Territorial Dirección Territorial de Salud de Caldas	**PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC** **DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS** **FORMATO DE ACTA DE INTERVENCIÓN PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y CUIDADORES/AS** **ESE HOSPITAL LOCAL SAN JUAN DE DIOS** **CONTRATO: 150.25.4.0354** **VIGENCIA 2025**	HOSPITAL LOCAL SAN JUAN DE DIOS Pensilvania-Caldas EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

DATOS DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD	
NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD: Alba Socorro Betancur	**FECHA DE INTERVENCIÓN:** 30/04/2025
DATOS DE LA PERSONA CUIDADORA	
NOMBRE COMPLETO DEL CUIDADOR / A Ovidio de Jesús Toro Marín	

PROFESIONAL QUE REALIZA LA INTERVENCIÓN		
NOMBRE DEL PROFESIONAL	**PROFESIÓN**	**TELÉFONO DE CONTACTO**
Jennyfer García Montoya	**Fisioterapia**	3116827071

TIPO DE INTERVENCIÓN REALIZADA	
Primera visita: Aplicación de escalas	**X**

ESCALA DIRIGIDA A LA PERSONA CON DISCAPACIDAD

PROFESIONAL EN FISIOTERAPIA

Responda las siguientes preguntas relacionadas al área de fisioterapia de la manera más amplia que sea posible, evitando respuestas de SI o NO. Si no responde por favor formular las preguntas al cuidador/a

PREGUNTAS	**RESPUESTAS**
¿El paciente refiere o manifiesta dolor en alguna parte de su cuerpo? ¿Cuál? Explique su respuesta	Refiere dolor en las rodillas, los brazos y los oídos, con mayor dolor en hemicuerpo derecho
¿Si la respuesta a la pregunta anterior fue afirmativa, Con qué frecuencia lo manifiesta? ¿Este dolor impide la realización de actividades durante su día a día? Explique su respuesta	Dolor continúo que la limitan para subir y bajar escaleras
¿Presenta alguna limitación para realizar movimientos en las extremidades? Explique su respuesta	Limitación del brazo izquierdo por dolor
¿Utiliza alguna ayuda técnica para el desplazamiento? (silla de ruedas, caminador, muleta, bastón) Explique su respuesta	No requiere de ayudas técnicas para su desplazamiento
¿Posee movimiento independiente en cama? Explique su respuesta	Si, siempre y cuando no esté cruzando un cuadro de vértigo

¿Se sienta por sí solo? Explique su respuesta	Si, logra la sedestación de forma independiente
¿Realiza actividades de la vida cotidiana por sí solo? Explique su respuesta	Si, realiza sus AVD independientemente
¿Hace cuánto presenta la discapacidad? Explique su respuesta	Desde el 2011 se le diagnosticó enfermedad de Meniere
¿Realiza algún tipo de ejercicio durante el día? ¿Cuál? Describa tiempo y frecuencia.	No realiza ningún tipo de actividad física
¿Podría numerar las actividades que realiza solo desde que se levanta hasta que se acuesta?	Es independiente para realizar los quehaceres del hogar
¿Realiza actividades por fuera de su hogar? Explique su respuesta	No realiza ninguna actividad por fuera del hogar
¿Cuál considera que es la actividad que más le cuesta dificultad para realizar e impide su autonomía, independencia y funcionalidad? ¿Por qué? Explique su respuesta	Agacharse por cuadros severos de vértigo
¿Recibe ayuda por parte de algún miembro de su núcleo familiar para realizar las diferentes actividades de su vida diaria? Explique su respuesta	Su hermana la ayuda a bañar a su mamá

A continuación, se enumerarán una lista de actividades, señale con una X si las realiza o no, en caso de seleccionar NO, explique su respuesta:

COMER	**SI __X__**	**NO ____**	**EXPLIQUE SU RESPUESTA**
BAÑARSE	**SI __X__**	**NO ____**	**EXPLIQUE SU RESPUESTA**

VESTIRSE	**SI** __X__	**NO** ____	**EXPLIQUE SU RESPUESTA**
ASEO PERSONAL	**SI** __X__	**NO** ____	**EXPLIQUE SU RESPUESTA**
DEPOSICIÓN	**SI** __X__	**NO** ____	**EXPLIQUE SU RESPUESTA**
MICCIÓN	**SI** __X__	**NO** ____	**EXPLIQUE SU RESPUESTA**
USO DEL BAÑO	**SI** __X__	**NO** ____	**EXPLIQUE SU RESPUESTA**
TRASLADO SILLA/CAMA	**SI** __X__	**NO** ____	**EXPLIQUE SU RESPUESTA**
DESPLAZAMIENTO	**SI** __X__	**NO** ____	**EXPLIQUE SU RESPUESTA**
VESTIRSE	**SI** __X__	**NO** ____	**EXPLIQUE SU RESPUESTA**

Conclusión de la escala e ítems aplicados:

Paciente femenina de 49 años con diagnóstico de síndrome de Meniere, presenta discapacidad auditiva, aunque presenta deficiencias moderadas en la sensación del dolor, estás no la limitan en su actividad por lo que no la incapacita y es funcional y activa en su participación.

Territorial Dirección Territorial de Salud de Caldas	**PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS FORMATO DE ACTA DE INTERVENCIÓN PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y CUIDADORES/AS ESE HOSPITAL LOCAL SAN JUAN DE DIOS CONTRATO: 150.25.4.0354 VIGENCIA 2025**	HOSPITAL LOCAL SAN JUAN DE DIOS Pasoviejo-Caldas EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

ESCALA DIRIGIDA AL CUIDADOR/A DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD

PROFESIONAL EN FISIOTERAPIA

PREGUNTAS	**RESPUESTAS**
¿Refiere o manifiesta dolor en alguna parte de su cuerpo? ¿Donde? Explique su respuesta	Refiere dolor en los dos pies
¿Si la respuesta a la pregunta anterior fue afirmativa, con qué frecuencia lo manifiesta? ¿Este dolor impide la realización de actividades durante su día a día? Explique su respuesta	Continúo, cuando camina mucho o está de pie mucho tiempo lo limita para caminar
¿Presenta síntomas como calambres, hormigueos, dolor punzante, sensación de ardor en espalda, cuello o alguna de sus extremidades? ¿Con que frecuencia? Explique su respuesta	Presenta hormigueos en las piernas
¿Realiza alguna actividad física? ¿Cuál? Describa tiempo y frecuencia. Explique su respuesta	Realiza bicicleta elíptica 1 hora diaria
Si la persona que cuida, tiene discapacidad física ¿le es fácil ayudar con la movilización? Explique su respuesta	Su esposa no requiere de ayuda para su movilización
¿Siente que su estado físico ha sufrido algún deterioro por brindarle cuidado a la persona con discapacidad? Explique su respuesta	Si, porque requiere de fuerza para sostener a su esposa cuando tiene vértigo
Durante su labor como cuidador, ¿realiza pausas activas? Explique su respuesta	Si, sale a caminar durante el día por 5 minutos
¿Considera que en sus actividades diarias tiene una postura adecuada? Explique su respuesta	Si, considera que cuenta con una buena postura
En caso de ser negativa la respuesta anterior ¿Cree que las malas posturas son las causas de sus molestias físicas? Explique su respuesta	N/A
¿Las personas de su núcleo familiar sienten alguna molestia física a causa del cuidado brindado a la persona con discapacidad? Explique su respuesta	No, solo el como esposo, sus hijos no presentan molestias
¿Cuáles considera usted son las mayores barreras que limitan la independencia y funcionalidad de la persona con discapacidad? Explique su respuesta	No identifica barreras que limiten su funcionalidad

Conclusiones según las respuestas del cuidador:

El señor Ovidio de Jesús Toro Marín, esposo y cuidador de la señora Alba Socorro Betancur, no presenta repercusiones físicas a causa del cuidado de su esposa, y las sensaciones en miembros inferiores son por un postoperatorio de reemplazo de rodilla derecha.

Territorial Dirección Territorial de Salud de Caldas	**PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS PIC** **DIRECCION TERRITORIAL DE SALUD DE CALDAS** **FORMATO DE ACTA DE INTERVENCIÓN PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y CUIDADORES/AS** **ESE HOSPITAL LOCAL SAN JUAN DE DIOS** **CONTRATO: 150.25.4.0354** **VIGENCIA 2025**	HOSPITAL LOCAL SAN JUAN DE DIOS Pensilvania-Caldas EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

DESARROLLO DE LA REUNIÓN

La visita fue realizada en el domicilio de Alba Socorro Betancur en donde estuvo presente durante la intervención su esposo el señor Ovidio de Jesús Toro Marín, quien actúa como su principal cuidador. El ambiente fue tranquilo y colaborativo, lo cual permitió un adecuado desarrollo de la sesión.

Socorro y Ovidio mostraron disposición e interés por la información suministrada, respondiendo de manera activa a las preguntas realizadas.

En la aplicación de la escala de valoración se identificó que la señora Alba Socorro Betancur no presenta limitaciones físicas para la realización de sus actividades de la vida diaria, por lo cual no presenta restricciones en su participación e inclusión en sus roles sociales debido a que presenta una discapacidad auditiva secundaria a su diagnóstico de Meniere, el cual no interfiere en su salud física

Por el lado de su cuidador se evidenció que el señor Ovidio de Jesús Toro Marín presenta signos y clínica de dolor y limitación asociados a la recuperación de un posoperatorio de reemplazo de rodilla derecha y no asociado al cuidado de su esposa Alba, ya que ella es una persona funcional en todos los campos.
La señora Alba refiere dolor en las rodillas y brazos con mayor intensidad en su hemicuerpo derecho, los cuales la limitan para subir y bajar escaleras, aunque no requiere de ayudas técnicas para su desplazamiento.
Durante la visita se brindaron recomendaciones básicas para cuidado y mantenimiento de la salud física priorizando la implementación de actividades físicas en el núcleo familiar con el fin de evitar la aparicón de enfermedades crónicas secundarias a bajos niveles de actividad física.

CONCLUSIONES/RECOMENDACIONES

Se recomienda la implementación de estrategias enfocadas en la realización de actividad física en el núcleo familiar, para no solo impactar en la salud física, sino que también en la salud emocional potencializando las relajaciones dentro del núcleo.



NOMBRE COMPLETO
PROFESIONAL DE FISIOTERAPIA
REGISTRO PROFESIONAL
TP: 1053864166