

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA DEAMBULACIÓN PRECOZ  
EN PACIENTES POSTQUIRÚRGICOS ADULTOS MAYORES EN LA  
UNIDAD DE CIRUGÍA GENERAL A33 DEL HOSPITAL MILITAR  
CENTRAL - 2016**

**INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL PARA OPTAR  
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE  
ENFERMERÍA EN CUIDADOS QUIRÚRGICOS**

**ROCIO DINA HUAMANI CALDERÓN**

  
DRA. ZOILA DÍAZ TAVERA  
CEP. 18988-RNE. 1512

**Callao, 2017  
PERÚ**

## **HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO**

### **MIEMBROS DEL JURADO:**

- LIC. ESP. YRENE ZENAIDA ZENAIDA BLAS SANCHO      PRESIDENTA
- MG. LAURA DEL CARMEN MATAMOROS SAMPEN      SECRETARIA
- MG. ADRIANA YOLANDA PONCE EYZAGUIRRE      VOCAL

### **ASESORA: DRA. ZOILA ROSA DÍAZ TAVERA**

Nº de Libro: 04

Nº de Acta de Sustentación: 454-2017

Fecha de Aprobación del Informe de Experiencia Laboral: 31/10/2017

Resolución Decanato N° 2814-2017-D/FCS de fecha 26 de Octubre del 2017 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialización Profesional.

## ÍNDICE

	Pág.
<b>INTRODUCCIÓN</b>	2
<b>I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	4
1.1 Descripción de la Situación Problemática	4
1.2 Objetivo	5
1.3 Justificación	5
<b>II. MARCO TEÓRICO</b>	6
2.1 Antecedentes	6
2.2 Marco Conceptual	10
2.3 Definición de Términos	20
<b>III. EXPERIENCIA PROFESIONAL</b>	22
3.1 Recolección de Datos	22
3.2 Experiencia Profesional	22
3.3 Procesos Realizados del Informe	23
<b>IV. RESULTADOS</b>	26
<b>V. CONCLUSIONES</b>	30
<b>VI. RECOMENDACIONES</b>	31
<b>VII. REFERENCIALES</b>	32
<b>ANEXOS</b>	35

## INTRODUCCIÓN

La deambulación temprana en pacientes adulto mayor postquirúrgicos es un tema de creciente interés. Este informe de experiencia laboral resumirá las pruebas recientes sobre seguridad, viabilidad y beneficios potenciales de la deambulación temprana, además de destacar una guía para futuras orientaciones en este campo.

Los pacientes mayores de 60 años representan el 47% de todos los ingresos hospitalarios y experimentan resultados negativos consecuentes directamente relacionados con la hospitalización (caídas, delirio, pérdida de la capacidad para realizar actividades básicas de la vida diaria y nueva dependencia del caminar). (1)

Las enfermeras son fundamentales para promover la independencia funcional de los pacientes hospitalizados. Las dos grandes ventajas de la deambulación postoperatoria son: Prevenir las complicaciones y Ayudar a la pronta recuperación del paciente. Se dice que el paciente debe levantarse después de la cirugía desde que se recupera de su anestesia hasta 3 o 4 días después de la intervención.

El efecto de la ambulación en la mejora recuperación y aceleración de la convalecencia parece claro. Sin embargo, los pacientes quirúrgicos todavía experimentan hospitalización prolongada y morbilidad, y en la práctica, parece como si la deambulación todavía no se ha identificado o se ha actuado como una prioridad. (2)

El informe está estructurado para su mejor comprensión en siete capítulos: En el Capítulo I Planteamiento del problema que comprende la descripción de la situación problemática, los objetivos y la justificación. El Capítulo II Marco teórico donde se presentan los antecedentes

relacionados a la problemática analizada, así como el marco conceptual y la definición de términos. En el Capítulo III Experiencia Profesional que contiene en primer lugar la recolección de datos, la experiencia profesional donde se describen las actividades que desarrolle dentro de dichas prácticas y los procesos realizados en el tema del informe. El Capítulo IV comprende los Resultados. En el Capítulo V se presentan las Conclusiones. Seguidamente en el Capítulo VI las Recomendaciones y en el Capítulo VII las Referenciales.

Finalmente, los anexos en el cual esta descrito los cuidados de enfermería en la deambulación precoz.

## I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1 Descripción de la Situación Problemática

La O.M.S refiere que la calidad de la atención en salud es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención en salud óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y de los servicios médicos, logrando así el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente en proceso. (3).

A nivel internacional en el año 2016 se ha buscado desarrollar una intervención basada en el sistema que incluya cinco componentes que apunten a disminuir las barreras hacia una buena práctica de deambulacion precoz del paciente, esta fue iniciada por el personal de enfermería (4).

En una realidad similar en los servicios de salud como en México realizaron un plan de cuidado en pacientes postquirúrgicos, en el cual se basó en patrones de atención. De los cuales la movilización precoz estuvo determinada por actividad-ejercicio, intolerancia a la actividad. Frecuentemente relacionado con dolor, debilidad, disnea, sedentarismo (5).

En el Perú, la calidad de atención constituye un mandato explícito de política nacional de salud y es uno de los ejes fundamentales de la reforma sanitaria. Interviniendo en la optimización de calidad y costos. Es por ello que la deambulacion precoz disminuye el tiempo de estancia hospitalaria en estos pacientes. Además, la calidad de enfermería del paciente hospitalizado servirá de base para asegurar una satisfactoria recuperación en él.

En el Hospital Militar Central se registra un gran porcentaje de intervenciones quirúrgicas al año. En el 2016 se registró

aproximadamente 1000 cirugía siendo la población geriátrica la de mayor incidencia. Sumándole a esto la mayor esperanza de vida.

Por lo que la deambulacion precoz debe ser de acuerdo al tipo de cirugía que presente y realizado los cuidados de enfermería por cada caso de acuerdo a las cirugías puede haber complicaciones si la deambulacion precoz no se realiza de acuerdo a la necesidad del paciente.

## **1.2 Objetivo**

Describir los cuidados de enfermería en la deambulacion precoz en pacientes postquirúrgicos del Hospital central Militar.

## **1.3 Justificación**

Las instituciones de salud en todo el mundo han visto como las personas de edad avanzada han ido ocupando un lugar como usuarios de los servicios de salud tanto por su número y su complejidad lo que determina que las políticas de planificación de salud deben replantearse objetivos, metas, programas y presupuestos. En los últimos años la tendencia a una cirugía del adulto mayor ha ido en aumento por el envejecimiento de la población el objetivo principal es siempre lograr la mejor calidad de vida con la mayor independencia y limitar el sufrimiento por lo tanto requiere evaluación y cuidados especiales en el post operatorio como la deambulacion precoz una actividad fundamental de los profesionales de enfermería. El presente informe tiene como finalidad dar a conocer los cuidados de enfermería en la deambulacion postquirúrgica del adulto mayor, reduciendo las complicaciones postquirúrgicas y la pronta recuperación. Este informe beneficiara al paciente, familia, institución y a los profesionales de enfermería en los servicio de cirugía.

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1 Antecedentes

**MÜNTER K, Clemmesen C, Foss N, Palm H, Kristensen M. La fatiga y el dolor limitan la movilidad independiente y la fisioterapia después de una cirugía, Medicina Física y Rehabilitación - Copenhague (PMR-C), Hospital Universitario de Copenhague, Hvidovre, Dinamarca. 2017**

Un total de 47 (edad media (SD) de 80 años) pacientes fueron admitidos en un hogar de ancianos; fueron tratados de acuerdo con un programa multimodal. La puntuación de Ambulación acumulada se utilizó para evaluar la independencia del paciente en tres actividades básicas de movilidad: entrar y salir de la cama, sentarse y pararse de una silla y caminar en el interior.

Limitaciones predefinidas; dolor, bloqueo motor, mareos, fatiga, náuseas, disfunción cognitiva aguda y "otras limitaciones", por no lograr una puntuación total de Ambulación acumulada o incapacidad para completar las sesiones de fisioterapia planificada fueron anotadas por el fisioterapeuta en cada uno de los tres primeros días postoperatorios.

Con base en la percepción del paciente, la fatiga y el dolor son las limitaciones más frecuentes en no lograr movilidad básica independiente y no completar la fisioterapia después de la cirugía. Esto plantea dudas sobre si los programas perioperatorios multimodales pueden optimizarse aún más para mejorar la recuperación temprana de estos pacientes frágiles. Implicaciones para la rehabilitación La movilización postoperatoria temprana es esencial para los pacientes.

Las razones más frecuentes para no lograr una puntuación de Ambulación acumulada independiente o completar la fisioterapia, a principios de la cirugía, son la fatiga, el dolor y el estado cognitivo habitual de los pacientes. (4)



**PETER N, Thiti S, Saurabh Ch, Firuzan S, Minxuan H, Magdalena F y Dale M. Seguridad de la Movilización y Rehabilitación de Pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos. Revisión sistemática con metanálisis. Instituto de Ciencias y Prácticas de Enfermería, Paracelsus Medical University, Salzburgo, Austria. 2017**

Un total de 24 estudios de 3.404 pacientes informaron sobre las consecuencias de posibles eventos de seguridad (por ejemplo, la necesidad de aumentar la dosis de vasopresor debido a la hipotensión relacionada con la movilidad), con una frecuencia de 0,6% en 14. La movilización de los pacientes y la rehabilitación física en la UCI parece segura, con una baja incidencia de posibles eventos de seguridad y sólo eventos raros que tengan alguna consecuencia en el manejo del paciente. La heterogeneidad en la definición de eventos de seguridad a través de los estudios enfatiza la importancia de implementar las definiciones existentes basadas en el consenso. (5)

**DOHERTY-K., Yoon, JY, Pecanac, Brown, R. y Mahoney, J. Frecuencia y duración de la atención de enfermería relacionada con la movilidad de los pacientes mayores. Journal of Nursing Scholarship, 46: 20-27.2014.**

Este fue un estudio de observación usando el tiempo y el movimiento. Los observadores ensombrecieron a 15 enfermeras registradas cada dos o tres períodos de 8 horas utilizando tabletas computarizadas de mano para recopilar datos sobre la frecuencia y la duración de seis movimientos (estar de pie, trasladarse, caminar hacia y desde el cuarto de baño del paciente, habitación del paciente y caminar en el pasillo) que ocurrieron en la presencia de la enfermera. Se realizaron revisiones de cartas en 47 pacientes adultos (> 65 años de edad) que fueron atendidos por las enfermeras durante los períodos de observación. Se utilizaron estadísticas descriptivas (media, mediana, desviación estándar, frecuencia y proporción) para describir la ocurrencia de eventos de

movilidad entre los 47 pacientes y entre un subgrupo de 16 pacientes identificados como dependientes (que necesitaban asistencia humana de otro para ambular) en ese momento de admisión. (6)

Treinta y dos por ciento de los pacientes mayores no fueron contratados por un RN en ningún evento de movilidad durante un período de 8 horas. Para todos los pacientes, la actividad de movilidad más frecuente fue la permanencia y la transferencia. La duración media de la deambulaci3n fue inferior a 2 min por período de observaci3n. Los pacientes que eran dependientes tenían menos eventos de movilidad sin eventos relacionados con la deambulaci3n iniciada por las enfermeras. La mayoría de los eventos de movilidad fueron iniciados por los pacientes. Las enfermeras con poca frecuencia iniciaron eventos de movilidad para pacientes ancianos hospitalizados y con mayor frecuencia se comprometieron con pacientes en actividad de bajo nivel (de pie y transferidos). (6)

**PADULA C, Hughes C, Baumhover L, (2009). Impacto de un protocolo de movilidad impulsado por la enfermera sobre el declive funcional en adultos mayores hospitalizados. J Nurs Care Qual 2009 Oct-Dic; 24 (4): 325-31.**

El propósito del estudio fue determinar el impacto de un protocolo de movilidad impulsado por la enfermera sobre el declive funcional. Se utilizó un diseño de grupo de control no equivalente; la variable independiente fue el protocolo de movilidad y las variables dependientes fueron el estado funcional y la duraci3n de la estancia. Los adultos mayores que participaron en un protocolo de movilidad mantuvieron o mejoraron el estado funcional y tuvieron una estancia reducida. Las implicaciones de la práctica incluyen un énfasis en la ambulaci3n en adultos mayores hospitalizados. (1)

**ROTHMAN. K, Garvan. C, Neu. M. El Impacto de la Ambulación Temprana en el Paciente de Apendicectomía Postoperatoria Pediátrica. Revista de Enfermería Quirúrgica Pediátrica. Septiembre 2016, Volumen 5 Número 3, p 70 – 75**

Resumen: Los objetivos de este estudio fueron cuantificar el tiempo medio para ambular en una población de pacientes pediátricos de apendicectomía postoperatoria en un hospital infantil independiente e identificar las asociaciones entre el tiempo medio para ambular con el suelo de admisión, la edad del paciente, ocurrencia de náuseas y vómitos, y duración de la estancia. Durante décadas, se ha sugerido que la inmovilización prolongada en el paciente postoperatorio debe ser evitada. Hay escasa literatura disponible sobre la deambulaci3n temprana para pacientes pediátricos despu3s de la apendicetomía. En la pr3ctica, hemos observado que los pacientes no son habitualmente ambulados temprano. Los datos se obtuvieron a partir de una revisi3n retrospectiva de 300 apendicetomía pediátrica cuadros de pacientes en un hospital infantil. El tiempo medio para moverse fue de 16.05 horas (IC del 95% [14.14, 17.96]).p <0,0007). Los pacientes que experimentaron náuseas y / o v3mitos tuvieron un tiempo medio m3s largo deambular que aquellos pacientes que no lo hicieron (21,17 y 13,49 horas, respectivamente, p <0,0001). Los pacientes que recibieron narc3ticos por vía intravenosa, narc3ticos orales y analg3sicos no narc3ticos tuvieron un tiempo medio deambular de 17,30, 13,03 y 11,61 horas, respectivamente (p= 0,0661). El coeficiente de correlaci3n de Spearman entre la duraci3n de la estancia y el tiempo para moverse fue de .47. Los resultados de este estudio de investigaci3n sugieren que la deambulaci3n temprana tiene un impacto significativo en la duraci3n de la estancia. A pesar de la ambulaci3n que se enseña en la educaci3n b3sica de enfermería como un componente crucial de la atenci3n postoperatoria, esta intervenci3n dirigida por la enfermería no se practica rutinariamente. La colocaci3n de estos pacientes en una unidad de especialidad quirúrgica puede conducir a mejores resultados para el paciente y proporcionará un p3blico objetivo para futuras intervenciones educativas. (2)

## **2.2 Marco Conceptual**

### **Cuidados**

Si a lo largo de la vida, no se hiciera con cuidado todo lo que se emprende se acabaría por perjudicarse a sí mismo y por destruir lo que se tiene alrededor.

Los cuidados tienen finalidad distinta y sus objetivos se orientan a la satisfacción de necesidades y/o problemas biológicos, psicológicos, sociales y espirituales.

### **Tipos de cuidados**

A continuación, se presenta la teoría de Peplau que enfoca el cuidado De enfermería en el Adulto Mayor en seis considerandos:

- Cuidados de Estimulación: Aumentar la capacidad del paciente para lograr la comprensión y aceptación de los daños de su salud, su participación en su tratamiento y en su auto cuidado.
- Cuidados de Confirmación: Contribuir al desarrollo de la personalidad del paciente, fortalece psicológicamente al paciente más allá de la enfermedad. Promueve el desarrollo de la personalidad.
- Cuidados de Consecución y continuidad de la vida: Provisión de cuidados que ofrezcan seguridad al paciente en el sentido más amplio.
- Cuidados para resguardar la auto imagen: Contribución que hace el enfermero para lograr que el paciente tenga una imagen real de él y de los que conforman su entorno para ayudar a mantener su autoestima y a aceptarse – estimarse.

- Cuidados de sosiego y relajación: Identificar situaciones de crisis y hacer un plan de recuperación cuyo objetivo será recuperar la tranquilidad del paciente y su entorno a fin de hacer frente a la crisis rápidamente.
- Cuidados de compensación: Ayuda que debemos ofrecer al paciente para el logro del equilibrio de su salud: ayuda física, psicológica, social según las necesidades insatisfechas. Mayor importancia en pacientes en situación de mayor dependencia. (8)

Para Peplau, "La enfermería es un instrumento educativo, una fuerza de maduración que apunta a promover en la personalidad el movimiento de avance hacia una vida creativa, constructiva, productiva, personal y comunitaria".

### **Enfermería**

La American Nurses Association (ANA) define la enfermería como la protección, el fomento y la optimización del estado de salud y las capacidades del individuo, la prevención de la enfermedad y las lesiones, el alivio del sufrimiento a través del diagnóstico y el tratamiento de las respuestas humanas, y la defensa de la asistencia a los individuos, las familias, las comunidades y las poblaciones. La política de la ANA identifica seis rasgos fundamentales de la enfermería profesional. Estas características son:

- Creación de una relación humanitaria que potencie la salud y su recuperación.
- Atención al abanico de experiencias y respuestas humanas a la salud y la enfermedad en el entorno físico-social.

- Integración de datos objetivos con conocimientos adquiridos mediante el reconocimiento de la experiencia subjetiva de un paciente o un grupo.
- Aplicación de datos científicos a los procesos diagnósticos y terapéuticos, mediante la utilización de enjuiciamiento y pensamiento crítico.
- Profundización de los conocimientos profesionales de enfermería por medio de la educación continuada.
- Influencia en las políticas sociales y de salud pública a favor de la justicia social.

### **Adulto mayor**

Aumenta la proporción de las personas mayores, es decir, el grupo de las personas de mayor edad crece más rápidamente que el conjunto de la población (9). La causa de esta variación es fundamentalmente, el descenso de la natalidad, que se conoce como envejecimiento por la base de la pirámide. En circunstancias excepcionales, la pérdida de población joven, normalmente por emigración, también podría producir un rápido envejecimiento por la base.

El grupo de personas mayores crece en términos absolutos con un ritmo de continuo, como consecuencia del aumento de la esperanza de vida en todas las edades, por ello, cada vez es mayor la proporción de los individuos de cada generación que superan el umbral de los 60 años y que, tras pasada esta barrera, sobreviven durante más años. Es lo que se denomina envejecimiento por la cúspide de la pirámide y responde por tanto a la inercia de los aportes de la propia estructura por edad. Debe recordarse que la mayor sobre mortalidad, masculina con el aumento de la edad, va creciendo la relación de feminidad hasta alcanzar valores superiores a dos mujeres por varón a partir de los 85 años (10)

## **Paciente quirúrgico**

Toda persona varón o mujer mayor de 60 años, que, por situaciones de alteraciones, desequilibrio o pérdida de la salud, se hospitaliza en el servicio de Cirugía General.

Las cirugías se desarrolla como parte de un tratamiento, para la solución de un problema; con la finalidad de establecer el diagnostico.

La actividad quirúrgica se desarrolla en un espacio conocido como quirófano.

## **Cuidados de enfermería**

Los cuidados de enfermería dependen del: tipo de cirugía, anestesia y los factores propios de cada paciente.

- a. **cuidados postquirúrgicos inmediatos:** estos cuidados se realizan habitualmente en URPA donde disponen de protocolos específicos.
- b. **cuidados postquirúrgicos mediatos:** el objetivo será fomentar la autonomía del paciente y la readaptación a su medio.

### **1. VALORACIÓN INICIAL:**

- Verificar la identidad del paciente
- Acompañar al paciente a su habitación, acomodarlo al paciente en posición adecuada, según el tipo de intervención quirúrgica.
- Proporcionar intimidad.
- Informar al paciente los cuidados que se va a realizar, para mitigar el temor y ansiedad.
- Valorar el nivel de conciencia, coloración de piel y mucosa.
- Vigilar signos vitales y síntomas.
- Mantener temperatura corporal.

- Consultar historia clínica: tipo de intervención, tipo de anestesia, tipo de tratamiento y medidas especiales.

## 2. CUIDADOS RELACIONADOS CON LOS DRENAJES, CATETERES Y OTROS DISPOSITIVOS:

- DRENAJES: tipos, permeabilidad, fijación, cantidad, aspecto.
- CATETERES: permeabilidad, calibre, localización
- OSTOMÍAS: localización, coloración y unión mucocutánea.
- VENDAJAS Y FÉRULAS: tipo, localización, y posición correcta del paciente en la cama.
- TRACCIÓN: tipo, peso y colocación correcta en la cama.

## 3. CUIDADOS CON LAS HERIDAS QUIRURGICAS

- Revisión de la herida, vigilar los apósitos si hay sangrado.
- Luego de 24-48 horas usar agua y jabón siempre que sea posible.
- Vigilar los signos de infección de la herida quirúrgica.

## 4. CONTROL DEL DOLOR

- Valorar y registrar la intensidad.
- Administrar analgésicos según indicación.
- Valorar la efectividad
- Enseñar al paciente posturas antialgicas.

## 5. OTROS CUIDADOS GENERALES

- Realizar fisioterapia respiratoria, uso de inspirómetro de incentivo
- Fomentar la movilización precoz y progresiva, para prevenir las complicaciones respiratorias, reducir la incidencia de náuseas, evitar la tromboflebitis y favorece la cicatrización.



- Vigilar si ha realizado la micción espontanea o vigilar si existe retención.
- Valorar la aparición de náuseas y vómitos
- Verificar a eliminación intestinal y ruidos intestinales
- Iniciar tolerancia progresiva según prescripción facultativa
- Administrar tratamiento indicado
- Educación al paciente para que informe sobre la aparición de signos y síntomas.

### **Deambulación**

Motivar al usuario a incorporarse de la silla y realizar pequeñas caminatas favorece el funcionamiento de todos los sistemas orgánicos al igual que su estado emocional.

Es importante antes de levantar, determinar la fuerza, la coordinación, el equilibrio y la tolerancia al ejercicio para determinar el tipo de ayuda necesaria. Igualmente debe valorar la orientación del usuario y si hay algún signo de malestar que pudiera impedir la deambulación.

El auxiliar de enfermería debe revisar el entorno para determinar si es seguro; esto incluye:

- Retirar obstáculos.
- Suelo limpio y seco.
- Establecer puntos de reposo por si la tolerancia a la actividad es menor a la esperada.
- El usuario debe llevar zapatos cómodos y antideslizantes.

## **Técnicas para levantar al paciente**

Cuando el usuario ha estado acostado durante largos periodos de tiempo la tensión arterial puede descender al ponerse de pie. Cuanto más prolongado sea el periodo de tiempo que ha estado inactivo, o en inmovilidad, mayores serán los cambios fisiológicos.

Es importante prepararlo y realizar las siguientes actividades:

- Ayudarlo a adoptar la posición sedente al lado de la cama.
- Reposar ahí unos minutos antes de ponerse de pie.
- Controlar signos vitales, si están alterados, se deja reposar otro tiempo y se vuelven a controlar.
- El balanceo de los miembros ayuda a prevenir la hipotensión
- Al ponerse de pie, el usuario debe permanecer quieto durante 1 o 2 minutos antes de moverse.
- Si presenta mareo, la cama aún está cerca y esto permite que se vuelva a acostar en ella rápidamente, en posición en decúbito dorsal con los miembros inferiores elevados
- Durante el siguiente intento de deambulación, debe proceder más lentamente, vigilando posibles síntomas de mareo, además de la tensión arterial, antes, durante, y después de la deambulación.

## **Dispositivos de ayuda para la deambulación precoz**

La instrucción para el empleo de estos dispositivos que ayudan a la deambulación del usuario es de competencia del fisioterapeuta. El auxiliar de enfermería acompaña al usuario en la utilización durante la marcha.

### **A. Andadores o caminadores**

Son dispositivos extraordinariamente ligeros y móviles de una altura que llega hasta la cintura y están confeccionados con tubo metálico. Tienen cuatro patas robustas dispuestas con una amplia separación entre ellas.

El usuario sujeta con las manos las barras superiores, da un paso, mueve el andador hacia delante y da otro paso.

### B. Bastones

Los bastones son dispositivos de peso ligero y fácilmente desplazables que llegan aproximadamente a la altura de la cintura, están hechos de metal o madera. Los dos tipos más comunes son el bastón simple de caña recta y el bastón cuádruple

### C. Muletas

Para aumentar la movilidad en algunos usuarios se hace necesario el empleo de muletas. Su utilización puede ser temporal, como sucede en fracturas de miembros inferiores o permanentes en amputación de un miembro. Las muletas pueden ser metálicas o de madera.

Los dos tipos de muletas que existen son la doble ajustable de Lofstrand o de antebrazo y la muleta axilar.

La muleta de antebrazo tiene un asa y un brazaletes metálico que se pasa alrededor del antebrazo del usuario, son ajustables para adaptarse a la estatura del cliente.

La muleta axilar presenta una superficie curva almohadillada en su parte superior que se adapta al hueco de la axila.

Es importante medir las muletas para que su longitud sea la adecuada y el usuario las pueda utilizar sin peligro, logrando una marcha estable y poder levantarse cuando este sentado.

### **Movilización de enfermos**

Si adoptas posturas correctas en la movilización y el traslado de enfermos:

- Tu espalda no te dolerá
- Te cansaras menos
- Incrementaras la seguridad del paciente

Medidas de prevención del dolor de espalda:

- Espalda recta
- Piernas flexionadas
- Pies separados
- Utilización de apoyos
- Contrapeso del cuerpo
- Presas consistentes
- Carga cerca del cuerpo
- Solicita ayuda en los momentos difíciles
- Enfermos totalmente dependientes
- Pesos superiores a 50kg
- Utiliza los medios mecánicos disponibles
- Articulación de la cama
- Taburetes y asas
- Trapecios y deslizadores
- Polipastos
- Camas y camillas graduables en altura

### **Limitaciones**

- Fatiga y dolor

En base a la percepción del paciente, la fatiga y el dolor son las limitaciones más frecuentes en no lograr movilidad básica. Esto plantea dudas sobre si los programas perioperatorios multimodales pueden optimizarse aún más para mejorar la recuperación temprana de estos pacientes frágiles.

Implicaciones para la rehabilitación: La movilización postoperatoria temprana es esencial para los pacientes sometidos a cirugía para

recuperar el nivel funcional de su cuerpo; no sólo en el corto sino también en el largo plazo.

Las razones más frecuentes para no lograr una puntuación de Ambulación acumulada independiente o completar la fisioterapia, a principios de la cirugía de fractura de cadera, son la fatiga, el dolor y el estado cognitivo habitual de los pacientes. (11)

El conocimiento sobre la fatiga postoperatoria es importante para los profesionales de la rehabilitación y debe contribuir como un factor esencial en la planificación de la fisioterapia.

## **Complicaciones**

Trombosis: Cuando un vaso sanguíneo se lesiona, el cuerpo utiliza plaquetas (trombocitos) y fibrina para formar un coágulo de sangre para prevenir la pérdida de sangre. Incluso cuando un vaso sanguíneo no se lesione, los coágulos de sangre se pueden formar en el cuerpo en ciertas condiciones. Un coágulo que se desprende y comienza a viajar por todo el cuerpo se conoce como embolia.

Las causas son:

- alteración en los vasos sanguíneos;
- arteriosclerosis
- ruptura traumática
- alteración en los factores de la coagulación;
- trombina, protrombina
- disminución de la Proteína C, Proteína S, llamadas estas últimas trombofilias.

Los mecanismos que favorecen la formación de un trombo, son las alteraciones del flujo sanguíneo y estas alteraciones pueden deberse a reposo excesivo en cama (pacientes postoperados). Además, en la intervención quirúrgica ha habido una estimulación de los factores de

coagulación por la rotura de vasos, la sutura, una serie de intervenciones que involucran al aparato vascular. No es raro que una persona se opere de una hernia inguinal, y en el momento que se le da de alta y empieza a moverse más de lo que se ha movido en los días anteriores presente una embolia fulminante ocasionándole la muerte.

La tercera causa que influye son los componentes de la sangre. Cuando la sangre es más densa disminuyen los líquidos y aumentan los elementos figurados. O hay una hemoconcentración o una policitemia real. Dentro de este se incluye las trombosis a repetición.

Los sitios de formación de trombo son en el corazón, arterias, venas y capilares, por lo que la trombosis puede formarse en cualquier parte del aparato circulatorio.(12)

### **2.3 Definición de Términos**

- Cuidado de enfermería

Conjunto de funciones que desarrolla la enfermera (o) en la atención y cuidado al usuario, fundamentadas en la relación interpersonal y en el dominio de lo técnico-científico orientada a comprender a la persona usuaria en el entorno en el que se desenvuelve, actuando en la prevención, la curación y la rehabilitación de la persona en el proceso salud-enfermedad. (13)

- Deambulación precoz

Estímulo y asistencia de la deambulación para mantener o reestablecer las funciones corporales autónomas y voluntarias durante el tratamiento y recuperación de una enfermedad o lesión. (14)

- Postoperatorio

Período de tiempo y atención médica posterior a una intervención quirúrgica. Comienza cuando el paciente sale de la anestesia, y continúa hasta que desaparecen los efectos de ésta y hay una recuperación suficiente de la operación quirúrgica realizada. (15)

- Paciente adulto mayor

El término suele utilizarse para nombrar a la persona que padece físicamente y que, por lo tanto, se encuentra bajo atención médica. (16)

### **III. EXPERIENCIA PROFESIONAL**

#### **3.1 Recolección de datos**

Para la recolección de datos se utilizó el libro de estancia de enero hasta diciembre del año 2016 de la unidad de Cirugía general A33 del Hospital Militar Central.

#### **3.2 Experiencia profesional**

- Enfermera Asistencial en la clínica Virgen del Carmen 1990-1991
- Serums-enfermera asistencial en el Hospital Nacional de Huaral 1991-1992
- Enfermera asistencial en el servicio de Neumología C42 en HMC 1992-1995
- Enfermera asistencial en el servicio de Cirugía Plástica B23 HMC 1995-1997
- Enfermera asistencial en el servicio de Medicina y Cirugía A32 HMC 1997-2000
- Pasantía en el Hospital Naval en geriatría E-M HMC 2000
- Enfermera asistencial en el Hospital Geriátrico del Ejército HMC 2000-2004
- Enfermera asistencial en el servicio de Medicina y Cirugía A32 HMC 2004-2005
- Pasantía en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins en el servicio de Nutrición entera y parenteral E-M 2012
- Enfermera asistencial en Cirugía General A33 HMC 2005-actual



### **3.3 Procesos realizados en el tema del informe**

En el Hospital Militar Central se atiende las diferentes especialidades quirúrgicas: La unidad de cirugía de oficiales, Especialidades quirúrgicas y cuidados intermedios de cirugía (UU-HH A33) atiende a la familia Militar y brinda atención integral de salud.

En la unidad de hospitalización A33 cuenta con 21 camas y una unidad de cuidados intermedios con 4 camas. Como podemos ver maneja las diferentes especialidades y muchas veces pacientes de medicina interna. Desde el año 2005 vengo laborando en el servicio de Cirugía como enfermera asistencial, donde he adquirido experiencia en el manejo de pacientes quirúrgicos, de diferentes grupos etarios en especial adultos mayores, este grupo de edad está creciendo en la pirámide de población; es un grupo humano muy vulnerables con enfermedades asociadas a la vejez (Alzheimer, cataratas, osteoporosis, HTA, síndrome metabólico, etc.), por lo tanto el cuidado de la enfermera debe poner énfasis en los aspectos biopsicosociales y espirituales del paciente. Dirigido a conseguir el máximo confort de bienestar del paciente y de la familia, teniendo en cuenta que la familia juega un papel importante a quienes se le brinda la facilidad de permanecer al lado del paciente.

El cuidado que brinda la enfermera al adulto mayor en las diferentes cirugías se da aplicando el proceso de atención de enfermería (PAE), método científico de forma estructurada, homogénea, lógica y sistemática, permitiendo brindar el cuidado de forma individualizada de acuerdo a las necesidades del paciente y su cirugía realizada.

He evidenciado que cuando a un enfermo se le da actividad; el dolor disminuye, el cuerpo funciona naturalmente y las cicatrices se verifican mejor, las complicaciones disminuyen y el paciente retorna a su estado

normal en un tiempo mucho más corto; la mayor parte de los intervenidos no mueren por la intervención quirúrgica sino por las complicaciones es por esto que se debe fomentar la deambulación precoz y los ejercicios en cama inmediatamente recuperado de la anestesia. Mantener un balance entre el descanso y la actividad para conseguir el funcionamiento normal de los órganos vitales.

En el desempeño diario como enfermera asistencial en el servicio de cirugía se evidencia que:

- El personal de enfermería evita realizar la deambulación del paciente por falta de personal, carga laboral o ausencia familiar.
- El personal en muchas oportunidades no brinda al paciente educación sobre los cuidados postoperatorio y la importancia de la deambulación.

Cuidados de enfermería en la deambulación precoz:

- VALORACIÓN DEL PACIENTE: estado de conciencia, integridad de la piel, estado de higiene y estado de nutrición.
- VALORACION DE LA ANSIEDAD
- BRINDAR APOYO PSICOLOGICO
- PERMEABILIDAD Y CONDICION DE ACCESO VENOSO
- REVISION DE LAS HERIDAS: sangrado, secreciones, colostomías y drenajes.
- REVISION DE CATETERES: sonda nasogástrica, sonda Foley.
- DETERMIANAR FUERZA, COORDINACION, EQUILIBRIO Y LA TOLERANCIA AL EJERCICIO.
- EDUCACION SANITARIA AL PACIENTE Y SU FAMILIA: sobre las ventajas de la deambulación.
- MANEJO DEL DOLOR: según la escala del dolor.

- GARANTIZAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.
- VALORAR EL DISPOSITIVO ADECUADO PARA EL PACIENTE: andador, bastón, silla de ruedas, etc.
- ASEGURAR QUE EL CALZADO SEA EL ADECUADO: antideslizante.
- COMPROBAR SI EXISTE RIESGO EN EL ENTORNO
- FOMENTAR LA PARTICIPACION DE LA FAMILIA Y EL CUIDADOR EN EL CUIDADO DEL PACIENTE.

Con mis años de experiencia y observando a los pacientes de acuerdo a sus edades características sociales-culturales, caracteres y otros; que son sometidos a diferentes tipos de cirugías que requieren deambulación precoz.

He observado que no se cumple la deambulación de acuerdo a la patología, por lo cual el cuidado debe ser individualizado por cada paciente.

Por lo que elaboro una guía de cuidados en la deambulación precoz.  
(ANEXO 1)

#### LIMITACIONES:

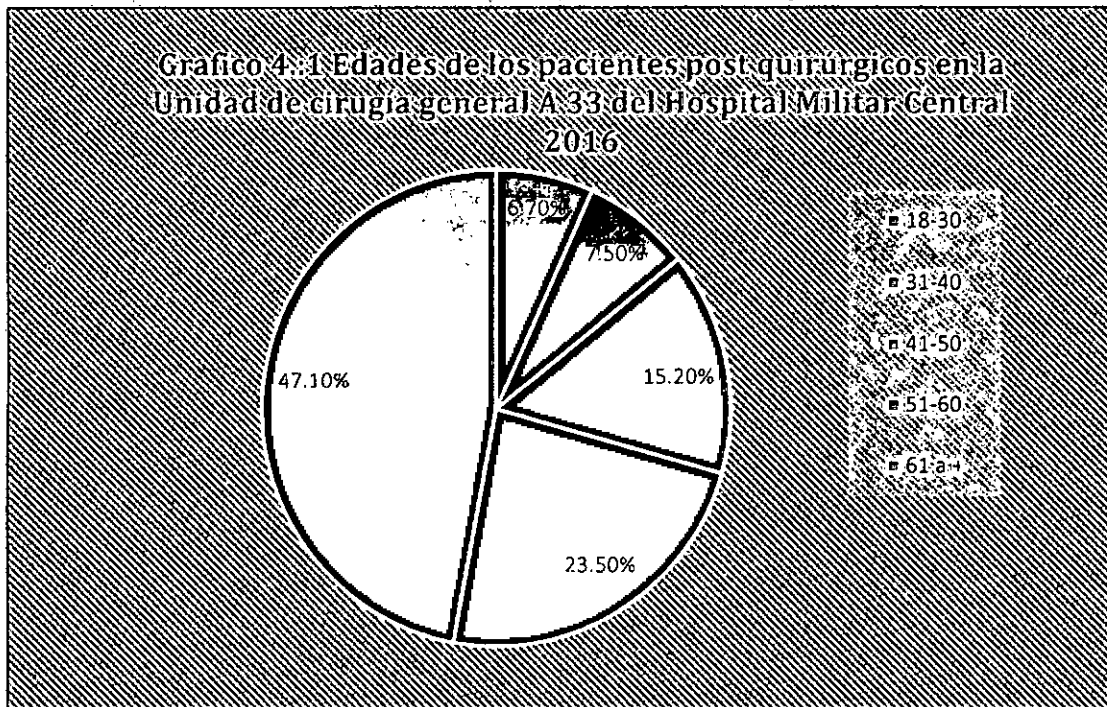
- Falta de personal
- Falta de insumos
- Sobrecarga laboral
- Abandono familiar

#### IV. RESULTADOS

Cuadro N°4.1: Edades de los pacientes post quirúrgicos en la Unidad de cirugía general A 33 del Hospital Militar Central 2016

EDAD	N°	%
18-30	25	6.7
31-40	28	7.5
41-50	57	15.2
51-60	88	23.5
61 a +	176	47.1
TOTAL	374	100

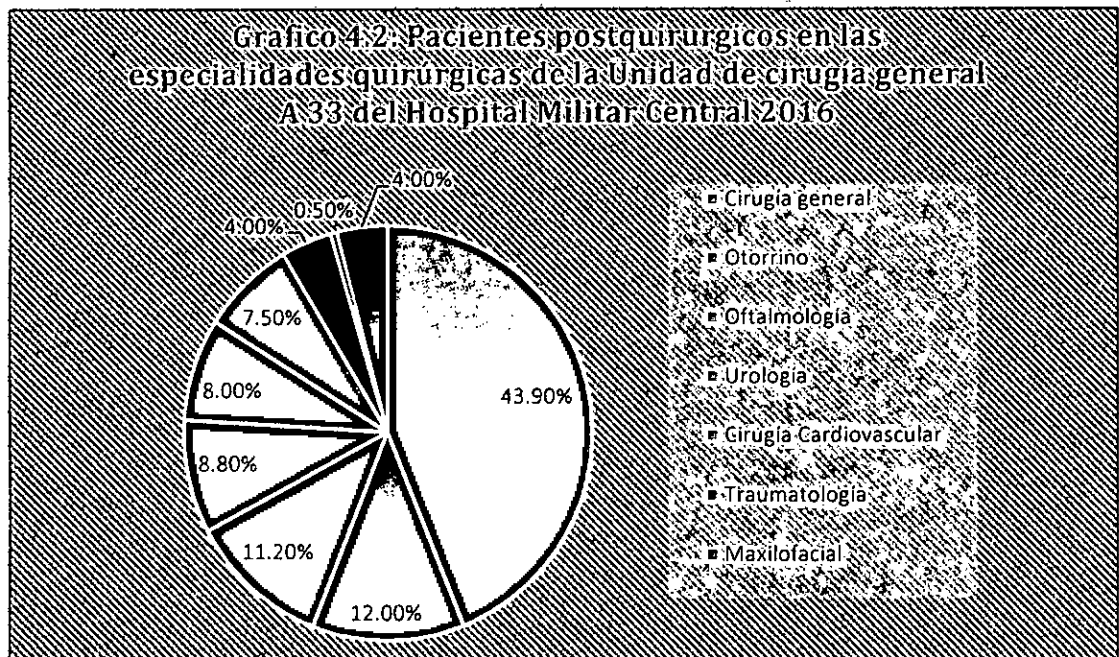
Fuente: Libro de estancia del servicio A33.



Se observa que el total de número de pacientes hospitalizados en el año 2016 es de 374. De los cuales el 47.1% corresponde a la población geriátrica.

Cuadro N°4.2: Pacientes postquirúrgicos en las especialidades quirúrgicas de la Unidad de cirugía general A 33 del Hospital Militar Central 2016

ESPECIALIDAD QX	N°	%
Cirugía general	164	43.9
Otorrino	45	12.0
Oftalmología	42	11.2
Urología	33	8.8
Cirugía Cardiovascular	30	8.0
Traumatología	28	7.5
Maxilofacial	15	4.0
Neurocirugía	2	0.5
Otras especialidades medicina	15	4.0
<b>TOTAL</b>	<b>374</b>	<b>100</b>



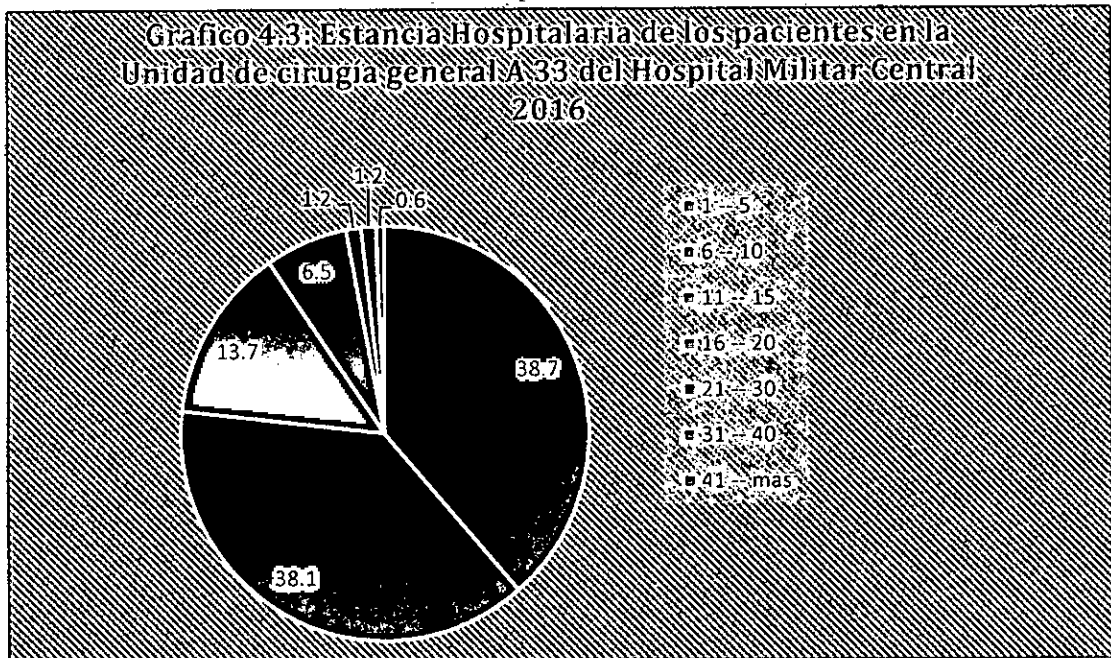
Fuente: libro de estancia del servicio A33.

Se observa que el 43.9% corresponde a la especialidad de Cirugía General.

Cuadro N° 4.3: Estancia Hospitalaria de los pacientes adultos mayores en la Unidad de cirugía general A 33 del Hospital Militar Central 2016

ESTANCIA HOSPITALARIA (días)	N°	%
1 -5	65	38.7
6 - 10	64	38.1
11 - 15	23	13.7
16 - 20	11	6.5
21 - 30	2	1.2
31 - 40	2	1.2
41- mas	1	0.6
TOTAL	168	100

Fuente: libro de estancia del servicio A33.

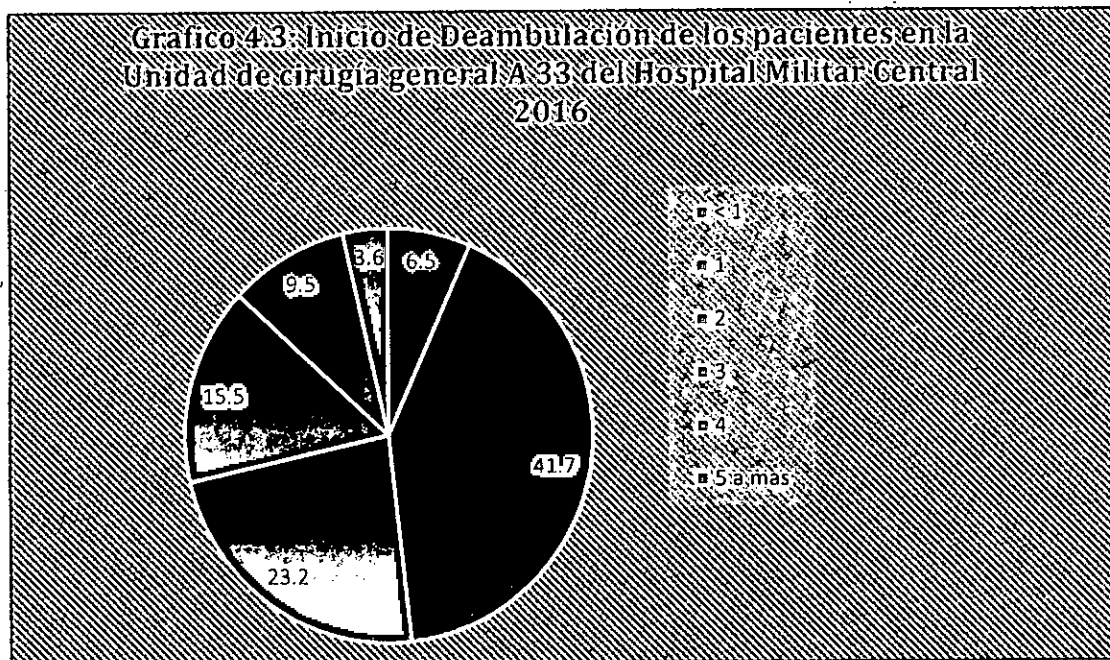


Se observa que el 38.7% de pacientes corresponde al alta de estos dentro de los 5 primeros días, de igual forma que el alta de 38.1% de pacientes corresponde dentro de 6 a 10 días.

Cuadro N° 4.4: Inicio de Deambulaci3n de los pacientes en la Unidad de cirug3a general A 33 del Hospital Militar Central 2016

INICIO DE DEAMBLUACION (d3as)	N°	%
< 1	11	6.5
1	70	41.7
2	39	23.2
3	26	15.5
4	16	9.5
5 a mas	6	3.6
TOTAL	168	100%

Fuente: libro de estancia del servicio A33.



Se observa que el 48.2% de pacientes inician su deambulaci3n dentro de las 24 horas.

## V. CONCLUSIONES

1. Los pacientes hospitalizados postquirúrgicos son mayores de 60 años a mas siendo la especialidad que mayor se aprecia en cirugía general.
2. Más del 50% de pacientes aun no realizan su deambulación precoz dentro de las 24 horas.
3. Los cuidados de enfermería que se realizan en pacientes quirúrgicos en la deambulación precoz se realizan en forma individualizada de acuerdo a la cirugía.
4. Se elaboró la guía de cuidados de enfermería en la deambulación precoz.



## **VI. RECOMENDACIONES**

1. Que la institución promueva las capacitaciones continuas al personal de enfermería de acuerdo a las necesidades y requerimientos.
2. Que la institución promueva el contrato de mayor personal de licenciadas en enfermería para cumplir con el adecuado cuidado en la deambulación precoz de los pacientes postquirúrgicos.
3. Que la institución autorice la validación de cuidados de enfermería en la deambulación precoz.

## VII. REFERENCIALES BIBLIOGRÁFICAS

1. Padula, C.; Hughes, C; Baumhover, L. Impacto de un protocolo de movilidad impulsado por enfermeras en la disminución funcional en los adultos mayores hospitalizados. Revista de Calidad del Cuidado de Enfermería: Octubre / Diciembre 2009 - Volumen 24 - Número 4 - p 325-331
2. Rothman. K, Garvan. C, Neu. M. El Impacto de la Ambulación Temprana en el Paciente de Apendicectomía Postoperatoria Pediátrica. Revista de Enfermería Quirúrgica Pediátrica. Septiembre 2016, Volumen 5 Número 3, p 70 – 75
3. Atención de enfermería al paciente quirúrgico. Eduardo Yécora Bujanda. Universidad de la Rioja.2015
4. Münter K., Clemmesen C., Foss N., Palm H., Kristensen M. La fatiga y el dolor limitan la movilidad independiente y la fisioterapia después de una cirugía, Medicina Física y Rehabilitación - Copenhague (PMR-C).Hospital Universitario de Copenhague, Hvidovre, Dinamarca 2017
5. Peter N, Thiti S, Saurabh Ch, Firuzan S, Minxuan H, Magdalena F y Dale M. Seguridad de la Movilización y Rehabilitación de Pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos. Revisión sistemática con metanálisis. Instituto de Ciencias y Prácticas de Enfermería, Paracelsus Medical University, Salzburgo, Austria. 2017

6. Doherty-King, B., Yoon, JY, Pecanac, K., Brown, R. y Mahoney, J. (2014), Frecuencia y duración de la atención de enfermería relacionada con la movilidad de los pacientes mayores. *Journal of Nursing Scholarship*, 46: 20-27. doi: 10.1111 / jnu.12047
7. King, BJ, Steege, LM, Winsor, K., VanDenbergh, S. y Brown, Cómo llevar a los pacientes a caminar: un estudio piloto de la movilización de pacientes de edad avanzada a través de una intervención dirigida por enfermeras. *Journal of American Geriatrics Society*, 64: 2088 - 2094.
8. Grupo de Trabajo de Enfermería en JARA Atención Sanitaria. Planes de Cuidados de Enfermería en Atención Especializada: Estandarización en Extremadura. Guía Práctica: SES N° 18.18-24. Mérida 2011
9. . Hildegard Peplau. Teorías de enfermería.
10. Op Cit (7)
11. Engler, Tomas. Más vale por viejo. Lecciones de longevidad de un estudio en el Cono Sur. Washington: Editorial Banco Interamericano de Desarrollo; 2002
12. INEI. 2007. "Perfil Sociodemográfico del Perú". Editorial. INEI. Segunda edición. Pág. 49.
13. Op cit (4)
14. Op Cit (2)

15. Julián Pérez Porto y María Merino. Publicado: 2010. Actualizado: 2013.  
Definicion.de: Definición de paciente  
(<https://definicion.de/paciente/>)
  
16. Julián Pérez Porto y Ana Gardey. Publicado: 2012. Actualizado: 2014. Definicion.de: Definición de cuidados de enfermería  
(<https://definicion.de/cuidados-de-enfermeria/>)
  
17. Cesar Godoy. Publicado 2016. Deambulación precoz y supervisada. Disponible en:  
<https://prezi.com/g28unl9njz8g/deambulacion-precoz-y-supervisada/>
  
18. Actualizado: 2016. Disponible en:  
<http://www.encyclopediasalud.com/definiciones/postoperatorio>
  
19. Op Cit (1)

# **ANEXOS**

## **ANEXO N°1**

### **GUÍA DE CUIDADOS EN ENFERMERÍA PARA DEAMBULACIÓN PRECOZ**

#### **I. FINALIDAD:**

La presente guía es de gran importancia para el personal del Hospital Militar Central es una herramienta para lograr una atención de calidad ya que la aplicación del Proceso de Enfermería en la deambulación precoz en el paciente post quirúrgicos requiere de conocimientos, habilidades intelectuales y actitudes que permitan su aplicación sistemática y orientada a fines específicos, para lo cual es esenciales identificar las necesidades y limitaciones.

#### **II. OBJETIVOS:**

1. Propiciar la toma de conciencia en las enfermeras sobre la importancia de la deambulación precoz del paciente post quirúrgico para una actuación con criterio lógico y científico.
2. Proporcionar apoyo y asistencia a la movilidad del paciente es una intervención de enfermería fundamental.
3. Facilitar a las enfermeras una Guía basada en el Proceso de atención de enfermería para la asistencia de la deambulación precoz a los pacientes en postquirúrgico inmediato.

#### **III. ÁMBITO DE APLICACIÓN**

Servicio de cirugía A33 del Hospital Militar Central.

#### **IV. NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR**

Todas las cirugías, pacientes postquirúrgicos.

## **V. CONSIDERACIONES GENERALES**

### **5.1. Definiciones Operativas**

- 5.1.1. Deterioro de la movilidad física
- 5.1.2. Conocimiento deficientes
- 5.1.3. Riesgo de estreñimiento.
- 5.1.4. Ansiedad
- 5.1.5. Riesgo de caídas
- 5.1.6. Afrontamiento familiar comprometido.
- 5.1.7. Dolor agudo y malestar.
- 5.1.8. Intolerancia a la actividad.

### **5.2. Conceptos Básicos**

- 5.2.1. **Deterioro de la deambulación:** Limitación del movimiento independiente a pie en el entorno.
- 5.2.2. **Cuidados personales:** Capacidad para realizar la mayoría de las tareas básicas y las actividades del cuidado persona
- 5.2.3. **Deambulación:** Capacidad para caminar de un sitio a otro
- 5.2.4. **Nivel de movilidad:** Capacidad para moverse con resolución
- 5.2.5. **Resistencia:** Grado de energía que posibilita a una persona a mantener la actividad.

### **5.3. Requerimientos Básicos**

#### **5.3.1. RECURSOS HUMANOS**

- Licenciada en Enfermería
- Técnica en Enfermería

#### **5.3.2. RECURSOS MATERIALES**

- Soporte
- Calzado adecuado antideslizante
- Ropa cómoda
- Vigilancia de la piel (crema hidratante)

- Entorno (colchoneta)
- Control del peso (balanza)

### **5.3.3. EQUIPOS**

- Muletas
- Silla de ruedas
- Bastones
- Andadores

## **VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS**

### **6.1. INDICACIONES**

A todos los pacientes postquirúrgicos.

### **6.2. CONTRAINDICACIONES**

- Pacientes con mucho dolor.
- Pacientes con lesiones medulares.
- Pacientes con trastorno motor.
- Pacientes con heridas grandes.
- Pacientes de UCI.

### **6.3. COMPLICACIONES**

- Atelectasia
- Trombosis
- Colección de la zona operatoria
- Infecciones
- Incontinencia urinaria.

## **VII. PLAN DE ATENCIÓN**



DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	RESULTADOS
<p>DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Disminución de la masa muscular.</li> <li>• Limitación de la capacidad para las habilidades motoras groseras.</li> <li>• Limitación de la capacidad para las habilidades motoras finas.</li> <li>• Dificultad para girarse.</li> </ul>	<p>Movilidad</p>	<p>Evaluación integral del paciente.  Cambio de posición  Manejo del dolor  Terapia de ejercicios  Deambulaci3n  Educaci3n postquirúrgica  Ayuda la autocuidado.</p>	<p>Mejorar la movilidad física.</p>
<p>RIESGO DE ESTREÑIMIENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso inadecuado del inodoro (falta</li> </ul>	<p>Evitar la constipaci3n.</p>	<p>Manejo del Estreñimiento.  Fomentar el aumento de ingesta</p>	<p>Eliminaci3n intestinal.  (deposiciones diarias y evitar el estreñimiento)</p>

de tiempo) • Actividad física insuficiente.		de líquidos a menos que este contraindicado. Fomentar la deambulaci3n	
<b>ANSIEDAD</b> • Cambio en el entorno. • Cambio en el estado de salud. • Nerviosismo. • Insomnio. • Preocupaci3n. • Incertidumbre.	Autocontrol de la ansiedad.	Mejorar el sue1o. Escucha con atenci3n. Animar la manifestaci3n de sentimientos.	Disminuci3n de la ansiedad.

<p><b>RIESGO DE CAÍDAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificultad en la marcha.</li> <li>• Disminución de la fuerza física en las extremidades inferiores.</li> <li>• Edad igual o superior a 65 años.</li> <li>• Prótesis en MMII.</li> </ul>	<p>Conducta de prevención de caídas.</p>	<p>Prevención de caídas. Sujeción física. (cinturón) Uso de barandas. Vigilancia permanente.</p>	<p>Disminuir riesgo de caídas.</p>
<p><b>AFRONTAMIENTO FAMILIAR COMPROMETIDO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prolongación de la enfermedad que agota la capacidad de apoyo de las Enfermeras.</li> </ul>	<p>Preparación del cuidador familiar domiciliario.</p>	<p>Participación del familiar asesorado por la enfermera.</p>	<p>Se recibe apoyo familiar.</p>

<p><b>INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD.</b>  Desequilibrio entre aportes y demandas de oxígeno.  Debilidad generalizada  Inmovilidad, reposo en cama</p>	<p>Tolerancia a la actividad</p>	<p>Manejo del dolor.  Ayuda al autocuidado.  Fomento de ejercicio  Manejo ambiental.  prevención de caídas  Vigilancia continua</p>	<p>Movilización del paciente.</p>
<p><b>DOLOR AGUDO</b>  Intervención quirúrgica</p>	<p>Control del dolor.</p>	<p>Manejo del dolor.  Manejo ambiental confort (cambios de posición).  Administración de analgésicos.  Cuidados de la herida</p>	<p>Disminuir la presencia de dolor.</p>
<p><b>DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA</b>  Deterioro de la circulación  Inmovilización física, Humedad</p>	<p>Mantener la movilidad.</p>	<p>Manejo del dolor.  Manejo de deambulaci3n  Ayuda en el autocuidado.  Enseñanza de actividad física.</p>	<p>Colabora en la movilizaci3n.</p>