blandas. De la interacción de estos factores se pueden encontrar cuatro variantes:

C 0 – Fracturas de configuración simple sin o con poco daño de los tejidos blandos

. C 1 – Fracturas de configuración de simple a moderada con abrasiones superficiales de la piel.

C 2 - Fracturas de configuración moderada, contaminación profunda de la piel y/o contusión muscular.

C 3 – Fracturas de configuración severa, gran contusión, aplastamiento de la piel y destrucción muscular. Aquí es frecuente encontrar la presencia de síndrome compartimental.

Esta clasificación plantea grado de configuración en diferentes estadios como el simple, moderado y severo.

1. Ligero: fractura no desplazada, sin angulación, ligera conminución generalmente menor de 25% del diámetro óseo.
2. Moderada: existe desplazamiento de hasta 50%, marcada angulación y conminución moderada hasta 50% del diámetro óseo.
3. Severa: gran desplazamiento, angulación severa y gran conminución generalmente mayor de 50% del diámetro óseo.<sup>24</sup>

Clasificación de las fracturas diafisarias de acuerdo al **compromiso óseo** (Aybar y Montoya).

<b>Grados de compromiso óseo</b>
1.-Trazo simple transverso u oblicuo corto
2.-Trazo doble con fragmento intermedio en mariposa
3.-Trazo doble a distancia en la diáfisis segmentario
4.- Trazo doble a distancia en la diáfisis segmentario y conminuta
4A.- A grandes fragmentos susceptibles de ser reducidos quirúrgicamente
4B.- A pequeños fragmentos difíciles de alinear. <sup>25</sup>

La piel representa la principal barrera mecánica contra la infección, y cuando se produce una fractura abierta la herida resulta contaminada de inmediato por flora de la piel o ambiental. Los tejidos blandos desvitalizados son un entorno ideal para la proliferación bacteriana, y si no se plantea un tratamiento precoz que incluya el desbridamiento, tratamiento con antibióticos y fijación, el riesgo de infección es muy alto.

#### Clasificación de **fracturas abiertas de acuerdo a Gustilo – Andersson.**

<b>Tipo de fractura</b>	<b>Descripción Contaminación mecanismo</b>	<b>Fractura</b>
<b>Tipo I</b>	Limpia.  Baja energía  No aplastamiento. Dentro hacia afuera	Transversa u oblicua corta
<b>Tipo II</b>	Contaminación moderada	Conminación moderada
<b>Tipo III</b>	Traumatismo por alta energía	Gran conminación e inestabilidad de los fragmentos
<b>Tipo III A</b>	Herida contaminada Alta energía, lesiones por aplastamiento	Fracturas conminutas y segmentarias
<b>Tipo III B</b>	Contaminación masiva	Despegamiento periostio
<b>Tipo III C</b>	Cualquiera	Cualquiera

Tabla #3 Clasificación de Fracturas abiertas de acuerdo a Gustilo-Andersson

Elaborado por: Remedios Hernández Marroquín

## TRATAMIENTO:

### Tratamiento conservador:

Este método de tratamiento es el más antiguo de todos los utilizados en este tipo de fractura cerrada. Antes de seleccionar esta modalidad se debe estar bien seguro que es el indicado para ese paciente de forma muy particular y que no existe evidencia de síndrome compartimental asociado. Si el paciente presenta una fractura completamente desplazada, la utilización de anestesia regional o general es indispensable para lograr la relajación muscular necesaria para la reducción.

Primariamente se realiza tracción ayudado por la fuerza de la gravedad, luego colocamos férula en forma de U, posteriormente si la fractura es estable colocamos el yeso hasta conformar una calza inguinopédica con la rodilla en posición de 10 a 15 grados de flexión de manera que permita el apoyo precoz. Si la fractura no es estable y el ortopédico decide no indicar apoyo precoz la rodilla debe ser inmovilizada de 30 a 45 grados de flexión. Como detalle importante se debe moldear el yeso adecuadamente en la región supracondílea del fémur y debe ser cortado longitudinalmente en la línea media hasta la piel para evitar compresión.

Las contraindicaciones para el tratamiento conservador incluyen: fracturas tipo C2 o C3 de Tschern. <sup>(idem 24)</sup>

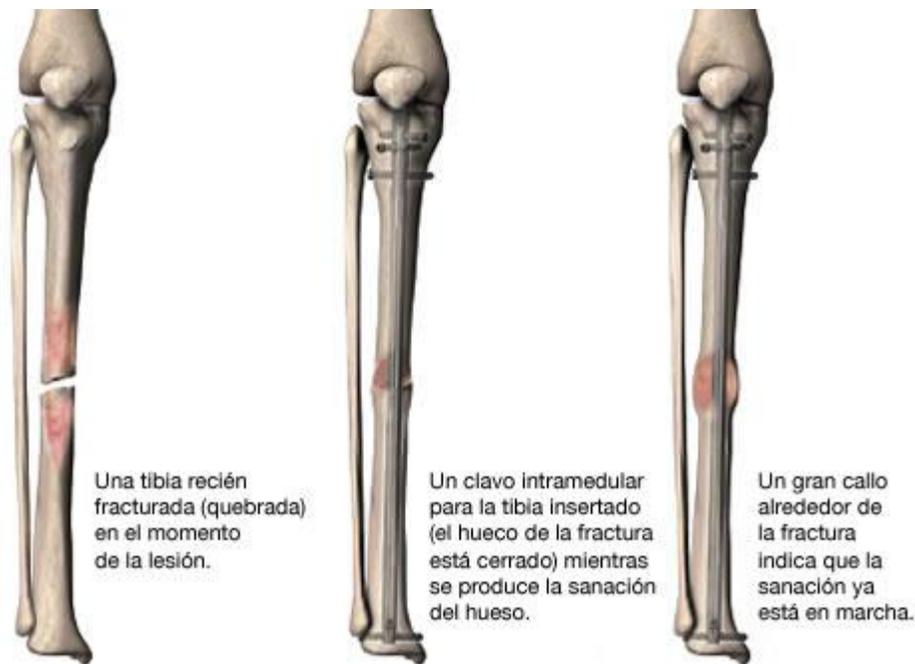
## TRATAMIENTO QUIRÚRGICO:

Las opciones operativas para la fijación de fracturas de la diáfisis tibial se pueden dividir en tres grupos: placas, clavado intramedular (NMI) o fijación externa (fijador uniplanar, multiplanar o anillo).

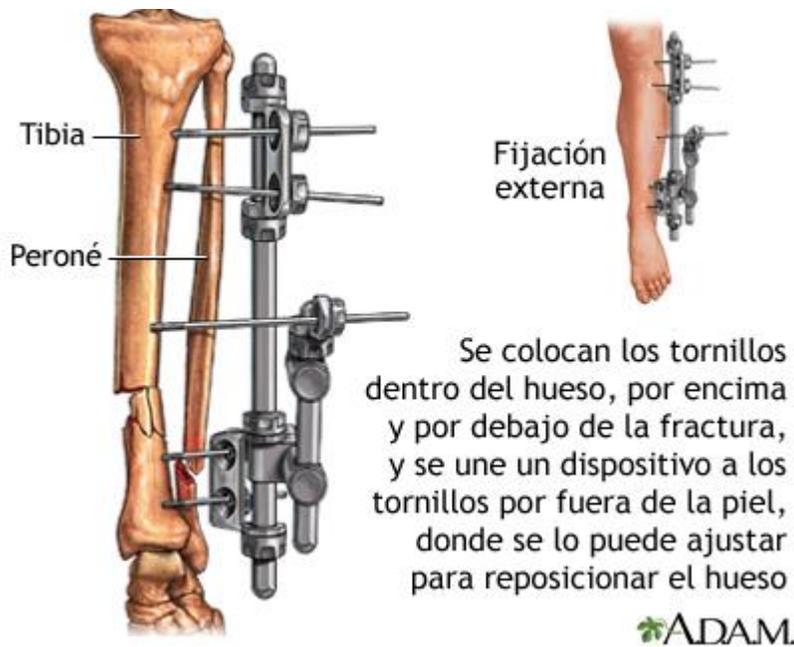
El clavado intramedular (IM) de fractura diafisaria tibial es un procedimiento en el cual se coloca una varilla o alambre de metal (clavo) dentro de un hueso en la parte inferior de la pierna (tibia). El clavo mantiene el hueso roto (fracturado) en su lugar

mientras se cura. Después de este procedimiento, no necesitará un yeso y es posible que pueda poner algo de peso en su pierna de inmediato (carga parcial de peso). El hueso puede tardar hasta 4–6 meses en sanar.

Este procedimiento generalmente se realiza cuando una gran fuerza, como la de un automóvil o un accidente deportivo, ha fracturado la tibia. A menudo, el otro hueso en la parte inferior de la pierna (peroné) también se fractura al mismo tiempo que la tibia. (idem 20)



<https://bit.ly/387oRcy>



<https://bit.ly/30mC3YH>



<https://bit.ly/35Qdxjt>

## TRATAMIENTO DE REHABILITACIÓN:

Objetivos básicos del tratamiento de rehabilitación:

1. Favorecer la consolidación

2. Tratar la afectación de las partes blandas
3. Disminuir los efectos de la inmovilización
4. Evitar y prevenir las complicaciones

1. Favorecer la consolidación.

Los medios físicos que pueden favorecer la consolidación de las fracturas son:

- Irrigación
- Compresión
- Inmovilización
- Magnetoterapia

2.-Medidas analgésicas:

- Termoterapia previa
- Crioterapia posterior
- Electroterapia
- Cinesiterapia

Tratamiento de la afectación de las partes blandas. Después de una fractura encontraremos hemorragia y edema por lo tanto se deben aplicar medios físicos para el edema.

Medidas anti edema:

- Elevación del miembro afectado
- Ejercicios activos distales

El Rehabilitador deberá estimular a la persona a mover la extremidad afectada, pero únicamente las articulaciones adyacentes al foco de fractura (durante el

período de inmovilización), con elevación de la extremidad. Así pues, en el período de inmovilización, hay que potenciar de forma isométrica la musculatura afectada y hacer ejercicios activos del resto de la extremidad y de las otras partes del cuerpo.<sup>27</sup>

## TRATAMIENTO ALTERNATIVO PARA EL DOLOR

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) define dolor como "una experiencia sensorial o emocional desagradable de daño tisular real o potencial, o una sensación descrita de forma similar a daño tisular".

Las terapias complementarias son aquellas que se utilizan conjuntamente con la medicina convencional. Estas son herramientas que pueden desempeñar alguna función en un programa de tratamiento integral diseñado por la persona y el profesional de la salud. Algunos ejemplos de terapia complementaria son: masajes, musicoterapia, técnicas de reducción de estrés, acupuntura, retroalimentación, meditación, relajación, aromaterapia, yoga, terapia de arte, entre otros.<sup>28</sup>

**Terapia de masaje:** Los beneficios de la terapia de masaje para aliviar el dolor son bien conocidos que es comúnmente utilizada durante la terapia física y la rehabilitación de una lesión así la terapia de masaje reduce la inflamación y promueve la biogénesis mitocondrial en el músculo esquelético.<sup>29</sup>



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

**Acupuntura:** Es la inserción de agujas estériles y muy delgadas en puntos anatómicos seleccionados del cuerpo que, según la medicina tradicional china,

corresponden a meridianos energéticos. Desde la anatomía es más fácil comprender su efecto, al relacionar la interacción directa de la acupuntura con músculos, fascias y las vías del sistema nervioso central y periférico.

El efecto analgésico de la acupuntura se obtiene por medio de la estimulación de fibras A-delta en la piel y en músculos, que conducen impulsos a la sustancia gris, inhibiendo estímulos dolorosos desde la periferia y disminuyendo la percepción del dolor, generando liberación de beta-endorfinas y meta-enkefalinas en el cerebro, modulando así el dolor a nivel central del hipotálamo y el sistema límbico.<sup>30</sup>



<https://bit.ly/35UU0i6>

**Aromaterapia:** Los aceites esenciales trabajan en el cuerpo mediante la absorción a través de la piel, en el interior del torrente sanguíneo, y también, por la inhalación de su aroma. Es importante conocer que los aceites esenciales tienen tres modos diferentes de acción según cómo interrelacionen con el cuerpo humano: farmacológica, fisiológica y psicológica.

El efecto farmacológico que poseen está relacionado con los cambios químicos que se producen cuando un aceite esencial penetra en el flujo sanguíneo y reacciona con las hormonas, enzimas, etc. El efecto fisiológico está relacionado con la manera como un aceite esencial afecta al sistema corporal, ya sea sedándolo o estimulándolo. El efecto psicológico tiene lugar cuando una esencia es inhalada y el modo como el individuo responde a su olor.<sup>31</sup>



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

### 2.5.8.-HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA

La hipertensión arterial sistémica, es un trastorno en el que los vasos sanguíneos tienen una tensión persistentemente alta, lo que puede dañarlos. Cada vez que el corazón late, bombea sangre a los vasos, que llevan la sangre a todas las partes del cuerpo. La tensión arterial es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de los vasos (arterias) al ser bombeada por el corazón. Cuanta más alta es la tensión, más esfuerzo tiene que realizar el corazón para bombear.<sup>32</sup>

Diagnóstico: La hipertensión arterial sistémica se define tradicionalmente como una tensión arterial sistólica (PAS) 140 mm Hg o tensión arterial diastólica (PAD) 90 mm Hg, como promedio de 3 mediciones tomadas adecuadamente en 2 o más en visitas médicas. En el adulto mayor, se recomienda realizar el diagnóstico de hipertensión arterial utilizando la medición de la tensión arterial en ambos brazos, con técnica apropiada, en dos o más visitas médicas.

Tratamiento: Las modificaciones en el estilo de vida mejoran la calidad de vida en pacientes con hipertensión, los cambios en la dieta y la pérdida de peso son igualmente importantes.

Se debe iniciar tratamiento antihipertensivo farmacológico a todos los pacientes 65-79 años con tensión arterial diastólica mayor o igual a 90 mm/Hg o sistólica mayor o igual a 140 mm/Hg.

Los fármacos considerados como primera línea de tratamiento antihipertensivo en adultos mayores de 65 años son:

- Diuréticos tiazídicos.
- Bloqueadores de canales de calcio de acción prolongada.
- Inhibidores de la ECA.
- ARA II.

Se excluyen como primera línea de tratamiento los beta bloqueadores y solo se consideran como adyuvantes en situaciones especiales.<sup>33</sup>

### **CAPÍTULO 3.- METODOLOGÍA**

#### **3.1.-Estudio de Caso**

Hacer una investigación implica considerar diferentes métodos, técnicas e instrumentos para la construcción del conocimiento científico. El estudio de caso es una técnica o instrumento ampliamente utilizado en las ciencias humanas tiene una doble utilidad: para el aprendizaje de la toma de decisiones y como una modalidad de investigación. Desde una perspectiva metodológica, el estudio de caso es un paradigma científico y de investigación que comienza a ser una vía muy importante para la realización de diseños que por su validez pueden ser incluidos dentro de los denominados estudios cuasi experimentales.<sup>34</sup>

La estructura para desarrollar un estudio de caso debe tener un orden que consiste en:

- ✓ Título
- ✓ Autoría
- ✓ Resumen
- ✓ Palabras claves
- ✓ Introducción
- ✓ Fundamentación
- ✓ Descripción del caso
- ✓ Conclusión

- ✓ Referencias bibliográficas
- ✓ Anexos

En general, los objetivos más comunes de un estudio de caso son los siguientes:

- Explorar la realidad para formular más tarde una teoría.
- Describir lo que ocurre en el caso.
- Explicar las causas que lo provocan.<sup>35</sup>

### 3.2.-Busqueda de Información

Para la elaboración de esta investigación se consultaron diferentes navegadores como, Google, Google Académico, Internet Exploren, BiDi UNAM. Por medio de estos navegadores investigue utilizando palabras claves como: Fractura, Tibia, Fractura de Tibia, Rehabilitación, Terapias complementarias fue a través de estas palabras que me facilitaron la búsqueda para la recolección de la información encontradas en libros, artículos y tesis. Cabe mencionar que es una patología poco estudiada por parte de enfermería debido a que son pocos los estudios hechos por parte del personal de enfermería.

### 3.3.-Sujeto

Mediante las prácticas realizadas en el Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, en la rotación por el servicio de Rehabilitación Osteoarticular se tuvo el primer contacto directo con la persona y su familiar, por lo que se abordó y explico a cerca de los beneficios que podía obtener al participar en el estudio de caso así como del proceso de la realización del estudio de caso y aproximación de la fecha del mismo. Por lo cual la persona accede sin ningún problema siendo apoyada por su familiar, firma el consentimiento informado, teniendo como testigo a su familiar.

### 3.4.-Material y procedimientos para la elaboración del estudio de caso

Se utilizó un instrumentó de valoración implementado en el Posgrado de Enfermería en Rehabilitación, basado en la teoría de Dorothea Elizabeth Orem y utilizando las escalas que en dicho instrumento contiene.

### 3.5.-Aspectos Éticos

#### CODIGO DE ETICA PARA ENFERMERAS

El código de ética debe inspirar la correcta conducta profesional considerando que lo ético no es negociable y que hay una gran diferencia entre actuar bien por inseguridad, temor o simple obediencia y actuar bien por conocimiento, dignidad y por respeto a sí mismo y a la sociedad, esto último es lo que se conoce como ética 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 un ser bio-psico-social dinámico, que interactúa dentro del contexto total de su ambiente, y participa como miembro de una comunidad.
- ✓ 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, la justicia, la 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 enfermería, constituida como un servicio, encaminado a satisfacer las necesidades de salud de las personas sanas o enfermas, individual o colectivamente. Dicho servicio debe considerar de manera prioritaria:

- La conciencia de asumir un compromiso profesional serio 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.<sup>36</sup>

## Código de Ética para Enfermeros y Enfermeras Mexicanas

- DISPOSICIONES GENERALES

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

- Capítulo II. De los deberes de las enfermeras para con las personas

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

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

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

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

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

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

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

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

- Capítulo III. De los deberes de las Enfermeras como Profesionistas

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

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

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

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

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

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

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

Artículo décimo séptimo. - Actuar con juicio crítico en la aplicación de las normas institucionales, tomando en cuenta la objeción de su conciencia.

## Decálogo del Código de Ética para Enfermeros y Enfermeras Mexicanas

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

1. Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
2. Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgos.
3. Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.
4. Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
5. Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.
6. Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.
7. Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficio de las personas y de la comunidad de enfermería.
8. Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional.
9. Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.
10. Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.<sup>37</sup>

### Principios éticos

- ARTÍCULO. 2.- Todo profesional de enfermería fundamentará su proceso de razonamiento y conducta en los cinco principios éticos universales que establece el presente código, a fin de dar cumplimiento a los deberes y obligaciones que requiere el cuidado y la profesión en forma integral.

- Los principios éticos más comunes según Fry son la beneficencia, la autonomía, la justicia, la fidelidad, la veracidad y la confidencialidad.<sup>30</sup>
- Principio de Respeto a las Personas Fundamenta la actitud receptiva que permite valorar los sentimientos, opiniones, individualidad y el carácter único de la persona, familia y comunidad, fomentando la autoestima y autoimagen;
- Principio de Beneficencia Fomenta la actitud dirigida a defender la vida, hacer y promover el bien entre el personal de enfermería, usuarios, familia y comunidad;
- Principio de Objetividad Fundamenta a actuar con imparcialidad, honestidad, justicia y libre de conflicto de interés en la atención del usuario, familia y comunidad;
- Principio de Integridad Fundamenta la actitud a realizar las responsabilidades con moralidad; es decir, conforme a las reglas o normas morales;
- Principio de No Maleficencia Fomenta la actitud a evitar la realización de acciones que causan daño al usuario, familia y comunidad.<sup>38</sup>

#### Carta de los derechos generales de los enfermeros y enfermeras mexicano

- Ejercer la Enfermería con libertad, sin presiones de cualquier naturaleza y en igualdad de condiciones interprofesionales.
- Desempeñar sus intervenciones en un entorno que garantice la seguridad e integridad personal y profesional.
- Contar con los recursos necesarios que les permitan el óptimo desempeño de sus funciones.
- Abstenerse de proporcionar información que sobrepase su competencia profesional y laboral.
- Recibir trato digno por parte de pacientes y sus familiares, así como del personal relacionado con su trabajo, independientemente del nivel jerárquico.

- Tener acceso a diferentes alternativas de desarrollo profesional en igualdad de oportunidades que los demás profesionales de la salud.<sup>39</sup>
- Tener acceso a las actividades de gestión, docencia e investigación de acuerdo a sus competencias, en igualdad de oportunidades interprofesionales.
- Asociarse libremente para impulsar, fortalecer y salvaguardar sus intereses profesionales.
- Acceder a posiciones de toma de decisión de acuerdo a sus competencias, en igualdad de condiciones que otros profesionistas, sin discriminación alguna.
- Percibir remuneración por los servicios profesionales prestados.<sup>40</sup>

## Carta de los Derechos de los Pacientes

### 1. Recibir atención médica adecuada

El paciente tiene derecho a que la atención médica se le otorgue por personal preparado de acuerdo a las necesidades de su estado de salud y a las circunstancias en que se brinda la atención; así como a ser informado cuando requiera referencia a otro médico.

### 2. Recibir trato digno y respetuoso

El paciente tiene derecho a que el médico, la enfermera y el personal que le brinde atención médica, se identifiquen y le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes.

### 3. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz

El paciente, o en su caso el responsable, tiene derecho a que el médico tratante les brinde información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento; se exprese siempre en forma clara y comprensible; se brinde con oportunidad con el fin de favorecer el conocimiento pleno del estado de salud del paciente y sea siempre veraz, ajustada a la realidad.

### 4. Decidir libremente sobre su atención

El paciente, o en su caso el responsable, tienen derecho a decidir con libertad, de manera personal y sin ninguna forma de presión, aceptar o rechazar cada procedimiento diagnóstico o terapéutico ofrecido, así como el uso de medidas extraordinarias de supervivencia en pacientes terminales.

### 5. Otorgar o no su consentimiento válidamente informado

El paciente, o en su caso el responsable, en los supuestos que así lo señale la normativa, tiene derecho a expresar su consentimiento, siempre por escrito, cuando acepte sujetarse con fines de diagnóstico o terapéuticos, a procedimientos que impliquen un riesgo, para lo cual deberá ser informado en forma amplia y completa en qué consisten los beneficios que se esperan, así como de las complicaciones o eventos negativos que pudieran presentarse a consecuencia del acto médico.

Lo anterior incluye las situaciones en las cuales el paciente decida participar en estudios de investigación o en el caso de donación de órganos.

## 6. Ser tratado con confidencialidad

El paciente tiene derecho a que toda la información que exprese a su médico, se maneje con estricta confidencialidad y no se divulgue más que con la autorización expresa de su parte, incluso la que derive de un estudio de investigación al cual se haya sujetado de manera voluntaria; lo cual no limita la obligación del médico de informar a la autoridad en los casos previstos por la ley.

## 7. Contar con facilidades para obtener una segunda opinión

El paciente tiene derecho a recibir por escrito la información necesaria para obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud.

## 8. Recibir atención médica en caso de urgencia

Cuando está en peligro la vida, un órgano o una función, el paciente tiene derecho a recibir atención de urgencia por un médico, en cualquier establecimiento de salud, sea público o privado, con el propósito de estabilizar sus condiciones.

## 9. Contar con un expediente clínico

El paciente tiene derecho a que el conjunto de los datos relacionados con la atención médica que reciba sea asentado en forma veraz, clara, precisa, legible y completa en un expediente que deberá cumplir con la normativa aplicable y cuando lo solicite, obtener por escrito un resumen clínico veraz de acuerdo al fin requerido.

## 10. Ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida

El paciente tiene derecho a ser escuchado y recibir respuesta por la instancia correspondiente cuando se inconforme por la atención médica recibida de servidores públicos o privados.

Asimismo, tiene derecho a disponer de vías alternas a las judiciales para tratar de resolver un conflicto con el personal de salud.<sup>41</sup>

### NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-019-SSA3-2013, PARA LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

La expedición de esta norma tiene como finalidad precisar atributos y responsabilidades que deberá cumplir el personal de enfermería, conforme a las disposiciones jurídicas aplicables.

Por esta razón, es de suma importancia situar de forma clara y organizada, el nivel de responsabilidad que el personal de enfermería tiene en el esquema estructural de los establecimientos para la atención médica en los sectores público, social y privado, así como los que prestan sus servicios en forma independiente. Ya que en la medida en que cada integrante cumpla su labor, acorde a su formación académica, la calidad en los servicios de salud se verá favorecida y el usuario obtendrán mayores beneficios.<sup>42</sup>

### NORMA OFICIAL MEXICANA DEL EXPEDIENTE CLINICO NOM-004-SSA3-2012

**Expediente clínico**, al conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento para la atención médica, ya sea público, social o privado, el cual, consta de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de cualquier otra índole, en los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables.

**5.4** Los expedientes clínicos son propiedad de la institución o del prestador de servicios médicos que los genera, cuando éste, no dependa de una institución. En caso de instituciones del sector público, además de lo establecido en esta norma, deberán observar las disposiciones que en la materia estén vigentes. Sin perjuicio de lo anterior, el paciente en tanto aportante de la información y beneficiario de la atención médica, tiene derechos de titularidad sobre la información para la protección de su salud, así como para la protección de la confidencialidad de sus datos, en los términos de esta norma y demás disposiciones jurídicas que resulten aplicables.<sup>43</sup>

#### NORMA NOM-015-SSA3-2012 PARA LA ATENCION INTEGRAL A LA PERSONA DISCAPACITADA

El artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, otorga a toda persona, el derecho a la protección de la salud. En cumplimiento de este precepto, la Secretaría de Salud emite ordenamientos que regulan la prestación de servicios de atención médica, estableciendo disposiciones específicas que regulan la forma en que se proporcionan dichos servicios.

La atención médica integral a las personas con discapacidad, proporcionada por equipos inter y multidisciplinarios, tiene por objeto que reciban servicios de atención médica con calidad, seguridad y sin ningún tipo de discriminación.

**4.1 Actividades de la vida diaria**, al conjunto de acciones que realiza toda persona para satisfacer sus necesidades básicas.

**4.2 Atención médica integral a las personas con discapacidad**, al conjunto de actividades realizadas por el personal profesional y técnico del área de la salud, que lleva a cabo la detección, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en su caso, referencia y contrarreferencia, de dichas personas en su calidad de pacientes.

**4.3 Consejo genético**, a la información que proporciona, preferentemente un especialista en genética médica, a las personas que puedan ser portadoras de alteraciones genéticas y se considere que su descendencia puede tener un alto riesgo de presentar dichas alteraciones.

**4.4 Detección temprana**, a la identificación de signos y síntomas que evidencian el estado inicial de una discapacidad auditiva, intelectual, neuromotora o visual.

**4.5 Discapacidad**, a la deficiencia auditiva, intelectual, neuromotora o visual, ya sea de naturaleza permanente o temporal, que limita la capacidad de realizar una o más actividades de la vida diaria.

**4.6 Discapacidad auditiva**, a la restricción en la función de percepción de los sonidos externos, alteración de los mecanismos de transmisión, transducción, conducción e integración del estímulo sonoro, que a su vez pueden limitar la capacidad de comunicación. La deficiencia abarca al oído pero también a las estructuras y funciones asociadas a él.

**4.7 Discapacidad intelectual**, aquella caracterizada por limitaciones en el funcionamiento intelectual y en la conducta adaptativa a su entorno.

**4.8 Discapacidad neuromotora**, a la secuela de una afección y sus efectos secundarios o tardíos en el sistema nervioso central, periférico o ambos, así como en el sistema músculo-esquelético.

**4.9 Discapacidad visual**, a la deficiencia del órgano de la visión, las estructuras y funciones asociadas con él. Es una alteración de la agudeza visual, campo visual, motilidad ocular, visión de los colores o profundidad, que determinan una deficiencia de la agudeza visual y que una vez corregida, en el mejor de los ojos es igual o menor de 20/200 o cuyo campo visual es menor de 20 grados.

**4.10 Estimulación temprana**, a la atención brindada a los menores de entre 0 y 6 años de edad, para potenciar y desarrollar al máximo sus posibilidades físicas, intelectuales, sensoriales y afectivas, mediante programas sistemáticos y secuenciados que abarquen todas las áreas del desarrollo humano, sin forzar el curso natural de su maduración.

**4.11 Establecimiento para la atención médica**, a todo aquél, público, social o privado, fijo o móvil, cualquiera que sea su denominación, que preste servicios de atención médica, ya sea ambulatoria o para internamiento de pacientes.

**4.12 Grado de discapacidad,** a la magnitud de la restricción o ausencia de la capacidad para realizar una actividad o función necesaria.

**4.13 Habilitación,** a los procesos terapéuticos en el ámbito de la atención médica, que permiten la adquisición de capacidades y destrezas a personas que presentan una discapacidad.

**4.14 Habla,** a la expresión motora de orden cortical en la cual se utiliza el lenguaje oral, interviniendo el sistema nervioso central y periférico (aparato fonarticulador).

**4.15 Inclusión social,** al proceso a través del cual, la sociedad facilita y promueve que las personas con discapacidad, participen en igualdad de circunstancias en las actividades que son comunes al resto de los individuos.

**4.16 Lenguaje,** a la función que, mediante las palabras, sonidos, signos o señas, expresa ideas, pensamientos y emociones.

**4.17 Persona con discapacidad,** aquella que tenga deficiencias auditivas, intelectuales, neuromotoras o visuales que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás personas.

**4.18 Prevención de discapacidad,** a la adopción de medidas encaminadas a impedir o limitar la presencia de deficiencias neuromotoras, intelectuales, auditivas o visuales.

**4.19 Rehabilitación,** al conjunto de procedimientos de atención médica encaminados a mejorar la capacidad de una persona para realizar por sí misma, actividades de la vida diaria.<sup>44</sup>

## Consentimiento Informado

El consentimiento informado representa un principio de comunicación y clarificación que cumple diversas funciones importantes en el contexto de la

relación clínica entre los enfermos o usuarios y los profesionales de la salud e instituciones, tales como:

1. La promoción de la autonomía, individual y como valor social general.
2. La protección de los pacientes.
3. Evitar el fraude y la coacción.
4. Fomentar el autocuidado por los profesionales de la salud
5. Promover las decisiones racionales.

Desde otra perspectiva el consentimiento informado representa el principal instrumento jurídico y ético para hacer efectiva la protección del derecho a la salud. Pero más que un formato o contrato, el consentimiento informado es un proceso clínico de comunicación continua, en el que el médico y el paciente, enfermo o usuario, tienen la disposición recíproca para hacer ejecutable el derecho de una persona a decidir aceptar o no un procedimiento médico. Este proceso dialógico comienza durante el contacto inicial, durante la presentación, momento en el que el médico obtiene información pertinente sobre las expectativas, formación y antecedentes del paciente que le permitirán posteriormente presentar de manera efectiva los contenidos de un consentimiento informado.<sup>45</sup>

## **CAPÍTULO 4.- APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

1.- Valoración (22-octubre-2019)

Nombre: EPM

Género: femenino

Edad: 76 años

Estado civil: casada

Fecha y lugar de nacimiento: Ciudad de México

Religión: católica

Domicilio: Huipulco, delegación Tlalpan

Escolaridad: 2° años de primaria

Ocupación: ama de casa

### **Padecimiento actual:**

El 18 de agosto del 2019 bajando del coche y adentro de su casa refiere que sufrió una caída, provocando así fractura de diafisaria distal de la tibia en la extremidad pélvica izquierda, fue atendida en el Instituto Nacional de Rehabilitación. Por lo cual se realizó un procedimiento quirúrgico que consiste en la colocación de placa especial para tibia y alambres. Posterior a la caída la prótesis de la rodilla izquierda tuvo un ligero desplazamiento de la misma y la derecha un pequeño hundimiento. Se encuentra con limitación para la marcha en casa con uso de andadera con apoyo solo del pie derecho y asiste a sus sesiones de rehabilitación. Refiere desesperación, angustia, y preocupación por no ser una persona independiente como lo era antes.

### **Antecedentes heredofamiliares:**

Tía con diagnóstico de diabetes, resto de antecedentes desconoce, hermano con diabetes hijo con hipotiroidismo e hija con artritis reumatoide.

### Antecedentes personales patológicos actuales:

Hipertensión arterial en tratamiento con Codiovan 1 tableta cada 24 horas en manejo por Médico particular desde hace 15 años.

### Antecedentes personales quirúrgicos:

Artroplastia bilateral (hace 15 años y hace 10 años), hernio plastia hace 4 años sin complicaciones.

### Composición familiar:

Nombre	Edad	Parentesco	escolaridad	Ocupación	Aporte económico
JRN	82 años	Esposo	Secundaria	Jubilado	5,000 mensuales
PRP	39 años	Hija	Licenciatura	Cosmetóloga	5200 mensuales

Cuadrp#4 ELABORADO POR: Remedios Hernández Marroquín

### Antecedentes generales de la persona

#### ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES

ANTECEDENTES	
Cardiopatías	Negados
Hipertensión	Positivo
Diabetes	Negados
Renales	Negados
Neurológicos	Negados
Endocrinos	Hipotiroidismo
Gastrointestinales	Gastritis
Tumorales	Negados
Infeciosos	Negados
Hepáticos	Negados

Cuadro #5 ELABORADO POR: Remedios Hernández Marroquín

## ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

ANTECEDENTES	
<b>Antecedentes perinatales</b>	Positivo
<b>Desarrollo psicomotriz</b>	Normal
<b>Cardiovasculares</b>	Negados
<b>Tabaquismo</b>	Negados
<b>Alcoholismo</b>	Negados
<b>Drogas</b>	Negados
<b>Respiratorias</b>	Negados
<b>Gastrointestinales</b>	Gastritis
<b>Cirugías</b>	Artroplastia y hernio plastia
<b>Alergias</b>	Negadas
<b>Transfusiones</b>	Negados
<b>Endocrinas</b>	Negados
<b>Nerviosas</b>	Ansiedad cuando tiene mucho estrés
<b>Neoplasias</b>	Negados

Cuadro# 6 .ELABORADO POR: Remedios Hernández Marroquín

## ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

ANTECEDENTES	
<b>Vivienda</b>	Vive en casa propia de material, de dos plantas habitan 3 personas con ella esposo, hija menor y un enfermero, la hija número 1 y la 3 solo van de visita y ayudar durante el día, pero no habitan con ella. Los que aportan económicamente son la hija menor y el hijo mayor. La casa es de dos plantas cuenta con 4 cuartos, una sala, una cocina, dos baños, patio con cemento, el piso en la primera planta es de loseta y en el segundo piso es rustico, cuenta con 12 escalones con barandal para subir al segundo piso. Cuenta con todos los servicios (agua, luz, gas, drenaje, cable, teléfono, alumbrado público, pavimentación, medios de transporte, farmacias, mercado, iglesia y escuelas)
<b>Hábitos personales</b>	Baño diario y cambio de ropa diaria, lavado de dientes 3 veces al día Cepillado de cabello, hidratar la piel a veces, lavarse las manos antes y después de ir al baño.
<b>Deportes</b>	No practica

<b>Inmunizaciones</b>	Su esquema de vacunación lo tiene completo
<b>Pasatiempo</b>	Le gusta escuchar música y resolver sopas de letras

Cuadro#7 .ELABORADO POR: Lic. Remedios Hernández Marroquín

## ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRAS

<b>ANTECEDENTES</b>	
<b>Menarca</b>	A los 10 años
<b>Gesta</b>	7
<b>Aborto</b>	1
<b>Iniciación de vida sexual activa</b>	17 años

Cuadro# 8.ELABORADO POR: Remedios Hernández Marroquín

## REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSALES

### **1.-Mantenimiento de un aporte suficiente de aire:**

La persona EPM no refiere dificultad para respirar, ni se fatiga al realizar alguna actividad. (Puntuación de 0=ausencia de disnea con Escala de disnea de Saduol Anexo2)

Niega enfermedades con respecto al sistema respiratorio

Niega utilizar algún suplemento para poder respirar

### **2.-Mantenimiento de aporte de agua suficiente:**

Refiere que aproximadamente toma un litro de agua natural al día lo cual esto hace referencia a una mal hidratación, no bebidas endulzadas ni refrescos azucarados. (Anexo 3 la jarra del bien beber)

### **3.-Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos:**

Refiere que realiza 3 comidas, desayuno, comida y cena. Siendo estos los siguientes horarios 9 de la mañana desayuno ,16 hora comida y 20 horas la cena.

Refiere que casi siempre tiene apetito y sin dificultad para deglutir. Comparte los alimentos con su esposo, su hija menor y el enfermero que la atiende. Quien prepara los alimentos es su hija.

Cereales:2/7, Tuberculos:3/7, lacteos:4/7, Carnes:5/7, Leguminosa:3/7, Verdura:5/7, Frutas:4/7, Totillas:7/7, Embutidos:3/7, Sal y azúcar:2/7, Productos chatarra:1/7. (Anexo 4 El plato del bien comer)

**4.-Provision de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos:**

Eliminación intestinal: evacua cada dos días, siendo las características de las heces de acuerdo a la Escala de Bristol tipo 2.

Eliminación vesical: refiere que orina de 2 a 3 veces al día sin dolor.

Características de la orina: color clara-ámbar y sin olor.

ESCALA DE VALORACION	CALIFICACION	RESULTADOS
Escala de bristol (anexo 5)	Tipo 2	Como una salchicha, pero con grietas en la superficie
Cuadro # 9 elaborado por la alumna del Posgrado de Enfermería en Rehabilitación. Lic. Remedios Hernández Marroquín		

El cambio de ropa y aseo personal lo realiza diariamente, él cepillado de dientes lo realiza 3 veces al día de acuerdo a la escala IHOS puntuación de 1/3, omitiendo algunos pasos de la técnica correcta (escala de Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) (anexo 6). Por lo que se le orienta sobre la técnica correcta.

**5.- Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo**

Limitación para realizar las actividades con desplazamiento no se valora marcha debido a que el cirujano ortopedista aun no indica la marcha por la fase de consolidación. Solo se valora el equilibrio el cual esta alterado teniendo una puntuación de 4/16 escala de Tinetti para el equilibrio.

Tiene dificultad y dolor para la marcha

ESCALA DE VALORACION	CALIFICACION	RESULTADO
Escala de Barthel (anexo 7)	55/100	Dependencia moderada
Escala de Lawton y Brody (anexo 8)	3/8	Dependencia para realizar cualquier compra, preparar la comida, lavado de ropa, preparar la comida.
Escala de Eva (Anexo 9)	4/10	Dolor moderado
Escala de Tinetti para el equilibrio (anexo 10)	4/16	Alteración en el equilibrio Riesgo alto de caídas.

Cuadro # 10.ELABORADO POR: Lic. Remedios Hernández Marroquín

### **6.-Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social:**

Se siente triste y desesperada por no realizar las actividades de la casa y salir por si sola. Y” en ocasiones por lo anterior cambio bruscamente mi estado de ánimo y me enojo fácilmente. A veces me siento inútil como un estorbo”.

No pertenece a ningún grupo social.

ESCALA DE VALORACION	CALIFICACION	RESULTADO
Escala de Hamilton (Anexo11)	16/21	Depresión moderada

Cuadro# 11.ELABORADO POR: Lic. Remedios Hernández Marroquín

### **7.-Prevencion de peligros por la vida, el funcionamiento y el bienestar humano:**

Visión: La conserva en condiciones optimas

Audición: Tiene dificultad para oír debido a que pasa por un proceso infecciosos. Y tratado por otorrinolaringólogo de forma particular es tratado con prednisona gotas una cada 8hr por 8 días

Olfato: Percibe los olores sin dificultad

Gusto: Detecta los alimentos en mal estado

Tacto: Percibe las texturas en las diferentes partes del cuerpo excepto, en la planta del pie del miembro pélvico izquierdo que es el afectado.

Frecuencia de caídas: Con frecuencia ha tenido caídas debido a que tiene pie plano y pie valgo. (Escala de Downton 3/0)

ESCALA DE VALORACION	CALIFICACION	RESULTADO
Escala de riesgo de caídas de Downton (Anexo 12)	3/0	Riesgo de caídas moderado

Cuadro# 12.ELABORADO POR: Lic. Remedios Hernández Marroquín

Controles de salud: lo hace regularmente con el médico internista.

**8.-Promocion del funcionamiento y desarrollo humano dentro los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones humanas y el deseo humano de ser normal:**

Se acepta físicamente tal como es. Sólo que a raíz de su caída tiene miedo a que quede limitada para realizar sus actividades de la vida diaria.

Con la su familia se siente satisfecha con dos de sus hijas que la cuidan y pagan de un enfermero para que la asistan en lo que ellas trabajan y sus otros cuatro hijos solo la llaman y le realizan visitas rápidas y eso me entristece porque yo por todos mis hijos me esforcé por darles su carrera y cuidar de ellos.

En cuanto a la religión considera que Dios le ha ayudado en su enfermedad y lamenta que no pueda ir a misa los domingos.

Ante la vida y la muerte consideran que Dios tiene control sobre eso. Y que le da miedo pensar en la muerte.

Hasta el momento no recibe ningún tratamiento psicológico.

Se realiza la valoración física los días de octubre.

## Exploración Física

A la exploración física se encontró con una valoración de Glasgow con una puntuación de 15 (anexo13). Orientada en tiempo, espacio y persona, edad cronológica a su edad, con ligera palidez de piel tegumentos, hidratada, piel semihidratada. Sin compromiso cardio respiratorio con peristalsis presente.

<b>FRECUENCIA CARDIACA:</b> 78 latidos X <sup>1</sup>	<b>TEMPERATURA:</b> 36°	<b>RESPIRACION:</b> 17 X <sup>1</sup>	<b>SATURACION DE OXIGENO:</b> 93%
<b>TENSION ARTERIAL:</b> 130/80	<b>PESO:</b> 69kg	<b>TALLA:</b> 1.62cm	<b>INDICE DE MASA CORPORAL:</b> 26.3(normal)
<b>CINTURA:</b> 97cm	<b>CADERA:</b> 105cm		

Cuadro# 13.ELABORADO POR: Lic. Remedios Hernández Marroquín

### Marcha:

Sin práctica de marcha debido a que el cirujano no lo ha indicado por cuidar el material de osteosíntesis.

La postura que adopta en la gran mayoría del día es la postura en fowler.

### Exploración Física Cefalocaudal:

Cabeza Normo cefálica, buena implantación de pelo y cejas y párpados los mismos que mantienen simetría y movilidad normal sin presencia de edema, ojos simétricos con buena movilidad lateral, superior e inferior, con lubricación normal, las pupilas presentan simetría redondas con respuesta foto motora normal.

Nariz: con alineación entre cejas, buena permeabilidad de las fosas nasales, mucosas integra, cornetes de tamaño y forma normal.

Cavidad oral: labios de color rojo opaco, piel integra, hidratación adecuada, encías rosáceas, con piezas dentales completas, lengua con buena movilidad en todos los planos.

Audición: con disminución de la audición, por cerumen presente y sin mal olor.

Con piel integra disminución en la elasticidad y grosor de la misma, semihidratada.

Cuello: normal con alteración en la columna vertebral (cifosis), con tórax ectomorfo, con movimientos normales al realizar el intercambio gaseoso, siendo la respiración normal de 17 por un minuto.

Abdomen: blando y depresible a la palpación con presencia de peristalsis disminuida.

Miembros torácicos: simétricos con presencia de pulso braquial y radial normal, con llenado capilar a 2 segundos, con reflejos bicipital, tricipital y radial en ambos miembros normoreflexivos. Fuerza conservada en ambos miembros.

Miembros pélvicos: asimétricos, con piel integra semihidratada, con cicatriz de herida de aproximadamente de 5 cm con costra hemática, con uñas enterradas del primer artejo en ambos pies, con dolor ocasional 3/10 en rodilla y tobillo del pie izquierdo por reposo prolongado, presente pulso femoral y poplíteo. Reflejo rotuliano y Aquileo no valorable de miembro pélvico izquierdo. En miembro inferior izquierdo se encuentra disminuida la sensibilidad.

### **Examen manual muscular:**

A la valoración de segmentos musculares de cuello, hombro, codo, muñeca y dedos de ambos miembros torácicos presenta una puntuación de 5/5 de acuerdo a la escala de valoración de Daniels (anexo 14).

En el miembro pélvico izquierdo presenta una puntuación de 4/5 en flexores de cadera, extensores de cadera 4/5, abductores y aductores 5/5, rotadores internos y

externos de rodilla 4/5, cuádriceps 3/5, flexores de rodilla 3/5, de acuerdo con la escala de Daniels.

Presenta disminución de la fuerza muscular 3/5 de acuerdo a la escala de Daniels en soleo, gemelos, plantar, peroneo corto y largo, tibial anterior y posterior.

Miembro pélvico derecho no presenta ninguna alteración en la fuerza.

### **Arcos de movilidad Goniometría:**

En la región del cuello, hombro, codo, muñeca y dedos arcos de movilidad completos.

Arcos de movilidad de cadera flexión 120/120, abducción 30/30, aducción 20/20, rodilla: flexión 110/150, extensión -10/-30, tobillo dorsiflexión 10/0, flexión plantar 30/20, inversión 16/10, eversión 10/0

### **VALORACIÓN FOCALIZADA**

Se realiza la valoración focalizada el día 9 de diciembre del año 2019, siendo esta la 9 consulta programada en su domicilio se encontraron los siguientes datos:

Femenina de 76 años de edad con edad aparente a la cronológica, con Fractura de la Diáfisis de la Tibia izquierda, se encuentra consciente, orientada en tiempo y lugar, con ligera palidez de tegumentos, con los siguientes signos vitales T/A 160/80, FC 78, FR 18, TEMP 36.2, SPO2 93%. En aporte ingesta de líquidos ha aumentado el consumo de agua natural y disminuido las aguas frescas, en cuanto a su alimentación a pesar de que no va con un nutriólogo, su hija trata de darles más verduras a pesar de esto aún no ha mejorado en la digestión y eliminación, de acuerdo a su actividad y reposo el dolor aumenta cuando realiza los ejercicios isométricos y por el desplazamiento de la prótesis en rodilla se le dificulta realizar la flexión de rodilla, las siestas que acostumbraba medio día las suspendió mejorando para conciliar el sueño y descanso en la noche, en cuestión a las relaciones familiares aparte de la hermana menor la segunda hija se ha agregado para asistir

a la persona, lo cual para la dos hijas ha sido pesado pues inician a cansarse , y problemas maritales a causa de esto, los otros 4 hijos solo aportan económicamente. Está situación familiar ha desatado en la persona ansiedad y desesperación por querer ya ser independiente.

### **Exploración física**

A la exploración física se encuentra con dolor somático 4/10 (escala de EVA anexo N°9) en miembro pélvico izquierdo, en cuanto a su estado de ánimo se encuentra con ansiedad, cardiopulmonar sin compromiso, cursa con una infección en oído por lo cual está en tratamiento, el apetito ha disminuido ligeramente, dificultad para trasladarse de la cama a la silla, con cicatriz de 5cm normo trófica, con disminución de la sensibilidad en la planta del pie izquierdo

### **JERARQUIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS**

- 1.-Dolor en herida quirúrgica al realizar los movimientos
- 2.-Ansiedad
- 3-Depresión
- 4.-Alteracion del sueño
- 5.-Disminución del consumo de agua
- 6.-Disminución de la peristalsis
- 7.-Caidas frecuentes
- 8.- Disminución de fuerza muscular en MPI
- 9.- Arcos de movilidad limitados

## DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

De acuerdo a la jerarquización de los problemas se elaboran los siguientes diagnósticos de enfermería

### **2.-Mantenimiento de aporte de agua suficiente:**

1.-**Alteración en el proceso digestivo R/C** deficiencia en el consumo de fibras y agua, **M/P** peristalsis disminuida, dificultad para evacuar Escala de Bristol con puntuación de 2.

### **5.- Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo**

2.-**Deficit de la movilidad R/C** Fractura de tibia en miembro pélvico izquierdo, desplazamiento de prótesis en rodilla izquierda y hundimiento de la prótesis en rodilla derecha **M/P** disminución de la fuerza muscular en miembro pélvico izquierdo con Escala de Daniels 3/5, Escala de Barthel obteniendo 55/100 con dependencia moderada, limitación para realizar las actividades de la vida diaria, y dolor somático en miembro pélvico izquierdo con escala dolor EVA 4/10.

### **6.-Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social:**

3.-**Alteración del sueño R/C** preocupación por su estado de salud **M/P** manifestado por dificultad para conciliar el sueño y vigiliias nocturnas, depresión moderada escala de Hamilton 16/21

4.-**cambios en el estado de ánimo R/C** falta de participación familiar en el cuidado de la persona y no sentirse útil e independiente **M/P** desesperación y depresión moderada escala de Hamilton 16/

**7.-Prevencion de peligros por la vida, el funcionamiento y el bienestar humano:**

**5.-Riesgo de caídas R/C** barreras arquitectónicas presentes, escala de dwtón 3/0 con un riesgo medio, arcos de movilidad limitados y fuerza muscular disminuida en miembro pélvico izquierdo (escala de Daniels 3/5)



<b>Diagnóstico de enfermería:</b>		
<b>1.-Alteración en el proceso digestivo R/C</b> deficiencia en el consumo de fibras y agua, <b>M/P</b> peristalsis disminuida, dificultad para evacuar Escala de Bristol con puntuación de 2.		
<b>Objetivo de la persona:</b> poder evacuar diariamente		
<b>Objetivo de enfermería:</b> mejorar la actividad intestinal de la persona		
Intervención de Enfermería	Agente	Sistema
<ul style="list-style-type: none"> <li>- identificar mediante escala de Bristol para determinar las características de las heces.(anexo 5)</li> <li>- Educación para la salud sobre la importancia que tiene consumir más de 2litros de agua al día por medio de la jarra del buen beber. (Anexo 3)</li> <li>-Educación para la salud mediante cartel del plato del bien comer y charla de la importancia de incluir las fibras dentro de las comidas. (Anexo 4)</li> <li>-Educación para la salud acerca del masaje tipo cólico mediante técnica demostrativa a la persona y a sus familiares.</li> </ul>	<p>Enfermera</p> <p>Persona</p> <p>Familia</p>	<p>Parcialmente compensatorio</p> <p>Apoyo educativo</p>

EVALUACIÓN DE DIAGNÓSTICO						
		FECHAS				
Intervención	Indicador	1 era fecha 22/10/2019	2 da fecha 29/10/2019	3era fecha 15/11/2019	4 fecha 9/12/2019	
Identificar mediante escala de Bristol para determinar las características de las heces.	<p>Escala de Bristol</p> <p>Estreñimiento=tipos 1 y 2</p> <p>Heces ideales=tipos 3 y 4</p> <p>Heces ideales=tipos 5,6 y 7</p>	2	2	2	3	
	1=no realiza el masaje en profundidad y tiempo adecuado		1	2	2	
Enseñanza y realización del masaje a marco cólico	<p>2=realiza el masaje en profundidad adecuada pero en tiempo no</p> <p>3=realiza el masaje en tiempo adecuado pero en profundidad no</p> <p>4=realiza el masaje en profundidad y tiempo adecuado</p>					
Enseñanza acerca de la importancia de incluir agua y fibras en la dieta	<p>1=ningún conocimiento</p> <p>2=conocimiento escaso</p> <p>3=conocimiento moderado</p> <p>4=conocimiento sustancial</p> <p>5=conocimiento extenso</p>	1	2	3	4	

**EVLUACIÓN:**

En la primera cita se identifica mediante escala de Bristol las características de las heces dando como resultado estreñimiento, por lo cual se planean actividades de apoyo educativo a la persona y a la familia a cerca de la importancia que tiene el incluir en las comidas agua y fibras por medio del plato del bien comer y la jarra del bien beber previo a dar esta enseñanza no tenía conocimiento y posterior a la enseñanza conocimiento sustancial en la tercera visita. De acuerdo a las características de las heces en la primera visita tenía una puntuación de 2 en escala de Bristol (estreñimiento) posterior a la enseñanza de la dieta y el masaje a marco cólico en la quinta visita la puntuación que obtuvo fue 3 escala de Bristol (heces ideales)



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA  
 DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
 INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION LGII

<p><b>Diagnóstico de Enfermería:</b>  <b>2.-Deficit de la movilidad R/C</b> Fractura de tibia en miembro pélvico izquierdo, desplazamiento de prótesis en rodilla izquierda y hundimiento de la prótesis en rodilla derecha <b>M/P</b> Perdida de la fuerza muscular en miembro pélvico izquierdo con Escala de Daniels 3/5, Escala de Barthel obteniendo 55/100 con dependencia moderada, limitación para realizar las actividades de la vida diaria, y dolor somático en miembro pélvico izquierdo con escala dolor EVA 4/10.</p>		
<p><b>Objetivo de la persona:</b> volver a caminar y realizar mis actividades diarias  <b>Objetivo de enfermería:</b> Recuperar la fuerza y la movilidad del miembro pélvico izquierdo</p>		
Intervención de Enfermería	Agente	Sistema
<p>-Valorar el nivel de dolor antes y después de realizar los ejercicios terapéuticos con escala de EVA (anexo 9)</p> <p>-Administración y ministración de analgesia.          - Valorar los signos vitales en la persona como un referente y de acuerdo a los parámetros identificar en qué condiciones se encuentra la persona y si se pueden o no realizar los ejercicios terapéuticos para recuperar la movilidad.<sup>46</sup></p> <p>-Valorar goniometría sensibilidad y los reflejos osteotendinosos.<sup>47</sup></p> <p>-Valoración de la fuerza muscular en miembros pélvicos con la escala de Daniels (anexo 14)</p> <p>-Aplicación de termoterapia con compresas de 10 a 15 minutos antes de realizar los ejercicios terapéuticos por medio de un cartel informativo (anexo 25).</p>	<p>Enfermera Persona</p> <p>Familia</p>	<p>Parcialmente compensatorio</p> <p>Apoyo Educativo</p>

<p>- Educación para la salud sobre la necesidad de fortalecer los músculos del miembro inferior izquierdo y de los músculos adyacentes.<sup>48</sup></p> <p>-Se brinda educación para la salud acerca de los ejercicios isométricos al mismo tiempo se realizaron los ejercicios terapéuticos isométricos para recuperar la fuerza, con 10 repeticiones por 3 ciclos con descansos de 5 segundos por cada ciclo una vez al día (cartel anexo 16).<sup>49</sup></p> <p>-Educación para su salud acerca de cómo la persona y la familia pueden disminuir las barreras arquitectónicas por medio de un cartel informativo .(anexo 17)</p> <p>- Ejercicios terapéuticos activo asistidos 10 repeticiones por 3 ciclos con descansos de 5 segundos por cada ciclo 2 veces al día enfocados en aducción, flexión de la cadera) (cartel anexo 18).<sup>50</sup></p> <p>-Se brinda educación para la salud acerca de cómo utilizar dispositivo de ayuda (cartel sobre el uso de la Andadera anexo 19).</p>	<p>Enfermera –Persona</p> <p>Familia</p>	<p>Parcialmente compensatorio</p> <p>Apoyo Educativo</p>
--	--	--

EVALUACIÓN DE DIAGNÓSTICO						
		FECHAS				
Intervención	Indicador	1 era fecha 22/10/2019	2 da fecha 29/10/2019	3era fecha 11/11/2019	4 fecha 22/11/2019	5 fecha 9/11/2019
Toma y de signos vitales previo a los ejercicios	T/A	140/80	140/60	125/60	130/60	128/65
	FC	79	72x'	70x'	72 x'	68x'
	FR	18	17x	18x'	19x'	17x'
	T°	36.1°	36°	36.3°		
Valoración de dolor a través de la escala de EVA	Nivel de dolor 0= sin dolor 1-3 = dolor leve 4-7= dolor moderado 7-10= dolor severo	4/10	4/10	3/10	3/10	2/10

## EVALUACIÓN DE DIAGNÓSTICO

		FECHAS				
Intervención	Indicador	1 era fecha 22/10/2019	2 da fecha 29/10/2019	3era fecha 11/11/2019	4 fecha 22/11/2019	5 fecha 9/12/2019
Se valora la fuerza muscular en miembros pélvicos con la escala de Daniels	0=sin respuesta muscular 1=musculo realiza contracción visible/palpable SIN movimiento 2=musculo realiza TODO el movimiento sin gravedad/sin resistencia 3=musculo realiza todo el movimiento contra gravedad/SIN resistencia 4=movimiento en toda amplitud contra gravedad y resistencia moderada 5=musculo soporta resistencia manual máxima, movimiento completo contra la gravedad	3	3	3	3	3
Termoterapia con compresas de 10 a 15 minutos antes de realizar los ejercicios terapéuticos	Nivel de dolor 0= sin dolor 1-3 = dolor leve 4-7= dolor moderado 7-10= dolor severo	4/10	4/10	3/10	3/10	2/10

<p>Eliminar de barreras arquitectónicas como: plantas y mesa</p>	<p>1=realizado 2=frecuentemente realizado 3=a veces realizado 4=no realizado</p>			<p>1</p>		
<p>Realiza Ejercicios Isométricos series de 10 repeticiones con descanso de 5 segundos 2 veces al día</p>	<p>1=nunca realiza los ejercicios 2=Realiza los ejercicios 1-2 veces/semana 3=Realiza los ejercicios 3-4 veces/semana 4=Realiza los ejercicios 5-6 veces/semana 5=Realiza los ejercicios diariamente</p>	<p>2</p>	<p>2</p>	<p>2</p>	<p>3</p>	<p>3</p>
<p>Realiza ejercicios activo asistidos series de 10 repeticiones con descanso de 5 segundos 2 veces al día</p>	<p>1=nunca realiza los ejercicios 2=Realiza los ejercicios 1-2 veces/semana 3=Realiza los ejercicios 3-4 veces/semana 4=Realiza los ejercicios 5-6 veces/semana 5=Realiza los ejercicios diariamente</p>	<p>2</p>	<p>2</p>	<p>2</p>	<p>3</p>	<p>3</p>
<p><b>EVALUACIÓN:</b></p> <p>En la primera cita el nivel de dolor era de 4/10 con escala de EVA se administraron analgésicos y termoterapia para la tercera visita el nivel de dolor bajo a 2/10. Se eliminaron las barreras arquitectónicas en una sola cita con apoyo del familiar. Debido a que no realizaba diariamente los ejercicios isométricos la fuerza muscular se mantuvo durante las tres citas en 3/5 escala de Daniels.</p>						



<p><b>Diagnóstico de enfermería:</b>  <b>3.-Alteración del sueño R/C</b> relacionado con preocupación por su estado de salud <b>M/P</b> manifestado por dificultad para conciliar el sueño y vigiliias nocturnas, depresión moderada escala de Hamilton 16/21</p>		
<p><b>Objetivo de la persona:</b> poder descansar durante la noche  <b>Objetivo de enfermería:</b> ayudar a la persona a diseñar un programa de descanso y eliminar vigiliias nocturnas</p>		
Intervención de Enfermería	Agente	Sistema
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Educación acerca de la importancia que tiene la higiene del sueño y las horas indicadas para dormir</li> <li>-Se establece un horario regular para acostarse y levantarse para todos los días de la semana con el fin de evitar la interrupción del ritmo biológico.</li> <li>- Evitar siestas durante el día por más de 30 minutos</li> <li>- Se aplica aromaterapia (esencia de lavanda) musicoterapia antes de dormir lo cual produce un efecto relajante.</li> <li>-Terapia lúdica antes de dormir (practica lectura).</li> <li>- Se les recomienda al cuidador primario reducir al máximo la estimulación ambiental nocturna: luz, ruido, temperatura.<sup>51</sup></li> <li>-Disponer una cama limpia y cómoda para la persona, así como ropa cómoda.<sup>51</sup></li> </ul>	<p>Enfermera</p> <p>Persona</p> <p>Familia</p>	<p>Parcialmente compensatorio</p> <p>Apoyo educativo</p>

## EVALUACIÓN DE DIAGNÓSTICO

		FECHAS				
Intervención	Indicador	1 era fecha	2 da fecha	3era fecha	4 fecha	5 fecha
	Escala de Likert	23/10/2019	07/11/2019	22/11/2019	5/112/2019	9/12/2019
Educación acerca de la importancia que tiene la higiene del sueño y las horas indicadas para dormir	1=Totalmente de acuerdo 2=De acuerdo 3=Indiferente o neutro 4=En desacuerdo 5=Totalmente en desacuerdo	3	3	2	2	2
Se establece un horario regular para acostarse y levantarse para todos los días de la semana con el fin de evitar la interrupción del ritmo biológico.	1=Totalmente de acuerdo 2=De acuerdo 3=Indiferente o neutro 4=En desacuerdo 5=Totalmente en desacuerdo	4	3	3	2	2

Se aplica aromaterapia (esencia de lavanda) y musicoterapia antes de dormir lo cual produce un efecto relajante para la persona.	1=realizado 2=frecuentemente realizado 3=a veces realizado 4=no realizado	4	4	3	2	2
Disponer una cama limpia y cómoda para la persona, así como ropa cómoda.		✓	✓	✓	✓	✓
Terapia lúdica (lectura) antes de dormir.		✓	✓	✓	✓	✓
Evitar siestas durante el día por más de 30 minutos	1=realizado 2=frecuentemente realizado 3=a veces realizado 4=no realizado	3	3	2	1	1
<p><b>Evaluación:</b></p> <p>En la primera cita se identificó alteración en el sueño por lo cual se brinda educación a cerca de la higiene del sueño y las horas indicadas para dormir por lo que en las dos primeras citas la persona se mostró indiferente posteriormente mostro interés y lo practico comentando que tuvo resultados favorables de lo aprendido. Practicó antes de dormir la musicoterapia (la de su agrado) y aromaterapia utilizando esencia de lavanda en refiriendo que esas terapias la relajaban y podía conciliar el sueño.</p>						



<b>Diagnóstico de enfermería:</b>		
<b>4.-Cambios del estado de ánimo R/C</b> falta de participación familiar en el cuidado de la persona y no sentirse útil e independiente <b>M/P</b> desesperación y depresión moderada escala de Hamilton de la depresión 16/21		
<b>Objetivo de la persona:</b> Poder sentirme útil y mejorar en mi animo <b>Objetivo de enfermería:</b> Mejorar el estado de animo de la persona mediante actividades (terapia ocupacional)		
Intervención de Enfermería	Agente	Sistema
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Valorar mediante escala de Hamilton el grado de depresión. (Anexo11)</li> <li>-Mediante tareas de casa (Doblar su ropa, limpiar su buro y tocador) permiten que la persona de acuerdo a sus posibilidades vuelva a tener un rol y de esta forma el estado anímico mejore.</li> <li>-Para mejorar la motricidad, coordinación mediante la terapia lúdica (ver televisión, juegos de mesa y de habilidad mental)</li> <li>-Inclusión de la familia para que participara en los cuidados de la persona.</li> <li>-Terapias Complementaria</li> <li>Técnica de masaje (anexo 26)</li> <li>Técnica de musicoterapia</li> <li>Técnica de aromaterapia</li> <li>-Fomentar seguimiento con psicología</li> </ul>	<p>Enfermera</p> <p>Persona</p>	<p>Parcialmente compensatorio</p>



EVALUACIÓN DE DIAGNÓSTICO						
Intervención	Indicador	FECHAS				
		1 era fecha 29/10/2019	2 da fecha 15/11/2019	3 era fecha 22/11/2019	4 fecha 5/12/2019	5 fecha 9/12/2019
Valorar mediante escala de Hamilton el grado de depresión	No deprimido=0-7 Depresión leve=8-13 Depresión moderada=14-18 Depresión severa=19-22 Depresión muy severa=más de 23	16	16	14	14	13
Aplicación de la terapia complementaria: Musicoterapia Aromaterapia y Masoterapia	Tensión muscular 1=grave 2=moderado 3=ligera	1	1	2	2	1
fomentar seguimiento con psicología	1=nunca positivo 2=raramente positivo 3=a veces positivo 4=frecuentemente positivo 5=siempre positivo	1	1	3	3	4

Terapia lúdica (juegos de mesa y de habilidad mental, ver televisión)	1=realizado 2=frecuentemente realizado 3=a veces realizado 4=no realizado	3	2	2	1	1
---	---	---	---	---	---	---

**Evaluación:**

En la primera visita se identifica que el grado de depresión era moderada con por lo cual se implementaron técnicas complementarias (masoterapia, musicoterapia y termoterapia), la inclusión de la familia en los cuidados de la persona, así como la terapia lúdica y se fomentó que la persona asistiera con psicología accediendo asistió 3 veces en INR y en la última visita la puntuación disminuyo dando como resultado a depresión leve





Intervención	Indicador	FECHAS		
		1 era fecha 09/11/2019	2 da fecha 30/11/2019	3era fecha 9/12/2019
Valorar el riesgo de caída con la escala de dorton	Riesgo bajo=0-2 puntos Riesgo medio =3 a 4 puntos Riesgo alto=5 a 9 puntos	3	3	3
Enseñanza del tipo de calzado que la persona debe utilizar para evitar una caída. (Zapatos cerrados, con antiderrapantes, < de preferencia de piel y con plantillas almohadilladas	1=ningún conocimiento 2=conocimiento escaso 3=conocimiento moderado 4=conocimiento sustancia 5=conocimiento extenso		1	2
Educación de cómo utilizar el dispositivo para la marcha (andadera)				
Colocación de barras de apoyo en el baño y escaleras, así como regadera con extensible y silla ortopédica para baño				
Se eliminan las barreras arquitectónicas (mesa y plantas) con ayuda del familiar				
<b>Evaluación:</b> En primera visita se identifica a la persona con un riesgo de caídas moderado se implementan intervenciones de enfermería en rehabilitación como disminuir las barreras arquitectónicas (plantas y mesa en su cuarto) lo cual se logró en la tercera visita, se colocaron barras de apoyo en el baño y en las escaleras, regadera con extensible y silla ortopédica para baño lo cual se logró en la tercera y cuarta visita. Aún con las intervenciones de enfermería la persona mantiene un riesgo de caídas moderado por el padecimiento y la disminución de la fuerza muscular				



### Cronograma del Plan de Cuidados N° 1

1.-Alteracion en el proceso digestivo R/C deficiencia en el consumo de fibras y agua, M/P peristalsis disminuida, dificultad para evacuar Escala de Bristol con puntuación de 2.

Intervención	Duración	Fecha				
		22/10/19	29/10/19	15/11/19	9/11/19	
Valoración con escala de Bristol para determinar las características de las heces.	5 minutos					
Educación para la salud sobre la importancia que tiene consumir más de 2litros de agua al día por medio de la jarra del buen beber.	8 minutos					
Educación para la salud mediante cartel del plato del bien comer y charla de la importancia de incluir las fibras dentro de las comidas	8 minutos					
Enseñanza y realización del masaje a marco cólico	15 minutos					



## Cronograma del Plan de Cuidados N° 2

2.-**Deficit de la movilidad R/C** Fractura de tibia en miembro pélvico izquierdo, desplazamiento de prótesis en rodilla izquierda y hundimiento de la prótesis en rodilla derecha **M/P** disminución de la fuerza muscular en miembro pélvico izquierdo con Escala de Daniels 3/5, Escala de Barthel obteniendo 55/100 con dependencia moderada, limitación para realizar las actividades de la vida diaria, y dolor somático en miembro pélvico izquierdo con escala dolor EVA 4/10.

Intervención	Duración	Fecha					
		22/10/19	29/10/19	11/11/19	22/11/19	5/12/19	9/12/19
Se valora la fuerza muscular en miembros pélvicos con la escala de Daniels	8 minutos						
Toma y de signos vitales previo a los ejercicios	6 minutos						
Aplicación de termoterapia con compresas de 10 a 15 minutos antes de realizar los ejercicios terapéuticos	10-15 minutos						
Eliminar de barreras arquitectónicas como: plantas y mesa	15 minutos						
Realiza Ejercicios Isométricos 10 repeticiones por 3 ciclos con descansos de 5 segundos por cada ciclo dos veces al día	10 minutos						

<p>Realiza Ejercicios activos asistidos enfocados en aducción, flexión de la cadera). 10 repeticiones por 3 ciclos con descansos de 5 segundos por cada ciclo 2 veces al día</p>	<p>10 minutos</p>						
--	-------------------	--	--	--	--	--	--



### Cronograma del Plan de Cuidados N° 3

3.-Alteración del sueño R/C preocupación por su estado de salud M/P manifestado por dificultad para conciliar el sueño y vigiliias nocturnas, depresión moderada escala de Hamilton 16/21

Intervención	Duración	Fecha				
		23/10/19	7/11/19	22/11/19	5/12/19	9/112/19
Educación acerca de la importancia que tiene la higiene del sueño y las horas indicadas para dormir	5 minutos					
Se establece un horario regular para acostarse y levantarse para todos los días de la semana con el fin de evitar la interrupción del ritmo biológico.	5 minutos					
Se aplica aromaterapia (esencia de lavanda) y musicoterapia antes de dormir lo cual produce un efecto relajante para la persona	10-15 minutos					
Terapia lúdica (lectura) antes de dormir.	15 minutos					
Evitar siestas durante el día por más de 30 minutos	5 minutos					

Disponer una cama limpia y cómoda para la persona, así como ropa cómoda.	5 minutos					



**Cronograma del Plan de Cuidados N° 4**

**4.-Cambios del estado de ánimo R/C** falta de participación familiar en el cuidado de la persona y no sentirse útil e independiente  
**M/P** desesperación y depresión moderada escala de Hamilton de la depresión 16/21

Intervención	Duración	Fecha					
		29/10/19	4/11/19	15/11/19	22/11/19	5/12/19	9/112/19
Valorar mediante escala de Hamilton el grado de depresión	8 minutos						
Aplicación de la terapia complementaria: Musicoterapia, Aromaterapia y Masoterapia	10 minutos						
Terapia lúdica (juegos de mesa y de habilidad mental, ver televisión )	10-15 minutos						
Inclusión de la familia para que participara en los cuidados de la persona.	15-20 minutos						
Mediante tareas de casa (Doblar su ropa, limpiar su buro y tocador) permiten que la persona de acuerdo a sus posibilidades	10 minutos						

Vuelva a tener un rol y de esta forma el estado anímico mejore.							
Fomentar seguimiento con psicología	5 minutos						



**Cronograma del Plan de Cuidados N° 5**

**5.-Riesgo de caídas R/C** barreras arquitectónicas presentes, escala de dowton 3/0 con un riesgo medio, arcos de movilidad limitados y fuerza muscular en miembro pélvico derecho (escala de Daniels 3/5)

Intervención	Duración	Fecha				
		9/11/19	11/11/19	30/11/19	5/12/19	9/12/19
Valorar el riesgo de caída con la escala de dowton	3 minutos					
Se eliminan las barreras arquitectónicas (mesa y plantas) con ayuda del familiar	15 minutos					
Implementar que en las áreas de tránsito continuo se mantenga iluminación nocturna (baño, pasillo, recámara)	5 minutos					
Educación para la salud acerca del tipo de calzado que la persona debe utilizar para evitar una caída. (Zapatos cerrados, con antiderrapantes, de preferencia de piel y con plantillas almohadilladas)	5 minutos					

Colocar barras de apoyo en el baño y escalera, así como regadera con extensible y silla ortopédica para el baño de la persona	5 minutos					
Realizar higiene de pies y uñas con técnica demostrativa	10 minutos					
Ejercicios de sensibilidad propioceptiva con diferentes texturas en la planta del pie izquierdo con dirección de la zona distal a la proximal una vez al día.	5-10 minutos					

## SEGUNDA VALORACIÓN

Exploración Física (21 de febrero del 2021)

Persona E.P.M. femenina con 77 años de edad, aparenta edad relacionada a la cronológica. Conciente, orientada en tiempo y espacio con puntuación de 15 con escala de Glasgow (anexo 13). Con ligera palidez de piel y tegumentos, piel semihidratada.

### **Marcha:**

Inicia la marcha el 20 de diciembre con dispositivo de ayuda para la marcha (andadera) y bota ortopédica, con presencia claudicación del pie izquierdo. Con ayuda de la escala de Tinetti para la Marcha y Equilibrio se valora obteniendo 14 puntos (anexo 10) con riesgo alto de caídas.

### **Exploración Física Cefalocaudal:**

Cabeza Normo cefálica, buena implantación de pelo y cejas y parpados los mismos que mantienen simetría y movilidad normal sin presencia de edema, ojos simétricos con buena movilidad lateral, superior e inferior, con lubricación normal, las pupilas presentan simetría redondas con respuesta foto motora normal.

Nariz: con alineación entre cejas, buena permeabilidad de las fosas nasales, mucosas integra, cornetes de tamaño y forma normal.

Cavidad oral: labios de color rojo opaco, piel integra, hidratación adecuada, encías rosáceas, con piezas dentales completas, lengua con buena movilidad en todos los planos.

Audición: Con orejas de tamaño proporcional a la cara y simétricas, membrana timpánica integra, pabellones auriculares con adecuada implantación, se observa cerumen en cantidad adecuada sin problema de audición.

Cuello: normal con alteración en la columna vertebral (cifosis), con tórax con movimientos normales al realizar el intercambio gaseoso, siendo la respiración normal de 18 por un minuto.

Abdomen: blando y depresible a la palpación con presencia de peristalsis.

Miembros torácicos: simétricos con presencia de pulso braquial y radial normal, con llenado capilar a 2 segundos, con reflejos bicipital, tricipital y radial en ambos miembros normoreflexivos. Fuerza conservada en ambos miembros.

Miembros pélvicos: asimétricos, con piel integra semihidratada, con cicatriz aproximadamente de 5 cm, con dolor ocasional 2/10 al realizar la marcha y los ejercicios terapéuticos en miembro pélvico izquierdo, presente pulso femoral, poplíteo y Aquiliano de miembro pélvico izquierdo y derecho.

### **Examen manual muscular:**

A la valoración de segmentos musculares de cuello, hombro, codo, muñeca y dedos de ambos miembros torácicos presenta una puntuación de 5/5 de acuerdo a la escala de valoración de Daniels (anexo 14).

En el miembro pélvico izquierdo presenta una puntuación de 4/5 en flexores de cadera, extensores de cadera 4/5, abductores y aductores 5/5, rotadores internos y externos de rodilla 4/5, cuádriceps 4/5, flexores de rodilla 3/5, de acuerdo con la escala de Daniels.

Presenta disminución de la fuerza muscular 4/5 de acuerdo a la escala de Daniels en soleo, gemelos, plantar, peroneo corto y largo, tibial anterior y posterior.

Miembro pélvico derecho no presenta ninguna alteración en la fuerza.

### **Arcos de movilidad Goniometría:**

En la región del cuello, hombro, codo, muñeca y dedos arcos de movilidad completos.

<b>Miembros pélvicos</b>	<b>Derecho</b>	<b>izquierdo</b>	<b>Límites normales</b>
<b>Cadera</b>			
Flexión	120°	120°	0-140°
Extensión	5°	5°	0-10°
Abducción	30°	30°	0-50°
Aducción	20°	20°	0-30°
Rotación externa	10°	10°	0-50°

<b>Rodilla</b>			
Flexión	150°	115°	0-150°
Extensión	-10°	-10°	0-10°
<b>Tobillo</b>			
Dorsiflexión	10°	0°	0-30°
Flexión plantar	30°	20°	0-50°
Inversión	19	13	0-30
Eversión	10	0	0-20°

Cuadro# 14.ELABORADO POR: Lic. Remedios Hernández Marroquín

## Requisitos de Autocuidado Universales

### 1.-Mantenimiento de un aporte suficiente de aire:

La persona EPM no refiere dificultad para respirar durante todas las visitas domiciliarias, ni se fatiga al realizar alguna actividad. (Puntuación de 0=ausencia de disnea con Escala de disnea de Saduol Anexo2).

### 2.-Mantenimiento de aporte de agua suficiente:

Refiere que aproximadamente toma de un litro ochocientos a dos litros de agua natural al día, refiere tomar un vaso de agua fresca de frutas en la hora de la comida, no refrescos azucarados. (Anexo 3 la jarra del bien beber)

### 3.-Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos:

Refiere que realiza 3 comidas, desayuno, comida y cena. Siendo estos los siguientes horarios 9 de la mañana desayuno ,16 hora comida y 20 horas la cena.

Refiere que casi siempre tiene apetito y sin dificultad para deglutir. Comparte los alimentos con su esposo, su hija menor y el enfermero que la atiende. Quien prepara los alimentos en la mañana es la persona y en la tarde su hija.

Cereales:4/7, Tuberculos:3/7, lacteos:2/7, Carnes:5/7, Leguminosa:3/7, Verdura:6/7, Frutas:5/7, Totillas:7/7, Embutidos:3/7, Sal y azúcar:2/7, Productos chatarra:1/7. (Anexo 4 El plato del bien comer)

#### 4.-Provision de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos:

Eliminación intestinal: evacua cada dos días, siendo las características de las heces de acuerdo a la Escala de Bristol tipo 3.

Eliminación vesical: refiere que orina de 2 a 3 veces al día sin dolor.

Características de la orina: color clara-ámbar y sin olor.

ESCALA DE VALORACION	CALIFICACION	RESULTADOS
Escalas de brístol (anexo 5)	Tipo 3	Como una salchicha, pero con grietas en la superficie
Cuadro# 15 elaborado por la alumna del Posgrado de Enfermería en Rehabilitación. Lic. Remedios Hernández Marroquín		

El cambio de ropa y aseo personal lo realiza diariamente, él cepillado de dientes lo realiza 3 veces al día de acuerdo a la escala IHOS puntuación de 1/3, omitiendo algunos pasos de la técnica correcta (escala de Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) (anexo 6). Por lo que se le orienta sobre la técnica correcta.

#### 5.- Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo

Dificultad para realizar las actividades diarias se valora la marcha y el equilibrio con escala de Tenetti obteniendo 14/24 puntos (anexo 10) con riesgo alto de caídas.

Tiene dificultad y leve dolor para la marcha

ESCALA DE VALORACION	CALIFICACION	RESULTADO
Escala de Barthel (anexo 7)	75/100	Dependencia moderada
Escala de Lawton y Brody (anexo 8)	5/8	Dependencia para realizar cualquier compra, preparar la comida, lavado de ropa, utilizar taxi o automóvil por si sola.
Escala de Eva (Anexo 9)	2/10	Dolor leve

Escala de Tinetti para el equilibrio (anexo 10)	14/28	Dificultad para la marcha Alteración en el equilibrio Riesgo alto de caídas.
---	-------	--

Cuadro #16. ELABORADO POR: Lic. Remedios Hernández Marroquín

### 6.-Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social:

Expresa sentirse como una carga más para su familia y ansiedad por querer ser independiente

Seguimiento con Psicología.

ESCALA DE VALORACION	CALIFICACION	RESULTADO
Escala de depresión de Yessavage (anexo 15)	5	normal

Cuadro #17. ELABORADO POR: Lic. Remedios Hernández Marroquín

### 7.-Prevencion de peligros por la vida, el funcionamiento y el bienestar humano:

Visión: La conserva en condiciones optimas

Olfato: Percibe los olores sin dificultad

Gusto: Discrimina los sabores sin problema

Tacto: Percibe las texturas en las diferentes partes del cuerpo

Frecuencia de caídas: Con frecuencia ha tenido caídas debido a que tiene pie plano.

(Escala de Dowton 2/0)

ESCALA DE VALORACION	CALIFICACION	RESULTADO
<b>Escala de riesgo de caídas de Dowton (Anexo 12)</b>	2/0	Riesgo de caída bajo

Cuadro #18. ELABORADO POR: Lic. Remedios Hernández Marroquín

Utiliza auxiliar de la marcha (andadera) para trasladadas en casa. Se colocaron barras de apoyo en la escalera y en el baño a partir, del 5 de diciembre del 2019.

**8.-Promocion del funcionamiento y desarrollo humano dentro los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones humanas y el deseo humano de ser normal:**

La persona menciona que se acepta físicamente tal como es. Menciona que su tristeza ha disminuido a diferencia del inicio de este trabajo debido a que ya deambula con ayuda de la andadera.

Con la su familia se siente satisfecha con dos de sus hijas que la cuidan y pagan de un enfermero para que la asistan en lo que ellas trabajan y sus otros cuatro hijos solo la llaman y le realizan visitas rápidas, pero al mismo tiempo siento que ya soy una carga y ya quiero ser independiente.

En cuanto a la religión considera que Dios le ha ayudado en su enfermedad y lamenta que no pueda ir a misa los domingos.

Ante la vida y la muerte consideran que Dios tiene control sobre eso. Y que le da miedo pensar en la muerte.

Segué en tratamiento psicológico en el INR

## **JERARQUIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS**

- 1.- Dificultad para realizar las actividades diarias
- 2.-Dolor leve al realizar la marcha
- 3.-Disminución de la fuerza muscular en flexores de rodilla
- 4.-Disminución del arco de movilidad en la flexión de rodilla
- 5.-Resgo de caída

## **DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA**

De acuerdo a la jerarquización de los problemas se elaboran los siguientes diagnósticos de enfermería

### **5.- Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo**

**1.-dificultad para realizar la marcha R/C** dolor leve escala de EVA 2/10 al deambular **M/P** disminución de la fuerza muscular en flexores de rodilla 3/5, disminución del arco de movilidad en flexión plantar 20°/50° y flexión de rodilla 115°/150°, claudicación del pie izquierdo, dependencia moderada mediante Escala de Barthel puntuación de 75/100

### **7.-Prevención de peligros por la vida, el funcionamiento y el bienestar humano**

**2.-Riesgo de caída R/C** alteración del equilibrio y la marcha escala de Tinetti puntuación de 14/28 riesgo alto de caída



EVALUACIÓN DE DIAGNÓSTICO				
Intervención	Indicador	FECHAS		
		Fecha	fecha	fecha
	Escala de Likert	28/02/2020	06/03/2020	12/03/2020
Valorar el nivel de dolor con escala de EVA	Nivel de dolor 0= sin dolor 1-3 = dolor leve 4-7= dolor moderado 7-10= dolor severo	2/10	2/10	2/10
-Valorar la fuerza muscular con escala de Daniels en flexores de rodilla	0=sin respuesta muscular 1=musculo realiza contracción visible/palpable SIN movimiento 2=musculo realiza TODO el movimiento sin gravedad/sin resistencia 3=musculo realiza todo el movimiento contra gravedad/SIN resistencia 4=movimiento en toda amplitud contra gravedad y resistencia moderada 5=musculo soporta resistencia manual máxima, movimiento completo contra la gravedad	3/5	3/5	4/5

<p>Aplicar termoterapia antes de realizar los ejercicios terapéuticos de 10 a 15 minutos</p>		✓	✓	✓
<p>Enseñanza a la persona y familiar primario la forma correcta de utilizar la andadera ortopédica.</p>	<p>1=ningún conocimiento  2=conocimiento escaso  3=conocimiento moderado  4=conocimiento sustancia  5=conocimiento extenso</p>	4	4	4
<p>Realizar ejercicios terapéuticos isotónicos para fortalecimiento muscular realizar 15 repeticiones por 3 ciclos con descanso de 5 segundos</p>	<p>1=nunca realiza los ejercicios  2=Realiza los ejercicios 1-2 veces/semana  3=Realiza los ejercicios 3-4 veces/semana  4=Realiza los ejercicios 5-6 veces/semana  5=Realiza los ejercicios diariamente</p>	3	3	4

<p>-Ejercicios para Reeducción de la marcha y el equilibrio postural. Realizándolo frente a un espejo para que la persona pueda notar los movimientos corporales.10 repeticiones por 3 series con descanso de 5 segundos realizar de 2 a 3 veces al día</p>	<p>1=nunca realiza los ejercicios  2=Realiza los ejercicios 1-2 veces/semana  3=Realiza los ejercicios 3-4 veces/semana  4=Realiza los ejercicios 5-6 veces/semana  5=Realiza los ejercicios diariamente</p>	<p>3</p>	<p>3</p>	<p>4</p>
---	--	----------	----------	----------

**Evaluación:**

Se pudo observar que el nivel de dolor al caminar disminuyo, y que los ejercicios isotónicos, al igual que los ejercicios de reeducación de marcha fueron de gran ayuda para la persona pues logro desplazarse para realizar algunas tareas como lavar platos o cocinar.



EVALUACIÓN DE DIAGNÓSTICO				
Intervención	Indicador	FECHAS		
		Fecha	Fecha	Fecha
	Escala de Likert	28/02/2020	06/03/2020	12/03/2020
Valorar el riesgo de caídas con escala de Tinetti para la marcha y equilibrio	Menos de 19 puntos=riesgo alto de caídas 19-24 puntos=riesgo de caídas 25-28 puntos=sin riesgo de caídas	14/28	15/28	19/28
-Realizar ejercicios de equilibrio en bipedestación para tronco mediante técnica demostrativa 10 repeticiones en 3 series con descansos de 5 segundos por cada serie 2 veces al día.	1=nunca realiza los ejercicios 2=Realiza los ejercicios 1-2 veces/semana 3=Realiza los ejercicios 3-4 veces/semana 4=Realiza los ejercicios 5-6 veces/semana 5=Realiza los ejercicios diariamente	3/5	3/5	4/5
Reeducación de la marcha y el equilibrio postural. Realizándolo frente a un espejo para que la persona pueda notar los movimientos corporales	1=nunca realiza los ejercicios 2=Realiza los ejercicios 1-2 veces/semana 3=Realiza los ejercicios 3-4 veces/semana 4=Realiza los ejercicios 5-6 veces/semana 5=Realiza los ejercicios diariamente	3/5	3/5	4/5

- Enseñanza a la persona y familiar primario la forma correcta de utilizar la andadera ortopédica		✓		✓
Enseñanza de la técnica correcta para bajar y subir las escaleras con técnica demostrativa a la persona y familiar.		✓	✓	✓
Enseñanza de la importancia del uso adecuado del calzado.		✓	✓	✓
<p><b>Evaluación:</b></p> <p>Gracias a los ejercicios terapéuticos para fortalecimiento de los músculos, enseñanza del uso de la andadera ortopedica, la eliminación de las barreras arquitectónicas y la reeducación de la marcha frente a un espejo se pudo lograr que de un alto riesgo de caídas disminuyera a un mediano riesgo de caídas.</p>				



### Cronograma del Plan de Cuidados N°1

**1.-dificultad para realizar la marcha R/C** dolor leve escala de EVA 2/10 al deambular **M/P** disminución de la fuerza muscular en flexores de rodilla 3/5, disminución del arco de movilidad en flexión plantar 20°/50° y flexión de rodilla 115°/150°, claudicación del pie izquierdo, dependencia moderada mediante Escala de Barthel puntuación de 75/100

Intervención	Duración	Fecha		
		Fecha 28/02/2020	Fecha 06/03/2020	Fecha 12/03/2020
Valorar el nivel de dolor con escala de EVA	5 minutos			
Valorar la fuerza muscular con escala de Daniels	8 minutos			
Valorar con goniometría los arcos de movilidad (flexión plantar y flexión de rodilla)	8 minutos			
Enseñanza a la persona y familiar primario el uso correcto de la andadera ortopédica	5 minutos			
Aplicar de termoterapia de 5 a 10 minutos antes de realizar los ejercicios terapéuticos.	5 a 10 minutos			
Realizar ejercicios terapéuticos isotónicos para fortalecimiento muscular en miembro pélvico	8 minutos			

izquierdo realizar 15 repeticiones por 3 ciclos con descanso de 5 segundos				
Reeducación de la marcha y el equilibrio postural. Realizándolo frente a un espejo para que la persona pueda notar los movimientos corporales.	5-10 minutos			
Realizar terapia ocupacional para mejor en las actividades de la vida diaria. (Baño que sea independiente, subir y bajar escaleras, desplazarse)	10 minutos			



**Cronograma del Plan de Cuidados N°2**

**2.-Riesgo de caída R/C** alteración del equilibrio y la marcha escala de Tinetti puntuación de 14/28 riesgo alto de caídas

Intervención	Duración	Fecha		
		Fecha 28/02/2020	Fecha 06/03/2020	Fecha 12/03/2020
Valorar el riesgo de caídas con escala de Tinetti para la marcha y equilibrio	5 minutos			
Realizar ejercicios de equilibrio en bipedestación para tronco mediante técnica demostrativa 10 repeticiones en 3 series con descansos de 5 segundos por cada serie 2 veces al día.	8 minutos			
Reeducación de la marcha y el equilibrio postural. Realizándolo frente a un espejo para que la persona pueda notar los movimientos corporales.	10 minutos			
Enseñanza de la técnica correcta para bajar y subir las escaleras con técnica demostrativa a la persona y familiar	5 minutos			
Implementar que en las áreas de tránsito continuo se mantenga iluminación nocturna (baño, pasillo, recámara y cocina)	5 minutos			

Enseñanza de la importancia del uso adecuado del calzado.	5 minutos			
---	-----------	--	--	--

## 4.1 PLAN DE ALTA DE ENFERMERÍA



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



# PLAN DE ALTA DE ENFERMERÍA

**NOMBRE:** E.P.M  
**FECHA DE NACIMIENTO:** 25/01/1943      **EDAD:** 77 años      **SEXO:** Femenino  
**Nº DE EXPEDIENTE CLÍNICO :** N-025883/2007  
**DIAGNOSTICO MÉDICO:** Fractura de tibia/colocación de material de osteosíntesis  
**ESTADO CIVIL:** Casada      **RELIGIÓN:** Católica

### Mantenimiento de un aporte suficiente de aire

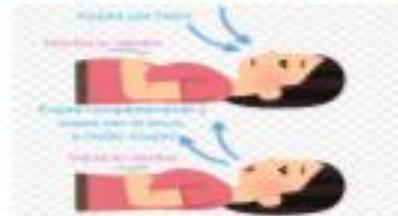
Realizar los ejercicios respiratorios 3 veces al día, 15 respiraciones por 3 ciclos y descansar 5 segundos por ciclo.



<https://bit.ly/3m0qdv>

### Ejercicios Respiratorios

#### Respiraciones Abdominales



#### Respiraciones Diafrágicas



<https://www.youtube.com/watch?v=...>

### Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.

- ⇒ Es importante que recuerde consumir 2 litros de agua natural al día de acuerdo a la jarra del buen beber.
- ⇒ No ingerir bebidas azucaradas



### Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos

Consumir las tres comidas al día: almuerzo, comida y cena de acuerdo al plato del bien comer incluyendo las colaciones de frutas o verduras.

- ⇒ Evitar ayunos prolongados
- ⇒ Evitar consumir grasas
- ⇒ Evitar consumir mucha sal



<https://www.minsal.cl/2018/08/01/comer-bien-comer/>

### Escala de heces de Bristol

Tipo 1		Heces duras separadas, como marcos rojizos de aceitunas
Tipo 2		Con forma de pastina, pero falta de brillo
Tipo 3		Como una aceituna pero con resacas en la superficie
Tipo 4		Como una aceituna, suave y brillante
Tipo 5		Heces blandas con bordes claros, los desechos se desmenuzan
Tipo 6		Heces blandas con bordes desmenuzados
Tipo 7		Agua, sin forma, como el agua de lluvia

<https://www.livestrong.com/>

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

- ⇒ Es importante consumir agua natural 2 litros al día y alimentos que contengan fibras como manzana, papa, y cereales que contengan fibra natural, para evitar estreñimiento
- ⇒ Observar las características de la orina y de las heces



<https://www.minsal.cl/2018/08/01/comer-bien-comer/>

### Mantenimiento entre la actividad y el reposo

- ⇒ Termoterapia

Colocar la compresa por 10 minutos antes de realizar los ejercicios terapéuticos, colocando una toalla para evitar que la piel se quemé. Colocar la compresa cuando haya dolor.



<https://www.livestrong.com/>

- ⇒ Ejercicios isotónicos

Realizar los ejercicios isotónicos 3 veces al día 15 repeticiones por 3 series con descanso de 5 segundos por cada serie

- ⇒ Ejercicios isométricos

Realizar los ejercicios isométricos 3 veces al día 15 repeticiones por 3 series con descanso de 5 segundos por cada serie



<https://www.livestrong.com/>

### Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social

- ⇒ Se le recomienda seguir asistiendo a sus consultas con psicología
- ⇒ Se le recomienda al cuidador primario reunir a la familia por lo menos cada 15 días



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

- ⇒ Monitorizar la presión arterial
- ⇒ Uso adecuado de la andadera ortopédica
- ⇒ Iluminación adecuada en las áreas de tránsito
- ⇒ Uso adecuado del calzado
- ⇒ Técnica correcta para subir y bajar las escaleras
- ⇒ Cuidados de la piel
  - Utilizar jabón neutro para el baño
  - Después del baño secar el cuerpo y pliegues
  - Mantener la piel limpia e hidratada



<https://bit.ly/2Dq5Sto>

<https://bit.ly/2DvHd19>

<https://bit.ly/3i8B9Qs>



<https://bit.ly/3i8B9Qs>

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



<https://bit.ly/3i8B9Qs>

<https://bit.ly/357UMhu>

<https://bit.ly/3i8B9Qs>

## **CAPITULO 5.-CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **5.1 Conclusiones**

Este trabajo dio inicio como resultado de un diagnóstico de fractura de tibia en la persona EPM y mediante intervenciones especializadas de enfermería en rehabilitación se abordó a la persona teniendo un resultado óptimo y satisfactorio tanto para la persona y su familia. Fue un proceso por parte de la persona, familia y enfermera de compromiso y apego a las intervenciones para el autocuidado.

Los ejercicios isométricos e isotónicos sin duda fueron indispensables ya que a través de ellos se logró aumentar la fuerza muscular, ampliar el arco de movilidad, y el edema del miembro izquierdo afectado donde se colocó material de osteosíntesis por la fractura. Así como la termoterapia y el apego al tratamiento por parte de la persona EPM dio como resultado el mejorar, de tal forma que la persona logro caminar con apoyo de la nadadera y así realizar de forma independiente sus propios alimentos y desplazarse de un lugar a otro en su casa. Sin duda el apoyo e involucrar a la familia tuvieron que ver en que la persona lograra estos objetivos.

La terapia lúdica sin duda ayudo a mejorar el estado de ánimo en la persona así como el apoyo de la familia en el tratamiento.

Cabe mencionar que también se le brindó apoyo educativo de forma especial al esposo e hija ya que padecen de artritis reumatoides, se les brindo enseñanza de los ejercicios de estiramiento, higiene de columna y articular, así como aplicación de la termoterapia para disminuir el dolor.

### **5.2 Recomendaciones**

Brindar la atención de forma holística y poniendo énfasis en el estado emocional ayuda a que la persona sea más receptiva y colabore.

El uso de la termoterapia disminuye notablemente el dolor

Hacer énfasis en el uso adecuado de la andadera y la técnica correcta de subir y bajar las escaleras, ayudando así a evitar caídas y posturas corporales incorrectas.

La participación y apoyo de la familia en el tratamiento de la persona influye notablemente en el estado de ánimo y pronta recuperación.

La prevención de caídas en personas adultas ayuda a padecer esta patología

Por parte de enfermería hacen falta investigaciones esta patología y los cuidados a brindar. Esto ayudaría a prevenir complicaciones.

## REFERENCIAS

- 1.-Hitesh J. Mangukiya, Neetin P Mahajan para, Eknath Pawar para D, Aakash en Mane, Jitsen Manna, Journal of Orthopaedics, 2018-03-01, Volumen 15, Número 1, Páginas 275-281, Copyright 2018 Prof. PK Surendran Memorial Education Foundation.
- 2.- Luis Gerardo Domínguez Gasca. Sergio Luis Orozco Villaseñor. Acta médica. Grupo Ángeles vol.15 no.4 México oct./dic. 2017.
- 3.- Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de Fractura de la Diáfisis de Tibia, México; Instituto Mexicano del Seguro Social, 2010.
4. - David Wennergren.Carl Bergdahl. Su Juto.Mikael Sundfeldt.Michael Möller. Injury, 2018-11-01, Volumen 49, Número 11, Páginas 2068-2074, Copyright © 2018 Elsevier.
- 5.- John Keating.Libro de texto de ortopedia, traumatología y reumatología. Segunda edición 2014. 117-126.disponible en: <https://www-clinicalkey-es.pbidi.unam.mx:2443/#!/content/book/3-s2.0-B9780723436805000093?scrollTo=%23hl0000157>
- 6.-Ivonne Morales Corona. Características de los pacientes con fractura diafisaria cerrada de tibia atendidos en el Hospital General Balbuena. Universidad Autónoma de México. Publicado en la ciudad de México diciembre 2018.
- 7.-Job Pérez Sánchez. Tesis: tratamiento quirúrgico de las fracturas de tibia. Universidad Autónoma de México. Publicada en la ciudad de México agosto 2019.
- 8.-Jose Martin Flores Díaz. Tesis: Complicaciones más frecuentes en fracturas expuestas tipo III de diáfisis de tibia. Universidad Autónoma de México. Publicada en la Ciudad de México año 2012.
- 9.-Maria Guadalupe Lima Romero. Tesis: tratamiento quirúrgico de las fracturas de diáfisis de tibia: estudio comparativo entre fijación con clavo intramedular y placa. Universidad Autónoma de México. Publicada en la Ciudad de México. Año 2011.

10.-Luis Ignacio Pulido Cañedo. Tesis: Frecuencia de complicaciones de las fracturas diafisarias de tibia de origen traumático manejadas quirúrgicamente con placa DCP angosta de 4. 5mm.Universidad Autónoma de México. Publicada en la Ciudad de México en 2019.

11.- Ydalsys Naranjo Hernández, Dr. José Alejandro Concepción Pacheco, Lic. Miriam Rodríguez Larreynaga. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Gaceta Médica Espirituana vol.19 no.3. Publicada en diciembre. 2017: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1608-89212017000300009](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009)

12.- Diario independiente de contenido enfermero. Publicado el 14 de mayo de 2019: <https://www.enfermeria21.com/diario-dicen/una-mirada-al-pasado-la-evolucion-de-la-enfermeria-a-traves-de-los-anos/>

13.- Periódico Excélsior. México cortó en enfermeras. Publicado el 01/03/2018:<https://www.excelsior.com.mx/de-la-red/2018/03/01/1223559>

14.- Alejandro Álvarez López; Dr. Ahmad Nimer Kallam; Dra. Yenima García Lorenzo. Algoritmo terapéutico para pacientes con fractura diafisaria de tibia. Revista Archivo Médico de Camagüey .vol.19 no.3 Camagüey mayo-jun. 2015

15.-[http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-bio/07\\_-\\_fisioterapia\\_en\\_traumatologia.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-bio/07_-_fisioterapia_en_traumatologia.pdf).

16.-Departamento Estatal de Enfermería grupo de desarrollo de Guías de práctica clínica en Enfermería. El proceso de Atención de enfermería. Secretaria de Salud. Publicado en Veracruz en 2016.

<https://www.ssaver.gob.mx/enfermeria/files/2016/10/TEMA-I-PROCESO-DE-ATENCION-DE-ENFERMERIA.pdf>

17.-Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de Fractura de la Diáfisis de Tibia, México; Instituto Mexicano del Seguro Social, 2010.

18.-Guia de referencia Rápida para el Diagnóstico y Tratamiento de la Fractura de la Diáfisis de

Tibia:[http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/139\\_GPC\\_DIAFISIS\\_TIBIA/Grr\\_diafisis\\_de\\_tibia.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/139_GPC_DIAFISIS_TIBIA/Grr_diafisis_de_tibia.pdf)

19.- Will Rudge, Kevin Newman y Alex Trompeter. Orthopaedics and Trauma, 2014-08-01, Volumen 28, Número 4, Páginas 243-255, Copyright © 2014 Elsevier Ltd.

20.- Tibia (hueso) - EcuRed [Internet]. Ecured.[cited 10 November 2019]. Available from: [http://www.ecured.cu/Tibia\\_\(hueso\)](http://www.ecured.cu/Tibia_(hueso))

21.- Educación interactiva para pacientes de Elsevier 2019 Inc. Última revisión: 20 de noviembre de 2019

22.- Daniel J. Pallin. Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice. 9 ediciones. Capítulo 50, pág. 614-633. Año de publicación 2018.

23.- Guía de referencia Rápida para el Diagnóstico y Tratamiento de la Fractura de la Diáfisis de

Tibia:[http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/139\\_GPC\\_DIAFISIS\\_TIBIA/Grr\\_diafisis\\_de\\_tibia.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/139_GPC_DIAFISIS_TIBIA/Grr_diafisis_de_tibia.pdf)

24.- Álvarez López, A, García Lorenzo Y. única edición acta ortopédica mexicana [Internet]. Medigraphic.com. 2005 [citado el 8 de noviembre 2019]. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ortope/or-2005/or053g.pdf>

25.- Manuel Barrenechea Olivera. Traumatismo de pierna, tobillo y pie. <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-doc/clase16.pdf>

26.- Document downloaded from <http://www.elsevier.es>, day 29/01/2018. This copy is for personal use. Any transmission of this document by any media or format is strictly prohibited.

27.- Rodrigo Miralles .Universitat Rovira i Virgilio (Tarragona). Rehabilitación y Fisioterapia Cirugía Ortopédica y Traumatología en zonas de menor desarrollo. [http://www.urv.cat/media/upload/arxiu/URV\\_Solidaria/COT/Contenido/Tema\\_7/7.4.fisioterapia\\_en\\_el\\_tratamiento\\_de\\_las\\_fracturas\\_y\\_las\\_luxaciones.pdf](http://www.urv.cat/media/upload/arxiu/URV_Solidaria/COT/Contenido/Tema_7/7.4.fisioterapia_en_el_tratamiento_de_las_fracturas_y_las_luxaciones.pdf)

28.- L.M. Martínez Sánchez, G.I. Martínez Domínguez, D. Gallego González, E.O. Vallejo Agudelo, J.S. Lopera Valle, N. Vargas Grisales y J. Molina Valencia. Revista de la Sociedad Española del Dolor. Uso de terapias alternativas, desafío actual en el manejo del dolor.vol.21 no.6 Madrid nov/dic. 2014.

29.- Joseph Márcola. Masaje para reducir el dolor.17 de junio, 2016.Disponible en: <https://ejercicios.mercola.com/sitios/ejercicios/archivo/2016/06/17/terapia-de-masaje-para-aliviar-el-dolor.aspx>.

30.- Arango-Vélez V, Montoya-Vélez LP. Medicina Integrativa: efectos de la acupuntura y su aplicación clínica en la medicina convencional. Revista CES Medica 2015.Vol 29.Pag 283-294.

31.- Mikel García Iturrioz. Guía de aromaterapia. Editorial el mundo del bienestar. 2º edición. Disponible en:[https://www.academia.edu/30954857/Gu%C3%ADa\\_de\\_Aromaterapia\\_La\\_salud\\_a\\_trav%C3%A9s\\_de\\_los\\_aceites\\_esenciales](https://www.academia.edu/30954857/Gu%C3%ADa_de_Aromaterapia_La_salud_a_trav%C3%A9s_de_los_aceites_esenciales)

32.-Organización Mundial de la Salud. Septiembre 2015 <https://www.who.int/features/qa/82/es/>.

33.- Diagnóstico y tratamiento de hipertensión arterial en el adulto mayor. Actualización en 201. Durango 289- 1A Colonia Roma Delegación Cuauhtémoc, 06700 México, DF. Página Web: [www.imss.gob.mx](http://www.imss.gob.mx).

34.- Díaz de salas SA, Mendoza Martínez VM. Una guía para la elaboración de estudios de caso, abril 2013.

35.- Alejandro Rodríguez Puerta.Estudio de Caso: Características, Metodología y Ejemplo publicado el 8 de marzo 2018.disponible en: <https://www.lifeder.com/estudio-caso/>.

36.-Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería. Código de Ética de Enfermería. (ACOFAEN). [wysisyg://163/http://www.geocities.com/Athens/forum/5586/codigo2.html](http://www.geocities.com/Athens/forum/5586/codigo2.html)

37.- Código de ética para las enfermeras y enfermeros en México / Comisión Interinstitucional de Enfermería México. Secretaria de Salud. Comisión

Interinstitucional de Enfermería (Autor corporativo) México: Secretaría de Salud: Instituto Mexicano del Seguro Social: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, 2001.

38.- Código de Ética para Profesionales de Enfermería de el Salvador. Única edición san salvador, el salvador 2013.  
[http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/otrosdoc/codigo\\_etica\\_profesionales\\_enfermeria.pdf](http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/otrosdoc/codigo_etica_profesionales_enfermeria.pdf)

39.- Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra. Fecha de publicación 31 agosto, 2017 11:24

40.-Ruíz PR. La carta de los derechos generales de las enfermeras y los enfermeros Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica 2006.Vol 14 pág. 33-35

41.- Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado de México. Carta de los Derechos de los Pacientes. 2018. Gobierno del Estado de México. Disponible: [http://salud.edomex.gob.mx/ccamem/td\\_c\\_der\\_pacientes.html](http://salud.edomex.gob.mx/ccamem/td_c_der_pacientes.html)

42.-Norma Oficial Mexicana nom-019-ssa3-2013, para la Práctica de Enfermería en el Sistema Nacional de Salud. Diario Oficial de la Federación. Publicada el 02/09/2013.

43.- Secretaria de Salud. Norma oficial mexicana nom-004-ssa3-2012, del expediente clínico. México, D.F, a 29 de junio de 2012.  
[http://dof.gob.mx/nota\\_detalle\\_popup.php?codigo=5272787](http://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5272787)

44.- Secretaria de Salud. Norma oficial mexicana nom-015-ssa3-2012.México atención a la persona con discapacidad. D.F., a 29 de junio de 2012.  
[http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5268226](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5268226).

45.- Secretaría de Salud. Arbitraje Médico (CONAMED). México, D.F. 2a Edición, noviembre 2016 [www.gob.mx/salud](http://www.gob.mx/salud)

46.- Manual de signos vitales:

[https://www.pisa.com.mx/publicidad/portal/enfermeria/manual/4\\_1\\_1.htm](https://www.pisa.com.mx/publicidad/portal/enfermeria/manual/4_1_1.htm)

47.- Goniometría: una herramienta para la evaluación de las incapacidades Laborales. Asociart ART. Única edición. Buenos Aires 2007.

48.-Paúl Andrés Chiza Mejías. Tesis Caracterización de alteraciones biomecánicas en pacientes con traumatismos músculo-esqueléticos de miembros inferiores, en el área de rehabilitación, Hospital San Vicente de paúl, Imbabura. Universidad técnica del norte facultad ciencias de la salud carrera terapia física médica. Publicada en Ibarra Ecuador en 2018.Disponible en: <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/7963/1/06%20TEF%20230%20TRABAJO%20DE%20GRADO.pdf>.

49.- Carol Guísela Soto López. Importancia de los ejercicios isométricos para evitar la atrofia muscular de los cuádriceps durante la inmovilización de rodilla. Universidad Rafael Landívar facultad de ciencias de la salud licenciatura en fisioterapia. Publicada en Quetzaltenango, enero de 2015. <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesisjcem/2015/09/01/Soto-Carol.pdf>.

50.- Daniela Castillo Movimientos terapéuticos básicos. Universidad de las Américas.Disponible:<http://files.kinesiologiaudla.webnode.es/200000026b70b6b765b/MOVIMIENTO%20TERAPEUTICO.pdf>

51.- Cuidados de enfermería para proporcionar descanso y sueño. Publicada el 13 de abril del 2018. <https://atendmx.wordpress.com/2018/04/13/cuidados-de-enfermeria-para-proporcionar-descanso-y-sueno-2/>

# ANEXOS

## ANEXO N°1.- CONSENTIMIENTO INFORMADO



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



### CONSENTIMIENTO INFORMADO

CD de México a 22 de octubre 2019

Por medio de la presente yo Elvira Palma Medina

Doy mi consentimiento para que la (el) Lic. Enf. Remedios Hernández Marroquín, 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):**

Elvira Palma Medina

**Testigo (nombre y firma):**

Pilar Rojas Palma

**Estudiante del Posgrado (nombre y firma):**

Remedios Hernández Marroquín

## ANEXO N°2.- ESCALA DE DISNEA DE SOUL

### Escala de disnea de Sadoul.

La disnea se describe como la sensación subjetiva de falta de aire, asociada a una percepción de mayor trabajo respiratorio. Durante la misma se pierde el automatismo de la respiración, que pasa a un plano consciente como una respiración dificultosa con relación al nivel de actividad física desarrollada. El hecho de que se trate de una sensación subjetiva la hace más difícil de valorar.

Escala de Sadoul de 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.

Instrumento de valoración implementado en el Posgrado de Enfermería en Rehabilitación, basado en la teoría de Dorothea Elizabeth Orem

### ANEXO N°3.- LA JARRA DEL BUEN BEBER



<https://cutt.ly/AfQ7Mjb>

## ANEXO N°4.- EL PLATO DEL BIEN COMER



**1** Incluye un alimento de cada grupo en cada una de las comidas del día.

**2** Consume la mayor variedad posible de alimentos.

**3** Consume tres comidas principales y dos colaciones al día



Gobierno del Estado de Yucatán  
2018-2024



<https://cutt.ly/5fQ77Ka>

## ANEXO N°5.- ESCALA DE BRISTOL

Escala de Bristol para evaluar las heces y clasificar las deposiciones su forma y consistencia

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

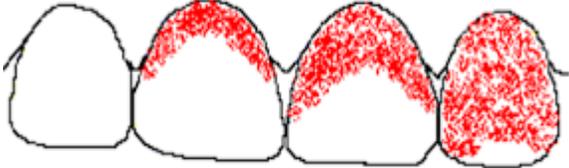
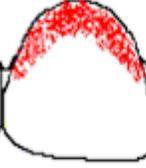
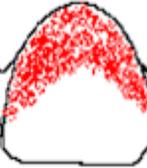
Instrumento de valoración implementado en el Posgrado de Enfermería en Rehabilitación, basado en la teoría de Dorothea Elizabeth Orem

## ANEXO N°6.- ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHOS)

### Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS)

El IHOS consta de dos elementos: un índice de desechos o placa bacteriana simplificado (DI-S, por sus siglas en inglés simplified debris index), un índice de cálculo simplificado (CI-S, por sus siglas en inglés simplified calculus index).

#### Sistema de registro de placa bacteriana.

Descripción de hallazgos clínicos	Grado	Descripción grafica
<b>Ausencia de placa bacteriana o desechos alimenticios superficie examinada</b>	0	
<b>Si se encuentra placa bacteriana cubriendo hasta 1/3 de la superficie dental</b>	1	
<b>Presencia de placa bacteriana cubriendo más de 1/3 con o sin manchas extrínsecas</b>	2	
<b>Presencia de placa bacteriana cubriendo más de 2/3 de la superficie examinada, podrá o no haber manchas extrínsecas.</b>	3	

Instrumentó de valoración implementado en el Posgrado de Enfermería en Rehabilitación, basado en la teoría de Dorothea Elizabeth Orem

**ANEXO N°7.- ESCALA DE VALORACION DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA  
DIARIA INDICE DE BARTHEL**

<b>VALORACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA</b>		
<b>INDICE DE BARTHEL</b>		
NOMBRE:		EDAD:
<b>Instrucciones:</b> Puntuar cada apartado con 15, 10, 5 ó 0 según corresponda a la capacidad del residente o su necesidad de ayuda		
No existen puntuaciones intermedias. A mayor independencia para las actividades básicas de la vida diaria.		
<b>ALIMENTACION</b>		Fecha de Valoración
10	<b>Independiente:</b> Capaz de utilizar cualquier instrumento necesario; come en un tiempo razonable; capaz de	
	Desmenuzar la comida, usar condimentos, extender la mantequilla, etc, por sí solo.	
5	<b>Necesita ayuda:</b> Por ejemplo para cortar, extender la mantequilla, etc.	
0	<b>Dependiente:</b> Necesita ser alimentado.	
<b>BAÑO</b>		
5	<b>Independiente:</b> Capaz de bañarse entero; usa ducha, la bañera o permanece de pie y aplica la esponja por	
	Todo el cuerpo. Incluye entrar y salir de la bañera sin estar una persona presente.	
	<b>Dependiente:</b> Necesita alguna ayuda	
0		
<b>VESTIRSE Y DESVESTIRSE</b>		
10	<b>Independiente:</b> Capaz de ponerse, quitarse y fijar la ropa. Se ata los zapatos, abrocha los botones, etc.	
	Se coloca coloca el brassier si lo precisa.	
5	<b>Necesita ayuda:</b> Hace al menos la mitad en un tiempo razonable.	
0	<b>Dependiente:</b>	
<b>ARREGLARSE</b>		
5	<b>Independiente:</b> Realiza todas la tareas personales (lavarse las manos, peinarse, etc.) incluye afeitarse,	
	lavarse los dientes y manejar enchufe si la máquia es eléctrica. No necesita ayuda	
0	<b>Dependiente:</b> Necesita alguna ayuda	
<b>CONTROL DE HECES</b>		
10	<b>Continente:</b> Ningún accidente: si se necesita enema o supositorio se arregla por si solo.	
5	<b>Accidente ocasional:</b> Raro (menos de una vez por semana), o necesita ayuda para el enema o los	
	supositorios.	
0	<b>Incontinente:</b>	
<b>CONTROL DE ORINA</b>		
10	<b>Continente:</b> Ningún accidente: seco día y noche. Capaz de usar cualquier dispositivo (cateter).	
	Si es necesario, es capaz de cambiar de bolsa.	
5	<b>Accidente ocasional:</b> Al menos una vez por día. Necesita ayuda con los instrumentos	
0	<b>Incontinente:</b>	

<b>USO DEL RETRETE</b>		
10	<b>Independiente:</b> Entra y sale solo. Es capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado	
	de la ropa. Capaz de sentarse y levantarse sin ayuda. Puede utilizar barras para soportarse.	
5	<b>Necesita ayuda:</b> Necesita ayuda para mantener el equilibrio, quitarse o ponerse la ropa o limpiarse.	
0	<b>Dependiente:</b> Incapaz de manejarse sin asistencia mayor.	
<b>TRASLADO ENTRE LA SILLA-CAMA</b>		
15	<b>Independiente:</b> No necesita ayuda. Si utiliza silla de ruedas, lo hace independientemente.	
10	<b>Mínima ayuda:</b> Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física.	
5	<b>Gran ayuda:</b> Capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha asistencia para entrar o salir de la cama.	
0	<b>Dependiente:</b> Grúa o alzamiento completo por dos personas. Incapaz de permanecer sentado	
<b>DESPLAZARSE</b>		
15	<b>Independiente:</b> Puede usar cualquier ayuda (protesis, bastones, etc.) excepto andador. La velocidad no es importante. Puede caminar al menos 50 m o su equivalente en casa sin ayuda o supervisión.	
10	<b>Necesita ayuda:</b> Supervisión física o verbal, incluyendo instrumentos u otras ayudas para permanecer de pie. Deambula 50 m.	
5	<b>Independiente en silla de ruedas:</b> Propulsa su silla de ruedas al menos 50 m. Gira esquinas solo.	
0	<b>Dependiente:</b> Requiere ayuda mayor.	
<b>SUBIR Y BAJAR ESCLERAS</b>		
10	<b>Independiente:</b> Capaz de subir y bajar un piso de escaleras sin ayuda o supervisión aunque utilice barandal o instrumento de apoyo	
5	<b>Necesita ayuda:</b> Supervisión física o verbal.	
0	<b>Dependiente:</b> Necesita alzamiento (ascensor) o no puede salvar escalones.	
<b>TOTAL</b>		

Instrumentó de valoración implementado en el Posgrado de Enfermería en Rehabilitación, basado en la teoría de Dorothea Elizabeth Orem

**ANEXO N°8.- ESCALA DE LAWTON DE ACTIVIDADES  
INSTRUMENTADAS DE LA VIDA DIARIA**

<b>ESCALA DE LAWTON DE ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA</b>		
<b>NOMBRE:</b>		<b>EDAD:</b>
<p><b>Instrucciones:</b> Puntuar cada apartado con 1 ó 0 según la capacidad de la persona. A mayor puntuación, mayor independencia para la realización de las actividades instrumentales de la vida diaria. La puntuación total oscila de 0 a 8 para mujeres y de 0 a 5 para hombres.</p>		
<b>CAPACIDAD PARA UTILIZAR EL TELEFONO</b>		Fecha de Valoración
(Puntúa hombres y mujeres)		
1	Utiliza el teléfono por iniciativa propia.	
1	Capaz de marcar bien algunos numeros familiares.	
1	Capaz de contestar el teléfono, pero no de marcar.	
0	No utiliza el teléfono en absoluto.	
<b>COMPRAS</b>		Fecha de Valoración
(Puntúa hombres y mujeres)		
1	Realiza independientemente todas las compras necesarias.	
0	Realiza independientemente pequeñas compras.	
0	Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra.	
0	Totalmente incapaz de comprar.	
<b>PREPARACION DE LA COMIDA</b>		Fecha de Valoración
(Puntúa mujeres)		
1	Organiza, prepara y sirve las comidas por si solo adecuadamente.	
0	Prepara adecuadamente comidas si se le proporcionan los ingredientes.	
0	Prepara, calienta y sirve comidas, pero no sigue una dieta adecuada.	
0	Necesita que le preparen y sirvan la comida.	
<b>CUIDADOS DE LA CASA</b>		Fecha de Valoración
(Puntúa mujeres)		
1	Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (ejemplo: ayuda doméstica para el trabajo pesado).	
1	Realiza tareas ligeras, tales como lavar platos o hacer la cama.	
1	Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un aceptable nivel de limpieza.	
1	Necesita ayuda en todas las labores de la casa.	
0	No participa en ninguna labor de la casa.	
<b>LAVADO DE LA ROPA</b>		Fecha de Valoración
(Puntúa mujeres)		
1	Lava por sí solo toda la ropa.	
1	Lava por sí solo pequeñas prendas.	
0	Todo el lavado de la ropa debe serle realizado.	
<b>MEDIOS DE TRANSPORTE</b>		Fecha de Valoración
(Puntúa hombres y mujeres)		
1	Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche.	
1	Es capaz de abordar un taxi, pero no utiliza otro tipo de transporte público.	
1	Viaja en transporte público cuando va acompañado de otra persona.	
0	Utiliza únicamente el taxi o el automóvil con ayuda de otros.	

0	No viaja en absoluto.	
<b>RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN</b>		Fecha de Valoración
(Puntúa hombres y mujeres)		
1	Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correcta.	
0	Toma su medicación si la dosis es preparada previamente.	
0	No es capaz de administrarse su medicación.	
<b>CAPACIDAD PARA MANEJAR ASUNTOS ECONÓMICOS</b>		Fecha de Valoración
(Puntúa hombres y mujeres)		
1	Capaz de encargarse de asuntos económicos por sí solo (presupuestos, extiende cheques, paga la renta, va al banco).	
1	Realiza compras de cada día, pero necesita ayuda en el banco, grandes compras, etc.	
0	Incapaz de manejar dinero.	

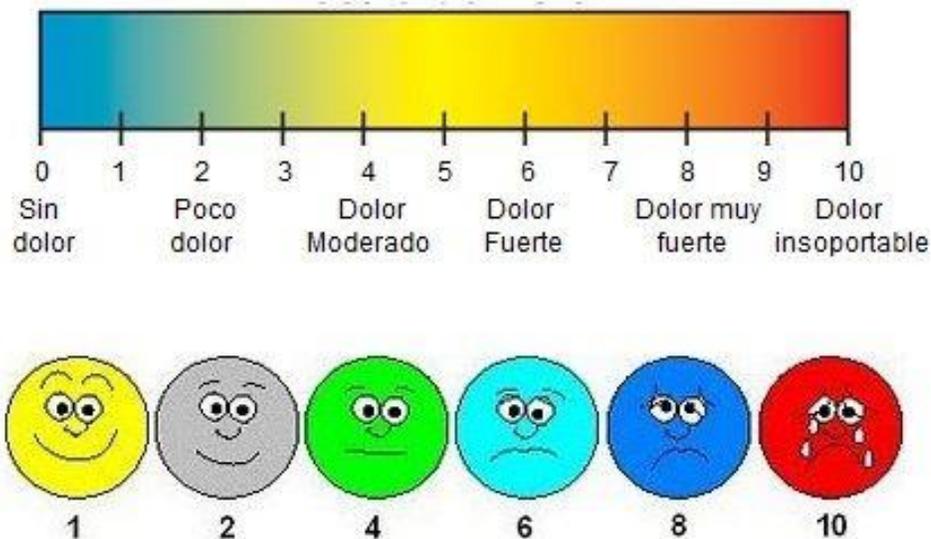
Instrumento de valoración implementado en el Posgrado de Enfermería en Rehabilitación, basado en la teoría de Dorothea Elizabeth Orem

## ANEXO N°9.- ESCALA VISUAL ANALOGA

### Escala visual análoga (EVA). Evaluación del dolor.

La escala visual analógica (EVA) permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente con la máxima reproducibilidad entre los observadores. Consiste en una línea vertical de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el extremo inferior se ubica la ausencia o menor intensidad y en el superior la mayor intensidad. Se le solicita al paciente dé una calificación al dolor de acuerdo con la intensidad con lo que lo percibe.

### Escalas de dolor



Instrumento de valoración implementado en el Posgrado de Enfermería en Rehabilitación, basado en la teoría de Dorothea Elizabeth Orem

## ANEXO N°10.- ESCALA DE VALORACION PARA EL EQUILIBRIO TINETTI

### Escala de Tinetti. Marcha y equilibrio.

La valoración de la marcha y el equilibrio se realiza con la escala de Tinetti, que califica normal en 12 puntos para la marcha y en 16 puntos para el equilibrio.

#### TINETTI. EVALUACIÓN DEL EQUILIBRIO

		Puntos
El paciente permanece sentado en una silla rígida sin apoya brazos.		
Se realizan las siguientes maniobras.		
Equilibrio sentado	Se inclina o desliza en la silla	0
	Se mantiene seguro	1
Levantarse	Incapaz sin ayuda	0
	Capaz pero usa los brazos para ayudarse	1
	Capaz sin usar los brazos	2
Equilibrio en bipedestación	Inestable	0
	Estable con apoyo amplio (talones separados más de 10 cm.) y usa bastón u otros apoyos	1
	Estable sin andador y otros apoyos	2
Empujar (el paciente en bipedestación con el tronco erecto y los pies tan juntos como sea posible). El examinador empuja suavemente en el esternón del paciente con la palma de la mano tres veces.	Empieza a caerse	0
	Se tambalea, se agarra, pero se mantiene	1
	Estable	2
Ojos cerrados	Inestable	0
	Estable	1
Vuelta de 360°	Pasos discontinuos	0
	Continuos	1
	Inestable (se tambalea o se agarra)	0
	Estable	1
Sentarse	Inseguro, calcula mal la distancia, cae en la silla	0
	Usa los brazos o el movimiento es brusco	1

	Seguro, movimiento suave	2
		Total equilibrio (16)
		Total marcha (12)
<p>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.</p>		
<p>A mayor puntuación=menor riesgo    Menos de 19 = riesgo alto de caídas            De 19 a 24 = riesgo de caídas</p>		

Instrumento de valoración implementado en el Posgrado de Enfermería en Rehabilitación, basado en la teoría de Dorothea Elizabeth Orem

## ANEXO N°11.- ESCALA DE HAMILTON PARA LA DEPRESIÓN

### **Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, inutilidad)**

0 puntos - Ausente.

1 punto - Estas sensaciones se indican solo al ser preguntados.

2 puntos - Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente.

3 puntos - Sensaciones no comunicadas verbalmente, sino por la expresión facial, postura, voz o tendencia al llanto.

4 puntos - El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea.

### **Sensación de culpabilidad**

0 puntos - Ausente.

1 punto - Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente.

2 puntos - Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones.

3 puntos - La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad.

4 puntos - Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras.

### **Idea de suicidio**

0 puntos - Ausente.

1 punto - Le parece que la vida no merece la pena ser vivida.

2 puntos - Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse.

3 puntos - Ideas o amenazas de suicidio.

4 puntos - Intentos de suicidio.

### **Insomnio precoz**

0 puntos - Ausente.

1 punto - Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo, más de media hora.

2 puntos - Dificultades para dormirse cada noche.

### **Insomnio medio**

0 puntos - Ausente.

1 punto - El paciente se queja de estar inquieto durante la noche.

2 puntos - Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se puntúa como 2, excepto si está justificada (orinar, tomar o dar medicación...).

### **Insomnio tardío**

0 puntos - Ausente.

1 punto - Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse.

2 puntos - No puede volver a dormirse si se levanta de la cama.

### **Problemas en el trabajo y actividades**

0 puntos - Ausentes.

1 punto - Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su trabajo, actividad o aficiones.

2 puntos - Pérdida de interés en su actividad, aficiones o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación.

3 puntos - Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad.

4 puntos - Dejó de trabajar por la presente enfermedad

### **Inhibición (lentitud de pensamiento y de palabra; empeoramiento de la concentración; actividad motora disminuida)**

0 puntos - Palabra y pensamiento normales.

1 punto - Ligeramente retrasado en el diálogo.

2 puntos - Evidente retraso en el diálogo.

3 puntos - Diálogo difícil.

4 puntos - Torpeza absoluta

### **Agitación**

0 puntos - Ninguna.

1 punto - "Juega" con sus manos, cabellos, etc.

2 puntos - Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos, etc.

### **Ansiedad psíquica**

0 puntos - No hay dificultad.

1 punto - Tensión subjetiva e irritabilidad.

2 puntos - Preocupación por pequeñas cosas.

3 puntos - Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla.

4 puntos - Terrores expresados sin preguntarle.

### **Ansiedad somática: signos o síntomas somáticos concomitantes de la ansiedad**

Ejemplos:

- Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, eructos, retortijones.
- Cardiovasculares: palpitaciones, cefalalgias.
- Respiratorios: hiperventilación, suspiros.
- Frecuencia urinaria.
- Sudoración.

0 puntos - Ausente.

1 punto - Ligera.

2 puntos - Moderada.

3 puntos - Grave.

4 puntos - Incapacitante

### **Síntomas somáticos gastrointestinales**

0 puntos - Ninguno.

1 punto - Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen.  
Sensación de pesadez en el abdomen.

2 puntos - Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal o para sus síntomas gastrointestinales.

### **Síntomas somáticos generales**

0 puntos - Ninguno.

1 punto - Pesadez en la extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, mialgias. Fatigabilidad y pérdida de energía.

2 puntos - Cualquiera de los síntomas anteriores se puntúa como 2 si está muy bien definido.

### **Síntomas genitales como pérdida de la lívido y trastornos menstruales**

0 puntos - Ausentes.

1 punto - Débiles.

2 puntos - Graves.

3 puntos - Incapacitantes.

### **Hipocondría**

0 puntos - No la hay.

1 punto - Preocupado de sí mismo (corporalmente).

2 puntos - Preocupado por su salud.

3 puntos - Se lamenta constantemente. Solicita ayudas, etc.

4 puntos - Ideas delirantes hipocondríacas.

### **Pérdida de peso (completar solo A o B)**

A.- Según manifestaciones del paciente (primera evaluación)

0 puntos - No hay pérdida de peso.

1 punto - Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual.

2 puntos - Pérdida de peso definida según el enfermo.

B.- Según pesaje por parte del médico (evaluaciones siguientes)

0 puntos - Pérdida de peso inferior a 500 g por semana (de promedio).

1 punto - Pérdida de peso de más de 500 g por semana (de promedio).

2 puntos - Pérdida de peso de más de 1 kg por semana (de promedio).

(Conciencia de enfermedad)

0 puntos - Se da cuenta de que está deprimido y enfermo.

1 punto - Se da cuenta de su enfermedad, pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc.

2 puntos - Niega estar enfermo.

<https://cutt.ly/DfQ5K4f>

## ANEXO N°12.- ESCALA DE CAÍDAS (DNWNTON) PARA EVALUAR EL RIESGO DE CAÍDAS

### Escala de caídas de Downton. Riesgo de caídas.

La escala realiza la medición del riesgo de sufrir una caída, a través de una escala validada con el objetivo de identificar al paciente susceptible de caídas. Establecer las acciones necesarias de prevención de caídas en pacientes identificados de riesgo.

ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS (J.H.DOWNTON)		
Caídas previas	Si	1
	No	0
Medicamentos	Tranquilizantes, sedantes.	1
	Diuréticos hipotensores no diuréticos.	1
	Anti parkinsonianos, antidepresivos, otros.	1
Déficit sensoriales	Ninguno	0
	Alteraciones visuales o auditivas	1
Estado Mental	Orientado	0
	Confuso	1
	Agitación Psicomotora	1
Deambulacion	Normal	0
	Asistida con elementos de apoyo	1
	Reposo absoluto postrado	1
Puntaje total		
Interpretación de resultados		
Riesgo Bajo: 0 a 2 puntos	Verde	
Riesgo medio: 3 a 4 puntos	Amarillo	
Riesgo Alto: 5 a 9 puntos	Rojo	

Instrumento de valoración implementado en el Posgrado de Enfermería en Rehabilitación, basado en la teoría de Dorothea Elizabeth Orem

## ANEXO N°13.- ESCALA DE VALORACIÓN GLASGOW

Permite medir el nivel de conciencia de una persona. Utiliza tres parámetros: respuesta verbal, respuesta ocular y la respuesta motora. El puntaje más bajo es de 3 puntos, mientras que el más alto es de 15 puntos.

### LA ESCALA DE COMA DE GLASGOW (GCS): tipos de respuesta motora y su puntuación

ELSEVIER

La escala de coma de Glasgow (en Inglés Glasgow Coma Scale (GCS)), de aplicación neurológica, permite medir el nivel de conciencia de una persona. Utiliza tres parámetros: la **respuesta verbal**, la **respuesta ocular** y la **respuesta motora**. El puntaje más bajo es 3 puntos, mientras que el valor más alto es 15 puntos. La aplicación sistemática a intervalos regulares de esta escala permite obtener un perfil clínico de la evolución del paciente.

	4	3	2	1		
<b>OCULAR</b>	ESPONTÁNEA	ORDEN VERBAL	DOLOR	NO RESPONDEN		
	5	4	3	2		
	ORIENTADO Y CONVERSANDO	DESORIENTADO Y HABLANDO	PALABRAS INAPROPIADAS	SONIDOS INCOMPRESIBLES		
<b>VERBAL</b>					1	
	NINGUNA RESPUESTA					
	6	5	4	3	2	
	ORDEN VERBAL OBEDECE	LOCALIZA EL DOLOR	RETIRADA Y FLEXIÓN	FLEXIÓN ANORMAL	EXTENSIÓN	1
			(rigidez de decorticación)	(rigidez de decerebración)		

<https://cutt.ly/lfQ6wFZ>

## ANEXO N°14.- ESCALA DE DANIEL'S VALORACIÓN PARA LA FUERZA MUSCULAR

Escala de Daniel's. Fuerza muscular.

La escala Daniel's, es una escala validada internacionalmente; ésta se encarga de la valoración muscular de forma manual.

Escala de Daniel's	
Grados	Respuesta muscular
Grado 0.	Ninguna respuesta muscular
Grado 1.	El músculo realiza una contracción palpable o visible aunque no se evidencie movimiento.
Grado 2.	El músculo realiza todo el movimiento de la articulación una vez se le libera del efecto de la gravedad.
Grado 3.	El músculo realiza todo el movimiento contra la acción de la gravedad, pero sin sugerirle ninguna resistencia.
Grado 4.	El movimiento es posible en toda su amplitud, contra la acción de la gravedad y sugiriéndole una resistencia manual moderada.
Grado 5.	El músculo soporta una resistencia manual máxima

Instrumento de valoración implementado en el Posgrado de Enfermería en Rehabilitación, basado en la teoría de Dorothea Elizabeth Orem

## ANEXO N°15.- ESCALA DE VALORACION DE LA DEPRESION DE YESSAVAGE

### Escala de depresión de Yessavage.

La escala de depresión geriátrica conocida como de Yessavage, basada en 15 preguntas simples cuya respuesta es sí o no;

- si se obtienen hasta 5 puntos consideramos como normal al individuo,
- entre 5 y 10 puntos existe depresión moderada,
- más de 10 podemos sospechar depresión mayor.

Escala para medir la depresión geriátrica, de Yessavage	
Pregunta	Respuesta esperada
1. ¿Se siente satisfecho con su vida?	Sí
2. ¿Ha bajado mucho el interés por su trabajo y actividades?	No
3. ¿Piensa que su vida está vacía?	No
4. ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	Si
5. ¿Frecuentemente se encuentra aburrido?	No
6. ¿Tiene miedo de que le pase algo malo pronto?	No
7. ¿Se encuentra feliz la mayor parte del tiempo?	Si
8. ¿Tiene la sensación de que es incapaz de realizar algunas cosas?	No
9. ¿Prefiere permanecer en su casa que salir a la calle a pasear?	No
10. ¿Piensa que tiene problemas con su memoria?	No
11. ¿Cree que es bonita la vida y que es bello vivir?	Si
12. ¿Tiene la sensación de que no tienen valor las cosas que hace?	No
13. ¿Tiene la sensación de tener toda su energía?	
14. ¿Piensa que su situación es desesperada?	Si
15. ¿Cree que los demás tienen mejor suerte que usted?	No
	No

Instrumentó de valoración implementado en el Posgrado de Enfermería en Rehabilitación, basado en la teoría de Dorothea Elizabeth Orem

## ANEXO N°16 CARTEL SOBFE ENSEÑANZA DE LOS EJERCICIOS ISOMÉTRICOS



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA  
 DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
 INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION LGII



# Ejercicios isométricos

La rehabilitación constituye el eje central del tratamiento para recuperar la fuerza muscular. Los ejercicios isométricos son una forma estática de ejercicio que se produce cuando un músculo se contrae sin un cambio de la longitud del músculo o sin movimiento articular visible

Trabajo estático del cuádriceps en extensión completa de la rodilla



<https://a.cortar.link/a0jws>

Alberto Quejido de Llano Giménez . Disponible en: <http://guiasdn1.com/rodilla/sindrome-patelefemoral>

Elabora: Lic. Remedios Hernandez Marroquin

Ejercicio isométrico del vasto interno global y oblicuo



<https://a.cortar.link/U331F>

Ejercicios de flexión plantar



<https://a.cortar.link/hHs18>

Realizar 15 repeticiones por 3 series con descanso de 5 segundos por cada serie 3 veces al día



ANEXO N°17.- CARTEL SOBRE ENSEÑANZA PARA EVITAR CAIDAS



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION LGII

La OMS define las **caídas** como la “consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite a una persona al suelo en contra de su voluntad”.

### Causas

**extrínsecas** (dependen del ambiente y entorno)

Barreras: arquitectónicas como: escaleras sin barandales, pisos sin antiderrapantes, mala iluminación.



### BUENA ILUMINACION



### Calzado

Procurar utilizar zapatos cómodos, que sujeten bien el pie.

Es importante proveer un buen apoyo y amortiguación del talón, por lo que deben ser firmes y antiderrapantes.



ANEXO N° 18.-ENSEÑANZA DE EJERCICIOS TERAPÉUTICOS ASISTIDOS



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION LG



Los Ejercicios terapéuticos activos asistidos, los pacientes pueden mover la articulación, pero no completan al arco de movimiento y requieren de ayuda

Aplicación de calor  
con compresa de 10  
a 15 minutos



Ejercicios asistidos  
Flexión de rodilla



Ejercicios asistidos para  
realizar Aducción de  
cadera



Ejercicios asistidos para  
realizar Abducción de  
cadera



Ejercicios de dorsiflexión  
y eversión de pie y tobillo



v



Elaboro: L.E Remedios Hernandez Marroquin

<http://www.sld.cu/sitios/rehabilitacion/temas.php?idv=1029>



- 
- Revisar que la andadera conserve en buen estado las conteras (gomas) en los pies de apoyo
- Mantenga el pie afectado (más débil) levantado del piso.



- Levante la andadera
- Aváncela unos 15 cm
- Debe doblar el codo en un ángulo de 20 a 30 grados



- Apoye su peso en las manos.
- Con un movimiento de balanceo, adelante el pie no afectado (más fuerte) hacia el centro de la andadera.

La andadera ortopédica tiene como objetivo dar apoyo y seguridad a la persona. Debe colocarse a nivel de trocánter mayor para evitar caídas, malas posturas y por consiguiente contracturas musculares. utilizar calzado con antiderrapante

# ANEXO N° 20.-ENSEÑANZA DE EJERCICIOS TERAPÉUTICOS ISOTÓNICOS



NIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
POSGRADO EN ENFERMERIA EN REHABILITACION  
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION LGII

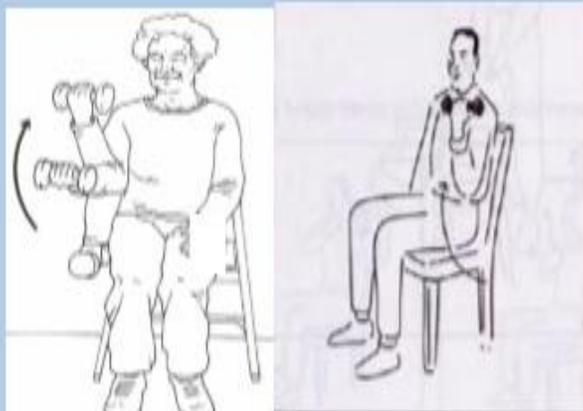


## EJERCICIOS DE FORTALECIMIENTO MUSCULAR ISOTÓNICOS

ESTOS EJERCICIOS REFUERZAN Y AUMENTAN LA MUSCULATURA, MEJORANDO LAS HABILIDADES DE MOVIMIENTO

### FORTALECIMIENTO DE BICEPS

REALICE LOS EJERCICIOS DE 8 A 15 REPETICIONES, CON UNA SERIE DE 3 A 5 VECES. EN AMBOS MIEMBROS



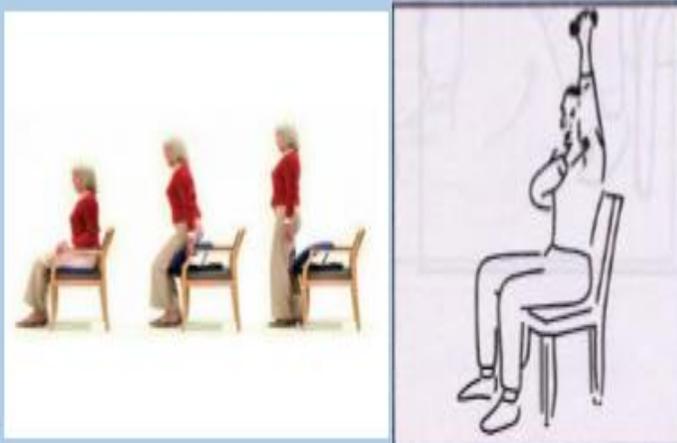
### FORTALECIMIENTO DE LOS MUSCULOS DEL HOMBRO



<https://bit.ly/2yF6u2j>

### EXTENSION DE TRICEPS

<https://bit.ly/2yF6u2j>



## FORTALECIMIENTO DE LOS MUSCULOS DE MIEMBROS INFERIORES

### FLEXION PLANTAR



<https://bit.ly/2yF6u2j>

### EXTENSION DE RODILLA



<https://bit.ly/2yF6u2j>

### FLEXION DE RODILLA



<https://bit.ly/2yF6u2j>

### FLEXION DE CADERA



**ELABORO: L.E REMEDIOS HERNANDEZ MARROQUIN**

Pedro Gil Gregorio. Guía de ejercicio físico para mayores. Madrid España 2012. Disponible en: <https://www.segg.es/media/descargas/GU%C3%8DA%20DE%20EJERCICIO%20F%C3%8DSICO%20PARA%20MAYORES.pdf>

### EXTENSION DE CADERA



<https://bit.ly/2yF6u2j>

**REALICE LOS EJERCICIOS DE 8 A 15 REPETICIONES, CON UNA SERIE DE 3 A 5 VECES. EN AMBOS MIEMBROS**

# ANEXO N° 21.-ENSEÑANZA DE LA HIGIENE POSTURAL



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION LGII



## Higiene Postural

Consiste en mantener una postura correcta mientras hacemos actividades normales de nuestra vida diaria o actividades realizadas en las horas de trabajo, para evitar, en la medida de lo posible, lesiones que puedan ocasionar unos malos hábitos posturales.

Al caminar



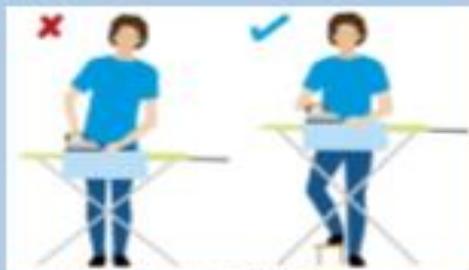
<https://acortar.link/Qc28y>

Al permanecer sentado



<https://acortar.link/y4mM4>

Al planchar



<https://acortar.link/TV3z>

Al lavar los trastos



### Al recoger objetos, alzar objetos y cargarlos



<https://acortar.link/Qc28y>



### Al barrer

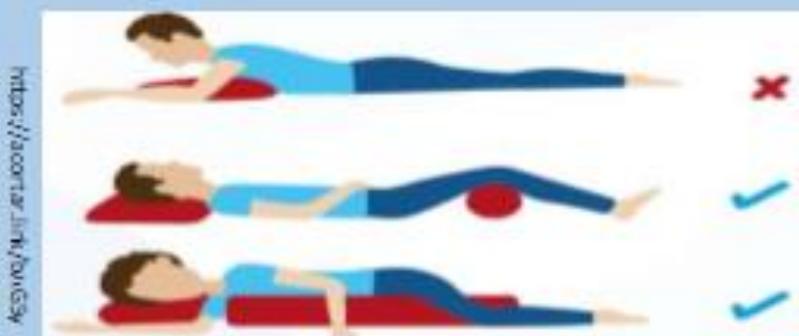


<https://acortar.link/ITA7W>



<https://acortar.link/thesis>

### Al Dormir



ELABORO: L. E REMEDIOS HERNANDEZ MARROQUIN

Manual de higiene postural. <https://launicaasociacion.es/wp-content/uploads/2015/06/2008-Manual-de-Higiene-Postural.pdf>

# ANEXO N° 22.-ENSEÑANZA DE LA ESTIMULACIÓN SENSORIAL TÁCTIL

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

**Estimulación Sensorial Táctil**

**ESTIMULACIÓN SENSORIAL TÁCTIL**  
Complejos mecanismos integrados por sistemas neuronales nos ayudan a recibir e interpretar los estímulos del exterior para convertirlos en aprendizaje y por ende en parte de nuestra vida cotidiana por medio del tacto.



<https://acortas.r.ink/CjAgP1>

Discriminar las diferentes texturas con el objetivo de recuperar la sensibilidad a través de los estímulos táctiles.



<https://acortas.r.ink/RjXlvD>

Los Ejercicios de estimulación sensorial táctil se deben realizar 3 veces al día con 10 repeticiones por cada textura en la parte del cuerpo donde la sensibilidad se ve afectada la persona debe estar cómoda y con los ojos vendados.



<https://acortas.r.ink/>

<https://www.accesas.mx/estimulacion-sensorial-es-la-clave-para-la-percepcion/> Elaboro: L.E Remedios Hernandez Marroquin

## ANEXO N° 23.-REEDUCACIÓN DE LA MARCHA

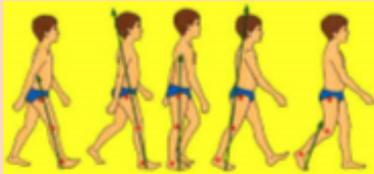


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION LGII



# EJERCICIOS PARA REEDUCACION DE LA MARCHA

La marcha humana normal se ha descrito como una serie de movimientos alternantes, rítmicos, de las extremidades y del tronco que determinan un desplazamiento hacia delante del centro de gravedad.



Antes de realizar ejercicios se debe controlar el dolor utilizando la fisioterapia pertinente:

- 1.-Calor superficial (compresas calientes, infrarrojo).
- 2.-Calor profundo (onda corta) y electroanalgesia (TENS).



Se debe mejorar la condición aeróbica, movilidad articular, elongación de los músculos flexores, (que habitualmente están contraídos) y fortalecimiento de músculos peroneos, tibial anterior, gastrocnemios, cuádriceps, glúteos, iliopsoas y estabilizadores dinámicos del tronco.



ELABORO: Remedios Hernandez Marroquin

A. Lorena Cerda. Medicina física y rehabilitación. Páginas 265-275 publicado en marzo 2014. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-manejo-del-trastorno-marcha-del-50716864014700379>

La reeducación del equilibrio comienza promoviendo el **equilibrio en posición sedente con apoyo, luego sin apoyo**. El trabajo del esquema corporal se refuerza al realizarlo frente a un espejo.

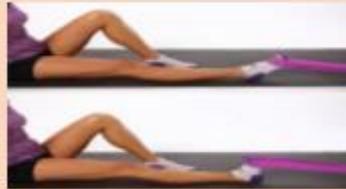


### Ejercicios en sedestación

- 1.-Elevación y flexión de pierna con apoyo posterior de mano.
- 2.-Abducción y aducción de pierna.
- 3.-Dorsiflexión del pie.
- 4.-Circunducción del pie.
- 5.-Elevación de la pierna con circunducción.
- 5.-Apoyado con las manos, elevación de la cadera



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



**Ejercicios en bípedo dinámico**: Se puede incorporar el uso de elementos para equilibrio estático y dinámico como balones, plataformas bidireccionales o multidireccionales, cama elástica y colchonetas .



- Caminar sobre una línea recta.
- Caminar en zigzag.
- Caminar por el borde de la acera
- Uso de barra
- Subir y bajar escalones

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





# ANEXO N° 25.-ENSEÑANZA DE LA IMPORTANCIA DE LA TERMOTERAPIA



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



## TERMOTERAPIA



### TERMOTERAPIA

Es la aplicación del calor como agente terapéutico. Y esta puede ser superficial (compresas) o profunda (ultrasonido)

#### Efectos terapéuticos:

las principales respuestas fisiológicas de la termoterapia son:

- 1.-Aumento de la extensibilidad del tejido conectivo.
- 2.-Disminución de la rigidez articular.
- 3.-Efecto analgésico.
- 4.-Efecto antiespasmódico.



Con dolor



Sin dolor

#### Cuidados al colocar la termoterapia con compresa

- = Evitar colocar la compresa en contacto directo con la piel para evitar quemaduras
- = No aplicar en heridas abiertas
- = Valorar la zona en que se colocara



<https://bit.ly/2Z8LT00>

#### ¿Tiempo que se debe colocar la termoterapia con compresa?

El tiempo de duración es de 15 a 20 minutos, tomando en cuenta la condición de la persona podría variar.



Elaboro: LE Remedios Hernandez Mairoquin

Jorge Enrique Martín Cordero. Agentes Físicos Terapéuticos. La Habana año 2008. Disponible en: <file:///C:/Users/HP/Downloads/Agentes%20físicos%20terapéuticos%202008.pdf>

<https://bit.ly/2Z8LT00>

## ANEXO N° 26.-ENSEÑANZA DE LA IMPORTANCIA DE LA MASOTERAPIA



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



**La palabra masaje significa "amasar", este término se emplea para denominar ciertas manipulaciones de los tejidos blandos corporales que se practican mejor con las manos y tienen por objeto influir sobre el sistema nervioso, muscular, la circulación general y local, de sangre y linfa .**

**EFFECTOS TERAPEUTICOS DEL MASAJE:**

- = Activa la circulación.
- = Relaja músculos y nervios.
- = Produce descanso psicossomático.
- = Incrementa la buena digestión.
- = Normaliza el metabolismo.
- = Incrementa la movilidad linfática



<https://acortar.link/8HySP>



<https://acortar.link/1wC09>



# Masoterapia

**INDICACIONES DEL MASAJE**

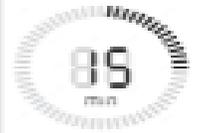
- = anti-estrés,
- = estimulo nervioso,
- = Artrosis y artritis
- = Parálisis muscular (hemiplejia o cuadriplejia)





<https://acortar.link/>

**TIEMPO EN EL QUE SE REALIZA EL MASAJE LOCAL:**


→


**Elaboro: L.E Remedios Hernandez Marroquin**  
<http://www.amicivirtual.com.ar/assets/files/estetica/01introduccionalmasaje.pdf>

# APÉNDICE

## ADAPTACIÓN DE LA REGADERA CON EXTENSIBLE, SILLA ORTOPÉDICA PARA BAÑO Y BARRAS DE APOYO



Imagen tomada: L.E Remedios Hernández Marroquín

## COLOCACIÓN DE BARRAS DE APOYO EN ESCALARES



Imagen tomada: L.E Remedios Hernández Marroquín

CUIDADO DE LA PIEL A MI PERSONA Y A SU FAMILIAR MEDIANTE LA HIDRATACIÓN DE LA PIEL CON UN PREPARADO IMPLEMENTADO EN LA CLINICA DE HERIDAS DEL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION



Imagen tomada: L.E Remedios Hernández Marroquín



Imagen tomada: L.E Remedios Hernández Marroquín

## MASAJE EN LA CICATRIZ



Imagen tomada: L.E Remedios Hernández Marroquín

## APLICACIÓN DE TERMOTERAPIA



Imagen tomada: L.E Remedios Hernández Marroquín

## EJERCICIOS ISOMÉTRICOS





Imagen tomada: L.E Remedios Hernández Marroquín

REALIZANDO ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA



Imagen tomada: L.E Remedios Hernández Marroquín