



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



**PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
APLICADO A UN ADULTO CON SECUELAS DE
ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL
BASADO EN LA TEORÍA DE LA ADAPTACIÓN**

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A

BARRERA VELÁZQUEZ JUAN

No. DE CUENTA 410098796

ASESOR ACADÉMICO

MTRO. JOSÉ CRUZ RIVAS HERRERA

MÉXICO D.F

OCTUBRE, 2013



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIAS

A mi madre, por ser el pilar más importante y por demostrarme siempre su cariño y apoyo incondicional sin importar nuestras diferencias de opiniones, además que ha sabido formarme con buenos sentimientos, hábitos y valores lo cual me ha ayudado a salir adelante en los momentos más difíciles y que con sus consejos ha sabido guiarme para culminar mi carrera profesional.

Mi hermano Linito por ser el único en la vida que me impulsa para seguir adelante, de todo corazón te dedico este esfuerzo.

A mis profesores gracias por su tiempo, su apoyo, por la sabiduría que me transmitieron durante el desarrollo de mi formación profesional.

JUAN BARRERA VELÁZQUEZ

AGRADECIMIENTOS

A mi mami Gela de todo corazón por que más que una madre siempre seguirá siendo mi mejor amiga, me ha consentido y apoyado en lo que me he propuesto pero sobre todo ha sabido corregir mis errores.

Marisela te diste cuenta el trabajo que costó llevar a cabo y terminar este proyecto, gracias por demostrarme interés, en todo momento me dio ánimo, apoyo, confianza y cariño.

A ti maestro José Cruz por compartir su conocimiento, gracias por su sabiduría y por impulsarme a ser cada día mejor no hay palabras para expresar tanta gratitud a su noble trabajo, siendo de digna labor y merecido reconocimiento por fomentar la educación de generación en generación, inculcando valores y sembrando el conocimiento, formando mejores profesionistas día con día.

A ti José de Jesús por ser mi amigo y compañero incondicional en las buenas y en las malas, por que se que siempre contaré con tu valioso apoyo, mis amigos y compañeros que formaron parte de esta aventura y siempre se quedarán en mis recuerdos.

JUAN BARRERA VELÁZQUEZ

ÍNDICE

	PÁG.
<i>Dedicatorias</i>	II
<i>Agradecimientos</i>	III
Introducción	VII
Justificación	X
Objetivos	XI
• General	
• Específico	
1. MARCO TEÓRICO	12
1.1 La enfermería	12
1.1.1 El cuidado de enfermería	12
1.1.2 Funciones de enfermería	14
1.2 Datos biográficos de Callista Roy	17
1.3 Modelo de adaptación de Callista Roy	19
1.3.1 Metaparadigmas	20
1.3.2 Relación de la aplicación de la teoría	23
1.4 Proceso Atención de Enfermería	25
1.4.1 Características	26
1.4.2 Ventajas para la enfermera	27
1.4.3 Ventajas para el paciente	28
1.4.4 Etapas del Proceso Atención Enfermería	29
1.4.4.1 Valoración	29
1.4.4.2 Diagnóstico	34
1.4.4.3 Planeación	36
1.4.4.3.1 Determinación de prioridades	37
1.4.4.3.2 Planteamiento de objetivos	37
1.4.4.3.3 Documentación del plan de cuidados	40
1.4.4.4 Ejecución	41
1.4.4.5 Evaluación	42

2. METODOLOGÍA DEL TRABAJO	45
3. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA	47
3.1 Presentación del caso	47
3.2 Historia clínica	55
3.3 Problemas detectados en los modos adaptativos	60
3.4 Prioridad de los diagnósticos	62
3.5 Clasificación de los diagnósticos (Independiente e Interdependiente)	64
3.6 Plan de cuidados	65
3.6.1 Planeación, Fundamento Científico, Ejecución, Evaluación	66
3.6.2 Evaluación General	103
3.6.2.1 Aplicación del Modelo	104
3.6.2.2 Aplicación del Proceso Atención de Enfermería	105
3.7 Plan de alta	106
3.7.1 Alimentación	106
3.7.2 Medicamentos	109
3.7.3 Terapias (Física, Ocupacional, Lenguaje, Foniatría)	110
4. CONCLUSIONES	111
5. GLOSARIO	113
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	115
6.1 Bibliográficas	115
6.2 Electrónicas	116
6.3 Revistas	117
7. ANEXOS	118
7.1 Evento Vascular Cerebral (Incidencia en México)	118
7.1.1 Impacto de atención	120
7.1.2 Factores de riesgo	121
7.1.3 signos y síntomas	124
7.1.4 Métodos diagnósticos	125
7.1.5 Estrategias de intervenciones	126
7.2 Ejercicios y etapas de reeducación vocal	127
7.3 Ejercicios de motricidad oro-facial	131

7.4 Ejercicios de deglución	132
7.5 Naso-endoscopía	133
7.6 Ejercicios de esfuerzo respiratorio	134
7.7 Ejercicios de tonificación cordal	135
7.8 Ejercicios de tonificación glótica	136

INTRODUCCIÓN

Las personas con Enfermedad Vascul ar Cerebral, constituyen un problema de salud mundial con tendencia creciente. Según datos de la OMS, la EVC es una importante causa de discapacidad y afectación de calidad de vida, su límite de afectación es muy amplio. Además de las limitaciones físicas, se asocia a problemas en la esfera emocional con alta frecuencia de depresión (> 50%); y/o deterioro cognitivo de diverso grado (35%), siendo la segunda causa más frecuente de demencia.

Debido al envejecimiento de muchas poblaciones, especialmente aquellas con rápido crecimiento económico, las proyecciones para el año 2020 sugieren que la enfermedad vascular cerebral se mantendrá como segunda causa de muerte tanto en países desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo; además, en términos de discapacidad estará entre las primeras cinco causas más importantes de carga por enfermedad.

Es importante señalar desde este punto de vista que los pacientes que cursan con EVC, su Plan de Atención de Enfermería (PAE) tiene un enfoque holístico, considerando tanto los problemas físicos como los efectos de los mismos sobre el funcionamiento de la persona como ser individualizado. El mantenimiento de este enfoque asegura que se cubran las necesidades únicas, y ayuda a que la enfermera adapte las intervenciones al individuo y familia en vez de hacerlo a la enfermedad.

El presente trabajo está constituido por siete capítulos, los cuales se muestran en el marco teórico, en el primero se habla de la enfermería como ciencia, profesión, disciplina; como se forma un cuidado, las diferentes funciones que desempeña el personal de enfermería ante un enfermo, se aborda la teoría de Callista Roy relatando una breve biografía de la cual se determinó su modelo a seguir para la elaboración del presente trabajo.

El modelo de adaptación conformado de meta-paradigmas, sistemas y modelos enfocados al periodo de adaptación que tiene la persona que ha sufrido un EVC. Además se habla sobre la estructura y conformación del PAE, las características, así como etapas que darán forma a un plan de cuidados dirigido a una persona que presentó un EVC, donde el PAE es un método sistemático y racional de planificar y dar cuidados de enfermería. Su objetivo es identificar las necesidades de salud actuales y potenciales del paciente que tuvo un EVC de origen hemorrágico y establecer planes para resolver las necesidades identificadas y agruparlas de forma específica para resolverlas; para el desarrollo del PAE debe haber participación de al menos dos personas el enfermero y el paciente, sin olvidar incluir a la familia que es muy importante en el proceso. El enfermero requiere de capacidades técnicas, intelectuales y de relación, para utilizar el PAE.

En el capítulo 2, se habla sobre la diferente metodología empleada para dar estructura al presente trabajo. En el capítulo 3 se muestra toda la información acerca de la persona a la cual se le realiza el Proceso Atención de Enfermería, dicha información recopilada por los diferentes métodos; también se presenta el caso clínico, la historia clínica utilizando un formato del IMSS, la valoración por aparatos y sistemas, la clasificación de los problemas detectados de acuerdo a modos adaptativos de los cuales habla Callista Roy en su teoría, se detectan diferentes diagnósticos de enfermería dando prioridad al más importante en relación a la función orgánica del paciente, se continua con la elaboración del plan de cuidados siendo el mismo PAE, considerando una serie de cinco pasos las cuales incluyen la valoración, el diagnóstico de enfermería que va a constituir una relación de las alteraciones, actuales o potenciales del nivel de salud del paciente, planificación y establecimiento de los objetivos, ejecución que se realiza con las intervenciones de enfermería y por último la evaluación del cuidado de enfermería.

Del capítulo 4 al 7, se determinan conclusiones a las cuales se llegó con la información recopilada y llevada a cabo en el presente trabajo.

Se tratan aspectos importantes sobre el EVC, como parte de la fisiopatología, incidencia en nuestro país, impacto en la atención visto desde el punto de vista económico, la diferente sintomatología que se presenta de acuerdo a la ubicación del daño cerebral, las diferentes formas para llegar al diagnóstico y tener una atención oportuna, las estrategias de las intervenciones de enfermería que se seguirán acorde al tipo de evento.

Se anexan referencias bibliográficas, electrónicas y revistas consultadas, así como diferentes terapias las cuales tomó el paciente durante determinado tiempo en el proceso de rehabilitación.

JUSTIFICACIÓN

Es de suma importancia la elaboración de un PAE, puesto que hoy en día la hipertensión arterial es una de las principales causas para que una persona pueda desarrollar una Enfermedad Vascul ar Cerebral, tomando en cuenta los diferentes factores de riesgo a los cuales se va teniendo contacto con el paso del tiempo.

El Proceso Atención de Enfermería es parte crucial y una guía importante en la atención que brinda el personal de enfermería en el cuidado de toda persona enferma y refuerza las habilidades y aspectos socio-humanos, de aquí la importancia de la elaboración del presente trabajo. La capacidad del enfermero aumenta a través del conocimiento teórico, metodológico y técnico, ya que es probable que los métodos tengan éxito si están desarrollados sistemáticamente y sirven de referencia ante la duda.

El Proceso Atención de Enfermería es el cimiento, la capacidad esencial que ha caracterizado a la enfermería desde el principio de la profesión con los años. Dicho proceso ha cambiado y evolucionado, por ende, ha adquirido mayor claridad y comprensión.

La enfermera(o) juega un papel importante en el restablecimiento del enfermo con secuelas de una Enfermedad Vascul ar Cerebral; hay que incorporar el conocimiento acumulado a través de métodos científicos para poder describir, explicar, pronosticar y prescribir intervenciones de enfermería y vincularse con la persona en el contexto de su mundo único para lograr su salud.

De aquí parte la importancia que tiene el personal de enfermería, el tiempo que se requiere para la atención y asistencia de este tipo de personas ya que de un inicio los cuidados pueden ser desde intensivos hasta paliativos, esto dependiendo de la recuperación que vaya teniendo el enfermo, los costos tan elevados en cuanto a la atención brindada, ocupando recursos económicos, materiales, humanos y principalmente a la familia como parte fundamental en el proceso de rehabilitación y gracias al conocimiento y enseñanza que brinda el profesional de enfermería las personas han logrado recuperar su salud.

OBJETIVO GENERAL

- Integrar el Proceso Atención de Enfermería como una estrategia de intervención en un paciente con secuelas de Enfermedad Vascul ar Cerebral, utilizando la teoría de la adaptación de Callista Roy para lograr un óptimo estado de bienestar.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer el manejo de rehabilitación específico y oportuno en un paciente con secuelas de Enfermedad Vascul ar Cerebral.
- Brindar cuidados de enfermería con base en el conocimiento científico a las necesidades más afectadas del paciente con secuelas de Enfermedad Vascul ar Cerebral.
- Actuar de manera oportuna y eficaz en la prevención de complicaciones y problemas que pudieran comprometer el estado de salud del paciente.
- Elaborar un plan de alta para el paciente con secuelas de Enfermedad Vascul ar Cerebral que oriente a los cuidadores primarios para una rehabilitación integral y óptima.
- Integrar actividades acorde a capacidades del paciente para mejorar su rehabilitación.

1. MARCO TEÓRICO

1.1 LA ENFERMERÍA

Enfermería: Responsabilidad de velar por la salud de otros. Acciones de cuidado de la persona y su entorno, a partir del desarrollo de habilidades tales como las observaciones inteligentes, la perseverancia y el ingenio. Profesión basada fundamentalmente en el cultivo de las mejores cualidades morales.

Enfermera: Persona con conocimientos teóricos y habilidades prácticas capacitadas para observar inteligentemente a los pacientes y su entorno, proporcionarles los cuidados necesarios para su salud e influir en la modificación de la misma mediante el fomento de mejoras en sus condiciones de vida. Profesional capacitado para presentar a los médicos "no opiniones, sino hechos".¹

La enfermería es una disciplina de carácter social, cuyo sujeto de atención es la persona como ser individual, social y espiritual. Su objeto es el cuidado integral de la salud de la persona, familia y comunidad en todas las etapas de la vida.

1.1.1 EL CUIDADO DE ENFERMERÍA

El cuidado de los pacientes es la esencia de la profesión de enfermería, es una actividad que requiere de un valor personal y profesional encaminado a la conservación, restablecimiento y autocuidado de la vida, que se fundamenta en la relación terapéutica enfermera-paciente. Es una actividad indispensable para la supervivencia, desde que la humanidad existe.

¹ Skeet M. Líderes de Salud. Florence Nightingale, una mujer con visión y empuje. Revista Internacional Foro Mundial de la Salud. Ginebra: OMS; 1988.

Representa una serie de actos de vida que tienen por finalidad y función mantener a los seres vivos sanos con el propósito de reproducirse y perpetuar la vida, de tal forma, el cuidado es mantener la vida, asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades para la persona que continua la interacción con su entorno, viviendo experiencias de la salud.

Por lo tanto, se considera que los cuidados de enfermería son la razón de ser de la profesión y constituyen el motor del quehacer diario, por lo tanto su objeto de estudio. El ideal y el valor del cuidado no son simplemente cosas sueltas, exige una actitud que debe tornarse en un deseo, en una intensión, en un compromiso y en un juicio consiente que se manifiesta en actos concretos e inicia al contacto con el paciente.

Cuidar implica conocer a cada ser humano, interesarse por él que exige un esfuerzo de atención, una concentración más agotadora que el esfuerzo físico. El valor del cuidado se fundamenta en la enfermera(o) creativa(o) cuyo ser es trascendente. El cuidado de todo paciente tiene como fin su curación, la mejoría de sus condiciones de salud o su supervivencia, y por tanto se debe respetar su vida y su integridad, sin ser expuesto a riesgos ya que en ocasiones se trata a los pacientes como patologías y no como personas, es importante considerar que el ser humano es una persona desde el primer momento de su existencia y como tal ha de ser tratado, respetado por sí mismo, y no puede quedar reducido a un instrumento en beneficio de otros.

De tal forma, el cuidado se define como una actividad que requiere de un valor personal y profesional encaminado a la conservación, restablecimiento y autocuidado de la vida que se fundamenta en la relación terapéutica enfermera-paciente. Sin olvidar que calidad del cuidado de enfermería nunca es un accidente; siempre es el resultado del esfuerzo y la inteligencia.²

² Juárez R. Paula A, García C Ma. Del Lourdes: La importancia del cuidado de enfermería. [Artículo en línea]. 2009 [Consultado 9 agosto 2013]. Disponible en: <http://goo.gl/dku18P>

1.1.2 FUNCIONES DE ENFERMERÍA

FUNCIONES INDEPENDIENTES

Son aquellas actividades que se encuentran en el campo de acción específico de la enfermería, que es la predicción, prevención y tratamiento de las respuestas humanas, por lo tanto no requieren de prescripción médica. Por su formación profesional utiliza el pensamiento crítico y la toma de decisiones.

Ejemplos:

- Medir, valorar e interpretar constantes vitales del usuario.
- Tomar decisión en controlar la temperatura por medios físicos sin necesidad de indicación alguna.
- Realizar en el usuario medidas higiénicas.
- Proporcionar educación sanitaria.
- Proteger al usuario de lesiones.
- Promover el relajamiento y descanso.
- Brindar apoyo emocional al usuario y su familia.
- Efectuar movilización del usuario.

Nota: (Cabe señalar que las actividades delegadas por parte del médico y que la enfermera realiza siguiendo un protocolo de atención y que pasan a ser del dominio enfermero no deben considerarse como funciones independientes ya que son intervenciones prescritas por el médico).

FUNCIONES INTERDEPENDIENTES

Son aquellas que se realizan en colaboración con los demás integrantes del equipo sanitario, quedando incluida en este rubro la prescripción médica.

Ejemplos:

- Administración de medicamentos.
- Infusión de soluciones intravenosas.
- Obtención de muestras de laboratorio.
- Administración del esquema de insulina.
- Realización de curaciones.
- Participación en ejercicios de rehabilitación.
- Uso de equipo de soporte respiratorio.

Nota: (Como funciones interdependientes deben considerarse las actividades delegadas por parte del médico o que siguen un determinado protocolo de atención.)³

Hay tres tipos de intervenciones de enfermería: Iniciadas por la enfermera, iniciadas por el médico y de colaboración. La selección de la categoría se basa en las necesidades del cliente, un cliente puede necesitar las tres categorías, mientras que otro puede solo necesitar las iniciadas por la enfermera y el médico.

Si las funciones de Enfermería tienen tres dimensiones de acuerdo con Lyer (1989), dependiente, interdependiente e independiente, según el nivel de decisión que corresponde a la enfermera, surgirán problemas o necesidades en la persona que competirán a un campo u otro de actuación:

- La dimensión dependiente de la práctica de la enfermera incluye aquellos problemas que son responsabilidad directa del médico que es quien designa las intervenciones que deben realizar las enfermeras. La responsabilidad de la enfermera es administrar el tratamiento médico prescrito.

³ Rodríguez S. B. Proceso Enfermero. México D.F. Ed. Cuellar; 25-26.

- La dimensión interdependiente de la enfermera, se refiere a aquellos problemas o situaciones cuya prescripción y tratamiento colaboran las enfermeras y otros profesionales de la Salud. Estos problemas se describirán como problemas colaborativo o interdependiente, y son complicaciones fisiológicas que las enfermeras controlan para detectar su inicio o su evolución y colaboran con los otros profesionales para un tratamiento conjunto definitivo.
- Dimensión independiente de la enfermera, es toda aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de enfermería, y que no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales. Incluye el proceso del cuidado y los Diagnósticos de Enfermería.

INTERVENCIONES INICIADAS POR LA ENFERMERA

Son la respuesta independiente de la enfermera a las necesidades del cliente y los diagnósticos enfermeros. Este tipo de intervención es autónoma basada en un fundamento científico que se lleva a cabo en beneficio del cliente en una forma predeterminada en relación con el diagnóstico enfermero y los objetivos centrados en el paciente.

INTERVENCIONES INICIADAS POR EL MÉDICO

Está basada en la respuesta del facultativo al diagnóstico médico la enfermera, interviene llevando a cabo las órdenes escritas por el médico. Siendo que la enfermera incorpora cada una de estas órdenes en el plan de cuidados del paciente de manera que puedan cumplirse con eficiencia y seguridad.

INTERVENCIONES DE COLABORACIÓN

Son tratamientos que requieren conocimientos, actividades y experiencias de diversos profesionales sanitarios. Tomando en cuenta que el paciente necesitará coordinar sus actividades en colaboración de múltiples profesionales sanitarios.⁴

⁴ Potter A. Fundamentos de Enfermería. 2 vols. Ed. Harcourt, 5ª ed. Madrid España; 2002: 344-345.

1.2 SOR CALLISTA ROY

Callista Roy nació el 14 de octubre de 1939 en los Ángeles California y en 1963 inicio su carrera de enfermera. Cuando empezó a trabajar como enfermera de pediatría, observó la gran capacidad de recuperación que tenían los niños y su capacidad para adaptarse a cambios fisiológicos y psicológicos importantes. En 1964-1966 comenzó a trabajar en el concepto básico de su modelo basándose en el trabajo de Harry Helson en psicofísica y influenciada por la capacidad de los niños a adaptarse al cambio.

En 1968 puso en marcha su modelo y lo presentó por primera vez en 1970 en un artículo publicado en la Nursing Outlook, titulado “Adaptation: A Conceptual Framework for Nursing” y en 1976 publicó “Introduction to Nursing: An Adaptation Model”, en 1984 publicó nuevamente una versión revisada de su modelo.

Sor Callista Roy estudio enfermería en 1963 en Mount Saint Mary’s College en Los Ángeles y después en 1966 realizó un máster en enfermería en la Universidad de California. Más tarde inicio un máster en sociología en el año 1973 y un doctorado en lo mismo en el año de 1977 en la Universidad de California. Cuando realizaba su máster le pidió a Dorothy E. Johnson que desarrollaran un modelo conceptual de enfermería.

Comenzó a trabajar como enfermera en pediatría y ahí se dio cuenta de la gran capacidad que tenían los niños para adaptarse a cambios físicos y psicológicos importantes, esto la impacto de tal manera que lo considero como un marco conceptual para la enfermería. Sor Callista Roy puso en marcha su modelo en el año 1968, este se presentó por primera vez en el año 1970 en un artículo publicado en la Nursing Outlook for Nursing.

Fue profesora en diversas Universidades. Desde 1983 a 1985 trabajo como enfermera clínica especialista en neurología en la Universidad de California, San Francisco. Escribió un gran número de libros, capítulos y artículos, los cuales los publicó periódicamente, también impartió numerosas conferencias y talleres centrados en su Teoría de la Adaptación.

En 1981 recibe el premio National Founder's Award for Excellence in Fostering Professional Nursing Standards. Fue admitida como miembro de la American Academy of Nursy en 1978.

Es una teórica muy respetada. Enfermera, escritor, profesor, investigador y docente que actualmente ocupa el cargo de profesor y teórico de la enfermería en la Escuela de Enfermería de Boston College en Chestnut Hill, Massachusetts y realiza conferencias constantemente.

Sor Callista Roy desarrollo la Teoría de la Adaptación tras su experiencia en pediatría quedo impresionada por la capacidad de adaptación de los niños. El modelo de Sor Callista Roy es una meta-teoría ya que utilizó otras teorías para realizarlo. Las bases teóricas que utilizo fueron: La teoría general de sistemas de A.Rapoport, que consideraba a la persona como un sistema adaptativo y la teoría de adaptación de Harry Helson, en esta teoría él dice que las respuestas de adaptación tienen que ver con el estímulo recibido y el nivel que tiene el individuo para adaptarse.

"El modelo de adaptación proporciona una manera de pensar acerca de las personas y su entorno, lo cual es útil en la sociedad. Una prioridad es la atención y los retos de la enfermería y ayuda a que el paciente a sobreviva a la transformación."Sor Callista Roy".⁵

⁵ ATS de las Funciones Públicas Sanitarias de Galicia.Temarioj Ebook; 2012. Disponible en: <http://goo.gl/9ub9O>

1.3 MODELO DE ADAPTACIÓN DE CALLISTA ROY

Tiene su origen en 1970, lo emplean mucho los educadores, investigadores y profesionales de la enfermería. Roy se centra en el individuo como un sistema adaptativo biopsicosocial. Tanto el individuo como el entorno son fuentes de estímulos que deben modificarse para promover la adaptación, una respuesta intencionada progresiva. Las respuestas adaptativas contribuyen a la salud, al proceso de estar integrado o de conseguirlo. Como sistema abierto, el individuo recibe información o estímulos procedentes tanto de sí mismo como de ambiente. Roy señala tres clases de estímulos:

- Estímulos focales: Son estímulos internos o externos que actúan sobre la persona de forma más inmediata y que afectan el comportamiento.
- Estímulos contextuales: Todos los demás estímulos internos y externos que se encuentran presentes.
- Estímulos residuales: Creencias, actitudes o características que tienen un efecto indeterminado sobre el comportamiento de la persona, pero cuyas consecuencias no están contrastadas.⁶

Considera que las personas tienen cuatro modos o métodos de adaptación: Fisiológica, Auto-concepto, Desempeño de funciones, y Relaciones de interdependencia. El resultado final más conveniente es un estado en el cual las condiciones facilitan la consecución de las metas personales, incluyendo supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio. La intervención de enfermería implica aumento, disminución o mantenimiento de los estímulos focales, contextuales y residuales de manera que el paciente pueda enfrentarse a ellos.

Roy señala que en su intervención, la enfermera debe estar siempre consiente de la responsabilidad activa que tiene el paciente de participar en su propia atención cuando es capaz de hacerlo. Este modelo proporciona un sistema de clasificación de los productores de tensión que suelen afectar la adaptación, así como un sistema para clasificar las valoraciones de enfermería.

⁶ Kozier B. Fundamentos de Enfermería conceptos proceso y práctica. Vol 1. Ed. Interamericana .1999.

Roy define la salud como un proceso de ser y llegar a ser una persona integrada y total; también la considera como la meta de la conducta de una persona y la capacidad de la persona para ser un órgano adaptativo.

El objetivo del modelo es facilitar la adaptación de la persona mediante el fortalecimiento de los mecanismos de afrontamiento y modos de adaptación.

1.3.1 METAPARADIGMAS

- **Persona:** Ser biopsicosocial que forma un sistema unificado, en constante búsqueda de equilibrio.
- **Salud:** Adaptación resultante de éxito obtenido al hacer frente a los productores de tensión.
- **Ambiente:** Condiciones o influencias externas que afectan el desarrollo de la persona.
- **Enfermería:** Manipulación de los estímulos para facilitar el éxito del afrontamiento.⁷

El modelo de Sor Callista Roy es una metateoría ya que utilizó otras teorías para realizarlo. Las bases teóricas que utilizó fueron: La teoría general de sistemas de A. Rapoport, que considera a la persona como un sistema adaptativo, y la teoría de adaptación de Harry Helson, en esta teoría, él dice que las respuestas de adaptación tienen que ver con el estímulo recibido y el nivel que tiene el individuo para adaptarse.

También considera que las personas tienen 4 modos o métodos de adaptación:

- **Las necesidades fisiológicas básicas:** Esto es, las referidas a la circulación, temperatura corporal, oxígeno, líquidos orgánicos, sueño, actividad, alimentación y eliminación.
- **La autoimagen:** El yo del hombre debe responder también a los cambios del entorno.

⁷ Cisneros G Fanny: Teorías y Modelos de Enfermería [Artículo de revisión en línea] 2005 [Consultado 8 de agosto 20013]; (15p.). Disponible en: <http://goo.gl/UKkcE>

- **El dominio de un rol o papel:** Cada persona cumple un papel distinto en la sociedad, según su situación: Madre, niño, padre, enfermo, jubilado. Este papel cambia en ocasiones, como puede ser el caso de un hombre empleado que se jubila y debe adaptarse al nuevo papel que tiene.
- **Interdependencia:** La autoimagen y el dominio del papel social de cada individuo interacciona con las personas de su entorno, ejerciendo y recibiendo influencias. Esto crea relaciones de interdependencia, que pueden ser modificadas por los cambios del entorno.

Conceptos de salud, cuidado, persona y entorno

Salud: Proceso de ser y llegar a ser una persona integrada y total; es la meta de la conducta de una persona y la capacidad de ésta de ser un organismo adaptativo. No solo se trata de quitarle la enfermedad al paciente sino entregarle las herramientas necesarias para integrarse a la sociedad de mejor manera en el caso de pacientes con enfermedades terminales o catastróficas, educándolo y brindarle ayuda tanto en lo psicológico, social, y en lo relacionado con su calidad de vida. La salud no consiste en liberarse de la muerte, las enfermedades, la infelicidad y el estrés; sino que en la capacidad de combatirlos del mejor modo posible.

Cuidado de enfermería: Es requerido cuando la persona gasta más energía en el afrontamiento dejando muy poca energía para el logro de las metas de supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio.

- Utiliza los cuatro modos de adaptación para incrementar el nivel de adaptación de una persona en la salud y la enfermedad.
- Realiza actividades que promueven respuestas de adaptación efectivas en las situaciones de salud y enfermedad.
- Es una disciplina centrada en la práctica dirigida a las personas y a sus respuestas ante los estímulos y la adaptación al entorno.
- Incluye valoración, diagnóstico, establecimiento de metas, intervención y evaluación.

Para planificar los cuidados propone un proceso de solución de problemas de seis pasos:

1. Valorar la conducta del enfermo/usuario.
2. Valorar los factores influyentes.
3. Identificar los problemas.
4. Fijar los objetivos.
5. Seleccionar las intervenciones.
6. Evaluar los resultados.

Persona: Roy define a la persona como un ser holístico y adaptable. Es un ser biopsicosocial (ser participativo en las esferas biológicas, psicológicas y sociales), en constante interacción con el entorno cambiante, que usa mecanismos innatos y adquiridos para afrontar los cambios y adaptarse a ellos en los cuatro modos adaptativos: fisiológicos, autoimagen, dominio del rol e interdependencia. Es el receptor de los cuidados enfermeros, desempeñando un papel activo en dichos cuidados.

Entorno: Todas las condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan al desarrollo y a la conducta de las personas y los grupos. Consta de ambientes interno y externo que proporcionan entrada en forma de estímulos. Siempre está cambiando y en constante interacción con la persona. Es el entorno cambiante el que empuja a la persona a reaccionar para poder adaptarse.

Todos estos conceptos están relacionados entre sí. Los sistemas, los mecanismos de afrontación y los modos de adaptación son utilizados para tratar estos elementos. Para Roy, los sistemas son un conjunto de componentes organizados, relacionados para formar un todo; son más que la suma de sus partes, reacciona como un todo e interactúan con otros sistemas del entorno.

1.3.2 RELACIONES DE APLICACIÓN DE LA TEORÍA

Enfermero – paciente: Roy dice que en su intervención, el enfermero debe estar siempre consiente de la responsabilidad activa que tiene el paciente de participar en su propia atención cuando es capaz de hacerlo. La meta de la enfermería es ayudar a la persona a adaptarse a los cuatros modos de adaptación ya sea en la salud o en la enfermedad.

La intervención del enfermero implica el aumento, disminución o mantenimiento de los estímulos focales, contextuales y residuales de manera que el paciente pueda enfrentarse a ellos.

Paciente – enfermero: Paciente que recibe los cuidados enfermeros.

Para Roy, el paciente es un sistema abierto y adaptativo, que aplica un ciclo de retroacción de entrada, procesamiento y salida.

Entrada: Son los estímulos que puedan llegar desde el entorno o desde el interior de la persona. Se clasifican en focales (afectan a la persona inmediatamente), contextuales (todos los demás estímulos que están presentes) y residuales (inespecíficos, tales como ciencias culturales o actitudes ante la enfermedad).

Procesamiento: Hace uso de métodos (mecanismos de control que una persona utiliza como sistema de adaptación) y los efectores (hacen referencia a la función fisiológica, el auto concepto y la función de rol incluidos en la adaptación).

Salida: Se refiere a las conductas de las personas, y se dividen en respuestas adaptativas (aquellas que promueven la integridad de la persona; logran las metas de la supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio), y en respuestas ineficaces (aquellas que no fomentan el logro de las metas). Las respuestas proporcionan, la retroacción del sistema.

De este modo, el nivel de adaptación es un punto en continua modificación, constituido por estímulos focales, contextuales y residuales que representan la entrada al sistema propio de cada persona con respecto a las respuestas adaptativas del sistema (que son las salidas).

Familia – enfermero: Roy, en su modelo sostiene que la familia también es un receptor de cuidados, que también tiene una conducta de adaptación. El desarrollo que la familia hace es por activación de un proceso de aprendizaje.⁸

Ambiente: Para Roy es el segundo concepto central del modelo de enfermería, ella lo entiende como el mundo al interior y en torno a los humanos como sistemas de adaptación. Su uso actual en el modelo consiste en incluir todas las condiciones, circunstancias e influencias que circundan y afectan al desarrollo y comportamiento de las personas y los grupos, con consideración particular de la relación mutua entre persona y recursos terrestres, lo cual incluye a los estímulos focales, del contexto y los residuales.

De acuerdo con el modelo de adaptación de Roy, los sistemas humanos interactúan con el ambiente cambiante y ofrecen respuestas de adaptación. La vida nunca es igual para las personas. Esta se encuentra en cambio constante y presenta retos nuevos, por ellos el sistema humano tiene la capacidad para determinar respuestas nuevas a estas condiciones cambiantes. Mientras el ambiente se modifica, los humanos tienen una oportunidad constante de crecer, desarrollarse y transformarse.

La adaptación se describe desde esta perspectiva como una función del grado de cambio que está ocurriendo, y de los niveles de adaptación del sistema humano.⁹

⁸ ATS de las Funciones Públicas Sanitarias de Galicia. Temarioj Ebook; 2012:176. Disponible en: <http://goo.gl/9ub9O>

⁹ Cutcliffe Jhon. Modelos de Enfermería. Aplicación a la práctica. Ed. Manual moderno; 2011: 116.

1.4 PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Es un sistema de planificación de los cuidados de enfermería y método dirigido a resolver problemas, satisfacer la atención de la salud y las necesidades de enfermería de los pacientes, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas son las siguientes:

- Valoración: Primera fase del Proceso Atención de Enfermería, consiste en recoger y organizar datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para la toma de decisiones y actuaciones posteriores.
- Diagnóstico de Enfermería: Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de enfermería.
- Planificación: Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la salud.
- Ejecución: Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.
- Evaluación: Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos.

El objetivo principal del Proceso Atención de Enfermería es construir una estructura que pueda cubrir las necesidades del paciente, la familia y la comunidad, así como también identificar las necesidades reales o potenciales de una comunidad estableciendo planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios en el cual actuará cubriendo y resolviendo los problemas.

1.4.1 CARACTERÍSTICAS

- Tiene una finalidad: Se dirige a un objetivo.
- Es sistemático: Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- Es dinámico: Responde a un cambio continuo.
- Es interactivo: Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.
- Es flexible: Se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.
- Tiene una base teórica: El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.

1.4.2 VENTAJAS DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA ENFERMERA

- Permite diagnosticar y tratar respuestas humanas mediante la aplicación de la teoría a la práctica clínica.
- Proporciona información e identifica problemas en las personas, la familia y la comunidad, con el objetivo de planear, ejecutar y evaluar los cuidados de enfermería.
- Permite la aplicación del método científico en la práctica del enfermero.
- Exige conocimientos, habilidades y destrezas para observar, valorar, decidir, realizar evaluar e interactuar con otros profesionales.
- Es un instrumento en la práctica del profesional que asegura la calidad de los cuidados a la persona, familia, grupo social o comunidad.
- Proporciona la base para el control operativo y medio para sistematizar y hacer investigación en enfermería.
- Permite evaluar el efecto de la intervención de enfermería.
- Proporciona un método lógico y racional para que el profesional de enfermería organice la información de tal manera que la atención sea adecuada, eficiente y eficaz.
- Al profesional de enfermería le facilita la comunicación; concede flexibilidad en el cuidado; le genera respuestas individuales y satisfacción en su trabajo, le permite conocer objetivos importantes para el sujeto de atención; propiciando el crecimiento profesional.
- Requiere una documentación precisa encaminada a mejorar la comunicación, prevenir errores y evitar repeticiones. Deja evidencia sobre la que se evalúa la calidad y se pueden realizar procesos investigativos.
- Promueve la flexibilidad y el pensamiento independiente.
- Ayuda a que las enfermeras tengan la satisfacción de obtener resultados.

1.4.3 VENTAJAS DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA EL PACIENTE

- Garantiza la atención individualizada.
- Ofrece ventajas para el profesional que brinda cuidados y para quien los recibe.
- Al sujeto de atención le permite participar en su propio cuidado; garantiza la respuesta a sus problemas reales y potenciales, ofrece atención individual continua y de calidad, de acuerdo con la prioridad de sus problemas.
- Potencializar la sensación de bienestar y la capacidad para actuar según los roles deseados.
- Proporcionar cuidados eficaces y eficientes de acuerdo con los deseos y necesidades del individuo.
- Encuentra formas de aumentar la satisfacción del paciente al administrarle cuidados de salud.
- Prevenir la enfermedad, promover, mantener o restaurar la salud (en las enfermedades terminales, para controlar la sintomatología, fomentar el confort y el bienestar hasta la muerte).
- Agiliza el diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud, reduce la incidencia de ingresos hospitalarios acortando la estancia hospitalaria.
- Desarrolla un plan eficaz y eficiente, tanto en términos de sufrimiento humano como de gasto económico.
- Evita que se pierda de vista el factor humano.
- Adapta las intervenciones al individuo (no únicamente a la enfermedad).
- Ayuda a que las personas y sus familias se den cuenta que su aportación es importante y sus puntos fuertes son recursos.¹⁰

¹⁰ Guillermo R Juan. Factores relacionados con la aplicación de Proceso Atención de Enfermería y las taxonomías en 12 unidades de cuidados intensivos de Medellín 2007 [Tesis]. Medellín: Universidad de Antioquia. Facultad de Enfermería; 2009. Disponible en: <http://goo.gl/OUV3Bq>

1.4.4 ETAPAS DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

El PAE se encuentra conformado para su estudio y aplicación por cinco etapas las cuales se nombrarán a continuación:

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

1.4.4.1 VALORACIÓN

Es la primera fase proceso de enfermería, pudiéndose definir como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: éstas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o a cualquier otra persona que de atención al paciente. Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales y los textos de referencia.

Se recogen principalmente datos fisiológicos para que los utilicen otros profesionales e ignoran el resto de los procesos vitales que implican consideraciones psicológicas, socioculturales, de desarrollo y espirituales. Desde un punto de vista holístico es necesario conocer los patrones de interacción de las cinco áreas para identificar las capacidades y limitaciones de la persona y ayudarle a alcanzar un nivel óptimo de salud. Ignorar cualquiera de los procesos vitales puede acarrear la frustración y el fracaso de todos los implicados.

Es primordial seguir un orden en la valoración, de forma que, en la práctica la enfermera adquiera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible de la consulta de enfermería. La sistematización a seguir puede basarse en distintos criterios:

- Criterios de valoración siguiendo un orden de "cabeza a pies": sigue el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano, comenzando por el aspecto general desde la cabeza hasta las extremidades, dejando para el final la espalda.
- Criterios de valoración por "sistemas y aparatos"; se valora el aspecto general y las constantes vitales, y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas.
- Criterios de valoración por "Patrones Funcionales de Salud"; la recogida de datos pone de manifiesto los hábitos y costumbres del individuo/familia determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo con respecto al estado de Salud.

Un dato es una información concreta, que se obtiene del paciente, referido a su estado de salud o las respuestas del paciente como consecuencia de su estado. Nos interesa saber las características personales, capacidades ordinarias en las actividades, naturaleza de los problemas, estado actual de las capacidades siendo los diferentes tipos de datos los siguientes:

- Datos subjetivos: No se pueden medir y son propios de paciente. Lo que la persona dice que siente o percibe. Solamente el afectado los describe y verifica. (Sentimientos).
- Datos objetivos: Se pueden medir por cualquier escala o instrumento (cifras de la tensión arterial).
- Datos históricos: Antecedentes que son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas, etc.). Nos ayudan a referenciar los hechos en el tiempo. (Hospitalizaciones previas).
- Datos actuales: Son datos sobre el problema de salud actual.

La entrevista consta de tres partes: Iniciación, cuerpo y cierre

- **Iniciación:** Se comienza por una fase de aproximación y se centra en la creación de un ambiente favorable, en donde se desarrolla una relación interpersonal positiva.
- **Cuerpo:** La finalidad de la conversación en esta parte se centra en la obtención de la información necesaria. Comienza a partir del motivo de la consulta o queja principal del paciente y se amplía a otras áreas como historial médico, información sobre la familia y datos sobre cuestiones culturales o religiosas. Existen formatos estructurados o semiestructurados para la recogida sistematizada y lógica de la información pertinente sobre el paciente.
- **Cierre:** Es la fase final de la entrevista “No” se deben introducir temas nuevos. Es importante resumir los datos más significativos. También constituye la base para establecer las primeras pautas de planificación.

La actividad final de la recolección de datos es el examen físico. Debe explicarse al paciente en qué consiste el examen y pedir permiso para efectuarlo.

Exploración física: Se centra en determinar en profundidad la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista.

La enfermera utiliza técnicas específicas de valoración: inspección, palpación, percusión, auscultación, pensamiento crítico, juicio clínico y toma de decisiones.

- **Inspección:** Es el examen visual cuidadoso y global del paciente, para determinar estados o respuestas normales o anormales. Se centra en las características físicas o los comportamientos específicos (tamaño, forma, posición, situación anatómica, color, textura, aspecto, movimiento y simetría).
- **Palpación:** Consiste en la utilización del tacto para determinar ciertas características de la estructura corporal por debajo de la piel (tamaño, forma, textura, temperatura, humedad, pulsos, vibraciones, consistencia y movilidad).

Esta técnica se utiliza para la palpación de órganos en abdomen. Los movimientos corporales y la expresión facial son datos que nos ayudarán en la valoración.

- Percusión: Implica el dar golpes con uno o varios dedos sobre la superficie corporal, con el fin de obtener sonidos. Los tipos de sonidos que podemos diferenciar son: Sordos, aparecen cuando se percuten músculos o huesos. Mates: aparecen sobre el hígado y el bazo. Hipersonoros: aparecen cuando percutimos sobre el pulmón normal lleno de aire. Timpánicos: se encuentra al percudir el estómago lleno de aire o un carrillo de la cara.
- Auscultación: Consiste en escuchar los sonidos producidos por los órganos del cuerpo. Se utiliza el estetoscopio y determinamos características sonoras del pulmón, corazón e intestino. También se pueden escuchar ciertos ruidos aplicando solo la oreja sobre la zona a explorar.
- Pensamiento crítico: Está dirigido por los estándares profesionales, códigos éticos y leyes, en el proceso, identifica cuidadosamente y pronto los problemas clave, las cuestiones y riesgos implicados, incluyendo a los pacientes, familias y cuidadores, basándose en principios del proceso enfermero, la solución de problemas y el método científico (requiere formarse opiniones y tomar decisiones basadas en evidencia). Aplicando lógica, intuición y creatividad y se basa en conocimientos específicos, habilidades y experiencias, está dirigido por las necesidades del paciente, la familia y la comunidad, así como por las necesidades de las enfermeras de brindar cuidados competentes y eficientes. Requiere estrategias que obtengan el máximo potencial humano y compensen los problemas creados por la naturaleza humana (por ejemplo, aplicación de la tecnología, encontrar formas para prevenir errores y sobreponerse a la poderosa influencia de los puntos de vista personales), y que requiere una constante reevaluación, autocorrección y lucha por mejorar. ¹¹

¹¹ Alfaro-L Rosalinda. Pensamiento crítico y juicio clínico en enfermería. 4ta. Ed. Barcelona, España. Elsevier Masson; 2009. P 7-59.

- Juicio clínico: Significa extraer conclusiones válidas y actuar apropiadamente de acuerdo con ellas (por ejemplo, controlar al enfermo más estrechamente, iniciar un tratamiento independiente o contactar con un profesional más calificado para activar la cadena de mando). El desarrollo del juicio clínico llega con la experiencia clínica. Requiere compromiso con el estudio de los problemas de salud más comunes, la búsqueda de experiencias clínicas y estar preparado para el entorno clínico es pensar por adelantado, pensar durante la acción y pensar retrospectivamente (pensamiento reflexivo), son partes importantes del uso de un sólido juicio clínico.
- Toma de decisiones: Saber cómo y cuándo delegar los cuidados es una parte importante del manejo del tiempo y los recursos. Siendo el responsable del resultado de su decisión de delegar y tras delegar una tarea, continúe con su valoración directa del paciente.

Nightingale expuso también una teoría sobre el aprendizaje en la que hacía hincapié en la adquisición de las destrezas prácticas para valorar un paciente:

- La observación indica cómo está el paciente.
- La reflexión indica qué hay que hacer.
- La destreza práctica indica cómo hay que hacerlo.
- La formación y la experiencia son necesarias para saber cómo observar y qué observar, cómo pensar y qué pensar. (Nightingale, 1882).¹²

¹² Perspectivas: revista trimestral de educación comparada (París. UNESCO: Oficina Internacional de Educación), vol. XXVIII, n° 1, marzo 1998, págs. 173-189.

1.4.4.2 DIAGNÓSTICO

Es un enunciado del problema real o en potencia del paciente que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo. En el se va a exponer el proceso mediante el cual estaremos en condiciones de establecer un problema clínico y de formularlo para su posterior tratamiento, bien sea diagnóstico enfermero o problema interdependiente.

Antes de indicar la forma de enunciar los diagnósticos establezcamos que tipos de diagnósticos hay, pudiendo ser de cuatro tipos, que son: reales, de alto riesgo (designados hasta 1992 como potenciales), de bienestar o posibles.

Real: Representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Tiene cuatro componentes: Enunciado, definición características que lo definen y factores relacionados. El enunciado debe ser descriptivo de la definición del diagnóstico y las características que lo definen (Gordon 1990). El término "real" no forma parte del enunciado en un diagnóstico de enfermería real. Consta de tres partes, formato PES: Problema (P) + etiología, factores causales o contribuyentes (E) + signos/síntomas (S). Estos últimos son los que validan el diagnóstico.

Alto Riesgo: Es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar. Para respaldar un Diagnóstico Potencial se emplean los factores de riesgo. 1a descripción concisa del estado de Salud alterado de la persona va precedido por el término "alto riesgo". Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).

Posible: Son enunciados que describen un problema sospechado para el que se necesitan datos adicionales. La enfermera debe confirmar o excluir. Consta de dos componentes, formato PE: problema (P) + etiología/factores contribuyentes (E).

De bienestar: Juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado. Deben estar presentes dos hechos: Deseo de un nivel mayor de bienestar y estado o función actual eficaces. Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la denominación. No contienen factores relacionados. Lo inherente a estos Diagnósticos es un usuario o grupo que comprenda que se puede lograr un nivel funcional más elevado si se desea o si se es capaz. La enfermera puede inferir esta capacidad basándose en los deseos expresos de la persona o del grupo por la educación para la salud.

De síndrome: Comprenden un grupo de Diagnósticos de Enfermería reales o potenciales que se suponen que aparecen como consecuencia de un acontecimiento o situación determinados. Los Diagnósticos de Enfermería de Síndrome son enunciados de una parte, con la etiología o factores concurrentes para el Diagnóstico contenidos en la denominación diagnóstica.

A la hora de escribir un Diagnóstico hay que tener en cuenta una serie de directrices:

- Unir la primera parte (P) con la segunda (E) utilizando " relacionado con" mejor que "debido a" o "causado por". No quiere significar necesariamente que hay una relación causa-efecto directa.
- La primera parte del diagnóstico identifica la respuesta de la persona, y no una actividad de enfermería.
- Redactar en términos convenientes y aconsejables desde el punto de vista legal.
- Escribir el diagnóstico sin emitir juicios de valor, sino basarse en datos objetivos y subjetivos que se hayan recogido y validado con el usuario.
- No mencionar signos y síntomas en la primera parte del diagnóstico.
- No indique el Diagnóstico de Enfermería como si fuera un Diagnóstico médico.
- No escriba un Diagnóstico de Enfermería que repita una orden médica.
- No repetir un problema médico para convertirlo en un Diagnóstico de Enfermería.
- No indique dos problemas al mismo tiempo, dificulta la formulación de los objetivos.

1.4.4.3 PLANEACIÓN

Una vez que se concluye la valoración e identificado las complicaciones potenciales (problemas interdependientes) y los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento enfermero. En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al paciente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. La fase de planeación del Proceso Atención de Enfermería incluye cuatro etapas.

- Establecer prioridades en los cuidados.
- Selección. Todos los problemas y/o necesidades que pueden presentar una familia y una comunidad raras veces pueden ser abordados al mismo tiempo, por falta de disponibilidad de la enfermera, de la familia, posibilidades reales de intervención, falta de recursos económicos, materiales y humanos. Por tanto, se trata de ordenar jerárquicamente los problemas detectados.
- Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados. Esto es, determinar los criterios de resultado.
- Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales.

Deben formularse en términos de conductas observables o cambios mensurables, realistas y tener en cuenta los recursos disponibles. En el trato con grupos familiares hay que tener en cuenta que el principal sistema de apoyo es la familia, sus motivaciones, sus conocimientos y capacidades así como los recursos de la comunidad. Se deben fijar a corto mediano y largo plazo.

Por último es importante que los objetivos se decidan y se planteen de acuerdo con la familia o la comunidad, que se establezca un compromiso de forma que se sientan implicadas ambas partes, profesional y familia/comunidad.

1.4.4.3.1 DETERMINACIÓN DE PRIORIDADES

Es un paso en la fase de planeación en la que se debe priorizar, qué problemas serán los que se incluyan en el plan de cuidados y por tanto tratados, éstos deben consensuarse con el cliente, de tal forma que la no realización de este requisito puede conducir a errores y a pérdidas de tiempo, por el contrario su uso facilitará aun más la relación terapéutica.

Por lo tanto se debe dar preferencia a aquellos diagnósticos de enfermería y complicaciones potenciales, referidos a las necesidades que el paciente da prioridad con el enfermero. En realidad las actividades que la enfermería desarrolla con y para las personas tienen suma importancia dentro del campo asistencial y del desarrollo humano, ya que les ayuda a detectar, reconocer y potenciar sus propios recursos, esto es satisfacer sus necesidades humanas, favorece en gran medida la recuperación de la enfermedad.

Es importante hacer hincapié en la importancia que tienen las acciones de promoción de la salud enfocadas desde el cambio de estilo de vida, actividades que son exclusivamente responsabilidad de la enfermería y que aún no se han asumido.

1.4.4.3.2 PLANTEAMIENTO DE OBJETIVOS

Lo que se pretende con los objetivos de las actuaciones enfermeras es establecer qué se quiere conseguir, cómo, cuándo y cuánto. Existen dos tipos de objetivos:

- Objetivos de enfermería o criterios de proceso.
- Objetivos del paciente o criterios de resultado

Normas generales para la descripción de objetivos:

- Escribir los objetivos en términos que sean observables y puedan medirse.
- Describir los objetivos en forma de resultados o logros a alcanzar, y no como acciones de enfermería.

- Elaborar objetivos cortos.
- Hacer específicos los objetivos.
- Cada objetivo se deriva de sólo un diagnóstico de enfermería.
- Señalar un tiempo específico para realizar cada objetivo.

Es interesante la consideración de Brunner y Suddarth, en la que nos dice que «La identificación de las actuaciones apropiadas y los objetivos afines dependen de que la enfermera reconozca los puntos fuertes del paciente y sus familiares; de su comprensión de los cambios fisiopatológicos que sufre el enfermo y de su sensibilidad a la respuesta emocional, psicológica e intelectual del sujeto a la enfermedad.». Esta consideración aporta la idea de comprensión de lo que la persona hace, piensa y siente con respecto a él mismo, a la enfermedad, al medio que le rodea, esto es, reconocer y comprender sus sistemas de vida y sus recursos. Los objetivos de enfermería se describen en el tiempo a:

- **Objetivos a corto plazo:** Son los resultados que pueden lograrse de modo favorable y rápido, en cuestión de horas o días. Estos son adecuados especialmente para establecer la atención inmediata en situaciones de urgencia cuando los pacientes son inestables y los resultados a largo plazo son inciertos.
- **Mediano plazo:** Para un tiempo intermedio, estos objetivos son también intermedios, de tal forma que, se utilizan para reconocer los logros del paciente y mantener la motivación.
- **Objetivos a largo plazo:** Son los resultados que requieren de un tiempo largo. Existen dos tipos: Uno, abarca un período prolongado y requiere de acciones continuas de enfermería, que median directamente entre el objetivo y su logro. Otro, se obtiene mejor a través de una secuencia de objetivos a corto plazo. Este segundo tipo no requiere de la acción directa de enfermería, dado que las acciones de enfermería acompañan a los objetivos a corto plazo.

Las actuaciones enfermeras son aquellas intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados. Para ello se elaboran acciones focalizadas hacia las causas de los problemas, es decir, las actividades de ayuda deben ir encaminadas a eliminar los factores que contribuyen al problema. El paciente y los familiares deben participar, siempre que sea posible, en las decisiones relativas a las intervenciones enfermeras encaminadas al logro de los objetivos. Para identificar las intervenciones es aconsejable conocer los puntos fuertes y débiles del paciente y sus familiares.

En la elaboración de actividades han de tenerse presente los recursos materiales, desde la estructura física del servicio hasta su equipamiento; también hay que tener en cuenta, los recursos humanos, en la cantidad y la cualificación de los distintos estamentos que van a intervenir con nosotros; también influyen los recursos financieros.

Las características de las actuaciones de enfermería son, según Lyer (1989), las que siguen:

- Serán coherentes con el plan de cuidados, es decir, no estarán en desacuerdo con otros planes terapéuticos de otros miembros del equipo.
- Estarán basadas en principios científicos. Recordando los paradigmas de salud sobre los que se basa contemporáneamente la enfermería, empírico-analítico, hermenéutico-interpretativo y socio-crítico, éstos fundamentan las decisiones y actuaciones enfermeras.
- Serán individualizados para cada situación en concreto. Los cuidados de un paciente difieren de los de otro, aunque tengan diagnósticos enfermeros y médicos iguales o similares.
- Se emplearán para proporcionar un medio seguro y terapéutico.
- Van acompañadas de un componente de enseñanza y aprendizaje.
- Comprenderán la utilización de los recursos apropiados.

Desde un punto de vista funcional la enfermería planifica actuaciones en las diferentes áreas de la salud, la enfermedad y el desarrollo humano: Promoción de la salud, Prevenir las enfermedades, restablecer la salud, rehabilitación, acompañamiento en los estados agónicos, a este tipo de actividades hay que añadir las actividades de estudio, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad delegadas por la medicina, por ejemplo realización de pruebas diagnósticas, aplicación de fármacos.

El segundo paso de este método consiste en desarrollar todas las soluciones o alternativas posibles. El éxito de las actuaciones de enfermería dependerá de la capacidad del profesional para elegir actividades y posteriormente desarrollar las más adecuadas para obtener los resultados esperados, solución del problema/diagnóstico posibles. Las actuaciones de enfermería son aquellas actividades que necesariamente deben hacerse, para obtener los resultados esperados, y deben definirse para cada diagnóstico de enfermería y problema interdependiente.

1.4.4.3.3. DOCUMENTACIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS

El plan de cuidados de enfermería, "Es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello".

Para la actualización de los planes de cuidados hay que tener en cuenta que todos los elementos de los planes de cuidados son dinámicos, por lo que se precisa de una actualización diaria. Los diagnósticos, resultados esperados y las actuaciones, que ya no tengan validez deben ser eliminados.

Tipos de planes de cuidados: Individualizados, estandarizados, estandarizados con modificaciones y computarizados.

- Individualizado: Permiten documentar los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería para un paciente concreto. Se tarda más tiempo en elaborar.

- Estandarizado: Según Mayers (1983), «Un plan de cuidados estandarizado es un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad».
- Estandarizado con modificaciones: Este tipo de planes permiten la individualización, al dejar abiertas opciones en los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.
- Computarizado: Requieren la informatización previa de los diferentes tipos de planes de cuidados estandarizados, son útiles si permiten la individualización a un paciente concreto.

1.4.4.4 EJECUCIÓN

La fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. La ejecución, implica las siguientes actividades:

- Continuar con la recopilación y valoración de datos.
- Realizar las actividades de enfermería.
- Anotar los cuidados de enfermería existen diferentes formas de hacer anotaciones, como son las dirigidas hacia los problemas.
- Dar los informes verbales de enfermería.
- Mantener el plan de cuidados actualizado.

El enfermero tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas detectados) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada.

Se menciona la continuidad de la recopilación y valoración de datos, esto es debido a que por un lado debemos profundizar en la valoración de datos que quedaron sin comprender, y por otro lado la propia ejecución de la intervención es fuente de nuevos datos que deberán ser revisados y tomados en cuenta como confirmación diagnóstica o como nuevos problemas.

1.4.4.5 EVALUACIÓN

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios.

Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones. El proceso de evaluación consta de dos partes:

- Análisis de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar.
- Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

La evaluación es un proceso que requiere de la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente. Las distintas áreas sobre las que se evalúan los resultados esperados (criterios de resultado), son las siguientes áreas:

Aspecto general y funcionamiento del cuerpo:

- Observación directa, examen físico.
- Examen de la historia clínica.

Señales y Síntomas específicos:

- Observación directa.
- Entrevista con el paciente.
- Examen de la historia.

Conocimientos:

- Entrevista con el paciente.
- Cuestionarios (test).

Capacidad psicomotora (habilidades):

- Observación directa durante la realización de la actividad.

Estado emocional:

- Observación directa, mediante lenguaje corporal y expresión verbal de emociones.
- Información dada por el resto del personal.

Situación espiritual (modelo holístico de la salud):

- Entrevista con el paciente.
- Información dada por el resto del personal.

Las valoraciones de la fase de evaluación de los cuidados enfermeros, deben ser interpretadas, con el fin de poder establecer conclusiones, que sirvan para plantear correcciones en las áreas estudio, veamos las tres posibles conclusiones (resultados esperados), a las que podremos llegar:

- El paciente ha alcanzado el resultado esperado.
- El paciente está en proceso de lograr el resultado esperado, nos puede conducir a plantearse otras actividades.

- El paciente no ha alcanzado el resultado esperado y no parece que lo vaya a conseguir. En este caso podemos realizar una nueva revisión del problema, de los resultados esperados, de las actividades llevadas a cabo.

De forma resumida y siguiendo a M, Caballero (1989) la evaluación se compone de: Medir los cambios del paciente, en relación a los objetivos marcados como resultado de la intervención enfermera con el fin de establecer correcciones.

La evaluación se lleva a cabo sobre las etapas del plan, la intervención de enfermería y sobre el producto final. A la hora de registrar la evaluación se deben evitar los términos ambiguos como «igual», «poco apetito», etc., es de mayor utilidad indicar lo que dijo, hizo y sintió el paciente. La documentación necesaria se encontrará en la historia clínica.

Una característica a tener en cuenta en la evaluación es, que ésta es continua, así podemos detectar como va evolucionando el paciente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva.

2. METODOLOGÍA DEL TRABAJO

Durante el año 2012 a partir del mes de marzo y parte del año 2013 a la fecha se está trabajando con el paciente. Persona que sufrió una Enfermedad Vasculal Cerebral y que actualmente es portador de secuelas. Se abordó al paciente durante prácticas de enfermería de AAA del sexto semestre de LEO en el Hospital Regional Adolfo López Mateos, se revisaron los diagnósticos de enfermería NANDA jerarquizado de acuerdo a la afección que se encuentra en el momento presente, se consulta el expediente clínico con la finalidad de obtener mayor información acerca del estado de salud del paciente así como datos que él no puede informar, tomando en cuenta la entrevista que se realiza a familiar directo (esposa).

En el transcurso del acompañamiento y el desempeño de funciones de enfermería que se le brindaban con el fin de atender algunas necesidades biológicas importantes, se solicita a familiar el consentimiento informado explicando las ventajas que tiene la implementación de un plan de cuidados individualizado así como la atención de sesiones de rehabilitación la mayor parte de ellas llevadas a cabo en domicilio en conjunto con el Instituto Nacional de Rehabilitación donde se le asiste con dicho plan.

En el periodo de enero 2013 a la fecha se aplica como una estrategia de cuidado el modelo de Callista Roy ya que considera al hombre un ser biopsicosocial, en constante interacción con el entorno cambiante, que usa mecanismos innatos y adquiridos para afrontar los cambios y adaptarse a ellos en los cuatro modos adaptativos: fisiológicos, autoimagen, dominio del rol e interdependencia. Es el receptor de los cuidados desempeñando un papel activo en dichas intervenciones. Es decir el modelo de la adaptación en el cual se detectan diversas necesidades.

Se lleva a cabo la priorización y bajo esta misma teoría se procede a brindar atención oportuna de cada necesidad afectada logrando la máxima independencia del paciente.

Por último se da estructura a un plan de atención, llevándolo a cabo, dando respuesta a cada una de las necesidades afectadas que tiene la persona en el momento, estableciendo objetivos a corto, mediano y largo plazo, planeando y fundamentando cada una de las intervenciones de enfermería, haciendo periódicamente evaluación de las mismas, modificando en caso necesario dicho plan de atención, brindando continuidad al tratamiento mediante un plan de alta que se realiza en base a las necesidades y requerimientos del paciente, logrando con esto la máxima independencia.

Se continúa trabajando en conjunto con el Instituto Nacional de Rehabilitación mediante la aplicación de diversas terapias como foniatría, de lenguaje, física y ocupacional de acuerdo al estado de salud y evolución en que se encuentra el paciente.

3. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

3.1 PRESENTACIÓN DEL CASO

A.G. es un hombre de 46 años de edad que actualmente trabaja en el departamento de videoconferencias en la Universidad Nacional Autónoma de México ubicada en Ciudad Universitaria en DGETIC, asistiendo diariamente por las mañanas con un horario de 8 horas entrando a las 8 de la mañana y con horario de salida a las 15:30 horas.

En el año 2012 presentó una Enfermedad Vasculat Cerebral de tipo hemorrágico secundario a hipertensión arterial no controlada, ingresó de urgencia a la Unidad Hospitalaria Médica Sur el día 16 de febrero del año 2012, con una presión arterial de 240/140. Se diagnosticó por clínica y estudios de gabinete evento vascular cerebral hemorrágico pontomesencefálico tectal derecho sin irrupción a espacio subaracnoideo ni a cuarto ventrículo, el cual ya manifestaba hemiplejia fascio corporal izquierda, deterioro respiratorio, Glasgow de 9 puntos, disartria y desviación de la mirada conjugada hacia el lado izquierdo entre otros. Durante su estancia en la Unidad Hospitalaria Médica Sur se ingresó ocho días al servicio de terapia intensiva y siete en terapia intermedia periodo en el cual se realizó lo siguiente: ventilación mecánica con tubo endotraqueal no.8 bajo la modalidad ventilatoria de SIMV, posteriormente por la entubación prolongada y mal manejo de secreciones se decide la realización de traqueostomía, así como colocación de sonda de gastrostomía, considerando dicho procedimiento necesario por el deterioro neurológico que presenta en el momento, sin tener complicación alguna, como dato importante desarrolla falla renal aguda secundaria a toxicidad por medio de contraste utilizado para la tomografía axial computarizada que se realiza a su ingreso, el cual revierte con terapia intravenosa, estuvo con antibioticoterapia de amplio espectro como son linezolid y piperacilina/tazobactam.

Por falta de recurso económico es dado de alta después de permanecer 15 días hospitalizado; se indica manejo conservador y posible progreso en casa.

Familiar (esposa), pese al mal pronóstico con el que cuenta y la inquietud de agotar todas las posibilidades para la mejoría del señor A.G decide ingresarlo pidiendo un traslado y nueva valoración al Hospital Regional Adolfo López Mateos (ISSSTE) en el cual es derechohabiente por parte del trabajo del señor A.G. a su ingreso al hospital se le diagnostica neumonía de primera instancia asociada a mal manejo de secreciones, es hospitalizado un mes estando bajo apoyo ventilatorio con nebulizador a un FIO₂ de 70 %, fisioterapia respiratoria mediante micro nebulizaciones (MNB) cada ocho horas, salbutamol, apoyo de antibióticos (ceftriaxona, levofloxacino, amikacina), antihipertensivos (metoprolol, prazocina, telmisartan, enalapril, nifedipino), nutrición enteral con dieta hiposódica, polimérica de 1200 Kcal.

Además en los últimos días de estancia hospitalaria el apoyo de nutrición parenteral de 1800 kcal. Bajo indicación del nosocomio es dado de alta una vez controlado el foco infeccioso por lo que egresa con lo siguiente, presencia de traqueotomía con apoyo de micro-nebulizador FIO₂ al 60%, hemiplejia total izquierda, con presencia de anasarca, sonda de gastrostomía funcional, además que contaba con un factor importante para él, que era el sobrepeso ya que a su ingreso pesaba 125 kg. Y con la presencia de anasarca aumentó relativamente, se retira catéter central y sonda vesical no.18.

Es dado de alta con servicio de extensión hospitalaria (servicio médico temporal donde el médico va a domicilio proporcionando su servicio a los pacientes que les imposibilita ir de forma personal al hospital), del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, durante este periodo presentaba altas y bajas cifras de tensión arterial tres o cuatro veces a la semana cifras de 150/90, continuando con el mismo tratamiento antihipertensivo, nifedipino, prazocin, telmisartan, metoprolol y enalapril en caso de urgencia vía sublingual, con hemiplejia total izquierda, alteraciones de la eliminación intestinal, en un inicio se encuentra conectado de manera continua al oxígeno, presentando secreciones espesas, amarillentas, moderadas que ocasionalmente forman tapones por cánula de Jackson, las cuales se aspiraban continuamente y se realizaban los cuidados correspondientes a esta necesidad.

Sonda de gastrostomía funcional por medio de la cual se alimentaba con dieta licuada a base de frutas y verduras, al mes de que se encuentra en casa es revalorado por el servicio de gastroenterología para cambio de sonda y colocación de botón gástrico, al mes y medio presenta ruptura de globo interno de contención del botón gástrico, por lo que es ingresado al servicio de urgencias del ISSSTE para valorar y colocar nuevamente una sonda provisional en cavidad gástrica para continuar su alimentación en casa.

En cuanto a la eliminación continuamente padecía de estreñimiento que mejoraba con la dieta rica en fibra, abundantes líquidos, en caso necesario se realizaba tacto rectal, enema evacuante encontrando en varias ocasiones la presencia de fecalomas, teniendo como base la ingesta de laxantes en un principio lactulosa 20 ml. cada 8 horas para posteriormente cambiar a senosidos 2 tabletas cada 12 horas, y así sucesivamente reajustando dosis respuesta, la diuresis se mantenía espontánea de características normales.

Se mantenía totalmente postrado en cama, se realizan ejercicios pasivos, movilización de articulaciones durante el baño de esponja, que diariamente se realiza por las tardes, se protegían prominencias óseas ya que por el sobrepeso, la humedad y características de la piel favorecía la aparición de úlceras por presión. Se mantiene en posición semifowler, movilizándolo ocasionalmente fuera de cama aunque el oxígeno se encontraba aún continuo. Ya que posteriormente fueron disminuyendo las secreciones y mejorando la función respiratoria, se inicia destete de oxígeno, ejercicios de tolerancia mediante la colocación de un tapón en la cánula de Jackson iniciando por periodos de 5 minutos intermitente aumentando hasta lograr tolerancia de 24 horas sin el oxígeno suplementario, vigilando en todo momento datos de disnea y saturación parcial de oxígeno mayor a 90%.

Posteriormente la familiar (esposa) viendo la situación en la cual se encontraba el señor A.G., para poder apoyar de alguna manera más en la rehabilitación y manejo de las secuelas que dejó la Enfermedad Vasculor Cerebral decide contratar un terapeuta el cual acudía cada tercer día a dar terapia física al señor A.G.

Se le brindaban ejercicios pasivos principalmente y de coordinación, con sesiones de 2 horas por las tardes; después que se realizaban los cuidados específicos a su patología. A la semana inicia una terapia alternativa basada en medicina cuántica, teniendo una sesión a la semana los días lunes o miércoles, esto dependía de la disponibilidad y que no interfiriera en alguna otra terapia programada ese día, ya que por el momento el señor A.G se encontraba con incapacidad permanente por tanto las actividades habituales no las estaba llevando a cabo.

Acudía a consultas programadas de revisión por los servicios de nutrición, otorrinolaringología, medicina interna, terapia física, terapia ocupacional al Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos haciendo ajustes en el manejo de acuerdo a la evolución clínica que estuviese presentando.

Recibe terapias de medicina alternativa como son apiterapia por un periodo de 2 meses, acupuntura por 2 meses, cámara hiperbárica 20 sesiones 2 por semana, natural bio-molecular, que es la que se encuentra tomando actualmente.

Posteriormente en el Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos solicita terapia física, terapia ocupacional cada tercer día por las tardes con un horario de 2 horas donde muestra ligera mejoría.

En el mes de agosto del año 2012 se realizan estudios de laboratorio como son química sanguínea completa, biometría hemática, tomografía axial computarizada; los resultados muestran mejoría, no presentaban alteración alguna.

En junio del año 2012 se buscan nuevas opciones de rehabilitación del señor A.G por lo que se acude a solicitar cita para valoración y su posible ingreso al Instituto Nacional de Rehabilitación; es aceptado aun cuando lleva traqueotomía, sin depender del oxígeno, sus condiciones clínicas eran más favorables, mejor control de tensión arterial cifras mantenidas entre 120/70 y 130/80 con manejo antihipertensivo, aún continua tomando terapias alternativas ya mencionadas.

Lo ingresa el instituto proporcionándole las siguientes valoraciones, así como las terapias y estudios complementarios para valorar las condiciones clínicas en las cuales se encuentra, es valorado por rehabilitación física indica sesiones de 10 terapias con revaloración al término de cada bloque con una duración de 2 horas por sesión, terapia ocupacional la cual va en conjunto con la terapia física teniendo un tiempo de media hora por sesión, terapia de lenguaje acude una vez por semana en un grupo de personas que presentan padecimientos similares, foniatría acudiendo cada mes y es revalorado con ejercicios que se realizan en casa con la finalidad de dar tonificación cordal ya que en un estudio realizado naso-endoscopia (ver anexo), se pudo visualizar la parálisis parcial de la cuerda vocal izquierda que es la que ocasiona reflejo al momento de ingerir alimentos el señor A.G.

Terapia pulmonar, que mediante espirometría y placa de Rayos X es valorado y dado de alta con ejercicios de esfuerzo respiratorio (ver anexo), cardiología para ajuste de tratamiento antihipertensivo y vigilancia de datos de alarma, otorrinolaringología para la decanulación y cierre de traqueostomía vigilando su evolución y respuesta ante dichos padecimientos y procedimientos.

Actualmente A.G vive en la delegación Xochimilco barrio de la Asunción, en casa de sus suegros. Cree que en general goza de buena salud y el estar sano es muy importante para él, en comparación con todo lo que ha pasado a lo largo de su enfermedad. Mantiene un buen estado de salud intentando seguir una alimentación saludable ya que anteriormente su dieta no cubría los requerimientos nutricionales. Limitaba la ingesta de alcohol, refiere haber padecido con anterioridad presión alta pero que no le tomaba importancia ya que estaba bajo tratamiento y en ocasiones olvidaba tomar la pastilla, utiliza los medicamentos de manera regular puesto que apenas se está adaptado a cada uno de ellos. Realiza tres comidas al día, teniendo muy buen apetito, un desayuno incluyendo pan, leche, yogurt, una comida a base de pollo, verduras, hervidas solamente, y una cena que varía en cuanto a sabor y consistencia, siendo algunas veces fruta, caldos acompañada de té de manzanilla o yogurt.

Actualmente presenta tos repentina producto de los alimentos pequeños que se pasan a vía respiratoria, es poco común pero todavía sucede, se le hace saber sobre la importancia que es para él comer despacio, siendo que se encuentra tomando terapia de foniatría, succión y deglución, tonificación cordal; los ejercicios (ver anexo) los lleva a cabo dos veces al día, durante el último medio año alcanzó el peso adecuado a su estatura pesando 85 kg, y necesita continuar el plan de alimentación que ha llevado hasta ahora evitando grasas y comida rica en sodio.

Cuenta con antecedentes familiares de sobrepeso y de hipertensión arterial, su mamá le fue diagnosticada y falleció de un Infarto Agudo al Miocardio, refiere que le fue heredada esa enfermedad estando conciente de ella.

En cuanto a la eliminación urinaria el señor A.G se encuentra dentro de los límites normales, eliminando orina de color amarillo claro unas 5 veces al día, esto dependiendo de la cantidad de agua que ingiera, para la defecación regularmente cursa con estreñimiento, produciéndole esfuerzo y dolor ante la misma, presenta una hemorroide que en ocasiones por el esfuerzo que realiza suele sangrar, teniendo ya tratamiento de ello, la aplicación de pomada proctoacid.

Habitualmente el caminaba durante medio día ya que las condiciones laborales así se lo exigían, actualmente empieza la deambulacion asistida, la mayor parte del tiempo se encuentra en silla de ruedas, a medida que ha pasado el tiempo y mediante terapia física que se le ha brindado en casa y las instituciones de salud ha ido recuperando movimientos de mano izquierda y pie izquierdo, el cual ya le permite la bipedestación con ayuda de un bastón de cuatro puntos, empezando la marcha a corta distancia.

En casa se realizan ejercicios pasivos previos a la caminata, el brazo y la pierna izquierda se encuentran con espasticidad y cierta rigidez cuando el señor A.G lo intenta hacer solo. Recientemente presentó una complicación relacionada con el cierre total de traqueostomía se formo un absceso en la parte interna de la misma por lo que fue ingresado de urgencia al Instituto Nacional de Rehabilitación donde le drenaron el absceso y le reconstruyeron el sitio donde se encontraba el estoma.

Estuvo hospitalizado 5 días, es dado de alta por mejoría con la indicación de disminuir los esfuerzos, ingesta de antibiótico Ampicilina profiláctico a posible infección así como mejorar la técnica de alimentación. Durante la semana duerme de 8 horas diarias, llegando el fin de semana duerme más tiempo, en el día no tiene tiempo de dormir una siestecita, refiere siempre tener cansancio que no le permite hacer por si solo sus terapias.

Los órganos de los sentidos se encuentran relativamente normales, solo que en la audición recientemente refería que del oído izquierdo no escucha muy bien, se le realizaron estudios arrojando como resultado disminución de la audición en ese oído, por lo que aconsejó el médico tratante el uso de un aparato auxiliar de la audición para reforzar el oído derecho que es el que no tiene problema alguno y que puede dañarse a largo plazo por el esfuerzo que éste lleva, que en ocasiones daba origen a mareo y zumbidos.

A.G ahora tiene un auto-percepción positiva, y una autoestima moderada. Se describe a sí mismo como extrovertido, espontáneo, orientado hacia la familia, hacia su rehabilitación, con un círculo social de amigos y compañeros de trabajo que lo apoyan en todo momento, teniendo un punto débil su determinación y la actitud que a veces no le ayuda a la realización de diferentes actividades de desarrollo intelectual y emocional. A veces quiere conseguir varias cosas a la vez, esto se añade a sus sentimientos, con facilidad tiende a distraerse y perder la concentración de lo que se encuentra haciendo en ese momento, se siente triste por no poder realizar las cosas con normalidad como cualquier otra persona. Se siente orgulloso de tener una esposa que en todo momento lo ha estado apoyando y que siempre esta cuando él la necesita, aunque la relación con su suegro no es muy buena puesto que son de caracteres iguales que regularmente chocan verbalmente.

Dice que la rutina el ir al trabajo, regresar a casa y el tener que asistir a terapia, cumplir con ciertas responsabilidades, le condiciona que su nivel de estrés esté en aumento y más por no poder apoyar a su pareja para cubrir ciertas necesidades de él mismo como son (bañarse, cambio de ropa, ir al baño).

Al afrontar el estrés tiene una mala costumbre el paciente lo refiere como nerviosismo (hace temblar su pie derecho), siente que controla todos estos agentes estresantes a modo que no tengan un impacto negativo sobre su salud.

Las tradiciones culturales y familiares de A.G promueven el equilibrio entre el trabajo, la terapia y el descanso, no es muy religioso y no está seguro si la religión juega algún papel importante en su salud. En este momento de la vida siente que le falta por alcanzar sus objetivos y está poco satisfecho con su estado de salud, refiere hacer el mayor esfuerzo para salir adelante y poder ser una persona independiente.

D) GINECO-OBSTETRICOS

Menarca-----	Desarrollo sexual----	Ritmo menstrual(f/d/c)	FUM-----
FPR-----	Vida sexual----	FPP-----	FUP-----
Mat-----	Menp-----	Clim-----	Partos-----
Abortos-----	Cesáreas-----	Método anticonceptivo	CV-----

3. PADECIMIENTO ACTUAL (1 principio, 2evolucion, 3 estado actual)

A.G. Vive en la delegación Xochimilco, barrio la Asunción, en casa de sus suegros. Cree que en general goza de buena salud, y el estar sano es muy importante para él. Mantiene un buen estado de salud intentando seguir una alimentación saludable ya que anteriormente era a base de tacos, tortas y comida no nutritiva la cual provoco aumento de peso y la complicación que presentó. Limitaba la ingesta de alcohol, refiere haber padecido con anterioridad presión alta, pero no le tomaba importancia ya que estaba bajo tratamiento y en ocasiones olvidaba tomar su pastilla, utiliza los medicamentos de manera regular puesto que apenas se está adaptando a cada uno de ellos. Dentro de las secuelas que dejo su Enfermedad Vasculat Cerebral, ocasionalmente presenta tos a la ingesta de alimentos pequeños, que aun suelen pasar a vía respiratoria, haciéndole saber sobre la importancia de tener una buena deglución y masticación, el comer despacio, actualmente se encuentra tomando terapia de foniatría, succión y deglución, tonificación cordal llevando a cabo los ejercicios 2 veces por día, durante el último año alcanzó un peso de 85 kg. Continuando con el plan de alimentación que ha llevado hasta el momento, evitando grasas y comida rica en sodio.

Lleva terapias en el Instituto Nacional de Rehabilitación como son de lenguaje, Foniatría, Física, Ocupacional, de Ejercicios Respiratorios; aun depende de otras personas para llevar a cabo sus actividades personales y laborales puesto que se encuentra con hemiparesia en hemicuerpo izquierdo, producto de la Enfermedad Vasculat Cerebral que sufrió en febrero del año 2012, y que está llevando a cabo movimientos articulares, de fortalecimiento, de equilibrio y estiramiento en esa parte del cuerpo que por el momento se encuentra con espasticidad. Con regularidad tiende a extrñirse y presentar dolor, sangrado y dificultad al momento de la defecación, se fomentó dieta rica en fibra y con abundantes líquidos se encuentra con senosidos, 2 tabletas cada 12 horas y poca actividad física. Como producto del EVC, el tobillo izquierdo se invierte hacia la parte interna lo que origina riesgo de lesión o fractura, para disminuir el riesgo, el médico tratante le mandó usar férula para dar estabilidad al pie, y tobillo pudiendo llevar a cabo la marcha, teniendo revisión y revaloración cada 2 meses.

4. SÍNTOMAS GENERALES

1.Astenia	Refiere esta sensación todo el tiempo.
2.Adinamia	Regularmente si no hay alguien con el señor A.G. Él no lo hace.
3.Anorexia	Tiene muy buen apetito.
4.Fiebre	No ha tenido por el momento.
Pérdida de peso	Con respecto al comparativo el día de su evento, si perdió peso favorablemente, pues bajo de 125Kg. A 85Kg. que pesa actualmente.

5. INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS

<p>APARATO DIGESTIVO Halitosis, boca seca, masticación, disfagia (Odino) pirosis, náusea, vómito, dolor abd, meteorismo y flatulencias, constipación, diarrea, rectorragia, melenas, pujo y tenesmo Ictericia coluria y acolia, prurito cutáneo, hemorragias.</p>	<p>Tolera la mayor parte de los alimentos, en especial ricos en fibra, líquidos libres y restricción de sal. Presenta pujo y estreñimiento al momento de evacuar el intestino, hemorroide pequeña que suele sangrar con fecalomas.</p>
<p>APARATO CARDIOVASCULAR Disnea, tos(seca.prod.), hemoptisis, dolor precordial, palpitaciones, cianosis, edema y manifestaciones periféricas(acufenos, fosfenos, síncope, lipotimia, cefalea, etc.</p>	<p>Ocasionalmente presenta acufenos relacionados con elevación de tensión arterial que ceden al reposo y tratamiento farmacológico.</p>
<p>APARATO RESPIRATORIO Tos, disnea, dolor torácico, hemoptisis, cianosis, vómica, alteraciones de la voz.</p>	<p>Sin alteraciones excepto por parálisis de cuerda vocal izquierda que ocasionalmente por no llevar a cabo el cierre total pasan alimentos dando origen a reflejo tucigeno.</p>
<p>APARATO URINARIO Alteraciones de micción (poliuria, anuria, Polaquiuria, oliguria, Nicturia, disuria, tenesmo vesical, urgencia, chorro, enuresis, incontinencia) caracteres de la orina (volumen, olor, color, aspecto) dolor lumbar, edema.</p>	<p>Aparentemente sano micciones espontaneas y de características normales.</p>
<p>APARATO GENITAL Criptorquidia, fimosis, función sexual. Sangrado genital, flujo o leucorrea, dolor ginecológico, prurito vulvar.</p>	<p>Sin alteraciones aparentes.</p>
<p>APARATO HEMATOLÓGICO Datos clínicos de anemia (palidez, astenia, adinamia y otros), hemorragias, adenopatías, esplenomegalia.</p>	<p>Sin alteraciones aparentes.</p>
<p>SISTEMA ENDOCRINO Bocio, letargia, bradipsiquia (Ialia) intol. Calor/frío, nerviosismo, hiperquinesis, carac.sexuales, galactorrea, amenorrea, ginecomastia, obesidad, ruborización.</p>	<p>Sin alteraciones aparentes.</p>
<p>SISTEMA OSTEOMUSCULAR Ganglios, xeroftalmia, xerostomía, fotosensibilidad artralgiás/mialgiás.</p>	<p>Refiere foto-sensibilidad en ojo derecho, ganglios no palpables. Dolor en miembro superior izquierdo, espasticidad en ambos miembros, rigidez en articulaciones.</p>
<p>SISTEMA NERVIOSO Cefalea, síncope, convulsiones, déficit transitorio, vértigo, confusión, vigilia/sueño, parálisis.</p>	<p>Dificultad para la marcha por hemiparesia izquierda, así como dificultad para mantener el equilibrio, disminución de la sensibilidad en hemicuerpo izquierdo.</p>
<p>SISTEMA SENSORIAL Visión, agudeza, borrosa, diplopía, fosfenos, dolor ocular, fotofobia, xeroftalmia, amaurosis, otalgia, otorrea y otorragia, hipoacusia, tinitus, olfacción, epistaxis, secreción, Garganta (dolor) Fonación.</p>	<p>Refiere visión poco borrosa en ojo derecho, y acufenos ocasionalmente por hipertensión arterial, disminución de la audición en oído izquierdo demostrado con estudio de potenciales evocados mandado por el servicio de Audiología.</p>
<p>PSICOSOMÁTICO Personalidad, ansiedad, depresión, afectividad, emotividad, amnesia, voluntad, pensamiento, atención, ideación suicida, delirios.</p>	<p>Relativamente ansioso, nervioso, con periodos de poca emotividad, en el fondo con fuerza de voluntad para salir adelante, con el apoyo de personas que lo rodean.</p>

6. DIAGNÓSTICOS ANTERIORES

--

7. TERAPÉUTICA EMPLEADA ANTERIORMENTE

Medicamentos empleados actualmente

Prazocin 1mg VO c/8 hrs. Telmisartan 40mg VO c/12 hrs. Senosidos 1 tab VO c/12 hrs.	Omeprazol 20 mg VO c/12 hrs. Nifedipino 30 mg VO c/12 hrs. Enalapril 10mg S.L. PRN
---	--

EXPLORACIÓN FÍSICA

1. SIGNOS VITALES

1. FC: 60X	5. Peso actual: 85Kg.
2. TA: 130/90 mmHg.	6. Peso anterior 125 Kg.
3. FR 20X	7. Peso ideal:
4. Temperatura 36.5C	

2. EXPLORACIÓN GENERAL

Varón blanco, bien alimentado, desarrollado y sin malestar evidente; aparenta la edad declarada de 46 años. Postura encorvado en silla de ruedas, marcha claudicante hacia el lado derecho, espasticidad en brazo izquierdo, hemiparesia en región izquierda, temblor al caminar, férula de acrílico en tobillo izquierdo; arreglo esmerado; sin mal aliento, ni olores corporales desagradables, Alerta, cooperativo, sonrisa ocasional. Habla con secuelas de disartria. Responde de manera razonada, contacto ocular intermitente, memoria intacta.

3. EXPLORACIÓN REGIONAL (inspección, palpación, percusión, auscultación.)

1.Cabeza	Normocéfalo, sin lesiones, disminución de la sensibilidad en hemi-cara izquierda, aumento de tono muscular en mejilla derecha, ligera desviación de comisura labial hacia el lado izquierdo, orejas simétricas, puntos de referencia anatómica conservados, sin aleteo nasal, narinas permeables, labios de tono rosado, simétricos, lisos, húmedos y sin lesiones.
2.Cuello	Simétrico, con presencia de tejido cicatricial en el centro, área de movimiento competo de columna cervical, ganglios amigdalinos occipitales y sub-mandibulares no palpables, no dolorosos, tráquea central, cartílago cricoides presente.
3.Tórax	Respiración tranquila, sin dificultad, sin uso de músculos auxiliares ni retracciones, frecuencia de 20 x". Tórax simétrico, sin sensibilidad anormal, ni masas; resonancia en toda su extensión; expansión torácica simétrica, sonidos respiratorios vesiculares en la periferia; sin crepitaciones ni sibilancias, tetillas simétricas; precordio sin elevaciones ni frémitos, no hay datos de soplos, y sin cambios en los sonidos con los cambios de posición.
4.Abdomen	Simétrico plano, sin pulsaciones visibles, cicatriz umbilical en la línea media, presencia de cicatriz producto de cirugía de gastrostomía, limpia y seca; presencia de estrías en flancos abdominales, sonidos intestinales presentes en los cuatro cuadrantes, timpánica en su totalidad; matidez esplénica, riñones no palpables, sin reacción al rebote.

5.Miembros	Superior izquierdo, pulsos presentes, sin edema, presencia de crepitaciones en movilidad articular; espasticidad general del miembro, dolor a la movilización, temblor involuntario. Inferior izquierdo: Sensibilidad disminuida, llenado capilar de 2 segundos, espasticidad general del miembro, dolor a la movilización, temblor involuntario al hacer esfuerzo, cicatriz en tobillo producto de adaptación de férula de acrílico.
6.Genitales	Externos masculinos maduros, vello púbico limpio, bien implantado, piel sin lesiones ni parásitos. Glande liso; sin lesiones y meato urinario sin secreción, ni mal olor, en posición central. Tallo del pene liso semi-firme con sensibilidad normal; sin masas palpables; sin protuberancias en las regiones inguinales en reposo o con la maniobra de valsalva.
7.Otros	Zona perianal sin exantemas, presencia de hemorroide pequeña, sin datos de sangrado, dolor o comezón. Heces amarillas, duras y de cantidad moderada.

4. EXÁMENES DE LABORATORIO sin alteración aparente

5. ESTUDIOS DE GABINETE

Comentario	Ver al Final
Diagnostico (Especificar)	Riesgo de asfixia Riesgo de aspiración Riesgo de infección Riesgo de traumatismo Riesgo de deterioro de la integridad cutánea
Pronostico	Ver más adelante
Tratamiento	Ver más adelante

13

¹³ Formato de revista del Instituto Mexicano del Seguro Social 2010.

3.3 PROBLEMAS DETECTADOS BASADOS EN MODOS ADAPTATIVOS

Según Callista Roy (1970) considera que las personas tienen cuatro modos de adaptación:

1. Fisiológico.
2. Auto-concepto.
3. Desempeño de funciones o dominio del un rol.
4. Relaciones de interdependencia.

MODO ADAPTATIVO	PROBLEMA DETECTADO
<u>FISIOLÓGICO</u>	
Oxigenación.	Ingestión de grandes bocados de comida y secuelas de traqueostomía.
Nutrición.	Deterioro de la deglución, sobrepeso.
Protección.	Procedimientos invasivos (cierre total de traqueostomía y presencia de herida quirúrgica), disminución de la sensibilidad, equilibrio y alteración perceptual.
Actividad.	Problemas en la movilidad, fuerza física disminuida, incapacidad para uso de W.C, hemiparesia izquierda, incapacidad para la marcha.
Eliminación.	Aporte insuficiente de líquidos, presencia de fecalomas al momento de la evacuación, actividad física insuficiente.
Circulación.	Frecuentemente aumento de tensión arterial con presencia de acufenos y cifra tensional hasta 150/100 mmHg.

MODO ADAPTATIVO	PROBLEMA DETECTADO
<u>AUTOCONCEPTO</u>	
Interacción social	Falta de comunicación con las personas que lo rodean.
	Malestar, incomodidad y poco interés en situaciones especiales.

MODO ADAPTATIVO	PROBLEMA DETECTADO
<u>DESEMPEÑO DE FUNCIONES</u>	
Padre.	Tiene una hija que fue de su primer matrimonio, con frecuencia es una de sus preocupaciones en mente.
Trabajador.	Actualmente trabaja en la UNAM teniendo un cargo administrativo donde ocasionalmente le genera estrés por no tener la agilidad de llevar a cabo rápidamente las funciones que le asignan.
Esposo.	Se siente triste por no poder apoyar al 100% a su esposa ya que por el momento ella es la responsable total y apoyo del señor A.G.

MODO ADAPTATIVO	PROBLEMA DETECTADO
<u>INTERDEPENDENCIA</u>	
El señor A.G, es interdependiente, puesto que necesita de ayuda para realizar diferentes actividades desde las cotidianas hasta las relacionadas con el proceso de rehabilitación en el cual se encuentra hasta el momento, algunas actividades ya las realiza el sólo por eso se considera que es interdependiente.	

3.4 PRIORIZACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS

1. Riesgo de asfixia R/C ingerir grandes bocados de comida.
2. Riesgo de intolerancia a la actividad R/C cifra tensional de 150/100, presencia de acufenos.
3. Riesgo de aspiración R/C deterioro de la deglución y secuelas de traqueostomía.
4. Riesgo de infección R/C métodos invasivos (cierre total de traqueostomía).
5. Riesgo de caídas R/C hemiparesia izquierda y disminución de la fuerza de miembros inferiores.
6. Riesgo de traumatismo R/C disminución de la sensibilidad, equilibrio y alteración perceptual.
7. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea R/C humedad, sensibilidad disminuida y presencia de prominencias óseas.
8. Estreñimiento R/C aporte insuficiente de líquidos y actividad física insuficiente M/P presencia de fecalomas y esfuerzo para evacuación.
9. Déficit de autocuidado: uso del WC R/C problemas en la movilidad, fuerza física disminuida y alteración emocional M/P incapacidad para ir al WC y realizar la higiene posterior.
10. Deterioro de la comunicación verbal R/C Lesión neurológica M/P disartria, disfagia, afasia e incapacidad para la comunicación clara.
11. Deterioro de la habilidad para la traslación R/C fuerza muscular insuficiente M/P hemiparesia izquierda, dificultad para la marcha.
12. Déficit de autocuidado: vestido R/C disminución de la motivación M/P incapacidad para ponerse la ropa en la parte inferior del cuerpo.
13. Ansiedad R/C necesidades no satisfechas y efecto de la enfermedad sobre el estilo de vida M/P nerviosismo, temor y miedo.
14. Riesgo de baja autoestima situacional R/C reducción del control sobre el entorno.
15. Intolerancia a la actividad R/C disminución de la movilidad física M/P malestar y debilidad con el ejercicio físico.
16. Deterioro de la interacción social R/C limitación de la movilidad física M/P malestar, incomodidad y poco interés en situaciones especiales.

17. Disposición para mejorar el equilibrio de líquidos R/C ingesta diaria de agua M/P sed excesiva y deseos de mejorar el balance de líquidos.
18. Dolor R/C espasticidad muscular de hemicuerpo izquierdo y terapia física M/P expresiones faciales de dolor, quejidos y diaforesis.
19. Fatiga R/C aumento del ejercicio físico M/P cansancio e incapacidad para mantener las actividades habituales.

3.5 CLASIFICACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS (INDEPENDIENTE E INTERDEPENDIENTE)

DIAGNÓSTICO	INTERVENCIÓN
Riesgo de asfixia	Independiente
Riesgo de aspiración	Independiente
Riesgo de infección	Independiente
Riesgo de caídas	Independiente
Riesgo de traumatismo	Independiente
Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	Independiente
Estreñimiento	Interdependiente
Déficit de autocuidado: uso del WC	Independiente
Deterioro de la comunicación verbal	Interdependiente
Deterioro de la habilidad para la traslación	Independiente
Déficit de autocuidado: vestido	Independiente
Ansiedad	Interdependiente
Riesgo de baja autoestima situacional	Independiente
Intolerancia a la actividad	Independiente
Dolor	Independiente

Nota: El orden de los diagnósticos es de acuerdo al modo adaptativo afectado para la persona.

3.6 PLAN DE CUIDADOS

Las respuestas adaptativas contribuyen a la salud, al proceso de estar integrado o de conseguirlo. Como sistema abierto, el individuo recibe información o estímulos procedentes tanto de sí mismo como de ambiente. Roy señala tres clases de estímulos:

- Estímulos focales: Son estímulos internos o externos que actúan sobre la persona de forma más inmediata y que afectan el comportamiento.
- Estímulos contextuales: Todos los demás estímulos internos y externos que se encuentran presentes.
- Estímulos residuales: Creencias, actitudes o características que tienen un efecto indeterminado sobre el comportamiento de la persona, pero cuyas consecuencias no están contrastadas.¹⁴

¹⁴ Bárbara Kozier. Fundamentos de Enfermería conceptos proceso y práctica. Vol. 1. Ed. Interamericana. 1999.

3.6.1 PLAN DE CUIDADOS

Problema: Oxigenación

Comportamiento: Presencia de reflejo de tos al momento de la alimentación.

Estímulo focal: Falta de conocimiento sobre formas de alimentación.

Estímulo contextual: Afección cordal.

Estímulo residual: Alimentación de una manera rápida.

Diagnóstico de enfermería: Riesgo de asfixia R/C ingerir grandes bocados de comida.

Definición: Aumento del riesgo de asfixia accidental (aire disponible para la inhalación adecuada).

Objetivos:

- Fomentar una alimentación adecuada en consistencia de acuerdo a problema neurológico.
- Disminuir el riesgo de asfixia.
- Enseñar técnicas de alimentación para este padecimiento.

PLANEACIÓN	FUNDAMENTO CIENTÍFICO	EJECUCIÓN
Se mantendrá elevada la cabecera de la cama a 45° en posición semi-fowler.	La posición favorece la respiración y la expulsión de cuerpos extraños en la vía aérea. El paciente con tos ineficaz, no puede eliminar secreciones u objetos extraños.	Se coloca en posición semifowler.

<p>Asegurar la posición adecuada del señor A.G para facilitar la masticación y parte de la deglución protegiéndolo con un babero.</p>	<p>Una posición inadecuada puede originar que el alimento pase a tracto respiratorio con riesgo a bronco aspiración.</p>	<p>Previa colocación en posición se procede a brindar alimentación con protección y ayuda de un babero.</p>
<p>Colocar la comida del lado no afectado de la boca y evitar poner la comida mientras se encuentre masticando.</p>	<p>En un evento vascular cerebral se pierde la sensibilidad de la mitad del cuerpo incluyendo cavidad oral y cuerdas vocales.</p>	<p>Se coloca la comida de tipo papilla del lado derecho de la boca esperando a que poco a poco degluta.</p>
<p>Colocar las comidas y papillas dentro del campo visual del paciente.</p>	<p>Es de importancia el reconocimiento de la comida ya que de ello depende la fuerza de masticación y deglución.</p>	<p>Fue importante ya que en un momento el ojo del lado izquierdo tiende a ver borroso.</p>
<p>Mantener en una posición sedente y con apoyo al momento de la alimentación.</p>	<p>Una posición adecuada al momento de ingerir los alimentos favorece la digestión y el correcto llenado del estomago previniendo de posibles complicaciones.</p>	<p>Se apoyo sentándose correctamente al momento de ingerir los alimentos manteniendo en todo momento vigilancia estrecha del mismo.</p>
<p>Proporcionar la consistencia en papilla de los alimentos en función de los hallazgos del estudio de deglución.</p>	<p>La presencia de parálisis a nivel de cuerdas vocales dificultará la deglución y el paso de alimentos de alta consistencia.</p>	<p>Se realizó estudio de naso-endoscopía por parte del servicio de foniatría encontrando como resultado que la consistencia de tipo palilla es la mejor que puede deglutir.</p>

EVALUACIÓN:

Con la implementación de estas medias se disminuye el riesgo que le generaba al señor A.G, además fue de suma importancia la realización del estudio de naso-endoscopía el cual muestra el tipo de consistencia de alimentación que debe llevar hasta el momento siendo en papilla.

Problema: Circulación

Comportamiento: Cifras tensionales ocasionalmente elevadas.

Estímulo focal: Estrés emocional.

Estímulo contextual: Presión arterial, sobre peso.

Estímulo residual: Cansancio excesivo.

Diagnóstico de enfermería: Riesgo de intolerancia a la actividad R/C cifra tensional de 150/100, presencia de acufenos.

Definición: Riesgo de experimentar una falta de energía fisiológica o psicológica para iniciar o completar las actividades diarias requeridas o deseadas.

Objetivos:

- Mantener cifras tensionales dentro de parámetros normales.
- Disminuir el riesgo de un nuevo EVC.
- Fomentar el autocuidado en el señor A.G.

PLANEACIÓN	FUNDAMENTO CIENTÍFICO	EJECUCIÓN
Controlar indicios de isquemia hística:	La hipertensión afecta negativamente a todo el sistema cardiovascular.	Se mantiene vigilancia de signos patognómicos sobre tensiones arteriales altas.

<p>a. Defectos en la visión, incluyendo visión borrosa puntos y pérdida de agudeza visual.</p> <p>b. Deficiencias cerebrovasculares como son falta de orientación o memoria, debilidad, parálisis, dificultad para moverse, hablar y deficiencia sensorial.</p> <p>Mantener vigilancia sobre signos de insuficiencia renal.</p>	<p>Los aumentos crónicos de la presión de perfusión provocan una hipertrofia del musculo liso vascular y un aumento de la concentración de colágeno. Esto reduce el tamaño de la luz del vaso, produce cambios en la forma del vaso y en los espasmos de acomodación de las células vasculares. Los resultados son la formación de placas debido al aumento de la adherencia de los monocitos al endotelio. El aumento en la pared hacia el radio de la luz de las arterias provoca una mayor resistencia de los vasos y una disminución en la capacidad de dilatación como respuesta al aumento de la necesidad metabólica de oxígeno.</p>	<p>Además se continúa medición y registro cada cuatro horas de la presión arterial.</p> <p>Se mantiene vigilancia y control de líquidos, se toman muestras de sangre vigilando funcionamiento renal y electrolitos.</p> <p>En estudios de laboratorio se mantiene en vigilancia: disminución del nivel de proteínas del plasma, niveles de sodio en la orina elevados, diuresis insuficiente constante por debajo de los 30 ml por hora, aumento de los niveles de acido úrico en sangre, creatinina en sangre, potasio, fosforo y amoniaco.</p>
---	---	--

<p>Se mantendrá un régimen terapéutico con los antihipertensivos prescritos.</p>	<p>La comprensión por parte del paciente de la gravedad de la hipertensión es fundamental para que este siga el tratamiento. Este seguimiento debería verse como un continuo más que como estados separados de seguimiento o no seguimiento del tratamiento.</p>	<p>Se ministra antihipertensivo prescrito por médico, nifedipino cada 12 horas, prazosin cada 8 horas, telmisartan cada 12 horas y metoprolol cada 24 horas.</p>
<p>Se comentará los posibles efectos de una posible embolia, insuficiencia renal o cardiopatía isquémica en los allegados.</p>	<p>Hablar de esto puede animar al seguimiento al remarcar el impacto potencial de la hipertensión del paciente en sus allegados.</p>	<p>Se mantiene informado a paciente y familiares sobre las complicaciones que pueden generar el descuido y mal manejo de la presión arterial, además que deberá disminuir en su totalidad los factores de riesgo.</p>
<p>Explicar los posibles efectos secundarios de los antihipertensivos (impotencia, disminución de la libido, vértigo).</p>	<p>Un paciente que sufre estos efectos secundarios puede estar tentado a dejar el tratamiento.</p>	<p>Se explicó de forma detallada la acción de cada fármaco en el organismo así como los posibles efectos secundarios.</p>
<p>Orientar sobre lecturas frecuentes de tensión arterial siendo necesarias para evaluar la respuesta del paciente al tratamiento y a los cambios en el estilo de vida</p>	<p>Enseñar al paciente a controlarse o hacer que se le controle la presión arterial al menos una vez al día y que mantenga un registro preciso de las lecturas.</p>	<p>Se mantienen mediciones de presión arterial cada dos a cuatro horas, enseñando a familiar (esposa) a medir la presión.</p>

EVALUACIÓN:

Se implementaron estas acciones ahora el señor A.G mantiene cifras tensionales estables, pero que ocasionalmente con tendencia a la elevación producto del esfuerzo físico que lleva al momento de las terapias, se brinda educación a familiares acerca del manejo y prevención de posibles complicaciones que pudiera general la presión alta.

Problema: Oxigenación

Comportamiento: Presenta cierre parcial de cuerdas vocales.

Estímulo focal: Tos seca.

Estímulo contextual: Consistencia de la comida y parálisis de la cuerda vocal izquierda.

Estímulo residual: Broncoaspiración.

Diagnóstico de enfermería: Riesgo de aspiración R/C deterioro de la deglución, secuelas de traqueostomía, lesión neurológica

Definición: Riesgo de que penetren en el árbol traqueo bronquial las secreciones gastrointestinales, orofaríngeas, sólidos o líquidos.

Objetivos:

- Implementar ejercicios de tonificación cordal.
- Mantener un buen intercambio gaseoso.
- Disminuir el riesgo que se presenta al momento de ingerir alimentos.
- Fomentar el autocuidado en el paciente y familia.

PLANEACIÓN	FUNDAMENTO CIENTÍFICO	EJECUCIÓN
Colaborar con los miembros del equipo de cuidados (terapeuta ocupacional, foniatra y dentista) para dar continuidad al plan de rehabilitación del señor A.G.	El establecimiento de una relación terapéutica entre el personal de salud, paciente y familiares favorecen la apertura para brindar una mejor tratamiento.	Se continúa llevando al señor A.G a consultas de foniatría en el Instituto Nacional de Rehabilitación así como sus terapias en casa, de tonificación cordal (ver anexo) y foniátricas (ver anexo).
Mantener una posición sentada durante 30 minutos después de terminar de comer.	La alineación más cercana a las posiciones básicas ayuda a mantener el buen funcionamiento orgánico.	Cada que ingiere alimentos se mantiene sentado por un determinado tiempo esperando a que saque el aire ya que en un tiempo vomitaba y aumentaba el riesgo.
Enseñar a la familia, técnicas como cambiar de posición, alimentar y cuidar al paciente ante la posibilidad de presentar efectos o complicaciones después de la alimentación.	Existen alteraciones orgánicas que requieren dietas específicas y tratamientos que contribuyen a la recuperación o conservación de la salud, o bien control del padecimiento.	Se dio orientación sobre los cuidados que se brindan al señor A.G en casa manteniendo vigilancia y evaluación continua de las mismas.

EVALUACIÓN:

Continua con ejercicios de tonificación cordal para disminuir este riesgo, en el estudio realizado muestra parálisis de la cuerda vocal izquierda por lo que se continúa hasta la actualidad brindando terapia en casa, disminuye el riesgo mediante acciones de enfermería, se mantiene comunicación con familiares acerca de los cuidados para prevenir y disminuir el riesgo.

Problema: Protección

Comportamiento: Presencia de herida en proceso de cicatrización en región de cuello.

Estímulo focal: Herida expuesta.

Estímulo contextual: Ligeramente enrojecimiento del sitio.

Estímulo residual: Autocuidado del señor A.G.

Diagnóstico de enfermería: Riesgo de infección R/C procedimientos invasivos (cierre total de traqueostomía).

Definición: Estado en que el individuo presenta riesgo elevado de ser invadido por agentes infecciosos patógenos.

Objetivos:

- Disminuir al máximo la presencia de microorganismos patógenos evitando la diseminación de las bacterias.
- Prevenir complicaciones de origen respiratorio y fomentar el autocuidado.

PLANEACIÓN	FUNDAMENTO CIENTÍFICO	EJECUCIÓN
Realizar curación diaria de sitio de traqueostomía.	La curación de heridas, fomenta la limpieza para prevenir infecciones al impedir la entrada de microorganismos patógenos. La correcta asistencia protege además, la superficie cutánea de la maceración y escoriación por el contacto con exudado. Los métodos principales para tratar una herida son el uso de apósitos.	Se realiza diariamente curación de sitio de traqueostomía, colocando gasa estéril.
Vigilar signos de infección como fiebre, exudado abundante y olor fétido de la herida en cuello.	La piel lesionada, queda totalmente expuesta a microorganismos patógenos puesto que ha perdido algunas de sus capas protectoras.	Se encuentra únicamente con enrojecimiento del sitio, no hay presencia de exudado o fiebre.
Ministrar esquema de antibiótico prescrito por medico.	El uso de antibioticoterapia está indicado como tratamiento y prevención de algunas de las enfermedades intrahospitalarias.	Se ministra por horario medicamento prescrito por el médico siendo AMPICILINA cada 8 horas .

Brindar orientación a los familiares sobre la importancia de las medidas estándar con este tipo de pacientes.	El conocimiento oportuno fomenta el autocuidado. El no conocer puede favorecer las posibles complicaciones futuras.	Los familiares de igual manera fueron orientados acerca de las medidas más higiénicas para el manejo y curación de herida cuando yo no podía asistir.
---	--	---

EVALUACIÓN:

Con los cuidados de enfermería brindados se disminuye al máximo el riesgo que se presenta al momento, la herida evoluciona favorablemente logrando una cicatrización adecuada del sitio sin haber presentado complicación alguna durante este proceso.

Problema: Protección

Comportamiento: No cuenta con la fuerza suficiente para poder deambular.

Estímulo focal: Hemiparesia izquierda.

Estímulo contextual: Ambiente laboral, familia y hemiparesia.

Estímulo residual: Estado de ánimo.

Diagnóstico de enfermería: Riesgo de caídas R/C hemiparesia izquierda y disminución de la fuerza de extremidades inferiores.

Definición: Aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico.

Objetivos:

- Definir y eliminar riesgos específicos existentes delimitando intervenciones de enfermería específicas.
- Evitar una lesión producto de una caída.
- Desarrollar la capacidad para empezar andar y llevar a cabo actividades que favorezcan la autonomía del señor A.G.

PLANEACIÓN	FUNDAMENTO CIENTÍFICO	EJECUCIÓN
<p>Proporcionar las siguientes medidas de prevención en el señor A.G.</p> <p>a) Situarlo de manera que él pueda ver su entorno que lo rodea.</p> <p>b) Indicar como deberá pedir ayuda mediante un timbre e informar sobre su condición de alto riesgo de caídas.</p> <p>c) Mantener la cama en posición inclinada, si cuenta con barandales estos estarán arriba.</p> <p>d) Tener la mayor parte de los lugares completamente iluminados.</p>	<p>Aumentando las medidas de seguridad puede ayudar a reducir las lesiones.</p> <p>El paciente con una marcha inestable necesitará ayuda para aprender a andar correctamente.</p> <p>Tal es el caso del uso de barandales para evitar un traumatismo sobre pacientes discapacitados o confusos.</p>	<p>Se mantiene en cama, se delimita su espacio físico haciéndole saber sobre las diferentes distancias que deberá tomar ante una propia movilización.</p> <p>Se orienta sobre como pedir ayuda mediante señales y ruidos específicos dentro de su cuarto.</p> <p>La cama se mantiene en posición semifowler y el cuerpo del paciente centrado en la misma.</p> <p>Se deja lámpara de noche prendida ante cualquier cuidado que solicite el señor A.G.</p>

<p>e) Proporcionar una lámpara de noche asegurándome de que hay un interruptor cerca de la cama donde duerme.</p>		<p>La iluminación del cuarto se mantiene adecuada ante cualquier urgencia que pudiese generar.</p>
<p>Tomar medidas para reducir el posible riesgo causado por dispositivos de ayuda:</p> <p>a) Comprobar el uso adecuado de éstos dispositivos.</p> <p>b) Comprobar la adecuación y el estado de estos dispositivos.</p> <p>c) Consultar a un fisioterapeuta sobre cómo enseñar al señor A.G a dar la marcha.</p> <p>d) Se indicará que deberá usar zapatos con suela antideslizante.</p>	<p>El uso o la adaptación inadecuada de los dispositivos de ayuda pueden ocasionar caídas o lesiones.</p> <p>Existen dispositivos que apoyan y ofrecen seguridad al paciente con problemas musculoesqueléticos.</p> <p>La seguridad en su manejo depende el grado de conocimiento en relación a la construcción e instrucción de uso</p>	<p>Se mantienen dispositivos de ayuda como son sillas de ruedas, andaderas en buen funcionamiento, al momento de que el señor A.G la usa se mantiene en vigilancia continua.</p> <p>Continúa con ejercicios para mejorar marcha y coordinación.</p> <p>Solicito el uso de tenis con suela anti-derrapante.</p>

Instruir al señor A.G y a sus familiares a extremar las medidas de seguridad en su propio domicilio.	El paciente con problemas de movilidad necesita todo este tipo de acondicionamiento para poder llevar a cabo sus actividades diarias de manera eficaz.	Se instruyó a la familia sobre eliminar alfombras, evitar el desorden, la suciedad y los suelos demasiado pulidos. Acondicionando el baño con tapete antideslizante para evitar que el señor A.G sufra una caída.
Proteger de riesgos o daños a su integridad física.	Debe tenerse cuidado cuando la persona experimenta dolor, sea un anciano, se encuentra afectada alguna parte del sistema osteomuscular, exista pérdida o trastorno de la conciencia o que el mismo paciente cuente con dispositivos de tratamiento.	Mantuve medidas de seguridad al momento de la movilización y la aplicación de cualquier procedimiento, vigilando en su totalidad el momento de la marcha.
Colocar los objetos al alcance del señor A.G.	A mayor acercamiento de los objetos, mayor será la habilidad de una persona para atraparlos.	Los objetos personales se ponen al alcance del señor A.G, control de TV, peine, gel, cepillo de dientes, crema etc.

EVALUACIÓN:

El riesgo no se elimina totalmente puesto que hasta la actualidad se encuentra presente, solo mejora parte de la independencia, continúa desarrollando habilidades para disminuirlo con ayuda de personal profesional que actualmente se encuentra en colaboración brindando la terapia adecuada a cada necesidad mejorando la marcha.

Problema: Protección

Comportamiento: Tiene disminución de la sensibilidad y tono muscular.

Estímulo focal: Hemiparesia izquierda.

Estímulo contextual: Tono muscular disminuido.

Estímulo residual: Motivación para la marcha.

Diagnóstico de enfermería: Riesgo de traumatismo R/C disminución de la sensibilidad, equilibrio y alteración perceptual.

Definición: Aumento del riesgo de lesión tisular accidental (P. Ej. Una herida, una quemadura, una fractura).

Objetivos:

- Disminuir el riesgo de traumatismo o lesión.
- Mejorar la función motora del cuerpo dominante.
- Fomentar el autocuidado y conocer las medidas de seguridad para reducir al mínimo la posibilidad de lesión.

PLANEACIÓN	FUNDAMENTO CIENTÍFICO	EJECUCIÓN
Identificar déficit cognoscitivo o físicos del señor que pudiera aumentar el riesgo de provocarle traumatismos.	Las lesiones neurales periféricas son factores que producen insensibilidad o parálisis en regiones correspondientes.	Se identifica disminución de la fuerza, tono muscular y sensibilidad del miembro inferior izquierdo.
Instruir al paciente a llevar a cabo ejercicios físicos en los miembros sanos por lo menos cuatro veces al día, si es posible.	La flexión, extensión, abducción, aducción, rotación interna, rotación externa son modelos de movimiento.	Se instruye a que el señor A.G realice ejercicios en colchón puesto que son los que él solo puede estar haciendo en cuanto se encuentra solo.

<p>Realizar ejercicios pasivos en los miembros dañados siendo un total de tres a cuatro veces al día.</p>	<p>La inmovilización articular origina reducción circulatoria y estasis del liquido sinovial. Los ejercicios de coordinación, estiramiento y relajación son indispensables en una hemiplejía.</p>	<p>Se realiza estiramiento de mano y pie izquierdo, así como movilidad de articulaciones.</p>
<p>Evaluar el avance del señor A.G en el restablecimiento del movimiento y la función corporal.</p>	<p>Un plan de atención para la recuperación funcional del paciente tiende a considerar sus necesidades de independencia, movilización, traslado con y sin utilización de implementos de apoyo, comunicación, recreación y trabajo.</p>	<p>Se determina aumento en el tono muscular y sensibilidad en miembro inferior izquierdo y miembro superior izquierdo, se continúa con terapias en casa.</p>

EVALUACIÓN:

Disminuye el riesgo, fomentando las medidas de prevención, mejora la movilización articular y osteomuscular de ambos miembros. Las terapias se continúan brindando en casa en conjunto con los diferentes servicios como son rehabilitación física y terapia ocupacional.

Problema: Protección

Comportamiento: Exposición de prominencias óseas y disminución de la sensibilidad.

Estímulo focal: Inmovilidad.

Estímulo contextual: Hemiparesia y exposición a superficies planas y duras.

Estímulo residual: Disminución de la movilidad por parte del señor A.G.

Diagnóstico de enfermería: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea R/C humedad, sensibilidad disminuida y presencia de prominencias óseas.

Definición: Riesgo de alteración cutánea adversa.

Objetivos:

- Disminuir el riesgo de úlceras por presión.
- Fomentar el autocuidado en personas con trastorno del movimiento y la sensibilidad.
- Mantener un buen estado tegumentario.

PLANEACIÓN	FUNDAMENTO CIENTÍFICO	EJECUCIÓN
Realizar cambios posturales cada 2 horas en la cama donde se encuentra el señor A.G.	La prevención de úlceras en la piel es de vital importancia en los pacientes lesionados de médula. Las áreas más afectadas son las nalgas, caderas, tobillos y talones. Conviene movilizar al paciente cada dos horas aproximadamente.	Cada dos horas se cambia de posición al señor A.G manteniendo una buena función circulatoria.

<p>Proporcionar cambios de posición y colocar cojines evitando que prominencias óseas sean expuestas al colchón.</p>	<p>Los principios de la prevención de las úlceras por presión comprenden la reducción o el cambio de la presión sobre los tejidos blandos. Si la presión de los tejidos blandos supera la presión intracapilar, la oclusión capilar y la hipoxia resultante pueden producir lesión tisular.</p>	<p>Se colocan cojines y dispositivos, reduciendo la presión que ejerce las prominencias óseas como tobillos, talones y codos con el colchón en el cual se encuentra.</p> <p>Se movilizaron las piernas y los brazos del paciente moviendo suavemente, dentro de los límites de tolerancia de su dolor.</p>
<p>Colocar medias de compresión para prevenir y reducir el edema en miembros pélvicos.</p>	<p>Una buena posición de miembros inferiores favorecerá el retorno venoso y reabsorción del líquido intersticial.</p>	<p>Solicito medias de compresión a familiar, se colocan en miembros pélvicos periódicamente.</p>
<p>Colocar al paciente con el cuerpo alineado para lograr prevenir complicaciones relacionadas con la columna vertebral.</p>	<p>Nunca hacer movilización pasiva si el individuo puede hacerla activamente.</p> <p>La alineación corporal se adecua intencionalmente con fines de comodidad, diagnóstico o terapéutico.</p>	<p>Se procede a llevar a cabo la alineación corporal de acuerdo a segmentos anatómicos.</p>
<p>Inspeccionar otras zonas de riesgo que pudieran desarrollar afecciones causantes por malas posturas.</p>	<p>Las tuberosidades isquiáticas son las zonas principales de desarrollo de úlceras por presión.</p>	<p>Se mantiene vigilancia estrecha sobre las zonas de riesgo para el desarrollo de la formación de úlceras por presión.</p>

	<p>Los cojines y colchones de presión alterna favorecen una buena integridad de músculos y huesos.</p> <p>La valoración de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión e instauración del tratamiento, abarca estado físico general, estado mental, deambulaci3n, movilidad corporal y control de la eliminaci3n urinaria e intestinal.</p>	<p>Se valor3 el riesgo de presentar úlceras por presi3n encontrando alto riesgo por lo que se brindan cuidados de enfermería correspondientes.</p>
<p>Orientar sobre la hidrataci3n y lubricaci3n de la piel constantemente, manteniéndola limpia y seca.</p>	<p>La piel nos protege de traumatismos físicos debido a la resistencia que presenta la capa córnea. Por eso es de gran importancia la hidrataci3n en todo el cuerpo para evitar laceraciones de la piel.</p> <p>La humedad en la ropa de cama favorece la aparici3n de úlceras por presi3n.</p>	<p>Se llevan a cabo acciones de prevenci3n y tratamiento sobre la posible formaci3n de úlceras por presi3n.</p>

EVALUACIÓN:

Con la implementación de estos cuidados de enfermería se logra al máximo disminuir el riesgo que le puede generar al señor A.G, además se brinda información importante acerca del cuidado a la piel e identificación y disminución de los principales factores de riesgo que pueden dañar al tegumento ante la presencia de secuelas de Enfermedad Vascolar Cerebral.

Problema: Eliminación

Comportamiento: Presencia de fecalomas.

Estímulo focal: Escasa ingesta de líquidos.

Estímulo contextual: Movilidad disminuida.

Estímulo residual: Alimentación baja en fibra.

Diagnóstico de enfermería: Estreñimiento R/C aporte insuficiente de líquidos y actividad física insuficiente M/P presencia de fecalomas y tenesmo.

Definición: Riesgo de sufrir una disminución de la frecuencia normal de la defecación acompañado de eliminación difícil o incompleta de las heces excesivamente duras y secas.

Objetivos:

- Fomentar la ingesta de alimentos ricos en fibra y agua.
- Que el paciente lleve a cabo el proceso natural de la defecación.
- Orientar en la formación de hábitos alimenticios y fomentar el autocuidado.

PLANEACIÓN	FUNDAMENTO CIENTÍFICO	EJECUCIÓN
Administrar suficiente líquido vía oral por lo menos 2 litros de agua al día.	Para conservar el equilibrio hídrico y eliminar toxinas del organismo se requiere de 70% de agua.	El mecanismo de acción de algunos fármacos funcionan a base de agua, al aumentar la ingesta será mucho mejor la consistencia de las heces fecales.
Ministrar una dieta rica en fibra evitando las dietas astringentes.	Una dieta equilibrada, ingestión, ingestión suficiente de líquidos, ejercicio y control emocional, son factores que determinan el reflejo de la defecación.	Se realiza un plan de alimentación enfocando principalmente la ingesta de frutas y verduras diariamente.
Vigilar la presencia de peristaltismo intestinal.	El hiperperistaltismo gastrointestinal causa trastornos en la digestión y absorción de los nutrimentos. La ausencia de peristaltismo puede ser indicador de íleo paralítico.	Presenta peristaltismo normal ocasionalmente con tenesmo al momento de la defecación.
Realizar masaje en el marco cólico como profilaxis a estreñimiento.	Un masaje del abdomen puede aflojar la materia fecal compactada, para que los músculos en el colon puedan mover los desechos de una forma más eficaz.	Se realiza masaje en marco cólico profiláctico después de cada comida.

	El colon posee movimientos de peristalsis que conducen el contenido intestinal hacia el ano.	
Vigilancia y manejo de senosidos AB cada 12 horas.	Son un laxante natural de origen vegetal. Las reacciones adversas que se han reportado son: náuseas, vómito, diarrea, pérdida de la función normal del intestino.	Continúa ministrando senosidos AB cada doce horas vigilando efectos adversos y secundarios que pudiesen presentar durante un determinado tiempo.

EVALUACIÓN:

Con estas medidas empleadas al señor A.G se logra disminuir el riesgo que se encuentra presente hasta el momento, haciéndole saber que es de suma importancia la alimentación e ingesta de agua en cada comida que el realiza.

Problema: Actividad

Comportamiento: No puede llevar a cabo el baño por si solo.

Estímulo focal: Hemiparesia izquierda de miembro superior e inferior.

Estímulo contextual: Movilidad limitada.

Estímulo residual: Disponibilidad para realizar el baño por sí solo.

Diagnóstico de enfermería: Déficit de autocuidado: Baño R/C problemas en la movilidad, fuerza física disminuida y alteración emocional M/P incapacidad para poder realizar aseos y baño.

Definición: Deterioro de la habilidad de la persona para realizar o completar por si misma las actividades de baño/higiene.

Objetivos:

- Llevar a cabo actividades de higiene y limpieza del señor A.G.
- Fomentar el autocuidado mediante la enseñanza hacia el señor A.G.

PLANEACIÓN	FUNDAMENTO CIENTÍFICO	EJECUCIÓN
Realizar el baño con el agua a una temperatura agradable vigilando en todo momento al señor A.G.	Las altas temperaturas de agua producen quemaduras que pueden ir desde 1° grado a 3° grado. Además que el agua caliente produce que los músculos se relajen produciendo lipotimia e hipotensión arterial.	Se realiza baño a una temperatura de 46 a 49°c del agua para no dañar la piel y no provocar efectos adversos.
Asistir al señor A.G durante el baño.	El baño es una práctica higiénica que toda persona debe realizar y cuando el individuo está enfermo, se debe extremar. Además de su valor de limpieza, estimula la circulación sanguínea, provoca un estado de bienestar en la persona, es refrescante y relajante ayudando a la autoestima del individuo.	Asistí en todo momento al señor A.G antes, durante y después del baño enseñando la técnica adecuada usando el hemicuerpo derecho que es el cual se encuentra relativamente funcional.

<p>Realizar cambio de ropa y pañal cuando sea necesario.</p>	<p>Uno de los cuidados más importantes que se prestan al paciente, son los que se refieren a su higiene personal. Esto lleva a efectos beneficiosos, a conservar la piel limpia y en buen estado permitiendo conseguir un aceptable estado de bienestar y prevenir la aparición de infecciones.</p>	<p>Se coloca y verifica en todo momento el pañal que se pone como profiláctico ante una urgencia. Mientras anda fuera de su domicilio usa pañal.</p>
<p>Ayudar a vestirse y a peinarse.</p>	<p>En el aseo personal, entendemos las medidas higiénicas que toma el individuo para conservar limpia y en buen estado su apariencia física, tanto en su arreglo personal como en la forma de vestirse.</p>	<p>Al término del baño asistido se procede a vestir usando ropa de preferencia dos tallas más grande para enseñar a vestirse sólo.</p>
<p>Proporcionar ayuda hasta que el señor A.G sea totalmente capaz de asumir el autocuidado.</p>	<p>Cuando un paciente se está recuperando, nunca hay que dejarlo solo en el baño, ya que puede sufrir un traumatismo o complicación que pueda repercutir seriamente en su estado de salud.</p>	<p>Se continúa brindando apoyo en esta actividad.</p>

Proporcionar un ambiente terapéutico que garantice una experiencia cálida, relajante, privada y personalizada.	Un baño libre de corrientes de aire y con temperatura de 20 a 23°C contribuye al bienestar físico del paciente. La comunicación favorece las relaciones interpersonales entre los individuos.	Durante el baño se mantiene un ambiente tranquilo, relajante y privado manteniendo en todo momento la individualidad del señor A.G.
--	---	---

EVALUACIÓN:

Se lleva a cabo diariamente el baño al señor A.G, enseñando aspectos importantes que deberá tomar durante el procedimiento, actualmente es un poco más independiente en cuanto a esta actividad, solo se mantiene en vigilancia durante el mismo.

Problema: Actividad

Comportamiento: Depende de otra persona para llevar a cabo esta actividad.

Estímulo focal: Disminución de la fuerza en miembros pélvicos.

Estímulo contextual: Necesidad de evacuar.

Estímulo residual: Baja autoestima ante dicha situación.

Diagnóstico de enfermería: Déficit de autocuidado: Uso del inodoro R/C problemas en la movilidad, fuerza física disminuida y alteración emocional M/P incapacidad para ir al WC y realizar la higiene posterior.

Definición: Deterioro de la habilidad para realizar o completar por si misma las actividades de evacuación.

Objetivos:

- Favorecer la eliminación mediante acciones de enfermería.
- Disminuir y evitar un riesgo durante la evacuación.

PLANEACIÓN	FUNDAMENTO CIENTÍFICO	EJECUCIÓN
Facilitar la higiene y el aseo después de terminar la eliminación.	El aseo de las manos después de defecar, evita la transmisión de microorganismos causantes de enfermedades gastrointestinales.	Después de cada evacuación y micción se limpia correctamente con apoyo de toallas húmedas la región anal y peri anal.
Mantener controlada la integridad cutánea del señor A.G.	Una mala técnica de aseo, favorece irritación e incomodidad hacia la persona.	En todo momento se mantiene seca el área de genitales.
Disponer intimidad durante la eliminación.	Principio general de enfermería, mantener la individualidad del paciente en todo momento.	Se mantiene cerrada la puerta del baño en el momento de la eliminación del señor A.G.
Dar información sobre la forma de entrar y salir del baño.	El trabajo en conjunto enfermera-paciente necesita comprensión de la situación, del paciente, de la valoración de su estado de salud y de su capacidad de resolver problemas para determinar prioridades y establecer metas tendientes a conservar o fomentar la salud.	Se brindo información necesaria para utilizar los instrumentos de apoyo que se encuentran cerca del el baño y en el interior del mismo como son barandales, apoyo en el lavamanos así como el uso complementario de silla de ruedas y bastón.

EVALUACIÓN:

Actualmente todavía depende de estas actividades el señor A.G, continúa desarrollando habilidades con el paso del tiempo y la constante realización de terapias en su casa.

Problema: Interacción social

Comportamiento: Incapacidad para articular palabras adecuadamente.

Estímulo focal: Afección cordal.

Estímulo contextual: Relaciones laborales, personales, familiares y sociales.

Estímulo residual: Inseguridad al medio que lo rodea.

Diagnóstico de enfermería: Deterioro de la comunicación verbal R/C parálisis cordal izquierda M/P disartria, disfagia y afasia.

Definición: Disminución, retraso o carencia de la capacidad para recibir, procesar, transmitir y/o usar un sistema de símbolos.

Objetivos:

- Que el señor A.G pueda mantener una comunicación clara y entendible.
- Disminuir la dificultad que presenta para articular palabras.
- Mediante acciones de enfermería continuar con el proceso de rehabilitación.

PLANEACIÓN	FUNDAMENTO CIENTÍFICO	EJECUCIÓN
Crear un ambiente tranquilo y acogedor. a) Evitar las prisas b) Hablar con calma y en un tono natural.	La comunicación es la base de las relaciones humanas. La incapacidad para comunicarse de manera espontanea resulta frustrante y embarazosa.	Se trabaja en un cuarto de manera individual, no permitiendo que haya distractores en el momento que se brindan los diferentes cuidados.

<p>c) Disminuir el ruido y todo aquello que pueda distraer al paciente.</p> <p>d) Animar al señor A.G. a compartir sus frustraciones: dando importancia a la comunicación no verbal.</p> <p>e) Conceder al paciente la oportunidad de tomar decisiones sobre su autocuidado si es conveniente.</p> <p>f) No obligar al señor a comunicarse.</p>	<p>La actuación del profesional de enfermería debe centrarse en reducir la tensión y comunicar al paciente que se comprende la dificultad de su situación.</p>	<p>Realizando diferentes actividades siendo la mayor parte ellas efectuadas por el mismo, requiriendo el mínimo apoyo.</p> <p>Mantiene una comunicación en un principio a base de señas, posteriormente se progresa a gesticulaciones junto con señalamientos.</p>
<p>Trabajar continuamente con el especialista de terapia del lenguaje y el área de foniatría. Distinguiendo los diferentes trastornos del lenguaje (afasia y disfagia) y los del habla (apraxia y dispraxia).</p>	<p>Para diagnosticar un trastorno del lenguaje es necesario trabajar en conjunto con un especialista llevando a cabo una exploración exhaustiva.</p> <p>El lenguaje implica la comprensión y transmisión de sentimientos, mientras que el habla comprende los mecanismos y articulaciones de la expresión verbal.</p>	<p>Terapia de foniatría (ver anexo) envía ejercicios para realizar en casa los cuales hasta la actualidad se encuentra haciendo. Así como en conjunto se trabaja con terapia de lenguaje (ver anexo).</p>

<p>Se realizará de manera continua lo siguiente con el señor A.G</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Escucharlo con atención. b) Repetir el mensaje reforzando la comunicación. c) No tomar en cuenta un uso inadecuado de las palabras y no corregir al señor A.G. d) Se intentará anticipar a las necesidades del señor A.G. 	<p>El personal de enfermería debería intentar por todos los medios comprender al paciente. Cualquier avance, por pequeño que sea, reduce la frustración y aumenta la motivación.</p>	<p>Se aplicaron dichos procedimientos, mejorando la interacción que él tiene con las demás personas. Manteniendo funcionamiento de cuerdas vocales.</p>
<p>Proporcionar al señor A.G sesiones de terapias de foniatría, de lenguaje, cortas y frecuentes intentar de hablar de temas de interés para él.</p>	<p>Son más positivas este tipo de sesiones que aquellas poco frecuentes y de larga duración.</p>	<p>La terapia se realiza diariamente por las tardes, con un tiempo de media hora cada una incluyendo platicas de interés para el señor A.G.</p>
<p>Instruir técnicas para mejorar el habla hablando despacio y utilizando frases cortas, empezar haciendo preguntas en las cuales el paciente responda un sí o un no. Animándolo que comparta sus sentimientos e inquietudes.</p>	<p>Se pueden llevar a cabo actividades sistemáticas para mejorar el habla del paciente. A medida que mejore el habla del paciente, éste ganará confianza en sí mismo y hará cada vez más intentos para hablar mejor.</p>	<p>De acuerdo al estado emocional en el cual se encuentra se llevan a cabo dichos procedimientos y técnicas.</p>

EVALUACIÓN:

Dichas terapias van en conjunto con foniatría y terapia de lenguaje, asistiendo cada 2 meses a revaloración y ajuste de terapia en el Instituto Nacional de Rehabilitación, se muestra notoria mejoría en lo que va del tiempo, ya articula palabras entendibles, disminuye la ansiedad y favorece las relaciones intra e interpersonales.

Problema: Actividad

Comportamiento: No se puede trasladar con facilidad como cualquier otra persona.

Estímulo focal: Habilidad para la marcha disminuida por hemiparesia izquierda.

Estímulo contextual: Hemiparesia izquierda y actividad insuficiente.

Estímulo residual: Actitud por realizar actividades.

Diagnóstico de enfermería: Deterioro de la habilidad para la traslación R/C fuerza muscular insuficiente M/P hemiparesia izquierda, dificultad para la marcha.

Definición: Limitación del movimiento independiente entre dos superficies cercanas.

Objetivos:

- Establecer un protocolo en conjunto para disminuir esta necesidad.
- Fortalecer la musculatura y coordinación.
- Reforzar la marcha mediante ejercicios en conjunto con terapeutas.

PLANEACIÓN	FUNDAMENTO CIENTÍFICO	EJECUCIÓN
Realizar movimientos de articulaciones y ejercicios pasivos y activos según la tolerancia en el hemicuerpo izquierdo.	Los movimientos pasivos son los producidos al paciente sin que realice esfuerzo.	Se realizan movimientos de flexión, extensión, aducción, abducción, supinación, pronación, rotación interna...

	Los activos son realizados voluntariamente por el paciente y sin ayuda; los asistidos son los que ayudan al paciente a estimular articulaciones mediante el personal y aparatos.	Rotación externa, eversión e inversión de miembros superior izquierdo y miembro inferior izquierdo durante periodos de quince a treinta minutos diariamente en casa.
Mantener alineación corporal anatómica.	La alineación corporal es determinante en toda actividad funcional tanto el personal de salud, como el paciente, para evitar lesiones neuro-músculo-esqueléticas. La posición es la alineación de segmentos orgánicos que se adecua en forma intencional con fines de comodidad, diagnóstico o terapéutico.	Al momento del inicio de la terapia física y reforzamiento muscular se mantiene en completa alineación de segmentos corporales sobre una superficie en el caso del señor A.G. se usa su colchón que se encuentra en su habitación.
Colaborar con fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y de recreación en el desarrollo y ejecución de un programa de ejercicios terapéuticos.	Un plan de atención para la recuperación funcional del paciente tiende a considerar sus necesidades de independencia, movilización, traslado con o sin utilización de implementos de apoyo, comunicación, recreación y trabajo.	Se mantiene programa de ejercicios y terapia en casa realizándola diariamente por las tardes.

<p>Enseñar al paciente a explorar visualmente el lado izquierdo de su cuerpo al realizar las actividades de la vida diaria y las terapias.</p>	<p>La técnica de espejo al realizar ejercicios tonificantes es relevante en pacientes con funciones corporales limitadas. La exploración permite visualizar y sentir limitaciones.</p>	<p>Se coloca espejo de apoyo para que el señor A.G pueda visualizar su cuerpo, manteniendo simetría de extremidades y delimitando el espacio donde se encuentra.</p>
<p>Proporcionar instrucciones paso a paso para cada actividad motora durante el ejercicio o actividad de la vida diaria.</p>	<p>Son etapas de la sesión de ejercicios y actividades programadas; el calentamiento, la programación de ejercicios y el enfriamiento.</p>	<p>Se informa sobre los ejercicios que se brindan diariamente con la finalidad de cooperación del el mismo.</p>
<p>Ayudar al señor A.G a desarrollar el protocolo de ejercicios para conseguir fortaleza, flexibilidad y resistencia.</p>	<p>Son métodos auxiliares en los ejercicios; el masaje de músculos hipotónicos, movimiento pasivo de articulaciones, movilidad asistida activa, movilidad activa, movilidad resistida, descanso, equilibrio y actividades diarias.</p>	<p>Los días que no me encuentro con él, se dejaron ejercicios para que el mismo y solo los realice con la finalidad de no retrasar su rehabilitación.</p>

EVALUACIÓN:

Con la implementación de estas medidas y cuidados se logra que el señor A.G pueda tener, adquirir y mantener mejor habilidad para la traslación apoyándose de bastón de cuatro puntos, además teniendo notoria mejoría en el tono muscular, flexibilidad y movilidad articular, se continúa trabajando en conjunto con terapeutas para lograr su independencia y desarrollo de habilidades que van a mejorar su calidad de vida.

Problema: Interacción social

Comportamiento: No tener gusto por socializar.

Estímulo focal: Preocupación por el estado en el cual se encuentra.

Estímulo contextual: Reuniones familiares y laborales.

Estímulo residual: Aislamiento social.

Diagnóstico de enfermería: Ansiedad R/C necesidades no satisfechas y efecto de la enfermedad sobre el estilo de vida M/P nerviosismo, temor y miedo.

Definición: Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para el individuo); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontar la amenaza.

Objetivos:

- Disminuir la preocupación que le genera al señor A.G la enfermedad.
- Aumentar las relaciones intra e interpersonales.

PLANEACIÓN	FUNDAMENTO CIENTÍFICO	EJECUCIÓN
Proporcionar apoyo positivo a los esfuerzos del señor A.G en la actividad física y los ejercicios.	Una sensación de apoyo situacional y familiar favorece en la rehabilitación positiva de un enfermo.	Cuando se realizan terapias al señor A.G se mantiene en todo momento animado y con respuesta positiva al tratamiento.

<p>Proporcionar actividades de potenciación de la autoestima como son:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Experiencias que aumenten la autonomía del señor A.G. b) Ayudar al señor a aceptar la dependencia de otros. c) Facilitar un ambiente y actividades que aumenten su autoestima. d) Realizar afirmaciones positivas sobre el mismo. 	<p>La falta, exceso o inadecuada administración de actividades de la vida diaria, escolar, laboral o social, interfieren en el orden, seguridad, eficiencia el interés por la vida.</p> <p>El amor y la confianza en sí mismo y en los demás influyen en el desarrollo de la autoestima (conocimiento, concepto, evaluación, aceptación y respeto), genera madurez personal y relaciones interpersonales positivas, dando así significado a la vida.</p>	<p>Mantiene mediante platicas y acciones que él puede realizar por sí mismo, a cada una de ellas se le hace saber la importancia que tiene estar realizando las mismas, así como hacer comparaciones de lo que él en algún momento no podía realizar con lo que ahora ya puede y hacerle ver la independencia que está logrando mediante su esfuerzo, ayuda y colaboración de las demás personas.</p>
<p>Fomentar actividades para aumentar el afrontamiento como:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Valorar la comprensión del paciente en el proceso de enfermedad. b) Ayudar a identificar objetivos adecuados a corto, mediano y largo plazo. 	<p>Un análisis de relaciones interpersonales e intrapersonales con la familia, amistades y personal de salud genera paz interior y bienestar espiritual.</p> <p>La comunicación y relación interpersonal influyen en la participación efectiva del individuo y la familia.</p>	<p>Mantuvo actividades de reflexión, se valoró el riesgo de caer en depresión, la actitud de él frente a la enfermedad fue cambiando, en un principio era totalmente negativa ahora ya reconoce y trabaja sobre el esfuerzo que debe realizar para su pronta rehabilitación y recuperación.</p>

Ayudar al señor a reconocer sentimientos tales como ansiedad, ira o tristeza.	La motivación, la emoción, el sentimiento, el estrés se refiere a la energía positiva o negativa en un organismo, basado en experiencias subjetivas capaces de desencadenar respuestas fisiológicas.	Se detecta que es aprehensivo, se enoja con frecuencia, hipoactivo por lo que se mantiene en tratamiento con citas de revisión por parte del servicio de psiquiatría.
Permanecer con el señor A.G para promover seguridad y reducir el miedo.	La compañía favorece un vínculo afectivo entre dos personas.	Durante las tardes mantengo relación estrecha, brindando compañía, terapias y escuchando inquietudes y sugerencias de él mismo.

EVALUACIÓN:

Con estas medidas implementadas diariamente disminuye el estado de ansiedad que le genera al señor A.G encontrando que la causa principal es el hecho de pensar que en momentos se quedaría solo en su domicilio y que nadie se preocuparía por él, para poder cubrir sus necesidades básicas además que se da respuesta a preguntas y dudas que le genera inquietud para su persona.

Problema: Actividad

Comportamiento: Presenta dolor mientras se está realizado terapia física.

Estímulo focal: Terapia física.

Estímulo contextual: Hemiparesia y espasticidad de hemicuerpo izquierdo.

Estímulo residual: Dolor referido.

Diagnóstico de enfermería: Dolor Crónico R/C espasticidad muscular de hemicuerpo izquierdo y terapia física M/P expresiones faciales de dolor, quejidos y diaforesis.

Definición: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión real o potencial o descrita en tales términos; inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave, constante o recurrente sin un final anticipado o previsible y una duración superior a seis meses.

Objetivos:

- Disminuir el dolor que le produce el esfuerzo y la terapia física.
- Disminuir la espasticidad muscular de hemicuerpo izquierdo.
- Crear un ambiente terapéutico y fomentar el autocuidado.

PLANEACIÓN	FUNDAMENTO CIENTÍFICO	EJECUCIÓN
Administrar compresas calientes en hombro izquierdo y pierna izquierda.	Las compresas calientes pueden aplicarse húmedas, estériles o no estériles para mejorar la circulación de los tejidos en situaciones de espasmo muscular, mialgias y tendinitis.	Se administran compresas húmedas calientes en hombro izquierdo, muñeca y pierna izquierda durante 10 minutos.
En caso de dolor agudo se ministrará un analgésico antiinflamatorio no esteroideo (paracetamol).	Las endorfinas son sustancias que modulan el dolor y tienen propiedades similares a la morfina. Su estimulación se logra mediante acupuntura estimulación eléctrica y placebos.	Previamente al ejercicio dependiendo el umbral del dolor se ministra paracetamol 500 mg. Solo PRN. En la mayor de las veces se detecta el dolor tipo psicossomático.

Mantener una rutina diaria de ejercicio físico.	La reducción, organización y variabilidad de estímulos, permiten al paciente restringir o alejar su atención lejos de la sensación dolorosa.	Se mantuvo rutina diaria de ejercicios, me doy cuenta que el día que se interrumpe y no se brinda terapia física posteriormente presenta rigidez de hemicuerpo izquierdo.
Aplicar técnicas fisioterapeutas.	La fisioterapia aumenta o restablece la capacidad corporal para realizar actividades funcionales normales, disminuye el dolor, la espasticidad muscular y la inflamación.	Se continúa primero con calentamiento, serie de ejercicios físicos, enfriamiento y relajación al final de cada sesión.
Colocar al señor A.G antes durante y después de la terapia física en una posición correcta.	La colocación del paciente en una posición específica con alineación corporal, la manipulación cuidadosa, el masaje suave y la realización de ejercicios libres de esfuerzos bruscos, disminuyen o anulan el dolor.	Se busca en todo momento la comodidad ya que de ello depende la calidad de ejercicio y terapia brindada al señor A.G.
Proporcionar al término de la terapia física un baño terapéutico con agua templada.	Los efectos del calor son analgésicos, antiespasmódicos, descongestivo y sedantes.	Se proporcionó la relajación mediante baño terapéutico, cambiando las temperaturas del agua día con día.

	En tanto que el frío alivia el espasmo muscular, reduce la inflamación y alivia el dolor.	Es de mejor utilidad el baño con agua caliente además que le crea una mejor relajación, lo refiere el señor A.G.
En caso de que el dolor continúe después de la terapia, aplicaré la técnica de masoterapia en segmentos corporales.	Un masaje suave, por golpeteo, presión, percusión o fricción, aumentan el aporte sanguíneo y linfático, produce relajación muscular y alivia el dolor. Dichos efectos incrementan con la aplicación previa de calor.	Ya sea en el transcurso de la terapia o al final si el dolor no cede, aplico técnicas de relajación y masoterapia en miembros afectados.

EVALUACIÓN:

Con la implementación de estos cuidados de enfermería se logra al máximo la disminución del dolor al momento que se le brinda terapia física al señor A.G, además mantiene control sobre cifras de tensión arterial teniendo entre 130/70, puesto que se ha estado vigilando y al momento de el esfuerzo físico y la presencia de dolor se relacionó con aumento de tensión arterial, hasta el momento hay notoria mejoría, tolera mejor los movimientos activos y pasivos que se le realizan, refiere menos dolor, mejor movilidad y tolerancia a las diferentes actividades que realiza en la terapia y durante el día.

3.6.2 EVALUACIÓN GENERAL

El señor AG en general se encuentra con mejor estado de salud en comparación con los meses anteriores, ahora ya cuenta con mejor aceptación, adaptación a su padecimiento. En cuanto a las actividades ya tolera mejor cada una de ellas por ejemplo el ir al trabajo durante el día y por la tarde continuar terapias en casa.

En la alimentación es capaz de ingerir alimentos de variada consistencia, llevando una dieta hasta el momento y manteniendo un estricto control de peso, líquidos en mayor cantidad mejorando la función gastrointestinal y disminuyendo día con día el riesgo que tiene presente al momento de la eliminación así como ya no presenta problemas de origen respiratorio que le pueda impedir llevar a cabo una buena alimentación.

En el estado en que se encuentra, ya no se deprime, tiene mejor comunicación con su familia, así mismo continua recibiendo apoyo para algunas actividades que todavía se le dificultan realizar por sí solo. Además se considera mas independiente puesto que realiza variadas actividades que por sí solo no podía realizar al inicio del padecimiento, siente satisfacción y deseos de seguir rehabilitándose hasta lograr independencia total.

Tiene más apego a las terapias que se encuentra llevando actualmente, ya es capaz de llevar a cabo una deambulacion no asistida y recorrer hasta 100 metros planos sin necesidad de apoyo familiar, únicamente apoyándose de un bastón de cuatro puntos, en comparación de antes que muy difícilmente podía mantener el equilibrio por si mismo además que al momento de iniciar la deambulacion presentaba tensiones arteriales altas cosa que con el tiempo y el apego a la terapia fue mejorando hasta mantener una tension arterial controlada aún con esfuerzo físico.

En cuanto al habla ya puede comunicarse utilizando palabras comprensibles, logrando entablar ya una conversacion, es mejor entendible, ya no presenta alteraciones al momento de la pronunciaci3n de las palabras, siendo la más comúntos y sensaci3n de ahogamiento al momento de hablar, continúa llevando terapia de lenguaje y terapias de foniatría en casa.

En cuanto a los miembros izquierdos afectados tolera mejor la movilización, de una hemiplejía pasó a ser una hemiparesia, se continúa brindando terapia física, cuenta con mayor arco de movilidad articular y de miembro completo, disminuye el grado de espasticidad en la que se encontraba anteriormente, teniendo mayor coordinación y apoyo para llevar a cabo actividades de acuerdo a su capacidad física.

3.6.2.1 APLICACIÓN DEL MODELO

El modelo de adaptación aplicado al señor A.G para poder llevar a cabo las diferentes actividades ya vistas en dicho trabajo, fue muy importante y aplicable, debido a las secuelas con las que cuenta el paciente y la etapa en que se encuentra, el modelo de Sor Callista Roy fue aplicado no en la etapa aguda del padecimiento si no en la etapa donde se pueden ver las diferentes afecciones y secuelas que dejó la Enfermedad Vascul ar Cerebral en el paciente.

Este modelo me permitió llevar a cabo diferentes actividades para ayudar a mejorar y que el señor AG se adapte a un nuevo entorno, estilo de vida, a su propio padecimiento, viendo los diferentes modos adaptativos que muestra esta teoría.

Además de integrar conocimientos para que en un futuro este modelo sea ejecutado no solo en un padecimiento si no en la población en general puesto que las enfermedades día con día van apareciendo y dejando huella en la vida de cada persona, aquí es la importancia de que la persona que sufre de una enfermedad crónica, aprenda a adaptarse y a vivir con ella manteniendo una mejor calidad de vida.

3.6.2.2 APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

La aplicación correcta del Proceso Atención de Enfermería en cualquier modelo, es muy importante, es la base científica del cuidado de enfermería, permite llevar a cabo sus diferentes etapas satisfactoriamente, dando ventajas para el paciente, la enfermera, ya mencionadas anteriormente.

Me permitió llevar a cabo diferentes actividades, planeando de acuerdo al estado de salud en que se encuentra el paciente. Es recomendable utilizar el PAE no solo en la enfermedad si no también en la salud, manteniendo en todo momento una estructura a base de conocimiento sólido para poder llevar a cabo cualquier tipo de cuidado de enfermería.

El PAE aplicado mediante el modelo de Callista Roy es complejo, pero de gran utilidad para un padecimiento como el que se desarrolla en el presente trabajo además de hablar sobre la teoría de la adaptación, es aplicable puesto que el paciente se abordó ya con las secuelas que dejó la enfermedad, dando respuesta a los diferentes modos adaptativos y una readaptación al ciclo social, familiar, laboral y estado de salud en que se encuentra el paciente.

3.7 PLAN DE ALTA

3.7.1 ALIMENTACIÓN

- El paciente con Enfermedad Vascul ar Cerebral presenta dificultad o imposibilidad para masticar, tragar y alimentarse por sus propios medios; es por ello que su alimentación tiene características especiales.
- Ofrecer de 5 a 6 comidas al día (desayuno, almuerzo, comida, cena y colación nocturna).
- Si el paciente está en condiciones de masticar, prefiera preparaciones de consistencia blanda, fáciles de masticar y de deglutir (trag ar) como: puré, gelatina, carne molida, pollo deshebrado, sopas, arroz, jugos, yogurt y frutas.
- Si el paciente presenta dificultad para masticar prefiera preparaciones licuadas como sopas con carne licuada y licuados con leche.
- Evitar las temperaturas extremas (frío o caliente).
- Ofrecer las comidas en horarios regulares.
- Evitar condimentos en exceso (cominos, pimienta y caldos concentrados).
- Utilizar aceite vegetal en la preparación de los alimentos (maíz, soya, girasol o canola).
- Dé máximo 2 huevos por semana.
- La alimentación y la hidratación es muy importante para mantener una buena calidad de vida y evitar recaídas.
- Tomar 2 litros de agua diarios.
- La dieta tiene que ser equilibrada, con aporte calórico y proteico suficiente.

Sin embargo, es necesario advertir de que, tras sufrir, un ictus, el señor A.G puede presentar dificultades al comer o masticar por lo que es recomendable triturar los alimentos. En este caso es muy importante la hidratación (entre un litro y medio a dos de agua).

A continuación se muestra una tabla con los alimentos que puede llegar a comer en un determinado tiempo.

CONSUMO BAJO	CONSUMO MODERADO	CONSUMO ALTO
Grasas saturadas: carne de cerdo, cordero, vísceras, embutidos, tocinos, quesos grasos, mantequilla, nata, mayonesa.	Leche y yogurt bajo en grasa.	Cereales: Avena, cebada, maíz tostado y arroz inflado.
Bebidas azucaradas y excitantes (té, refresco, café y refresco de cola).	Carne magra.	Verdura: zanahoria, brócoli, coliflor, tomate.
Repostería, pan blanco, azúcar y derivados, aceites y salsas.	Legumbres, patatas, lentejas, alubias y garbanzos.	Frutas de temporada.
Sal y conservas con alto contenido en la misma. Frutos secos salados, marisco y pescado frito, mostaza y kétchup, sopas de sobre.	Quesos frescos y bajos en calorías.	Pescado fresco.
Alimentos muy condimentados, picantes y enlatados.	Huevo.	Arroz y pasta.

Consejos:

- La obesidad y malos hábitos alimenticios son factores de riesgo para un segundo EVC.
- Los alimentos en alto contenido en sodio y grasas son factores de riesgo para hipertensión arterial y un nuevo evento de EVC.
- Se recomienda la dieta hiposódica y baja en grasas.
- Mantener una alimentación balanceada y control de peso.
- No fumar y si lo hace suspenderlo.
- Ejercicio regular de acuerdo a capacidad vigilando en todo momento las cifras de tensión arterial.
- Mantenimiento de dieta y peso satisfactorios. Entre 70 y 80 kg.
- Evitar el exceso de alcohol.
- Presión arterial mantener valores inferiores a 130/80 aun con tratamiento antihipertensivo.
- Mantener vigilancia y control de perfil lipídico en caso necesario prescribir estatinas.

3.7.2 MEDICAMENTOS

- Vigilar en todo momento los 8 correctos en los medicamentos que se encuentra tomando.

Paciente correcto	Hora correcta	Vía correcta	Dosis correcta
Medicamento correcto	Fecha de caducidad	Rapidez	Plan de acción en caso de evento adverso

- En caso necesario dar inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (enalapril 10 mg. SL), bloqueadora de los receptores de angiotensina o en su defecto betabloqueadores (metoprolol SL) vigilando en todo momento las cifras tensionales no mayor a 140/90.
- Mantener estrecha vigilancia sobre la administración de los siguientes antihipertensivos prescritos por el cardiólogo; Telmisartan 40mg. cada 12 horas, Prazocin 1mg. cada 8 horas, Metoprolol 50 mg. cada 12 horas y Nifedipino 30 mg. cada 12 horas.

3.7.3 TERAPIA FÍSICA, OCUPACIONAL, LENGUAJE, FONIATRÍA

- Valorar y vigilar su integración al trabajo.
- Los pacientes con secuelas de EVC pueden cursar con mayor susceptibilidad a infecciones agudas.
- La rehabilitación integral del paciente permitirá su máxima recuperación posible.
- Continuar con los cuidados personales (aseo e higiene).
- Continuar programa de rehabilitación en casa.
- Adecuar el inmueble o la habitación donde estará el señor A.G.
- Integración al núcleo familiar para que lo comprendan y acepten.
- Continúa con ejercicios prescritos en conjunto con el Instituto Nacional de Rehabilitación. (Ver anexos).

4. CONCLUSIONES

El proceso atención de enfermería bajo el modelo teórico de Callista Roy tiene una visión holística que nos fomenta a que brindemos un cuidado integral y específico, logrando una adaptación al medio en que se encuentre la persona al igual que otros modelos de.

El cuidado de enfermería a los adultos, es una oportunidad para el profesional de enfermería pueda poner en práctica todos los conocimientos teórico prácticos, así como para adquirir nuevos, para reconocer la trascendencia que tiene el cuidado de la enfermera y los logros que son obtenidos para el bienestar del paciente al efectuar de manera correcta cada una de las intervenciones.

Se realizó con éxito el Proceso Atención de Enfermería en cada una de sus etapas, se mantiene tiempo suficiente para ejecutar cada planeación hacia la persona, además de mantener vigilancia estrecha sobre la evolución y respuesta al tratamiento del señor A.G.

Al proporcionar cuidado en el hogar me permitió brindar cuidados integrales, otorgando confort, y sobre todo compañía además que mediante intervenciones de enfermería se logró lo siguiente con el señor A.G:

- Fomentar el autocuidado de acuerdo a las capacidades con las que cuenta el señor AG.
- Mejorar la forma de alimentación de acuerdo con adaptación personalizada al medio y estado de salud en el que se encuentra.
- Mejorar el autoestima situacional.
- Lograr la deambulaci3n con el m3nimo apoyo.
- Mejorar funciones vitales, cardiovasculares y respiratorias mantiene cifras tensi3nales dentro de par3metros.

- Disminuir el uso de laxantes, mejorando alimentación rica en fibra y abundantes líquidos hasta quitar el laxante, dejándolo por razón necesaria.
- Movilidad de hemicuerpo izquierdo, continuando terapia física y coordinación motora en casa.
- Lograr tener sentimiento de autorrealización e independencia disminuyendo el riesgo de abandono de tratamiento, se logra mejorar estados de ánimo y apego a rehabilitación.

5. GLOSARIO

- **Abducción:** Alejamiento de una parte del cuerpo, respecto a la línea media.
- **Aducción:** Acercamiento de un miembro u órgano al plano medio.
- **Afasia:** Es la pérdida de capacidad de producir o comprender el lenguaje, debido a lesiones en áreas cerebrales especializadas en estas funciones.
- **Apraxia:** Es un trastorno neurológico caracterizado por la pérdida de la capacidad de llevar a cabo movimientos de propósito, aprendidos y familiares, a pesar de tener la capacidad física (tono muscular y coordinación) y el deseo de realizarlos.
- **Conciencia:** Distinción del exterior, lo que pertenece a nuestro ser, aumentar el saber con ayuda del pensamiento, esto depende del grado de madurez.
- **Creatinina:** Es una molécula de desecho que se genera a partir del metabolismo muscular. Proviene de la creatina, una molécula muy importante para la producción de energía muscular.
- **Disartria:** Habla difícil y mal articulada, por interferencia en el control de los músculos fonatorios, habitualmente debido a daño en un nervio motor central o periférico.
- **Discapacidad:** Pérdida, ausencia o reducción de la capacidad física o mental.
- **Disfagia:** Dificultad para deglutir, habitualmente relacionada con trastornos motores u obstructivos de esófago.
- **Disfásia:** Trastorno del habla menos intenso que la afasia, habitualmente por lesión del área de la palabra en la corteza cerebral.
- **Dispraxia:** Pérdida parcial de la capacidad para realizar movimientos elaborados y coordinados en ausencia de defectos de las funciones motoras y sensoriales.
- **Elastosis:** Estado degenerativo debido a cambios en las fibras elásticas del tejido conjuntivo en la piel.
- **Espasmo:** Contracción muscular involuntaria de comienzo brusco.
- **Espasticidad:** Tipo de hipertonía muscular que se caracteriza por el aumento de la resistencia que ofrece un músculo o grupo muscular a su estiramiento pasivo,

generalmente secundaria a una lesión de la vía corticoespinal, suele afectar a los flexores de los brazos y a los extensores de las piernas.

- Espástico: Pertenece o relativo a los espasmos u otras contracciones no controladas de los músculos esqueléticos.
- Eversión: Acción de girar una parte hacia afuera.
- Extensión: Movimiento por el cual dos regiones del cuerpo se apartan y disponen en línea recta.
- Flexión: Movimiento por el cual una sección se dobla sobre otra situada por encima de ella.
- Hipotonía: Significa disminución del tono muscular. El tono muscular y el movimiento involucran el cerebro, la medula espinal, los nervios y músculos. La hipotonía puede ser un signo de un problema en cualquier parte a lo largo de la ruta que controla el movimiento muscular.
- Inversión: Acción de girar una parte hacia adentro.
- Memoria: Facultad de recordar (fijar, conservar y evocar recuerdos).
- Miocitos: Célula del tejido muscular. Constituye el elemento contráctil básico del músculo liso y estriado, gracias a la abundancia, en su citoplasma de miofibrillas con capacidad contráctil.
- Movimiento circular o semicircular de un miembro: alrededor del eje del cuerpo.
- Pensamiento: Ideas, opiniones, aptitud de lenguaje.
- Práxia: Es un trastorno del cerebro y del sistema nervioso en el cual una persona es incapaz de llevar a cabo tareas o movimientos cuando se le solicita.
- Presbiacusia: Es la pérdida progresiva de la audición en gente mayor de edad se presenta a medida que las personas envejecen o que presentan afección neurológica.
- Pronación: Movimiento del antebrazo que tiene por resultado poner el dorso de la mano hacia adelante o arriba.
- Rotación: Movimiento de un cuerpo alrededor de su eje.
- Sensibilidad: Facultad de experimentar sentimientos y emociones.
- Supinación: Movimiento de rotación del antebrazo por el que la palma de la mano se hace superior o anterior.

6. REFERENCIAS

6.1 BIBLIOGRÁFICAS

1. Alfaro-L Rosalinda. Pensamiento crítico y juicio clínico en enfermería. 4ta. Ed. Barcelona, España. Elsevier Masson; 2009. P 7-59.
2. Barinagarrementeria A Fernando, Cantú B Carlos. Generalidades y clasificación de la Enfermedad Vasculat Cerebral. En: Morales S José Luis, editor. Enfermedad Cerebral Vasculat. México: Manual moderno; 2003. P.23-27.
3. Cutcliffe Jhon. Modelos de Enfermería. Aplicación a la práctica. Ed. Manual moderno. 2011. P. 116.
4. Gispert Carlos. Diccionario de Medicina Mosby. P e. Barcelona España: Océano.
5. Kozier B. Fundamentos de Enfermería conceptos proceso y práctica. Vol 1. Ed. Interamericana .1999.
6. Luckmann M Joan. Cuidados de enfermería Saunders. P e. México DF: Mc Graw-Hill Interamericana; 2000.
7. Nettina M Sandra. Enfermería práctica de Lippincott. 6° Ed. México DF: Mc Graw-Hill Interamericana; 1999.
8. Potter A. Patricia. Fundamentos de Enfermería. 2 vols. 5ª ed. Madrid España: Ed. Harcourt; 2002. P. 344-345.
9. Raffensperger B Ellen, Lloyd Z Mary, Claire M Lynn. Consultor de enfermería clínica. P e. Barcelona España: Marta Bueno; 1998.
10. Rodríguez S. Bertha Alicia. Proceso Enfermero. México DF.: Ed. Cuellar; s f. p.25-26.
11. Rosales B Susana, Reyes G Eva. Fundamentos de enfermería. 3° Ed. México: Manual moderno; 2004.
12. Tortora J Gerard, Derreckson Bryan. Principios de anatomía y fisiología. 11° Ed. México DF: Médica panamericana; 2006.
13. Wolff L LuVerne, Kuhn T Barbara. Fundamentos de enfermería. 4° Ed. México DF: Harla; 1992.

6.2 ELECTRÓNICAS

1. Arauz Antonio, Ruiz F Angélica: Enfermedad Vasculare Cerebral [Artículo de revisión en línea] 2012 [Consultado 24 de julio 2013]; vol. 55 [11 p.]. Disponible en: <http://goo.gl/in74Ry>
2. ATS de las Funciones Públicas Sanitarias de Galicia.Temarioj Ebook; 2012 [P. 176]. Disponible en: <http://goo.gl/9ub9O>
3. ATS de las Funciones Públicas Sanitarias de Galicia.Temarioj Ebook; 2012 [P. 176]. Disponible en: <http://goo.gl/9ub9O>
4. Avezum A, Cantú C, González J, True M, Lobban MT, Massaro A, Meschengieser S, Norrving B, Reyes CW. ¿Cómo reducir los accidentes cerebro vasculares en Latinoamerica? [Revista en línea] 2011 [consultado 24 de julio 1013]; 1[22]. Disponible en: <http://goo.gl/T1pTuK>
5. Cabrera RA, Martínez OO, Laguna HG, Juárez OR y col. Epidemiología de la enfermedad vascular cerebral en hospitales de la Ciudad de México. Estudio multicéntrico. Med Int Mex 2008; 24(2):98-103. [Accesado el 24 de julio de 2013]. Disponible en: <http://goo.gl/lJrPOv>
6. Cisneros G Fanny: Teorías y Modelos de Enfermería [Artículo de revisión en línea] 2005 [Consultado 8 de agosto 20013]; (15p.). Disponible en: <http://goo.gl/UKkcE>
7. Guillermo R Juan. Factores relacionados con la aplicación de Proceso Atención de Enfermería y las taxonomías en 12 unidades de cuidados intensivos de Medellín 2007 [Tesis]. Medellín: Universidad de Antioquia. Facultad de Enfermería; 2009. Disponible en: <http://goo.gl/OUV3Bq>
8. Juárez R. Paula A, García C Ma. Del Lourdes: La importancia del cuidado de enfermería. [Artículo en línea]. 2009 [Consultado 9 agosto 3013]; 2 (3 p.). Disponible en: <http://goo.gl/dkul8P>
9. Lara E Agustín, Gómez M Adriana, Tapia O Fernando, Acosta C Mario, Segura O M Inés, Guerra M Emilio, García A Aquilés: Programa de acción: Enfermedades Cardiovasculares e Hipertensión Arterial [Artículo de la secretaría de salud en línea] 2001 [Consultado 25 de julio 2013]; 1° Ed. [62 p.]. Disponible en: <http://goo.gl/R6Kv4k>
10. Prevención secundaria, diagnóstico, tratamiento y vigilancia de la enfermedad vascular cerebral isquémica México: Secretaría de salud, 2009. [Accesado 24 de julio 2013]. Disponible en: <http://goo.gl/1NGhyP>

11. Vigilancia del Paciente con Secuelas de Enfermedad Vascul ar Cerebral en el Primer Nivel de Atención, México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2008 (38p.). Disponible en: <http://goo.gl/aHGosb>

6.3 REVISTAS

1. Mink J, Miller J, Respuesta activa frente el Accidente Cerebro Vascul ar Hemorrágico. Revista Nursing. May 2011;29(5): 13-18.
2. Ibarra RA, Arrollo HT, Corrales Y, García GA. Exploración Neurológica. Revista de Enfermería Neurológica. Ene-Abr 2006;5(1) 24-28.
3. Baldwin S. Podemos ayudar al paciente a controlar la Hipertensión. Revista Nursing. Dic 2011;29(10): 28-31.
4. Alba LA, Salcedo ARA, Papaqui HJ, Cruz AG, Pipal ME. Prevalencia de Hipertensión arterial en diagnóstico de egreso del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. Rev. Mex. De Enfermería Cardiológica. May-Ago 2008;16(2): 49-54.
5. Nidia MVC, Ortíz BAT, Herman PAMC. Lesiones físicas en pacientes hospitalizados con secuelas neurológicas y déficit de autocuidado. Rev. De Enf. Del IMSS. Sep-Dic 2011; 19(3): 127-132.
6. Perspectivas: Revista trimestral de educación comparada (París. UNESCO: Oficina Internacional de Educación), vol. XXVIII, n° 1, marzo 1998, págs. 173-189.
7. Salcedo-Álvarez RA, González-Caamaño BC, Jiménez-Mendoza A, Nava Ríos V, Cortés-Olguín DA, Eugenio-Retana MB. Autocuidado para el control de HTA en adultos mayores ambulatorios: una aproximación a la taxonomía NANDA-NIC-NOC. Enfermería Universitaria. 2012; 9(3): P 25-43
8. Skeet M. Líderes de Salud. Florence Nightingale, una mujer con visión y empuje. Revista Internacional Foro Mundial de la Salud. Ginebra: OMS; 1988.

7. ANEXOS

7.1 EVENTO VASCULAR CEREBRAL (INCIDENCIA EN MÉXICO)

La definición más ampliamente aceptada de evento vascular cerebral (EVC) es la de la Organización Mundial de la Salud. “Síndrome característico por el rápido desarrollo de síntomas y/o signos correspondientes usualmente a afección neurológica focal, y a veces global (aplicable a pacientes con pérdida de conciencia o cefalea aguda), que persisten más de 24 horas o conducen a la muerte, sin otra causa aparente de un origen vascular”. Es importante señalar que la EVC no es un trastorno circulatorio homogéneo, si no consiste en subtipos muy divergentes que solo tienen en común el daño vascular el cerebro.

A nivel mundial, la EVC es la segunda causa de muerte y la principal causa de invalidez. La gravedad del problema de salud que presenta la EVC queda de manifiesto al revisar la evolución natural de los eventos cerebrales vasculares: la recurrencia de EVC es de 5 al 15% durante el primer año y hasta de 40% a los cinco años; la mortalidad durante el evento agudo es de 25 a 30%, durante el primer año de 15 a 25% y hasta de 60% a los cinco años, disminuyendo en forma notable la esperanza de vida; entre 25 y 40% de los supervivientes permanecen con secuelas que llevan a la dependencia parcial o total; se estima que hasta 30% desarrollan demencia en los meses siguientes.¹⁵

A lo largo del siglo XX se ha observado una reducción progresiva en la mortalidad causada por la enfermedad vascular cerebral (EVC) a nivel mundial. Esta reducción se ha acelerado sustancialmente en los últimos tres decenios, sobre todo en países desarrollados.

La edad es el factor de riesgo más importante para la EVC, con incrementos importantes a mayor edad. Se estima que siete de cada ocho muertes por EVC se presentan en individuos mayores de 65 años.

¹⁵ Barinagarmenteria A Fernando, Cantú B Carlos. Generalidades y clasificación de la Enfermedad Vascular Cerebral. En: Morales S José Luis, editor. Enfermedad Cerebral Vascular. México: Manual moderno; 2003. P.1.

La importancia de esto, toma perspectiva al considerar que la población mayor de 65 años se incrementara en 50% entre a1995 y 2025.

La incidencia de la EVC isquémica en varones es mayor hasta por un tercio que en mujeres por otro lado las mujeres son afectadas con más frecuencia por hemorragia subaracnoidea, mas no existe diferencia significativa entre los sexos en la hemorragia intracerebral parenquimatosa. La enfermedad isquémica y la hemorrágica parenquimatosa parecen afectar de modo significativo mas en individuos negros que en individuos blancos, con tasas dos veces mayores tanto en EUA como en Inglaterra.

Mortalidad por Enfermedad Vascular Cerebral en Hispanoamérica (por 100 000 habitantes)				
País	35-74 años	Cambio porcentual anual	75-84 años	Cambio porcentual anual
Varones				
Argentina	132	-0.65	1112	-0.13
Chile	115	-1.98	1117	-1.36
Uruguay	111	-0.80	1269	-2.84
Cuba	96	-1.41	878	-2.51
Venezuela	85	+1.08	855	+1.66
México	59	-0.70	677	+0.23
España	63	-5.19	1059	-4.81
Mujeres				
Argentina	78	-1.12	944	-0.82
Chile	75	-3.89	957	-2.86
Uruguay	82	-3.00	1292	-4.69
Cuba	83	-1.25	923	-4.29
Venezuela	72	-2.28	995	+0.53
México	50	-1.16	614	-0.63
España	37	-6.66	925	-5.16

La tabla muestra un decremento en ciertas poblaciones, pero un aumento o estabilización en otras.

La asociación tanto con género como etnicidad sugiere un importante componente genético, esto se deba a una combinación de factores hereditarios, exposición a factores ambientales, culturales y dietéticos que resultan un incremento de hipertensión arterial y del proceso aterogénico.

7.1.1 IMPACTO DE ATENCIÓN

El costo de la EVC en términos económicos y humanos es enorme. En EUA, el costo vitalicio de EVC por persona es de 103 000 dólares (EUA) anuales. En 1995, el costo hospitalario fue de 11 000 dólares por paciente en EUA y de 6 600 a 7 700 dólares en México. A nivel mundial se pierden unos 40 a 50 000 000 de personas-años de vida productiva por la EVC y 7% de esta cifra se concentra en Latinoamérica. Además de esto, el costo en sufrimiento humano es incalculable: 15 a 30% sufren depresión y otro 30% tienen demencia.

A pesar de los avances recientes en el tratamiento agudo, es solo mediante prevención efectiva como se reducirá el impacto de la EVC a nivel mundial.¹⁶

En México, durante el decenio de 1970 la enfermedad vascular cerebral se reportó como la séptima causa de muerte, con tasa de 24.7 defunciones por cada 100 000 habitantes. En el transcurso de los años 1990 a 2000 la enfermedad vascular cerebral estuvo entre las primeras ocho causas de muerte en el país y entre las primeras cinco causas de muerte en la Ciudad de México, superada por padecimientos cardiacos, tumores, diabetes mellitus, accidentes y enfermedades hepáticas. En ese mismo periodo fue la cuarta causa de muerte en personas mayores de 65 años y la séptima en individuos de 15 a 65 años de edad. En el año 2003 fue la sexta causa de muerte en hombres y la cuarta en mujeres (26,892 defunciones totales).

¹⁶ Barinagarrementeria A Fernando, Cantú B Carlos. Generalidades y clasificación de la Enfermedad Vascular Cerebral. En: Morales S José Luis, editor. Enfermedad Cerebral Vascular. México: Manual moderno; 2003. P.23-27.

A pesar de los días de estancia intrahospitalaria que en promedio son de 9.87 días de acuerdo a un estudio realizado, en algunos países se prolonga más de dos meses debido a complicaciones nosocomiales, lo que incrementa el costo económico de la atención.

Si bien en México se carece de estudios recientes del costo económico de esta enfermedad, se reporta que en Estados Unidos, durante el año 2004, la atención directa o indirecta de pacientes con enfermedad vascular cerebral implicó un gasto de 5,360 millones de dólares.¹⁷

7.1.2 FACTORES DE RIESGO

La hipertensión arterial participa, de manera relevante, en la fisiopatogenia de la Enfermedad Vascular Cerebral por que aumenta la posibilidad de embolismo arterial, acelera la cardiopatía por insuficiencia, agrava la aterosclerosis en arterias cerebrales y produce lipohialinosis en arterias penetrantes, lo que favorece la oclusión arterial y la hemorragia por rotura.

La diabetes mellitus es otro factor que incrementa el riesgo de enfermedades cardio-cerebro-vasculares. Hace más de dos décadas se identificó que la enfermedad cerebro vascular es de 2.5 a 4 veces más frecuente en diabéticos que en personas sin trastornos en el metabolismo de la glucosa. Siendo el segundo factor de riesgo más importante ya que los diabéticos tienen mayor susceptibilidad a la aterosclerosis, además de mayor coexistencia con factores aterogénicos. Algunos autores consideran también a la fibrilación auricular la principal causa de enfermedad vascular cerebral cardioembólica.

¹⁷ Cabrera RA, Martínez OO, Laguna HG, Juárez OR y col. Epidemiología de la enfermedad vascular cerebral en hospitales de la Ciudad de México. Estudio multicéntrico. Med Int Mex 2008; 24(2):98-103. (accesado el 24 de julio de 2013). Disponible en: <http://goo.gl/JrPOv>

El tabaquismo es un importante factor de riesgo modificable donde también el envejecimiento en nuestra población, aunado a la combinación con otros factores de riesgo cardiovascular, favorece el incremento continuo de la prevalencia de enfermedad vascular cerebral. Éste proceso es causa importante de muerte que merece reforzar los mecanismos necesarios para su prevención y tratamiento oportunos.¹⁸

Los cinco factores de riesgo modificables del accidente cerebro vascular más importantes son la hipertensión arterial, el hábito de fumar, la falta de ejercicio físico, la diabetes mellitus y la fibrilación auricular.¹⁹

En México, este grupo de enfermedades constituye un problema de salud pública, y al igual que ocurre en otros países del mundo, es el resultado de esta escala epidemiológica; las enfermedades del corazón constituyen la primera causa de muerte y anualmente ocurren cerca de 70 000 defunciones por este motivo y 26 000 por enfermedades cerebrovasculares. Se presentan 44 070 muertes por enfermedad isquémica del corazón siendo 24 102 hombres y 19 965 mujeres.

La hipertensión arterial incrementa el trabajo a que es sometido el corazón, aumenta el riesgo de accidente vascular cerebral, ataque cardíaco, enfermedad renal, etc. Cuando la hipertensión se acompaña de obesidad, tabaquismo, dislipidemias o diabetes, el riesgo aumenta notoriamente.

La hipertensión arterial puede ser tratada de forma efectiva, disminuyendo de esta forma la ocurrencia de las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares. En el estudio de Framingham, 70% de los pacientes con infartos cerebrales fueron a causa de hipertensión arterial.

¹⁸ Cabrera RA, Martínez OO, Laguna HG, Juárez OR y col. Epidemiología de la enfermedad vascular cerebral en hospitales de la Ciudad de México. Estudio multicéntrico. Med Int Mex 2008; 24(2):98-103. [Accesado el 24 de julio de 2013]. Disponible en: <http://goo.gl/JrPOv>

¹⁹ Avezum A, Cantú C, González J, True M, Lobban MT, Massaro A, Meschengieser S, Norrving B, Reyes CW. ¿Cómo reducir los accidentes cerebro vasculares en Latinoamérica? [Revista en línea] 2011 [consultado 24 de julio 1013]; 1[22]. Disponible en: <http://goo.gl/T1pTuK>

En el Estudio de Intervención de Múltiples Factores de Riesgo (Multiple Risk Factor Intervention Trial) se observó también que la hipertensión arterial fue el principal factor de riesgo para la enfermedad cerebrovascular tanto hemorrágica como isquémica. Estos hechos epidemiológicos demuestran que entre el 50 y 75% de los accidentes cerebrovasculares, no ocurrirían, con tan sólo aplicar programas para un correcto control de la hipertensión arterial.²⁰

²⁰ Lara E Agustín, Gómez M Adriana, Tapia O Fernando, Acosta C Mario, Segura O M Inés, Guerra M Emilio, García A Aquilés: Programa de acción: Enfermedades Cardiovasculares e Hipertensión Arterial [Artículo de la secretaria de salud en línea] 2001 [Consultado 25 de julio 2013]; 1° Ed. [62 p.]. Disponible en: <http://goo.gl/R6Kv4k>

7.1.3 SIGNOS Y SÍNTOMAS

La isquemia cerebral transitoria es la presencia de síntomas neurológicos, como afasia, déficit motor o sensitivo, disartria, vértigo, alteraciones visuales como amaurosis, durante al menos 60 minutos.

La enfermedad vascular cerebral tipo isquémico se define como la presencia de síntomas neurológicos, como déficit motor o sensitivo, disartria, afasia, vértigo, alteraciones visuales como amaurosis, con más de 24 horas de duración, corroborado con estudio de imagen mediante tomografía computarizada de cráneo o resonancia magnética.

La enfermedad vascular cerebral de tipo hemorrágico se define como la presencia de síntomas neurológicos que se presentan de forma abrupta como cefalea, náusea, vómito, deterioro de la vigilia, afasia o hemiparesia y que se corroboran con estudio de imagen.

Los principales signos y síntomas de un Evento Vascular Cerebral hemorrágico son los siguientes:²¹

- Afección motora y sensitiva contra lateral al hemisferio dañado
- Disfasia o afasia
- Alteraciones visuales transitorias
- Diplopía
- Vértigo
- Ataxia
- Hemianopsia
- Cuadrantanopsia
- Pérdida súbita del estado de alerta
- Cefalea súbita e intensa, náusea, vómito
- Persistencia de presión arterial elevada
- Respiración lenta e irregular

²¹ Prevención secundaria, diagnóstico, tratamiento y vigilancia de la enfermedad vascular cerebral isquémica México: Secretaría de salud, 2009. [accesado 24 de julio 2013]. Disponible en: <http://goo.gl/1NGhyP>

7.1.4 MÉTODOS DIAGNÓSTICOS

Se han desarrollado varias escalas para cuantificar la gravedad del paciente. La escala de los Institutos Nacionales de la Salud (NIHSS) es la más utilizada. Se basa en 11 parámetros que reciben un puntaje de entre 0 a 4. Su resultado oscila de 0 a 39 y según la puntuación se cataloga la gravedad en varios grupos: ≤ 4 puntos: déficit leve; 6-15 puntos: déficit moderado; 15-20 puntos: déficit importante; y > 20 puntos: grave.

En el paciente con sospecha de Infarto Cerebral o hemorragia los estudios de imagen son indispensables; la tomografía axial (TC) simple es el estudio de elección ya que es accesible y rápida. Tanto la Tomografía Computarizada, como la imagen de resonancia magnética nuclear tienen una alta sensibilidad, aunque la resonancia puede detectar infartos cerebrales y hemorragias aún en fases hiperagudas y los localizados en la circulación posterior.

La angiografía cerebral, la TAC y la RMN permiten la visualización de la circulación intra y extracraneal y en algunos casos de la arteria ocluida, lo que puede tener utilidad terapéutica, y en el diagnóstico de vasculopatía no aterosclerosa.

En la valoración del paciente en la fase aguda son necesarios también los siguientes estudios: glucosa sérica (la hipo e hiperglucemia son simuladores del deterioro neurológico), biometría hemática, tiempos de coagulación y electrocardiograma.²²

²² Arauz Antonio, Ruiz F Angélica: Enfermedad Vascular Cerebral [Artículo de revisión en línea] 2012 [Consultado 24 de julio 2013]; vol. 55 [11 p.]. Disponible en: <http://goo.gl/in74Ry>

7.1.5 ESTRATEGIA DE INTERVENCIONES

Se justifican por su alta prevalencia y cronicidad asociada a la gran demanda de atención médica y afectación de la productividad y calidad de vida del paciente y su familia. Actualmente existe heterogenicidad y poca sistematización en el manejo preventivo de factores de riesgo para un EVC, detección temprana de complicaciones y limitación de secuelas y discapacidad. La finalidad de contribuir a la disminución de los diferentes factores es mediante acuerdos que junto con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa sectorial de salud 2007-2012 que orientarán la toma de decisiones clínicas basadas en las recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia científica disponible.

Lo que favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades.

La rehabilitación efectiva se basa en un abordaje integral y coordinado de un equipo multidisciplinario, sin embargo, cuando el paciente es dado de alta del programa de rehabilitación hospitalario y de segundo nivel, el papel del familiar es clave del manejo y vigilancia de las secuelas del EVC, tales como depresión y problemas motores. Así mismo deberá atender los factores de riesgo para presentar un nuevo evento, comorbilidades y brindar consejo, desde relaciones interpersonales y sexuales, habilidad para volver al trabajo, manejar auto y realizar actividades recreativas.

Uno de los objetivos primordiales es prevenir complicaciones, minimizar la discapacidad y maximizar la función.²³

²³ Vigilancia del Paciente con Secuelas de Enfermedad Vascular Cerebral en el Primer Nivel de Atención, México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2008 (38p.). Disponible en: <http://goo.gl/aHGosb>

7.2 EJERCICIOS Y ETAPAS DE LA REEDUCACIÓN VOCAL

Las sesiones se desarrollan de forma individual, de 30 minutos de duración y dos días a la semana, sobre todo al inicio del tratamiento, posteriormente se pueden espaciar acudiendo los pacientes una vez a la semana.

El tratamiento tendrá en cuenta tres etapas:

1. Un entrenamiento en la práctica personal de la relajación, realizando una toma de conciencia del propio cuerpo.
2. La técnica de la verticalidad y de la respiración costo – diafragmática.
3. Los ejercicios vocales.

RELAJACIÓN

- Relajación de la zona del cuello, los hombros y las cervicales mediante masajes y movilizaciones que la terapeuta realiza.

Ejercicios de mandíbula:

- Mandíbula a un lado y al otro con la boca abierta y cerrada.
- Mandíbula adelante y atrás con la boca abierta y cerrada.
- Abrir la boca lentamente y cerrarla rápido.
- Abrir la boca rápido y cerrarla lento.
- Abrir y cerrar la boca lento y rápido.
- Masaje en la zona de la mandíbula.

Ejercicios de lengua:

- Sacar y meter la lengua manteniendo la boca abierta.
- Lengua arriba y abajo dentro de la boca.
- Lengua arriba y abajo fuera de la boca.
- Lengua a un lado al otro dentro de la boca.
- Lengua a un lado y al otro fuera de la boca.
- Rodear los labios con la punta de la lengua.
- Tocar las muelas y los dientes con la punta de la lengua.
- Vibratorio de labios y lengua.

- Barrer el paladar con la lengua.
- Lengua ancha y estrecha fuera de la boca.
- Cucurucho.

Ejercicios de bostezo:

- Sacar la lengua relajada y meterla dentro de la boca a medida que se toma aire, hasta que la lengua quede detrás de los dientes de abajo, relajada y el velo del paladar suba bien alto como en un bostezo.

Relajación de la mandíbula:

- Dejar la mandíbula relajada y la lengua fuera de la boca también relajada, y leer una poesía notando cómo se libera la tensión de la zona de la mandíbula.

Ejercicios de cabeza y cuello realizados con fuerza si es una parálisis laríngea y suavemente en pacientes con nódulos para relajar la zona:

- Barbilla al hombro en 1 - 2 – 3 tiempos.
- Barbilla al pecho y hacia el techo.
- Oreja al hombro.
- En diagonal barbilla abajo y arriba.
- Semirrotación del cuello hasta la línea media y rotación completa.
- Rotación anteroposterior y posteroanterior (sólo en parálisis laríngeas, mucha tensión).
- Ejercicios de hombros: Primero un hombro, luego el otro y por último los dos.
- Hombros arriba y abajo.
- Hombros rotados hacia delante.
- Hombros rotados hacia atrás.
- Rotación completa hacia delante.
- Rotación completa hacia atrás.

RESPIRACIÓN

Respiración costo – diafragmática:

- Inspirar – espirar con el sonido /s/ en uno, dos y tres tiempos.
- Inspirar – espirar con el sonido / c / entrecortado.
- Inspirar – espirar pasando de los fonemas /s, f, @ / sordo a sonoro.
- Coordinación fono – respiratoria.
- Inspirar mientras giramos el cuello lo más relajado posible hacia la izquierda, espirar mientras giramos el cuello hacia la derecha emitiendo una /s/ continua.
- Inspirar mientras llevamos la barbilla hacia el techo con la boca abierta, espirar mientras volvemos a la posición inicial emitiendo una /s/ continua.
- Hacemos estos mismos ejercicios emitiendo una /u/ en falsete.
- Inspirar – espirar emitiendo una /m/ moviendo la mandíbula como si masticásemos.
- Inspirar – espirar colocando los órganos de la articulación con los moldes vocálicos áfonos.
- Inspirar – espirar contando números de 4 en 4 y de 5 en 5.

ATAQUE GLÓTICO

Ejercicios para evitar el ataque vocal:

- Inspirar – espirar emitiendo suavemente las sílabas maaa, meee, miii, mooo, muuu, cada una de ellas en una espiración diferente.
- Inspirar – espirar emitiendo combinaciones de vocales precedidas del fonema /f/, por ejemplo: fau, fei, fua...
- Inspirar – espirar emitiendo palabras que empiezan por vocal: aba, eba, iba, oba, uba... amaba, emaba... combinando las vocales con los sonidos facilitadores como /m, n, l/. Repetir palabras que empiezan por vocal controlando el inicio de la emisión: ahora, amigo, ojo, uña...
- En frases leer las vocales.

Ahora me voy a la clase.

Aurora se va a la playa.

María se reía el otro día.

Hoy hace mucho calor.

Voy a salir de viaje.

Llevo dos días sin dormir.

El geranio ha brotado flores.

- En un texto dado leer solamente las vocales siguiendo la entonación del texto y enlazando las vocales para evitar el golpe, nos ayuda a corregir el ataque y a mejorar la cualidad acústica de la voz que nos dan las vocales.

7.3 EJERCICIOS DE MOTRICIDAD OROFACIAL

Ejercicios tonificantes

Realizar pellizqueo o golpeteo firme, no llegar a la vibración- siguiendo un movimiento ascendente y del centro hacia afuera en cara, mejillas y cuello.

Dar pequeños golpecitos firmes, no llegar a la vibración- con diferentes temperaturas siguiendo un movimiento ascendente y del centro hacia afuera de la cara, mejillas, labios, lengua y cuello (usar un cubo de hielo envuelto en un pañuelo o bien sacos de semillas).

Morder con los dientes un abatelenguas colocado a cada lado de la boca.

Musculatura de la frente

- Elevar las cejas, sostener y relajar.
- Elevar las cejas y arrugar la nariz.
- Juntar las cejas en el centro.

Musculatura de los labios

- Llevar los labios adelante-atrás (beso sonrisa).
- Llevar los labios hacia adelante y afuera, y atrás y adentro.
- Llevar los labios adelante como si dijera una /o/ y atrás como si dijera una /a/.
- Hacer muecas a la derecha y a la izquierda.
- Succionar los labios.
- Soplar bolitas hechas de papel de diferentes tamaños.

Musculatura de lengua

- Meter y sacar la lengua.
- Sacar la lengua y llevarla hacia arriba, abajo, derecha e izquierda.

7.4 EJERCICIOS DE DEGLUCIÓN

Realizar cada ejercicio 8 veces, cada uno de tres a cinco veces al día.

1. Girar la cabeza ligeramente hacia la derecha, inclinarla levemente hacia adelante y tragar saliva haciendo mucha fuerza en el cuello, repetirlo girando también hacia la izquierda y al centro.
2. Girar la cabeza ligeramente hacia la derecha, inclinarla ligeramente hacia adelante, colocar la punta de la lengua entre los dientes y tragar saliva haciendo fuerza en el cuello, hacerlo también hacia la izquierda y al centro.
3. Juntar un poco de saliva o colocar un poco de alimento suave en la boca, flexionar la cabeza hacia adelante, tomar aire por la nariz, aguantarlo, tragar el alimento haciendo fuerza en el cuello y finalmente sacar el aire a través de la boca.

Nota: los ejercicios también pueden realizarse con ingesta de yogurt frío o agua de fruta espesos, tomándolos con bocados de media cucharada cafetera o menor.

7.5 NASOENDOSCOPIA

Se realiza introduciendo un pequeño fibroscopio o videoendoscopio transnasal, que permite la visualización directa de toda la mucosa oral, nasofaringe, faringe y laringe. Este examen es el método óptimo para identificar lesiones estructurales intracavitarias así como identificación y biopsia de lesiones mucosas. El endoscopio se posiciona a nivel del paladar blando para ver la base de la lengua, la epiglotis y la cara faríngea superior. Posteriormente se coloca bajo la epiglotis para visualizar el vestíbulo laríngeo.

Recientemente el nasoendoscopio se ha modificado para comprobar la integridad de los reflejos faríngeos mediante la expulsión de aire que provoca la aducción de la glotis.

Es el mejor método para identificación de lesiones estructurales intracavitarias, así como para la identificación y biopsia de las anomalías de la mucosa. Permite, además identificar las dos categorías de la disfunción deglutoria orofaríngea.

7.6 EJERCICIOS DE ESFUERZO RESPIRATORIO

- Realizar ejercicios tres veces al día (2 veces cada ejercicio).
- Meter aire por la nariz suavemente, sintiendo como se lleva hacia el abdomen en 3 tiempos, realizar una pausa y sacarlo suavemente por boca en tres tiempos.
- Meter aire por la nariz suavemente, sintiendo como se lleva hacia el abdomen en dos tiempos, realizar una pausa y sacarlo suavemente por la boca en dos tiempos.
- Meter aire por la nariz suavemente, sintiendo como se lleva hacia el abdomen en un tiempo, realizar una pausa y sacarlo suavemente por la boca en un tiempo.

Ejercicios de respiración

ETAPA	INSPIRACIÓN	RETENCIÓN	ESPIRACIÓN	FRECUENCIA POR DÍA
I	3	2	3	2-3 min cada 8 horas
II	4	3	4	2-3 min cada 6 horas
III	5	3	5	5 min cada 8 horas
IV	6	3	6	5 min cada 6 horas
V	7	3	7	5 min cada 4 horas
VI	8	3	8	5 min cada 2 horas
VII	9	3	9	5 min cada hora
VIII	10	3	10	Automonitoreo
IX	11	3	11	Automonitoreo

* Primera etapa equivale a cinco días.

7.7 EJERCICIOS DE TONIFICACIÓN CORDAL

Repetir cada serie de sílabas 2 veces cada una permanentemente.

- JI, JI, JI, JI, JIIIIIIII JU, JU, JU, JU, JUUUUUUUU
- SI, SI, SI, SI, SIIIIIIII SU, SU, SU, SU, SUUUUUUUU
- FI, FI, FI, FI, FIIIIIIII FU, FU, FU, FU, FUUUUUUUU

Repetir las siguientes sílabas llevando la entonación hacia el agudo 2 veces cada línea.

- DRAAAC? DREEEEEEC? DRIIIIIIIIIIIIC? DROOOOOOC? DRUUUUUC?
- TRAAAC? TREEEEEEEC? TRIIIIIIIIIIIIC? TROOOOOOC? TRUUUUUC?
- GRAAAC? GREEEEEEC? GRIIIIIIIIIIIIC? GROOOOOOC? GRUUUUUC?
- CRAAAC? CREEEEEEEC? CRIIIIIIIIIIIIC? CROOOOOOC? CRUUUUUC?
- PLAAAAC? PLEEEEEEC? PLIIIIIIIIIIIIIC? PLOOOOOOC? PLUUUUUC?

7.8 EJERCICIOS DE TONIFICACIÓN GLÓTICA

A. Manos entrelazadas a la altura de los hombros, codos levantados en posición horizontal, dedos entrelazados, meter y sacar aire estirando fuertemente los dedos de las manos entre si y diciendo con fuerza:

- “QUIC, QUIC, QUIC QUIC”
- “QUIC, QUIC, QUIC, QUIC, QUIC, QUIC, QUIC”
- “QUIC, QUIC”.

Al inicio de los ejercicios tratar de decir de 3 a 4 sílabas con cada salida de aire, pero se irán alargando las secuencias hasta decir 10 a 15 sílabas por salida de aire.

B. Manos con los puños cerrados a nivel del pecho, meter y sacar aire, llevar bruscamente los brazos hacia atrás como si quisiera tocarse los codos entre si por detrás de la espalda y al mismo tiempo ir diciendo:

- “PIKITI” “POKATA” “GUPETE” “PAKATA”

Realizar el ejercicio 10 veces durante tres veces al día.

Sesión foniátrica

Se repetirá una silaba en cada espiración por 2 veces.

Dos silabas en cada espiración 2 veces.

Tres silabas en cada espiración 2 veces y así sucesivamente.

Repetir las siguientes silabas, alargando la vocal, llevando la entonación hacia el agudo.

JAAAAAC?	JIIIIIIIIIC?	JOOOOOOOC?	JUUUUUUUUC?
GAAAAAC?	GUIIIIIIIIC?	GOOOOOOOC?	GUUUUUUUUC?
GRAAAAAC?	GRIIIIIIIIC?	GROOOOOOC?	GRUUUUUUUC?
CRAMMM?	CRIIIIIIIM?	CROOOOOM?	CRUUUUUUM?
CLAAAAAC?	CLIIIIIIIIIC?	CLOOOOOOC?	CLUUUUUUUC?
GLAAAAAC?	GLIIIIIIIIIC?	GLOOOOOOC?	GLUUUUUUUC?
DRAAAAAC?	DRIIIIIIIIIC?	DROOOOOOC?	DRUUUUUUUC?
PRAAAAAM?	PRIIIIIIIIIM?	PROOOOOM?	PRUUUUUUM?
PLAAAAAM?	PLIIIIIIIIIM?	PLOOOOOM?	PLUUUUUUM?