



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**ESTUDIO DE CASO A UNA ADULTA MAYOR CON
DEPENDENCIA SECUNDARIA A EVENTO VASCULAR CEREBRAL**

ESTUDIO DE CASO

Que para obtener el grado de

ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA DE ATENCIÓN EN EL HOGAR

P R E S E N T A

L.E. ALMA LUCERO DÍAZ AVILA

TUTOR

MTRA. CATALINA INTRIAGO RUIZ



Ciudad de México, 2018



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.

AGRADECIMIENTOS

A **MIS PADRES** por su gran apoyo y cariño que me han brindado durante toda mi vida y a lo largo de este año tan importante.

A **LUGO** por su infinito amor, paciencia y apoyo incondicional. Por extender su mano cuando más lo he necesitado.

A **MIS HERMANOS** por su cariño y comprensión, especialmente a Sarita por acompañarme y estar conmigo en cada momento ofreciendo siempre una sonrisa alentadora.

A la maestra **CATALINA INTRIAGO** por permitirme ser parte de sus alumnas y estar siempre al pendiente de cada una de nosotras y, que gracias a su orientación y apoyo ha sido posible este trabajo.

A la maestra **MARÍA ELENA** por impulsarme y motivarme a iniciar un gran reto en mi vida profesional, la especialidad de Enfermería.

A la **ENEO-UNAM**, mi alma mater, quien ha permitido formarme como una gran profesional de Enfermería.

AL HGM por abrir sus puertas y ser sede de la especialidad en Enfermería de Atención en el Hogar.

A **CONACYT** que, gracias a su apoyo económico pude desarrollar el presente trabajo y finalizar exitosamente mis estudios de posgrado.

Índice

I. Introducción	4
II. Objetivos	6
2.1 Objetivo General.....	6
2.2 Objetivos específicos.....	6
III. Fundamentación	7
3.1 Antecedentes.....	7
IV. Marco conceptual	9
4.1 Conceptualización de la Enfermería.....	9
4.2 Modelo conceptual de Virginia Henderson	11
4.3 Proceso de Enfermería.....	14
V. Metodología	16
5.1 Marco teórico.....	18
5.2 Consideraciones éticas	24
VI. Aplicación del proceso de enfermería	25
6.1 Valoración.....	25
6.1.1 Valoración inicial de enfermería cefalocaudal y por necesidades	27
6.1.2 Análisis de estudios de laboratorio y gabinete.....	43
6.2 Diagnósticos de Enfermería	45
6.2.1 Proceso de diagnóstico (formato PESS)	45
6.3 Plan de cuidados de Enfermería	48
6.4 Ejecución	75
6.4.1 Registro de las intervenciones	75
VII. Plan de alta	80
7.1 Cuidados específicos	80
7.2 Cuidado seguro de medicamentos	91
7.3 Cuidados en la dieta.....	92
7.4 Rehabilitación.....	94
7.5 Signos y síntomas de alarma	95
VIII. Conclusión	96
IX. Sugerencias	96
X. Bibliografía	97
XI. Anexos	101

I. Introducción

En anteriores años la profesión de enfermería sólo se dedicaba al cuidado que los médicos indicaban, sin tener intervenciones propias que ayudasen a las personas enfermas para su pronta sanación, sin embargo; en la actualidad la enfermería es un cuerpo lleno de conocimientos que evolucionan día con día de manera independiente, tiene la capacidad de poder interpretar los fenómenos que se le presenten ante el cuidado y la salud de los seres humanos, enfocando de manera humanista todas las respuestas de estos y de sus respectivos problemas, reales o potenciales, que ponen en riesgo a la salud.

El evento vascular cerebral (EVC) es una afección que afecta a gran población a nivel mundial por lo que es considerada un problema de salud pública siendo, la segunda causa global de muerte según la Organización Mundial de la Salud (OMS), principalmente en países de ingresos medios y bajos, se estima que en 2030 de no existir medidas de prevención la incidencia de padecer un EVC incrementará hasta en un 44%.

Entre los principales tipos de EVC, se encuentran el isquémico que se presentan hasta en un 80% de los casos, y hemorrágico presentándose entre un 15 y 20%, el cual puede ser la hemorragia intracerebral (10-15%) y subaracnoidea (5-7%)¹.

Entre las alteraciones que se presentan pueden ser; alteraciones motoras y sensitivas ocasionando cambios permanentes en los patrones de vida de las personas, afectando sus necesidades básicas de la vida diaria como lo son la oxigenación, alimentación, movilidad, comunicación, eliminación, entre otras, lo que favorece la depresión en el enfermo y muerte.

El presente estudio de caso pretende describir y analizar las afectaciones ocasionadas al paciente y al vínculo afectivo más cercano que es la familia, tras un evento vascular cerebral, así como la toma de decisiones y el desarrollo de diversas acciones de educación para la salud encaminadas al cuidado dentro del hogar.

Cabe mencionar, que para la completa elaboración del presente caso, se llevó a cabo una revisión de la literatura sobre la enfermedad de base que presenta la persona, además, de las secuelas que genera dicho padecimiento incapacitándola para la realización de sus actividades de la vida diaria, así como, los cuidados que se deben llevar en el hogar, la cual ha sido desarrollada a lo largo del presente trabajo.

Por consiguiente, este estudio de caso está basado en la teoría de las necesidades humanas de Virginia Henderson, el cual, fue realizado durante las prácticas clínicas,

del Posgrado en Enfermería de Atención en el Hogar, en el servicio de Neurocirugía del Hospital General de México, tomando como eje metodológico el Proceso de Atención de Enfermería, donde se describe en cada una de sus etapas a una adulta mayor, quién ha sufrido un evento vascular cerebral con hemorragia subaracnoidea, lo que ha incapacitado a la enferma para realizar de manera independiente sus actividades de la vida diaria.

Por último, se expone un plan de alta, que se brindó tanto a la persona y cuidadora primaria, con la utilización de cinco puntos clave (cuidados específicos, cuidados de medicamentos, dieta específica, actividad/rehabilitación y signos y síntomas de alarma) que se deben conocer y poner en práctica una vez que la persona enferma sea dada de alta y se encuentre en su domicilio para la continuidad de sus cuidados con el objetivo de limitar el daño y evitar el reingreso hospitalario.

II. Objetivos

2.1 Objetivo General

Elaborar un estudio de caso a una persona mayor con enfermedad vascular cerebral, aplicando los conocimientos adquiridos durante la especialidad de Enfermería de Atención en el Hogar y así, ofrecer intervenciones basadas en evidencia, para el cuidado y recuperación del enfermo a nivel intrahospitalario y en el hogar.

2.2 Objetivos específicos

- ❖ Valorar las necesidades de un adulto mayor tras sufrir un evento vascular cerebral hemorrágico, identificando y obteniendo datos por medio de la observación, entrevista y exploración física.
- ❖ Analizar de forma crítica los datos obtenidos en la valoración, concluyendo con las necesidades afectadas que identifiquen los problemas para la elaboración de diagnósticos enfermeros.
- ❖ Identificar los factores que presenten dependencia, establecer e implementar intervenciones de enfermería para resolver problemas y disminuir los riesgos.
- ❖ Aplicar el plan de cuidado planificado de forma integral y progresiva junto con los familiares de la persona afectada, continuando con una buena comunicación terapéutica.
- ❖ Valorar y/o evaluar progresos de la persona de acuerdo a las necesidades afectadas con base en la intervención realizada, evaluando el logro de nuestros objetivos y en caso de ser necesario modificar el plan de cuidado.
- ❖ Establecer un plan de alta para disminuir los riesgos, limitar el daño y prevenir complicaciones.

III. Fundamentación

3.1 Antecedentes

El evento vascular cerebral altera los estilos de vida del enfermo al incapacitarlo en la realización de sus actividades básicas de la vida diaria, como son, principalmente en la movilidad, alimentación, eliminación, cuidado personal, principalmente, además de alteraciones psicosociales, por lo que es necesario el apoyo de la familia y cuidador primario para la asistencia en sus cuidados.

Enfermería al ser un profesional polivalente y con cuidado multidisciplinario pone en práctica las intervenciones especializadas en el EVC, al ofrecer al enfermo, cuidador primario y familia educación para el cuidado y asistencia tras su egreso hospitalario, acorde a sus necesidades, orientadas a la realización de actividades simples y funcionales, como la movilización del paciente, cambios en los aspectos nutricionales y psicosociales, enfocados en la movilidad principalmente.

En 2017 se publicó en Islandia, una guía de enfermería del cuidado de la persona con EVC, donde hacen referencia tanto a la atención y cuidado dentro del área hospitalaria con intervenciones acordes a las necesidades de cada enfermo, donde hacen énfasis en la alteración de las actividades de la vida diaria, destacando a la movilidad como mayor necesidad que incapacita a la persona, además, mencionan la importancia de la educación y capacitación a la familia para prevenir complicaciones².

No obstante, en Cuba de 2014 se realizó un protocolo de actuación de enfermería para personas con enfermedad vascular, donde consideran la intervención enfermera desde la atención primaria hasta su recuperación, donde incluyen cuidados de los signos y síntomas del inicio de la enfermedad, la atención intrahospitalaria hasta la rehabilitación tomando en cuenta, además, terapia psicológica en el enfermo y familia³.

Todas las guías y protocolos en el cuidado de enfermería ante el EVC basados en evidencia, permiten al profesional estar actualizado y mejorar día a día la atención de enfermería, pues en 2017 se realizó un artículo sobre el impacto de las intervenciones de enfermería ante el ictus, lo que reflejó que la educación y capacitación continua mejora la actuación de la enfermera, además que esto conlleva que los profesionales ofrezcan información oportuna a la personas afectada y familia para una mejor y pronta recuperación⁴.

El Instituto Mexicano del Seguro Social, en 2017 elaboró la actualización de la Guía de Práctica Clínica del Diagnóstico y tratamiento temprano del EVC en el segundo

y tercer nivel de atención donde se establecen recomendaciones sustentadas en evidencia sobre el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad vascular cerebral que, a través de estas recomendaciones se pretende identificar y ofrecer las mejores opciones terapéuticas, mejorar la calidad de vida del enfermo y disminuir la mortalidad a causa de esta enfermedad⁵.

En 2013 se realizó un estudio sobre el uso de una guía de rehabilitación de enfermería para personas que sufrieron un accidente cerebrovascular, donde encontraron que, la guía de rehabilitación, es de gran importancia para la práctica enfermera, pues a través de esta, se pueden implementar acciones para mejorar la movilidad del enfermo y que la persona pueda realizar sus actividades de la vida diaria, lo que da como resultado una mejor calidad de vida, y satisfacción de las personas que presentaron un EVC y el de sus familias⁶.

La asociación americana de neurociencias de enfermería en 2016, ha demostrado que, la implementación y la aplicaciones de guías de práctica clínica en la persona con EVC mejoran significativamente la salud del enfermo, pues el uso de estas guías contienen estrategias multifacéticas para promover la implementación de la práctica basada en evidencia, sin embargo, consideran necesario la continua y futura investigación que permitirán ampliar los hallazgos y estrategias para mejorar el cuidado de enfermería en el EVC⁷.

En México 2015, se realizó una actualización de la guía de práctica clínica sobre la prevención secundaria, diagnóstico, tratamiento y vigilancia de la Enfermedad vascular isquémica, donde nos explica sobre las actuaciones que los profesionales de la salud deben realizar ante una persona con EVC, todo con la finalidad de brindar una atención oportuna evitando complicaciones y reduciendo las muertes ante esta enfermedad⁸.

IV. Marco conceptual

4.1 Conceptualización de la Enfermería

A pesar de que el cuidado es propio de la naturaleza humana, la enfermería es la profesión que asume el cuidado como su esencia, desde la concepción hasta la muerte, con un enfoque de vida y salud del ser humano⁹

Enfermería como arte y ciencia del cuidado ha tenido la necesidad de conocer y tomar en cuenta diversos factores que han permitido mejorar cada día el cuidado que se otorga, ante las necesidades emergentes en los individuos, familias y comunidades en sus diversos aspectos socioculturales, con la finalidad de brindar un cuidado sensible, congruente y competente, ofreciendo así; un panorama reflexivo en la salud-enfermedad de las personas que atendemos cada día, tomando como referencia al paradigma holístico, reconociendo la totalidad del ser humano mediante las dimensiones, biológica, psicológica, espiritual y socio-cultural.

Los profesionales de enfermería se caracterizan por poseer un conocimiento multidisciplinario, polivalente y flexible ante las situaciones de cuidado que se les presentan, por lo que deben tener presente en todo momento el pensamiento crítico y saber desarrollarlo, para así, ser un profesional competente capaz de dirigir, promover, investigar pero sobre todo cuidar de la salud y bienestar de las personas¹⁰ siendo objetivos en las necesidades y valores que poseen las personas enfermas y sus familiares.

El consejo internacional de enfermería menciona que la profesión de enfermería lleva a cabo cuidados autónomos, así como multidisciplinarios que se brindan a las personas de diversas edades, familias y comunidades, incluyendo la promoción de la salud, prevención y tratamiento de la enfermedad¹¹.

La Norma Oficial de México 019 para la profesionalización de enfermería, define a la enfermería como una disciplina fundamental en el equipo de salud, en su aportación hacia la prevención, tratamiento, mantenimiento y recuperación de las personas en sus diferentes etapas de la vida, además, menciona que su evolución científica va a la par con su avance tecnológico del país, cumpliendo con gran efectividad sus funciones como son la docencia, asistencial, de administración y docencia¹².

Ante estas definiciones podemos mencionar que enfermería, es un cuerpo lleno de conocimiento que evoluciona día con día y que va a la par con los cambios constantes, mejorando su actuación ante el cuidado del enfermo, no sólo considerando a la persona enferma, sino también, a la familia del mismo. Es

importante mencionar, que el cuidado de enfermería se basa en el cuidado de la persona, familia y comunidad, en la prevención, mantenimiento, recuperación o una muerte digna, por lo que el deber de enfermería no es un trabajo fácil, pues debe poseer amplios conocimientos basados en evidencia, que le permitan prestar una atención y cuidados de calidad, al enfermo y familia, buscando estrategias para un cuidado holístico e individualizado.

Varias teorías y modelos de enfermería sustentan el cuidado de enfermería como ciencia y arte; ciencia por la complejidad de sus cuidados, sus avances tecnológicos, sus conocimientos multidisciplinarios, sus cuidados e intervenciones basados en evidencia científica, y arte por el cuidado humanizado que se brinda al individuo, familia y comunidad.

Estas teorías y modelos de enfermería permiten al profesional sustentar la práctica enfermera, pues traen consigo un conjunto de conceptos relacionados entre sí abarcando a la práctica enfermera, la docencia y la investigación, lo que permite a la enfermera abrir nuevos espacios para la mejora del cuidado y perfeccionar la práctica cotidiana, a través, de la descripción, explicación, predicción u control de los fenómenos del cuidado a la salud.

4.2 Modelo conceptual de Virginia Henderson

La comprensión de los cuidados y sus componentes teóricos permiten dar un sentido coherente y consistente a enfermería como una ciencia humana, los modelos de enfermería reflejan su valor y significado cuando se llevan a la práctica clínica, pues es ahí donde se demuestra el proceso de cuidado, guiado por un modelo de enfermería que permite mejorar la calidad de vida de la persona, uno de los modelos más aplicables en la práctica clínica y con mayor aceptación es el de Virginia Henderson, el cual, fue estructurado dentro de la escuela de las necesidades humanas, donde la función de la enfermera es la realización (suplencia o ayuda) de las acciones que la persona, no puede realizar por ella misma¹³. Este modelo permite trasladarlo al proceso enfermero y por ende a la práctica enfermera, pues permite identificar las alteraciones de las necesidades humanas interviniendo oportunamente para la satisfacción de las mismas¹⁴.

Virginia Henderson fue de las primeras teóricas en utilizar la espiritualidad como parte de las necesidades del hombre, por lo que rompe con el modelo de la enfermería técnica ampliando el cuidado humanizado y abriendo paso al cuidado holístico¹⁵.

Considera como principal acto fundamental en el cuidado de enfermería el ayudar al individuo sano o enfermo, a conservar o recuperar su salud (o bien, asistirlo en los últimos momentos de su vida) para cumplir aquellas necesidades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o los conocimientos necesarios. De este modo, la profesión de enfermería favorecerá la recuperación de la independencia de la persona de la manera más rápida posible.

Henderson desarrolla sus ideas motivada por sus preocupaciones sobre las funciones de las enfermeras y su situación jurídica, realizando una grande teoría proponiendo verdaderas o demostrables ideas para la disciplina, por lo que establece la necesidad de elaborar un Plan de Cuidados de Enfermería por escrito, basándose en el logro de consecución de las 14 necesidades básicas y en su registro para conseguir un cuidado individualizado para la persona, así como, la pronta independencia de este.

Por lo que incorporó los principios fisiológicos y psicopatológicos a su concepto de enfermería, definiendo a la salud como; la capacidad del individuo para funcionar con independencia en relación con las catorce necesidades básicas, similares a las de Maslow. Siete están relacionadas con la fisiología (respiración, alimentación, eliminación, movimiento, sueño y reposo, ropa apropiada temperatura). Dos con la seguridad (higiene corporal y peligros ambientales); dos con el afecto y la

pertenencia (comunicación y creencias), tres con la autorrealización (trabajar, jugar y aprender). Requiere un conocimiento básico de ciencias sociales y humanidades, además de las costumbres sociales y las prácticas religiosas¹⁶.

Ayudar al paciente a satisfacer las 14 necesidades básicas, implica la utilización de un "plan de cuidado enfermero" por escrito. Esta teoría es congruente, debido a que busca la independencia de la persona a través de la promoción y educación en la salud, en las personas sanas y en las enfermas a través de los cuidados de enfermería. Establece la necesidad de elaborar un Plan de Cuidados Enfermeros por escrito, basándose en el logro de consecución de las 14 necesidades básicas y en su registro para conseguir un cuidado individualizado para la persona¹⁷.

Las 14 necesidades fundamentales descritas en el modelo de V. Henderson son:

1. Respirar normalmente.
2. Alimentarse e hidratarse.
3. Eliminar por todas las vías corporales.
4. Moverse y mantener posturas adecuadas.
5. Dormir y descansar.
6. Escoger ropa adecuada, vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal.
8. Mantener la higiene y la integridad de la piel.
9. Evitar peligros ambientales y lesionar a otras personas.
10. Comunicarse con los demás para expresar emociones, temores...
11. Vivir de acuerdo con los propios valores y creencias.
12. Ocuparse en algo que su labor tenga un sentido de realización personal.
13. Participar en actividades recreativas.
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo y a la salud normal.

Henderson utiliza las manifestaciones de dependencia e independencia con la finalidad de identificar en qué necesidad el individuo requiere de asistencia en los

cuidados de dichas necesidades: El concepto de dependencia e independencia va ligado al concepto de autonomía.

1. **Autonomía:** Es la capacidad física e intelectual de la persona que le permite satisfacer las necesidades básicas mediante acciones realizadas por ella misma.
2. **Manifestaciones de independencia:** Es la satisfacción de una o varias necesidades del ser humano por las acciones realizadas por sí mismo. Es el nivel óptimo de desarrollo del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas, de acuerdo a su edad, etapa de desarrollo, sexo y su situación de vida y salud.
3. **Manifestaciones de dependencia:** Son signos observables y señales que indican que la persona es incapaz para satisfacer algunas de sus necesidades; por falta de fuerza, conocimientos o voluntad. La dependencia se identifica a través de las acciones inadecuadas (por omisión o acción) que presenta la persona respecto a la satisfacción de una o varias necesidades básicas.

Fuente de Dificultad: Las fuentes de dificultad según Henderson son una causa o un impedimento que genera dependencia. Puede ser de orden psicológico, físico, social o de falta de conocimientos. Puede tener su origen en experiencias o situaciones del presente, pero también puede estar originada por experiencias del pasado.

Relación enfermero/a-paciente según V. Henderson; se establecen tres niveles:

1. Enfermera/o como sustituto del paciente (enfoque de suplencia): Se realiza una relación de suplencia debido a una carencia respecto a la fortaleza física, de voluntad o de conocimientos del paciente. Puede ser de carácter temporal si la persona es capaz de recuperar y/o adquirir la fuerza, conocimientos y voluntad; o puede ser de carácter permanente si la persona no podrá recuperar la fuerza, conocimientos y/o voluntad.
2. Enfermera/o como auxiliar del paciente (enfoque de suplencia y ayuda): La/el enfermera/o realiza actividades de ayuda parcial, nunca suple totalmente las actividades del paciente que puede realizar por sí mismo.
3. Enfermera/o como acompañante del paciente (enfoque de ayuda): La/el enfermera/o supervisa y educa al paciente, pero es éste quien realiza sus cuidados¹⁸.

4.3 Proceso de Enfermería

El proceso de atención de enfermería, es un sistema de planificación y una estrategia metodológica con lenguaje disciplinar brindando un cuidado científico, humanístico y de calidad, el cual consiste en una serie de pasos centrados en la atención individualizada a través, de un enfoque en la solución de problemas, basada en teorías y modelos conceptuales de enfermería¹⁵. Gracias a esta serie de pasos, la atención se puede realizar como un escenario dinámico, sistemático y organizado y así, proporcionar un cuidado centrado en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona en las alteraciones de salud, reales o de riesgo implicadas con una evaluación crítica y toma de decisiones adecuadas¹⁹.

Valoración

La primera etapa del proceso enfermero es la valoración, la cual consiste en la obtención de datos relevantes y necesarios del estado de salud de la persona a través de diversos métodos o técnicas como lo son la observación como primer contacto, la entrevista enfocada a las necesidades de la persona y que permite un acercamiento con esta, así como el intercambio de experiencias, el examen físico céfalo caudal, utilizando los métodos de inspección, palpación, percusión y auscultación, que proporciona información global del estado de salud, así mismo se utiliza información de otras fuentes como lo son las historias clínicas, pruebas de laboratorio y diagnósticas. A partir de esta recolección de datos se pueden clasificar en datos objetivos obtenidos de la valoración y pruebas de laboratorio y subjetivos los que la persona manifestó verbalmente.

Diagnóstico

La segunda etapa es el Diagnóstico, donde se identifican los problemas de salud de enfermería con los datos obtenidos en la anterior etapa, basados en las necesidades alteradas, donde se pueden apoyar por una clasificación de diagnósticos propios de enfermería, estos pueden ser diagnósticos reales, de riesgo y de bienestar.

- **Real:** El aquél que reúne todos los datos que se requieren para confirmar su existencia.
- **Potencial:** Este no está presente en el momento de la valoración, pero existen suficientes factores de riesgo de que puedan aparecer en un momento posterior²⁰.
- **De bienestar:** Es un juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado¹⁵.

Planeación

La tercera etapa consiste en organizar las acciones o intervenciones propias de enfermería, con fundamentación científica, que deben ir encaminadas a la prevención y reducir los riesgos, controlar, corregir o eliminar el problema identificado a través de los diagnósticos de enfermería ya elaborados en la anterior etapa. Además, se elaboran los objetivos deseados definiendo los resultados esperados, estableciendo prioridades de cuidado y organizándolos y, finalmente registrar un plan.

Ejecución

En la cuarta etapa, se ejecuta el o los planes de cuidado, desarrollando tres criterios; preparación, ejecución propiamente dicha y la documentación o registro, donde intervienen, además de la enfermera y paciente, el equipo de salud, familia y redes de apoyo, siempre con la dirección de enfermería.

Evaluación

En la quinta etapa, posterior a la aplicación de los planes de cuidado, se compara el estado anterior de la salud del paciente con el actual evaluando, si los objetivos planteados se cumplieron, es decir, en esta etapa se miden los resultados obtenidos.

Es necesario mencionar que la evaluación se realiza continuamente en conjuntos con las otras etapas, verificando la relevancia y calidad de cada paso del proceso de Enfermería²¹.

V. Metodología

Se llevó a cabo un estudio descriptivo basado en el Modelo de Virginia Henderson a la persona D.G.M.E. femenina de 69 años de edad, la cual, se encontraba hospitalizada en el Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga”, en el servicio de Neurocirugía, donde previamente, se informó a persona y cuidadora primaria en forma detallada acerca del propósito y los alcances del estudio de caso, por lo que se solicita a la persona enferma y a su cuidadora primaria, la autorización para desarrollar el presente estudio, por medio del consentimiento informado.

Así mismo, se llevó a cabo una revisión de la literatura, donde se identificaron, analizaron y sintetizaron los hallazgos sobre las principales secuelas que genera un EVC, así como, los principales cuidados que se deben realizar en el hogar tras el egreso hospitalario debido a la alta dependencia que genera dicho padecimiento.

El procedimiento utilizado para esta revisión fue la búsqueda y selección de artículos científicos relacionados con el tema tratado, identificación de principales secuelas tras un EVC. Como principal eje metodológico para este estudio fue el Proceso de Atención de Enfermería, aplicando cada una de sus etapas.

En la valoración se tomaron datos a través de la valoración céfalo-caudal y por necesidades, así mismo, se utilizó información de otras fuentes como lo son las historias clínicas, pruebas de laboratorio y diagnósticas. Posteriormente se analiza la información jerarquizando las principales necesidades afectadas y se realizan valoraciones focalizadas.

Con base en las necesidades afectadas de la adulta mayor, se elaboraron diagnósticos enfermeros, seis reales, cuatro de riesgo y uno de bienestar, donde en cada uno se planearon los principales cuidados y se ejecutaron para su posterior evaluación.

Además, se llevó a cabo el seguimiento de la enferma durante varios días, explicando a su cuidadora primaria sobre los principales cuidados que requería la persona, y así mismo, se realizó una visita domiciliaria para valorar el entorno donde la enferma sería trasladada tras su egreso, por último, se elaboró un plan de alta de educación para la salud, con los principales cuidados que deben conocer y llevar a cabo tras su egreso, el cual engloba puntos clave (Cuidados específicos, Nutrición, Medicamentos, Rehabilitación, así como, Signos y Síntomas de alarma).

La estrategia de búsqueda incluyó artículos de estudios descriptivos, revisiones sistematizadas, meta-análisis y guías de práctica clínica. Las bases de datos usadas fueron: Pubmed, Scielo, Redalyc, BVS, Bidi UNAM, Cochrane, Revista Universitaria, Google academic.

4.1 Selección y descripción genérica del caso

Se trata de D.G.M.E., femenina de 69 años de edad, procedente de estado de México, quien inicia su padecimiento el 16 de septiembre al presentar cefalea holocraneana, de intensidad 7/10, náuseas, vómito en varias ocasiones y pérdida del estado de alerta; el mismo día ingresa al servicio de urgencias del Hospital General de México donde se le realiza tomografía de cráneo con imágenes sugestivas de hemorragia subaracnoidea, con irrupción intraventricular, ante tal resultado es referida al servicio de neurocirugía para iniciar su manejo. El día 21 de septiembre se realiza clipaje de aneurisma de la arteria comunicante posterior izquierda, duroplastía con pericráneo y colocación de drenaje submuscular.

Posteriormente, ingresa a la Unidad de Cuidados intensivos de neurología, con manejo avanzado de la vía aérea, donde se le realiza traqueostomía y tratamiento con antibióticos a base de amikacina, y apoyo vasoactivo con norepinefrina, además, se mantuvo con aislamiento por contacto por Klebsiella en urocultivo.

El día 13 de octubre egresa de UCI y se traslada al servicio de Neurocirugía y el 16 de octubre se inicia la valoración enfermera basada en las 14 necesidades de Virginia Henderson, donde se obtiene información por parte de su cuidadora primaria.

Así mismo, se realizan las intervenciones de cuidado, incluyendo a su cuidadora primaria, orientando e informando, sobre los cuidados que se le realizaron a la persona enferma.

Los días posteriores, se realizan valoraciones focalizadas subsecuentes, con la finalidad de identificar si las intervenciones realizadas fueron efectivas al observar mejoría, mantenimiento del estado de salud y/o disminución de los posibles riesgos.

Y el día 19 y 20 de octubre se implementa un plan de alta, donde se orienta y enseña a sus cuidadoras primarias, acerca de los cuidados en el hogar que deben ser realizados. Cabe mencionar, que se orienta a dos cuidadoras primarias con la finalidad de la retroalimentación, una vez que la persona enferma, esté en su domicilio.

La adulta mayor fue dada de alta el día 20 de octubre de 2017, con alteración en la movilidad, con sonda de traqueostomía, y sondaje vesical.

Es importante mencionar que, debido a que los familiares decidieron (posterior al egreso de la enferma) trasladarla a otro estado, en beneficio de su salud y en comodidad del cuidador primario, no se pudo continuar con el seguimiento planeado, sin embargo, éste se llevó a cabo vía telefónica.

5.1 Marco teórico

El evento vascular cerebral es un síndrome clínico caracterizado por el rápido desarrollo de síntomas o signos de afección neurológica focal y/o global, que persisten en el tiempo, y que no tienen otra causa evidente que un origen vascular²².

El EVC, como ya se mencionó con anterioridad, es un problema de salud mundial y de no actuar ante estrategias de prevención, su incidencia seguirá incrementando.

Entre los principales tipos de EVC, se encuentra el isquémico que se presenta hasta en un 80% de los casos, y el hemorrágico entre un 15 y 20%, del cual, puede ser hemorragia intracerebral (10-15%) y/o subaracnoidea (5-7)²³.

Después de sufrir una EVC, en la mayoría de las personas genera un alto grado de discapacidad, debido a las afectaciones cerebrales y muerte cerebral, que ocurre tras este tipo de eventos, el nivel de discapacidad va a depender del grado y del área afectada.

Entre las alteraciones que se presentan pueden ser; alteraciones motoras y sensitivas ocasionando cambios permanentes en los patrones de vida de las personas, afectando sus necesidades básicas de la vida diaria como lo son la oxigenación, alimentación, movilidad, comunicación, eliminación, entre otras, lo que favorece la depresión en el enfermo y muerte.

Para mejorar la calidad de vida de las personas o incluso para favorecer su recuperación es necesario una atención profesional y especializada que englobe aspectos no sólo fisiológicos sino también sociales, psicológicos y espirituales, basados en un método científico, tomando en cuenta no sólo al enfermo sino también, a la familia pues son un punto elemental para la salud de la persona.

Para el EVC, se han reportado diferentes factores de riesgo, las cuáles pueden agruparse en enfermedades que incrementan el riesgo, como hipertensión arterial sistémica, dislipidemias, diabetes, enfermedades cardíacas, factores controlables como el estilo de vida, obesidad, tabaquismo, sedentarismo, alcoholismo, uso de anticonceptivos orales, y factores no modificables como el sexo, la carga genética, edad²⁴.

Etiopatogenia

En la fisiopatología del EVC, intervienen múltiples mecanismos de lesión que culminan en daño severo y muerte neuronal en segundos, minutos y horas. Es importante reconocerlos a tiempo para limitar la cascada de inflamación, estimulación de fosfolipasas, incremento intracelular de calcio, activación del ácido araquidónico, liberación de radicales libres de oxígeno y apoptosis.

El evento vascular cerebral se clasifica en isquémico, que ocurre en la mayoría de los casos, el cual, se produce por la interrupción del flujo sanguíneo; y el hemorrágico, siendo este el del interés para el presente trabajo, se presenta al incremento de la presión intracraneana después de la ruptura vascular, que da como resultado, hipoperfusión global encefálica.

La hipoperfusión más importante sucede en la zona cercana al hematoma como resultado de la compresión local.

La hemorragia subaracnoidea se define como la presencia de sangre en el espacio subaracnoideo. El 80% de los casos son secundarios a ruptura de un aneurisma sacular, representa entre el 4% y 7% de todos los EVC. Su principal factor de riesgo es la Hipertensión Arterial Sistémica¹.

Los aneurismas se localizan en la circulación anterior en 80 a 90% de los casos, con mayor frecuencia en bifurcaciones arteriales; en la circulación posterior, son frecuentes en la arteria basilar. En 15% de los casos se encuentran aneurismas múltiples. El riesgo de ruptura de un aneurisma depende de su tamaño y localización.

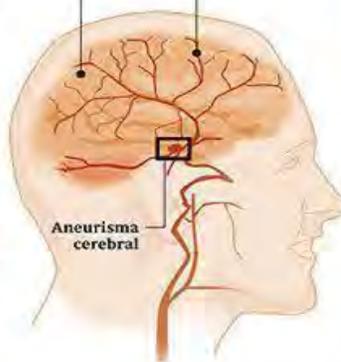
Hemorragia subaracnoidea

Derrame en el espacio subaracnoideo por un fuerte traumatismo en la cabeza, un ictus hemorrágico o un aneurisma cerebral



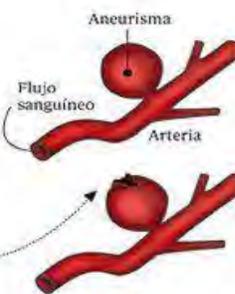
Fuente: REUTERS/ADAM/CDYTE

Cerebro Vasos sanguíneos



■ Aneurisma

La debilidad en la pared de una arteria o un vaso sanguíneo provoca una dilatación o un abombamiento de la pared del vaso. Una subida de tensión puede causar la rotura del vaso



■ Ictus hemorrágico

La rotura del vaso sanguíneo se produce en un vaso sanguíneo sin ninguna alteración o malformación, también por una subida de tensión



ABC/E. SEGURA

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

La elevación del flujo sanguíneo cerebral produce cambios en la remodelación de los vasos, dilatación y cambios en el grosor de la pared, remodelación excéntrica y remodelación asimétrica, con aumento del flujo sanguíneo en el segmento distal del cuello del aneurisma, lo que se denomina “zona de Impacto”. Esta alteración se presenta como recirculación dentro del saco aneurismático, transformándolo de un flujo alto a un flujo bajo con cambios de dirección dentro del mismo. Los componentes sanguíneos permanecen en las regiones de bajo flujo durante más tiempo, lo que favorece la adhesión de leucocitos y plaquetas al endotelio, y expresión de moléculas de adhesión celular tipo 1 (ICAM-1) y citosinas.

Manifestaciones Clínicas

El signo principal es la cefalea intensa súbita, además de náuseas, vómito, fotofobia y alteración de la conciencia.

Durante el examen y valoración neurológica se pueden encontrar hallazgos de hemorragias subhialoideas en el fondo de ojo (hemorragia vítrea), signos meníngeos o focales, como; parálisis del III o VI nervios craneales, paraparesia, pérdida del control de esfínteres, hemiparesia, afasia o negligencia visoespacial (incapacidad para atender un estímulo extracorporal).

Diagnóstico

El estudio diagnóstico de elección es la Tomografía computarizada sin contraste, si la tomografía es negativa, y la sospecha clínica persiste es aconsejable realizar una punción lumbar, dejando transcurrir unas horas desde el inicio. La presencia de hematíes y/o xantocromía (coloración amarilla en LCR) confirman el diagnóstico, el estudio para identificar la fuente de sangrado es la resonancia magnética, y la angiografía si se sospecha un aneurisma. La angio-RM y la angio-TC son muy sensibles para aneurismas de los vasos del polígono de Willis mayores de 5 mm de diámetro.

Las escalas de Hunt y Hess (tabla 1) permiten cuantificar la gravedad del estado clínico; la escala de Fisher (tabla 2), basada en la cantidad y distribución de la hemorragia, ayuda a predecir el riesgo de vasoespasmo²⁵.

Escala de Hunt y Hess. **Tabla 1**

Grado I	Ausencia de Síntomas, cefalea leve o rigidez de nuca leve
Grado II	Cefalea moderada a severa, rigidez de nuca, paresia de pares craneales
Grado III	Obnubilación, confusión, leve déficit motor
Grado IV	Estupor, hemiparesia moderada a severa, rigidez de descerebración temprana o trastornos neurovegetativos
Grado V	Coma, rigidez de descerebración

<http://bit.ly/2EhN9T1>

Escala de Fischer de hemorragia subaracnoidea. **Tabla 2**

Grado I	No sangre cisternal
Grado II	Sangre difusa fina, <1 mm en cisternas verticales
Grado III	Coágulo grueso cisternal, >1 mm en cisternas verticales
Grado IV	Hematoma intraparenquimatoso, hemorragia intraventricular, ±sangrado difuso.

<http://bit.ly/2EhN9T1>

Tratamiento

En el manejo de la Hemorragia subaracnoidea (HSA) existe un objetivo central: evitar la lesión isquémica al tejido cerebral, custodiando si es posible el constante flujo sanguíneo cerebral y el mantenimiento de la presión de perfusión cerebral >de 70 mmHg. Es fundamental a la valoración inicial definir el estado de conciencia y aplicar los principios básicos de soporte vital básico: control de vía aérea, ventilación y soporte circulatorio. Ante un paciente con HSA deben indicarse medidas generales de tratamiento médico, entre ellas, colocar la cabecera de la cama en una elevación de 30° con el cuello en posición neutra, estricta restricción de estímulos, reposo gástrico, analgesia, sedación, protección gástrica, manejo de líquidos y electrolitos, sonda vesical, monitorización cardiodinámica continua, evitar estreñimiento y uso de técnicas de valsalva con esfuerzos defecatorios.

Cirugía descompresiva

La craneotomía descompresiva en HSA de mal grado, reduce la mortalidad, pero no el pronóstico en pacientes con lesión traumática cerebral. En personas con HSA que presentan hematomas silvianos, hematomas subdurales agudos o hematomas

intracerebrales y cuyo efecto compresivo sobre el tallo cerebral el posible efecto de la descompresión quirúrgica es de interés. A pesar, de que se plantea como justificación para la cirugía descompresiva en los enfermos con HSA de mal grado con o sin hemorragia intracraneana la reducción inmediata de la presión intracraneana para evitar la hipertensión endocraneana secundaria al edema cerebral²⁶.

Pronostico

El pronóstico de la persona depende de multitud de factores (estado clínico, edad, comorbilidades, tiempo transcurrido entre la hemorragia e instauración de medidas terapéuticas, cantidad desangrado observado en la TAC). De todas las variables, el estado clínico y particularmente el compromiso del estado de conciencia, es el determinante más importante⁴.

Escala	Pronóstico
Hunt y Hess I y II	75-90% de buena recuperación 5-15% de mortalidad y estado vegetativo
Hunt y Hess III	55-75% de buena recuperación 15-30% de mortalidad y estado vegetativo
Hunt y Hess IV	30-50% de buena recuperación 35-45% de mortalidad y estado vegetativo
Hunt y Hess V	5-15% de buena recuperación 75-90% de mortalidad y estado vegetativo

Escala de la Federación Mundial de Neurocirujanos. Tabla 3

<http://bit.ly/2EhN9T1>

Dependencia y discapacidad tras el EVC

Tras sufrir un EVC y los tratamientos que hoy en día existen durante la etapa aguda y subaguda, dos terceras partes de las personas superan el evento subagudo, dando como resultado un incremento de supervivientes con discapacidad.

Este tipo de enfermos resultan un reto para los profesionales de salud y las instituciones, pues la discapacidad generada tras esta enfermedad se manifiesta en las dimensiones física, emocional y social, y que en la mayoría de los casos puede ser permanente²⁷.

El accidente cerebrovascular alteran abruptamente la vida tanto del enfermo como de la familia, pues la persona afectada presenta una gran alteración generando deficiencias físicas y psicosociales, por lo que es necesario que las personas que padecen un EVC, cuenten con gran apoyo familiar para la asistencia a sus actividades básicas de la vida diaria, derivado a los impedimentos físicos como son la hemiplejía, ya sea del lado derecho o izquierdo, lo que le incapacita a la persona

a realizar habilidades para el manejo de manipular objetos. Además, se ven alterados la postura y equilibrio imposibilitando la movilización, así mismo, otra deficiencia tras sufrir un EVC, son las afasias, impidiendo o dificultando el habla y la comprensión del lenguaje, además, de dificultades de memoria, lo que dificulta la comunicación al adquirir y mantener nueva información. Todas estas alteraciones repercuten emocionalmente en un alto grado y en la mayoría de quien padece un EVC, se manifiesta depresión y aislamiento social².

Las personas se enfrentan a grandes desafíos debido a los cambios en la identidad propia, la capacidad de los roles y sus habilidades para funcionar adecuadamente en sus roles personales y sociales como padre, pareja o empleado.

La rehabilitación es de gran relevancia para recuperar en lo mayor de lo posible, la movilidad para la elaboración de sus actividades de la vida diaria, por lo que es necesario identificar las necesidades del enfermo, definir objetivos alcanzables y realizar intervenciones para alcanzar los objetivos planteados evaluando los progresos continuamente en relación con los objetivos y las acciones realizadas.

Toda esta serie de intervenciones deben ser con base científica y, además, con un equipo multidisciplinario como son el personal de enfermería, terapeutas físicos o fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, entre otros profesionales, que ayuden al enfermo a la recuperación de habilidades perdidas. Este proceso de rehabilitación y recuperación tanto para la persona afectada, como para la familia requiere mucho esfuerzo y tiempo que puede ser exasperante, sin embargo, con forme se vayan viendo los resultados y gracias a la motivación que se brinde, a través, de los profesionales de la salud, el enfermo logrará beneficios que mejoren su calidad de vida.

5.2 Consideraciones éticas

En el presente estudio de caso, se aplicaron los principios de beneficencia y no maleficencia con la finalidad de que sea de gran utilidad para la sociedad y sobre todo, para fortalecer la práctica enfermera, promoviendo el estudio de caso de una adulta mayor con dependencia y alteración de la movilidad derivado de EVC, sin dañar o infringir a ninguna persona, no obstante se pretende también, la satisfacción de las necesidades básicas del cuidador primario siempre bajo un trato digno y humanizado, así como el respeto de toda persona participante y no participante en la toma de sus decisiones y acciones.

De acuerdo al código de ética de enfermería³⁵, a su vez, de la declaración de Helsinki³⁶, todos los profesionales de enfermería debemos respetar y cuidar los derechos de todas las personas, al ser honestos y leales ante el desarrollo de nuestra profesión, además de guardar el secreto profesional y tomar en cuenta los límites del mismo ante el riesgo o daño a la propia persona o a terceros, cabe señalar la importancia de mantener un entorno laboral seguro del paciente, cuidadores primarios y de los profesionales de enfermería.

Por lo tanto, se le solicitó a cuidadora primaria su autorización para reunir información suficiente para el desarrollo del presente estudio, con fines académicos, por lo que se requirió del consentimiento informado, de acuerdo como rige la Ley General de Salud, en el capítulo I, en Disposiciones comunes en su Artículo 20.

VI. Aplicación del proceso de enfermería

6.1 Valoración

Ficha de identificación

D.G.M.E. de sexo femenino, expediente; 3530709, fecha de nacimiento: 16 de agosto de 1948, edad 69 años, procedente y residente del Estado de México, estado civil; divorciada, escolaridad sabe leer y escribir, ocupación previa; ama de casa, religión católica.

Diagnóstico médico de base de Evento vascular cerebral hemorrágico, (hemorragia subaracnoidea), fisher IV, Hunt y Hess IV, secundaria a ruptura de aneurisma sacular de arteria comunicante posterior izquierda, Post operada de clipaje de aneurisma comunicante posterior izquierdo y duroplastía con pericráneo.

Diagnóstico de ingreso: Evento vascular cerebral.

Historia clínica de enfermería:

Antecedentes no patológicos:

Estado civil: unión libre, Escolaridad ninguna, ocupación hogar, Seguridad social; seguro popular, grupo sanguíneo desconocido.

Antecedentes heredofamiliares: negados

Antecedentes patológicos se niegan enfermedades crónico-degenerativas, alergias, cirugías previas, traumatismos, transfusiones sanguíneas y hospitalizaciones previas.

	Tratamiento farmacológico			
Fármaco	Dosis	Vía de administración	Intervalo de administración	Hora
Omeprazol	20 mg	Vía oral	Cada 24 horas	8:00 hrs.
Paracetamol	500 mg	Intravenosa	Cada 8 horas	8-16- 24 hrs
Enoxoparina	40 mg	Subcútanea	Cada 24 hrs	12 hrs
Amikacina	500 mg	Intravenosa	Cada 12 horas	12-24 hrs
Clindamicina	300 mg	Intravenosa	Cada 6 hrs	8-14-20-02 hrs
Metoprolol	25 mg	Oral	C/24 hrs	10 hrs
Amikacina	2.5 mg	Oral	C/12 hrs	12

Alcoholismo positivo según cuestionario cage.

Tabaquismo negado

Esquema de vacunación completo.

Diagnóstico social

Se trata de sujeto motivo de estudio, femenina de 69 años de edad, adulta mayor, la cual, se dedica al hogar, en unión libre, habita casa rentada con pareja actual, materiales de la casa con materiales mixtos (tabique, lámina, cemento), con servicios básicos: agua, luz, drenaje y gas, ingresos económicos variables, procreo ocho hijos (cinco son mujeres, tres hombres), de los cuales, cuatro aportan económicamente el tratamiento de paciente, y una además del aporte económico es la cuidadora primaria desde el ingreso al hospital, la pareja de la paciente sólo aporta ingresos económicos ocasionalmente y no la visita.

Relación ingresos-egresos: Déficit.

Cuidador primario:

Diagnóstico social:

Se trata de femenina de 31 años de edad, adulta, la cual se dedica al hogar, casada, habita casa propia con pareja actual, materiales de la casa mixtos, con servicios básicos: agua, luz, drenaje, gas, teléfono, ingresos económicos variables, actualmente sin hijos.

La cuidadora primaria manifiesta tener muy poco apoyo por parte de sus hermanos ante el estado actual de su madre, pues no hay mucha participación de la familia en el cuidado, apoyo económico y emocional. Puntaje Apgar familiar: 7 puntos.

Redes de apoyo: las redes de apoyo con los que cuenta la adulta mayor para su cuidado y tratamiento son cuatro de sus hijos y su pareja actual para el apoyo económico, para su cuidado cuenta con dos de sus hijas, y una en particular.

6.1.1 Valoración inicial de enfermería cefalocaudal y por necesidades

Exploración cefalocaudal

Cabeza: Cráneo normocefalo, con herida quirúrgica de bordes bien afrontados, con puntos de sutura, sin exudado ni datos de infección, cabello cano con adecuada implantación; pabellones auriculares íntegros, simétricos, bien implantados;

Ojos simétricos, ptosis palpebral derecha, pupilas anisocóricas de 2 mm derecha y 4 mm izquierda, con respuesta a la luz;

Nariz con adecuada alineación, narinas permeables con presencia de sonda nasogástrica, lesión nasal por presión.

Cavidad oral deshidratada, con mala higiene, edentula parcial, boca; labios, mucosas y encías deshidratadas, sin presencia de lesión.

Cuello: Cilíndrico, con traqueostomía con cánula tipo Jackson, permeable, sin adenomegalias palpables.

Tórax: Normolíneo, con adecuada mecánica ventilatoria, FR. 20 respiraciones por minuto, estertores diseminados. Ruidos cardíacos con ritmo y frecuencia normales, sin soplos audibles.

Abdomen: Blando, depresible, globoso a expensas de panículo adiposo, peristalsis disminuida (2-3 ruidos por minuto), sin presencia de megalias.

Genitales: vello púbico en regular cantidad, sin secreciones, con presencia de sonda vesical.

Piel: lesión por presión grado II en región sacra.

Extremidades: Trofismo disminuido de forma generalizada, pulsos presentes, tono disminuido en hemicuerpo izquierdo y edema ++, con flacidez, hemicuerpo derecho normotónico. Arcos de movilidad pasivos con dorsiflexión de tobillo a la neutra bilateral, resto completos. Control volitivo y sensibilidad no valorable.

Habitus Exterior: Paciente femenino que cursa la séptima década de la vida, ligero movimiento espontáneo de extremidades izquierdas, no obedece órdenes sencillas. Actitud postural: se mantiene en decúbito supino, con cánula de traqueostomía, sonda nasogástrica, catéter central izquierdo. Movilidad no valorable.

Valoración neurológica

- Nivel de conciencia:

Alerta, con aparente desorientación y somnolencia, pero se mantiene despierta.

- Pares craneales:

Nervio olfatorio (I), percibe olores, óptico (II) agudeza visual no valorable, (III, IV y VI) sigue objetos con la mirada, pupilas anisocóricas de 2 mm derecha y 4 mm izquierda, percibe la luz, Trigémino (V), con simetría y fuerza disminuida en la masticación, Facial (VII); parálisis facial periférica (síndrome de neurona motora inferior), Auditivo (VIII) disminuido no responde ante sonidos fuertes, equilibrio no valorable, Glosofaríngeo (IX); con presencia de reflejo nauseoso, percepción de sabores no valorable, Vago (X) simetría de paladar, deglución no valorable, Espinal (XI) Trofismo disminuido generalizado, Hipogloso (XII), movimiento de lengua presente.

- Examen pupilar:

Reflejo fotomotor: ambas pupilas se contraen ante el estímulo luminoso.

Reflejos oculomotores y oculo vestibulares: con movimientos laterales, flexo-extensión.

- Exploración motora:
 - ❖ Extremidades: Trofismo disminuido de forma generalizada, pulsos presentes, tono disminuido en hemicuerpo izquierdo y edema ++, con flacidez, hemicuerpo derecho normotónico.
 - ❖ Escala Daniels: Hemicuerpo derecho e izquierdo; 0 puntos, con ausencia de contracción.
 - ❖ Maniobras de Mingazzini: El miembro inferior izquierdo
 - ❖ Maniobra de Barre no valorable.
 - ❖ Reflejos osteotendinosos:
Bicipital, tricipital y estilorrádial bilateral +/++++, patelar y aquileo derechos no evocables. Izquierdos +/++++. Babinsky, Hoffman, y palmomentonianos ausentes.
 - ❖ Reflejos patológicos: sin signos de Chaddock, Oppenheimer, Gordon o Schaeffer.
- Exploración sensorial

*Sensibilidad dolorosa en cabeza, brazos, tórax lado derecho, izquierdo sin sensibilidad.

*Sensibilidad de la temperatura: Sin sensibilidad en hemicuerpo izquierdo, derecho ligeramente afectado.

*Sensibilidad táctil: hemicuerpo derecho sin problema, hemicuerpo izquierdo sin sensibilidad.

*Pruebas de discriminación sensitiva:

1. Estereognosia: sin capacidad para identificar objetos mediante el tacto en miembro superior derecho e izquierdo.
2. Grafestesia: Sin capacidad de identificar objetos dibujados en la piel de lado derecho e izquierdo.
3. Localización Táctil: Lado derecho indica casi con exactitud la localización del estímulo, lado izquierdo sin localización.
4. Extinción: Sólo percibe de lado derecho.

Valoración por necesidades 16 y 17 de octubre 2017

1.- Oxigenación

Se encuentra en estado de alerta, con un Glasgow 11 puntos.

Patrón respiratorio y vía aérea: Fr 20 Respxmin, eupneica, SatO2 80 a 88%, Vía aérea permeable, con presencia de traqueostomía, con cánula tipo Jackson, permeable, suplemento de O2 con nebulizador de alto flujo con un FiO2 de 60%, movimientos de Amplexión y amplexación normales, reflejo tusígeno presente, reflejo nauseoso presente, coloración de la piel palidez generalizada, mucosas deshidratadas, ruidos respiratorios con estertores diseminados, secreciones bronquiales abundantes, amarillas, espesas.

Área cardiopulmonar:

Frecuencia cardiaca 104 latxmin, TA 130/80 mmHg. Llenado capilar de 3", focos cardiacos audibles (aórtico, pulmonar, accesorio, tricuspideo, mitral) sin soplos audibles, sin presencia de heridas quirúrgicas, catéter central subclavio derecho, con 17 días instalado, sin presencia de exudado, ni datos de infección.

Resultado de laboratorio: hemoglobina 10.70 g/l, Hematocrito 33.0%, Leucocitos 14.90, plaquetas 547,000.

Nivel de dependencia, según escala de Panheuf 5, Debe contar con otro para hacer lo necesario para cubrir sus necesidades, pero puede colaborar de algún modo.

Causa de dependencia: fuerza.

2.- Alimentación/hidratación

Mucosa oral deshidratada, labios sin lesiones, lengua saburra, con halitosis, encías rosadas, con presencia de caries en 1° y 2° molares superior izquierdo, con anodoncia parcial, xerostomía, presencia de trastornos de la deglución, con sonda nasogástrica para la alimentación, sin alergias o intolerancia a los alimentos; la cuidadora primaria de D.G.M.E. menciona que la alimentación de la adulta mayores la siguiente: su número de comidas al día en casa eran tres y que su horario es discontinuo, además, que les agrega adicionalmente a los alimentos sal y azúcar; y que en la mayoría de las veces come sola.

Historia clínico nutricional: Actualmente se encuentra, con dieta licuada, con la adición de 1000 cc que en total aporta 1950 kcal (28.6 kcal/kg), 140 gr. De proteína (2.0g/kg), 199 g de Hidratos de Carbono (1.7 g/Kg), 68 g de lípidos (1.0g/Kg).

También menciona que la adulta mayor consumía: dos veces por semana carne de res, pollo y ocasionalmente pescado, no consumía leche, cereales de tres a cuatro veces por semana, huevo dos veces al día, frutas de 5 a 7 porciones a la semana y verduras 2 veces al día, de hidratación consume con frecuencia refresco, y agua de frutas de 1 a 1.5 Lt. al día.

Cribado nutricional MNA

- Peso actual: 68 kg (estimado)
- Peso ideal: 48 kg
- Talla: 1.54 m.
- IMC: 29.44, en sobrepeso según la OMS
- cintura:104 cm.
- Circunferencia de Pantorrilla: 33 cm
- Circunferencia braquial: 29 cm.,
- Altura de rodilla: 41 cm.
- Porcentaje de grasa corporal: 55%
- Porcentaje de masa muscular: 30.6%

Ha perdido el apetito, ha comido mucho menos por estado de salud actual, desconoce si en los últimos 3 meses ha perdido peso (<3 meses), actualmente no se moviliza, si ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés en los últimos 3 meses, con problemas neuropsicológicos de demencia o depresión grave, IMC es mayor a 23, la adulta mayor vivía con su pareja en su domicilio, toma más de 3 medicamentos al día, presenta una lesión por presión en región sacra grado II, habitualmente realizaba 3 comidas durante el día, la paciente no consume lácteos diariamente, sí huevos y legumbres, carne, pollo y pescado diariamente, consume frutas y verduras al menos 2 veces al día, consume de 4 a 5 vasos de agua al día, para su forma de alimentarse necesita ayuda, no sabe si se encuentra bien nutrida, en comparación con las personas de su edad, la cuidadora primaria, encuentra a su familiar en su estado de salud peor, su circunferencia braquial es mayor a 22 cm y su circunferencia de pantorrilla es mayor a 31 cm.

Evaluación del estado nutricional: 12 puntos por lo que se encuentra en malnutrición.

Escala de Disfagia: Grado 3, Tolera sólo líquidos.

Diagnóstico nutricional: Adulta mayor se encuentra en sobrepeso, con malnutrición calórico proteica no especificada según CIE- 46.

Gasto energético total (Harris Benedict) =1286 Metabolismo basal: 1261

Macronutrientes	Energía	Porcentaje	Gramos
Proteína	257.2	20%	64.3
Hidratos de Carbono	707.3	55%	176.8
Lípidos	321.5	25%	35.72
Total	1286	100%	

Necesidad: dependiente

Nivel de dependencia escala de Panheuf: 6, Debe confiarse enteramente a otro, para poder satisfacer sus necesidades.

Causa de dependencia: Fuerza

3.- Eliminación:

Patrón urinario; la paciente se encuentra con sistema de apoyo por sonda vesical, por déficit de control de esfínteres. La orina es de color amarillo.

Patrón intestinal: presenta 2 días consecutivos sin evacuar. Con peristalsis disminuida 2-3 ruidos por minuto. A la percusión: Colon descendente, sigmoideo: matidez, a nivel renal: timpánico.

Índice de Katz dependiente totalmente para uso del retrete y continencia, pues necesita de pañal y sonda vesical para la eliminación.

Sin presencia de heridas quirúrgicas a nivel abdominal.

Resultados de laboratorio: Urea: 25.3 mg/dl Creatinina: 0.5 mg/dl

Necesidad: dependiente

Nivel de dependencia escala de Panheuf: 3, Debe confiarse a otro para poder satisfacer sus necesidades.

Causa de dependencia: fuerza

4.- Movilidad

Trofismo muscular disminuido de forma generalizada, pulsos presentes.

Arcos de movilidad pasivos con dorsiflexión de tobillo a la neutra bilateral, resto completos.

Reflejos osteotendinosos; bicipital, tricipital y estilorradiar bilateral +/-++++, patelar y aquileo derechos no revocables. Izquierdos +/-++++. Babinsky, Hoffman, y palmomentonarios ausentes. Movilidad en cama muy limitada, la cuidadora primaria menciona que solo movilizan a la enferma durante el baño.

Ligero movimiento espontáneo de extremidades izquierdas. No obedece órdenes sencillas.

Escala de Tinetti no valorable debido a que la persona se encuentra incapacitada para la movilidad y, por ende, la marcha y equilibrio.

Índice de Barthel actualmente es alimentada, a través, de sonda nasogástrica, en cuanto al aseo, necesita ayuda del personal de enfermería y cuidadora primaria; en la eliminación es incontinente; vestido necesita ayuda para ponerse y quitarse la ropa; Arreglo personal es totalmente dependiente; en la micción presenta incontinencia por lo cual mantiene sonda vesical; para ir al baño es totalmente incapaz para acceder y utilizarlo, en el traslado de cama a sillón necesita de alzamiento por dos personas para la movilización en cama y es incapaz de mantenerse sentada, así como para la deambulaci3n y para subir y bajar escaleras.

Puntuaci3n de 0 puntos.

Índice de Katz: Es dependiente pues el profesional de enfermería y cuidadora primaria le realizan baño de esponja, no se viste solo y permanece vestido parcialmente, movilidad, es incapaz para realizar el retrete, dependiente, pues no realiza uno más desplazamientos, se mantiene con incontinencia urinaria y fecal total, en la alimentaci3n necesita de alimentaci3n enteral por sonda nasogástrica.

Índice de katz: Clasificaci3n "G" dependiente en las seis funciones.

Ashworth: sin aumento del tono en extremidades derechas=0; tono disminuido en hemicuerpo derecho y edema de ++, con flácidez.

Ligero aumento de la respuesta del músculo al movimiento en flexi3n o extensi3n seguido de una mínima resistencia en todo el resto del arco de recorrido (menos de la mitad) en extremidades Izquierdas=1+, hemicuerpo izquierdo normotónico.

Daniels: 0 puntos, con ausencia de contracci3n

Valoración de actividades personales:

Actividades de alimentación: requiere del uso de nutrición enteral para alimentarse.

Actividades en la cama: mueve espontáneamente de manera ligera la cabeza a la izquierda. En incapaz de desplazarse, pero mueve esporádicamente pie izquierdo.

Actividades de vestido: Incapaz para realizar estas actividades.

Actividades de Higiene (bucal, apariencia personal, bañarse, retrete): Incapaz para realizar estas actividades.

Actividades de relación: lenguaje no emite, no nómina, no repite. Se desconoce por el momento sus funciones mentales superiores, o si presenta afasia de broca y Wernicke o bien, sí teme al hablar por presencia de traqueostomía.

Actividades de trabajo. Por el momento se mantiene desempleada por estado actual.

Actividades recreativas: moviliza ligeramente y de forma esporádica extremidades inferiores y superiores izquierdas.

Evaluación de Terapia Ocupacional

- Funcionalidad de la mano
- F=Funcional
- SF= Semifuncional
- NF= No funcional

Mano Derecha			Mano Izquierda			
F	SF	NF	Movimientos	F	SF	NF
		x	Agarre palmar		x	
		x	Pinza lateral		x	
		x	Pinza digital		x	
		x	Pinza trípode		x	
		x	Funcionalidad		x	
		x	Miembro superior		x	

Necesidad: dependiente

Nivel de dependencia escala de Panheuf: 6, Debe confiarse enteramente a otro, para poder satisfacer sus necesidades.

Causa de dependencia: fuerza

5.- Descanso y sueño

Escala de depresión geriátrica no valorable, pues adulta mayor no se comunica ni por lenguaje ni por señas.

La cuidadora primaria menciona que la persona enferma ha presentado dificultad para conciliar el sueño quizá, por la estancia hospitalaria, mala adaptación a la cama, y a los factores ambientales dentro del hospital como son; luz, temperatura, ruidos.

Además, dice haber notado que la adulta mayor en ocasiones llora por las noches.

Menciona que duerme de 3 a 4 horas durante la noche y que se despierta con frecuencia, y durante el día duerme de igual manera de 3 a 4 horas.

Necesidad: dependiente

Nivel de dependencia Escala de Panheuf: 5, Debe contar con otro para hacer lo necesario para cubrir sus necesidades, pero puede colaborar de algún modo.

Causa de la dependencia: fuerza

6.- Vestirse y desvestirse

Para esta necesidad la adulta mayor es totalmente dependiente, por disminución de fuerza y tono muscular en hemicuerpo derecho, pues no se viste sola, requiere ayuda. Se encuentra con aspecto limpio, con prendas suficientes.

Necesidad: dependiente

Nivel de dependencia Escala de Panheuf: 4, necesita de asistencia para vestirse.

Causa de la dependencia: fuerza

7.- Termorregulación

Se encuentra normo térmica con temperaturas de 36.1° a 36.7°. Los medios que utiliza para combatir temperaturas extremas es el uso de prendas adecuadas. Percepción térmica individual caliente, sin presencia de los mecanismos físicos para mantener la temperatura corporal.

Necesidad: independiente

Nivel de dependencia según la escala de Panheuf: 1 el cliente responde por sí mismo a sus necesidades de forma aceptable que le permite asegurar homeostasis física y psicológica.

Causa de la dependencia: fuerza

8.-Higiene e integridad de la piel

Higiene:

Se le realiza todos los días baño de esponja, no se utilizan dispositivos para el baño, se desconoce las condiciones higiénicas del hogar.

Mantiene su cabello cano con adecuada implantación, con aspecto seco, orzuela, con herida quirúrgica de bordes bien afrontados, con puntos de sutura, sin exudado ni datos de infección.

La frecuencia con la que realiza el lavado de dientes es una vez al día, con cepillo y pasta dental, no visita con frecuencia al dentista; el lavado de manos lo realiza antes de cada alimento y después de acudir al baño, desde su estancia hospitalaria, su cuidadora primaria menciona que no le han realizado aseo bucal.

Las uñas de las manos las mantiene cortas con aspecto ligeramente sucio, las uñas de los pies con onicauxis (engrosamiento anormal de la uña), con hiperqueratosis plantar.

Índice de Katz para bañarse, dependiente pues necesita ayuda total para realizar el baño.

Protección de la piel y tegumentos:

El aspecto general de su piel es pálida, deshidratada, frágil, factores de riesgo que influyen en la integridad cutánea es la falta de movilidad, se realizan cambios de postura con ayuda de cuidador primario.

Escala de Braden: percepción sensorial muy limitada, ocasionalmente húmeda, actividad en cama, movilidad muy limitada, nutrición probablemente inadecuada, fricción y deslizamiento es un problema potencial.

Nivel de riesgo: 12 puntos de alto riesgo.

Presenta lesión por presión en región sacra de grado II, de diámetro de 2x3 cm, con tejido de granulación, sin olor ni algún otro tipo de tejido o exudado que indique proceso infeccioso.

Tiempo de evolución: 4 días, (16/10/17).

Nariz con lesión por presión grado I, enrojecimiento no blanqueable (que no empalidece) de piel intacta.

Tiempo de evolución: 1 día (17/10/17)

Necesidad: dependiente

Nivel de dependencia escala de Panheuf: 6, Debe confiarse enteramente a otro, para poder satisfacer sus necesidades.

Causa de dependencia: fuerza

9.- Seguridad y protección

Percepción sensorial:

No utiliza anteojos, no visita al oftalmólogo, para la agudeza visual cuenta con factores de riesgo como la hipertensión, los factores de riesgo que alteran su agudeza gustativa y olfatoria, es el síndrome de polifarmacia y estado actual de la paciente.

Valoración mental:

Estado cognitivo, alerta.

Minimental no valorable, pues la persona enferma, no se comunica ni por lenguaje ni por señas.

Control volitivo y sensibilidad no valorable, ojos simétricos, ptosis palpebral derecha, pupilas anisocóricas de 2 mm derecha y 4 mm izquierda, con respuesta a la luz.

En la capacidad motora se encuentra con incapacidad de coordinar de forma adecuada con las diferentes partes del cuerpo en el movimiento, equilibrio, ritmo, orientación y diferenciación, no valorable debido al estado actual de la persona.

Escala de Downton: no ha presentado caídas previas, utiliza actualmente hipotensores y otros medicamentos, en déficit sensoriales con alteración en extremidades por EVC, estado mental orientado, deambulación imposible.

Puntuación: 4 puntos, lo que indica un alto riesgo de caídas.

Los factores de riesgo que presenta la adulta mayor son los dispositivos invasivos; cánula de traqueostomía, sonda nasogástrica, catéter central subclavio, así como sonda vesical.

Escala de Disfagia grado III, tolera sólo líquidos.

Valoración del medio ambiente en el hogar

Se realiza entrevista a cuidadora primaria; donde menciona que el domicilio de la enferma es de dos habitaciones, además de sanitario y regadera se encuentran con la temperatura, iluminación, ventilación adecuada, limpio y en orden. Utiliza tapetes, presenta alteraciones de la marcha y equilibrio (falta de movilidad), así como, fuerza muscular; no cuenta con barreras físicas.

Nivel de dependencia escala de Panheuf: 6, Debe confiarse enteramente a otro, para poder satisfacer sus necesidades.

Causa de dependencia: fuerza

10.- Comunicación

La persona no tiene la capacidad para comunicarse, no se expresa por lenguaje verbal y no verbal, no obedecen órdenes sencillas, se desconoce si la causa es por falta de control volitivo o afasia global (grave afectación tanto de las funciones expresivas como las receptoras del lenguaje), lo que dificulta la satisfacción de sus necesidades básicas de la vida diaria.

Valoración socio familiar Gijon: Vive con conyúge de similar edad, situación económica, ingresos inferiores, vivienda, barreras arquitectónicas en la vivienda o portal de la casa (peldaños, puertas, estrechas, baños), relación social sólo con familia y vecinos, apoyo de la red social, con apoyo familiar.

Total:12 puntos, Existe riesgo social.

Escala Zarit: habitualmente la cuidadora primaria no sufre por cuidar a familiar enfermo, siente que no tiene tanta privacidad como desearía, siente que su vida social ha sufrido por cuidar a la enferma, en ocasiones siente que no podrá cuidarla

por mucho tiempo más, no siente que haya perdido el control de su vida desde que es cuidador, sí desearía dejar el cuidado a otra persona, alguna vez se siente sobrecargado por cuidar al persona enferma.

Total: 15 puntos, lo que indica sobre carga del cuidador.

Por lo que su necesidad está totalmente alterada, es dependiente, causa: fuerza/voluntad.

Necesidad: Dependiente

Nivel de dependencia Escala de Panheuf: 6, Debe confiarse enteramente a otro, para poder satisfacer sus necesidades.

Causa de la dependencia: Fuerza

11.- Creencias y valores

Predica la religión católica, antes de la enfermedad no asistía a actividades religiosas con frecuencia.

Se desconoce el impacto y percepción que la enferma tiene con la condición actual de su salud y sus aspectos religiosos.

Necesidad: dependiente

Nivel de dependencia Escala de Panheuf: 6, Debe confiarse enteramente a otro, para poder satisfacer sus necesidades.

Causa de la dependencia: fuerza

12.- Trabajo y realizarse

Adulta mayor se encuentra en máxima dependencia para realizar sus actividades instrumentadas de la vida diaria, con un puntaje de 0 según la Escala Lawton y Brody, debido a su estado de salud actual.

Anteriormente a la enfermedad la persona se dedicaba a las labores del hogar, no había personas que dependieran económicamente de ella.

Necesidad: dependiente

Nivel de dependencia Escala de Panheuf: 6, Debe confiarse enteramente a otro, para poder satisfacer sus necesidades.

Causa de la dependencia: fuerza

13.- Recreación

Las actividades que realizaba en su tiempo libre era, ver televisión, convivir con sus nietos con frecuencia, escuchar música.

Cantidad de METS no valorable.

La mayoría de sus actividades que realizaba eran individuales, no pertenecía a ningún grupo social, presenta sentimientos de tristeza.

Necesidad: dependiente

Nivel de dependencia Escala de Panheuf: 6, Debe confiarse enteramente a otro, para poder satisfacer sus necesidades.

Causa de la dependencia: fuerza

14.- Aprendizaje

Valoración de pfeiffer no valorable debido al estado actual de la adulta mayor.

Necesidad: dependiente

Nivel de dependencia Escala de Panheuf: 6, Debe confiarse enteramente a otro, para poder satisfacer sus necesidades.

Causa de la dependencia: fuerza

6.1.2 Valoraciones focalizadas

Octubre 17, 2017

Oxigenación:

Datos objetivos: Sat O² 80-88%, FC 88 latxmin FR 20 Respxmin, suplemento de O₂ con nebulizador de alto flujo con un FiO₂ de 40%.

Datos subjetivos: Traqueostomía, con cánula tipo Jackson, ruidos respiratorios con sibilancias y episodios de tos, aleteo nasal, presencia de secreciones bronquiales escasas y blancas.

Area cardiopulmonar

Datos objetivos: Sat O² 80-88%, FC 88 Latidos por minuto, Plaquetas de 547x10 uL.

Datos subjetivos: Llenado capilar de 2-3"

Alimentación e hidratación

Datos subjetivos: Se valora disfagia antes de iniciar alimentación, se valora a través de las cuatro consistencias (líquido, néctar, pudín y sólido), encontrando según la escala de disfagia un grado 2, pues tolera comida semisólida suave, posteriormente, se inicia alimentación en poca cantidad, tipo papilla en poca cantidad y sin problema, continua con parálisis facial periférica con simetría y fuerza disminuida.

Datos objetivos: Se mantiene con nutrición enteral de 1200 kcal., cubriendo el 70% de los requerimientos.

Eliminación

Datos subjetivos: se mantiene con sonda vesical, con normoperistalsis, sin embargo, sigue sin evacuar.

Movilidad

Datos Objetivos: Barthel 0 puntos, Daniels 0 puntos.

Datos subjetivos: tono disminuido en hemicuerpo derecho, con flacidez, trofismo muscular disminuido generalizado, reflejos osteotendinosos; bicipital, tricipital y estilorradiar bilateral +/++++, patelar y aquileo derechos no revocables. Izquierdos +/++++, movilización de adulta mayor sólo durante el baño, Ligero movimiento espontaneo de extremidades izquierdas. No obedece órdenes sencillas.

Descanso y sueño

Datos subjetivos: dificultad para conciliar el sueño durante la noche, duerme durante el día en repetidas ocasiones.

Vestirse y desvestirse

Debido a la fuerza y tono disminuido del hemicuerpo derecho, la paciente no se viste y desviste por sí sola.

Higiene e integridad de la piel

Datos subjetivos: herida quirúrgica en región frontal, sin datos de infección, con puntos de sutura, nariz con lesión por presión grado I, lesión por presión en región sacra grado II.

Uñas con onicauxis, hiperqueratosis plantar.

Inmovilidad, piel pálida, deshidratada.

Seguridad y protección

Datos objetivos: Leucocitos: $16.7 \times 10^3/UL$, riesgo alto de caídas según escala de Norton

Datos subjetivos: Herida quirúrgica en región frontal, sonda nasogástrica, catéter subclavio izquierdo, sonda vesical, lesiones por presión en nariz y región sacra.

Comunicación

Datos subjetivos: barreras físicas (traqueostomía), afasia global, negación al hablar, no obedece ordenes sencillas, llanto en repetidas ocasiones de la noche.

Aprendizaje

La cuidadora primaria muestra interés en cada intervención que se le realiza a la madre.

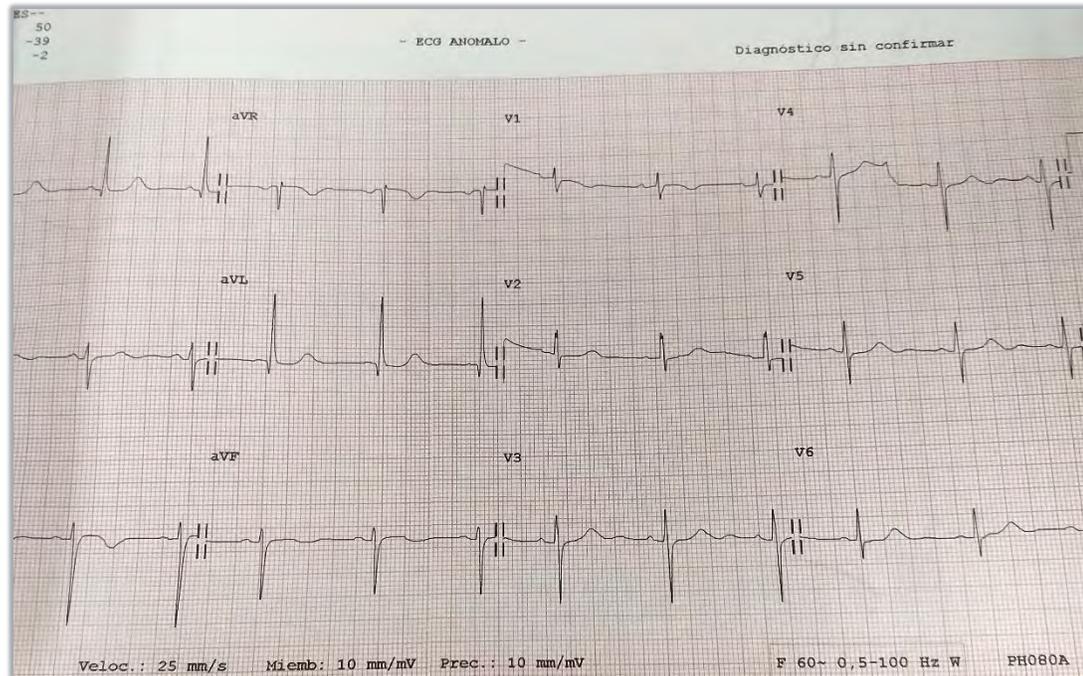
6.1.3 Análisis de estudios de laboratorio y gabinete

De acuerdo a los resultados de laboratorio de la persona se observa:

	Resultados	Rangos de referencia
Glucosa	89 mg/dl	normal 70-99 mg/dl
Creatinina	*0.5 mf/dl	0.6-1.1 mg/dl
Urea	*25.3 mg/dl	7-20 mg/dl
Na	*134 mmol	135-145 mmol/L
K	4.3 mmol/L	3.70 a 5.20 mmol/L
Cloro	104 mmol/L	de 96 a 106 mmol/L
Magnesio	1.9 mg/dl	1.7 a 2.2 mg/dL
Leucocitos	*16.7x10³/UL	4.5 a 11.0 × 10 ⁹ /L
Linfocitos	15%	18-45%
Hemoglobina	*10.70 g/dl	12-16 g/dl
Hematocrito	39.6%	37-47%
Plaquetas	*547X10uL	150-450 x 10 ³

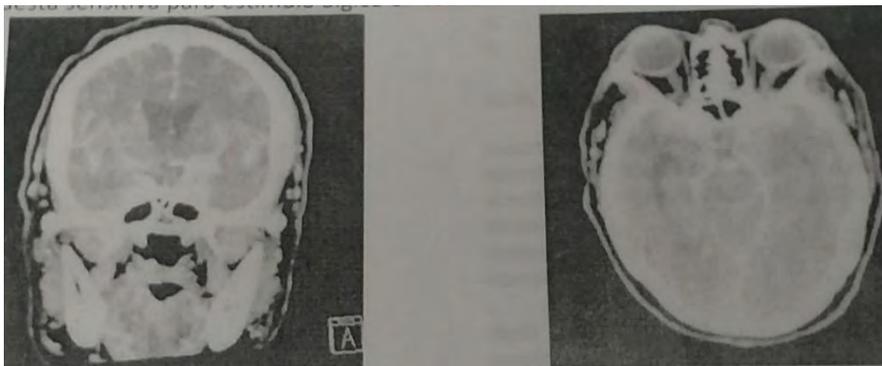
Ante tales resultados podemos observar que la persona enferma presenta un proceso infeccioso manifestado por los niveles elevados de leucocitos, además de anemia por la disminución de hemoglobina, también se encuentra trombocitosis, en cuanto a los azoados que se mantienen en niveles ligeramente elevados, se mantienen en vigilancia, pue son repercuten en la salud de la enferma, al igual que los electrolitos.

Electrocardiograma:



Tomografía Axial Computarizada

Antes de intervención quirúrgica: Hemorragia subaracnoidea Fisher IV, Hunt y Hess IV, WFNS 4 por ruptura de aneurisma de carótida interna izquierda.



6.2 Diagnósticos de Enfermería

- Alteración en la limpieza de las vías aéreas
- Riesgo de aspiración
- Desequilibrio nutricional inferior a las necesidades corporales
- Riesgo de estreñimiento
- Deterioro de la movilidad física
- Alteración en el patrón del sueño
- Alteración en la integridad de la piel
- Riesgo de infección
- Riesgo de Caídas
- Deterioro de la comunicación
- Disposición para mejorar el cuidado de familiar enfermo

6.2.1 Proceso de diagnóstico (formato PESS)

Oxigenación (16/10/17)

- Alteración en la limpieza de las vías aéreas r/c incapacidad para expectorar secreciones por alteración neurológica y cuerpo extraño en la vía aérea (cánula de traqueostomía tipo Jackson) m/p Sat O₂ 80-88%, FC, 104 LX', estertores diseminados, aleteo nasal, secreciones abundantes.

Fuente de dificultad: Fuerza

Nivel de dependencia: según escala de Panheuf 5.

Alimentación e hidratación (16/10/17-17/10/17)

- Riesgo de aspiración r/c lesión cerebral parálisis facial, simetría y fuerza disminuida en la masticación, postoperada de traqueostomía/ disfagia grado II.

Fuente de dificultad: fuerza

Nivel de dependencia escala de Panheuf: 6

Alimentación e hidratación (16/10/17)

- Desequilibrio nutricional inferior a las necesidades corporales r/c malnutrición, ingesta diaria insuficiente m/p interés insuficiente por los alimentos, MNA 12 puntos.

Fuente de dificultad: fuerza

Nivel de dependencia escala de Panheuf: 6

Eliminación (16/10/17)

- Riesgo de estreñimiento r/c inmovilidad, disminución de ruidos intestinales 2-3x/min, 2 días consecutivos sin evacuar

Fuente de dificultad: fuerza

Nivel de dependencia, escala de Panheuf: 3

Movilidad (16/10/17)

- Deterioro de la movilidad física r/c lesión cerebral m/p trofismo muscular disminuido, tono disminuido en hemicuerpo derecho, flácidez

Fuente de dificultad: fuerza

Nivel de dependencia escala de Panheuf: 6

Descanso y sueño (17/10/17)

- Alteración en el patrón del sueño r/c factores ambientales como: estancia hospitalaria y mala adaptación a la cama m/p duerme de 3- 4 hrs durante la noche, y duerme en repetidas ocasiones durante el día).

Fuente de dificultad: fuerza

Nivel de dependencia, escala de Panheuf: 5

Higiene e integridad de la piel (16/10 y 17/10/17)

- Alteración en la integridad de la piel r/c deterioro de la movilidad m/p lesiones por presión grado I y II en nariz y región sacra, onicauxis, hiperqueratosis plantar.

Fuente de dificultad: fuerza

Nivel de dependencia, escala de Panheuf: 5

Seguridad y protección (16/10/17)

- Riesgo de infección r/c procesos invasivos (sonda nasogástrica, catéter subclavio izquierdo, sonda vesical), lesiones por presión en nariz y región sacra y herida quirúrgica en región frontal, leucocitos $16.7 \times 10^3/uL$.

Fuente de dificultad: fuerza

Nivel de dependencia, escala de Panheuf: 6

Seguridad y protección (16/10/17)

- Riesgo de Caídas r/c inmovilidad, Downton 4 puntos

Fuente de dificultad: fuerza

Nivel de dependencia, escala de Panheuf: 6

Comunicación (16/10/17)

- Deterioro de la comunicación r/c barreras físicas (traqueostomía), daño cerebral m/p afasia global, negación al hablar.

Fuente de dificultad: fuerza

Nivel de dependencia, escala de Panheuf: 6

Aprendizaje (17/10/17)

- Disposición para mejorar el cuidado de familiar enfermo m/p expresa deseos de aprender el régimen terapéutico

6.3 Plan de cuidados de Enfermería

Oxigenación

- Alteración en la limpieza de las vías aéreas r/c incapacidad de expectorar secreciones por ella misma y cuerpo extraño en la vía aérea (cánula de traqueostomía tipo Jackson) m/p Sat O₂ 80-88%, FC, 104 LX', estertores diseminados, aleteo nasal, secreciones abundantes.

Objetivo Eliminar las secreciones que puedan obstruir la vía aérea, para favorecer la ventilación pulmonar y prevenir las infecciones respiratorias	
Nivel de relación: Enfermera-Persona: suplencia Enfermera-equipo de salud: independiente e interdependiente	
Intervenciones de Enfermería	Validación científica
Monitorización respiratoria <ul style="list-style-type: none"> • Identificar datos de esfuerzo respiratorio • Agitación, ansiedad, diaforesis, FR >35 por minuto, uso de músculos accesorios, tiraje intercostal, taquicardia, Sat. de O² 	La observación de estos signos y síntomas que el paciente llegase a presentar ayudarán a valorar su estado hemodinámico y respiratorio e intervenir, actuando en espacio y tiempo adecuado.
Fisioterapia pulmonar <ul style="list-style-type: none"> • Auscultar si hay sonidos anormales pulmonares bilaterales. • Utilizar técnicas como vibraciones, expiraciones forzadas y clapping. 	Este procedimiento es utilizado en padecimientos pulmonares que predisponen la retención de secreciones en el árbol bronquial, donde se incluye drenaje postural, vibración torácica, respiración profunda, estas técnicas favorecerán la movilización y eliminación de secreciones además que fomenta el uso eficiente de todos los músculos respiratorios.
Drenaje postural	Consiste en la colocación del paciente en distintas posiciones aprovechando la acción de la gravedad para favorecer el desplazamiento y la expulsión de las secreciones. La parte del árbol bronquial en que se encuentran las secreciones debe estar lo más alta posible con respecto al

	<p>bronquio. Teniendo en cuenta la estructura anatómica de los pulmones y del árbol bronquial hay que adoptar diversas posiciones para drenar todos los segmentos²⁸.</p>
<p>Aspiración de secreciones</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar la necesidad de la aspiración oral y por traqueostomía. • Auscultar los sonidos antes y después de la aspiración. • Disponer de precauciones universales: guantes, gafas y cubrebocas. • Observar el estado de oxígeno del paciente y estado hemodinámico (Sat O₂, ritmo cardiaco), antes durante y después de la aspiración. • Anotar el tipo y cantidad de secreciones. 	<p>Algunas patologías provocan la retención de secreciones en la vía aérea (faringe, tráquea o bronquios), debido a que los pacientes no pueden eliminarlas de forma activa por medio de la tos y la expectoración. En estos casos, es necesario eliminarlas de forma artificial mediante sistemas de succión o aspiración. Mediante la eliminación de las secreciones producidas se logra mantener la permeabilidad de la vía aérea para favorecer el intercambio gaseoso pulmonar y evitar neumonías causadas por la acumulación de las mismas²⁹.</p>
<p>Administrar Oxígeno suplementario a través de dispositivo de alto flujo para mantener una saturación mayor a 90%</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar una humidificación de 100% al gas/aire inspirado • Valorar niveles de Oxígeno a través de la Sat de O₂ 	<p>Los dispositivos de alto flujo suministran un volumen de gas mayor de 40 L/min, lo cual es suficiente para proporcionar la totalidad del gas inspirado, es decir, que el paciente solamente respira el gas suministrado por el dispositivo.</p>
<p>Limpieza bucal con clorhexidina</p>	<p>Las vías aéreas deben mantenerse siempre limpias, comúnmente la sialorrea y secreciones nasales obstaculizan una adecuada ventilación, su objetivo es:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Garantizar una adecuada ventilación. • Evitar la broncoaspiración. <p>Además el cepillado dental tiene efectos beneficios al reducir la colonización de la placa dental, y el uso de clorhexidina reduce la</p>

	colonización orofaríngea reduciendo el riesgo de infección ³⁰ .
--	--

Evaluación

La paciente fue mejorando día con día al realizar diversas intervenciones acorde a sus necesidades, pues sus ruidos pulmonares se mantuvieron normales, su saturación de oxígeno fue mejorando hasta llegar a 92-94% (18-19/10/17), sus secreciones fueron disminuyendo, sus características de las mismas fueron blancas, escasas y espesas (19/10/17), para el día 20/10/17 el suplemento de Oxígeno de alto flujo, se encontraba en intermitente a 40%, el día 21/10/17 se retiró el oxígeno manteniendo una SatO² de 94-96%.

Alimentación e hidratación

- Riesgo de aspiración r/c lesión cerebral parálisis facial, simetría y fuerza disminuida en la masticación, postoperada de traqueostomía/ disfagia grado II.

<p>Objetivo Favorecer la deglución, eliminar o reducir el riesgo de aspiración y mantener una nutrición adecuada.</p>	
<p align="center">Nivel de relación: Enfermera-Persona: suplencia Enfermera-equipo de salud: independiente e interdependiente</p>	
<p align="center">Intervenciones de enfermería</p>	<p align="center">Validación Científica</p>
<p>Precauciones para evitar la aspiración</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comprobar la colocación adecuada de la sonda nasogástrica antes de la alimentación. • Mantener equipo de aspiración disponible. 	<p>Tras la colocación de la sonda, las posibles molestias que puede presentar el paciente, son las náuseas, sin embargo, en caso de presencia de vómitos, debemos favorecer su expulsión, evitando así la broncoaspiración. Por lo tanto es necesario siempre corroborar que la sonda este adecuadamente colocada³¹.</p>
<p>Terapia facial</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilizar técnica de Bell • Realizar masajes activos-asistidos. • Termoterapia del lado afectado 	<p>La finalidad del masaje es esencialmente para obtener efectos circulatorios, favoreciendo el metabolismo celular y estimular la troficidad tisular muscular. Y otra parte importante es el rol psicológico para ganar confianza con el paciente y obtener su relajación). Existe una relajación importante a nivel facial.</p> <p>La realización del masaje intrabucal y intranasal permite la relajación de los músculos profundos (bucinador y elevador superior labial)³².</p>
<p>Iniciar alimentación por vía oral</p>	<p>Los enfermos con limitación de la fuerza y control de la lengua pueden ser incapaces de</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Valorar la capacidad para masticar, mover la lengua para la formación de bolo alimenticio y tragar • Alimentar con diversas texturas (líquido, néctar, pudín, sólido) • Alimentar en pequeñas cantidades • Colocar en posición de 90° 	<p>mover el bolo alimenticio hasta la parte posterior de la cavidad bucal, para su deglución.</p> <p>En enfermos con problemas evidentes de deglución, ofrecer comidas más sólidas, como comidas líquidas, yogur, sopas cremosas, gelatinas, natillas, flanes o puré de patatas, y valorar signos o síntomas de dificultad para la deglución. Las comidas más densas provocan menos dificultad para la deglución. Si el enfermo puede ingerir comida más densa sin mayores dificultades, se introducirá gradualmente comidas de consistencia más sólida³³</p>
<p>Inspeccionar la boca, posterior a la alimentación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar restos alimenticios • Disponer de precauciones universales: guantes, cubrebocas, gafas. 	<p>La presencia de restos alimenticios pueden indicar dificultad para la deglución, además el control de restos previene la aspiración.</p>
<p>Vigilar la aparición de síntomas, como tos, disnea o babeo durante la alimentación.</p>	<p>La presencia de estos síntomas durante la alimentación muestra datos de disfagia³⁴</p>
<p>Colocar los alimentos en el lado sano de la boca</p>	<p>El paciente es capaz de controlar el bolo de alimento con más eficacia cuando se coloca en este lado de la boca³⁵.</p>

Modificar la consistencia de los alimentos: espesar los líquidos, evitar consistencias mixtas y no homogéneas.

Para evitar la broncoaspiración es necesario modificar a viscosidad de los líquidos y utilizando espesantes³⁶.

Evaluación

Se realizaron los cuidados correspondientes de la sonda nasogástrica (16-17/10/17), sin signos de mala colocación, se inició la vía oral, donde toleró alimentos de consistencia suave y agua sin problema, no presentó síntomas como tos, disnea o babeo durante la alimentación, al tolerar la alimentación se retiró la sonda nasogástrica (18/10/17).

Alimentación e hidratación

- Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales r/c malnutrición, ingesta diaria insuficiente m/p interés insuficiente por los alimentos, MNA 12 puntos.

Objetivo	
Mejorar el estado nutricional del adulto mayor y el autocuidado, estableciendo estrategias encaminadas a una alimentación e hidratación saludable basada en el plato del buen comer.	
Nivel de relación: Enfermera-Persona: suplencia Enfermera-equipo de salud: independiente e interdependiente	
Intervenciones de Enfermería	Validación científica
Valoración del estado nutricional	La nutrición es uno de los factores más influyente en la salud de los adultos mayores, por lo que es un aspecto de vital importancia que los profesionales de enfermería toman en cuenta para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, modificación de hábitos y conductas ³⁷ .
Cuidados de alimentación por sonda nasogástrica <ul style="list-style-type: none"> • Comprobar la permeabilidad de la sonda. • Administrar la alimentación por sonda en un lapso de 60 min. • Antes y después de la nutrición enteral irrigar con 50 ml de agua estéril. 	La alimentación nasointestinal presenta riesgos, que incluyen: infecciones, aspiración del contenido gástrico (reflujo), mal funcionamiento del tubo, hemorragia, intolerancia de la alimentación. Sin embargo, se pueden evitar muchas de las complicaciones al realizar un manejo y cuidado adecuados ³⁸ .
Toma de glicemia capilar	La toma de glicemia capilar nos permite conocer los niveles de glucosa inmediatamente y así tener un control y vigilancia sobre el aporte nutricional y estado de nuestro paciente ³⁹ .

<p>Ayuda con los autocuidados de alimentación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colocar a la paciente en una posición cómoda • Dar tiempo para terminar cada comida • Promover la asistencia y compañía de familiares 	<p>Los trastornos del ánimo y en especial la depresión, son la causa más común de pérdida de peso no intencionada y desnutrición, por lo que se recomienda a los familiares procurar que la alimentación del adulto mayor se realice siempre en compañía, y además que el paciente se encuentre en una posición adecuada y cómoda previniendo el riesgo de aspiración⁴⁰.</p>
<p>Orientar sobre la importancia de los suplementos nutricionales y promover la ingesta de los mismos.</p>	<p>Son preparados farmacéuticos formulados para su uso asociado a la dieta habitual. En los últimos años han surgido suplementos cuya composición cubre todas las necesidades nutricionales estándar. Suelen usarse volúmenes pequeños (125-200 ml). De preferencia estos deben ser ingeridos 30 min antes de las comidas o entre ellas para evitar saciedad que impida la ingesta de la dieta habitual⁴¹</p>
<p>Higiene bucal</p>	<p>Para mejorar el estado nutricional del adulto mayor es asegurar una adecuada salud bucal debido a que los problemas odonto-protésicos se consideran factores de riesgo para la disminución en la ingestión</p>
<p>Evaluación Al iniciar la alimentación (17/10/17) la adulta mayor no tolero en su totalidad los alimentos, sin embargo, se insistía para la ingesta de los mismos, así como de suplementos nutricionales, la cuidadora primaria asistía en al autocuidado en el aporte nutricional de la anciana.</p>	

Eliminación

- Riesgo de estreñimiento r/c inmovilidad m/p disminución de ruidos intestinales 2-3xmin, 2 días consecutivos sin evacuar

Objetivo Reeducar al intestino para una defecación diaria y disminuir o evitar el riesgo de estreñimiento favoreciendo el bienestar físico del paciente mediante la dieta, movilización y revisión de tratamiento médico.	
Nivel de relación: Enfermera-Persona: suplencia Enfermera-equipo de salud: independiente e interdependiente	
Intervenciones de Enfermería	Validación científica
Control y vigilancia de ruidos intestinales <ul style="list-style-type: none">• Auscultar ruidos intestinales	En la realización de exploración física diaria se debe tomar en cuenta los movimientos peristálticos que influyen con el estreñimiento, falta de movilidad, fármacos administrados o bien el aporte nutricional.
Masaje al marco cólico <ul style="list-style-type: none">• Antes de dar el masaje hacer hincapié de la ingesta de agua al enfermo• Se debe realizar 15-20 minutos después de ingerir alimentos.• El masaje debe durar unos 20 min. (5 de calentamiento, 10 trabajo, 5 de enfriamiento)	La función principal del sistema digestivo es el proporcionar los nutrientes necesarios esenciales en nuestro organismo. El masaje abdominal es una terapia manual que consiste en un método seguro, simple y fácil para aliviar el estreñimiento ⁴² .

<p>Ingesta de líquidos y dieta rica en fibra</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sugerir dieta rica en fibra • Ofrecer con frecuencia ingesta de agua 	<p>Es importante beber suficientes cantidades de líquidos durante el día, para mantener las heces suaves, favoreciendo la defecación y previniendo el estreñimiento⁴³.</p>
<p>Orientar para establecer horarios fijos en la defecación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se orienta de realizar posteriormente a la alimentación o al despertar, el realizar masaje al marco-cólico. 	<p>En la medida de lo posible y para evitar complicaciones gastrointestinales, se debe continuar con los horarios de ingesta de alimentos y horario de rutina intestinal.</p>
<p>Evaluación Posterior a la alimentación se realizó masaje al marco cólico, se insistía a la enferma para la ingesta de líquidos, el día 17/10/17 evacuó, con escala de bristol 2.</p>	

Movilidad y ejercicio

- Deterioro de la movilidad física r/c lesión cerebral m/p trofismo muscular disminuido, tono disminuido en hemicuerpo derecho, flácidez

<p>Objetivo</p> <p>Minimizar las repercusiones personales, familiares y sociales, tras la enfermedad, evitando complicaciones por inmovilidad, así como dirigir la respuesta del paciente hacia la reinserción de sus actividades de la vida diaria.</p>	
<p align="center">Nivel de relación: Enfermera-Persona: suplencia</p> <p align="center">Enfermera-equipo de salud: independiente e interdependiente</p>	
<p>Intervenciones de Enfermería</p>	<p>Validación científica</p>
<p>Prevenir complicaciones secundarias por la inmovilización</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambios de posición cada 2 horas 	<p>Se recomienda que el paciente permanezca no más de dos horas en una sola postura. Hay que pasar de la posición de decúbito dorsal a la lateral sólo sobre el hemicuerpo sano. Tan pronto como sea posible se recomienda sentar al paciente en un sillón cómodo. Se debe mantener una especial vigilancia de las prominencias óseas para evitar la presión constante de la piel.</p>
<p>Alineación de segmentos</p> <ul style="list-style-type: none"> • En posición de decúbito dorsal se coloca una almohada debajo del hueso poplíteo y a nivel del hombro. • Colocación de almohada de menor grosor debajo de la cabeza. • En posición decúbito lateral, se utiliza 3 almohadas, (cabeza, mano y miembro inferior afectado). 	<p>Para la alineación de segmentos en cama se requieren del uso de almohadas que permitan mantener las extremidades del paciente en posiciones correctas.</p>
<p>Aplicar técnicas de estimulación sensorio-perceptivas</p>	<p>Se recomienda la aplicación de las técnicas de estimulación con texturas para mejorar los trastornos sensoriales presentes en el EVC, como la ausencia de la sensibilidad táctil o la hiposensibilidad de las extremidades. La</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Rozar sobre la piel de la paciente diversas texturas. • Aplicar técnicas en orden de distal a proximal • Observar reacciones posturales. • Texturas ásperas para la contracción y estimular al reflejo miotático. 	<p>aplicación de la técnica de estimulación con texturas consiste en deslizar dichos materiales sobre la superficie de la piel en un sentido aferente (ascendente) con cada uno de ellos, comenzando con las de mayor aspereza.</p>
<p>Ejercicio terapéutico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se práctica de 2 a 3 veces durante el día. • Antes de realizarse se alinea al paciente • Movilizaciones articulares (pasivas y activas), se repiten 10 veces cada movimiento a nivel de hombros, codos, muñecas, dedos, caderas, rodillas tobillos y dedos del pie. • Contracciones isométricas musculares 	<p>Actividades que involucran grupos musculares, de acuerdo al objetivo debe ser sistematizado, supervisado, dosificado y progresivo. Se recomienda las movilizaciones pasivas de las articulaciones para prevenir la presencia de contracturas musculares y rigidez articular.</p> <p>Las contracciones musculares permiten mantener el Tono muscular y favorecer el retorno venoso. Se recomienda realizar este tipo de ejercicio en las extremidades superiores, inferiores, abdomen y glúteos.</p>
<p>Técnicas de neurofacilitación (Kabat, Bobath)</p>	<p>El principio de la técnica de Bobath se basan en las posturas inhibitorias reflejas (PIR), en las diferentes posiciones básicas, y de los puntos clave proximales y distales sobre los que se puede actuar para modificar el tono muscular de todo el cuerpo.</p> <p>Kabat se basa en el principio de que todo acto motor es una elaboración del SNC, en respuesta a múltiple información sensitivo motora simultánea y secuencial, de manera que puede influirse o modificarse mediante diversos estímulos táctiles, propioceptivos, en dirección diagonal y espiral a los movimientos⁴⁴.</p>
<p>Realizar masajes descontracturantes</p>	<p>El masaje descontracturante trabaja musculatura dando paso a relajar y minimizar algún dolor provocado por tensiones. Disminuye las contracturas e inflamaciones musculares. Los objetivos que se pretenden conseguir con este tipo de masaje, es actuar sobre las partes blandas lesionadas del</p>

	aparato locomotor, con el fin de recuperar la movilidad, provocar hiperemia, con lo que disminuye el dolor y se eliminan células muertas, además de facilitar la producción de tejido colágeno perfectamente orientado a que resista el estrés mecánico ⁴⁵ .
<p>Prevención de hombro doloroso</p> <ul style="list-style-type: none"> • Movilizar hombro a 90° • Estiramientos suaves • Colocación correcta de hombro plejico 	Entre las complicaciones más frecuentes tras un accidente cerebrovascular (ACV) se encuentra el hombro doloroso, que puede producirse hasta en el 72 % de los casos., por lo que es necesario intervenir oportunamente para la prevención del mismo ⁴⁶ .
<p>Evaluación</p> <p>En la valoración musculo esquelética, la paciente se encontraba totalmente inmóvil, sin embargo, con las intervenciones de terapia física y movilización la adulta mayor comenzó como la movilidad de extremidades derechas, y en menor medida con las izquierdas. Se realizó masaje descontracturante principalmente en cuello 2-3 veces en 24 hrs. El día 19/10/17 la paciente ya movilizaba más la cabeza y la mantenía alineada.</p>	

Descanso y sueño

- Trastorno del patrón del sueño r/c factores ambientales (estancia hospitalaria, mala adaptación a la cama) m/p cambios en el patrón del sueño (duerme de 3- 4 hrs durante la noche, y duerme en repetidas ocasiones durante el día).

<p>Objetivo</p> <p>Regular el ciclo circadiano del sueño, así como mejorar la capacidad para mejorar el sueño durante la noche</p>	
<p>Nivel de relación: Enfermera-Persona: suplencia</p> <p>Enfermera-equipo de salud: independiente e interdependiente</p>	
<p>Intervenciones de Enfermería</p>	<p>Validación científica</p>
<p>Máximo confort posible</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se recomendó a la cuidadora primaria mantener las luces apagadas durante la noche. 	<p>El recomendar un ambiente tranquilo, sin ruido y con luz tenue o apagada es favorable para el enfermo neurológico, pues se asegura un sueño reparador.</p>
<p>Evitar siestas frecuentes durante el día</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se realizaban ejercicios de terapia física. • La cuidadora primaria hablaba con la persona enferma con frecuencia • Se recomendó el uso de música que escuchaba la enferma en casa. 	<p>En casos concretos, se puede permitir una siesta después de comer, con una duración no mayor de 30 minutos, sin embargo, es necesario no tomar más siestas durante el día para evitar trastornos del sueño.</p> <p>Mantenerse activo y sin dormir durante el día permite mejorar la calidad del sueño durante la noche.⁴⁷</p>

<p>Relajación terapéutica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se recomendó música de relajación antes de dormir • Masaje relajante • Se indicaba y explicaba a la paciente la realización de respiraciones profundas • Lecturas antes de dormir 	<p>Los beneficios son múltiples, entre otros destacaremos un rápido incremento de la energía vital y la capacidad de concentración mental, también logra aumentar la fuerza y el equilibrio de la personalidad en su conjunto⁴⁸.</p>
<p>Ayudar a eliminar las situaciones estresantes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explicar sobre enfermedad, tratamiento y su estado actual 	<p>Los adultos mayores hospitalizados necesitan conocer su patología y tratamiento lo cual les servirá para que no formulen sus propias fantasías y percepciones inadecuadas que aumentan su ansiedad y respuestas emocionales negativas.</p>
<p>Evaluación</p> <p>La cuidadora primaria realizaba masajes relajantes y música que hacían que la persona durmiera durante la noche, además el mantener la luz apagada la adulta mayor dormía un poco más, durante el día se iniciaron varias actividades, lo que permitió que realizará menos siestas durante el día y durmiera más por la noche.</p>	

Higiene e integridad de la piel

- Deterioro de la integridad cutánea r/c deterioro de la movilidad m/p lesiones por presión grado I y II en nariz y región sacra, onicauxis, hiperqueratosis plantar.

<p>Objetivo</p> <p>Establecer intervenciones de enfermería para el manejo de las lesiones por presión, así como la higiene y cuidado de los pies, elaborando estrategias para la prevención y mantenimiento de la integridad e higiene de la piel.</p>	
<p>Nivel de relación: Enfermera-Persona: suplencia</p> <p>Enfermera-equipo de salud: independiente e interdependiente</p>	
<p>Intervenciones de Enfermería</p>	<p>Validación científica</p>
<p>Cambios de posturales cada 2 a 3 horas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manteniendo alineación corporal • Evitando contacto directo con prominencias óseas • Evitar el arrastre 	<p>Como norma general realizar los cambios posturales cada 2-3 horas a los pacientes encamados que no son capaces de reponerse solos, siguiendo una rotación programada e individualizada. Cuando sea posible, enseñar a la persona a reponerse por sí misma.</p>
<p>Higiene y cuidado de la piel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar baño todos los días • Hidratar la piel • Recomendar la utilización de ácidos grasos hiperoxigenados (Linovera) en piel sana 	<p>La higiene corporal debe realizarse todos los días, en el enfermo con alteración neurológica mejora la circulación previniendo la aparición de lesiones por presión, así como infecciones.</p> <p>Los ácidos grasos hiperoxigenados presenta en su formulación, facilitan la renovación de las células epidermias, incrementando la resistencia capilar⁴⁹.</p>

<p>Cuidados locales en lesión por presión</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorar lesión por presión • Utilización de ungüento tópico enzimático para desbridamiento y cicatrización (Ulcoderma) • Aplicarlo 2- 3 veces al día y cubrirlo con gasa 	<p>La utilización del tratamiento tópico enzimático en lesiones por presión grado II favorecen el proceso de cicatrización y epitelización, pues funciona de forma sinérgica con las enzimas endógenas, degradando la fibrina, el colágeno desnaturalizado y la elastina.</p>
<p>Enseñanza de la importancia del soporte nutricional en las lesiones por presión</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recomendar la ingesta de 1.5 a 2 litros al día • Brindar información al cuidador primario sobre la alimentación que debe llevar a cabo la persona enferma <p>*nota: (véase en plan de alta)</p>	<p>La nutrición juega un papel relevante en la prevención y el abordaje de la cicatrización de las heridas. Un buen soporte nutricional favorece la cicatrización de las UPP, también puede evitar la aparición de éstas, y de la infección. Las necesidades nutricionales de una persona con úlceras por presión están aumentadas debido a las necesidades inherentes al proceso de cicatrización. La dieta del paciente con úlceras por presión deberá garantizar el aporte equilibrado y suficiente de calorías, proteínas y lípidos.</p>
<p>Recomendación de colchón de presiones alternas y uso de almohadas</p>	<p>El uso de colchones y colchonetas de presión alterna de aire -que funcionan alternando la presión mediante una bomba y unos tubos de aire- pueden contribuir a prevenir la aparición de úlceras por presión en pacientes de alto riesgo en más de la mitad de los casos. Esta tecnología tiene como finalidad aliviar la presión prolongada entre las zonas de prominencia ósea de los pacientes y la superficie sobre la que éstos se apoyan⁵⁰.</p>

<p>Limpieza y cuidado podálico</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lavar y secar los pies, valorando si existe lesión en pie. • Efectuar corte de uñas con alicata de forma recta • Administrar ungüento en uñas con onicauxis (miconazol) • Se utiliza lima para la desbridación de hiperqueratosis. • Hidratación de los pies 	<p>Existen muchos signos iniciales de enfermedades generales, de complicaciones asociadas con otras dolencias y deterioros residuales de enfermedades crónicas que se manifiestan con frecuencia en el pie. El pie es un verdadero espejo de la salud y puede brindar una cierta comprensión de los aspectos sociales y las necesidades de los pacientes. El que un anciano pueda o no deambular es necesario mantener un cuidado e higiene del pie para evitar complicaciones en su salud⁵¹.</p>
<p>Evaluación</p> <p>La cuidadora primaria realizaba masajes relajantes y música que hacían que la paciente durmiera durante la noche, además el mantener la luz apagada la adulta mayor dormía un poco más, durante el día se iniciaron varias actividades con la paciente que hacía que realizará menos siestas durante el día y durmiera más por la noche.</p>	

Seguridad y protección

- Riesgo de infección r/c procesos invasivos (sonda nasogástrica, catéter subclavio izquierdo, sonda vesical, sonda de traqueostomía), lesiones por presión en nariz y región sacra y herida quirúrgica en región frontal, leucocitos $16.7 \times 10^3/uL$.

Objetivo Disminuir y prevenir el riesgo de infección derivado a la hospitalización y procedimientos invasivos medio de un conjunto de acciones de calidad para la detección, prevención y control de factores asociados a microorganismos patógenos.	
Nivel de relación: Enfermera-Persona: suplencia Enfermera-equipo de salud: independiente e interdependiente	
Intervenciones de Enfermería	Validación científica
Manipulación de procedimientos invasivos con técnica estéril <ul style="list-style-type: none">• Realizar curación de catéter central con técnica aséptica C/72 hrs• Asepsia con clorhexidina 0.2% o alcohol al 70% de las puertas e entrada en cada manipulación.• Cambio de líneas intravasculares cada 72 hrs.• No humedecer apósitos de catéter.	Así como el lavado de manos, también es importante el uso de guantes estériles para cada manipulación, además de mantener siempre conectados (circuito cerrado) los equipos de infusión, aunque sean de uso intermitente, es necesario la desinfección con alcohol al 70% de las puertas de entrada del catéter antes de acceder a ellas. Además, es importante permeabilizar o limpiar la vía venosa con solución fisiológica posterior a la administración de medicamentos.

<p>Antibioticoterapia (amikacina, clindamicina)</p>	<p>El uso de antibióticos se relaciona con una mejoría del pronóstico. El uso racional de antibióticos con fines profilácticos y terapéuticos, debe relacionarse con la circulación de gérmenes intrahospitalarios acorde con el mapa bacteriológico y estado de salud del paciente.</p>
<p>No humedecer apósitos de catéteres.</p>	<p>La poca manipulación ayudara a la reducción de la humidificación de gasa o apósito sin embargo, si esto ocurre se debe reemplazar por otra estéril cada vez que se humedezca y siempre se pincelará la piel con antiséptico antes de realizar este procedimiento.</p>
<p>Cuidados de sonda vesical</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verificar que se encuentre correctamente instalada, sin fugas • Mantener fija la sonda en cara interna del muslo • Limpieza cada 24 hrs del meato uretral • Colocar la bolsa colectora por debajo del nivel de la vejiga y evitar que tenga contacto con el suelo manteniéndola colgada en el soporte de la cama. • Aumentar la ingesta de líquidos • Vaciar constantemente la bolsa colectora y no dejar que sobre pase los $\frac{3}{4}$ de la bolsa. • Pinzar la sonda a la movilización o traslado, sin rebasar 2 hrs. 	<p>Entre el 15% y el 25% de los pacientes hospitalizados portan sonda urinaria, lo que supone un mayor riesgo asociado a su uso, ya que atraviesa una barrera mecánica de defensa del organismo. El problema más común asociado al uso de estas sondas son las infecciones del tracto urinario, por lo que es necesario que el personal de enfermería realice las técnicas correspondientes para evitar infecciones y complicaciones en el paciente que prolongue su estancia hospitalaria y por ende su recuperación⁵².</p>

<p>Curación de lesión por presión en región sacra y herida quirúrgica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Curación de lesión con técnica estéril • Aplicación de ungüento (ulcoderma) en lesión por presión • Cubrir lesión con gasas estériles. 	<p>Usar la mínima fuerza mecánica para la limpieza de la úlcera, así como para su secado posterior. Usar una presión de lavado efectivo para facilitar el arrastre del detritus, bacterias y restos de curas anteriores, pero, sin capacidad para producir traumatismos en el tejido sano. Según evidencias científicas, la presión de lavado más eficaz es la proporcionada por la gravedad o bien la que realizamos a través de una jeringa de 35 ml⁵³.</p>
<p>Cuidado de traqueostomía</p> <ul style="list-style-type: none"> • Limpieza de estoma de traqueostomía con técnica estéril • Cubrir con gasa la periferia de la estoma • Sujetar cánula de traqueostomía con cintas de lino. 	<p>El orificio en el área de la traqueostomía necesita mantenerse limpia para evitar infecciones y lesiones en la piel por lo que debe limpiarse continuamente. EL roce de la cánula también puede rosar la piel y causar irritación, sangrado o infección, por ésta razón deberá realizar una excelente limpieza del área y secado de la misma.</p>
<p>Evaluación</p> <p>Al elaborar los cuidados pertinentes con técnica aséptica la paciente se mantuvo hasta el día de su egreso (21/10/17) sin datos de infección, en la áreas comprometidas: lesiones por presión, estoma no presenta salida de secreciones, sondas sin datos de infección.</p>	

Seguridad y protección

- Riesgo de Caídas r/c deterioro de la movilidad, ansiedad, Downton 4 puntos

<p>Objetivo</p> <p>Establecer criterios de actuación en la prevención y cuidados con la finalidad de evitar las caídas de la adulta mayor.</p>	
<p>Nivel de relación: Enfermera-Persona: suplencia</p> <p>Enfermera-equipo de salud: independiente e interdependiente</p>	
<p>Intervenciones de Enfermería</p>	<p>Validación científica</p>
<p>Enseñanza y cuidado a familia sobre las medidas preventivas y factores de riesgo que contribuyen a las caídas.</p>	<p>Instruir a la familia y paciente sobre las medidas preventivas para disminuir el riesgo de caídas es de gran importancia, pues el que lleven a cabo las medidas preventivas les hará conciencia sobre los protocolos manejados dentro del hospital y se disminuirán las caídas al contribuir con estos cuidados a sus familiares.</p>
<p>Entorno seguro:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener barandales en alto • Mantener la cama en la posición más baja. • Iluminación correcta 	<p>El entorno seguro del paciente es necesario para evitar el riesgo de caídas, pues Disponer de una iluminación adecuada para facilitar la visibilidad. Mantener la luz de emergencia de la habitación (o del baño) encendida durante la noche, así como mantener en alto las barandillas de la cama permite menor riesgo de caídas en el hospitalizado⁵⁴.</p>

<p>Colocar identificador de riesgo según código de colores</p> <ul style="list-style-type: none"> • La persona le corresponde color Rojo, de alto riesgo. 	<p>El valorar a los enfermos ingresados deberán ser valorados para detectar aquellos pacientes con riesgo de caídas y según los factores de riesgo especificados se debe colocar un identificador de riesgo basados en el color del semáforo.</p>
<p>Sujeción gentil con consentimiento de familiar.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explicar a la persona enferma y familiar las conductas necesarias para la sujeción • Retirar gradualmente las sujeciones a medida que aumente el autocontrol. 	<p>El uso de la sujeción gentil es un procedimiento utilizado para inmovilizar a las personas hospitalizadas y de esta manera prevenir caídas y lesiones, así como para evitar la interrupción de tratamientos. Sin embargo, es de resaltar que se utiliza como último recurso para controlar situaciones que pongan en riesgo a la persona y en caso de ser utilizado se debe llevar a cabo el consentimiento informado del enfermo y familia⁵⁵.</p>
<p>Evaluación</p> <p>La adulta mayor al encontrarse con ansiedad y por la falta de movilidad se establecieron medidas preventivas para la prevención de caídas as cuales, fueron las adecuadas pues la persona no sufrió ningún daño, en la sujeción gentil se fueron retirando gradualmente conforme se mantenía más tranquila.</p>	

Comunicación

- Deterioro de la comunicación verbal r/c barreras físicas (traqueostomía), daño cerebral m/p afasia global, negación al hablar.

Objetivo Mantener la comunicación con el paciente para la satisfacción de necesidades	
Nivel de relación: Enfermera-Persona: suplencia Enfermera-equipo de salud: independiente e interdependiente	
Intervenciones de Enfermería	Validación científica
Mantener una relación de empatía con la enferma. <ul style="list-style-type: none"> • Escucha activa 	Aclarar el mensaje de la persona enferma mediante preguntas y retroalimentación y hacerle ver que entendemos lo que nos quiere decir, estar atento a las expresiones y al intento de comunicación mediante lenguaje no verbal así como mostrar interés en entender lo que nos dice la paciente para que ella vea que su esfuerzo tiene resultado, todas estas intervenciones le harán ver a la paciente empatía y confianza con el persona del enfermería ⁵⁶ .
Observar y comprender sus gesticulaciones y expresiones corporales	Animar a la enferma a que utilice gestos y expresiones para clarificar y reforzar el mensaje que desea transmitir mediante la comunicación no verbal es una forma de comunicarse con el paciente de afasia.

<p>Utilización de cuadro de comunicación</p>	<p>Es un sistema de iconos que se ha utilizado, de manera experimental, en protocolos de tratamiento en afasias globales severas, en los que se ha demostrado su beneficio para la comunicación⁵⁷.</p>
<p>Utilizar frases cortas y palabras cotidianas</p>	<p>Las frases cortas ayudarán a una mejor comprensión del lenguaje al enfermo con EVC y afasia.</p>
<p>Evaluación</p> <p>La persona adulta mayor de un inicio no quería comunicarse de ninguna manera con el personal de enfermería, sin embargo, con el paso de los días comenzó a hacer un esfuerzo para comunicarse por medio de gesticulaciones y expresiones corporales, además el cuadro de comunicación ayudó un poco para comprender lo que la persona enferma nos quería comunicar.</p>	

Aprendizaje

- Disposición para mejorar el cuidado de familiar enfermo m/p expresa deseos de aprender el régimen terapéutico

Objetivo	
Aportar información e instruir acerca del tratamiento y cuidados que se le brindan a la adulta mayor	
Nivel de relación: Enfermera-Persona: suplencia Enfermera-equipo de salud: independiente e interdependiente	
Intervenciones de Enfermería	Validación científica
<p>Proporcionar información acorde a los cuidados del enfermo especificando, técnicas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Repetir información importante • Dar tiempo al cuidador primario a la realización de preguntas, dudas. 	<p>La información clínica que se proporciona al persona enferma o familia de un servicio de salud puede contribuir al mejor desarrollo del proceso asistencial, mejorar la relación entre los sanitarios y aquél y, por tanto, influir en la calidad del servicio</p>
<p>Incluir a la familia a las terapias de rehabilitación.</p>	<p>El profesional de la salud y de manera específica el terapeuta debe enfocarse en el sistema familiar, no sólo en el individuo enfermo, y luchar para involucrar a toda la familia en la terapia, esto permitirá y ayudará al enfermo a afrontar la enfermedad y seguir su plan terapéutico eficazmente, pues la terapia en familia parte de la concepción de que los síntomas patológicos que afectan a un miembro de la familia están en relación con su contexto vital⁵⁸.</p>

<p>Incluir al cuidador primario en las intervenciones de autocuidado (alimentación, aseo, baño,etc)</p>	<p>El incluir a la familia en el cuidado de sus familiares enfermos desde el ámbito hospitalario permitirá que el cuidador primario al sentirse familiarizado con los cuidados, ofrezca en el hogar las intervenciones correspondientes, reduciendo las complicaciones y evitando las recurrencias hospitalarias.</p>
<p>Enseñanza de la movilidad del enfermo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se explica la técnica de mecánica corporal 	<p>El cuidador primario y familia debe conocer el autocuidado para poder realizar cuidado por tiempo prolongado e sus enfermos, la mecánica corporal es de gran importancia para la familia, pues se evitan problemas futuros en el cuidador primario.</p>
<p>Evaluación</p> <p>La cuidadora primaria tenia gran inquietud por aprender los cuidados y tratamiento a su madre, por lo que al ofrecer la enseñanza y retroalimentación la cuidadora realizaba los cuidados al egresar la paciente la cuidadora se sentía más segura y con menos temor (21/10/17).</p>	

6.4 Ejecución

6.4.1 Registro de las intervenciones

Oxigenación

Diagnósticos de enfermería para esta necesidad:

Alteración en la limpieza de las vías aéreas r/c incapacidad de expectorar secreciones por alteración neurológica y cuerpo extraño en la vía aérea (cánula de traqueostomía tipo Jackson) m/p Sat O₂ 80-88%, FC, 104 LX', estertores diseminados, aleteo nasal, secreciones abundantes.

Se efectuaron las siguientes intervenciones de enfermería	
Monitorización respiratoria	✓
Fisioterapia pulmonar	✓
Drenaje postural	✓
Aspiración de secreciones	✓
Administración de Oxígeno a través de dispositivo de alto flujo	✓
Limpieza bucal con clorhexidina	✓

Alimentación e hidratación

Diagnósticos de enfermería para esta necesidad:

- Riesgo de aspiración r/c lesión cerebral, parálisis facial, simetría y fuerza disminuida en la masticación, desequilibrio nutricional proteico calórica, postoperada de traqueostomía.
- Desequilibrio nutricional inferior a las necesidades corporales r/c malnutrición, ingesta diaria insuficiente m/p interés insuficiente por los alimentos, MNA 12 puntos.

Se efectuaron las siguientes intervenciones de enfermería	
Precauciones para evitar la aspiración	✓
Terapia facial	✓
Iniciar alimentación por vía oral	✓
Inspeccionar la boca posterior a la alimentación	✓
Vigilar la aparición de síntomas, como tos, disnea o babeo durante la alimentación	✓
Colocar los alimentos en el lado sano de la boca	✓

Modificar la consistencia de los alimentos: espesar los líquidos, evitar consistencias mixtas y no homogéneas	✓
Valoración del estado nutricional	✓
Cuidados de la alimentación por sonda nasogástrica	✓
Toma de glicemia capilar	✓
Ayuda con los autocuidados para la alimentación	✓
Orientar sobre la importancia de los suplementos nutricionales y promover la ingesta de los mismos	✓
Higiene bucal después de cada alimentación	✓

Eliminación

Diagnósticos de enfermería para esta necesidad:

Riesgo de estreñimiento r/c inmovilidad m/p disminución de ruidos intestinales 2-3xmin, 2 días consecutivos sin evacuar

Se efectuaron las siguientes intervenciones de enfermería	
Control y vigilancia de ruidos intestinales	✓
Masaje al marco cólico	✓
Ingesta de líquidos y dieta rica en fibra	✓
Orientar para establecer horarios fijos en la defecación	✓

Movilidad y ejercicio

Diagnósticos de enfermería para esta necesidad:

- Deterioro de la movilidad física r/c lesión cerebral m/p trofismo muscular disminuido, tono disminuido en hemicuerpo derecho, flácidez

Se efectuaron las siguientes intervenciones de enfermería	
Prevenir complicaciones secundarias por la inmovilización	✓
Alineación de segmentos	✓
Aplicar técnicas de estimulación sensorioceptivas	✓
Ejercicio terapéutico	✓
Técnicas de neurofacilitación (Kabat y Bobath)	✓
Realizar masaje descontracturante	✓
Prevención de hombro doloroso	✓

Descanso y sueño

Diagnósticos de enfermería para esta necesidad:

- Alteración en el patrón del sueño r/c factores ambientales como: estancia hospitalaria, mala adaptación a la cama m/p duerme de 3- 4 hrs durante la noche, y duerme en repetidas ocasiones durante el día.

Se efectuaron las siguientes intervenciones de enfermería	
Máximo confort	✓
Evitar siestas frecuentes durante el día	✓
Relajación terapéutica	✓
Ayudar o apoyar en la eliminación de situaciones estresantes	✓

Higiene e integridad de la piel

Diagnósticos de enfermería para esta necesidad:

- Alteración en la integridad de la piel r/c deterioro de la movilidad m/p lesiones por presión grado I y II en nariz y región sacra, onicauxis, hiperqueratosis plantar.

Se efectuaron las siguientes intervenciones de enfermería	
Cambios posturales de 2 a 3 horas	✓
Higiene y cuidado de la piel	✓
Cuidados locales en lesión por presión	✓
Enseñanza de la importancia del soporte nutricional en las lesiones por presión	✓
Recomendación de colchón de presiones alternas y uso de almohadas	✓
Limpieza y cuidado podálico	✓

Seguridad y protección

Diagnósticos de enfermería para esta necesidad:

- Riesgo de infección r/c procesos invasivos (sonda nasogástrica, catéter subclavio izquierdo, sonda vesical, sonda de traqueostomía), lesiones por presión en nariz y región sacra y herida quirúrgica en región frontal, leucocitos $16.7 \times 10^3/uL$.
- Riesgo de Caídas r/c deterioro de la movilidad, ansiedad, Downton 4 puntos

Se efectuaron las siguientes intervenciones de enfermería	
Manipulación de procedimientos invasivos con técnica estéril	✓
Antibioticoterapia	✓
Cuidados en apósitos de catéter	✓
Cuidados de sonda vesical	✓
Curación de lesión por presión en región sacra y herida quirúrgica	✓
Cuidado de sonda nasogástrica	✓
Enseñanza a familia sobre las medidas preventivas y factores de riesgo que contribuyen a las caídas	✓
Entorno seguro	✓
Colocar identificador de riesgo según código de colores	✓
Sujeción gentil con consentimiento de familiar	✓

Comunicación

Diagnósticos de enfermería para esta necesidad:

Deterioro de la comunicación verbal r/c barreras físicas (traqueostomía), daño cerebral m/p afasia global, negación al hablar.

Se efectuaron las siguientes intervenciones de enfermería	
Mantener una relación de empatía con la paciente	✓
Observar y comprender sus gesticulaciones y expresiones corporales	✓
Utilización de cuadro de comunicación	✓
Utilizar frases cortas y palabras cotidianas	✓

Aprendizaje

Diagnósticos de enfermería para esta necesidad

- Disposición para mejorar el cuidado de familiar enfermo m/p expresa deseos de aprender el régimen terapéutico

Se efectuaron las siguientes intervenciones de enfermería	
Proporcionar información acorde a los cuidados del enfermo especificando técnicas	✓
Incluir a la familia a las terapias de rehabilitación	✓
Incluir al cuidador primario en las intervenciones de autocuidado	✓
Enseñanza de la movilidad del enfermo	✓

VII. Plan de alta

El siguiente plan de alta tiene como objetivo de capacitar y enseñar al cuidador primario y familia acerca de los cuidados que se deben llevar a cabo dentro del hogar, por lo que se utilizan cinco puntos clave, los cuales se consideran de gran importancia y de fácil memorización. Estos puntos son: Cuidados específicos, Nutrición, Medicamentos, Actividad/Rehabilitación, así como, signos y síntomas de alarma.

Este plan de alta pretende disminuir los reingresos hospitalarios, disminuir complicaciones y, sobre todo, mejorar la calidad de vida de la persona enferma y familia.

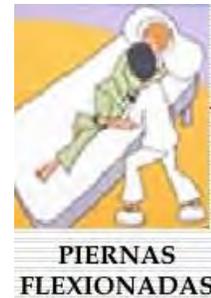
7.1 Cuidados específicos

Movilización del enfermo y mecánica corporal

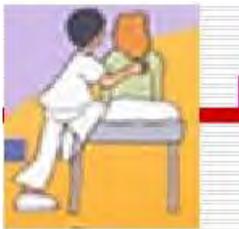
Cuidados en el Hogar:

Las personas enfermas, son a menudo incapaces de moverse solas o sólo pueden moverse poco, sin embargo, la poca movilidad puede causar varios problemas como: mareo, debilidad de los músculos, pérdida de movimiento de las articulaciones (contracturas), rigidez, estreñimiento y lesiones en la piel, por lo que es necesario la movilización

continua de su paciente.



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



ESPALDA RECTA

Para la movilización de su familiar enfermo es necesario que la familia conozca diversas técnicas para evitar futuras lesiones musculoesqueléticas de la persona quien realiza estas movilizaciones y conservar la energía corporal adoptando posturas ergonómicas como: flexionando las rodillas, separándolas, manteniendo la espalda lo más recta posible y el cuerpo lo más cercano posible a la cama para realizar el menor esfuerzo físico.

Mantenga la espalda recta, contraiga los glúteos y los músculos abdominales para conservar la pelvis en posición correcta y utilizar los músculos de las piernas para levantarse y moverse.

Sostenga a su familiar con los antebrazos manteniendo los brazos cerca del cuerpo; con ello se consigue desplazar lo mínimo en centro de gravedad y se requiere menos fuerza para mantener el equilibrio.

Separe los pies, con una amplitud igual a la anchura de los hombros, adoptando una postura estable. El pie de delante se colocará en la dirección en la que vaya a efectuarse el giro.

Ayúdese con puntos de apoyo exteriores y con el contrapeso del propio cuerpo para aumentar la fuerza aplicada al movimiento⁵⁹.

MOVILIZACIÓN DE ENFERMOS

Si adoptas **POSTURAS CORRECTAS** en la movilización y traslado de enfermos:

- Tu espalda no te dolerá
- Te cansarás menos
- El enfermo será más autónomo



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

Aspiración de secreciones en el Hogar

Para mantener limpias las vías aéreas, la aspiración de secreciones es un procedimiento efectivo cuando el paciente no puede expectorar o eliminar por el mismo las secreciones de las vías aéreas.

Objetivos

1. Mantener la permeabilidad y libre de secreciones las vías aéreas.
2. Favorecer la ventilación respiratoria.
3. Prevenir las infecciones ocasionadas por el acumulo de secreciones.

Indicaciones

La técnica está indicada cuando el paciente no puede por sí mismo expectorar/eliminar las secreciones/moco.

La succión es necesaria cuando la mucosa en las vías respiratorias es tanta o tan espesa que su familiar no la puede sacar por sí mismo.

La mayoría de las personas requiere la aspiración de secreciones de dos a tres veces al día.

Hay algunas señales que le indicarán que el paciente necesita de la aspiración de secreciones, estas son:

- 1- El contorno de la boca y los labios se tornan de un color azulado.
Esto indica que la persona no está recibiendo suficiente oxígeno y las vías respiratorias necesitan descongestionarse.
- 2- El flujo de aire dentro y fuera de la vía respiratoria es reducido.
- 3- El paciente se comporta nervioso e irritado.
- 4- El enfermo se ayuda con los músculos del pecho y cuello para respirar.
- 5- Las fosas nasales se expanden cuando la persona inhala
- 6- Se escucha un sonido burbujeante al respirar o la respiración es ruidosa.

- ❖ La forma adecuada de cómo succionar se le debe enseñar a todas las personas que cuidarán al paciente.
- ❖ Hay algunas cosas que debe saber antes de succionar las vías respiratorias de familiar:
- ❖ Las vías respiratorias son muy delicadas y se debe tener mucho cuidado al introducir y al retirar la sonda de aspiración.
- ❖ La succión sólo debe ser intermitente y suave.

Material para la aspiración de secreciones:

- ✓ Máquina de succión portátil.
- ✓ Sonda de aspiración 12-14 FR.
- ✓ Agua hervida o potable.
- ✓ Guantes desechables estériles
- ✓ Jeringa de 10 ml

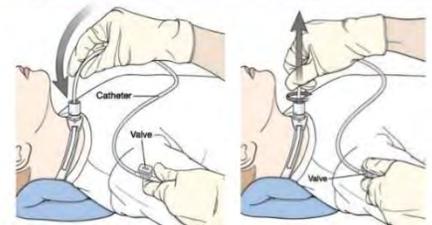


<https://bit.ly/2BONob9>

Procedimiento:

- Agrupe todo el material necesario que va a necesitar
- Lave sus manos con agua y jabón
- Conecte la sonda de aspiración a la máquina de succión. (Utilice la técnica más limpia posible)
- Prenda la máquina de succión y ajuste el nivel de succión.
- Coloque al paciente en posición semisentado o acostado y de tal forma que usted tenga más fácil acceso a la traqueostomía.
- De ser necesario, con la jeringa vierta unas gotitas de agua en la apertura del estoma.
- Suavemente, introduzca la sonda en la traqueostomía a la distancia prescrita o hasta que su familiar comienza a toser.
- Inicie la succión, generalmente presionando un botón o cubriendo el puerto de succión del catéter con su dedo.
- Jale la sonda con una mano mientras con el dedo anular y el dedo pulgar de la otra mano lo gira. Este procedimiento desde el momento que inicia la succión no debe sobrepasar los 10 segundos.
- Deje que el paciente descanse y tome oxígeno después de cada succión.
- Repita cuantas veces sea necesario hasta limpiar por completo las vías respiratorias.
- Enjuague la sonda con agua potable al terminar.

Aspiración



<https://bit.ly/2P5x1Je>

Máquina de succión

- 1- Vacíe y lave con agua y jabón el depósito de recolección diariamente.
- 2- Agregue una pequeña porción de desinfectante germicida en el fondo del depósito de recolección después de cada limpieza.

Cuidados de la piel en la Traqueostomía

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

- El orificio en el área de la traqueostomía necesita mantenerse limpia para evitar infecciones y lesiones en la piel por lo que debe limpiarse continuamente de 4 a 5 veces al día hasta que sane completamente.
- Una vez que se haya formado la estoma perfectamente se harán la limpieza 2 ocasiones por día y se debe realizar con agua potable y/o agua oxigenada.
- EL roce de la cánula también puede roscar la piel y causar irritación, sangrado o infección, por ésta razón deberá realizar una excelente limpieza del área y secado de la misma.

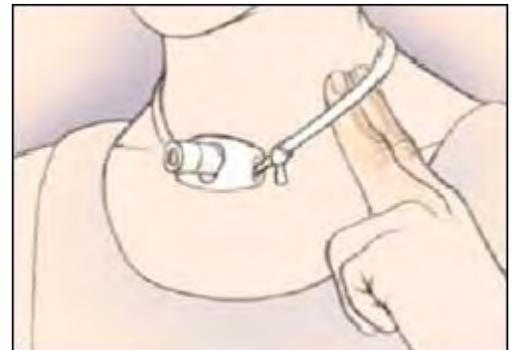


- Se deberá realizar una cubierta de la estoma con una gasa con un orificio en medio para atravesar la cánula, en el corte de la gasa puede ser cubierto con tela micropore.



<https://bit.ly/2oc8ITZ>

- Se deberá sujetar la cánula con tela o sujetadores especiales para que no se mueva y lastime la piel, se deberá realizar adecuada fijación sin ajustar demasiado para no lesionar ni afectar el flujo de aire.⁶⁰



<https://bit.ly/2wtV5xs>

Limpieza de cánula endotraqueal:

Es importante mantener la cánula endotraqueal lo más limpia posible por lo que se recomienda hacer limpieza de la cánula dos veces al día (una por la mañana y otra por la noche).

Se debe contar con el siguiente material:

- Agua oxigenada
- Agua inyectable, potable o hervida
- Hisopos largos o un cepillo largo y delgado
- Gasas
- Guantes
- Recipiente mediano



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

Procedimiento:

- Como cualquier procedimiento lo primordial es el lavado de manos
- Colocar guantes
- En el recipiente agrega agua inyectable o potable y agua oxigenada, tratando que ambos líquidos tengan la misma cantidad.
- Colocar en el recipiente la cánula y dejar remojar por completo hasta que las partículas presentes se ablanden, disuelvan y desaparezcan (15-20 min).
- En otro recipiente, agregar nuevamente 50% agua potable/inyectable y 50% de agua oxigenada y con la ayuda de un hisopo o un cepillo fino, limpia cuidadosamente el interior y exterior de la cánula endotraqueal, asegurando que no quede moco ni cualquier otro desecho.
- Al terminar, remojarlo en el agua potable y agua oxigenada, durante al menos 5 a 10 minutos para esterilizarlo⁶¹.

<https://bit.ly/2vbGCc7>



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

Prevención de lesiones por presión

En un paciente con alteraciones del movimiento por daños motores, lo primero es evitar la lesión de la piel por cizallamiento

Se deberá realizar cambios de posición cada 2 horas de decúbito dorsal, lateral izquierdo y derecho, además de colocar almohadas para evitar lesiones en la piel.

Posiciones terapéuticas para los cambios posturales

Las almohadas se colocarán:

- Una debajo de la cabeza
- Una debajo de la cintura
- Una debajo de los muslos.
- Una debajo de las piernas.
- Una apoyando la planta del pie.
- Dos debajo de los brazos (opcional)



<https://bit.ly/2odr1CO>

Deberán quedarse libres de presión: Talones, glúteos, zona sacro-coxígea, escápulas y codos.

Precauciones:

Las piernas deberán quedar ligeramente separadas.
Los pies y manos deben conservar una posición funcional.
Evitar la rotación del trocánter.

En el caso de colocarse en decúbito lateral

Las almohadas se colocarán:

- Una debajo de la cabeza
- Una apoyando la espalda.
- Una entre las piernas.

Precauciones:

- La espalda quedará apoyada en la almohada formando un ángulo de 45- 60°.
- Las piernas quedarán en ligera flexión.
- Los pies formando ángulo recto con la pierna.
- Si la cabeza de la cama tiene que estar elevada, no excederá de 30°.
- En pacientes que pueden realizar algún movimiento en la cama se deberá animar

a realizar movimientos activos, colocar soportes necesarios que faciliten su movilización.
-Los pies y manos deben conservar una posición funcional.

Sentado:

Las almohadas se colocarán:

- región cervical
- región lumbo-sacra



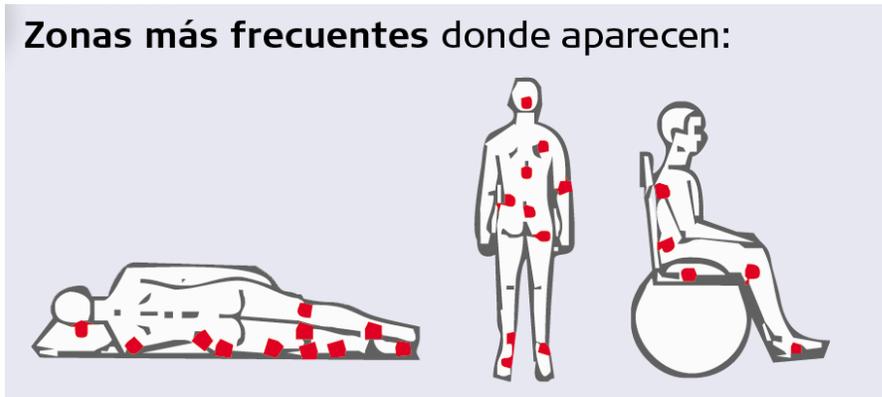
Precauciones

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

Es importante que estén sentados correctamente manteniendo el alineamiento corporal, la distribución del peso y el equilibrio.

- No utilizar donas de caucho o flotadores.
- Los puntos de apoyo deberán modificarse con la misma frecuencia que en los encamados.

Zonas más frecuentes donde aparecen:



<https://bit.ly/2odr1CO>

Asegurar un entorno seguro

Es necesario tomar en cuenta el entorno al que el paciente neurológico se va a enfrentar, por lo que es necesario orientar a la familia en como adecuar su vivienda para facilitar la dependencia del enfermo y a la vez su mejoría.

Cuidados en el hogar

- Eliminar los tapetes de su domicilio evitará o disminuirá el riesgo de caídas.
- Ajustar la iluminación de forma que se adapte a las actividades de la persona.
- Colocar antiderrapantes en zonas de peligro como baño, escaleras.
- Mantener un ambiente limpio.
- Si es posible colocar barandales en paredes para facilitar la movilidad del enfermo.
- Movilizar la inmobiliaria para que el paciente tenga un espacio seguro, para poder moverse.
- Mantener en orden todas las habitaciones de su domicilio
- Evitar el uso de base de cama en el paciente para evitar caídas
- Acercar un timbre o campana cerca del alcance del paciente

ADECUACIÓN DE AMBIENTES

Los ambientes deben estar iluminados de manera amplia y uniforme. Los muebles no deben obstruir el paso.



Fuente: Organización Panamericana de la Salud / Ministerio de Salud

<https://bit.ly/2P9vFx8>

Prevención del estreñimiento

El estreñimiento es un síntoma gastrointestinal muy común, que afecta a cerca del 20% de la población general. Este síntoma puede ser el resultado de múltiples alteraciones que van desde una baja ingesta de fibra hasta alteraciones de la motilidad intestinal.

Las personas con movilidad disminuida es probable que en algún momento padezcan de este trastorno, por lo que es recomendable que los profesionales de la salud asesoren al paciente y a la familia para prevenirlo⁶².

Cuidados en el hogar

La función principal del sistema digestivo es el proporcionar los nutrientes necesarios esenciales en nuestro organismo.

¿Qué es el estreñimiento?

Consiste en el movimiento lento del sedimento alimenticio a través del intestino grueso, asociado a la acumulación de heces duras⁶³.

¿Qué lo causa?

- Deshidratación
- Falta de movilidad
- Poca actividad durante el día
- Dieta baja en fibra
- Algunos medicamentos para tratar; dolor, depresión, diabetes, etc.



El Estreñimiento



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

El **masaje abdominal** es una terapia manual que consiste en un método seguro, simple y fácil para aliviar el estreñimiento.

Recomendaciones antes de realizar masaje abdominal

- Antes de dar el masaje es recomendable ingerir un vaso de agua.
- El masaje debe durar unos 20 min. (5 de calentamiento, 10 trabajo, 5 de enfriamiento)
- Se debe realizar 15-20 minutos después de ingerir alimentos⁶⁴.
- Debe buscar un lugar tranquilo
- Se puede realizar acostado o sentado⁶⁵



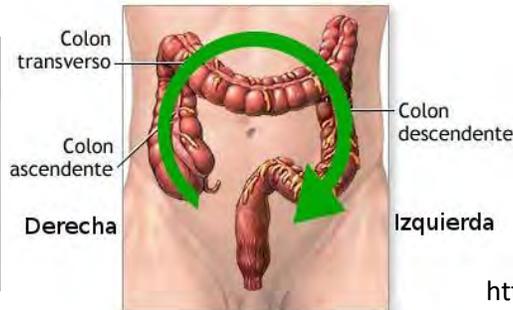
<https://bit.ly/2MvBNCK>

¿Cómo se aplica?

- 1- Unte al abdomen un poco de crema o aceite
- 2- Comience el calentamiento con frotamientos suaves en círculos y en sentido del reloj, la presión debe ser suave y no debe oprimir zonas que provoquen dolor.
- 3- Todo seguido, realice vibraciones con las puntas de los dedos para estimular abdomen y calentar zona.



<http://bit.ly/2AshTPE>



<http://bit.ly/2AshTPE>

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

Trabajo

- 4- Con las manos superpuestas realice circunferencias pequeñas en el sentido de las agujas del reloj, siempre empezando por el colon ascendente, luego por encima del ombligo y finalmente por el colon descendente.
- 5- Usando las yemas de los dedos aplicará la misma técnica a la anterior, pero haciendo manipulaciones de presión, se deberá insistir más en el colon descendente ya que es el último trozo de intestino.
- 6- La fase de **enfriamiento** se dará de 3 a 5 respiraciones profundas⁶⁶.



<http://bit.ly/2AshTPE>

<http://bit.ly/2AshTPE>



Beneficios: Fortalecimiento de los músculos abdominales, estimulación para la evacuación, disminuye el estrés.

Contraindicaciones: Hernias, embarazo, hipertensión, úlceras estomacales

7.2 Cuidado seguro de medicamentos

Tratamiento farmacológico				
Fármaco	Dosis	Vía de administración	Intervalo de administración	Hora
Metoprolol	25 mg	Oral	C/ 24 hrs	10 hrs
Cuidados en el Hogar El metoprolol se usa solo o en combinación con otros medicamentos para tratar la presión arterial alta. También se usa para prevenir la angina de pecho (dolor en el pecho) y para tratar los ataques cardíacos. El metoprolol se usa también en combinación con otros medicamentos, para tratar la insuficiencia cardíaca. Se recomienda ingerirlas con los alimentos o inmediatamente después de estas. No debe de suspender este medicamento. El enfermo puede presentar palpitaciones, manos y pies fríos, cansancio, dolor de cabeza, estreñimiento y falta de aire, sin embargo, si presenta con frecuencia este último síntoma o las palpitaciones acudir a su médico más cercano.				
Amlodipino	2.5 mg	Oral	C/12 hrs	12
Cuidados en el Hogar Disminuye la presión arterial al relajar los vasos sanguíneos para que el corazón bombee de manera más eficiente. Controla el dolor en el tórax al aumentar el suministro de la sangre al corazón. Si se toma regularmente, el amlodipino controla el dolor en el tórax, pero no lo detiene una vez que ya ha comenzado. El enfermo puede presentar al ingerir este medicamento: Dolor de cabeza, mareos náuseas, somnolencia.				

7.3 Cuidados en la dieta

Se recomienda dieta blanda la cual consiste en...

- ✓ Dieta general modificada en textura para facilitar su masticación. Inicialmente incluye carne molida o picada y frutas y verduras cocidas.
- ✓ Se pueden incluir natillas, flanes, arroz con leche.
- ✓ Este tipo de dieta aporta alimentos íntegros de consistencia blanda con pocos condimentos y un contenido de fibra moderadamente bajo. Constituye la transición entre la dieta líquida y la dieta general.
- ✓ No carece de nutrientes en comparación con las recomendaciones dietéticas diarias, siempre que su familiar sea capaz de consumir cantidades adecuadas de alimentos.
- ✓ Se ofrecen comidas de pequeño volumen hasta que se establece la tolerancia del paciente al alimento sólido.
- ✓ Esta dieta se confecciona a partir de una mayor variedad de alimentos que la dieta líquida para aquellos pacientes que tienen dificultad para masticar.

El Plato del Bien Comer



La dieta debe ser variada, equilibrada y gastronómicamente apetecible.

La comida debe ser fácil de preparar, estimulante del apetito, de fácil masticación y digestión.

Se recomienda utilizar como referencia el plato del buen comer y el método de las manos para saber qué cantidad de porciones se debe consumir.

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

Consejos para mejorar la preparación y presentación del alimento

- ❖ Las dificultades para tragar pueden mejorar e incluso superarse si modificamos la forma de preparar y tomar alimentos y bebidas.
- ❖ Los alimentos deben triturarse para conseguir una textura uniforme, homogénea, sin grumos, huesecillos o espinas.
- ❖ No deben incluirse diferentes consistencias en un mismo plato, por ejemplo, sopa de fideos, o de arroz sin triturar, garbanzos o lentejas sin triturar. La mezcla de sólido y líquido resulta extremadamente difícil de controlar para los pacientes con disfagia.
- ❖ Deben evitarse frutas y verduras con semillas o pepitas (kiwi, fresas, etc.) y que desprendan mucho líquido (naranja, sandía, pera).

¿Cómo espesar o aligerar la consistencia de un puré?

- ❖ A la hora de preparar un triturado se debe procurar enriquecer los platos con huevo, o con fondo de carne/pescado, antes de empobrecerlos con féculas. Si el paciente no presenta flemas o saliva muy espesa (indicación médica), puede utilizarse leche.
- ❖ Los ingredientes de triturados pueden ser verduras, carnes, pescados, legumbres, pasta y caldos de ave o pescado. Puede aderezarse con aceite de oliva, sal y hierbas aromáticas.
- ❖ Los triturados calientes a base de pasta, deben prepararse con poca cantidad de la misma, para que quede muy fino el triturado, y hacerlo minutos antes de la comida, ya que espesa y puede resultar incomible. Una posible receta: triturar sopa de fideos con huevo.
- ❖ Tener en cuenta espesantes naturales como: fécula de maíz, “pan”.
- ❖ Cuando un triturado quede más espeso de lo que pretendemos, usar el agua hervida que hemos utilizado para la cocción en el caso de ser de verduras, caldo de carne si el triturado es de carne, y caldo de pollo si fuera de pollo.

7.4 Rehabilitación

Además de asistir a sus terapias de rehabilitación física y terapia ocupacional es importante que usted realice los siguientes ejercicios en casa:

Aplicar técnicas de estimulación sensorio-perceptivas

- Rozar sobre la piel del paciente diversas texturas (asperas, suaves) esto tiene la finalidad de estimular la percepción de los sentidos.
- Estas técnicas se deben realizar desde la muñeca hasta el hombro o desde los dedos de los pies hasta rodilla

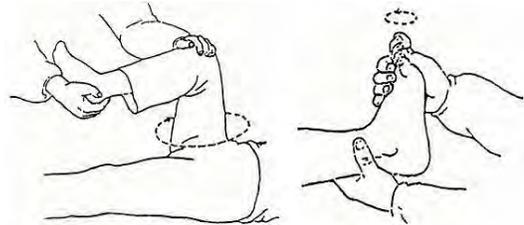


<https://bit.ly/2obbPpJ>

Observar reacciones posturales.

Ejercicio terapéutico

- Se practica de 2 a 3 veces durante el día.
- Antes de realizarse se debe alinear al paciente
- Movilizaciones articulares (pasivas y activas), se repiten 10 veces cada movimiento a nivel de hombros, codos, muñecas, dedos, caderas, rodillas, tobillos y dedos del pie.



<https://bit.ly/2wrXx7N>

Mantener estabilidad, alineación del tronco y articulaciones proximales



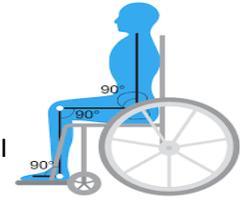
para facilitar posiciones correctas y evitar futuras complicaciones es importante mantener al paciente en diferentes posiciones acostado boca arriba, de diferentes lados, boca abajo o sentado siempre manteniendo una adecuada y correcta alineación postural.

Fig. 3.18. Formas de colocar almohadas y cojines.

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

Cuando el paciente se encuentre sentado (camilla, silla, silla de ruedas, etc.) hay que corregir su postura, resulta de gran utilidad colocar un espejo frente a ellos, para que tengan una referencia visual y puedan posicionarse correctamente

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



La rehabilitación es de gran importancia y utilidad para la recuperación del paciente, sin embargo, debe tomar en cuenta que no debe agotar los músculos con los ejercicios que se realizan a diario, debe descansar y mantenerse relajado.

7.5 Signos y síntomas de alarma

Acudir a su unidad de salud más cercana en caso de que el enfermo presente:

- Somnolencia por períodos anormales
- Vómito
- Convulsiones
- Cambios en la visión
- Agresividad
- Dolor intenso
- Al detectar la presencia de lesiones por presión en la piel
- Al presentar al menos 2-3 evacuaciones a la semana.
- Mareos o vértigo
- Alteraciones del estado de conciencia
- Alteraciones de tono, fuerza y sensibilidad en extremidades (manos y pies).



<https://bit.ly/2whZC6S>

*Nota: es importante que siempre utilice el tablero de comunicación para poder identificar de forma oportuna cualquier signo o síntoma de alarma antes ya mencionado.

VIII. Conclusión

El evento vascular cerebral representa una enfermedad incapacitante para quien la padece, esto resulta un gran reto para los profesionales de la salud, sin embargo, para que la recuperación del enfermo sea lo más temprana posible, con efectos positivos en la calidad de vida del enfermo y familia, es necesario la atención oportuna y de calidad del profesional de enfermería, pues es la enfermera quien ofrece cuidados de calidad las 24 horas del día.

Por lo tanto, la enfermera (o) debe desarrollar conocimientos y habilidades que le permitan actuar con eficiencia y rapidez en la valoración, planeación e implementación de los cuidados necesarios para limitar el daño presente, evitar el riesgo de complicaciones y recuperar en lo posible la función perdida del paciente neurológico.

No obstante, la enfermera no sólo debe contribuir a los cuidados dentro del ámbito hospitalario, sino debe ir más allá, ofreciendo información y educación al paciente, familia y cuidador primario, acerca de los cuidados especializados e individualizados que se deben llevar a cabo dentro del hogar, con la finalidad, de evitar o disminuir los reingresos hospitalarios, lo que traerá mayor beneficio para el enfermo y familia, favoreciendo su bienestar y calidad de vida.

IX. Sugerencias

El presente estudio de caso es de gran relevancia para la especialidad de enfermería de atención el hogar, pues permite identificar una gran gama de intervenciones de enfermería basadas en evidencia científica, además de ver la relevancia de los cuidados en las personas con EVC y sus discapacidades posteriores a esta enfermedad. Esta especialidad permite a enfermero (a) ofrecer a la persona enferma y familia la continuidad de los cuidados a través de su plan de egreso, sugiero que para la elaboración de estos trabajos se tenga más tiempo para su elaboración, así como un apoyo en cuanto a la seguridad del alumno para el traslado al hogar de las personas enfermas.

X. Bibliografía

- ¹ Arauz A. Ruíz FA. Enfermedad Vascular Cerebral. Revista de la facultad de Medicina de la UNAM. México. Mayo-junio 2012; 55(3): 11-21.
- ² Bjartmarz I, Jónsdóttir H, Hafsteinsdóttir T. Implementación and feasibility of the stroke nursing guideline in the care of patients With stroke: a mixed methods study. Islandia. BMC Nursing [revista en internet] 2017 Dic [citado 2018 ene 07]; 72 (16): 2-17. Disponible en: <http://bit.ly/2D5GJ9I>
- ³ Vives MT, Quintana PR, Soto PN. Protocolo de actuación de Enfermería para pacientes con enfermedad cerebrovascular. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2014 Jun [citado 2018 Ene 07] ; 18(3): 414-429. Disponible en: <http://bit.ly/2CFbnpq>
- ⁴ Jones SP, Miller C, Gibson JM. The impact of education and training interventions for nurses and other health care staff involved in the delivery of stroke care: An integrative review. Nurse education today [Rev. Internet] 2017 [Citado 2018 Ene 07]; 61. 249-257. Disponible en: <http://bit.ly/2ABZqPb>
- ⁵ Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía de práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento temprano de la enfermedad vascular cerebral isquémica en el segundo y tercer nivel de atención. 2017. Disponible en: <http://bit.ly/2D5msRG>
- ⁶ Hafsteinsdóttir BT, Varekamp R, Rensink M. Feasibility of a nursing rehabilitation guideline for patients with stroke: evaluating the use by nurses. Journal disability and Rehabilitation [internet]2013 jun [Citado 2018 Ene 07]; 35 (11): 939-49. Disponible en: <http://bit.ly/2AE6LOm>
- ⁷ Reynolds SS, Murray LL, Mc Lennon SM, Bakas T. Implementation of a stroke competency program to improve Nurses Knowledge of and adherence to stroke guidelines. Neurosci Nurs [Internet] 2016 Dic [consultado 2018 Ene 07]; 48 (6): 328-335. Disponible en: <http://bit.ly/2D7Vbh6>
- ⁸ Gobierno federal. Guía de práctica clínica. Prevención secundaria, diagnóstico, tratamiento y vigilancia de la Enfermedad vascular cerebral Isquémica. 2015. [Internet]. Disponible en: <http://bit.ly/2qFwd0O>
- ⁹ García HM, Cárdenas BL. Cuidados de la salud: Paradigma del personal de enfermeros en México-la reconstrucción del camino. REv. Enferm. 2009 [Consultado 2018 Ene 07]; 13(2): 287-96. Disponible en: <http://bit.ly/1QiZxtQ>
- ¹⁰ Soto FP., Reynaldos GK., Martínez SD., Jerez YO. Competencias para la enfermera/o en el ámbito de gestión y administración: desafíos actuales de la profesión. Aquichán [revista en internet]. 2014 Mar [citado 2017 Nov 29]; 14 (1): 79-99. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972014000100008&lng=en. <http://dx.doi.org/10.5294/aqui.2014.14.1.7>
- ¹¹ Consejo internacional de Enfermeras. Definición de Enfermería. [Internet]. Disponible en: <http://bit.ly/1FeyuQ1>
- ¹² Diario Oficial de la Federación. Norma Oficial Mexicana 019, 2013, Para la práctica de Enfermería en el Sistema Nacional de Salud. [Internet], 2013. Disponible en: <http://bit.ly/19XehWV>
- ¹³ Ríos CM. Estudio de caso aplicado a una persona en estado crítico con alteración de necesidad de oxigenación y circulación basado en la teoría de Virginia Henderson. Universidad Nacional Autónoma de México [tesis] 2017. [Consultado 2018 Feb 27]. Disponible en: <http://bit.ly/2HPVMGx>
- ¹⁴ Mesquita ME, Lopes MO, Carvalho FA, Teixeira LF, Barbosa IV. Teorías de Enfermería: Importancia en la correcta aplicación de los conceptos. Enfermería Global [revista en internet. 2009 Oct [citado 2018 Ene 07]; (17). Disponible en: <http://bit.ly/2D98MVN>
- ¹⁵ Metodología de enfermería: fases del proceso de enfermería. Fase del proceso de enfermería. Valoración diagnóstica según patrones funcionales de Marjory Gordon. Diagnósticos de enfermería: Conceptos y tipos según taxonomía NANDA. [Internet]. Disponible en: <http://bit.ly/2D7BTse>
- ¹⁶ Cisneros GF. Introducción a los modelos y teorías de enfermería. Universidad del Cauca. 2002. [Internet]. Colombia [Consultado 2018 Ene 07], 1-16. Disponible en: <http://bit.ly/1H5oK2m>
- ¹⁷ García CB. Estudio de caso aplicado a un paciente en estado crítico con alteración en la perfusión coronaria aplicado al modelo de Virginia Henderson. Universidad Nacional Autónoma de México. [Tesis] 2017. México. [Consultada 2018 Feb 27]. 27-42. Disponible en: <http://bit.ly/2GQQpoS>
- ¹⁸ Hernández MC. El modelo de Virginia Henderson en la práctica enfermera. Universidad de Valladolid. [Tesis] 2016. [Consultado 2018 Ene 08]. Disponible en: <http://bit.ly/2BatuTI>
- ¹⁹ Chávez PC. Estudio de caso aplicado a una persona adolescente, con leucemia linfoblástica aguda, con el enfoque de la filosofía conceptual de Virginia Henderson. [Tesis] Universidad Nacional Autónoma de México. México. 2017. [Consultado 2018 Mar 02]. Disponible en: <http://bit.ly/2oO2yUk>
- ²⁰ Carrasco DS. Estudio de caso realizado a una paciente con alteración en el patrón funcional del modelo de Marjory Gordon, adaptación-tolerancia al estrés, elaborado en un hospital general. [Tesis] Universidad Nacional Autónoma de México. 2017. [Consultado 2018 Mar 02]. Disponible en: <http://bit.ly/2Fq1sIZ>
- ²¹ Reina NC. El proceso de enfermería: instrumento para el cuidado. Umbral Científico [Internet]. 2010;(17):18-23. Disponible en: <http://bit.ly/2IMtdI7>
- ²² Alavez GA. Factores de riesgo para enfermedad vascular cerebral. Estudio retrospectivo de casos ingresados en la Unidad de Neurología del Hospital General de México, SSA. [tesis]: México: Universidad nacional Autónoma de México. Facultad de Medicina; 2011.

-
- ²³ Arauz A, Ruíz FA. Enfermedad Vascular Cerebral. Revista de la facultad de Medicina de la UNAM. México. [Internet]. Mayo-junio 2012[consultado Nov 2017]; 55(3): 11-21. Disponible en: <http://bit.ly/2kfyxh0>
- ²⁴ García GA. Evento vascular cerebral isquémico recurrente: factores de riesgo asociados a trombosis de repetición en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina Interna del Hospital Regional 1° de Octubre ISSSTE, durante el período comprendido entre junio del 2011 a junio del 2012. [tesis], México: Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Medicina, 2013.
- ²⁵ Vivancos J, Gilo F, Frutos R. Et al. Guía de actuación clínica en la hemorragia subaracnoidea. Sistemática diagnóstica y tratamiento. Rev Neurología. 2014 [Consultado 19 Nov 2017]; 29 (6): 353-370. Disponible en: <http://bit.ly/2EhN9T1>
- ²⁶ Hoyos CJ, Moscote SL. Hemorragia subaracnoidea aneurismática con mal grado clínico: Revisión clínica. Revista Mexicana de Neurociencia. Ene-Feb 2016 [Consultado 19 Nov 2017]; 17 (1); 1-113. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmexneu/rmn-2016/rmn161f.pdf>
- ²⁷ Pérez RJ, Torres AL. La discapacidad por enfermedad vascular cerebral. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2012 [Consultado 2018 Ene 08]; 50 (3): 249-254. Disponible en: <http://bit.ly/1kUoGZO>
- ²⁸ Bernal L. Fisioterapia Respiratoria. [Internet]. Disponible en: <http://bit.ly/2yqd2zl>
- ²⁹ Villegas SE, Santiago GS. Proceso de atención de enfermería aplicado a una persona con trauma craneoencefálico. Enf Neurol. México. 2012. [Consultado 26 Nov 2017]; 11(1). 25-29. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene121e.pdf>
- ³⁰ Hernández OH, Carreto BL, Castañeda NJ. Antisepsia oral en prevención de neumonía a ventilador. Rev. Enfermedades infecciosas en Pediatría. 2012 [Consultado 26 Nov 2017]; 101 (36): 185-191. Disponible en: <http://bit.ly/2A85iTK>
- ³¹ Larrañaga GN. Cuidados de enfermería al paciente portador de sondaje nasogástrico. [tesis] Universidad de la Rioja. Escuela Universitaria de Enfermería. 2016. Disponible en: <http://bit.ly/2k0RPHy>
- ³² Guía de práctica clínica. CENETEC. Diagnóstico y manejo de la parálisis de Bell (parálisis facial idiopática)
- ³³ Leno D, Leno J, Lozano GM. Plan de cuidados de enfermería en pacientes geriátricos con disfagia. Enfermería global. 2004 [Consultado 26 Nov 2017]; 4: 1-7. Disponible en: <http://bit.ly/2A9XCRm>
- ³⁴ Gómez CA. Deglución. Hospital General de México. Octubre 2017.
- ³⁵ Barbie RA, Marcos PL, Aguilera MY. Disfagia en paciente con enfermedad cerebrovascular. Actualización. Medisur. 2013 [Consultado 26 Nov 2017]; 7(1). 36-44. Disponible en: <http://bit.ly/2zqZnGk>
- ³⁶ Ministerio de sanidad servicios sociales e igualdad. IMSERSO Guía de Nutrición para personas con disfagia. Disponible en: <http://bit.ly/2n4fQyn>
- ³⁷ Alvarado GA, Lamprea RL, Murcia TK. La nutrición en el adulto mayor: una oportunidad para el cuidado de enfermería. Enfermería universitaria. Julio-septiembre 2017 [Consultado 16 dic 2017]; 14 (3); 199-206. Disponible en: <http://bit.ly/2lr0PGi>
- ³⁸ Fernández RM, Florez AC, Jiménez JA. Alimentación por sonda nasogástrica y gastrostomía. Hospital Universitario "Reina Sofía". [Internet] 2010. Disponible en: <http://bit.ly/2eQILSx>
- ³⁹ Pérez BA, Rodríguez DM, Hernández PG, Tribín RK, Pérez PA. Evaluación de la glucemia a través de dos métodos analíticos en la atención de urgencia. Correo Científico Médico. 2014 [Consultado 26 Nov 2017]; 18 (4): 664-675. Disponible en: <http://bit.ly/2zGfX9a>
- ⁴⁰ Guía de práctica clínica. Evaluación y seguimiento nutricional del adulto mayor en el primer nivel de atención. Catalogo maestro de guías de práctica clínica. 2014. Disponible en: <http://bit.ly/238cuox>
- ⁴¹ Macías MM, Guerrero DT, Prado EF, Hernández JV, Muñoz PA. Malnutrición. Tratado de geriatría para residentes. 227-242.
- ⁴² Mir GA, Casanova CG. Efectividad de la educación para la salud del masaje abdominal en Atención primaria en adultos mayores de 65 años con estreñimiento y no institucionalizados. Univ. de Lleida. Facultad de Enfermería. [Internet]. 2014.[Consultado 03 Nov 2017]Disponible en: <http://bit.ly/2AshTPE>
- ⁴³ Guía para la práctica clínica del consumidor: Intestino neurogenico. Intestino neurogenico: lo que usted debe saber. [Internet]Disponible en: <http://bit.ly/2k07gQ9>
- ⁴⁴ Deveza GI, Mazadiego GM, Hernández HM, Mancera CH. Rehabilitación del paciente con enfermedad vascular cerebral (EVC). Rev. Mex. Fis. Rehab. 2014 [Consultado 26 Nov 2017]; 26 (3-4): 94-108. Disponible en: http://www.medigraphic.com/pdfs/fisica/mf-2014/mf143_4e.pdf
- ⁴⁵ Bernal L. Técnicas especiales de masoterapia. Masaje transversal profundo, drenaje linfático manual y masaje del tejido conjuntivo: efectos fisiológicos y terapéuticos, técnicas específicas, indicaciones y contraindicaciones.[Internet] Disponible en: <http://bit.ly/2hroQrF>
- ⁴⁶ García PR, Ruiz A, Márquez MJ, Berrocal SI. Hombro doloroso en el hemipléjico. Rehabilitación Madrid. 2014 [Consultado 21 Dic 2017]; 38 (3): 104-7. Disponible en: <http://bit.ly/2DwYBcj>
- ⁴⁷ Guía informativa UPC. Universidad Internacional. Higiene del sueño. [Internet]. Disponible en: <http://bit.ly/2BTaTeZ>

-
- ⁴⁸ Vidal Blan R., Adamuz Tomás J., Feliu Baute P.. Relación terapéutica: el pilar de la profesión enfermera. *Enferm. glob.* [revista en la Internet]. 2009 Oct [citado 2015 Abr 29] ; (17): . Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000300021&lng=es.
- ⁴⁹ B Braun. Linovera. Solución de ácidos grasos hiperoxigenados. [Internet]. Disponible en: <http://www.infomecum.com/assets/uploads/files/c9479-FT-Linovera.pdf>
- ⁵⁰ Gobierno de la Rioja. Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento de las úlceras por presión. 2009. [consultado 03 dic 2017]; Disponible en: <http://gneaupp.info/wp-content/uploads/2014/12/prevencion-diagnostico-y-tratamiento-de-las-ulceras-por-presion.pdf>
- ⁵¹ Fustero I. Cuidado de los pies, higiene y tratamiento de los problemas más comunes. OFFARM. 2007. [Consultado 20 Dic 2017]; 26 (2). 66-72. Disponible en: <http://bit.ly/2pSQsNB>
- ⁵² Robles RJ. Cuidados de enfermería en el sondaje vesical: evaluación y mejora en las unidades médico quirúrgicas del Hospital Rafael Méndez. [tesis]. Universidad de Murcia. 2013. 2-35. Disponible en: <http://bit.ly/2zNWSNE>
- ⁵³ Servicio Cántabro de salud. Grupo Nacional para el Estudio y asesoramiento en Úlceras por Presión y heridas crónicas. Manual de prevención y cuidados locales de heridas crónicas. 2011. [Internet]. Disponible en: <http://bit.ly/2aEIJZM>
- ⁵⁴ Consejería de salud y servicios sanitarios. Prácticas seguras relacionadas con cuidados de enfermería. Prevención de caídas de pacientes ingresados. [internet] 2010. Disponible en: <http://bit.ly/2mGSyFK>
- ⁵⁵ Díaz BE. Sujeción gentil en el lactante mayor. *Rev. Mex. Enf Card.* Mayo-Ago 2013. [Consultado 21 Dic 17]; 21 (2). 77-81. Disponible en: <http://bit.ly/2Cp8r0G>
- ⁵⁶ Gordo CI. Papel de la enfermera en la recuperación tras ACVA: prevención de la dependencia. [tesis]. Universidad de Jaén. Facultad de Ciencias de la Salud. 2015.[Internet]. Disponible en: <http://bit.ly/2pY4CwS>
- ⁵⁷ Pérez EC. Alteraciones de la comunicación y del lenguaje en la lesión cerebral: afasia. *Rehab.* Madrid. 2000. [Consultado 25 Dic 2017]; 34(6). 483-491. Disponible en: <http://bit.ly/2zN1RxY>
- ⁵⁸ Santacruz ML. Enfoque sistémico. 2002 [Internet]. Disponible en: <http://bit.ly/2zAOFQw>
- ⁵⁹ Florez AC, Jurado SL, Luque VA, Romero BA. Movilización del paciente. Hospital universitario "Reina Sofía". Abril 2011. [consultado 12 Nov 2017]. 1-11. Disponible en: <http://bit.ly/2zLpPhi>
- ⁶⁰ Manual para el cuidado en casa de un adulto con traqueostomía. [internet] [Consultado 13 Sep 2017] Disponible en: <http://bit.ly/2g2ASal>
- ⁶¹ Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisne Brousse. Protocolo manejo de enfermería en traqueostomía y tubo endotraqueal en adulto. 2013. Disponible en: <https://bit.ly/2wcSqJ8>
- ⁶² Remes TJ, Gómez EO, Icaza CM. Et al. Guías de diagnóstico y tratamiento del estreñimiento en México. C) tratamiento Médico y quirúrgico. *Rev de gastroenterología de México.* México 2011. [Consultado 14. Nov 2017]; 76(2). 141-154. Disponible en: <http://bit.ly/2ju4CBN>
- ⁶³ Mearin F, Mínguez M, Rey E. et al. Guía de práctica clínica sobre del síndrome del intestino irritable con estreñimiento y estreñimiento funcional en adultos: tratamiento. (parte 2 de 2). *Rev. Atención Primaria.* Mar 2017. [Consultado 03 Nov 2017]; 49 (3). 177-194. Disponible en: <http://bit.ly/2yg94H7>
- ⁶⁴ Consejo de Salubridad General. Guía de Práctica Clínica en Intervenciones de Rehabilitación temprana en el Adulto Mayor Hospitalizado. CENETEC. 2013. Disponible en: <http://bit.ly/1LOH4MI>
- ⁶⁵ Instituto Nacional de Rehabilitación. Manual de Operaciones. Técnica de Masaje a marco cólico. Subdirección de Enfermería. Jun 2015. Disponible en: [http:// bit.ly/2x7FAgY](http://bit.ly/2x7FAgY)
- ⁶⁶ ir GA, Casanova CG. Efectividad de la educación para la salud del masaje abdominal en Atención primaria en adultos mayores de 65 años con estreñimiento y no institucionalizados. Univ. de Lleida. Facultad de Enfermería. [Internet]. 2014.[Consultado 03 Nov 2017] Disponible en: <http://bit.ly/2AshTPE>

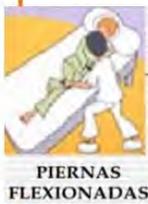
XI. ANEXOS

Trípticos



Movilización del enfermo y la mecánica corporal

Para la movilización de su familiar enfermo es necesario que la familia conozca diversas técnicas para evitar futuras lesiones y dolores en la espalda



PIERNAS FLEXIONADAS

Realice las siguientes acciones para movilizar a su familiar

1- Flexione las rodillas, separándolas, manteniendo la espalda lo más recta posible y el cuerpo lo más cercano posible a la cama para realizar el menor esfuerzo físico.

2- Mantenga la espalda recta, contraiga los glúteos y los músculos abdominales y utilizar los músculos de las piernas para levantarse y moverse.



ESPALDA RECTA

3- Sostenga a su familiar con los antebrazos manteniendo los brazos cerca del cuerpo.

4- Separe los pies, con una amplitud igual a la anchura de los hombros, adoptando una postura estable. El pie de delante se colocará en la dirección en la que vaya a efectuarse el giro.

5- Ayúdese con puntos de apoyo exteriores y con el contrapeso del propio cuerpo para aumentar la fuerza aplicada al momento de moverse.



CARGA CERCA DEL CUERPO



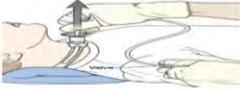
CONTRAPESO DEL CUERPO



PIES SEPARADOS



- ⇒ Jale la sonda con una mano mientras con el dedo anular y el dedo pulgar de la otra mano lo gira. Este procedimiento desde el momento que inicia la succión no debe sobrepasar los 10 segundos.



- ⇒ Deje que el paciente descanse y tome oxígeno después de cada succión.



- ⇒ Repita cuantas veces sea necesario hasta limpiar por completo las vías respiratorias.

- ⇒ Enjuague la sonda con agua potable al terminar.



Hay algunas señales que le indicarán que el paciente necesita de la aspiración de secreciones, estas son:

- ⇒ El contorno de la boca y los labios se tornan de un color azulado.
- ⇒ El paciente se comporta nervioso e irritado.
- ⇒ El enfermo se ayuda con los músculos del pecho y cuello para respirar
- ⇒ Las fosas nasales se expanden cuando la persona inhala
- ⇒ Se escucha un sonido burbujeante al respirar o la respiración es ruidosa.



Máquina de succión

- ◊ Vacíe y lave con agua y jabón el depósito de recolección diariamente.
- ◊ Agregue una pequeña porción de desinfectante germicida en el fondo del depósito de recolección después de cada limpieza.



Elaboraron:
Alumnas de posgrado en Enfermería
De Atención en el Hogar



Aspiración de secreciones en el hogar



Para mantener limpias las vías aéreas, la aspiración de secreciones es un procedimiento efectivo cuando el paciente no puede expectorar o eliminar por el mismo las secreciones de las vías aéreas.

Material para la aspiración de secreciones

Máquina de succión portátil.
Sonda de aspiración 12-14 FR.
Agua hervida o potable.
Guantes desechables estériles



Jeringa de 10 ml

Procedimiento:

- Agrupe todo el material necesario que va a necesitar
- Lave sus manos con agua y jabón
- Conecte la sonda de aspiración a la máquina de succión. (Utilice la técnica más limpia posible)



- Prenda la máquina de succión y ajuste el nivel de succión.

- Coloque al paciente acostado y de tal forma que usted tenga más fácil acceso a la traqueostomía.

- De ser necesario, con la jeringa vierta unas gotitas de agua en la apertura del estoma.



- Suavemente, introduzca la sonda en la traqueostomía a la distancia prescrita o hasta que su familiar comienza a toser.

Aspiración



- Inicie la succión, generalmente presionando un botón o cubriendo el puerto de succión del catéter con su dedo.



5- Usando las yemas de los dedos aplicará la misma técnica a la anterior pero haciendo manipulaciones de presión, se deberá insistir más en el colon descendente ya que es el último trozo de intestino.



6-La fase de **enfriamiento** se dará de 3 a 5 respiraciones profundas.



Beneficios: Fortalecimiento de los músculos abdominales, estimulación para la evacuación, disminuye el estrés.

Contraindicaciones: Hernias, embarazo, hipertensión, úlceras estomacales,



Elaborado por: E. E. A. H.
Alma Lucero Díaz Avila

Masaje abdominal en adultos con estreñimiento



La función principal del sistema digestivo es el proporcionar los nutrientes necesarios en nuestro organismo.



¿Cómo se aplica?

- 1- Unte al abdomen un poco de crema o aceite
- 2- Comience el **calentamiento** con frotamientos suaves en círculos y en sentido del reloj, la presión debe ser suave y no debe oprimir zonas que provoquen dolor.



- 3- Todo seguido, realice vibraciones con las puntas de los dedos para estimular abdomen y calentar zona.



- Trabajo**
- 4- Con las manos superpuestas realice circunferencias pequeñas en el sentido de las agujas del reloj, siempre empezando por el colon ascendente, luego por encima del ombligo y finalmente por el colon descendente.



¿Qué es el estreñimiento?

Consiste en el movimiento lento del sedimento alimenticio a través del intestino grueso, asociado a la acumulación de heces duras.



¿Qué lo causa?

- Deshidratación
- Falta de movilidad
- Poca actividad durante el día
- Dieta baja en fibra
- Algunos medicamentos para tratar; dolor, depresión, diabetes, etc.

El masaje abdominal es una terapia manual que consiste en un método seguro, simple y fácil para aliviar el estreñimiento

Recomendaciones antes de realizar masaje abdominal

Antes de dar el masaje es recomendable ingerir un vaso de agua.



El masaje debe durar unos 20 min. (5 de calentamiento, 10 trabajo, 5 de enfriamiento)

Se debe realizar 15-20 minutos después de ingerir alimentos.

Debe buscar un lugar tranquilo

Se puede realizar acostado o sentado



¿Cómo debe alimentarse?

-Lo adecuado es acudir a nutrición para una dieta de acuerdo a su peso, talla y edad.



Evite consomé en polvo, enlatados y embutidos pues contienen mucha sal.



Las frutas rojas y azules contienen antioxidantes y protectores para su corazón.

Las frutas rojas y azules contienen antioxidantes y protectores para su corazón.



Los pescados azules contienen omega 3 son grasas buenas.



Las leguminosas como frijol, lentejas y garbanzos, son ricos en fibra soluble

Las nueces y almendras son ricas en fibra, tienen ácido fólico, vitamina B y hierro.



-Quite el salero de la mesa para lograr disminuir su consumo

Use hierbas de olor y algunos condimentos como cebolla ajo y picante si le gusta



Signos de alarma

Si tomó correctamente sus medicamentos y persiste elevada la presión igual o por arriba de 180/100 y tiene síntomas como

- Mareo
- Nausea
- Debilidad
- Dolor de pecho, brazo o cabeza

Acuda a urgencias o a consulta con su médico para un ajuste de sus medicamentos.

Si la presión siempre se mantiene elevada, puede dañar a varios órganos como:

El cerebro - puede causar un derrame cerebral.

Los riñones - insuficiencia renal que puede llevar a la necesidad de diálisis.

Los ojos - alteraciones en la visión.

El corazón - infarto, insuficiencia cardíaca y mayor posibilidad de arritmias



Elaboraron:
Alumnas de posgrado en Enfermería
De Atención en el Hogar



¿Qué debe saber sobre la Hipertensión arterial ó PRESION ALTA?

Es una Enfermedad en la que el corazón hace un mayor esfuerzo en sus arterias por estar bombeando la sangre hacia todo el cuerpo.

Para hacer el Diagnostico debe realizarlo un profesional de Enfermería o Médico chequeando en 2 ocasiones con cifras iguales o mayores a

140/90



FACTORES DE RIESGO

Antecedente en la historia familiar



Sedentarismo

Dieta NO saludable

Obesidad



¿Que debes saber sobre algunos efectos que producen sus medicamentos?



Los diuréticos lo hacen orinar más Otros lo hacen que lata más lento su corazón



Otros hacen que se acelere y lata más rápido

Otros producen tos, si usted tiene asma o problemas en sus pulmones avísele a su Médico para que valore el cambio.



Algunos producen mareo al ponerse de pie.

Si le recetan más de un medicamento para la presión NO debe tomarlos juntos.

-Trate de sentarse o reposar un rato después de tomarlos para evitar el mareo



¿Qué cuidados deberá hacer para controlar su presión?



Para medirse la presión, siéntese tranquilamente 5 minutos, sin haber fumado ni tomado café y con la vejiga vacía. En una posición recta con los pies apoyados en el piso y el brazo totalmente descubierto



Cuide su peso

Evite fumar, pida ayuda si necesita dejar de hacerlo.



Deberá realizarse estudios de laboratorio para que su médico valore su colesterol, glucosa, triglicéridos y la función de su riñón

Lleve un registro de sus mediciones de la presión y muéstreles en su consulta a su Médico para que valore los ajustes de sus medicamentos

Practique ejercicio diario

-Camine diariamente independiente de sus actividades.

-Trate de llegar a una meta de 30 minutos diarios 6 días de la semana.

-Debe haber ejercicio de calentamiento 5 minutos despacio.

-20 minutos caminar más rápido hasta que sienta sudar y no le falte el aire o hasta que tolere.

-Al final camine 5 minutos despacio como enfriamiento.



Su médico será el único indicado en decirle si no puede hacer ejercicio extenuante.