

Trabajo Fin de Grado

***Proyecto Educativo: Mejora de la Calidad
de Vida en Pacientes con Pérdida de
Funcionalidad de un Miembro Inferior.***

Alumno: Lidia de Galdo Muñoz

Tutor: Valle Garzón Delgado

Madrid, Mayo de 2024

Índice.

<i>Resumen</i>	1
<i>Abstract</i>	1
<i>Presentación</i>	2
<i>Estado de la cuestión</i>	3
1. Fundamentación, antecedentes y estado actual del tema.	3
1.1. El valor de la calidad de vida.	4
1.2. El desencadenante de un diagnóstico tardío de la artrosis.....	6
1.3. Un plan de cuidados personalizado.....	11
2. Justificación.	14
<i>Población y captación</i>	16
Población diana.....	16
Captación.	17
<i>Objetivos</i>	19
Objetivos generales.....	19
Objetivos específicos.	19
<i>Contenidos</i>	20
<i>Sesiones, técnicas de trabajo y utilización de materiales</i>	22
<i>Evaluación</i>	26
Evaluación de la estructura y el proceso.	26
Evaluación de resultados.	27
<i>Bibliografía</i>	29
<i>Anexos</i>	31
Anexo 1: Cartel informativo.....	32
Anexo 2: Folleto informativo.	33
Anexo 3: Hoja de inscripción.....	34
Anexo 4: Hoja de firmas.....	35
Anexo 5: Evaluación interna	36
Anexo 6: Evaluación del taller.....	37
Anexo 7: Evaluación inicial.....	40

Resumen.

El proyecto educativo presentado a continuación consiste en la pérdida de calidad de vida de manera abrupta en pacientes jóvenes, con afectación en relación con la pérdida de la funcionalidad de un miembro inferior.

El objetivo es mejorar la calidad de vida en pacientes que padecen esta pérdida de la funcionalidad de un miembro inferior a causa de padecer artrosis como patología de base.

Se trata de un proyecto educativo enfocado en pacientes de edad joven comprendida entre 50 y 60 años, desarrollado en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Las implicaciones para la práctica de enfermería tienen como finalidad facilitar el trabajo a futuros profesionales, proporcionar una documentación y sesiones, que puedan tomar de referencia para poner en práctica con este tipo de pacientes, con el fin de promocionar y mejorar la calidad de vida.

Palabras clave: artrosis, prótesis de rodilla, pérdida de funcionalidad, mejora de la calidad de vida.

Abstract.

The educational project presented below focuses on the abrupt loss of quality of life in young patients, related to the loss of functionality of a lower limb.

The aim is to improve the quality of life in patients suffering from the loss of functionality of a lower limb due to osteoarthritis as the underlying pathology. This is an educational project targeted at patients targeted at middle-aged patients ranged between 50 and 60 years old, developed at the Gregorio Marañón University General Hospital. The implications for nursing practice aim to facilitate the work of future professionals by providing documentation and sessions that they can use as a reference to implement with this type of patient, in order to promote and improve their quality of life.

Key words: osteoarthritis, knee prosthesis, loss of functionality, improvement of quality of life.

Presentación.

La pérdida de calidad de vida en pacientes jóvenes que tienen una vida activa y sufren un cambio manera abrupta en su salud, supone una necesidad de readaptación inmediata. Esta pérdida de calidad de vida y vulnerabilidad en este tipo de pacientes viene determinada por un diagnóstico tardío de artrosis y desembocando en la mayoría de los casos en medidas quirúrgicas, ya que las medidas farmacológicas suelen ser insuficientes. Estas medidas quirúrgicas en pacientes jóvenes suponen un mayor riesgo de fracaso quirúrgico, dando lugar a una pérdida de la funcionalidad de un miembro inferior. Esta pérdida de calidad de vida en pacientes jóvenes no sólo afecta a su bienestar físico, sino que también se ve afectada su salud mental, social y emocional, así como su participación en la vida diaria. Por este motivo, es de gran importancia abordar todos estos problemas de manera integral para mejorar la calidad de vida, promover su rehabilitación e inclusión social.

La motivación profesional que me ha llevado a realizar este trabajo surge tras la reflexión acerca de la capacidad, determinación y autonomía de la que disponemos los profesionales de enfermería para llevar un paso más allá los cuidados, los cuales son una actividad que requiere de valores personales y profesionales para la conservación, restablecimiento y autocuidado de la vida que se basa en la relación enfermera – paciente. Y en este caso en concreto, cómo podemos intervenir y modificar la calidad de vida afectada de un paciente.

La motivación personal que me ha llevado a realizar este trabajo es en base a la salud de mi padre, que desde el 2015 y tras la detección tardía de artrosis degenerativa, varias cirugías de prótesis de rodilla y fracasos protésicos asociados, me ha permitido observar cómo su calidad de vida se ha visto afectada y modificada por el paso del tiempo; y cómo desde la perspectiva sanitaria no se ha intentado proporcionar medios para intentar preservar, mantener o mejorar esa calidad más allá de la patología de base.

Por último, me gustaría dar las gracias a mi familia, pero en especial a mis padres M^a del Mar y Mariano, a mi hermano Héctor, a mi pareja Daniel, y a mi prima Claudia; por acompañarme en este camino y animarme siempre a seguir adelante. También hacer mención especial a mi padre, Mariano de Galdo, por transmitirme toda su experiencia, sensaciones e inquietudes que han hecho posibles la elaboración de este proyecto educativo basado en su caso clínico a lo largo de estos últimos años.

Estado de la cuestión.

1. Fundamentación, antecedentes y estado actual del tema.

A continuación, se hablará sobre que es la calidad de vida, cómo se puede valorar y a que factores va a afectar una disminución de esta. También se expondrá la primera causa patológica que produce una pérdida de la funcionalidad de un miembro inferior. Por último, se describirá cuál es el papel de enfermería frente a esta disminución de la calidad de vida y se describirán las funciones enfermeras que pueden ayudar a mejorar o recuperar esta calidad de vida. Las bases de datos revisadas en búsqueda de artículos y documentos que proporcionen un apoyo para la investigación han sido encontradas tanto en español como en inglés, siendo las más empleadas:

- Scielo.
- Pubmed.
- Elsevier.
- Google Académico.

Las palabras clave o key words empleadas para la búsqueda de artículos y documentos, se han realizado en base a unos términos localizados en deSC y meSH, que tienen la particularidad de ser un tesauro multilingüe y con categorías exclusivas que abarcan las áreas específicas de las Ciencia y Salud; siendo las palabras claves empleadas las indicadas en la siguiente tabla.

PALABRAS CLAVES	
DeCS	MeSH
ARTROSIS DE RODILLA	OSTEARTHITIS
GONARTROSIS	OSTEARTHITIS, KNEE
ARTROPLASTIA	KNEE JOINT
ARTROPLASTIA DE REEMPLAZO DE RODILLA	ARTHROPLASTY, REPLACEMENT, KNEE
PRÓTESIS.	PROSTHESES AND IMPLANTS
CALIDAD DE VIDA	QUALITY OF LIFE
ARTICULACIÓN DE LA RODILLA	KNEE JOINT

Tabla 1. Palabras clave. Elaboración propia por Lidia de Galdo, en Mayo de 2024 con las palabras clave aplicadas en la búsqueda de artículos y documentos.

La estrategia de búsqueda empleada en Pubmed, que es la base de datos de la que se han obtenido más artículos, por ejemplo, ha sido: (“calidad de vida”) AND (“artrosis de rodilla”) o (“artroplastia”) AND (“prótesis”). Los resultados que se obtuvieron en Pubmed al realizar la búsqueda inicial a partir de los términos (“calidad de vida”), (“artrosis de rodilla”) o (“artroplastia”) fueron de 1135 artículos, de los cuáles al aplicar el filtro se vieron reducidos en un total de 3 y 14 artículos respectivamente. Al observar que los resultados eran mínimos, se amplió la búsqueda en buscadores como Scielo, Elsevier y Google Académico; permitiendo encontrar mayor cantidad de artículos relacionados con el tema de estudio. De este mismo modo, se han empleado referencias que no están actualizadas en su totalidad y se han citado referencias publicadas con una antigüedad mayor a cinco años para hacer posible la elaboración de este proyecto.

1.1. El valor de la calidad de vida.

La calidad de vida se considera de gran importancia, ya que se trata de un parámetro de medición de los niveles de eficacia de las intervenciones y tratamientos empleados en cualquier paciente. Así mismo, permite evaluar la percepción de satisfacción del paciente ante cualquier aspecto de su vida. Este parámetro es importante, ya que, la pérdida de calidad de vida de un paciente condiciona el funcionamiento otros aspectos humanos (1,2).

Para que se pueda evaluar, hay que distinguir tres vertientes significativas: (1)

- La calidad de vida en general.
- La calidad de vida relacionada con la salud.
- La calidad de vida relacionada con enfermedades específicas.

También es necesario tener en consideración que no es únicamente un parámetro individual, dado que la calidad de un individuo puede afectar o condicionar a la calidad de vida de otros pacientes o usuarios cercanos (1). De este modo, cabe destacar que la calidad de vida está relacionada con la salud y más concretamente con enfermedades específicas, siendo esta la que debe tener mayor relevancia ante los profesionales sanitarios, ya que, los profesionales sanitarios poseen las herramientas y conocimientos para trabajar multidisciplinariamente, con el objetivo de aportar mejoras de calidad de vida en pacientes que tienen una disminución o pérdida de esta. Los pacientes que padecen una disminución de la calidad de vida sufren alteraciones de los siguientes factores, por lo que se debe trabajar sobre estos para mejorar la calidad de vida y de los propios pacientes (1,3).

- Condiciones laborales.

Los pacientes pueden ver afectado su entorno laboral, ya que este fracaso puede desembocar en una incapacidad ante la profesión realizada hasta la fecha, pudiendo obligar al paciente a replantearse su futuro y produciéndole ansiedad, estrés o inseguridad ante la falta de formación académica y práctica para otros puestos de trabajo.

- Condiciones del hogar.

Los pacientes pueden verse afectados, ya que, tras la pérdida de la funcionalidad de un miembro inferior, muchas veces tienen que adaptar el hogar o las infraestructuras de la vivienda para poder tener una movilidad que les haga lo suficientemente independientes y no les limite en su vida diaria; siendo esto también un gran condicionante económico al que tienen que hacer frente.

- Condiciones de salud.

Estos pacientes que sufren una pérdida de la funcionalidad de un miembro inferior siguen sufriendo una sintomatología similar a la que tenían antes de pasar por el tratamiento quirúrgico, ya que ese rechazo protésico produce dolor local y dolor reflejado otras zonas del cuerpo a causa de las malas posiciones o adaptaciones que hace el paciente en su vida diaria para soportar el dolor, hinchazón, e incapacidad funcional por el propio rechazo protésico. Así mismo, pueden verse modificados sus hábitos alimentarios o el patrón del sueño, dado el malestar general e irritabilidad que pueden presentar.

- Relaciones sociales.

Estos pacientes pueden ver disminuidas sus relaciones sociales ya que su estado psicológico puede presentar una situación de ansiedad y depresión postquirúrgica, dejando de lado sus relacionados sociales a causa del dolor, irritabilidad, apatía, pérdida de la motivación, estrés, miedo, soledad e incomprendición (1,3).

Del mismo modo, es necesario destacar la gran importancia y correlación que conlleva una pérdida de la calidad de vida en un paciente crónico. Esto se debe a la creciente consideración de la importancia que tienen los factores psicológicos y sociales durante el proceso salud-enfermedad; y cómo esta relación calidad de vida – salud ha ido avanzando en el pensamiento sanitario durante el siglo XIX y parte del siglo XX (4). Para ello se debe conocer que una enfermedad crónica se define como un trastorno orgánico funcional que obliga a una modificación de los estilos de vida de una persona y que tiende a persistir a lo largo de su vida (4).

Teniendo en cuenta esta definición, se puede evaluar la calidad de vida de los pacientes para poder detectar cualquier error en la forma de proceder del personal sanitario que atiende al paciente y a la familia, con el fin de lograr determinar si lo que se hace es suficiente o no y así poder diseñar cada vez mejores métodos y planes sanitarios específicos, para cada paciente y su patología (5). Esta correlación calidad de vida – salud se debe principalmente a que muchas enfermedades crónicas llevan un deterioro de la calidad de vida y que afectan tanto de manera directa como indirecta a las esferas de la vida laboral, condiciones del hogar, condiciones de salud y relaciones sociales del paciente (5-7).

En base a lo anteriormente expuesto, se podría decir que la calidad de vida es un aspecto esencial en la atención de los pacientes, que permite evaluar la eficiencia de las prácticas clínicas, tratamientos e intervenciones del personal sanitario. La pérdida de calidad de vida no es la misma en todos los pacientes, ya que esta puede verse afectada de manera progresiva o de manera abrupta, haciendo que la principal diferencia entre ellas sea el tiempo de adaptación del que va a disponer el paciente para afrontar todos los cambios que surjan en su vida. De este mismo modo, sería interesante conocer la alteración en el nivel de la calidad de vida en un paciente joven presentando una pérdida de la funcionalidad de un miembro inferior destacando por una afectación principalmente de la rodilla.

1.2. El desencadenante de un diagnóstico tardío de la artrosis.

La artrosis de rodilla es un proceso que implica una perturbación del equilibrio normal entre la degradación y reparación en el cartílago articular y el hueso subcondral, acompañado de fibrosis capsular, formación marginal de osteofitos y un grado variable de inflamación de la membrana sinovial. Existe una estrecha relación entre la articulación y la membrana sinovial, considerándose por ello la artrosis como un proceso que afecta a la articulación en su totalidad. Se trata de una enfermedad multifactorial, es decir, producida tanto por factores patogénicos de la rodilla (lesiones traumáticas, inestabilidades mecánicas o alteraciones del eje) como por factores de riesgo no modificables (8).

De esta misma manera, la artrosis de rodilla se puede clasificar en: (8)

- Artrosis primaria:

Se puede atribuir a factores de riesgo no modificables como serían la edad, origen étnico, género y obesidad.

- Artrosis secundaria:

Se puede atribuir a factores patogénicos locales y sistemáticos.

Así pues, un paciente presenta artrosis de rodilla cuando los factores mecánicos o los factores de riesgo no modificables comprometen al cartílago, produciendo una disminución de resistencia, resiliencia y elasticidad frente a la compresión. La característica principal de un paciente que padece artrosis va a ser típicamente reconocida por presentar una sintomatología y signos caracterizados por dolor e incapacidad variable pero progresiva, que afecta en el desarrollo de tener una vida activa; tanto la relacionada con la actividad física como con la vida laboral (9). Los síntomas característicos de un paciente que padece artrosis de rodilla son: (9)

- Dolor.
- Rigidez.
- Deformidad de la articulación.
- Crepitación.
- Tumefacción.
- Ausencia de fenómenos inflamatorios, locales o generales.
- Atrofia muscular.
- Palpitación dolorosa.
- Movilidad limitada.
- Inestabilidad articular.

Para ello lo más importante es diagnosticar en qué punto de desarrollo y avance sintomatológico y patológico está la artrosis; y así poder definir si al paciente le podemos tratar previamente con tratamientos conservadores porque se encuentra en un estado inicial, o si debemos proceder a un estudio diagnóstico con el fin de solucionar estos problemas mediante una prótesis total de rodilla (8).

Así pues, según lo indicado anteriormente para ello se deben analizar los criterios diagnósticos y las escalas que permitirán clasificar inicialmente en qué estado se encuentra la patología son: (10,11)

- Criterios para la clasificación de la artrosis de rodilla respaldados por la Sociedad Española de Reumatología.
- Escala de valoración clínica.
 - WOMAC (The Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index): recoge los aspectos del dolor, rigidez y la funcionalidad física del paciente. Se considera la escala estándar en pacientes afectados por artrosis de rodilla.
 - Cuestionario de salud SF (Short Form): consiste en un cuestionario formado por 36 ítems relacionados con la función articular y el dolor. El único inconveniente es la complejidad para ser rellenada por parte de los enfermeros.

- Escala KOOS (Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score): cuestionario de valoración que recoge aspectos como: síntomas, dolor, actividades diarias, actividades deportivas, actividades recreacionales y calidad de vida.
 - Escala de Rasmussen: recoge aspectos importantes en pacientes afectados por artrosis de rodilla pudiendo destacar el dolor, la capacidad de mantener la marcha, la capacidad de extensión de rodilla, la capacidad del rango de movimiento, la estabilidad del paciente y la fuerza del cuádriceps.
 - Escala de Calidad de vida (WHOQOL-BREF): medida genérica para evaluar la calidad de vida, formada por 26 ítems agrupados en 4 dimensiones: salud física, psicológica, relaciones sociales y entorno del paciente.
 - Escala visual analógica (EVA): recoge datos sobre 10 ítems relacionados con el dolor.
- Las pruebas diagnósticas de artrosis temprana están compuestas por estudios clínicos y pruebas diagnósticas, destacando las siguientes: (12)
- La radiografía permite conocer la severidad de la artrosis en la articulación femorotibial y se va a valorar mediante la clasificación Kellgren y Lawrence (KL) (tabla 2); que consiste principalmente en una evaluación del grado de formación de osteofitos. Es de gran importancia recordar que la aparición de osteofitos en una articulación es un signo de que esta se encuentra dañada (12).

CLASIFICACIÓN KELLGREN Y LAWRENCE (KL).

DeCS

MeSH

GRADO 0	NO HAY CAMBIOS.
GRADO 1	DUDOSA DISMINUCIÓN DEL ESPACIO ARTICULAR. APARICIÓN DE OSTEOFITOS.
GRADO 2	OSTEOFITOS Y POSIBLE CLARA DISMINUCIÓN DEL ESPACIO ARTICULAR.
GRADO 3	MÚLTIPLES OSTEOFITOS Y CLARA DISMINUCIÓN DEL ESPACIO ARTICULAR.
GRADO 4	GRAN CANTIDAD DE OSTEOFITOS, CON MARCADA DISMINUCIÓN DEL ESPACIO ARTICULAR, ESCLEROSIS SEVERA Y DAÑO SUBCONDRAL.

Tabla 2. Clasificación Kellgren y Lawrence. Elaboración propia por Lidia de Galdo, en Mayo de 2024 basada en la información recopilada sobre esta clasificación.

FIGURA 1. CLASIFICACIÓN RADIOLÓGICA DE ARTROSIS DE RODILLA



Imagen 1. En la imagen adjuntada, se puede observar los grados explicados en la clasificación Kellgren y Lawrence; siendo la imagen A – grado 1, imagen B – grado 2, imagen 3 – grado 3 y por último la imagen D – grado 4 (13).

- La artroscopia permite realizar un diagnóstico a partir de una endoscopia a nivel intraarticular, que permite valorar el estado de la rodilla y realizar una limpieza del interior de la articulación (12).
- La resonancia magnética permite valorar el estado del cartílago articular y del hueso subcondral. Es una prueba radiológica más sensible que la radiología simple y permite evidenciar el estado de múltiples alteraciones intraarticular de partes blandas (12).

Para ello se debe destacar que los tratamientos conservadores ante un inicio de artrosis van a ser: (14)

- Control del dolor mediante analgésicos.
- Aplicación de frío en la zona local donde se encuentra la lesión, la rodilla en este caso.
- Tratamiento fisioterapéutico guiado por un profesional.

Cuando tras probar estos tratamientos conservadores no se observa una mejoría por parte del paciente o el estado de la patología es muy avanzado, se procederá a valorar su caso para la colocación de una prótesis total de rodilla (PTR), mediante el análisis de los siguientes factores individualizados en el estado del paciente, experiencia del cirujano y la determinación del diseño protésico; que repercutirán de manera directa en el éxito o fracaso de PTR (14).

El análisis del paciente es de gran importancia ya que hay aspectos que permiten evidenciar un aumento de probabilidades ante el fracaso de una PTR, siendo los siguientes:

- Edad joven (paciente menor de 60 años).
- Una vida relativamente activa.
- Sobrepeso (diagnosticado si su IMC se encuentra entre 25 y 29.9; o si es superior a éste sería diagnosticado dentro del rango de obesidad)
- Pacientes jóvenes, pero con una alineación incorrecta o artrosis posttraumática.
- Diabetes mellitus.
- Tabaquismo.
- Enfermedades cardiológicas.

Por consiguiente, hay que realizar un seguimiento de la evolución natural de la PTR implantada en el paciente ya que, como cuerpo extraño, existe la posibilidad de que surja una interacción con el huésped; afectando a las características mecánicas, químicas y de tolerancia biológica del mismo (15).

Por este mismo proceso de evolución se pueden distinguir principalmente 3 etapas: (15)

- Fase post-implantación:
Abarca todo el proceso por el cual se produce la adaptación del paciente a las prótesis.
- Fase de funcionamiento:
Abarca todo el proceso de desarrollo normal de la prótesis.
- Fase de alteraciones:
Abarca todas las alteraciones que puede sufrir el paciente (desgaste, corrosión...); ya que las prótesis tienen una duración limitada.

Las cirugías protésicas de rodilla se dividen habitualmente en dos tipos, según haya cementación o no y esta clasificación a su vez se subdivide según los componentes afectados (15).

- Cirugía cementada:
Son prótesis en las que se utiliza cemento óseo para fijarla al hueso, aumentando la superficie de contacto entre la superficie y hueso, evitando concentraciones de tensiones y rellenando intersticios óseos.
- Cirugía no cementada:
Son prótesis que no necesitan de un cemento óseo para fijarla al hueso, porque el paciente tiene una superficie porosa y promoverá al crecimiento óseo alrededor de la prótesis.
Este modelo es menos utilizado en la actualidad a causa de que tras estudios realizados, se ha observado mayor fracaso por aflojamiento protésico y fallo en el componente tibial.

Es importante resaltar que los pacientes con problemas de PTR tras procesos quirúrgicos suelen destacar por dolor y/o limitación funcional; teniendo que llevar a cabo un análisis de todas las características que definen el dolor y la posibilidad de que éste sea referido desde otros focos. Se debe tener en cuenta que los comentarios aportados por el paciente en relación con la funcionalidad van a ser de gran utilidad, permitiendo evidenciar una incapacidad para andar, subir o bajar escaleras, presentar la necesidad de ayuda para iniciar la marcha o utilizar siempre el mismo pie antes de caminar. También se debe tener en cuenta la exploración física general para destacar que el dolor en la rodilla no proceda de un foco de irradiación localizado por una patología lumbar, de la cadera o trastorno neurovascular. La exploración de una rodilla con sospecha de fracaso de PTR aparte de lo citado anteriormente también atenderá a la presencia de alteraciones cutáneas, inflamación y/o derrame, la integridad del aparato extensor, la movilidad, la existencia de inestabilidad y el alineamiento articular en todo el miembro (15).

Tras lo expuesto anteriormente, se debe tener en cuenta que el paciente joven tiene una vida activa y un cambio de este tipo, que sucede de manera abrupta en consecuencia tras este tratamiento, supone una necesidad de readaptación inmediata. Estos pacientes requieren un abordaje precoz, ya que se observa una íntima relación entre la pérdida de calidad de vida y un fallo de PTR con pérdida de funcionalidad de un miembro inferior; destacando que no he encontrado información, argumentación, estudios o proyectos educativos en los que por parte del personal de enfermería permitan realizar un apoyo que proporcione un mantenimiento o mejora de la calidad de vida del paciente con disminución de la movilidad de la rodilla.

1.3. Un plan de cuidados personalizado.

Las funciones que puede desarrollar un profesional de enfermería se clasifican en funciones de investigación, administrativa, docencia y asistencia.

Se debe tener en cuenta que los cambios sociosanitarios y avances médicos y clínicos, están permitiendo adquirir un aumento de la esperanza de vida en las personas, pero que como consecuencia a la vez existe la pluripatología de base, es decir, la coexistencia de dos o más enfermedades crónicas en una misma persona. Esta pluripatología condiciona a que la esperanza de vida del paciente se vea relacionada con un deterioro progresivo, que a su vez se caracteriza por una disminución gradual de la autonomía y la capacidad funcional; generando una demanda en ámbitos asistenciales, y que tiene una relación directa y abordaje desde el campo de la enfermería (16,17). Tras lo expuesto anteriormente, estos pacientes sufren una pérdida de compromiso social, debido a que las enfermeras no pueden desarrollar sus funciones asistenciales; y por consiguiente esto provoca que el paciente tenga un proceso

de recuperación y conservación de la salud de una calidad inferior, llegando a encontrarse más desamparados, aumentando la pérdida o el deterioro de calidad de vida. Las funciones asistenciales tienen como objetivo encaminar o apoyar al individuo en la conservación o incremento de la salud, brindándoles asesoramiento y apoyo durante el proceso de recuperación. Todas las funciones asistenciales serán realizadas según los niveles de prevención en los que actúen, con el fin de conseguir objetivos mediante actividades y por consiguiente permitiendo que la forma de la pérdida de calidad de vida que se produce de manera abrupta en este tipo de paciente genere un menor impacto y mayor recuperación de calidad de vida (18).

NIVELES DE PREVENCIÓN.

PREVENCIÓN	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	NIVELES DE PREVENCIÓN
PRIMARIA	PROMOVER LA SALUD. PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES.	EDUCACIÓN PARA LA SALUD.	PROMOCIÓN DE LA SALUD.
SECUNDARIA	EVITAR QUE LAS ENFERMEDADES PROGRESEN.	PREVENCIÓN ESPECÍFICA. DETECCIÓN. DIAGNÓSTICO OPORTUNO Y TRATAMIENTO ADECUADO.	PREVENCIÓN ESPECÍFICA. DIAGNÓSTICO TEMPRANO Y TRATAMIENTO INMEDIATO.
TERCIARIA	REHABILITAR AL PACIENTE, A NIVEL FÍSICO, MENTAL Y SOCIAL.	REHABILITACIÓN.	REHABILITACIÓN.

Tabla 3. Niveles de prevención. Elaboración propia por Lidia de Galdo, en Mayo de 2024 basada en la información recopilada sobre los niveles de prevención.

Así pues, todas las funciones de prevención, promoción y recuperación de la salud se realizarán en base a los procesos de atención de enfermería (PAE) y aplicación de plan de cuidados, con el objetivo de realizar un seguimiento que en este tipo de pacientes se hará de manera extrahospitalaria. El PAE consiste principalmente en un conjunto de intervenciones propias de la enfermería que proporciona la atención necesaria que requiere cada paciente; proporcionando la recogida de datos suficientes para poder realizar planes de cuidados eficientes, eficaces e individualizados (19). Cabe destacar que los planes de cuidados de enfermería se realizan en base al lenguaje estandarizado reconocidos por la American Nurses Association (ANA), que está formado por:

- Los diagnósticos desarrollados por la NANDA, que es el lenguaje de enfermería estandarizado para la elaboración de diagnósticos de enfermería (20).

- Las intervenciones contenidas en la clasificación NIC, que es una clasificación estandarizada y exhaustiva de las intervenciones de enfermería (21).
- Los resultados contenidos en la clasificación NOC, que es una clasificación estandarizada y exhaustiva de los resultados del paciente, que puede utilizarse para evaluar los resultados de las intervenciones de enfermería (22).

Tras la comprobación de la existencia de planes de cuidados relacionados con las PTR, se encuentran planes de cuidados específicos para aplicar durante la estancia del paciente en el hospital; pero desde Atención Primaria, si nos basamos en la Cartera de Servicios, se puede observar que no hay ningún servicio de cartera aplicable a este tipo de pacientes o patología que padecen; siendo el modelo “506.3 Atención a personas con patología del miembro inferior” aquel que incluye la gonalgia (dolor de rodilla), pero detallando a su vez que estos pacientes pertenecen a futuros Servicios de “Atención al dolor crónico no oncológico” que no hay aún desarrollados en la web de la Comunidad de Madrid (23). En base a la bibliografía, y más concretamente a partir del modelo de servicio “506.3 Atención a personas con patología del miembro inferior”; es necesaria la creación de un desglose de intervenciones de enfermería que logren alcanzar una mejora en la calidad de vida de los pacientes con pérdida de la funcionalidad de un miembro inferior; en este caso afectados a si mismo por un fracaso de PTR y las secuelas que quedan tras este proceso quirúrgico (23).

Por consiguiente y tras todo lo citado anteriormente, considero de gran importancia el valor que tienen los profesionales de enfermería en la vida de un paciente, ya que su trabajo es prevenir, promocionar y mejorar la calidad de vida. Y entendiendo que, al no haber encontrado información relacionada con el tema abordado, es significativo porque este tipo de pacientes sufren una pérdida de compromiso social y empatía por parte del propio sistema sanitario y el resto de los profesionales que lo conforman. Es de gran importancia destacar la función que tiene el personal de enfermería en la vida de un paciente, realizando funciones como son los cuidados integrales, la educación, la prevención, el apoyo emocional, la gestión del dolor y el desarrollo de relaciones terapéuticas.

2. Justificación.

En base a lo anteriormente expuesto, se podría decir que la calidad de vida es un aspecto esencial en la atención de los pacientes, que permite evaluar la eficiencia de las prácticas clínicas, tratamientos e intervenciones del personal sanitario. La pérdida de calidad de vida no es la misma en todos los pacientes, ya que está puede verse afectada de manera progresiva o de manera abrupta, haciendo que la principal diferencia entre ellas sea el tiempo de adaptación del que va a disponer el paciente para afrontar todos los cambios que surjan en su vida. De este mismo modo, sería interesante conocer la alteración en el nivel de la calidad de vida en un paciente joven, presentando una pérdida de la funcionalidad de un miembro inferior, destacando una afectación principalmente de la rodilla.

Es de gran importancia resaltar que el paciente joven tiene una vida activa, y un cambio en su calidad de vida a causa de la pérdida de la funcionalidad de un miembro inferior y que sucede de manera abrupta en consecuencia tras este tratamiento, supone una necesidad de readaptación inmediata. Estos pacientes requieren un abordaje precoz, ya que se observa una relación entre la pérdida de calidad de vida y un fallo de PTR con pérdida de la funcionalidad de un miembro inferior; destacando que no he encontrado información, argumentación, estudios o proyectos educativos en los que por parte del personal de enfermería permitan realizar un apoyo que proporcione un mantenimiento o mejora de la calidad de vida del paciente con disminución de la movilidad de la rodilla.

De este modo, se debe considerar de gran importancia el valor que tienen los profesionales de enfermería en la vida de un paciente, ya que su trabajo es prevenir, promocionar y mejorar la calidad de vida. Entendiendo por consiguiente y al no haber encontrado información relacionada con el tema abordado, lo significativo que es la pérdida de calidad de vida por la pérdida de funcionalidad de un miembro inferior, desembocando en que este tipo de pacientes sufren una pérdida de compromiso social y empatía por parte del propio sistema sanitario y el resto de los profesionales que lo conforman. Es de gran importancia destacar la función que tiene el personal de enfermería en la vida de un paciente, realizando funciones como son los cuidados integrales, la educación, la prevención, el apoyo emocional, la gestión del dolor y el desarrollo de relaciones terapéuticas.

La justificación científica de este trabajo está basada y fundamentada tras una búsqueda exhaustiva de documentos, libros o artículos en los que no he encontrado documentación u otros trabajos previamente realizados, que tengan el mismo objetivo de mejorar la calidad de vida en pacientes con pérdida de funcionalidad de un miembro inferior.

La justificación de realizarlo en base al trabajo de enfermería tiene como finalidad facilitar el trabajo a futuros profesionales, proporcionar una documentación y sesiones que puedan tomar de referencia con el fin de promocionar y mejorar la calidad de vida.

Población y captación.

Población diana.

Los pacientes podrán inscribirse desde su hospital de referencia donde han sido intervenidos o desde sus centros de especialidades vinculados al Hospital General Universitario Gregorio Marañón (HGUGM). El centro elegido se debe a la cantidad de cirugías que se realizan durante un año; así como el número de pacientes que se encuentran en lista de espera quirúrgica. A continuación, se puede observar los datos que recogen la lista de espera existente en los últimos 3 meses de pacientes que esperan a ser operados de una prótesis de rodilla.

LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA.

	NOVIEMBRE 2023	DICIEMBRE 2023	ENERO 2024
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN	234	232	237

Tabla 4.1 Tabla de elaboración propia por Lidia de Galdo, en Mayo de 2024 que incluye la lista de espera quirúrgica de operaciones de prótesis de rodilla (24).

Y del mismo modo, a continuación, se puede observar una tabla que recoge los datos sobre las intervenciones quirúrgicas totales que se han realizado en los últimos 3 años.

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS.

	2020	2021	2022
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN	23.954	28.467	29.334

Tabla 4.2 Tabla de elaboración propia por Lidia de Galdo, en Mayo de 2024 basada en las intervenciones quirúrgicas de prótesis de rodillas realizadas en los últimos 3 años (25).

En este caso, tomando como referencia la columna del año 2022, se podrán observar las cirugías totales, vigiladas y que presentan infecciones:

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS EN EL AÑO 2022			
	CIRUGÍAS TOTALES	CIRUGÍAS VIGILADAS	INFECCIONES OBSERVADAS EN EL HOSPITAL
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN	29.334	318	3

Tabla 4.3 Tabla de elaboración propia por Lidia de Galdo, en Mayo de 2024 basada en las intervenciones quirúrgicas realizadas en el año 2022 con seguimiento tras el procedimiento quirúrgico (26).

Se debe destacar que las cirugías vigiladas han sido todas aquellas que tras el procedimiento quirúrgico se hayan visto puestas en riesgo, y las infecciones observadas hacen referencia a aquellas que han presentado algún proceso infeccioso tras las cirugías o durante un periodo mínimo de entre 6 meses a un año (26). En base a los datos recopilados del repositorio del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, el número de pacientes el cuál podría verse beneficiado de este proyecto educativo, consta entorno a 250 y 300 personas anualmente. El proyecto educativo va a ser iniciado en relación con un total de entre 100 y 150 pacientes anualmente; que se dividirán en 10 talleres anuales formado cada grupo por un total de entre 8-10 personas; y según la aceptación del programa y resultados obtenidos del mismo, se valorará la incorporación de más personal sanitario de enfermería y mayor número de talleres anuales.

Captación.

La captación de los pacientes la realizaremos desde el Hospital General Universitario Gregorio Marañón (HGUGM), concretamente desde la Unidad de Traumatología y Cirugía Ortopédica; ofertando la información principalmente en las Consultas Externas, ya que es donde los pacientes irán realizando sus revisiones clínicas. Del mismo modo, también trabajaremos en colaboración con los Centros Dependientes del HGUGM, que dispondrán de consultas de traumatología o centros de rehabilitación donde los pacientes que han sido operados en el hospital pueden ser derivados a estos para la continuidad de sus revisiones o cuidados básicos por parte del personal de enfermería (27).

Los centros asociados y donde realizaremos la recogida de pacientes son: (27)

- Centro de Especialidades Periférico de Moratalaz.
- Centro de Especialidades Hermanos Sangro.
- Instituto Provincial de Rehabilitación.

Para la realización de este proyecto y que la información llegue de manera correcta a todos los pacientes, se realizará la impresión de carteles informativos (Anexo 1: Cartel informativo) que serán expuestos en la Unidad de Traumatología y Cirugía Ortopédica; en los pasillos de las consultas externas y en el interior de estas, y proporcionaremos copias para los centros dependientes del HGUGM (27). También se realizará la impresión de folletos informativos (Anexo 2: Folleto informativo), que se entregarán a todos aquellos pacientes que acudan a consulta de traumatología, la consulta de enfermería y los centros dependientes del hospital. Estos folletos del mismo modo serán entregados acompañados de una hoja de inscripción (Anexo 3: Hoja de inscripción), en la que los pacientes que tengan interés por participar en nuestras sesiones clínicas podrán apuntarse de manera digital enviando una copia por correo electrónico o de manera presencial entregando ese mismo documento a su enfermera.

Los profesionales sanitarios encargados de la realización de este proyecto serán dos enfermeras o enfermeros pertenecientes a la Unidad de Traumatología y Cirugía Ortopédica del HGUGM, expertos en cirugías de prótesis total de rodilla y la vigilancia de estas tras los procesos quirúrgicos.

Objetivos.

Objetivos generales.

Mejora de la calidad de vida en pacientes jóvenes de edad comprendida entre 50 y 60 años, que padecen una pérdida de la funcionalidad de un miembro inferior a causa de padecer artrosis como patología de base.

Objetivos específicos.

Área cognitiva.

Los pacientes:

- Conocerán que la artrosis.
- Conocerán que es la calidad de vida.
- Identificarán los signos y síntomas de la artrosis.
- Identificarán los factores de mejora de la calidad de vida.
- Conocerán las situaciones que les predisponen a padecer una pérdida de la funcionalidad de un miembro inferior.

Área de habilidades.

Los pacientes:

- Realizarán las técnicas de prevención para el manejo de la mejora de calidad de vida.
- Realizarán las técnicas de prevención para el manejo de síntomas y signos relacionados con la artrosis.
- Realizarán las técnicas de prevención de accidentes.

Área afectiva.

Los pacientes:

- Expresarán sus preocupaciones de la pérdida de calidad de vida.
- Relatarán sus frustraciones o complicaciones ante la pérdida de la funcionalidad de un miembro inferior.

Contenidos.

Se pretende que los hombres y mujeres que presentan una pérdida de la calidad de vida a causa de una pérdida de funcionalidad de un miembro inferior aprendan a detectar los signos de aparición de la pérdida de calidad de vida, cómo mejorarlo precozmente y de qué manera se puede prevenir.

Para poder lograrlo, estos serán los contenidos del proyecto educativo:

- Conocimientos teóricos sobre la artrosis y predisposición.
 - Descripción de la patología.
 - Descripción de los síntomas y signos más frecuentes de la patología.
 - Causas más frecuentes de la pérdida de la funcionalidad de un miembro inferior.
- Conocimientos sobre la calidad de vida.
 - Reconocimiento de signos y síntomas de la pérdida de la calidad de vida.
 - Identificación en el ámbito laboral.
 - Identificación en el ámbito del hogar.
 - Identificación en el ámbito de la salud.
 - Identificación en el ámbito social.
- Mantenimiento y mejora de la calidad de vida.
 - Mantenimiento:
 - Práctica de ejercicios de fuerza, estiramientos, ejercicio aeróbico y de equilibrio adaptados a sus circunstancias especiales.
 - Mantenimiento de una alimentación sana, alcanzando o manteniendo un peso saludable.
 - Proporcionando material ortopédico para el manejo del dolor articular (rodilleras, plantillas ortopédicas, y bastones o muletas).
 - Terapias físicas, reeducación de la marcha e higiene postural de la mano de un fisioterapeuta.

- Mejora:

- Asesoramiento de nuevas salidas laborales.
- Asesoramiento en prevención de caídas.
- Asesoramiento sobre la adaptación domiciliaria.
- Asesoramiento sobre el manejo de la sintomatología dolorosa tras la operación quirúrgica.
 - Actividades físicas de ocio adaptadas.
 - Tratamientos de frío o calor local.
 - Terapia de fisioterapia.
 - Ejercicios de reentrenamiento del equilibrio, corrección de la marcha y fortalecimiento.
- Aprendizaje y manejo de la situación patológica en el entorno social.
 - Desarrollo de la capacidad comunicativa.

Sesiones, técnicas de trabajo y utilización de materiales.

El proyecto educativo planteado, consta de cuatro sesiones en total, siendo cada sesión de 55 minutos. Para poder comenzar con las sesiones ofertaremos a los pacientes dos grupos de talleres, uno en horario de mañana y otro en horario de tarde; realizando en total dos talleres al mes en dos franjas de horario distintas. Los pacientes previamente informados se apuntarán en una lista de espera que será gestionada por las enfermeras o enfermeros de la Unidad de Traumatología y Cirugía Ortopédica, y que tendrá como objetivo la organización de los pacientes, consiguiendo que cuando se alcance un número mínimo de pacientes, dará lugar la primera sesión. La intervención completa se realizará en un mes.

El grupo con el que se planea comenzar a trabajar va a estar formado por una estimación total de entre 100 y 150 pacientes anualmente; que se dividirán en 10 talleres anuales formado cada grupo por un total de entre 8-10 personas.

Los profesionales sanitarios encargados de la realización de este proyecto serán dos enfermeras u enfermeros pertenecientes a la Unidad de Traumatología y Cirugía Ortopédica del HGUGM, expertos en cirugías de prótesis total de rodilla y la vigilancia de estas tras los procesos quirúrgicos.

SESIONES	DURACIÓN	CONTENIDOS
1ª SESIÓN	55 MIN	DESCRIPCIÓN DE LA ARTROSIS. SIGNOS Y SÍNTOMAS MÁS FRECUENTES.
		DESCRIPCIÓN DE LAS CAUSAS MÁS FRECUENTES DE LA PÉRDIDA DE FUNCIONALIDAD DE UN MIEMBRO INFERIOR.
2ª SESIÓN	55 MIN	CONOCIMIENTOS TEÓRICOS SOBRE LA CALIDAD DE VIDA.
		DESARROLLO DE PAUTAS PARA MANTENER LA CALIDAD DE VIDA QUE EL PACIENTE DISPONE EN EL MOMENTO DEL TALLER.
3ª SESIÓN	55 MIN	DESARROLLO DE PAUTAS PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE TRAS ACUDIR AL TALLER.
		TÉCNICAS PARA EL MANEJO DE LA ANSIEDAD Y ESTRÉS. APOYO EN OTROS SANITARIOS. RESOLUCIÓN DE DUDAS.
4ª SESIÓN	55 MIN	

Tabla 5. Sesiones. Elaboración propia por Lidia de Galdo, en Mayo de 2024 basada en la distribución de las sesiones, su duración y contenidos.

1^a SESIÓN: CONOCIMIENTOS SOBRE LA ARTROSIS, SÍNTOMAS, Y SIGNOS. CAUSAS MÁS FRECUENTES DE LA PÉRDIDA DE FUNCIONALIDAD DE UN MIEMBRO INFERIOR.

CONTENIDOS	OBJETIVO	TÉCNICA	RECURSOS
DESCRIPCIÓN DE LA ARTROSIS. SIGNOS Y SÍNTOMAS MÁS FRECUENTES.	CONOCER LA PATOLOGÍA, SIGNOS Y SÍNTOMAS. OBTENER CONOCIMIENTOS INDISPENSABLES PARA ENTENDER SU SITUACIÓN ACTUAL.	TÉCNICA DE INICIACIÓN GRUPAL: "TÉCNICA DEL OVILLO". TÉCNICA EXPOSITIVA: SESIÓN TEÓRICA Y PARTICIPATIVA.	OVILLO DE LANA. ORDENADOR. PROYECTOR. PRESENTACIÓN CANVA.

METODOLOGÍA

COMENZAREMOS LA SESIÓN CON LA "TÉCNICA DEL OVILLO" COMO PRESENTACIÓN DE LOS DOCENTES Y EL PROYECTO QUE SE IMPARTIRÁ. POSTERIORMENTE, SEGUIRÁN LA TÉCNICA LOS PARTICIPANTES, CON EL FIN DE ASEGURAR UN AMBIENTE MÁS CERCANO, INFORMAL Y CÁLIDO.

A CONTINUACIÓN, INICIAREMOS UNA SESIÓN TEÓRICA, SOBRE LA ARTROSIS, SIGNOS Y SÍNTOMAS; EN LAS QUE LOS PARTICIPANTES PODRÁN PARTICIPAR Y EXPONER SUS DUDAS.

CONTENIDOS	OBJETIVO	TÉCNICA	RECURSOS
DESCRIPCIÓN DE LAS CAUSAS MÁS FRECUENTES DE LA PÉRDIDA DE FUNCIONALIDAD DE UN MIEMBRO INFERIOR.	CONOCER LAS CAUSAS MECÁNICAS O BIOLÓGICAS QUE AFECTAN AL TRATAMIENTO POST-QUIRÚRGICO DE PTR.	TÉCNICA DE INVESTIGACIÓN EN EL AULA: "LLUVIA DE IDEAS" Y "FOTOPALABRA". TÉCNICA EXPOSITIVA: SESIÓN TEÓRICA BREVE.	PIZZARRA Y ROTULADORES. ORDENADOR. PROYECTOR. FOTOPALABRAS. INFOGRAFÍA EN PDF.

METODOLOGÍA

COMENZAREMOS LA SEGUNDA PARTE DE LA SESIÓN ANIMANDO A LOS PARTICIPANTES A REALIZAR UNA LLUVIA DE IDEAS SOBRE EL CONOCIMIENTO DE LA PÉRDIDA DE LA FUNCIONALIDAD DE UN M.M.I.I Y PROPORCIONAREMOS "FOTOPALABRA" COMO APOYO TEÓRICO. A CONTINUACIÓN, INICIAREMOS UNA SESIÓN TEÓRICA A PARTIR DE LAS IDEAS APORTADAS PARA ACLARAR TODAS LAS CAUSAS QUE AFECTARON A ESTOS PARTICIPANTES.

2ª SESIÓN: CONOCIMIENTOS TEÓRICOS SOBRE LA CALIDAD DE VIDA.

CONTENIDOS	OBJETIVO	TÉCNICA	RECURSOS
CONOCIMIENTOS TEÓRICOS SOBRE LA CALIDAD DE VIDA.	¿QUÉ ES LA CALIDAD DE VIDA? FACTORES QUE INFLUYEN EN ELLA Y RECONOCIMIENTO DE SIGNOS Y SÍNTOMAS QUE INDICUEN UNA PÉRDIDA DE CALIDAD DE VIDA.	TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN: "LLUVIA DE IDEAS" Y DEBATE. TÉCNICA EXPOSITIVA: SESIÓN TEÓRICA BREVE.	PIZARRA. ORDENADOR. PROYECTOR. INFOGRAFÍA FORMATO PDF.

METODOLOGÍA

COMENZAREMOS LA SEGUNDA SESIÓN REALIZANDO UN RESUMEN DE LA ANTERIOR Y DANDO UN PAR DE MINUTOS A LA RESOLUCIÓN DE DUDAS.
A CONTINUACIÓN EXPONDREMOS ¿QUÉ ES LA CALIDAD DE VIDA? CON UNA "LLUVIA DE IDEAS" Y DEBATE ENTRE LOS PARTICIPANTES.
DESPUÉS REFORZAREMOS ESTO, MEDIANTE UNA SESIÓN TEÓRICA, APORTANDO CONOCIMIENTOS TEÓRICOS AL RESPECTO.

3ª SESIÓN: MANTENIENDO Y MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA.

CONTENIDOS	OBJETIVO	TÉCNICA	RECURSOS
DESARROLLO DE PAUTAS PARA MANTENER LA CALIDAD DE VIDA QUE EL PACIENTE DISPONE EN EL MOMENTO DEL TALLER.	ENSEÑAR LAS ACCIONES QUE ESTÁN EN MANOS DEL PACIENTE PARA MANTENER LA CALIDAD DE VIDA QUE PRESENTA EN EL MOMENTO DEL TALLER.	TÉCNICA EXPOSITIVA: SESIÓN TEÓRICA CON APOYOS FOTOGRÁFICOS. TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN: TORMENTA DE IDEAS Y EXPERIENCIAS.	ORDENADOR. PROYECTOR. INFOGRAFÍA TEÓRICA EN FORMATO PDF.

METODOLOGÍA

COMENZAREMOS LA SEGUNDA SESIÓN REALIZANDO UN PEQUEÑO RESUMEN DE LA ANTERIOR Y RESOLVIENDO DUDAS. A CONTINUACIÓN, INICIAREMOS UNA TORMENTA DE IDEAS Y EXPERIENCIAS CON LA QUE VALORAREMOS QUE CONOCIMIENTOS TIENEN LOS PARTICIPANTES SOBRE EL MANTENIMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA. A CONTINUACIÓN HAREMOS UNA SESIÓN TEÓRICA CON APOYOS FOTOGRÁFICOS DE TODAS LAS PAUTAS QUE PERMITIRÁN CONSEGUIR EL OBJETIVO.

CONTENIDOS	OBJETIVO	TÉCNICA	RECURSOS
DESARROLLO DE PAUTAS PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE TRAS ACUDIR AL TALLER.	ENSEÑAR ACCIONES QUE PUEDEN LLEVAR A CABO LOS PACIENTES PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA.	TÉCNICA EXPOSITIVA: SESIÓN TEÓRICA CON APOYOS FOTOGRÁFICOS. TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN: SE REFLEXIONARÁ Y ORGANIZARÁN CONCEPTOS. ACLARACIÓN DE DUDAS.	ORDENADOR. PROYECTOR. INFOGRAFÍA TEÓRICA EN FORMATO PDF.

METODOLOGÍA

INICIAREMOS LA SEGUNDA PARTE DE LA SESIÓN CON UNA SESIÓN TEÓRICA CON APOYOS FOTOGRÁFICOS DE TODAS LAS PAUTAS QUE PERMITIRÁN MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA. LA SEGUNDA PARTE LA DEDICAREMOS A ORGANIZAR CONCEPTOS, PARTICIPACIÓN DE LOS PACIENTE Y RESOLUCIÓN DE DUDAS.

4ª SESIÓN: PUESTA EN COMÚN DE EXPERIENCIAS Y SENSACIONES. RESOLUCIÓN DE DUDAS.

CONTENIDOS	OBJETIVO	TÉCNICA	RECURSOS
TÉCNICAS PARA EL MANEJO DE LA ANSIEDAD Y ESTRÉS. APOYO EN OTROS SANITARIOS. RESOLUCIÓN DE DUDAS.	APRENDER A CANALIZAR Y GESTIONAR DE MANERA ADECUADA SU NIVEL DE ESTRÉS Y ANSIEDAD. INFORMAR DE TODOS LOS RECURSOS SANITARIOS. DUDAS.	TÉCNICAS PARA EL DESARROLLO DE HABILIDADES: EJERCICIOS DE RESPIRACIÓN PROFUNDA, MUSICOTERAPIA Y PINTAR MANDALAS. INFORMAR DE APOYO EN OTROS SANITARIOS. DUDAS.	ORDENADOR. ALTAVOZ. MÚSICA RELAJANTE. FOLIOS CON MANDALAS.

METODOLOGÍA

POR ÚLTIMO, EN ESTA SESIÓN REALIZAREMOS UNA PUESTA EN COMÚN DE LOS SENTIMIENTOS, SENSACIONES Y EXPERIENCIAS POR LOS PACIENTES. REALIZAMOS TÉCNICAS PARA DESARROLLAR EJERCICIOS QUE PERMITAN CANALIZAR Y GESTIONAR EL ESTRÉS Y ANSIEDAD EN MOMENTOS DIFÍCILES. TAMBIÉN DAREMOS INFORMACIÓN DE LOS SERVICIOS DE FISIOTERAPIA O PSICOLOGÍA QUE ESTÁN A LA ATENCIÓN DEL PACIENTE; ASÍ COMO RESOLUCIÓN DE DUDAS.

Elaboración propia de Lidia de Galdo, Mayo 2024.

Evaluación.

Para evaluar este proyecto educativo se llevará a cabo la evaluación y la estructura del proceso mediante una evaluación de resultados dónde mediremos la consecución de los objetivos a corto, medio y largo plazo.

Evaluación de la estructura y el proceso.

Los docentes realizarán una evaluación inicial y otra evaluación al finalizar el curso en la que serán capaces de evaluar los distintos ítems citados a continuación:

- Evaluación de los participantes.

El objetivo de recoger estos datos será evaluar si todos los participantes apuntados inicialmente, acuden mostrando un verdadero interés por las sesiones a lo largo del programa propuesto, y así mismo, esto nos permitirá saber si el número de pacientes es adecuado para el desarrollo y comprensión del taller. Esta evaluación se realizará entregando una hoja de firmas al inicio de cada sesión (Anexo 4: Hoja de firmas).

- Evaluación de la planificación.

Esto se realizará mediante el análisis de los distintos cuestionarios anónimos realizados por los pacientes. Por ello, dispondremos de una evaluación interna del profesional de enfermería que nos permitirá evaluar qué debemos mantener, reformular o modificar de manera inmediata. (Anexo 5: Evaluación interna).

Los participantes evaluarán la estructura y contenidos de las sesiones que conforman el proyecto educativo mediante un cuestionario que permitirá la evaluación completa de manera rápida y sencilla los siguientes puntos: (Anexo 6: Evaluación del taller).

- Encuesta sobre los docentes.
- Encuesta sobre los materiales utilizados.
- Encuesta sobre la adecuación del lugar.
- Encuesta sobre la programación.

Debemos recordar y hacer hincapié en que la evaluación de los talleres será totalmente anónima, y que estas evaluaciones son fundamentales para poder modificar aquellos puntos que debemos mejorar en las sesiones. Por esto mismo, es fundamental tener en cuenta el criterio de todos los participantes y de los docentes a la hora de realizar educación para la salud.

Evaluación de resultados.

Se valorará el alcance de los objetivos educativos propuestos en las 3 áreas de aprendizaje, y para ello haremos un abordaje de evaluación a corto, medio y largo plazo. Los objetivos que vamos a evaluar a corto plazo se realizarán al final de los talleres, con el fin de evaluar las siguientes áreas:

Área cognitiva.

Los pacientes:

- Conocerán que la artrosis.
- Conocerán que es la calidad de vida.
- Identificarán los signos y síntomas de la artrosis.
- Identificarán los factores de mejora de la calidad de vida.
- Conocerán las situaciones que les predisponen a padecer una pérdida de la funcionalidad de un miembro inferior.

Área afectiva.

Los pacientes:

- Expresarán sus preocupaciones de la pérdida de calidad de vida.
- Relatarán sus frustraciones o complicaciones ante la pérdida de la funcionalidad de un miembro inferior.

Para poder evaluar estas áreas realizaremos unos cuestionarios pre- y post- sesión; el objetivo principal de estos cuestionarios es evaluar los conocimientos iniciales de los que dispone el paciente y los conocimientos finales que obtienen tras las sesiones.

Los objetivos que vamos a evaluar a medio plazo se realizarán a los 3 meses de finalizar las sesiones con el fin de evaluar las siguientes áreas:

Área de habilidades.

Los pacientes:

- Realizarán las técnicas de prevención para el manejo de la mejora de calidad de vida.
- Realizarán las técnicas de prevención para el manejo de síntomas y signos relacionados con la artrosis.
- Realizarán las técnicas de prevención de accidentes.

Los objetivos que se evaluarán a medio plazo se implementarán a los tres meses de finalizar las sesiones. Al comenzar dichas sesiones, haremos entrega de un cuestionario inicial (Anexo 7: Evaluación inicial), con la determinación de saber en qué punto se encuentra el paciente antes de iniciar la intervención educativa.

Transcurridos tres meses, nos pondremos en contacto vía telefónica con cada paciente, cuyo propósito será informar de que, a través del correo electrónico, se les proporcionará el cuestionario aplicado inicialmente. Este proceso tiene como objetivo principal evaluar los cambios y progresos a medio plazo tras la intervención educativa. Este es el único cuestionario que va a contener los datos personales del paciente.

Los objetivos que se evaluarán a largo plazo se implementarán a los seis meses de finalizar las sesiones. Para poder evaluar los objetivos a largo plazo, utilizaremos el mismo cuestionario entregado inicialmente y que, del mismo modo previamente se ha utilizado para valorar los objetivos a medio plazo, es decir, este cuestionario ya lo tenemos completado por el paciente de la vez anterior (Anexo 7: Evaluación inicial). De este modo, contactaremos con el paciente, para informar de la llegada, a través del correo electrónico, de este cuestionario nuevamente. La diferencia será que la evaluación se realizará con el objetivo de observar cambios, progresos, calidad y puesta en práctica de los talleres educativos a largo plazo.

Estos cuestionarios junto con los recogidos a medio plazo permitirán a los docentes evaluar si las sesiones implementadas tanto a nivel formativo como práctico han supuesto una mejora de calidad de vida en cada uno de los pacientes; y si hemos cumplido con nuestra función de educación para la salud o en que podemos mejorar para talleres futuros.

Bibliografía.

- (1) Riveros A, Sánchez Sosa JJ, Groves MA. Inventario de Calidad de Vida y Salud. InCaViSa 2009.
- (2) Alonso J, Badía Llach X, Salamero M, Lilly F. La medida de la salud: guía de escalas de medición en español, 3^a ed. Barcelona: Edimac, Barcelona; 2002.
- (3) Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales. Ciencia y enfermería 2003 Dic 28;Vol. 9(No. 2).
- (4) Vinaccia S, Orozco LM. Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. Diversitas 2005 Jun 20;Vol. 1(No. 2):125-137.
- (5) Victoria García-Viniegras CR. Calidad de vida en enfermos crónicos. Revista Habanera de Ciencias Médicas 2007 Nov;Vol. 6(No. 4).
- (6) Vitaloni M, Botto-Van Bemden A, Maya Sciortino R, Scotton D, Bibas M, Quintero M, et al. Global management of patients with knee osteoarthritis begins with quality of life assessment: a systematic review. BMC Musculoskelet Disord. 2019 Oct 27.
- (7) González-Sáenz-de-Tejada M, Quintana JM, Arenaza JC, Azcarate-Garitano JR, Esnaola-Guisasola PM, García-Sánchez I, et al. Long-term health related quality of life in total knee arthroplasty. BMC Musculoskelet Disord 2023 Apr 25.
- (8) Martínez Figueroa R, Martínez Figueroa C, Calvo Rodriguez R, Figueroa Poblete D. Osteoartritis de rodilla. Revista Chilena de Ortopedia y Traumatología 2015 Sep 15;Vol. 56(No. 3):45-51.
- (9) Campos Munoz J, Bustamante-Fustamante J, Cabeza Luján C, Benites Suárez J, Bejarano Guzmán J, Cabrera Toribio L, et al. Artrosis de rodilla: factores modificables y no modificables. Revista médica de Trujillo 2015 Dic;Vol. 11(No. 4).
- (10) Álvarez López A, García Lorenzo Y, López Lastre G, López Lastre M, Áreas Sifonte Y, Ruiz de Villa A. Artrosis de la rodilla y escalas para su evaluación. Revista Archivo Médico de Camagüey 2012 Dic;Vol. 16(No. 6).
- (11) Meneses Monroy A, Rodríguez-Blázquez C, Ursúa ME, Caparrós N, Ruiz de Ocenda MI, López L, et al. Validación de la escala de convivencia con artrosis en la población española. Atención Primaria 2021 Jul;Vol. 53(No. 6).
- (12) Gallo Vallejo FJ, Giner Ruiz V. Diagnóstico. Estudio radiológico. Ecografía, tomografía computarizada y resonancia magnética. Atención Primaria 2014; Vol. 46(No. 1):21-28.
- (13) Wainer E M. Cirugía biológica pre protésica en artrosis temprana de rodilla. Revista Médica Clínica Las Condes 2014 Ago 10;Vol. 25(No. 5):793-804.
- (14) Ortega Andreu M, Barco Laakso R, Rodríguez Merchan EC. Artroplastia total de rodilla. Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología 2002; Vol. 46(No. 5):476-484.

- (15) Ortega Andreu M, Rodríguez Merchán EC, Alonso Carro G. Recambios protésicos de rodilla. : Madrid: Editorial Médica Panamericana, D.L. 2001.; 2001.
- (16) Merlo González E. Valoración de la calidad de vida en los pacientes crónicos pluripatológicos. RIDEC 2018;Vol. 11(No. 1).
- (17) Mármol-López MI, Miguel Montoya I, Montejano Lozoya R, Escribano Pérez A, Gea-Caballero V, Ruiz Hontangas A. Impacto de las intervenciones enfermeras en la atención a la cronicidad en España. Revisión sistemática. Revista Española de Salud Pública 2018 Jun 27,;Vol. 92.
- (18) Julio V, Vacarezza M, Álvarez C, Sosa A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la saludScil. Sociedad de Medicina Interna de Uruguay 2011;Vol. 33(No. 1).
- (19) Stockert P, Hall A, Potter P, Perry A. Fundamentos de enfermería. : Elsevier; 2014.
- (20) Herdman TH. Diagnósticos enfermeros : definiciones y clasificación: 2021-2023. 2021.
- (21) K. Butcher H, M. Bulechek G, M. Dochterman J, M. Wagner C. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Sexta ed.: Elsevier.
- (22) Moorhead S, Swanson E, Johnson M, L. Maas M. Clasificación de resultados de enfermería (NOC) : medición de resultados en salud. Sexta Edición ed.: Elsevier; 2019.
- (23) Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid. 2021; Available at: <https://www.comunidad.madrid/hospital/atencionprimaria/nosotros/cartera-servicios>.
- (24) Activos de la Lista de Espera Quirúrgica por hospital y procesos/patologías. Available at: <https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/lista-espera-quirurgica>.
- (25) Observatorio de resultados del Servicio Madrileño de Salud. Datos generales - Intervenciones. Available at: <http://observatorioresultados.sanidadmadrid.org/hospitalesdatosgeneralestable.aspx?id=88>.
- (26) Infección de localización quirúrgica en cirugía de protésis de rodilla. 2022; Available at: <http://observatorioresultados.sanidadmadrid.org/hospitalescomparativa.aspx?id=36>.
- (27) Centros de Atención Sanitaria dependientes del Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Available at: <https://centrossanitarios.sanidadmadrid.org/RedAsistencial/DetalleHospital.aspx?ID=35>.

Anexos.

Anexo 1: Cartel informativo.

HOY ES EL PRINCIPIO DE ALGO MUY GRANDE.

SI FORMAS PARTE DE ALGUNO DE ESTOS GRUPOS, HABLA CON TU PROFESIONAL DE ENFERMERÍA Y APÚNTATE A NUESTRAS SESIONES.

ADULTOS ENTRE 50
Y 65 AÑOS.

ADULTOS DE EDAD
COMPRENDIDA ENTRE 50 Y 65
AÑOS.

PÉRDIDA DE LA
FUNCIONALIDAD DE UN
MIEMBRO INFERIOR.

TRAS UN ACCIDENTE DE TRÁFICO O
UNA MALA RECUPERACIÓN POST-
QUIRÚRGICA; CON AFECTACIÓN DE
LA MOVILIDAD DE RODILLA.

RESIDENCIA EN LA
LOCALIDAD DE
MADRID.

TALLER IMPARTIDO EN
MADRID.



TALLER PARA ALCANZAR UNA MEJORA DE LA CALIDAD DE
VIDA .

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN.

Anexo 2: Folleto informativo.

LUGAR.

AULA DE FORMACIÓN DE CONSULTAS EXTERNAS.

PUNTO DE ENCUENTRO: PUERTA PRINCIPAL DE CONSULTAS EXTERNAS.

CALLE DEL DR. CASTELO, 54.
MADRID.
CP: 28009

 Hospital General Universitario
Gregorio Marañón

HORARIOS.

SESIONES LOS MIÉRCOLES.

TURNO DE MAÑANA: 10:00H.
TURNO DE TARDE: 19:00H.

IMPARTIDO POR:

ENFERMERA CON EXPERIENCIA EN TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA.

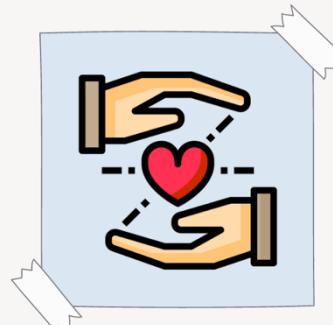
¿QUÉ ES LA CALIDAD DE VIDA?

LA CALIDAD DE VIDA ES UN PARÁMETRO DE MEDICIÓN DE LOS NIVELES DE EFICACIA DE LAS INTERVENCIONES Y TRATAMIENTOS EMPLEADOS EN CUALQUIER PACIENTE.

ASÍ MISMO, PERMITE EVALUAR LA PERCEPCIÓN DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE ANTE CUALQUIER ASPECTO DE SU VIDA.



TALLER PARA ALCANZAR UNA MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA.



HOY ES EL PRINCIPIO DE ALGO MUY GRANDE.

INFORMACIÓN BÁSICA.

INFORMACIÓN Y CONTACTO.

INSCRIPCIONES: RELLENANDO LA HOJA DE INSCRIPCIÓN.

ENTREGA LA HOJA DE INSCRIPCIÓN AL PERSONAL DE ENFERMERÍA O ENVIANDO EL DOCUMENTO MEDIANTE CORREO ELECTRÓNICO.

DATOS DE CONTACTO:
HOLA@CALIDADVIDA.ES
915 00 25 33

CRONOGRAMA.

1^a SESIÓN:
CONOCIMIENTOS SOBRE LA ARTROSIS. SÍNTOMAS Y SIGNOS. CAUSAS FRECUENTES DE LA PÉRDIDA DE FUNCIONALIDAD DE UN MIEMBRO INFERIOR.

2^a SESIÓN:
CONOCIMIENTOS TEÓRICOS SOBRE LA CALIDAD DE VIDA.

3^a SESIÓN:
MANTENIMIENTO Y MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA.

4^a SESIÓN:
PUESTA EN COMÚN DE EXPERIENCIAS Y SENSACIONES. RESOLUCIÓN DE DUDAS.

¿QUÉ VOY A APRENDER?

¿CUÁNDΟ Y POR QUÉ EMPEZÓ TODO?



HERRAMIENTAS PARA MANTENER Y MEJORAR MI CALIDAD DE VIDA.



TÉCNICAS PARA EL MANEJO DEL ESTRÉS Y ANSIEDAD.

IMPORTANTE

GANAS DE APRENDER, CONOCER GENTE NUEVA, PASARLO BIEN Y SOBRE TODO, DESCUBRIR QUE NOS QUEDA MUCHO POR VIVIR.

Elaboración propia de Lidia de Galdo, Mayo 2024.

Anexo 3: Hoja de inscripción.

HOJA DE INSCRIPCIÓN.

TALLER PARA ALCANZAR UNA MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA

NOMBRE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

APELLIDOS _____ TELÉFONO DE CONTACTO _____

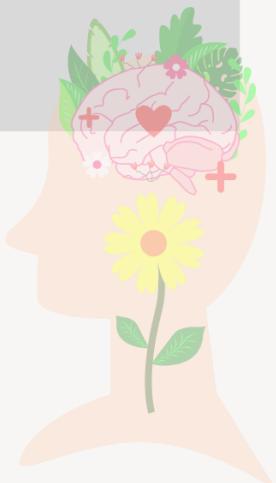
DOMICILIO _____ CODIGO POSTAL _____

CORREO ELECTRÓNICO _____ ESTADO CIVIL _____

- ¿ES LA PRIMERA VEZ QUE ACUDE A
UN TALLER SANITARIO? SI NO

NOS GUSTARÍA QUE DESCRIBIERAS BREVEMENTE TUS EXPECTATIVAS SOBRE ESTE CURSO Y PORQUE HAS
DECIDIDO PARTICIPAR EN ÉL:

FIRMA DEL INTERESADO



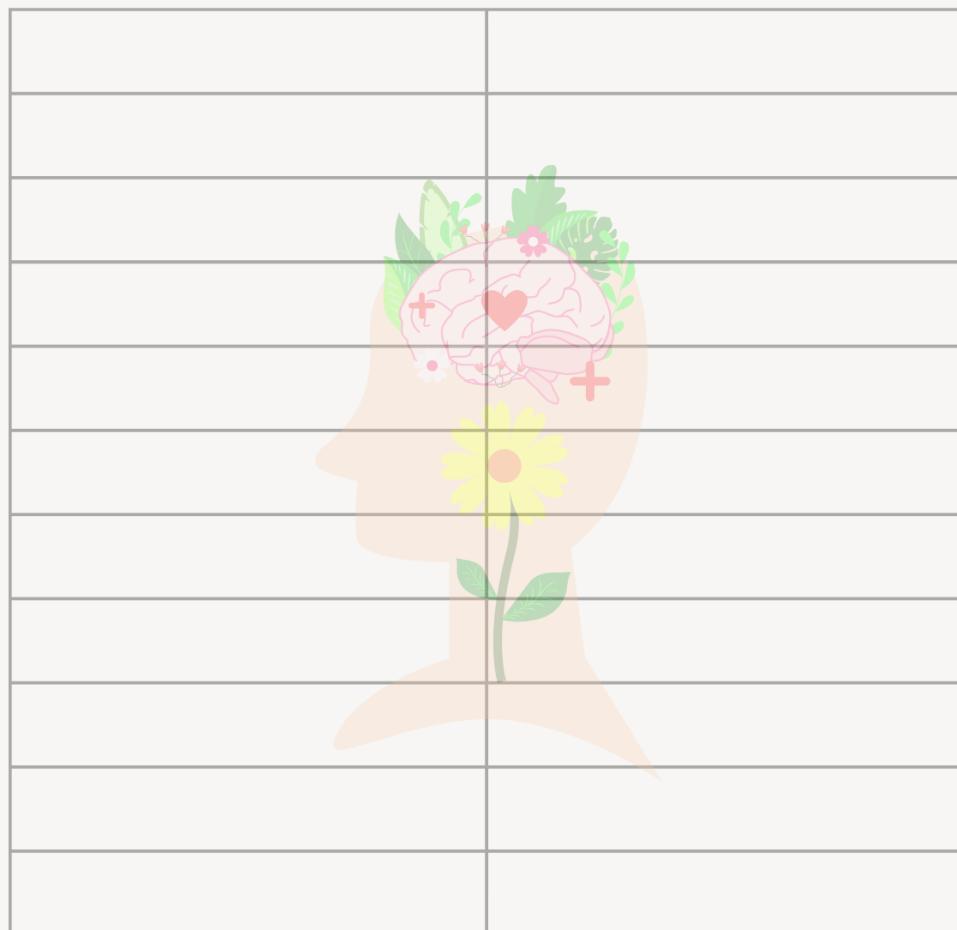
Anexo 4: Hoja de firmas.

HOJA DE FIRMAS.

FECHA:
NÚMERO DE SESIÓN:

NOMBRE Y APELLIDOS

FIRMA



Elaboración propia de Lidia de Galdo, Mayo 2024.

Anexo 5: Evaluación interna.

EVALUACIÓN INTERNA PARA EL PERSONAL DE ENFERMERÍA.

SEGÚN LAS RESPUESTAS DE LOS PACIENTES:

ASPECTOS MUY DEFICIENTES Y DEFICIENTES QUE REQUIEREN UNA MODIFICACIÓN INMEDIATA:

ASPECTOS REGULARES Y BUENOS QUE REQUIEREN UNA MODIFICACIÓN O REFORMULACIÓN:

ASPECTOS EXCELENTES QUE SE DEBEN MANTENER Y NO MODIFICAR:



Anexo 6: Evaluación del taller.

EVALUACIÓN FINAL.

RELENE LOS SIGUIENTES APARTADOS:

EN RELACIÓN A LOS DOCENTES:

	EXCELENTE	BUENO	REGULAR	DEFICIENTE	MUY DEFICIENTE
PRESTAN DOMINIO EN LOS TEMAS QUE EXPONEN	<input type="checkbox"/>				
BRINDAN CLARIDAD EN SUS EXPLICACIONES	<input type="checkbox"/>				
RESPONDEN ADECUADAMENTE LAS PREGUNTAS	<input type="checkbox"/>				
PLANEAN EL DESARROLLO DE LA SESIÓN	<input type="checkbox"/>				
LOS TALLERES SON DINÁMICOS	<input type="checkbox"/>				
LOS TALLERES TIENEN ESTRATEGIAS DIDÁCTICAS DIFERENTES	<input type="checkbox"/>				
CALIDAD EN EL TRATO	<input type="checkbox"/>				
PRESTAN DOMINIO EN LOS TEMAS QUE EXPONEN	<input type="checkbox"/>				

COMENTARIOS ADICIONALES EN RELACIÓN A LOS DOCENTES:

PÁGINA 1 DE 3.



EVALUACIÓN FINAL.

RELLENE LOS SIGUIENTES APARTADOS:

EN RELACIÓN AL MATERIAL:

	EXCELENTE	BUENO	REGULAR	DEFICIENTE	MUY DEFICIENTE
ORDENADOR	<input type="radio"/>				
PROYECTOR	<input type="radio"/>				
ALTAVOZ Y MÚSICA RELAJANTE	<input type="radio"/>				
PIZARRA	<input type="radio"/>				
OVILLO DE LANA Y MANDALAS	<input type="radio"/>				
BOLÍGRAFOS Y ROTULADORES	<input type="radio"/>				
LLUVIA DE IDEAS Y FOTOPALABRA	<input type="radio"/>				
INFOGRAFÍAS Y PRESENTACIONES TEÓRICAS	<input type="radio"/>				

EN RELACIÓN A LA ADECUACIÓN DEL LUGAR:

ILUMINACIÓN	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ESPACIO ADECUADO Y SUFFICIENTE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
VISIBILIDAD	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DISPOSICIÓN DE LAS MESAS Y SILLAS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

PÁGINA 2 DE 3.



EVALUACIÓN FINAL.

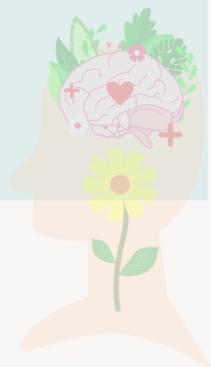
RELLENE LOS SIGUIENTES APARTADOS:

EN RELACIÓN A LA PROGRAMACIÓN:

	EXCELENTE	BUENO	REGULAR	DEFICIENTE	MUY DEFICIENTE
EL NÚMERO DE SESIONES ES ADECUADO	<input type="radio"/>				
EL TIEMPO DE DURACIÓN ES CORRECTO	<input type="radio"/>				
EL HORARIO FACILITA LA PARTICIPACIÓN	<input type="radio"/>				

ESPACIO RESERVADO PARA COMENTARIOS QUE PERMITAN UNA MEJORA DEL PROYECTO (MATERIAL, LUGAR, PROGRAMACIÓN, ETC...)

PÁGINA 3 DE 3.



Anexo 7: Evaluación inicial.

EVALUACIÓN INICIAL.

NOMBRE Y APELLIDOS:

RESPONDA SEGÚN SU CALIDAD DE VIDA ACTUAL:

	EXCELENTE	BUENO	REGULAR	DEFICIENTE	MUY DEFICIENTE
CONDICIÓN FÍSICA PARA REALIZAR SU TRABAJO	<input type="radio"/>				
MOVILIDAD FÍSICA EN EL DOMICILIO HABITUAL	<input type="radio"/>				
CALIDAD DE SUS RELACIONES SOCIALES	<input type="radio"/>				
CONDICIÓN FÍSICA PARA REALIZAR ACTIVIDADES DEPORTIVAS	<input type="radio"/>				
CONDICIÓN DE SUS HÁBITOS ALIMENTARIOS	<input type="radio"/>				
CONDICIÓN DE SU PATRÓN DE SUEÑO	<input type="radio"/>				
CONDICIÓN DE SU ESTADO PSICOLÓGICO (ESTRÉS, MIEDO, IRRITABILIDAD, SOLEDAD, INCOMPRENSIÓN...)	<input type="radio"/>				

ESPAZO DISPONIBLE PARA ESCRIBIR LIBREMENTE TODO AQUELLO QUE LE AFECTA
O LE PREOCUPA EN RELACIÓN A SU CALIDAD DE VIDA.

ESTE CUESTIONARIO SERÁ PRIVADO Y DE USO ÚNICAMENTE POR LOS PROFESIONALES SANITARIOS CON EL FIN DE PODER
REALIZAR UNA EVALUACIÓN INICIAL DE CADA ASISTENTE.