



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**CUIDADOS EN EL HOGAR A UNA PERSONA CON ALTERACION
NEUROLOGICA**

TESINA

Que para obtener el grado de

ESPECIALISTA EN ENFERMERIA DE ATENCION EN EL HOGAR

PRESENTA

L.E.O. HERNANDEZ HERNANDEZ JUANA CAROLINA

TUTOR:

MTRA. CATALINA INTRIAGO RUIZ



Ciudad de México, octubre 2020



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 LA MAESTRA CATALINA INTRIAGO por compartir su conocimiento, y ser una guía, por ayudarme a conseguir esta meta tan importante, por su ánimo para seguir adelante en este camino difícil y arduo.

A LA DRA. CARLOTA HERNANDEZ por brindar su tiempo, apoyo y conocimiento.

A LA MTRA. BERTHA MANCILLA Y MTRA. VERONICA HERNANDEZ por depositar su confianza en mí, por impulsar y motivar. En tomarme en cuenta para proyectos profesionales e institucionales.

A LOS PROFESIONALES Y DOCENTES, a cada uno de ellos por compartir su saber, conocimiento y experiencias. Que nos otorgaron su valioso tiempo para nosotros alcanzar los objetivos planteados.

A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO mi alma mater, quien me brindó la oportunidad de admitirme como una de sus alumnas desde el inicio de mis estudios. Y ha estado a lo largo de todas mis metas profesionales.

A LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA, mi escuela, mi segunda casa, que me permitió ser lo que soy hoy en día un profesional en Enfermería.

AI HOSPITAL GENERAL DE MEXICO “EDUARDO LICEAGA” por abrir sus puertas a la especialidad de Enfermería de Atención en el Hogar, y compartir sus conocimientos y experiencias a través de cada uno de los profesionales que participaron en nuestra formación.

A todos y cada uno de los campos clínicos Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, Instituto Nacional de Rehabilitación, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias por abrir sus puertas y brindar su saber, experiencia y conocimiento.

DEDICATORIA

Este trabajo representa una etapa de mi vida de dedicación, de tiempo empleado, de sacrificio ante las personas que amo, una experiencia de vida enriquecedora y que a lo largo de este camino hay personas muy importantes que me alentaron para conseguir esta meta. Por lo que se la dedico:

A Dios por darme salud, fortaleza, paciencia durante este trayecto de aprendizaje y formación. Por permitirme haber concluido esta meta.

A MI AMADO ESPOSO a ti Néstor, por tu apoyo incondicional que me brinda siempre, por tu amor, paciencia y confianza. Por creer en mí como persona y profesional. Por alentarme en los momentos de debilidad y darme ánimos a seguir adelante. A ti amado esposo por esos momentos difíciles y de largas ausencias de mi persona por dedicarme a este proyecto de vida. Esta tesina y la conclusión de este posgrado **son gracias a ti**.

A MIS AMADOS HIJOS Erick, Mauricio y Carolina por ser fuente de motivación e inspiración para poder superarme cada día más y poder luchar para que la vida nos depare un futuro mejor.

A MIS PADRES Alfredo y María Eugenia que siempre me han brindado amor, paciencia. Que me dieron las herramientas, los valores, mis principios, me inculcaron la perseverancia y empeño para poder alcanzar cada una de mis metas personales y profesionales.

A MIS HERMANAS Y AMIGOS por su cariño y apoyo incondicional, sus consejos y sus ánimos para seguir adelante.

Contenido

| | |
|---|------------|
| INTRODUCCION..... | 4 |
| CAPITULO I FUNDAMENTACION | 6 |
| 1.1 Planteamiento del problema..... | 6 |
| 1.2 Contexto del estudio..... | 8 |
| 1.3 Justificación | 9 |
| 1.4 Objetivos | 10 |
| CAPITULO II MARCO TEORICO..... | 10 |
| 2.1 Marco Referencial..... | 10 |
| 2.2 Marco teórico..... | 12 |
| CAPITULO III METODOLOGIA | 23 |
| 3.1 Metodología de búsqueda de información | 23 |
| 3.2 Conformación del Plan de Alta | 23 |
| CAPITULO IV DESARROLLO..... | 25 |
| 4.1 Valoración de enfermería | 25 |
| 4.2 Diagnósticos de enfermería | 43 |
| 4.3 Desarrollo de plan de alta | 48 |
| 4.3.2 Medicamentos..... | 71 |
| 4.3.3 Actividad, ejercicio y rehabilitación | 75 |
| 4.3.4 Nutrición | 87 |
| CAPITULO V. CONCLUSIONES | 100 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS. | 101 |
| ANEXOS | |
| APENDICES | |

INTRODUCCION

Las enfermedades neurológicas son una causa importante de morbimortalidad, discapacidad, deterioro de la calidad de vida y ausentismo laboral a nivel mundial, afecta a cualquier nivel social, raza, grupo de edad y ocasiona invalidez y muerte.

Dentro de los problemas neurológicos más representativos esta la Enfermedad Vascul ar Cerebral, siendo la segunda causa de muerte a nivel mundial y la primera en discapacidad. La Enfermedad Vascul ar Cerebral (EVC) está asociado a consecuencias dramáticas para la salud del paciente y para la sociedad especialmente si persiste el déficit o secuelas, que pueden evitar una reintegración adecuada. Al analizar el marcado déficit de la función que provoca la presencia de un EVC, con consecuencias importantes de deterioro neurológico, se hace indispensable brindar cuidados de forma individualizada ante las necesidades del paciente y su familia.

Estos cuidados deben ser de forma continua y con calidad en la atención a partir de un proceso científico llamado proceso de atención de enfermería (PAE) “es la aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, lo que permite presta cuidados de una forma racional, lógica y sistemática”

Dentro del proceso de atención de enfermería se realiza un plan de alta para su ejecución en este caso en el hogar. Antes del egreso del paciente a su domicilio el cuidador primario y la familia deben recibir una amplia capacitación para la aplicación del Plan de Alta con sesiones de retroalimentación en el área hospitalaria. Posterior a ello se brinda una atención programada y realización de visitas domiciliaras cuya oferta justifica fundamentalmente cubrir las expectativas y las necesidades de cuidados en el paciente y su familiar. Esta atención domiciliaria es la educación sanitaria, asistencia o cuidados que se prestan en el domicilio del paciente que, debido a su estado de salud y dificultad de movilidad, contribuye a conocer los estilos de vida dentro del ámbito familiar, a detectar situaciones de riesgo y a mejorar la calidad de vida del paciente.

Con la educación y orientación por parte del profesional de enfermería, se espera alcanzar la continuidad de los cuidados en el hogar, estimulo del autocuidado dentro de las capacidades funcionales de la persona de manera holística e integral.

Gracias a la Enfermería Basada en Evidencias se consultaron fuentes de información que permite fundamentar y sustentar esta herramienta necesaria para brindar los cuidados requeridos y necesarios en el hogar por el estudiante del posgrado de Enfermería de Atención en el Hogar.

Se describe acerca de la patología, se realiza un instrumento de valoración de enfermería, un instrumento para el estudio socioeconómico. Se describen las diferentes escalas para valoración de las actividades de la vida diaria. Se incluye la valoración funcional, motora y cognitiva. Incluye un plan de alta con los apartados de cuidados

específicos, medicamentos, nutrición, rehabilitación y ejercicio. Datos de alarma y entorno.

CAPITULO I FUNDAMENTACION

1.1 Planteamiento del problema

A lo largo de la evolución del ser humano se ha ido modificando el estilo de vida; los cambios ambientales, demográficos, económicos, sociales y culturales que influye en el perfil epidemiológico de las enfermedades y en el cambio de los factores de riesgo que favorecen la presencia de patologías; a principios del siglo XX estaban en primer lugar las enfermedades infecciosas por una población expuesta a higiene deficiente, mala disposición de excretas, hacinamiento, agua de baja calidad, cobertura insuficiente. En la actualidad a pesar del avance tecnológico se agregan riesgo de exposición al sedentarismo, estrés, consumo de tabaco y drogas, patrones alimentarios con alta densidad energética, sobrepeso, obesidad, hipertensión, diabetes; factores responsables para las enfermedades crónico degenerativas o enfermedades no transmisibles como las enfermedades neurológicas a causa de ello, son una causa importante de morbilidad, discapacidad, deterioro en la calidad de vida y ausentismo laboral a nivel mundial, afecta a cualquier nivel social, raza, grupo de edad y ocasiona perdida por muerte e invalidez.¹

Sabemos que la Enfermedad Vascular Cerebral (EVC) es la segunda causa de muerte a nivel mundial (5.5 millones de defunciones al año, 10% de la mortalidad global) y primera en discapacidad. Esta no debe ser considerada como el inicio de una enfermedad, sino más bien a una complicación por entidades sin control de mucho tiempo de evolución, si se considera que los procesos patológicos inician desde edad temprana, manifestándose a edades tardías.²

La EVC es la causa de 10% a 12% de las muertes en los países industrializados, la mayoría (88%) en personas mayores de 65 años. La incidencia de la enfermedad aumenta de manera exponencial conforme aumenta la edad comprometiendo a 3 por cada 10 000 personas entre la tercera y cuarta décadas de vida, hasta 300 de cada 1000 personas entre la octava y novena década de la vida. La incidencia acumulada de presentación de la EVC de acuerdo con la edad pueden observarse en la (tabla 1). El riesgo de EVC es mayor en hombres que en mujeres, aunque la posibilidad de muerte en estas es de 16% y de 8% para aquellos. Esto derivado de que se presenta más tardíamente en la mujer y a una mayor expectativa de vida en ella.³

La EVC Es la principal causa de discapacidad funcional, pueden ser leve o severa, con deficiencias neurológicas. En el grupo de edad mayor de 65 años se ha encontrado que 6 meses después el 26% son dependientes en actividades de la vida diaria y 46% presentan déficits cognitivos.² Lo que hace esta enfermedad sea la principal causa de incapacidad funcional. Los pacientes con discapacidad por la naturaleza de las secuelas no responden a las intervenciones a corto y mediano plazo lo que supone un desafío constante para los profesionales de salud y la familia involucrada.⁴ La Organización

Mundial de la Salud ha conceptualizado discapacidad como una restricción, resultado de la falta de capacidad para llevar a cabo una actividad considerada como normal para el hombre. Esas discapacidades se clasifican como motora, y de locomoción; de comunicación, emocional, cognitivo, visual y auditiva.⁵

Alrededor del 30 al 40% de los supervivientes en el primer año después del evento no están con condiciones de volver a trabajar y requieren algún tipo de ayuda para realizar actividades básicas de la vida diaria como alimentarse, vestirse, cuidado de higiene personal, uso de electrodomésticos, uso de transporte entre otros.

Es importante mencionar que además de los problemas de discapacidad motora y de locomoción, se presentan las complicaciones como la disfagia. Kind, refiere que las infecciones y neumonías por aspiración son las razones más comunes que conducen a la re-hospitalización a causa de los problemas de la deglución.² Entre otras no menos importantes como las lesiones por dependencia como las úlceras por presión o fricción, síndrome de hombro doloroso, intestino y vejiga neurgenica.

| PROBABILIDAD ACUMULADA (%) DE EVC | | |
|-----------------------------------|---------|---------|
| EDAD | HOMBRES | MUJERES |
| 65 años | 3% | 3 |
| 75 años | 10% | 6% |
| 85 años | 24% | 18% |
| 90 años | 33% | 28% |

Tabla 1.

El ajuste a la discapacidad física después del evento cerebral vascular es un proceso de colaboración entre el paciente, la familia y los profesionales de la salud. Es un desafío tanto por el impacto social, como el impacto en la vida de las personas y sus familias. Esta colaboración no se limita al ambiente hospitalario, sino se extiende hacia los cuidados que deben brindar en domicilio durante todo el curso de la enfermedad.

La recuperación de la persona está directamente relacionada con el tipo de cuidados brindados, orientados y ejecutados por el cuidador principal una vez en el domicilio. El profesional de enfermería especialista en Atención en el Hogar, con apoyo en un plan de alta debe orientar sobre la atención y tipos de cuidados que se requieren. La noción de lo que hacer tiene una influencia significativa en el contexto de la vida del paciente y del cuidador principal al disminuir la presencia de complicaciones que requieran intervención hospitalaria y mejorar el estilo de vida tanto del paciente como del cuidador primario y de toda la familia.

El profesional de enfermería debe ser capaz de orientar en todos los cuidados que deben ser brindados en el hogar como la importancia de la alimentación, ejercicio y rehabilitación, medicamentos, de las complicaciones y signos de alarma. Para el paciente es

fundamental recibir orientación acerca de su enfermedad, de los cuidados que requiere para el aporte de beneficios tales como un periodo más corto de ajuste o de recuperación, con menos complicaciones. Es esencial que el profesional de enfermería actúe con el paciente y su familia en la mejora de la calidad de vida, informe y eduque. La familia que participa en forma activa en la atención del enfermo con informaciones claras para que sepa cómo cuidar activamente reduce las re hospitalizaciones causadas por la discapacidad y complicaciones.

1.2 Contexto del estudio

La enfermería es una profesión de carácter social, cuyos sujetos de atención son la persona, la familia y la comunidad, con sus características socioculturales, sus necesidades y derechos, así como el ambiente físico y social que influye en la salud y bienestar. El ejercicio de la enfermería tiene como propósito generar y promover la salud, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento, rehabilitación y recuperación de la salud, aliviar el dolor, proporcionar medidas de bienestar y contribuir a una vida digna de la persona.

La atención del profesional de enfermería no solo se da a nivel institucional, este se extiende hasta el hogar después del egreso hospitalario. El evento vascular cerebral altera el estilo de vida del enfermo al incapacitarlo en la realización de sus actividades básicas de la vida diaria, como son la movilidad, alimentación, eliminación cuidado personal, además de las alteraciones psicosociales y cognitivas, lo que requiere del el apoyo de la familia y cuidados primario para la asistencia de estos. Es indispensable contar con una metodología para abordar los problemas que conlleva las secuelas de la EVC en una persona y así mismo identificar las necesidades del cuidador principal. Con un plan individualizado para el cuidado en el hogar es una guía que proporciona información importante al paciente y cuidador primario. En él se implementa el proceso enfermero a través de la valoración de necesidades, diagnósticos oportunos, plan de cuidados específicos, personalizados y especializados, ejecutados y evaluados durante la hospitalización y brindan constancia del cuidado en el hogar.

Cuidados en el hogar

Cuidados de salud en el hogar son los servicios que promueven, mantiene o restauran la salud física, social o emocional de la persona en su hogar. Warhola en 1980 define que “son ese componente de una secuencia de cuidados extensos, por medio de los cuales se proporcionan servicios de salud, sociales y de apoyo a individuos y familiares en sus lugares de residencia y en la comunidad.”⁶

La necesidad de atención del paciente con secuelas por enfermedad vascular cerebral en el hogar ha ido en incremento, se requiere que los familiares y cuidadores primarios estén preparados para brindar atención adecuada, utilizando los recursos que estén al

alcance. Si no se cuenta con esta preparación, orientación y educación previa condiciona a factores de reingreso por complicaciones y deterioro en la calidad de vida del paciente, cuidador primario y familia. El plan de alta debe constar con técnicas terapéuticas, fármacos (utilidad, dosis, interacción, horario, efectos secundarios), dieta (adaptación, complementación, sustitución o eliminación de alimentos), movilización, ejercicio y rehabilitación, cuidados específicos (estomas, heridas, drenaje, higiene, vestido), importancia de la continuidad de la atención, signos de alarma.

Par el profesional de enfermería el plan de alta favorece la continuidad de los cuidados acorde a cada paciente y a sus necesidades para proporcionar atención de calidad en el hogar.

1.3 Justificación

En los últimos años se ha observado un aumento de la morbimortalidad por enfermedades crónicas. Los avances tecnológicos y científicos ha favorecido el aumento en la esperanza de vida y por tanto la población mayor de 60 años, etapa de la vida en la que con mayor frecuencia se aumentan los riesgos de enfermar o de perder la autonomía, funcionalidad y por ende se va a requerir del cuidado de otros. Lo anterior ha puesto de manifiesto una problemática en relación con la oferta y demanda de servicios de las personas con enfermedad crónica, evidenciada en un déficit de la satisfacción de las necesidades y el desplazamiento de cuidados al hogar, lo cual representa una carga para los usuarios y sus cuidadores familiares. Todo esto supone la necesidad de apoyar y potenciar desde las áreas de desempeño de enfermería, el acompañamiento y educación de las personas con enfermedad crónica y a sus cuidadores informales dentro del entorno familiar y comunitario. La evidencia indica que los cuidadores son más competentes y disminuyen los niveles de estrés cuando tienen un apoyo formal que les ayude a potenciar sus habilidades y conocimientos, lo cual contribuye a mejorar la calidad de vida del binomio cuidador-cuidado.

El plan de alta y cuidados permite a este binomio conocer las recomendaciones individualizadas respecto al estado de salud del paciente al egreso, mejora la comunicación enfermera-paciente-familiar. Este se debe iniciar desde el ingreso del paciente y continuar durante todo el proceso en el domicilio. Este debe ser entregado y explicado, y si los cuidados lo requieren brindar la capacitación necesaria antes del egreso y en domicilio.

Una buena aplicación de los cuidados en el hogar entre otras medidas, disminuye el número de reingresos por complicaciones a las instituciones; una intervención individualizada dentro del plan de alta, mejora el estado de salud y permite la continuidad de los cuidados. Si se disminuyen los reingresos, se aumenta la calidad de vida, se garantiza la recuperación y reintegración a la sociedad.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo General

Proporcionar una guía que permita elaborar un plan de alta con cuidado individualizado para la atención en el hogar a persona con alteración neurológica secundaria a enfermedad vascular cerebral

1.4.2 Objetivos Específicos

Identificar personas con alteración neurológica secundaria a enfermedad vascular cerebral que presenta dependencia

Valorar las necesidades de cuidado y grado de dependencia de la persona a través de la observación, exploración física y obtención de datos que permitan elaborar diagnósticos de enfermería.

Implementar un plan de cuidados específico, integral y continuado que permita informar, educar al paciente y cuidador primario en base a los diagnósticos de enfermería identificados

Aplicar el plan de cuidados específico para cada persona manteniendo buena relación enfermera-paciente-cuidador primario-familia.

Lograr la adaptación en el hogar mediante cuidados específicos y mejorar la calidad de vida del paciente y su familia

Implementar el plan de alta para prevención de complicación, disminuir riesgos y asegurar una intervención integral en el hogar.

CAPITULO II MARCO TEORICO

2.1 Marco Referencial

Los factores de riesgo condicionantes, el avance tecnológico y científico que favorece el aumento en la esperanza de vida conllevan la incidencia y prevalencia de enfermedad crónica en la población, se aumenta el riesgo de perder autonomía, funcionalidad y por ende requerir del cuidado de otros. Las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y respiratorias crónicas van ligadas a un estado de enfermedad crónico, se evidencia un déficit de la satisfacción de necesidades y el desplazamiento de cuidados al hogar.

La enfermedad vascular cerebral es una de las principales causantes que originan discapacidad y dependencia, alterando el estilo de vida reflejado en la realización en las actividades básicas y avanzadas de la vida diaria, requiriendo del apoyo de una tercera persona: el cuidador primario y de la familia para la asistencia en su cuidado.

Ante esta panorámica, el profesional de enfermería está facultado para guiar, brindar la educación y el acompañamiento a persona con la enfermedad, al cuidador principal y la familia. En su retorno a casa los supervivientes son enfrentados con cambios en su desempeño funcional, roles familiares, vida social y status laboral, estos eventos se perciben como negativos y más allá del control individual, generando estrés y frustración, tanto en el paciente como en la familia.

La evidencia indica que los cuidadores son más competentes y disminuyen los niveles de estrés cuando tiene un apoyo formal que les potencie habilidades y conocimientos, lo cual contribuye a mejorar la calidad de vida del binomio cuidador-cuidado. ⁷

La escuela de enfermería de la Universidad Industrial de Santander diseño el Programa de Preparación y Apoyo para el cuidado en el hogar, con el ánimo de apoyar el cuidado en el hogar de las personas con situación y/o enfermedad crónica. El objetivo del estudio fue evaluar la eficacia de las intervenciones de enfermería en personas con enfermedad crónica y sus cuidadores familiares. Los resultados muestran que las intervenciones de enfermería aplicadas tienen un efecto positivo mejorando en cuanto al régimen terapéutico, disminución del riesgo de cansancio y obtención de conocimiento, mejorando la calidad de vida de la persona enferma y del cuidador primario. ⁶

El Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez en atención directa con pacientes en situación de terminalidad y su familia identificaron situaciones que afectan directamente su calidad de vida, razón por la cual se diseñó un programa para realizar intervención psico educativa con el objetivo principal de ampliar el repertorio de afrontamiento del paciente y cuidador primario a través de la orientación respecto a la enfermedad, síntomas y cuidados específicos que puede realizar en el hogar. Se destacan aspectos importantes observados posterior a la psico educación tales como: identificación de conductas adaptativas, ampliación de repertorio de afrontamiento con la inclusión de actividades de la vida cotidiana, ejecución y mantenimiento del autocuidado, disminución de consultas en servicios de urgencias y del número de hospitalizaciones. ⁸

Herrera Carrillo menciona que las personas que presenta enfermedad vascular cerebral es un grupo que requiere atención y cuidados que superan las limitaciones del paradigma biomédico, describe que los profesionales de enfermería quienes tienen especial orientación hacia el cuidado será evitar que estas limitaciones se conviertan en impedimentos para el desarrollo de actividades o minimizar el daño causado por la enfermedad y disminuir el nivel de dependencia y las oportunidades en que estas personas precisen ayuda asistencial en el hogar. La implementación de un programa de intervención y seguimiento que permite a las personas que han presentado una EVC rehabilitarse y recuperar la independencia funcional, lograr su rol social y evitar otro tipo de complicaciones. ⁹

El diseño y aplicación de un protocolo domiciliario para el cuidado de pacientes con EVC, egresados de una institución hospitalaria permite potencializar el desarrollo de la adaptación del paciente y su familia, incrementando el conocimiento y la habilidad de los mismos para atender a las necesidades del enfermo. Cardona Campos menciona que la aplicación de este proceso permite que el profesional de enfermería atienda a demandas de estos pacientes. De igual manera disminuye los costos generados a las instituciones de salud por disminuir las recidivas, infecciones y otro tipo de complicaciones. Trayendo consigo beneficio y bienestar al paciente y su familia. ¹⁰

Se realiza un estudio sobre la efectividad del apoyo social en la rehabilitación del paciente con discapacidad secundaria a enfermedad vascular cerebral en una unidad del IMSS. Se observa una mejoría significativa en la capacidad funcional de los pacientes después de la intervención con un aumento en su percepción del apoyo social, emocional y físico. Base para que el profesional especialista de atención en el hogar genere este tipo de estrategias para implementar en casa al paciente con secuelas con EVC y a su familia. ¹¹

2.2 Marco teórico

Definición

Dentro de los problemas neurológicos más representativos esta la Enfermedad Vascular Cerebral (EVC). Definida por la OMS como *“el desarrollo de signos clínicos de alteración focal o global de la función cerebral, con síntomas que tienen una duración de 24 horas o más, o que progresan hacia la muerte y no tiene otra causa aparente que un origen vascular.”*² Murillo-Bonilla considera al EVC como: *“Enfermedad crónica y multifactorial caracterizada por cambios crónicos las más de las veces del endotelio, o como consecuencia de otra patología crónica que tiene un fase sintomática y aguda denomina ataque cerebral, que afecta la circulación cerebral o retiniana, ya sea por oclusión o ruptura de una arteria”.*³

Factores de riesgo.

Según las Guías de Práctica Clínica Basada en la Evidencia Enfermedad Cerebrovascular agrupa los factores de riesgo inherentes a características biológicas de los individuos (edad y sexo), características fisiológicas (presión arterial, colesterol sérico, fibrinógeno, índice de masa corporal, cardiopatías y glicemia), a factores de riesgo relacionados con el comportamiento del individuo (consumo de cigarrillo o alcohol, anticonceptivos orales), y a características sociales o étnicas.

Variación social y étnica.

La población afro caribeñas muestran más altas tasa de EVC frente a población de raza blanca. En clases sociales bajas se observa de igual manera una mayor incidencia atribuido por los regímenes dietéticos.

Factores de riesgo individual.

- Hipertensión arterial.

El mayor factor de riesgo para EVC sea isquémica o hemorrágica es la hipertensión arterial, cerca del 40% se relaciona con presión sistólica mayor de 140 mmHg. La hipertensión promueve la aterosclerosis en el arco aórtico y arterias cervicales, y la lipohialinosis en arterias cerebrales de diámetro pequeño.

- Colesterol.

La hipercolesterolemia mayor de 220 mg/dl interviene en la aterosclerosis de los grandes vasos y de las arterias carotídeas y que presenta una íntima relación con el EVC isquémico.

- Tabaco.

El cigarrillo contribuya a un alto nivel de fibrinógeno en sangre y otras sustancias procoagulantes y al daño endotelial, el riesgo relativo se presenta más en mujeres.

- Sobrepeso.

Se correlaciona junto con el cigarrillo colocando a personas mayores de 65 años al 60% de padecer un EVC. El riesgo poblacional total debido a la obesidad oscila entre el 15 y 25 %.

- Fibrinógeno:

Las concentraciones plasmáticas de fibrinógeno son un factor de riesgo de EVC. Las mismas se ven afectadas por el alcohol, cigarrillo, sobrepeso, sedentarismo.

- Diabetes y alteración en la tolerancia a la glucosa.

Esta enfermedad es uno de los factores de riesgo más importantes en la EVC. Se asocia con una prevalencia anormalmente alta de factores de riesgo para enfermedad cardiovascular como hipertensión arterial, obesidad y dislipoproteinemia.

- Anticonceptivos orales.

Se ha relacionado con la presencia de EVC isquémico y hemorrágico por su alto contenido en estrógenos.

- Dieta y alcohol.

La dieta influye sobre la hipertensión arterial y el desarrollo de la aterosclerosis. Altas concentraciones de sodio, bajas concentraciones de potasio, sobrepeso, la ingesta de

alcohol se relacionan de manera independiente como factores asociados a la hipertensión. Se sugiere que dietas ricas en vegetales y frutas pueden proteger contra la aparición de EVC.

- Función cardiaca.

La fibrilación auricular, cardiomiopatías dilatadas presencia de trombos murales o válvulas protésicas se han relacionado con eventos de cardioembolismo.¹²

Clasificación

Las definiciones de ataque cerebral favorecen la pronta identificación del daño cerebral para favorecer los tratamientos específicos para disminuir la morbimortalidad de estos padecimientos.

Ataque: Es una emergencia aguda y súbita.

Ataque Cerebral (AC): Emergencia “vital” que requiere atención inmediata en el centro médico de nivel competente más cercano al sitio de presentación.

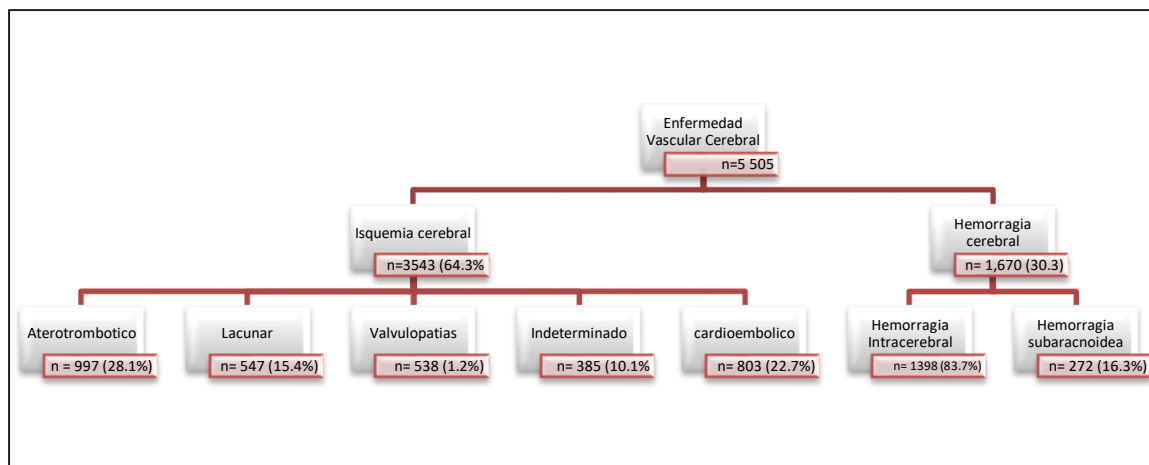
Ataque Cerebrovascular (ACV): Síndrome clínico de origen vascular caracterizado por la aparición de signos y síntomas rápidamente progresivos. Término clínico y genérico para uso en el cuidado pre hospitalario y en los servicios de urgencias, antes de categorizar su naturaleza (hemorrágica o isquémica).¹³

El término se aplica al síndrome clínico con más de 60 minutos de duración, y con cambio en las imágenes y en la anatomía patológica. Está acompañado de un tiempo de evolución definido.

Ataque Isquémico Transitorio (AIT): Episodio temporal, de menos de 60 minutos de duración, con déficit neurológico causado por isquemia focal cerebral, espinal o retiniana, sin ataque agudo y sin cambios en las imágenes de resonancia magnética.¹³

Enfermedad Cerebrovascular (ECV): Es el término jerárquicamente más amplio e incluye todas las formas de patología circulatoria del sistema nervioso, sean ellas agudas o crónicas, generalizadas o focales, hemorrágicas o isquémicas o de origen arterial o venoso.¹³

Una vez identificada la causa de la enfermedad vascular cerebral se puede definir según los criterios de clasificación de TOAST³ lo que permite determinar los mecanismos fisiopatológicos más específicos: (Figura 1).



(Figura 1) Clasificación TOAST para diagnóstico etiológico de la Enfermedad Vascular Cerebral.

La clasificación rápida del ECV permite predecir pronóstico, identificar y modificar los procesos fisiopatológicos con el fin de reducir la lesión en fase aguda y riesgo de recurrencia (a 5 años), planear las medidas de soporte inmediato para el paciente. La fatalidad en la presentación de la ECV depende de factores como la edad y la condición de salud previa. La frecuencia de mortalidad es en promedio cerca al 24%. Las causas de la muerte en el primer mes son debido a secuelas neurológicas.¹²

Fisiopatología

Los tres procesos fisiopatológicos más frecuentemente asociados al ataque cerebral en los pacientes con EVC son la aterosclerosis, la fibrilación auricular, la lipohialinosis e hipertensión arterial, todos ellos son procesos crónicos de larga evolución que culminara finalmente en un ataque cerebral.¹⁴

EVC isquémico

El accidente cerebrovascular isquémico es el resultado de una isquemia cerebral focal asociada a un infarto encefálico permanente (p. ej., resultados positivos en la RM con técnica de difusión). Sus causas más frecuentes son (en orden decreciente) la oclusión aterotrombótica de arterias grandes; la embolia cerebral (infarto embólico); la oclusión no trombótica de las arterias cerebrales pequeñas y profundas (infarto lacunar) y la estenosis arterial proximal con hipotensión que disminuye el flujo sanguíneo cerebral en las zonas arteriales limítrofes (accidente cerebrovascular hemodinámico).¹⁵

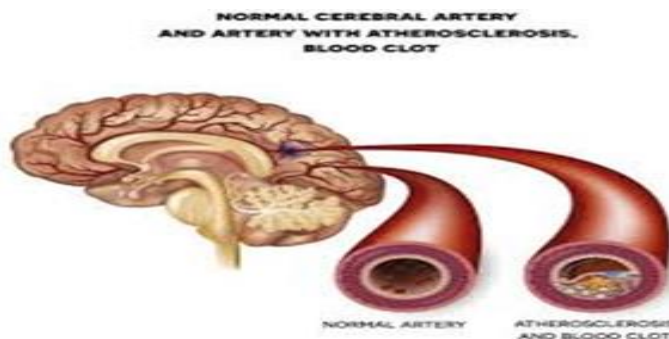
La isquemia suele ser el resultado de trombos o embolias. Incluso los infartos que se clasifican como lacunares sobre la base de los criterios clínicos (morfología, tamaño y localización) muchas veces son el resultado de trombos o embolias pequeñas.

Trombosis

La oclusión aterotrombótica de grandes arterias (trombo superpuesto en una arteria aterosclerótica) es la causa más frecuente de accidente cerebrovascular isquémico.

Los ateromas, sobre todo si están ulcerados, predisponen a sufrir trombos. Esta lesión puede afectar cualquier arteria cerebral importante y es frecuente en las áreas de flujo turbulento, sobre todo en la bifurcación carotídea. La oclusión trombótica parcial o completa ocurre más a menudo en el tronco principal de la arteria cerebral media y sus ramas, pero también es frecuente en las grandes arterias de la base del encéfalo, en las arterias perforantes profundas y en las pequeñas arterias corticales. Muchas veces se ocluye la arteria basilar y el segmento de la arteria carótida interna situado entre el seno cavernoso y la apófisis supraclinoidea. (Figura 2).

Otras causas de trombosis menos frecuentes son la inflamación vascular secundaria a trastornos como la meningitis aguda o crónica, los trastornos vasculíticos y la sífilis, la disección de las arterias intracraneales o de la aorta, los trastornos de hipercoagulabilidad (p. ej., síndrome antifosfolípidos, hiperhomocisteinemia), los trastornos de hiperviscosidad (p. ej., policitemia,



<https://www.shutterstock.com/es/image-vector/normal-cerebral-artery-atherosclerosis-blood-clot-325833836>

trombocitosis, hemoglobinopatías, las alteraciones de las células plasmáticas) y otras afecciones raras (p. ej., la displasia fibromuscular, la enfermedad de moyamoya, la enfermedad de Binswanger). Las fórmulas antiguas de los anticonceptivos orales acentuaban el peligro de trombosis. En los niños, la enfermedad de células falciformes es una causa frecuente de accidente cerebrovascular isquémico.

Embolia

Las embolias pueden alojarse en cualquier parte del árbol arterial del cerebro.

Pueden originarse como trombos cardíacos, sobre todo en los siguientes trastornos:

- Fibrilación auricular
- Cardiopatía reumática (habitualmente, una estenosis mitral)
- Después de un IAM
- Vegetaciones en las válvulas cardíacas en la endocarditis bacteriana o marántica

- Válvulas cardíacas protésicas

Otras fuentes incluyen los coágulos que se forman después de una cirugía a corazón abierto y los ateromas en las arterias cervicales o en el arco aórtico. Pocas veces los émbolos consisten en grasa (procedentes de las fracturas de los huesos largos), gas (en la enfermedad por descompresión) o coágulos venosos que pasan del lado derecho al lado izquierdo del corazón a través de un foramen oval permeable con cortocircuito (embolias paradójales). Los émbolos pueden soltarse espontáneamente o después de llevar a cabo procedimientos cardiovasculares invasivos (p. ej., cateterismo). Pocas veces la trombosis de la arteria subclavia conduce a un accidente cerebrovascular isquémico en la arteria vertebral o sus ramas.

Infartos lacunares

El accidente cerebrovascular isquémico también puede derivar de infartos lacunares. Estos pequeños infartos ($\leq 1,5$ cm) ocurren en pacientes con una obstrucción no aterotrombótica de las arterias perforantes pequeñas que irrigan las estructuras corticales profundas; la causa habitual es la lipohialinosis (degeneración de la media de las arterias pequeñas y reemplazo por lípidos y colágeno). Es controvertido si los émbolos provocan infartos lacunares. Las lesiones tienden a aparecer en pacientes ancianos con diabetes o en la hipertensión mal controlada.

Otras causas

Cualquier factor que deteriora la perfusión sistémica (p. ej., toxicidad por monóxido de carbono, anemia grave o hipoxia, policitemia, hipotensión) aumenta el riesgo de todos los tipos de accidentes cerebrovasculares isquémicos. Un accidente cerebrovascular puede ocurrir a lo largo de las fronteras entre los territorios de las arterias (áreas limítrofes); en estas áreas, el suministro de sangre es normalmente bajo, sobre todo si los pacientes tienen hipotensión o si las principales arterias cerebrales están estenóticas.¹⁵

Menos veces, el accidente cerebrovascular isquémico se asocia a un vasoespasmio (p. ej., durante la migraña, después de una hemorragia subaracnoidea, luego del consumo de agentes simpaticomiméticos como la cocaína o las anfetaminas) o a una trombosis de los senos venosos (p. ej., durante la infección intracraneana, después de una operación, en el período periparto, como fenómeno secundario a un trastorno por hipercoagulabilidad).¹⁵

El resultado es la disminución, por debajo de un nivel crítico, del flujo sanguíneo cerebral global o del de un determinado territorio arterial cerebral, cuya consecuencia primaria es la falta de oxígeno y glucosa necesarios para el metabolismo cerebral. Dado que la relación entre metabolismo cerebral y flujo sanguíneo a través de la barrera hematoencefálica es un proceso dinámico altamente integrado, la interrupción del flujo sanguíneo al cerebro resulta en una alteración rápida del metabolismo y las diversas funciones cerebrales.

La interrupción del flujo sanguíneo cerebral (FSC) en un territorio vascular determinado

genera un área de infarto circundado de otra zona, la "área de penumbra isquémica", que permanece viable merced a la eficacia de la circulación colateral. Sin embargo, el flujo residual es inferior al flujo normal e insuficiente para el mantenimiento de la función celular. Se tiene un umbral de 60 minutos para recuperar funciones cerebrales, después de este periodo de tiempo se presentan lesiones neuronales irreversibles por la isquemia cerebral. El factor tiempo es crucial a la hora de instaurar una terapia específica (v.g. trombolisis) y salvar la mayor cantidad de tejido en penumbra isquémica. Esto conducen al concepto de "ventana terapéutica", un período de tiempo (3-6 h) durante el cual la restitución del flujo y/o la inhibición de los mediadores de daño celular isquémico (citoprotección) evitarían la muerte de las células en riesgo potencialmente viables mientras que, si el mismo es sobrepasado, cualquier medida terapéutica resultará estéril.⁽⁸⁾ Los mecanismos de la lesión isquémica incluyen el edema, la trombosis microvascular, la muerte celular programada (apoptosis) y el infarto con necrosis celular. Los mediadores inflamatorios (p. ej., la IL-1B, el factor de necrosis tumoral- α) contribuyen al edema y a la trombosis microvascular. El edema, si es grave o extenso, puede aumentar la presión intracraneana. Muchos factores pueden contribuir a la muerte celular necrótica; incluyen la pérdida de los depósitos de ATP, la pérdida de homeostasis iónica (incluida la acumulación intracelular de calcio), el daño peroxidativo lipídico de las membranas celulares por los radicales libres (un proceso mediado por hierro), las neurotoxinas excitadoras (p. ej., glutamato) y la acidosis intracelular debida a la acumulación de lactato. ¹⁶

Signos y síntomas

Los signos y síntomas dependen de la parte del cerebro afectada. Aunque los patrones de déficit neurológico suelen hacer pensar en la arteria afectada.

- En el accidente cerebrovascular embólico (aterotrombotico):
 - ✓ Progresión lenta, por lo general en 24 a 48 horas
 - ✓ Disfunción neurológica unilateral (que a menudo comienza en un brazo y luego se propaga homolateralmente).
 - ✓ Sin producir cefalea, dolor ni fiebre. La cefalea puede preceder a los déficits neurológicos.
 - ✓ Progresión escalonada, interrumpida por períodos de estabilidad.

Un accidente cerebrovascular se considera submáximo cuando una vez que está completo, existe función residual en la zona afectada, lo que sugiere que el tejido viable corre riesgo de sufrir un daño. Los trombos tienden a aparecer durante la noche y, por lo tanto, se advierten por primera vez al despertar.

- Infartos lacunares:
 - ✓ Hemiparesia motora pura
 - ✓ Hemianestesia sensitiva pura
 - ✓ Hemiparesia atáxica

- ✓ Síndrome disartria-mano torpe
- ✓ Signos de disfunción cortical (afasia).

Los infartos lacunares múltiples pueden conducir a una demencia multiinfarto.

Una crisis comicial puede ocurrir al inicio del accidente cerebrovascular, más a menudo con un accidente cerebrovascular trombótico. Las crisis comiciales también pueden ocurrir meses a años más tarde; las crisis tardías resultan de cicatrices o del depósito de hemosiderina en el sitio de la isquemia.

El deterioro durante las 48-72 primeras horas después de comenzar los síntomas, sobre todo la alteración de la conciencia, se debe más a menudo al edema cerebral que a la extensión del infarto. A no ser que el infarto sea grande o extenso, el funcionamiento suele mejorar durante los primeros días; este proceso sigue un curso gradual hasta durante 1 año.¹⁶

EVC hemorrágico

Un evento vascular cerebral hemorrágico es una condición que ocurre cuando un vaso sanguíneo en el cerebro se rompe provocando una hemorragia y dañando el sector donde ocurre.

Hemorragia subaracnoidea

La hemorragia subaracnoidea es el sangrado entre la aracnoides y la piamadre. En general, el traumatismo de cráneo es la causa más frecuente. La hemorragia subaracnoidea espontánea (primaria) suele ser el resultado de la rotura de los aneurismas. Un aneurisma sacular o en fresa intracraneano congénito es la causa en alrededor del 85% de los pacientes. El sangrado puede detenerse de forma espontánea. La hemorragia aneurismática puede ocurrir a cualquier edad, pero es más frecuente entre los 40 y los 65 años.

Las causas menos frecuentes son los aneurismas micóticos, las malformaciones arteriovenosas y los trastornos hemorrágicos.¹⁷

Fisiopatología

La elevación del flujo sanguíneo cerebral produce 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 “zona de impacto” 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 y citoquinas. Estas atraen neutrófilos y monocitos circulantes, que facilitan la infiltración de la pared del vaso por polimorfonucleares que secretan metaloproteinasas, elastasas y citoquinas que favorecen la remodelación excéntrica.¹⁸

La sangre en el espacio subaracnoideo produce una meningitis química que habitualmente aumenta la presión intracraneana durante días o algunas semanas. (Figura 3). El vasoespasma secundario puede producir una isquemia encefálica focal; alrededor del 25% de los pacientes presentan signos de un ataque isquémico transitorio (AIT) o un accidente cerebrovascular isquémico.

Signos y síntomas.

- ✓ Edema cerebral:
- ✓ Es máximo y el riesgo de vasoespasma e infarto ulterior (denominado encéfalo enojado) es máximo entre las 72 horas y los 10 días.
- ✓ Hidrocefalia aguda secundaria.
- ✓ Cefalea suele ser intensa y alcanzar un pico en algunos segundos.
- ✓ Pérdida de conciencia.
- ✓ Déficits neurológicos graves que se tornan irreversibles en minutos o en algunas horas.
- ✓ Compromiso del sensorio.
- ✓ Convulsiones.
- ✓ Meningitis química produce un meningismo moderado a pronunciado
- ✓ Vómitos
- ✓ Respuestas plantares extensoras bilaterales. ¹⁷



<https://www.medicalpress.es/dejar-de-fumar-reduce-el-riesgo-elevado-de-hemorragia-subaracnoidea/>

Hemorragia intracerebral.

Es el sangrado focal desde un vaso sanguíneo hacia el parénquima cerebral. La causa suele ser la hipertensión. Por su localización puede ser intraparenquimatosa o intraventricular. (Figura 3).

La mayoría de las hemorragias intracerebrales se producen en los ganglios basales, los lóbulos cerebrales, el cerebelo o la protuberancia. La hemorragia intracerebral también puede ocurrir en otras partes del tronco encefálico o del mesencéfalo.

Etiología.

La hemorragia intracerebral suele ser el resultado de la rotura de una pequeña arteria arterioesclerótica que se ha debilitado, primariamente por la hipertensión arterial crónica. Otros factores de riesgo modificables que contribuyen a las hemorragias intracerebrales hipertensivas arterioscleróticas incluyen el tabaquismo, la obesidad y una dieta de alto riesgo (p. ej., rica en grasas saturadas, grasas trans y calorías). El consumo de cocaína o, a veces, de otros agentes simpaticomiméticos puede producir una hipertensión grave y transitoria que conduce a una hemorragia.

Con menor frecuencia, la hemorragia intracerebral es el resultado de un aneurisma congénito, una malformación arteriovenosa u otra malformación vascular, un aneurisma micótico, un infarto encefálico (infarto hemorrágico), un tumor cerebral primario o metastásico, la anticoagulación excesiva, una discrasia sanguínea, la disección de una arteria intracraneana, la enfermedad de moyamoya o un trastorno hemorrágico o vasculítico.¹⁸

Las hemorragias intracerebrales lobares (hematomas en los lóbulos cerebrales, por fuera de los ganglios basales) suelen ser el resultado de una angiopatía debida al depósito de amiloide en las arterias cerebrales (angiopatía amiloidea cerebral), que afecta primariamente a los ancianos. Las hemorragias lobares pueden ser múltiples y recurrentes.¹⁸

Fisiopatología

La sangre proveniente de la hemorragia intracerebral se acumula como una masa que puede disecar a través de los tejidos cerebrales adyacentes y comprimirlos, lo cual provoca disfunción neuronal. Los hematomas grandes aumentan la presión intracraneana. La presión de los hematomas supratentoriales y el edema asociado pueden producir una herniación cerebral transtentorial que comprime el tronco del encéfalo y produce hemorragias secundarias en el mesencéfalo y la protuberancia. Si la hemorragia se rompe en el sistema ventricular (hemorragia intraventricular), la sangre puede producir una hidrocefalia aguda. Los hematomas cerebelosos pueden expandirse para bloquear el IV ventrículo, y producir también una hidrocefalia aguda, o pueden disecar el tronco encefálico. Los hematomas cerebelosos que tienen un diámetro >3 cm pueden producir un desplazamiento de la línea media o herniación. Esta herniación, la hemorragia mesencefálica o pontina, la hemorragia intraventricular, la hidrocefalia aguda o la disección en el tronco encefálico pueden deteriorar la conciencia y producir coma y muerte.¹⁸

Signos y síntomas

- ✓ Cefalea súbita, muchas veces durante la actividad. Sin embargo, la cefalea puede ser leve o estar ausente en los ancianos.
- ✓ Pérdida de conciencia en segundos o minutos
- ✓ Náuseas, vómitos, el delirio y las crisis focales o generalizadas.
- ✓ Déficit neurológicos súbitos y progresivos. Sensitivo y motor
- ✓ Hemiparesia en hemorragias grandes en hemisferios.
- ✓ Déficit cerebeloso o de tronco cerebral (fosa posterior):
- ✓ Desviación ocular, oftalmología, respiración estereosa, pupila puntiforme, coma
- ✓ Compromiso de nervios craneales, ataxia, nistagmus o dismetría.
- ✓ Las hemorragias pequeñas pueden causar déficits focales sin deterioro de la conciencia y con una cefalea y náuseas mínimas o sin ellas. Las hemorragias pequeñas pueden imitar un accidente cerebrovascular isquémico. ¹⁸

Complicaciones. (Dependencia y discapacidad tras la EVC)

Después de sufrir una EVC ya sea hemorrágico o isquémico, una década tres personas presenta algún grado de discapacidad, debido a que el cerebro es el responsable de generar movimientos, sensaciones y acciones que realiza el cuerpo. Es la primera causa de discapacidad en adultos y la segunda causa de demencia ¹⁹. Dependiendo del área del cerebro afectada, las secuelas pueden ser:

Deficiencia motora: parálisis en una o varias extremidades, dificultad para caminar, falta de equilibrio, espasticidad (rigidez y/o tensión muscular) que altera para realizar las actividades básicas y avanzadas de la vida diaria.

Alteraciones de la sensibilidad: temperatura, tacto y dolor.

Alteraciones del lenguaje: dificultad para hablar, vocalizar y/o entender.

Alteraciones en la deglución: disfagia

Alteraciones de la visión: disminución de la vista y/o campo visual.

Alteraciones neuropsicológicas: dificultad para recordar, razonar y/o concentrarse.

Alteraciones en las emociones: problemas para controlar las emociones y sentimientos.

Dolor. Picor, hormigueo, ardor en una o varias partes del cuerpo.

Esto representa un problema de salud pública importante por el número de personas afectadas y la gran duración de sus consecuencias y la repercusión en la calidad de vida de los pacientes y sus familias. La rehabilitación multidisciplinaria en mejorar el estado funcional y el desempeño de las actividades de la vida diaria de este tipo de pacientes los favorece si se inicia en una fase aguda lo que mejora la supervivencia e independencia funcional a futuro. Siempre tomando en cuenta el grado del daño y zona afectada. ¹⁹

CAPITULO III METODOLOGIA

3.1 Metodología de búsqueda de información

Trabajo descriptivo enfatizado en el uso de Enfermería Basada en Evidencia a través de buscadores y bibliotecas virtuales: Scielo, MEDLINE, Google Academico, Medigraphic, Biblioteca Digital UNAM (bidi.unam). Slideshare. Cenetec.

Palabras clave.

Enfermedad vascular cerebral, cuidado, rehabilitación, ejercicio, enfermería, nutrición, cuidado en el hogar, plan de alta, atención, educación, signos alarma, discapacidad, actividades básicas de la vida diaria.

Se realiza una revisión bibliográfica en español e inglés publicados en diferentes buscadores de información científica, con artículos actuales y enfocados en la enfermería basada en evidencia. Se consultan artículos de tipo comparativos, artículos cuasiexperimentales, estudios trasversales, descriptivos y cuantitativos.

3.2 Conformación del Plan de Alta

El plan de alta es una valiosa herramienta para el proceso de transmisión de la responsabilidad del cuidado hacia la familia, cuidador primario, y otros profesionales de la salud. En él se implementa el proceso enfermero a través de la valoración, diagnósticos, plan de cuidados específicos y personalizados, la ejecución y la evaluación de estos durante la hospitalización y continuados hacia el hogar. ²⁰

Por medio del plan de alta el especialista de atención en el hogar proporciona capacitación, confianza y seguridad al cuidador primario favoreciendo la calidad en el cuidado. Las recomendaciones que se proporcionan al paciente, cuidador primario y familiar en forma oral y escrita deben ser comprendidas, deben ser claras, verificando siempre la información. El propósito es promover la salud, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento, rehabilitación y recuperación de la salud, aliviar el dolor, proporcionar medidas de bienestar y contribuir a la vida digna de la persona.

En este trabajo se propone la nemotecnia de Pinzón que hace alusión al objeto de estudio de la profesión “el cuidado”, CUIDARME: Comunicación, Urgente, Información, Dieta, Ambiente, Recreación, Medicamentos, Tratamientos, Espiritualidad. ²⁰

Comunicación efectiva: Meta internacional para identificar a la persona que se le da la atención, en cuanto a sus requerimientos, la comunicación es indispensable entre el paciente, familia, cuidador primario y demás equipo de salud. Emanada una red de apoyo fundamental para la aplicación del plan de alta.

Urgente: Datos importantes que se deben dar a conocer son los signos de alarma que indiquen un deterioro de la salud de los pacientes o de recaídas que pongan en riesgo la vida. De igual manera se informa de las acciones para llevar a cabo si se presentan, se

debe incluir información sobre sitio, fecha y hora del próximo control para un adecuado seguimiento; consultoría médica y de enfermería.

Información: cada uno de los elementos del equipo de salud debe proporcionar información que compete a su ramo. El profesional de enfermería informa sobre los cuidados que se van a realizar para favorecer la autonomía, respeto y trato digno. Informa sobre intervenciones, aclara las dudas que se tengan respecto al cuidado e indaga, se identifica oportunamente necesidades u huecos en el conocimiento de la enfermedad que tiene el paciente y la familia.

Dieta: Educación e información sobre alimentación balanceada según los requerimientos de cada persona, aspectos sobre la higiene y conservación de los alimentos, horarios de alimentación y otros temas relacionados según los datos arrojados por la valoración nutricional. Tomar en cuenta gustos y capacidad económica.

Ambiente: indagar sobre el entorno en el hogar, laboral y social en el que se desenvuelve la persona para incidir en su salud y capacitar a su familia para proporcionar educación e información correspondiente. Se sugiere en cuanto a higiene, zoonosis, ubicación arquitectónica de las habitaciones y objetos que incluyan algún riesgo, ventilación, iluminación. Identificar factores de riesgo y factores protectores.

Rehabilitación y uso de tiempo libre: brindar información y educación que apuntes a prácticas recreativas saludables, al fortalecimiento de los nexos familiares, sociales, de pareja y amistad. Es importante la socialización que no constituya un riesgo para la persona.

Medicamentos y tratamientos farmacológicos: dentro de la valoración se debe identificar si la persona ya sea paciente o cuidador primario, sabe leer o si comprende la información para llevar a cabo su tratamiento, se deben generar estrategias para guiar sobre la adecuada y segura medicación en el hogar. Se tiene que tomar en cuenta el ritmo de vida y las características de los medicamentos y el tipo de patología que se presente. Es importante mencionar el horario adecuado, recomendaciones especiales, reacciones adversas, que hacer en caso de que estas se presenten, interacción entre medicamentos. Se debe incluir información sobre centros de salud o clínicas para dar continuidad y vigilancia.

Informar, orientar y educar sobre tratamientos específicos (prevención de lesiones por dependencia, cambios de sonda, ministración de oxígeno, indicación de tiempos de reposo, ejercicio fisioterapia). El cuidador primario debe estar capacitado correctamente para realizar estos cuidados específicos. ²¹

Espiritualidad: la dimensión espiritual en un entorno donde la enfermedad aparece toma una importancia relevante y que no se debe dejar de lado. Apoyar a la familia, paciente y cuidador primario hacia el respeto de sus creencias durante el proceso por el cual están viviendo.

El plan de alta siempre se debe de entregar por escrito, con letra clara y lenguaje comprensible, debe incluir los cuidados ordinarios y los específicos para cada persona. Se pretende evitar errores cuando se establezca el cuidado en el hogar con calidad, la capacitación debe ser parte fundamental de esta estrategia. ²⁰

CAPITULO IV DESARROLLO

4.1 Valoración de enfermería ^{19,22}

Es de vital importancia hacer un pronóstico de la evolución del paciente pos ictus para realizar un plan de alta, de esto se deriva y permite una planeación de acciones a tomar para la atención de calidad en el individuo afectado en su domicilio.

Esta debe ser una valoración integral de los pacientes dados de alta y de sus cuidadores. Se debe identificar la deficiencia, discapacidad y minusvalía para garantizar el mejor estado de salud. Así mismo se deben de establecer las medidas de prevención secundarias y educar hacia cuidados específicos en cada paciente.

4.1.2 Objetivo.

Determinar la capacidad física, cognitiva, motora, nutricional y funcional del paciente neurológico tras un episodio de ictus para identificar la dependencia para el cuidado en el hogar.

Para el cumplimiento del objetivo se realiza una valoración exhaustiva para identificar qué necesidad se ve afectada y poder implementar cuidados específicos de atención.

Se requiere realizar dentro de las 14 necesidades una exploración neurológica y la utilización de escalas que apoyen a determinar el grado de dependencia, el resultado funcional tras un ictus y ayudan a determinar la función motora y cognitiva. (Tabla 2)

4.1.3 Escalas de valoración

| NOMBRE | QUE VALORA | DESCRIPCION | PUNTAJE |
|--|--|---|--|
| Índice de Katz ²⁵ Apéndice 1 | Actividades básicas de la vida diaria | Evalúa grado de dependencia/independencia utilizando seis funciones básicas | 8 niveles de dependencia de la A (independiente) a la G (dependiente) |
| Índice de Barthel ²⁵ Apéndice 2 | Actividades básicas de la vida diaria | Valora 10 actividades básicas, incluye capacidad de traslados. Aplicación en 5 minutos. | Puntuación 0 a 100 con puntos corte: < 20 dependencia total, 20-40 dependencia grave, 45-55 moderada y 60 o más: leve. |
| Escala de Lawton y Brody ²⁵ Apéndice 3 | Actividades instrumentadas de la vida diaria | Evalúa la capacidad funcional de actividades instrumentadas. Aplicación en 4 minutos. | A partir de 8 ítems con un valor numérico. La puntuación final es la suma de cada valor entre 0 (máxima dependencia) 8 |

| | | | |
|---|---|--|---|
| | | | (independencia total). |
| Escala de Rankin modificado. ²⁶ Apéndice 4 | Resultado funcional tras un ictus | El uso de entrevista estructurada junto con una escala de ABVD mejora validez. | Valor partir de 7 valores numéricos. 0 sin discapacidad hasta 5 discapacidad grave. El valor numérico 6 marca muerte. |
| Mini-mental de Folstein ²⁷ Apéndice 5 | Exploración cognitiva | Evalúa orientación temporal y espacial, capacidad de fijación, atención y cálculo, memoria, lectura, escritura y dibujo. Compresión. | 30 puntos. Puntos de corte: 27 o mas: normal, 23 o menos: sospecha patológica, 12-23 deterioro, 9-12: demencia, < 5 fase terminal. Tomar en cuenta edad y nivel de estudio. |
| Test de Tinetti para la marcha y equilibrio ²⁸ Apéndice 6 | Herramienta para detectar alteración en marcha y equilibrio y riesgo de caídas. | Determina la necesidad de dispositivos de ayuda o adaptaciones ambientales. | Determinada con valor numérico en cada ítem del 0 al 2. Realizando una sumatoria total, a mayor puntaje mejor funcionamiento. Marcha: 12 puntos Equilibrio: 16 puntos La suma de ambas puntuaciones para riesgo de caída: < 19 alto riesgo de caída 19-24 Riesgo de caída. |
| Escala de Ashworth ²⁹ Apéndice 7 | Valora la espasticidad. | Clasifica en una categoría según el ítem. Según la resistencia de la parte afectada con movimientos pasivos | 5 ítems. El valor numérico más alto (4) muestra la presencia de lesión más agudizada. |
| Escala de Daniels ³⁰ Apéndice 8 | Valora fuerza muscular | Mide la fuerza a través de movimiento articular colocando resistencia contra la contracción. | Se mide por grados, cada grado tiene un valor porcentual. Del 5 (normal) al 0 (ausencia de contractilidad). |
| Evaluación de riesgo J.H. Downton ³¹ Apéndice 9 | Valora riesgo de caída | Evalúa riesgo de caídas previas, las causas. Encaminado a prevención. | Asigna un punto a cada valor de 0 o 1 si es más de 3 existe alto riesgo de caída. |
| Escala de Braden ³² Apéndice 10 | Valoración de riesgo de desarrollar úlceras por presión. | Predice riesgo para manejar en forma focalizada recursos para su prevención. | Se valoran 6 variables y cada variable se califica del 1 al 4. Se realiza una sumatoria total. < 12 alto riesgo De 13-14 moderado riesgo > 15 bajo riesgo |

| | | | |
|--|-----------------------------------|--|---|
| Escala de Glasgow ³³ Apéndice 11 | Valoración de nivel de conciencia | Evalúa la respuesta ocular, verbal y motora. | Se evalúan tres criterios. Cada criterio cuenta con 4 valores numéricos. Se realiza una sumatoria total por cada ítems. 15 normal, < 9 gravedad, 3 coma profundo. |
| Escala de Halmilton ³⁴ Apéndice 12 | Valoración de la ansiedad | Evalúa cuantitativamente los síntomas y valorar cambios de paciente deprimido. | Son 17 ítems con 4 valores numéricos. 0-7 no deprimido 8-13 depresión ligera/menor 14-18 depresión moderada 19-22 depresión severa >23 depresión muy severa. |

4.1.4 Valoración neurológica^{19, 23}

La exploración del sistema neurológico incluye la valoración del:

1. Estado mental
2. Nivel de conciencia
3. Pares craneales
4. Reflejos
5. Función motora
6. Función sensorial
7. Valoración funcional

Valoración del estado mental

Funciones cerebrales superiores. **(Escala de Minimental de Folsteinn)**

Valorar el estado mental permite evaluar funciones cognitivas para de ahí derivar el tipo de cuidados a brindar.

- **Funciones cerebrales generales:**
 - **Conducta:**
 - Excentricidades
 - Atuendo adecuado para edad y sexo
 - Presencia de gesticulaciones o manierismos
 - Cooperación

- **Capacidad intelectual: Memoria.**

Se valora de acuerdo al nivel educacional y socio-económico del paciente.

- **Memoria para hechos remotos:**

- Se evalúa durante la elaboración de instrumento de valoración (antecedentes familiares, patológicos. Etc.)

- ✓ **Memoria inmediata:**

- Se ordena repetir series cortas o largas de números, luego repetir en sentido inverso.

- **Memoria de hechos recientes:**

- Se interroga sobre sucesos de actualidad reciente en su comunidad, ciudad, etc.
- Se solicita memorice palabras cortas, se distrae por diez minutos (continua interrogatorio) y se pide repita las palabras.

- **Capacidad de cálculo:**

- Se indica sumar dos números, multiplicar dos números, contar desde cien en forma inversa restando de 7 en 7.

- **Sentido de orientación:**

- Debe decir la fecha, el lugar el día de la semana y su identidad.

- **Capacidad de abstracción:**

- Se le solicita que explique refranes como “árbol torcido jamás su rama endereza”, se solicita diga similitudes y diferencias entre objetos o cosas (un pájaro y un avión).

- **Estado emocional:**

- Observa hostilidad, euforia, depresión, evidenciar reacciones inadecuadas en el transcurso del examen físico.

- **Pensamiento:**

- Forma en que se unen y se forman las ideas, prestar atención a:
- Velocidad de pensamiento
- Perseveración de ideas
- Ideas obsesivas o delirantes
- Alucinación

Durante la valoración se demuestra el funcionamiento correcto de la corteza cerebral en los niveles altos e integración. ²³

Funciones cerebrales específicas

Se exploran buscando la integración de la sensibilidad, la motilidad y el lenguaje a nivel cortical. Su valoración consiste en:

Interpretación cortical de la sensibilidad

Se solicita al paciente reconocer objetos que se le quiten los diversos mediante la vista, el tacto y sonidos que estos emitan.

Integración motora cortical.

El paciente debe interpretar órdenes motoras, se le pedirá memorizar y efectuar en el momento adecuado. Se explora ordenando al paciente efectuar acciones con complejidad creciente: “quítense los zapatos, límpielos y colóqueselos e nuevo.

Atención.

Es la capacidad de focalizar la conciencia en un estímulo determinado, de entre los percibidos.

La actitud del paciente inatento es:

Distracción con estímulos ambientales irrelevantes

Dificultad para hilar el relato

Tendencia a la ideofugacidad (incapacidad de mantener una idea en el pensamiento) y bradipsiquia (lentitud psíquica, mental o del pensamiento).

Se pueden aplicar pruebas simples como la inversión de series automáticas, las restas secuenciales.

Lenguaje.

Capacidad de usar y ordenar los signos para expresar pensamientos e ideas. La alteración del lenguaje se denomina “Afasia”.

Se evalúa a través de la entrevista, se podrá percibir de la capacidad de comprensión del paciente las características de su emisión.

Estructura gramatical

Presencia de palabras anormales

Dificultad para encontrar palabras

Fluidez y contenido del lenguaje

Valorar respuesta a órdenes sencillas (abra la boca

Valorar la capacidad de nombrar el objeto

Valorar la capacidad de repetir frases.

Función visuoespaciales

Capacidad para copiar figuras o formas en dos o tres dimensiones.

Función fácil de evaluar, sensible a daño cerebral y que permite obtener un documento gráfico del trastorno.

Praxia

Es la capacidad de ejecutar movimientos aprendidos, simples o complejos, la incapacidad de poder realizar estos movimientos en ausencia de parálisis motora, trastornos de tono o postura y déficit sensitivo se denomina apraxia.

El paciente debe hacer gestos

Responde a órdenes o imitaciones

Valora la habilidad para manejar objetos conocidos

Vestirse-desvestirse

Prender un cigarrillo

Gnosia

Es la capacidad de darle un significado a los estímulos sensoriales percibidos. Su alteración se denomina agnosia y puede ser visual, auditiva o táctil (astereognosia)

Se solicita al paciente que reconozca diferentes objetos que se le presenta a la vista, el tacto o el oído.

El individuo logra reconocer un mismo objeto a través de otra modalidad sensorial. ¹³

Valoración del nivel de conciencia

Escala de Glasgow

Se describen cinco:

Alerta o despierto: El paciente tiene los ojos abiertos, interactúa y responde adecuadamente a los estímulos verbales.

Confusión (ocasionalmente se describe como obnubilación): El paciente tiene los ojos abiertos e interactúa, pero tiene disminuida su capacidad de atención, por lo que es posible que responda inadecuadamente a las preguntas.

Somnolencia o letargo: El paciente tiende a quedarse dormido si no es estimulado de alguna manera, para alertarlo generalmente es suficiente el estímulo verbal o algún

estimulo táctil.

Estupor: El paciente tiene los ojos cerrados y solo tiene alguna respuesta cuando el estímulo es muy intenso o doloroso.

Coma: No existe respuesta alguna a estímulos estados. ¹²

Valoración pares craneales

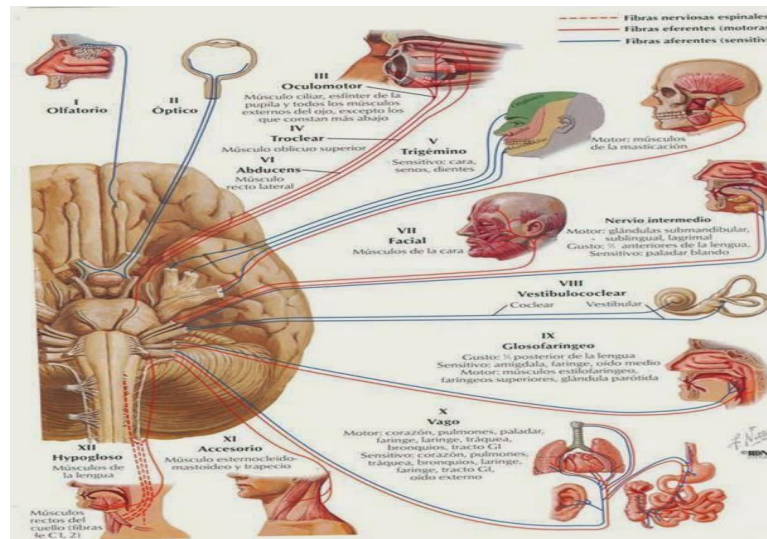
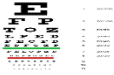
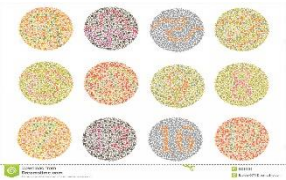


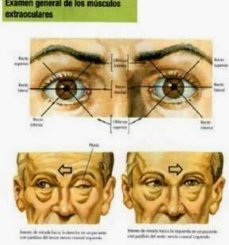
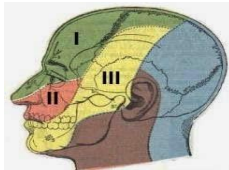





Figura 4. Pares craneales.


Debe realizarse en forma ordenada, bilateral y comparativa. (Figura 4). Cada uno de ellos se abordará solamente aquellos elementos que resulta más importante conocer para realizar la exploración neurológica. (Tabla 3)

Pares craneales

| Tabla 3. Valoración de pares craneales | | | |
|---|---|---|--|
| PAR CRANEAL | VALORACION | NORMAL | ALTERACION |
| I. Olfatorio | Obstruir una fosa nasal. Se acerca sustancia, y debe indicar que olor percibe. | Percibe y distingue olores sin alteración o dificultad. | Anosmia, hiposmia, disosmia, cacosmia, heterosmia, agnosia, hiperosmia |
| II. Óptico  | Agudeza visual. Ficha de Snellen (visión lejana). Ficha de Rosebaum (visión cercana) | Normal 20/20 | Escotoma Lesión de nervio óptico |
|  | Visión de colores. Carta de Ishihara. El paciente dice los números que visualiza en la carta, o se le pide que seleccione colores específicos entre los que se deben encontrar el rojo y el verde | Identifica el texto dibujado en su interior | Daltonismo Discromatopsia Acromatopsia |
|  | Campimetria. Cubrir el ojo izquierdo y el examinador se debe tapar el ojo derecho con una tarjeta negra Pídale que lo mire fijamente. Estire el brazo izquierdo con un objeto en su mano(lapicero) o con el dedo estirado Indíquele que le diga cuándo comienza a ver el objeto Desplaza el objeto o el dedo lentamente de la periferia del campo al centro de derecha a izquierda, arriba a abajo) Mantener el objeto a una distancia equidistante entre el examinador y el examinado | Campo visual frontal y vertical | Hemiapnosia Cuadrantopsia Hemianopsia |

| | | | |
|--|---|--|---|
| | Repetir el procedimiento en el lado derecho | | |
|  | <p>Fondo de ojo Realizar examen en un lugar oscuro para dilatación de pupila. Encender oftalmoscopio y revisar la luz sobre la mano Gire el disco hasta la posición cero y acercar el aparato al ojo evaluado Girar el disco hasta que visualice el fondo de ojo: Papila óptica, copa fisiológica, cuadrantes retinianos y Macula.</p> | <p>Papila redondeada de color rosado palido y borde nítido.</p> <p>Macula avascular, fuera de borde papila</p> | <p>Edema de Papila Neuropatía óptica Micro aneurismas Hemorragias</p> |
| <p>III Motor ocular comun IV Patetico VI Motor ocular externo</p> | <p>Valoración reflejo pupilar Estimulación luminosa del ángulo externo Valorar diámetro pupilar, velocidad de respuesta y contricción.</p> | <p>Forma circular, contorno regular, situación central, tamaño (2-5 mm) y simetría iguales en tamaño isocoria.</p> | <p>Miosis Midriasis Hiporeflexicas Hipereflexica Anisocoria</p> |
|  | <p>Valoración de músculos extraoculares Inspeccionar la amplitud y simetría de la hendidura palpebral Observar que ambos globos oculares se encuentran simétricos</p> | <p>Simetría en todos sus ángulos.</p> | <p>Parálisis Ptosis parpebral Estrabismo covergente Diplopia</p> |
| <p>V Trigèmino</p>  | <p>Valoración Sensitiva. Ojos cerrados aplicar estímulos (algodón, aguja, frio, caliente). Preguntar si siente, donde, qué y lo que es.</p> | | <p>Neuralgia</p> |
| | <p>Valoración motora. Revisar simetría mandibular Pedir apriete dientes para evaluar relieve y tono muscular Indicar abra boca y realice movimientos de mandíbula izquierda-derecha.</p> | | <p>Atrofiamuscular Fasciculaciones</p> |

| | | | |
|--|---|--|--|
|  | <p>Función refleja Valorar reflejo corneopalpebral Nasal o estornudatorio Nasoparpebral</p> | | |
| <p>VII Nervio facial</p>  | <p>Función motora Simetría de la cara, comisuras labiales, orificios palpebrales. Elevación de párpados, cerrar ojos con fuerza. Fruncir el cejo, enseñe los dientes, silbe, infle cigarrillos.</p> | | <p>Paresias Parálisis</p> |
| | <p>Función sensitiva superficial Cerrar ojos, con algodón tocar parte posterior de pabellón auricular y meato auditivo externo. Repetir lo mismo con una aguja y tubo ensayo frío y caliente.</p> | <p>Debe percibir y reconocer sensación al tacto, dolor y temperatura</p> | |
| | <p>Valoración sensibilidad del gusto Disponer de solución dulce, salada, ácida y amarga. Pedir que saque lengua. Impregnar los bordes laterales de la lengua con cada solución</p> | <p>Identificar qué tipo de solución es.</p> | |
| <p>VIII Auditivo o vestibulococlear</p> | <p>Rama coclear Identificar durante el interrogatorio dificultad para oír. Cerrar los ojos y repetir lo que se dice Agudeza auditiva: tic tac reloj, Chasquido de dedos, susurro.</p> | <p>Normoacusia</p> | <p>Hipoacusia</p> |
| | <p>Rama vestibular Prueba índice-índice Prueba índice-nariz</p> | <p>Equilibrio coordinación de movimientos, cambio de posición.</p> | <p>Vértigo</p> |
|  | <p>Prueba de equilibrio estático-dinámico Observar actitud del paciente al colocarse de pie. Evalué posición de cabeza, brazo, tronco y pies. Valorar base de sustentación.</p> | | |

| | | | |
|---|---|--|--------------------------------------|
| | <p>Pedir que una los pies Colocarse detrás del paciente y rodearlo con los brazos para evitar caídas. Que cierre ojos y analizar respuesta corporal. Caminar 5 pasos hacia adelante y atrás 4 con ojos abiertos y cerrados.</p> | | |
| <p>IX Glossofaríngeo X Vago o neumogástrico</p> | <p>Valoración motora Precisar tono, timbre e intensidad de voz del paciente Como tose Deglución de la saliva Abrir la boca, lengua en reposo, decir AAA.</p> | <p>Paladar blando se mueve hacia arriba y atrás, úvula en el centro. Contracción simétrica de paredes faríngeas.</p> | <p>Neuralgia del glossofaríngeo.</p> |
|  | <p>Función sensitiva Con un aplicador y la boca abierta se toca la faringe parte posterior A nivel del tercio posterior de la lengua con solución amarga.</p> | <p>Retracción de lengua, elevación de paladar blando. (reflejo náusea)</p> | |
| <p>XI Nervio espinal-motor</p> | <p>Valoración del esternocleidomastoideo Solicitar al paciente voltee la cabeza hacia un lado, apreciar la puesta en tensión y demarcación del músculo esternocleidomastoideo del lado contrario. Colocar una mano en la frente y que dirija la cabeza hacia abajo Una mano abajo del mentón y que baje cabeza. Valoración del trapecio</p> | <p>Capacidad de cuello para mantener cabeza erguida Simétricos Debe resistir la</p> | <p>Parálisis nervio espinal.</p> |

| | | | |
|---------------|--|---------------------------|--|
| | Comparar prominencia de los músculos trapecios y posición de escapulas. Pedir que levante los hombros simultáneamente. Manos sobre hombros, que suba y baje | presión. | |
| XII Hipogloso | Valoración de la lengua Inspeccionar posición, forma, tamaño y superficie Saque la lengua y realice movimientos de lateralización, arriba y abajo Presionar la lengua con los carrillos | Mantenerse en línea media | Atrofia de la lengua Alteración de la deglución Alteración de la masticación Alteración del habla |

4.1.5 Valoración motora (Escala de Daniels)

La exploración de la motilidad voluntaria se explora evaluando cinco aspectos del músculo: el trofismo, el tono, la fuerza, los reflejos de estiramiento muscular y, finalmente, los reflejos anormales o patológicos.

Trofismo.

Es una valoración subjetiva de la masa muscular y su volumen. Se realiza por simple inspección para determinar si un músculo posee una configuración normal o si se encuentra demasiado pequeño (hipotrofia) o demasiado grande (hipertrofia). Se conoce como atrofia cuando el músculo se encuentra disminuido de tamaño y además se hallan datos de denervación.

Tono.

Es la resistencia pasiva al movimiento que presenta un musculo que se encuentra voluntariamente relajado. La manera de explorarlo es palpando la masa muscular y realizando estiramientos y acortamientos pasivos de los distintos grupos musculares en las cuatro extremidades. Las alteraciones pueden implicar aumento o hipertonía, la cual puede presentarse en tres formas: como rigidez (donde existe limitación durante todo el arco de movimiento), espasticidad (fenómeno dependiente de la velocidad de estiramiento y que suele ser mayor al inicio del arco de movimiento presentando después una disminución: fenómeno de “navaja de resorte”) o disminución del tono muscular (hipotonía). La rigidez suele originarse en una alteración del sistema extrapiramidal, la espasticidad sugiere una alteración de la vía corticoespinal (piramidal), mientras que la hipotonía suele presentarse en lesiones del sistema nervioso periférico (neuropatías

periféricas).

Fuerza muscular.

Se evalúan grupos musculares pidiendo al paciente que realice movimientos activos en primera instancia solo en contra de la gravedad y después en contra de una resistencia impuesta. La escala para graduar la fuerza muscular más utilizada es la escala de Daniels. Los músculos que se evalúan de manera rutinaria son: bíceps y tríceps en las extremidades superiores mediante la flexión y extensión del codo; cuádriceps e isquiotibiales, bíceps, semitendinoso y semimembranoso en las extremidades inferiores mediante la extensión y flexión de la rodilla. Esta exploración debe hacerse siempre de manera comparativa entre el lado izquierdo y derecho del paciente y palpando el músculo explorado para percibir la contracción muscular.

Reflejos de estiramiento muscular.

Un reflejo de estiramiento muscular es una respuesta motriz, independiente de la voluntad, provocada inmediatamente después de la aplicación de un estímulo mecánico (golpe con el martillo de reflejos) sobre los tendones. Dicho estímulo produce un estiramiento súbito del músculo y como respuesta existe una contracción (acortamiento) del músculo estimulado. Para la exploración es necesaria una técnica correcta. La región a explorar deberá encontrarse libre para permitir el desplazamiento, la mejor posición de la extremidad es con una angulación articular de 90°. Para iniciar la exploración, se localiza el tendón del músculo a estimular, y utilizando un martillo de reflejos se percute ya sea directamente el tendón o indirectamente (sobre su dedo colocado encima del tendón). Es importante que la percusión sea precisa, suave y rápida (golpe seco). Se realizará bilateral y comparativa. Los reflejos de estiramiento muscular más comunes en extremidades superiores son el reflejo bicipital (nivel de integración en médula espinal: C6) y el reflejo tricipital (nivel de integración en médula espinal: C7); mientras que en las extremidades inferiores son el reflejo patelar (nivel de integración en médula espinal: L4) y el reflejo aquileo (nivel de integración en médula espinal: S1). El aumento de la amplitud de los reflejos se denomina “hiperreflexia”; la disminución “hiporeflexia”, y la ausencia, “arreflexia”. En la práctica cotidiana se suele reportar la intensidad de los reflejos con signos de más (+). Se utilizan dos (++) en los reflejos normales, uno (+) para la hiporeflexia y tres (+++) o más para la hiperreflexia. En ocasiones, la estimulación produce múltiples movimientos de contracción rítmicos y repetidos.

Exploración de la sensibilidad somática

Para explorar la sensibilidad podemos dividirla en:

- Superficial o exteroceptiva:

1) tacto

2) dolor

3) temperatura

- Propioceptiva: artrocinética, posicional y vibratoria.
- Mixta: estereognosia y grafestesia.

La exploración de la sensibilidad superficial o exteroceptiva. Es importante considerar que para evaluarla, el paciente deberá estar alerta y cooperador, no estar bajo los efectos de drogas o fármacos, y mantenerse con los ojos cerrados para mayor fiabilidad. La exploración deberá realizarse de manera bilateral, comparativa y topográficamente de acuerdo al esquema corporal para los dermatomas.

- Sensibilidad táctil: Se puede utilizar un trozo de papel o un hisopo, con que se toca la piel del paciente y éste deberá indicar si percibe el toque o no.
- Sensibilidad dolorosa: Con ayuda de un objeto afilado o un palillo con la punta achatada, se punciona la piel del paciente (cuidando no lesionar) y éste deberá indicar si siente dolor, con qué intensidad y si es la misma intensidad en ambos lados.
- Sensibilidad térmica: Se emplean dos objetos que tengan diferentes temperaturas, de preferencia uno frío (por ejemplo, el diapasón) y otro tibio o caliente (por ejemplo, el dedo del explorador). De igual manera, se colocará el estímulo y el paciente deberá identificarlos e indicar si es que en algún lugar lo percibe más o menos.

Exploración de la coordinación motora y el equilibrio. (Escala de tinetti.)

La coordinación puede ser evaluada de manera estática y dinámica.

Coordinación dinámica. Primero, se evalúan las metrías (capacidad por medio de la cual se le da la medida exacta a la velocidad, la distancia y la fuerza de los diversos movimientos al realizar alguna actividad de precisión) mediante la “prueba dedo-nariz”: el médico coloca su dedo índice a aproximadamente medio metro de distancia frente al paciente y le pide que lo toque utilizando también su dedo índice y después toque su nariz. Esto en repetidas ocasiones y tratando de incrementar la velocidad para retar su capacidad. En segundo lugar, se explora también la diadococinesia (capacidad de ejercer movimientos voluntarios rítmicos alternos con grupos musculares funcionalmente opuestos, por ejemplo: supinación/pronación) con la “prueba de movimientos alternantes rápidos” pidiendo al paciente que coloque sus manos en los muslos con las palmas hacia abajo y después hacia arriba, que lo repita varias veces y cada vez más rápido. Finalmente, en este punto puede evaluarse también la marcha. Una manera sencilla es pedirle al paciente que camine lentamente de un lado a otro, observando la simetría de sus movimientos, posibles desviaciones en el recorrido y la presencia de movimientos

asociados (por ejemplo, el balanceo de brazos o piernas). Posteriormente se le puede pedir que camine en puntas, en talones y en tándem (siguiendo una línea recta, deberá hacerlo colocando un pie enseguida del otro, de manera que hagan contacto el talón de uno y la punta del otro en cada paso que dé).

Coordinación estática: Se evalúa con la “prueba de Romberg”. Se debe explicar al paciente lo que se pretende hacer, en este caso adquiere una mayor relevancia. Esta maniobra pone a prueba la integridad de toda la vía propioceptiva consciente (cordones posteriores). Recordemos que el control postural central depende de los impulsos provenientes de tres modalidades periféricas de sensibilidad: la visual, el sistema vestibular y la propiocepción. De modo que la disfunción de cualquiera de estas modalidades es compensada por los impulsos provenientes de las otras dos. En la prueba de Romberg se eliminan las modalidades visual (al pedirle al paciente que cierre los ojos) y vestibular (al colocarlo de pie, erguido, pies juntos, brazos completamente extendidos hacia enfrente, palmas hacia abajo, cabeza un poco elevada), de tal manera que cualquier alteración en la vía propioceptiva que pudiera ser compensada por el sistema visual o vestibular se pondrá en evidencia. La prueba resultará positiva en caso de que el paciente pierda el balance, es por ello que el explorador deberá colocarse a su lado con sus brazos extendidos evitando que caiga ¹⁹

4.1.6 Valoración funcional

La enfermedad vascular cerebral es una problemática de salud ya que implica vivir con déficits y discapacidades residuales, ocasionando dependencia funcional con alcances relevantes en la esfera individual y familiar del adulto afectando la calidad de vida de ambos.

Cuando termina el episodio agudo del EVC, un gran porcentaje de los pacientes presentan limitaciones que les dificulta realizar con autonomía un conjunto de actividades de la vida diaria (AVD), actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) y Actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD). Las secuelas más frecuentes son por limitaciones motores, déficit sensorial y cognitivo, alteraciones de la visión, del lenguaje.³⁵ con una incapacidad residual del 40-50%.

La falta de Integración del individuo a sus actividades funcionales habituales tales como cumplir con su aseo personal, desplazarse, subir y bajar escaleras, vestirse y desvestirse, el control de esfínteres compromete su estado anímico, social y laboral dejándolo con un estilo de vida diferente y mermando en su funcionalidad.³

Por ende es necesario realizar una valoración funcional a través de la exploración física para determinar el daño presente con apoyo de manejo de escalas de valoración como son el índice de Katz (apéndice 1), índice de Barthel (apéndice 2.) Que nos ayudan a evaluar a

las actividades básicas de la vida diaria, la escala de Lawton y Brody (apéndice 3) para valorar las actividades instrumentadas de la vida diaria. La escala de Rankin Modificado (apéndice 4) para valorar el resultado funcional tras un ictus. Una vez determinado el grado de dependencia funcional que se presenta en el paciente se debe elaborar un plan estratégico para alcanzar en medida de lo posible la funcionalidad e independencia del paciente mejorando su calidad de vida y el de su familia. O de lo contrario elaborar un plan educacional para el cuidador primario en la atención del paciente si este tuviera un grado de dependencia funcional total.

4.1.7 Valoración nutricional

Como se ha descrito anteriormente la enfermedad vascular cerebral impacta de manera importante por el grado de discapacidad a largo plazo. La disfagia es un síntoma muy frecuente, aumenta la incidencia de desnutrición y neumonías por aspiración. Por ello todos los pacientes con antecedente de un EVC requieren de una valoración nutricional. Lo más recomendable desde el ingreso hospitalario y dar seguimiento durante la estancia, al egreso y manejo domiciliario. El inicio de una terapia nutricional oportuna, constituye parte fundamental del tratamiento para una evolución favorable en esta patología según Caceres M Aguello.³⁶ Más del 50% tienen mal estado nutricional, esto aumenta las complicaciones y retrasa la recuperación, además se asocia pérdida de peso, depleción de fluidos y neumonía.

Es importante mencionar que este tipo de pacientes presentan un estrés metabólico importante que impiden mantener desde la estructura y función muscular, la composición proteica adecuada, consumo importante de calorías y que determina un marcador de riesgo para la desnutrición.

Las guías de la American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN) recomiendan realizar un cribado de desnutrición (MNA, Mini Nutritional Assessment³⁷) ver (apéndice 14). Los pacientes con enfermedades neurológicas, en la cual la EVC está inmersa.³⁸ se requieren de valores bioquímicos para complementar la valoración de los cuales se requiere de toma de glucosa, hemoglobina, colesterol, triglicéridos, proteínas totales, albumina.³⁹

Realizar examen físico para determinar otras causas que ocasionen presencia de alteraciones clínicas. Determinación de peso, talla, medición de perímetro abdominal, circunferencia muscular de brazo, IMC.

Ahora bien es importante determinar la presencia de disfagia para instaurar medidas de intervención nutricional y técnicas adecuadas de alimentación. En tabla 25 se describen las técnicas para identificar este problema (test de vaso de agua) y prueba de disfagia. Se requiere a aplicación de la escala de EAT-10 para evaluar síntomas específicos de disfagia (apéndice 13). En el apartado de nutrición se especifican técnicas de alimentación y

recomendaciones dietéticas.

Prueba de disfagia (Protocolo de Clavé)

| Viscosidad | Néctar | | | Líquido | | | Pudin | | |
|----------------------------|--------|-------|-------|---------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Volumen | 5 ml | 10 ml | 20 ml | 5 ml | 10 ml | 20 ml | 5 ml | 10 ml | 20 ml |
| <i>Signos de seguridad</i> | | | | | | | | | |
| Tos | | | | | | | | | |
| Voz húmeda | | | | | | | | | |
| Disfonía | | | | | | | | | |
| Desaturación de oxígeno | | | | | | | | | |
| <i>Signos de eficacia</i> | | | | | | | | | |
| Sello labial | | | | | | | | | |
| Residuos orales | | | | | | | | | |
| Carraspeo | | | | | | | | | |
| Deglución fraccionada | | | | | | | | | |

Textura néctar: 100 ml de agua con 4,5 g de espesante.

Textura pudin: 100 ml de agua con 9 g de espesante.

4.1.8 Valoración al Cuidador primario

Después de un periodo de hospitalización el paciente pos EVC retorna a su domicilio y es el cuidador primario quien proporciona asistencia en las ABD y AIVD, el que maneja el cambio cognitivo, emocional y de personalidad asociado a la enfermedad.

Según la OMS, “el cuidador primario es la persona del entorno del enfermo que asume voluntariamente el papel de responsable en un sentido amplio y está dispuesto a tomar decisiones por el paciente y para el paciente y a cubrir sus necesidades.”⁴⁰

Cuidador principal: Es la persona encargada de la mayor parte del cuidado del enfermo. Suele vivir en el mismo domicilio que el enfermo, o muy cerca de éste, y suele tener una relación familiar muy próxima.

Cuidador formal: Es aquella persona o personas con una formación adecuada para cuidar al enfermo y que cobran una remuneración por hacerlo.

Cuidador informal: Son aquellas personas que forman parte del entorno familiar y colaboran en mayor o menor medida en la atención al enfermo. Es básicas de manera directa o indirecta.⁴⁰

Diversos estudios en España reflejan que entre el 34 y 52% de los cuidadores de pacientes con EVC presentan síndrome depresivo, se atribuya al estrés condicionado por la responsabilidad de cuidar.⁴¹

Los cambios que tiene que realizar el cuidador primario en enfermo crónico discapacitado son en magnitud, igual o mayor a los del paciente. Esto condiciona a identificar la necesidad de buscar trastornos incipientes en el cuidador que alerte sobre el

desbordamiento y poder establecer medidas de educación sanitaria y de alivio o “cuidados de respiro” que impidan la presencia de enfermedad en estos. El síndrome de Burnout, fue descrito en Estados Unidos en 1974. Consiste en un profundo desgaste emocional y físico que experimenta la persona que convive y cuida a un enfermo crónico. Se debe considerar una valoración al cuidador primario a partir de los siguientes síntomas:

- Abandono del cuidado personal
- Aumento o pérdida significativa de peso
- Fatiga y agotamiento
- Falta de esperanza
- Apatía, sentimiento de culpa
- Quejas difusas, rechazo de soluciones parciales
- Sentimiento de aislamiento y soledad
- Irritabilidad
- Abuso de sustancias tóxicas y fármacos
- Dificultades de concentración

Para evaluar la carga del cuidador se recomienda el uso de la Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit.⁴² Apéndice 15 Una vez aplicada la escala e identificado una serie de síntomas en el cuidador primario se requiere intervenir de manera inmediata. Para evitar el colapso. A ayudar a implementar medidas para mejorar la calidad de vida de este.

Redes de apoyo.

A red de apoyo familiar y social constituye una fuente de recursos materiales, afectivos, psicológicos y de servicios, para hacer frente a diversas situaciones riesgo que se presenten en los hogares, como falta de dinero o empleo, como apoyo en caso de una enfermedad o para cuidado de niños o adultos mayores.

Las redes conformadas por los lazos de parentesco, de vecindad y amistad, han sido vistas como la fuente principal de apoyo en caso de crisis o necesidad y se ha reconocido que son diferentes para mujeres y hombres y que difieren con estrato socioeconómico.

⁴³

Uno de los aspectos positivos de las redes es que pueden evitar problemas de salud mental, como el estrés o depresión. Las personas con bajos niveles de apoyo, suelen presentar una mayor sintomatología depresiva y viceversa. Las redes también pueden tener un papel fundamental cuando se enfrentan situaciones de crisis en el hogar, sobre todo entre grupos sociales vulnerables (personas adultas mayores, con discapacidad física o mental o con enfermedades crónicas), no cubiertas por la protección social formal (CEPAL 2007).

El conocimiento del funcionamiento familiar las redes de apoyo social son recursos para

el desarrollo de estrategias específicas para las intervenciones tanto clínicas como psicosociales. ⁴⁴ Para determinar el apoyo social con el que cuenta el paciente y cuidador primario se puede utilizar la escala de percepción de apoyo social de Vaux, valora el apoyo social en tres niveles: familia, amigos y otros. Consta de un número moderados de reactivos y sus niveles de fiabilidad validez son buenos. ⁴⁵

De igual manera el apgar familiar ^{apéndice 16} es un instrumento que nos muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global. El registro de esta percepción es importante en contextos de la práctica ambulatoria favoreciendo la relación profesional de la salud – paciente. Ayuda a la identificación de conflictos o disfunciones familiares con el propósito de darles seguimiento y orientación. ⁴⁶

Estudio Socioeconómico

Realizar el estudio socioeconómico permite identificar acerca de la situación social y económica para constar y descartar sobre las necesidades y características del paciente y del cuidador primario. Conocer el entorno social y económico puede determinar el tipo de cuidado que recibirá el paciente y como puede influir en la situación de la familia. Valora las condiciones de las viviendas que dependiendo de la situación requerirá de cambios estructurales para la adecuada atención del enfermo. Se realiza estudio socioeconómico al paciente y cuidador primario (^{anexo 2}) para determinar las condiciones en las cuales se encuentran actualmente. Y adecuar las medidas pertinentes para favorecer a ambas partes.

4.2 Diagnósticos de enfermería

Se hace necesario determinar los diagnósticos de enfermería que se ven involucrados para asegurar una atención de calidad, eficiente y sostenible.

Valoración funcional

- ***Deterioro de la movilidad física relacionado con la afectación neuromuscular producidos por ictus manifestado por la limitación de la capacidad para las habilidades motoras, deterioro de la capacidad de cambiar de posición.***

Objetivo: Mejorar la movilidad física implementando ejercicios de rehabilitación y cambios posturales para coadyuvar a la habilidad motora.

Intervenciones: Las siguientes intervenciones se consultan en el apartado de actividad, ejercicio y rehabilitación.

- ❖ Para deficiencia mecánica de las extremidades.
- ❖ Para la rehabilitación ambulatoria
- ❖ Para movilización transferencia de paciente

- ***Déficit en el cuidado personal para realizar las actividades básicas de la vida diaria relacionado con el deterioro neuromuscular, disminución de la movilidad, ocasionado por ictus manifestado por dependencia funcional a cuidador primario***

Objetivo: Mejorar el grado de dependencia, de acuerdo a las condiciones del paciente a través de rehabilitación y terapia ocupacional, así como la implementación de dispositivos de ayuda para realizar actividades de la vida diaria.

Intervenciones: Las siguientes intervenciones se consultan en el apartado de actividad, ejercicio y rehabilitación. Cuidados específicos.

- ❖ Ante la deficiencia mecánica de las extremidades
- ❖ Rehabilitación en fase ambulatoria
- ❖ Movilización y transferencias
- ❖ Dispositivos de ayuda.
- ❖ Ayudas técnicas

Objetivo: Brindar cuidados especiales en pacientes con dependencia total para satisfacer sus actividades básicas de la vida diaria.

Intervenciones: Las siguientes intervenciones se consultan en el apartado de cuidados especiales.

- ❖ Baño en cama
- ❖ Cuidados de paciente con traqueotomía
- ❖ Higiene bucal
- ❖ Higiene estoma aéreo
- ❖ Limpieza de cánula interna
- ❖ Preparación de dieta artesanal
- ❖ Alimentación por sonda gastrostomía
- ❖ Intervenciones ante la incontinencia urinaria.

- ***Déficit de actividades recreativas relacionado con la disminución de la movilidad física manifestado por imposibilidad del paciente de participar en actividades familiares***

Objetivo. Favorecer las actividades recreativas

Intervenciones: Las siguientes intervenciones se consultan en el apartado de actividad, ejercicio y rehabilitación.

- ❖ Prevención de la depresión

❖ Actividades recreativas en pacientes con secuelas neurológicas

- ***Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con la inmovilización física, desequilibrio nutricional, deterioro de la integridad cutánea, aspiración de secreciones, inmovilidad.***

Objetivo: implementar medidas de prevención para evitar el deterioro de la integridad cutánea.

Intervenciones: Las siguientes intervenciones se consultan en el apartado de actividad, ejercicio y rehabilitación, cuidados específicos.

- ❖ Alineación de segmentos corporales
- ❖ Movilización y transferencia de paciente
- ❖ Cuidados de la piel (recomendaciones)

- ***Riesgo de caídas relacionado con alteración de la movilidad, deterioro cognitivo, disminución de fuerza muscular, espasticidad.***

Objetivo: evitar la presencia de caídas implementando medidas de seguridad.

Intervenciones: Las siguientes intervenciones se consultan en el apartado de actividad, ejercicio y rehabilitación.

- ❖ Para prevenir caídas en paciente ambulatorio
- ❖ Para prevenir caídas en pacientes encamado

Valoración nutricional

- ***Deterioro de la deglución relacionado por la presencia de disfagia manifestado por tos, náusea, voz congestiva antes, durante o después de la alimentación, secreciones abundantes, ausencia de tos, regurgitación nasal, pérdida de alimento por boca, aspiración de contenido alimenticio, sensación de cuerpo extraño faríngeo, carraspeo, sialorrea, rechazo a texturas alimenticias, pérdida de peso***

Objetivo: favorecer la deglución implementando medidas para favorecer la alimentación.

Intervenciones: Las siguientes intervenciones se consultan en el apartado de nutrición.

- ❖ Deficiencia de la masticación y deglución
- ❖ Técnica para transición a la alimentación oral
- ❖ Alimentación oral con cánula de traqueotomía

- ***Riesgos de desequilibrio nutricional relacionado con la ingesta inferior a las necesidades por la incapacidad de ingerir adecuadamente manifestado por sarcopenia, baja de peso, alteración de glucosa***

Objetivo: Favorecer un adecuado estado nutrición para disminuir el riesgo de desequilibrio nutricional.

Intervención: Las siguientes intervenciones se consultan en el apartado de nutrición y cuidados específicos.

- ❖ Nutrición enteral
- ❖ Recomendaciones en la alimentación en pacientes con disfagia
- ❖ Recomendación en la ingesta de líquidos
- ❖ Ministración de alimentación artesanal por sonda
- ❖ Recomendación de dieta DASH

- ***Riesgo de Estreñimiento relacionado con la disminución de la movilidad y actividad física, desequilibrio nutricional.***

Objetivo: Favorecer la eliminación intestinal

Intervenciones: Las siguientes intervenciones se consultan en el apartado de cuidados específico y en actividad, ejercicio y rehabilitación.

- ❖ Deficiencia de la función gastrointestinal
- ❖ Higiene de estoma de eliminación
- ❖ Enema evacuante

- ***Riesgo de infección relacionado con desequilibrio nutricional, deterioro de la integridad cutánea, procedimientos invasivos (aspiración de secreciones, manejo de cánula de traqueostomía, gastrostomía).***

Objetivo: Disminuir el riesgo de infección implementando medidas de prevención

Intervenciones: Las siguientes intervenciones se consultan en el apartado de cuidados específicos y nutrición.

- ❖ Cuidados al paciente con traqueostomía
- ❖ Aspiración de secreciones por cánula
- ❖ Aspiración de secreciones por boca
- ❖ Higiene de estoma aéreo

- ❖ Higiene de estoma de alimentación
- ❖ Aseo bucal
- ❖ Recomendaciones para el cuidado de la piel
- ❖ Deficiencia de masticación y deglución
- ❖ Recomendaciones en la alimentación en pacientes con disfagia

Valoración neurológica

- ***Deterioro de la comunicación relacionado con afasia y disartria manifestado por dificultad para el lenguaje oral, expresión y comprensión, dificultad para leer o escribir. Debilidad muscular facial, movilidad limitada de la lengua, sialorrea, hablar con lentitud.***

Objetivo: Favorecer la comunicación implementando técnicas de comunicación y ejercicios faciales.

Intervenciones: Las siguientes intervenciones se consultan en el apartado de actividad, ejercicio y rehabilitación.

- ❖ Déficit cognitivo, perceptual, emocional y lenguaje
- ❖ Ejercicios para parálisis facial (falta desarrollar)

- ***Riesgo de aspiración relacionado con el deterioro de la deglución y disfagia.***

Objetivo: Mantener la vía aérea libre secreciones.

Intervenciones: Las siguientes intervenciones se consultan en el apartado de cuidados específicos.

- ❖ Aspiración de secreciones por cánula traqueotomía
- ❖ Aspiración de secreciones por boca
- ❖ Limpieza de cánula interna

Objetivo: Mantener técnica adecuada de alimentación para disminuir riesgo de aspiración por alimentos.

Intervenciones: Las siguientes intervenciones se consultan en el apartado de nutrición.

- ❖ Deficiencia de la masticación y deglución
- ❖ Alimentación oral con cánula de traqueostomía

- ***Riesgo de lesión relacionado con deterioro cognitivo, deterioro de la movilidad, desequilibrio nutricional, dependencia.***

Objetivo. Prevenir cualquier tipo de lesión implementando acciones que eviten su

aparición.

Intervenciones:

- ❖ Desarrollado en todo el plan
- ❖ Signos de alarma.

Valoración al cuidador primario

- ***Riesgo de cansancio del rol del cuidador primario relacionado vulnerabilidad a la percepción de dificultad de desempeñar su rol de cuidador, adicción o codependencia, cuidados numerosos o complejos y duración de ellos, falta de distracción, falta de descanso, situación marginal de la familia. Malos tratos.***

Objetivo: Identificar al cuidador primario y brindar apoyo para prevenir deterioro del mismo.

Intervenciones: Las siguientes intervenciones se consultan en el apartado de cuidados específicos.

- ❖ Apoyo al familiar primario.

4.3 Desarrollo de plan de alta

La enfermedad cerebrovascular es una enfermedad con mayor impacto y repercusión social y económica, comporta consecuencias negativas tanto para los afectados como para la familia por los costes y el deterioro en la calidad de vida. Tiene un alto índice de mortalidad y de discapacidad, que en 30% de los casos impide realizar las actividades básicas de la vida diaria.⁴⁷

De acuerdo al instrumento de valoración identificaremos que tipo de cuidados requiere un paciente pos ictus con secuela neurológica. Muchos de estos cuidados se consideran como específicos ya que se requiere de una intervención previa capacitación y conocimiento para reducir la mortalidad, la institucionalización y la dependencia.

El cuidador primario debe tener muy bien definido qué tipo de atención debe de brindar al paciente una vez que se encuentre en su domicilio. Por lo que a continuación se desarrollan cinco apartados: cuidados específicos, medicamentos, actividad, ejercicio, rehabilitación, nutrición y signos de alarma. Con el fin de dar una alta orientación sobre el cuidado brindado al paciente en domicilio.

4.3.1 Cuidados específicos para el hogar

El accidente cerebral vascular (ictus) genera en el paciente un grado de dependencia

alta, determinado por la extensión y zona de la lesión cerebral que condiciona la atención de cuidados muy particulares y específicos. Cuidados a los cuales se enfrenta el cuidador primario de los cuales no tiene conocimiento ni habilidad. Por lo que a continuación se desarrollan cuidados específicos que se llegaran a requerir en una atención domiciliaria.

Cuidados del paciente con traqueotomía sin apoyo ventilatorio.

Para evitar o disminuir el riesgo de complicaciones relacionadas con la traqueostomía, se deben administrar una serie de cuidados.

| Tabla 4. Cuidados al paciente con traqueostomía ⁴⁸ |
|--|
| a) Posición del paciente de 30 a 45°, sobre todo si recibe nutrición para evitar la aspiración de contenido. Si el estado del paciente lo permite mantenerlo sentado en un sillón o silla el tiempo posible. |
| b) Higiene bucal proporciona confort al paciente y disminuye la cantidad de microorganismos que residen en la mucosa bucal, disminuyendo el riesgo de neumonía por aspiración. |
| c) Limpieza de estoma minimiza el riesgo de infección de la estoma, se mantiene libre de humedad y exudado por razón necesaria. Vigilar datos de infección (eritema, mal olor, dolor, separación mucocutanea). Ver procedimiento tabla ... |
| d) Inspección de la piel periestomal de manera continua para descartar presencia de dermatitis por humedad. La piel debe estar seca, limpia y libre de secreciones. |
| e) Control de la cinta de fijación de la cánula. Debe estar colocada de manera que permita pasar un dedo entre la misma y la piel del cuello del paciente. Se debe cambiar por razón necesaria. <ul style="list-style-type: none"> ➤ Una fijación excesiva provoca lesión en la piel e incomodidad al paciente. ➤ Una fijación floja favorece la salida ante movimiento o al toser. |
| f) Control de las presiones de insuflación del balón. La presión se debe de mantener entre 20_25 mmHg. <ul style="list-style-type: none"> ➤ Mayor presión: isquemia de la mucosa, estenosis traqueal ➤ Menor presión: produce pliegues longitudinales, microaspiracion aumentando riesgo de neumonía. |
| g) Aspiración de secreciones en aquellos pacientes que no pueden expulsar secreciones por sí mismos. Por la presencia de la cánula se generan más cantidad de moco. Al eliminarlas de la vía aérea se evitan obstrucción e infección, facilita la entrada de aire lo que permite una adecuada ventilación y oxigenación. Disminuye el riesgo de atelectasias. |
| h) Movilización del paciente: es preciso movilizar al paciente (cambios posturales). Si no tiene movilidad el paciente, se recomienda mantenerlo sentado ya que el diafragma se usa más produciendo tos más efectiva. Para evitar la formación de tapones mucosos, se recomienda el drenaje postural, percusión pasiva y humidificación el aire inspirado. |

- i) **Limpieza de cánula interna.** Su principal función es evitar la obstrucción de la traqueotomía. Muchas obstrucciones (por secreciones, coágulos, etc.) se pueden evitar evaluando continuamente la cánula, limpiándola cuando sea preciso. Se debe limpiar por razón necesaria y ante la presencia de:
- Excesivas secreciones alrededor del estoma y/o de la cánula
 - Suciedad en los apósitos y/ o cintas
 - Trabajo respiratorio que indique una disminución del flujo de aire por la cánula

Tabla 5. Aspiración de secreciones por cánula. Técnica abierta.

Material y equipo

- Sistema de aspiración de alto vacío (80- 120 mmHg) con manómetro regulable
- Sondas flexibles de aspiración estériles de distinto calibre con toma de aire
- Adaptadores de distintos tamaños por si la sonda no conecta directamente con la goma del sistema de aspiración
- Guantes desechables estériles
- Recipiente con agua o solución antiséptica o Ambu
- Recipiente para desechar el material
- Gasas estériles

Procedimiento:

1. Si el paciente está consciente, explicarle la técnica a realizar y su utilidad
2. Preparación y comprobación del material. Para comprobar el funcionamiento del sistema de vacío se coloca un dedo en el extremo final de la goma de aspiración, notándose en el dedo la succión; también se puede comprobar aspirando previamente agua o suero de un recipiente. Es importante que el sistema de vacío funcione bien ya que de no ser así no ejercerá la presión negativa necesaria para extraer las secreciones pudiendo crear problemas de hipoxia al alargar el tiempo de aspiración. Se deben preparar varias sondas de aspiración para usar una diferente en cada aspiración para mantener la esterilidad
3. Si no existe contraindicación, colocar al paciente en posición Semi fowler, teniendo en cuenta la posición en la que se encuentre más cómodo
4. Lavarse las manos y colocarse el cubre bocas (para protegerse ante los posibles accesos de tos).
5. Abrir el sistema de vacío y regular la succión. Se recomienda que la presión negativa oscile entre 80 y 120 mm Hg. Presiones inferiores no extraen adecuadamente el material y elevadas pueden dañar la mucosa
6. Valorar las constantes vitales del paciente antes de la aspiración y así poder detectar posibles alteraciones que surjan durante el proceso
7. En pacientes conscientes, antes de la aspiración, invitarle a toser y hacer respiraciones profundas.
8. Abrir la sonda de aspiración y la conectar al sistema de aspirado con cuidado de no contaminarla. Para ello debe abrir la conexión lateral y mantener el resto de la sonda dentro del envoltorio estéril.

9. Colocación de un guante estéril desechable en la mano dominante, la que va a sujetar la sonda de aspiración
10. Coger la sonda con la mano dominante y enrollarla alrededor de la misma para evitar el contacto con ningún objeto no estéril que pudiera contaminarla
11. Introducir la sonda de manera firme y rápida, sin realizar succión (ya que se podría dañar la mucosa respiratoria), hasta llegar a un tope final. Mientras tanto, con la mano no dominante se debe sujetar la cánula para evitar su movilización. Si existe resistencia no hay que forzar la entrada de la sonda ya que puede ocasionar traumatismos de las membranas
12. Una vez llegado al tope final, retirar la sonda 2 – 3 cm (para evitar la presión directa de la punta de la sonda) y aspirar cerrando la toma de aire de la sonda (con la mano no estéril) retirándola con movimientos circulares y realizando succión durante toda la extracción. Así se facilita el arrastre de las secreciones que quedan adheridas en el trayecto.
13. Si una aspiración no ha sido suficiente para eliminar todas las secreciones, previo cambio de guantes, se repetirá la técnica, introduciendo una sonda estéril nueva. Una vez concluida la técnica, aspirar la boca del paciente para proporcionarle limpieza y bienestar (se puede utilizar la sonda empleada para la aspiración traqueal ya que la boca no es un medio estéril)
14. Desechar los materiales desechables utilizados (sonda de aspiración y guantes), cerrar la fuente de aspiración e introducir la goma del sistema en un recipiente con agua o solución antiséptica para limpiarlo
15. Recolocarlo al paciente en la posición que se encontraba previamente
16. Examinar y registrar las características de las secreciones aspiradas; para ello las sondas y sistemas de aspiración deben ser transparentes

Consideraciones especiales

- Evaluar la situación respiratoria del paciente antes y después de la aspiración valorando sibilancias y ruidos respiratorios, disminución o ausencia de los mismos
- Vigilar saturación del paciente (oximetría) para conocer la respuesta del paciente a la realización de la técnica.
- La aspiración no debe durar más de 10 a 15 segundos. Una aspiración más prolongada puede provocar hipoxia.
- Las sondas de aspiración han de ser blandas y flexibles, tener un diámetro no superior a un tercio del diámetro interior de la cánula para permitir la correcta progresión de la sonda y favorecer la entrada de aire entre la pared de la cánula y la sonda.
- Para aspirar selectivamente un bronquio se debe girar la cabeza hacia el lado contrario.
- Para aspirar mediante una cánula fenestrada se debe colocar un endocanula no fenestrada y evitar la salida de la sonda oportuna abertura y causar daño en la mucosa traqueal.
- Permanecer al lado del paciente hasta asegurarse de que está cómodo y respira sin dificultad.

| Aspiración de secreciones por boca |
|---|
| Material y equipo |
| <ul style="list-style-type: none"> • Sistema de aspiración de alto vacío (80- 120 mmHg) con manómetro regulable • Sondas flexibles de aspiración estériles de distinto calibre con toma de aire • Adaptadores de distintos tamaños por si la sonda no conecta directamente con la goma del sistema de aspiración • Guantes desechables estériles • Recipiente con agua o solución antiséptica o Ambu • Recipiente para desechar el material • Gasas estériles |
| Procedimiento: |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Repetir mismos pasos de aspiración de secreciones por cánula hasta el paso 10. 2. Introducir la sonda por la boca de manera firme y rápida, sin realizar succión (ya que se podría dañar la mucosa), 3. Pasar la sonda por carrillos y parte de la faringe, retirar la sonda 2 – 3 cm (para evitar la presión directa de la punta de la sonda) y aspirar cerrando la toma de aire de la sonda (con la mano no estéril) retirándola con movimientos circulares y realizando succión durante toda la extracción. Así se facilita el arrastre de las secreciones que quedan adheridas en el trayecto. 4. Si una aspiración no ha sido suficiente para eliminar todas las secreciones, previo cambio de guantes, se repetirá la técnica, introduciendo una sonda estéril nueva. 5. Desechar los materiales desechables utilizados (sonda de aspiración y guantes), cerrar la fuente de aspiración e introducir la goma del sistema en un recipiente con agua o solución antiséptica para limpiarlo 6. Recolocar al paciente en la posición que se encontraba previamente 7. Examinar y registrar las características de las secreciones aspiradas; para ello las sondas y sistemas de aspiración deben ser transparentes |
| Consideraciones especiales |
| <ul style="list-style-type: none"> ➤ Las sondas de aspiración han de ser blandas y flexible. ➤ Permanecer al lado del paciente hasta asegurarse de que está cómodo y respira sin dificultad. |

| Tabla 6 Higiene estoma aéreo ⁴⁸ |
|---|
| Material y equipo |
| <ul style="list-style-type: none"> • Guantes (normales y estériles) • Gasas estériles e isopos • cubrebocas • Clorhexidina, |

| |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Agua bidistelada • Cintas de recambio y tijeras |
| <p>Procedimiento:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lavarse las manos y preparar el material para la higiene 2. Explicar al paciente el procedimiento que se le va a realizar 3. Colocarlo en posición semi- Fowler para facilitar la correcta ventilación 4. Cortar una cinta con extremos cortados en diagonal 5. Retirar el apósito sucio 6. Colocación de guantes estériles y cubre bocas 7. Limpiar el estoma y la placa de la cánula con torundas de gasa y agua bidistelada estéril de dentro del estoma hacia fuera hasta unos 5- 10 cm. 8. Siempre se debe usar una gasa distinta en cada pasada para evitar contaminar. Puede utilizar isopos de algodón para las áreas de difícil acceso con los dedos. 9. Secar la piel con gasas estériles de manera gentil para evitar lesión por fricción 10. Aplicación de antiséptico de la misma manera que el suero fisiológico 11. Almohadillar la zona con apósito estéril (preparado comercial) o una gasa plegada. 12. Evitar cortar gasas y colocarlas en el punto de inserción ya que se pueden generar hilos que se adhieran para evitar infección. 13. Recortar cinta de sujeción y cambiar por una limpia con el nudo pegado a la placa, siempre sin apretar en exceso la cinta. |
| <p>Consideraciones especiales</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Realizar la higiene con una mano y con la otra sostener la cánula para evitar su salida en un momento en que se active el reflejo tusígeno. ➤ Evaluar la piel por debajo de la cinta de sujeción para detectar posibles lesiones. |
| <p>Educación para el cuidado en el hogar</p> <p>Capacitación del cuidador primario. Se explica técnica, se realiza práctica en un maniquí. Retroalimentación en maniquí Realizar técnica en paciente.</p> |

| |
|--|
| <p>Tabla 7 Limpieza de cánula interna ⁴⁸</p> |
| <p>Material y equipo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cánula interna del mismo diámetro y tamaño que la del paciente • Guantes estériles y limpios • Agua oxigenada • Solución fisiológica • Escobilla estéril • Gasas y paños estériles • Equipo y material para aspiración |
| <p>Procedimiento:</p> |

| |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Explicar el procedimiento al paciente, si está consciente 2. Colocar al paciente en posición semi- Fowler con una ligera hiperextensión del cuello, para facilitar el acceso a la tráquea 3. Aspirar toda la longitud de la cánula interna, para asegurar la permeabilidad de la vía aérea y disminuir su necesidad de toser 4. Lavarse las manos 5. Colocar todo el material en un paño estéril 6. Preparar una batea con agua oxigenada y otra con suero fisiológico 7. Con la mano no dominante abrir el cierre de la cánula y, sujetando la cánula externa, extraer la interna suavemente en sentido contrario a las agujas del reloj, siguiendo su curvatura; así, la mano empleada perderá la esterilidad 8. Sumergir la cánula en la batea de agua oxigenada durante unos minutos. El agua oxigenada ablanda y despega las secreciones incrustadas 9. Aspirar la cánula externa 10. Cambiar los guantes empleados por otros nuevos estériles 11. Retirar la cánula de la solución 12. Limpiar la cánula por dentro y por fuera con la escobilla empapada en suero fisiológico. Esta permite ejercer fuerza para retirar las secreciones más incrustadas 13. Aclarar la cánula en la batea con suero fisiológico estéril 14. Inspeccionar la cánula en su interior, comprobando que no quede ningún resto 15. Secar el interior de la cánula con una gasa estéril enrollada en la escobilla eliminando el exceso de líquido del interior y su posible aspiración. No hay que secar el exterior de la cánula porque la humedad de la superficie externa actúa como lubricante para la inserción 16. Insertar la cánula interna en sentido de las agujas del reloj 17. Fijar la cánula interna a la externa con el cierre 18. Conectar al paciente al oxígeno 19. Registrar la técnica realizada. |
| <p>Consideraciones especiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Registrar retirada, limpieza y reinserción, cantidad y características de las secreciones aspiradas (coloración, consistencia, olor). |
| <p>Capacitación del cuidador primario. Se explica técnica, se realiza práctica en un maniquí. Retroalimentación en maniquí Realizar técnica en paciente. Manual de cuidados de traqueostomía en el hogar</p> |

| |
|---|
| <p>Tabla 8 Aseo bucal ⁴⁹</p> <p>Consideraciones especiales Adaptación del lugar físico para realizar aseo bucal (altura del lavatorio, barrales de apoyo, adaptación de elementos de higiene bucal) Realizar cada 8/ hrs. o después de los alimentos</p> |
|---|

Material y equipo

- Vaso con agua.
- Guantes de un solo uso no estériles.
- Toalla.
- Cepillo de dientes, dentífrico y colutorio.
- Palangana.
- Antiséptico bucal.
- Depresor y gasas estériles.
- Bálsamo labial hidratante.
- Bolsa para residuos.

Procedimientos

1. Lavarse las manos y colocarse los guantes si es necesario.
2. Si el paciente está encamado, elevar la cabecera de la cama (posición Fowler o semi-Fowler).

Si el paciente está consciente, pero no es capaz de realizar la higiene bucal por sí mismo:

3. Explicar al paciente el procedimiento que vamos a realizar y pedir su colaboración.
4. Cepillar los dientes realizando un movimiento de barrido para eliminar los residuos.
5. Limpiar la cara externa e interna, superior e inferior de los dientes y muelas de ambas mandíbulas, así como la lengua.
6. Facilitar un vaso de agua para el aclarado de la boca, que echará en la palangana, para luego repetir el proceso con el colutorio.
7. Aplicar bálsamo labial hidratante.

Si el paciente está inconsciente:

8. Colocar la cabeza del paciente ladeada.
9. Preparar una gasa enrollada en un abatelenguas, empapada en antiséptico bucal.
10. Limpiar toda la boca, repitiendo el proceso con varias gasas.
11. Aclarar la boca con agua (jeringa 10cc) aspirando el contenido al mismo tiempo.
12. Aplicar bálsamo labial hidratante.

Si el paciente utiliza dentadura postiza:

13. Explicar al paciente el procedimiento que vamos a realizar y pedir su colaboración.
14. Retirar la dentadura con una gasa, moviendo con suavidad la placa superior.
15. Depositarla en una batea para su cepillado y aclarado posterior.
16. Limpiar la boca enjuagándola con antiséptico bucal o, si esto no es posible, con una gasa impregnada.
17. Limpiar la dentadura con cepillo de dientes y dentífrico y, a continuación, introducirla en un vaso con agua hasta ser recolocada.
18. Reinstalar al paciente en posición cómoda.

Consideraciones especiales.

| |
|--|
| <p>➤ Es importante que, si existe mucha salivación o secreciones bucales, se aspire antes de realizar la higiene bucal del paciente</p> |
| <p>Capacitación del cuidador primario. Se explica técnica, se realiza práctica en un maniquí. Retroalimentación en maniquí Realizar técnica en paciente.</p> |

| |
|---|
| <p>Tabla 9 Baño en cama ⁴⁹</p> |
| <p>Material de aseo y ropa necesarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Esponjilla jabonosa o gel y esponja o manopla. • Una palangana con agua caliente de 46 a 48 grados, ya que se enfría muy rápido. • Una jarra con agua caliente. • Termómetro de baño. • Equipo de aseo bucal. • Tijeras de punta roma para las uñas. • Cepillo de uñas. • Dos cuñas. • Loción o crema para masaje. • Guantes desechables. • Champú. • Secador para pelo (si es necesario). • Dos toallas grandes y una pequeña. • Pijama o camisón limpios. • Ropa para cambiar la cama. • Bolsa para la ropa sucia. • Compresas estériles. • Gasas estériles. • Guantes estériles. • Pinzas portagasas. • Riñonera o bandeja. • Suero fisiológico. • Solución antiséptica. |
| <p>Procedimiento</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se explicará al paciente el procedimiento a realizar y se le pedirá que colabore en la medida que le sea posible. 2. Antes de comenzar se le ofrecerá el orinal (cuña o botella). 3. Se preparará la habitación para realizar el baño cerrando las ventanas y regulando la temperatura de la habitación entre 22 y 25 grados. Si la temperatura ambiental es la adecuada sólo se tendrá que asegurar de que no existan corrientes de aire. No se debe olvidar apartar los timbres o lámparas para evitar riesgos de electrocución. |

4. Se colocará la ropa y el equipo necesario junto a la cama y al alcance para, seguidamente, comprobar que la temperatura del agua es la adecuada.
5. Se colocará la cama a la altura adecuada para trabajar evitando lesiones de espalda y se pondrá el freno si ésta es móvil. Si al usuario lo va a asear un solo profesional se dejará levantada la barandilla del otro lado de la cama, para evitar posibles caídas del paciente.
6. A continuación, habrá que lavarse las manos y ponerse los guantes.
7. Se retirará hacia los pies la ropa de cama que cubre al usuario y se colocará sobre su cuerpo una toalla de baño, sin dejar a la persona al descubierto en ningún momento.
8. Es aconsejable poner una toalla bajo el cuerpo del paciente para proteger la cama.
9. Se desnudará al paciente y se meterá la ropa sucia en una bolsa que se tendrá preparada junto a la cama.
10. Se comprobará la temperatura del agua, que debe estar entre 46° C y 48° C.
11. Se colocará al paciente en decúbito supino, si no hay contraindicaciones
12. Se coloca una toalla a nivel de los hombros para realizar un levantamiento y colocar una palangana por debajo de la cabeza del paciente.
13. Agregar agua en mínima cantidad de manera que no caída sobre los ojos y oídos. Aplicar shampoo o jabón y lavar. Se aclara con agua suficiente y se coloca una toalla en la cabeza. Se retira palangana y toalla por debajo del hombro.
14. Se inicia a enjabonar por partes y posterior aclarado con agua con ayuda de una esponja para control del agua, secar con palmaditas, sin frotar la piel para no causar irritación. Se inicia con cara, a seguir brazos, tórax, piernas parte frontal.
15. Para lavar los pies se colocan en una palangana para realizar el lavado. Secar perfectamente entre los espacios interdigitales.
16. Se realiza lavado de genitales con gasas o compresas diferentes. Estas se desechan una vez realizado el aseo.
17. Se realiza cambio postural en decúbito lateral para lavar espalda, glúteos y secar.
18. Realizar el cambio de ropa de cama.
19. Se aplica crema en todo el cuerpo.

Consideraciones especiales

- Se destapará la parte del cuerpo que se va a lavar, preservando su intimidad, dejando el resto del cuerpo cubierto con la toalla de baño.
- No se debe utilizar la misma esponja, gasa de lavado genitales para el resto del cuerpo. Una vez utilizada esta se debe de desechar.
- Si el paciente está en condiciones para realizar baño en regadera. Se procederá con todas las medidas de seguridad para evitar caídas.
- El cuarto de baño debe estar acondicionado a las necesidades del paciente. (piso antiderrapante, banco, agarraderas).

| |
|--|
| ➤ No se debe dejar nunca solo al paciente durante el procedimiento. |
| Capacitación del cuidador primario. Se explica técnica, se realiza práctica en un maniquí. Retroalimentación en maniquí Realizar técnica en paciente. |

| |
|--|
| Tabla 10 Cuidados de la piel. Recomendaciones ⁵⁰ |
| <p>Aplicar valoración con escala de Braden. Para determinar el riesgo de desarrollar lesiones por presión.</p> <p>Inspeccionar diariamente la piel, pliegues y espacios interdigitales. Observar las prominencias óseas y la presencia de sequedad, excoriación, eritema o maceración.</p> <p>Realizar baño diario con jabón neutro sin alcohol ni perfumes.</p> <p>No friccionar la piel al momento del secado</p> <p>Humectar piel con crema (a esta agregar un frasco de aceite de almendras). No aplicar ningún tipo de alcohol, talco (reseca la piel)</p> <p>No realizar masaje sobre las prominencias óseas.</p> <p>Utilizar ropa de tejidos naturales (algodón)</p> <p>Mantener la cama libre de arrugas, limpia y seca.</p> <p>Si cuenta con heridas hay que vigilar drenajes, exudados. Se debe proteger la piel con productos barrera.</p> <p>Favorecer oxigenación tisular (control de enfermedades como diabetes, enf. Respiratorias, anemia)</p> |
| <p>En caso de incontinencia</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Limpieza de la piel. ✓ Diario y en cada episodio de incontinencia ✓ Agua y jabón: liberan álcalis y sales ácidas insolubles ✓ Limpiador: detergente y surfactante que no afecta ph, emolientes no requieren aclarado, evita uso de toallas. <p>Protección cutánea.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Producto de barrera: proteger la piel y evitar su deterioro, forman una barrera impermeable o semipermeable y evita la penetración de agua e irritantes. Óxido de zinc, dimeticona, vaselina. ❖ Rehabilitación, entrenamiento vesical y de suelo pélvico ❖ Tratamiento dietético ❖ Limpieza suave cada vez que se identifique la presencia de humedad ❖ El tratamiento de la piel dañada dependerá del grado de lesión. ❖ En pacientes con piel erosionada o denudada no se recomienda utilizar ni emolientes ni humectantes sino un protector cutáneo. (Polímeros de acrilatos). |
| <p>En caso de lesiones por presión</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Empiece con medidas preventivas apropiadas en los pacientes en que el eritema no palidece y repita la evaluación de la piel como mínimo cada 2 |

| |
|---|
| <p>horas hasta que se resuelva.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Actividad y ejercicio ✓ Cambios posturales, utilización de superficies especiales para el manejo de la presión (SEMP) ✓ Protección local de la presión. (hidrocelulares) ✓ Mantener el estado nutricional |
| <p>Importancia del cuidador primario</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Identificar al cuidador principal y valorar la capacidad, la habilidad, los conocimientos, los recursos y la motivación de este y del paciente para participar en el plan de cuidados. ➤ Personal cualificado debe proporcionar información al paciente en riesgo y a su cuidador. ➤ La información debe incluir los aspectos siguientes: qué son las lesiones por dependencia (lesión por presión, lesión por humedad, por cizallamiento, fricción); cuáles son sus causas y signos de aparición; cómo hay que prevenirlas; repercusiones de tener una lesión por dependencia, y técnicas y materiales para la prevención. ➤ Hay que tener en cuenta las necesidades individuales cuando el paciente presente deterioro cognitivo, alteración neurológica, alteración de la movilidad, enfermedades degenerativas o alteraciones en la perfusión de los tejidos. ➤ Valorar la posibilidad de acceder a los recursos sociales para facilitar los cuidados en el hogar |
| <p>Técnica curación de lesión por dependencia (lesión por presión, fricción, cizallamiento)</p> |
| <p>Material y equipo</p> <p>Gasa estéril Guantes estériles Agua de irrigación estéril o solución fisiológica Tijeras Tela adhesiva (micropore, transport, apósito transparente, hipafyx) Apósito a colocar según el tipo de lesión y lo indicado por especialista en heridas.</p> |
| <p>Procedimiento</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Preparar material y equipo 2. Lavado de manos 3. Valorar características de la lesión (olor, color, temperatura, tipo de exudado, profundidad, tunelización, socavamiento, tipo de tejido, bordes, piel perilesional) 4. Limpieza de la lesión (s. fisiológica, agua irrigación) 5. No utilizar antiséptico de forma rutinaria 6. Utilizar sistema de irrigación (arrastre ditritis bacteriano) y no de arrastre. 7. Utilizar el tratamiento de acuerdo al TIME. 8. Cubrir con gasa y tela adhesiva. |
| <p>Consideraciones especiales</p> |

| |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ➤ Interconsulta con el especialista en clínica de heridas. ➤ Realiza el cambio de apósito secundario si este está más del 50% húmedo. |
| <p>Capacitación del cuidador primario. Se explica técnica, se realiza práctica en un maniquí. Retroalimentación en maniquí Realizar técnica en paciente.</p> |

| |
|--|
| Tabla 11 Higiene de estoma de alimentación ⁵¹ |
| <p>Material y equipo Agua estéril Gasas estériles Cinta adhesiva (micropore, hipafyx) Guantes estériles</p> |
| <p>Procedimiento</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lavado de manos 2. Preparación de material 3. Segundo tiempo de lavado de manos 4. Tomar una gasa e impregnarla con el agua 5. Limpiar alrededor del estoma con movimientos circulares de adentro hacia afuera sin regresar la gasa, repetir la operación hasta que quede limpio la zona de inserción de la sonda. 6. Tomar otra gasa y limpiar la sonda, del sitio de inserción 2 cm hacia arriba 7. Secar la piel perfectamente 8. Colocar gasa alrededor de la sonda cubriendo el área del estoma |
| <p>Consideraciones especiales</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Vigilar el sitio de inserción de la estoma, ante la presencia de datos de infección. ➤ Vigilar y cuidar la piel periestomal ➤ Girar la sonda 360° con el fin de evitar que se adhiera a las paredes |
| <p>Capacitación del cuidador primario. Se explica técnica, se realiza práctica en un maniquí. Retroalimentación en maniquí Realizar técnica en paciente.</p> |




| |
|--|
| Tabla 12. Preparación de alimentación artesanal ⁵² |
| <p>Material y equipo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ingredientes (alimentos de los grupos del plato de buen comer) • Agua purificada • Guantes estériles • Licuadora • Colador |


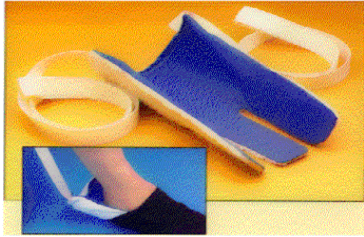



| |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Cuchara medidora • Contenedor |
| <p>Procedimiento</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lavado de manos 2. Limpiar el área de preparación, los utensilios y contenedor de almacenaje. 3. En caso de cereales se remojan antes de la preparación 4. En caso de utilizar huevo será hervido 5. En caso de arroz previamente cocido. 6. Frutas y verduras lavadas y peladas. 7. Carnes cocidas 8. Se licuaran todos los ingredientes en el siguiente orden: Frutas Verduras Cereales Alimentos de origen animal Aceite Colar tres veces. |
| <p>Consideraciones especiales</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ La mezcla y formula para nutrición enteral debe prepararse en ambiente limpio ➤ Si se almacena la formula inmediatamente en refrigerador a temperatura igual o menos de 4° C. ➤ Desecharse a las 24 hrs. |
| <p>Educación para el cuidado en el hogar Dieta artesanal para ministración enteral. Video técnica para preparación de nutrición enteral artesanal de 1500 kcal. https://www.youtube.com/watch?v=zQS7t-wQbYw</p> |

| |
|---|
| <p>Tabla 13 Ministración de alimentación artesanal por sonda ⁵³</p> |
| <p>Material y equipo Contenedor o bolsa de alimentación Agua purificada Gasas estériles Preparado Jeringa de 20 ml Contenedor de 250 ml Guantes no estériles.</p> |
| <p>Procedimiento</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lavado de manos 2. Colocar al paciente en posición sentada o semisentada y mantenerlo en esta posición al menos hora y media o dos horas tras la administración. 3. Comprobar mediante aspiración con jeringa el contenido gástrico antes de cada toma (si el contenido gástrico es mayor de 250 ml suspender esa toma). |

| |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 4. Vaciar el preparado en la bolsa de alimentación 5. Conectar la bolsa de alimentación a la sonda con previo purgado del sistema de la bolsa. 6. Administrar el preparado de nutrición enteral a temperatura ambiente. 7. Después de cada toma se debe lavar la sonda administrando 30 ml de agua. 8. Lavar cuidadosamente la jeringa de administración después de cada toma. |
| <p>Consideraciones especiales</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ La infusión intermitente se ministra entre 30 a 45 minutos de 3 a 8 veces día. ➤ La fórmula no debe estar expuesta a temperatura en climas cálidos por más de 4 hrs. ➤ Volumen máximo 500 ml cada 4-5 hrs. ➤ Los medicamentos no se deben de mezclar con a NE para evitar obstrucción de la sonda. ➤ Pulverizar medicamento sólido y diluir con 5 a 30 ml de agua, y lavar la sonda entre medicamentos con 15 a 30 ml antes y después de su administración. ➤ No aplicar la alimentación en ausencia de ruidos intestinales. |
| <p>Capacitación del cuidador primario. Se explica técnica, se realiza práctica en un maniquí. Retroalimentación en maniquí Realizar técnica en paciente.</p> |
| <p>Ministración de medicamentos por sonda <small>54</small></p> |
| <p>Material y equipo Jeringa de 20 ml Mortero Agua</p> |
| <p>Procedimiento Preparar material y medicamentos Lavado de manos Comprimidos o grageas: Triturar la forma farmacéutica Comprimido efervescente: disolver en 30 ml de agua y esperar hasta finalización de la efervescencia. Aspirar la cantidad indicada de la formula liquida. Retirar el embolo de la jeringa e introducir el medicamento Aspirar 15-20 ml de agua y agitar hasta desleir el comprimido. Administrar a través de la sonda Lavar la sonda con 10-30 ml de agua tras la administración de cada fármaco para lavar restos.</p> |
| <p>Consideraciones especiales Verificar la situación del extremo de la sonda y su correcta colocación. Nunca añadir el fármaco directamente en la bolsa de nutrición enteral Comprobar la compatibilidad del fármaco con la nutrición enteral. En caso de</p> |

| |
|---|
| <p>duda sobre la compatibilidad administrarlo en ayunas (Una hora antes o dos horas después de la misma).</p> <p>Cada fármaco debe administrarse individualmente.</p> <p>No usar la misma jeringa, utilizar una distinta en cada administración para evitar interacciones.</p> <p>Administrar primero las formas farmacéuticas líquidas y procurar se haga de menor a mayor viscosidad para evitar obstrucción de la sonda.</p> |
| <p>Capacitación del cuidador primario.</p> <p>Se explica técnica.</p> <p>Retroalimentación en maniquí</p> <p>Realizar técnica en paciente.</p> |

| Tabla 14. Ayudas técnicas ¹⁹ Plan rehabilitación | |
|---|---|
| <p>Son dispositivos que tienen las personas con discapacidad mantener o incrementar su autonomía e independencia, la igualdad de oportunidades y calidad de vida de la persona. ¹⁹</p> | |
| <p>Baño/higiene: En la limitación articular en el hombro, los cepillos y esponjas de baño con mango largo deben poder curvarse para llegar a la espalda</p> | <p>https://www.ortoweb.com/blogortopedia/ayudas-tecnicas-despues-de-un-ictus/</p>  |
| <p>Lavarse el cabello: de igual manera cepillos de mango largo especiales para frotar la cabeza.</p> | <p>https://emartinolivencia.wordpress.com/ayudas-tecnicas/</p>  |
| <p>Peinarse: Los peines o cepillos de mango largo curvado o angulado permiten peinarse flexionando el codo sin elevar el hombro</p> | <p>ites.google.com/site/fatereca/home/programa-psicoeducativo-en-familiares-de-personas-con-demencia</p>  |
| <p>Lavarse los dientes. La limitación de la movilidad del hombre puede</p> | <p>https://inpaula.com/que-es-inpaula/servicios/ayudas-tecnicas</p>  |

| | |
|--|---|
| <p>impedir el cepillo llegue a la boca, se puede adaptar un alargador en el mango del cepillo</p> | |
| <p>Vestirse: ante la dificultad de tomar una prenda colgada se pueden utilizar perchas con mango largo que permita el agarre, o alargadores con un gancho para alcanzar los ganchos.</p> | <p>http://teocup.blogspot.com/2008/11/ayudas-tecnicas-vestido_14.html</p>  |
| <p>Se recomienda el uso de calzado con broche de velcro para facilitar el retiro y colocación del mismo.</p> | <p>http://teocup.blogspot.com/2008/11/ayudas-tecnicas-vestido_14.html</p>  |
| <p>El uso de abrocha botones facilita la tarea para los botones, abrir y cerrar cremalleras. O cambiar cierres y botones por velcro.</p> | <p>https://crisotmor.wordpress.com/2012/12/09/seminario-8-ayudas-tecnicas-para-la-suplencia-o-ayuda-en-situacion-de-fragilidad-o-riesgo-2/</p>  |
| <p>Utilizar ropa abrochada por delante, sujetadores con cierre anterior suelen ser más fáciles de poner.</p> | <p>https://crisotmor.wordpress.com/2012/12/09/seminario-8-ayudas-tecnicas-para-la-suplencia-o-ayuda-en-situacion-de-fragilidad-o-riesgo-2/</p>  |
| <p>Ante la limitación de la movilidad se recomienda introducir primero en la manga el brazo afectado, para</p> | <p>https://www.ortoweb.com/blogortopedia/ayudas-tecnicas-despues-de-un-ictus/</p>  |

| | |
|--|--|
| desvestirse, el brazo afectado debe ser el último. | |
| Recomendaciones <ul style="list-style-type: none"> • Si se va adquirir un sistema de apoyo se recomienda que se en centros especializados que asesoren sobre las características del producto, con manual y garantía. • Todas las ayudas técnicas deben ser seguros en su utilización • El tipo de ayuda técnica dependerá de cada necesidad de cada paciente. | |

| | |
|--|--|
| Tabla 14 Higiene de estoma de eliminación ⁵⁵ | |
| Material y equipo | |
| Agua embotellada Gasas limpias Protector cutáneo en spray Polvo hidrocoloide Pasta hidrocoloide Equipo colector (una pieza, dos piezas según requiera el paciente). Tijeras punta roma Tabla de medidas Plumón indeleble Guantes no estériles Mica de 10 x 10 cm | |
| Procedimiento | |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Preparar material y equipo 2. Lavado de manos | |
| Técnica de retiro | |
| <ol style="list-style-type: none"> 3. Calzar guante en mano diestra 4. Humedecer una gasa y enredar en el dedo índice. 5. Despegar la placa mano diestra realiza ligera presión hacia la piel y la otra mano va desprendiendo la placa. 6. Limpiar perfectamente el estoma y la piel perilesional con gasa húmeda con movimientos del centro hacia fuera sin friccionar la piel. 7. Realizar una valoración de la piel y características del estoma | |
| Técnica de colocación de bolsa | |
| <ol style="list-style-type: none"> 8. Si el estoma tiene forma regular utilizar tabla de medidas, elegir la que quede más se ajuste a la circunferencia del estoma. 9. Observar la medida que marca la placa nueva y recortar al nivel indicado. 10. Si el estoma tiene forma irregular realizar el molde 11. Tomar la mica y colocar sobre el estoma limpio y calcar su circunferencia con un plumín indeleble. | |

| |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 12. Realizar el corte en la parte central de la circunferencia. 13. Medir el molde sobre el estoma para verificar que haya quedado a la medida. 14. Calcar sobre la placa y recortar. 15. Aplicar protector cutáneo en spray. Si existiera dermatitis por contacto se aplicara una capa de protector en spray y posterior polvo hidrocoloide. Y nuevamente protector. Colocar la placa para cubrir el estoma. |
| <p>Consideraciones especiales</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ El tipo de bolsa que elija debe darle seguridad y proteger la piel ➤ La placa del equipo debe ajustarse y sellar perfectamente el estoma. Para evitar dermatitis por humedad y contacto en la piel perilesional ➤ Al limpiar no friccionar la piel secar con pequeñas palmaditas ➤ Si el estoma se presenta alguna complicación se debe interconsultar a personal especialista. |
| <p>Capacitación del cuidador primario. Se explica técnica, se realiza práctica en un maniquí. Retroalimentación en maniquí Realizar técnica en paciente.</p> |

| |
|--|
| <p>Tabla 15 Enema evacuante ⁵⁶</p> |
| <p>Material y equipo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sistema irrigador y/o bolsa para enema • Sonda rectal pre lubricado. • Solución para administrar. • Guantes desechables. • Lubricante hidrosoluble. • Soporte para la solución (pentapié). • Cómodo (papel higiénico). • Pinzas en caso necesario • Bolsa para desechos. |
| <p>Procedimiento</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Trasladar el equipo y materiales 2. Lavarse las manos. 3. Explicar al paciente en qué consiste la realización del procedimiento, respetando al máximo su intimidad. 4. Preparar y tener dispuesto el material. Colocar el equipo irrigador y/o la bolsa con la solución a administrar, previamente tibia a temperatura corporal en el soporte (pentapié) a una altura máxima de 50 cm sobre el nivel del paciente. 5. Conectar la sonda al extremo del tubo transportador del irrigador o bolsa. Lubricar la punta de la sonda. Extraer el aire del sistema del equipo para irrigar y de la sonda. Pinzar el sistema para evitar que la solución siga saliendo. |

| |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 6. Colocar al paciente en posición de Sims. Decúbito lateral izquierdo con la extremidad inferior derecha flexionada, si no está contraindicado. Descubrir solamente la región. 7. Colocarse los guantes. 8. Separar con una mano los glúteos para visualizar el orificio anal; con la otra mano introducir suavemente el extremo distal de la sonda rectal, unos 10 cm aproximadamente. 9. Despinzar el sistema y dejar pasar lentamente la solución al paciente, de tal manera que éste lo tolere sin molestias. Terminar de administrar la cantidad de solución indicada. 10. Colocar al paciente en decúbito lateral derecho. Motivar al paciente para que retenga la solución de 5 a 10 minutos. 11. Colocar el cómodo al paciente y/o ayudarlo a que evacúe en el sanitario el enema y las heces fecales. 12. Asear al paciente o proporcionarle los medios (papel sanitario) para que él, si está en condiciones, se lo realice solo. 13. Registrar el procedimiento realizado, la cantidad de solución administrada y si se cumplió el objetivo para el cual fue administrada. Asimismo incluir la fecha, hora, características de la eliminación e incidencias durante el procedimiento. |
| <p>Consideraciones especiales</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ No forzar la introducción de la sonda, si esto sucede, puede provocar perforación intestinal. ➤ Suspender la administración en caso de que el paciente refiera dolor abdominal o hemorragia. |
| <p>Capacitación del cuidador primario. Se explica técnica, se realiza práctica en un maniquí. Retroalimentación en maniquí Realizar técnica en paciente.</p> |

Incontinencia urinaria

La incontinencia vesical se presenta en 30-50% de los pacientes debida a varios factores (mal control de esfínter, inmovilidad, infección urinaria, estado confusional). Se denomina vejiga neurogenica a toda alteración del comportamiento vesical debida a una patología del sistema nervioso central y/o periférico.³³

| | |
|--|--|
| Intervenciones ante la deficiencia de la función urinaria: ^{2,38} | |
| Intervención | Fundamento |
| Esquema de vaciamiento cada 4-6 hrs, ir aumentando tiempo. | La capacidad normal de la vejiga es inferior a 500 ml. El vaciamiento de la vejiga cada 4-6 hrs, previene la sobre distensión. |

| | |
|---|--|
| Realizar maniobras de Crede: aplicar presión supra púbica para vaciar la orina de vejiga. | Aumenta la presión vesical generando el vaciamiento de la orina. |
| Realizar método de Valsalva: el paciente utiliza la musculatura abdominal y el diafragma para vaciar la vejiga. | Con esta técnica se aumenta la presión intra abdominal cuando la vejiga esta f |
| Colocar colector externo (pañal) solo en caso de no control | |
| Sonda vesical (alteración estado de conciencia o déficit cognitivo severo). | Método de cuidado de la vejiga, ante incontinencia incontrolable por decadencia de la lesión, nivel y grado. |

Intestino neurogenico

El Intestino Neurogénico (IN) consiste en la incapacidad del intestino para impulsar en sentido distal la materia fecal ocasionando un inadecuado manejo intestinal con deposiciones anormales en frecuencia y consistencia.

| Intervención | Fundamento |
|--|--|
| Reeducación del intestino considerando hábitos previos. (Establecer una hora determinada) considerando los ejercicios después de 20 a 40 minutos de los alimentos. | El intestino neurogenico o la falta de movilidad ocasiona dificultad para evacuar o incontinencia. |
| Dar dieta rica en fibra (30gr/día) | La fibra para evitar endurecimiento de las heces y favorece el tránsito intestinal. |
| Ingestión de alimentos regular y programada | Establecer un horario en los alimentos permite al reflejo gastroduodenocólico favorecer la evacuación. |
| Realizar actividad física regular o cambio postural cada 3 hrs. | El realizar ejercicios pasivos-activos favorece la motilidad intestinal |
| Realizar masaje abdominal de derecha a izquierda. | El masaje para facilitar el movimiento de heces hasta el tracto inferior. |
| Proporcionar laxantes orales u supositorios de glicerina de aplicación diaria 30 minutos después de ingesta alimentaria. | Los laxantes atraen el agua al interior del recto y aumenta el peristaltismo, con estimulación refleja de la defecación. |
| Estimulación digital se inician de 5 y 15 minutos después de la colocación del supositorio. | Al realizar todos los días se obtiene un patrón regular para la defecación. |

| | |
|--|---|
| Extracción de heces duras | |
| Aplicación de enema si no se consigue la defecación después de 3 días. 500-1000 cc de agua tibia jabonosa y 2-3 cucharaditas de aceite de oliva. | La introducción de sustancias en el colon ayuda a eliminar la materia fecal |

| Déficit cognitivo, perceptual, emocional y lenguaje. ^{2,5} | |
|---|---|
| Intervención | Fundamento |
| Canalizar con el especialista (neuro psicólogo) | El manejo con el especialista indicado identifica las funciones cerebrales alteradas con el fin de orientar la estimulación que se le debe hacer. |
| Orientar al paciente quien es, donde está, que está ocurriendo. | La orientación es una de las funciones más comprometidas. |
| Mantener la luz durante el día y apagarla durante la noche | Ayuda a regular los ciclos de vigilia-sueño permitiendo al paciente obtener un descanso efectivo. |
| Dejarle música mientras este solo | La música ayuda a relajarse y mantener vinculado con la estimulación sensorial. |
| Realizar de manera rutinaria minimental | Dos tercios de los pacientes presentan alteraciones cognitivas que van en progresión y desarrollan demencia. |
| Realizar rehabilitación cognitiva dirigida a diferentes áreas como la atención, memoria, comunicación, comprensión, razonamiento, resolución de problemas y juicio. | Mejora la capacidad individual para procesar y usar información y permitir funcionamiento adecuado para la vida. |
| Realizar masajes en el cuerpo con diferentes texturas, de lo distal hacia lo proximal hacia la cabeza. | Estimula la percepción táctil. La estimulación dirigida y sistematizada ayuda a buscar nuevas conexiones neuronales. |
| Integrar al paciente en programa de logopedia | Tratamiento que dura de 3 meses a un año. |
| En caso de no mejorar con logopedia emplear métodos de comunicación alternativa. (Laminas graficas ordenadas por símbolos y categorías hasta programas informáticas de comunicación). | Las afasias no efluentes no responden con logopedia. Requiere cooperación intensa por parte de la familia entorno del paciente. |
| Ambiente adecuado en volumen, tranquilo. Simplificar comunicación | En los problemas de lenguaje la familia se encuentra ante una situación frustrante por lo que es indispensable dar |

| | |
|--|--|
| No gritar Hablar directamente Ser pacientes No ser condescendiente No aislar al paciente No interrumpir, ni completar frases. | recomendaciones para el manejo de la afasia. |
|--|--|

Apoyo al familiar primario

- Información acerca de la enfermedad
- Promover una reunión familiar
- Poner en contacto al cuidador principal con una Asociación de personas con su mismo problema (compartir un problema contribuye a mitigarlo)
- Información al cuidador sobre la red de Servicios Comunitarios: puesta en contacto con los Trabajadores Sociales correspondientes y búsqueda de recursos apropiados para su caso particular
- Información regular al cuidador
- Accesibilidad para el cuidador en momentos de necesidad
- Indicaciones lo más claras posibles sobre el régimen de cuidados

Derechos del cuidador informal

- Cuidarse a sí mismo
- Buscar ayuda en otras personas pese a que el familiar no quiera o ponga trabas.
- Mantener aspectos de su vida que no incluyan a la persona que cuida
- Enfadarse, estar deprimido y expresar ocasionalmente sentimientos negativos
- Rechazar cualquier intento de manipulación por parte del ser querido a través de sentimientos de culpa, enfado o depresión
- Recibir consideración, afecto, perdón y aceptación
- Estar orgulloso de lo que ha logrado
- Proteger su individualidad y su derecho a tener una vida propia

4.3.2 Medicamentos

Si las complicaciones neurológicas y médicas luego del EVC no son previstas, prevenidas y manejada apropiadamente, se convierten en la mayor causa de morbimortalidad.

Como prevención secundaria se ha demostrado se reduce el riesgo de recurrencia de ictus y otros episodios vasculares: el descenso de la presión arterial reducción del colesterol (estatinas) y el tratamiento antiplaquetario.³⁶

La adherencia al tratamiento farmacológico es indispensable para el control adecuado de las entidades crónicas degenerativas que desencadena el EVC que en conjunto con las medidas dietéticas y ejercicio condicionan al paciente a una disminución de probabilidad de reincidencia.

A continuación en la tabla 16, se describen los medicamentos de forma general indicados en un paciente pos ictus.

Los cuales pueden variar según el caso de cada paciente.

| TABLA 16. DE MEDICAMENTOS INDICADOS EN EL TRATAMIENTO DE EVC ^{59,60,61} | | | | | | | |
|--|--|---|--------------------------------------|------------|---|--|---|
| Principio activo | Efecto terapeutico | Dosis recomendada | Presentación | Tiempo | Efectos adversos | Interacciones | Contraindicaciones |
| Acido acetilsalicílico | Antitrombotico Inhibidor de la agregación plaquetaria Analgésico, antipirético, antiinflamatorio | 75-150 mg día | Tableta soluble de 300mg | Indefinido | Prolongación de tiempo de sangrado, hemorragia gastrointestinal, hepatitis, broncoespasmo e inducir ataque asmáticos. | La eliminación aumenta con corticoesteroides, disminuye efecto con antiácidos, B-bloqueadores, IECA, ARA II. Aumenta efecto de hipoglucemiantes y coagulantes orales o heparina, insulina, digoxina, DFH, ácido valproico | Hipersensibilidad al fármac o a AINE o tartrazina, ulcera péptica, gastritis. ACV hemorrágico, Insuficiencia cardiaca, hepática o renal grave. Uso de metotrexato. |
| Cuidados en el hogar: Ministrar con alimentos, vigilar INR para adecuado control de efecto anticoagulantes. | | | | | | | |
| Clopidogrel | Anti trombotico Inhibidor de la agregación plaquetaria. | 75 mg día | Comprimido 75 mg | indefinido | Hemorragia patológica, ulcera péptica, hemorragia intracraneal, hematomas, epistaxis. | No recomendado con: inhibidores potentes o moderados del CYP2C19 (omeprazol, esomeprazol, fluvoxamina, fluoxetina, moclobemida, voriconazol, fluconazol, ticlopidina, carbamazepina, efavirenz) ya que pueden dar lugar a una reducción de los niveles del metabolito activo de clopidogrel | En insuficiencia hepática grave, en niños y adolescentes No en 7 días posteriores a infarto cerebral isquémico agudo. |
| Cuidados en el hogar: Dar con o sin alimentos, vigilar presencia de sangrado a cualquier nivel. | | | | | | | |
| Dabigatran | Antitrombotico Inhibidor directo de trombina | 110 mg c/ 12 hrs. en ancianos 150 mg c/ 12 hrs adulto menor de 75 años | Capsula de 110 mg 150 mg 75 mg | Indefinido | Disminución de la hemoglobina, anemia, epistaxis, hematuria, dolor abdominal | Situación en las que existe un riesgo elevado de hemorragia. Aumenta su concentración con amiodarona, verapamilo, quinidina, heparinas de bajo peso molecular, antagonistas de vitamina k, anticoagulantes orales y antiagregantes plaquetarios, ketoconazol. Disminuye con rifampicina, carbamazepina, fenitoina. | Insuficiencia renal grave, hemorragia activa, ulcera gastrointestinal, neoplasia, traumatismo cerebral, sospecha de aneurisma. Tratamiento concomitante con anticoagulantes, ketoconazol, ciclosporina. Prótesis valvular cardiaca. |
| Cuidados en el hogar: se debe evaluar función renal antes de iniciar tratamiento. Vigilar datos de sangrado. Tragar enteras con agua con o sin alimentos. No abrir capsula ya que el riesgo de hemorragia aumenta. | | | | | | | |
| Atorvastatina | Inhibidor de los lípidos. Inhibidor de la HMG-CoA reductasa Tx. Hipercolesterolemia. | 20 mg día Incrementar dosis respuesta a máxima 80 mg día | Tableta 20 mg | Indefinido | Constipación, flatulencia, dispepsia, dolor abdominal, cefalea, rabdomiolisis miopía, mialgias, dolor musculoesqueletico, espasmo muscular, astenia e insomnio, aumento de glucosa, nasofaringitis, epistaxis | Antiácidos reduce concentración plasmática, eritromicina, rifampicina. Incrementa concentración de digoxina. Se aumenta nivel plasmático con ketoconazol, claritromicina, fluconazol. Aumenta concentración con sumo de pomelo. | Embarazo, lactancia y enfermedad hepática activa. Evitar tomar sumo de pomelo (rabdomiolisis) |
| Cuidados en el hogar: Evitar tomar sumo de pomelo, evitar el consumo de alcohol por riesgo de daño hepático. Vigilar presencia de sensibilidad, debilidad o calambre muscular. Toma de glicemia capilar ya ue puede aumentar la glucosa. | | | | | | | |
| Pravastatina | Inhibidor de los lípidos. Inhibidor de la HMG- | 10-40 mg día En la noche | Tableta de 10 mg | Indefinido | Dolor muscular, náusea, vómito, diarrea, constipación dolor | La ciclosporina incrementa los niveles plasmáticos de pravastatina | Disfunción hepática, embarazo y lactancia |

| | | | | | | | |
|--|---|--|--|-----------------|--|---|--|
| | CoA reductasa Tx. Hipercolesterolemia | | | | abdominal cefalea, mareo y elevación de transaminasas hepáticas | | |
| Cuidados en el hogar: Evitar exposición al sol por reacción fotosensible, ministrar por la noche. Evitar consumo de alcohol por daño hepático, control de glucosa. | | | | | | | |
| Hidralazina | Antihipertensivo Vasodilatador periférico. | 20-40 mg c/ 6-12 hrs | Tableta 20, 25, 50 mg Polvo para sol. Iny. 20 mg. | Dosis respuesta | Cefalea, taquicardia, angina de pecho, bochorno, lupus, anorexia, náusea, acúfenos, lagrimeo parestesias, edema | Potencia efecto hipotensor con amifostina, agentes hipertensivos, penoxifilina, alcohol Disminuye su efecto por AINEs, corticosteroides. Aumenta biodisponibilidad de Betabloqueadores. | Hipersensibilidad, taquicardia, insuficiencia cardiaca severa, aneurisma, valvulopatias, lupus eritematoso sistémico |
| Cuidados en el hogar: se debe tomar con agua antes de los alimentos, evitar el consumo de alcohol, vigilar presencia de arritmias, e hipotensión ortostática. Toma y registro de presión arterial diaria | | | | | | | |
| Enalapril | Inhibidor de ECA | 5-40 mg día, al inicio tratamiento. Mantenimiento a intervalos cada 6 h. | Capsula o tableta 10 mg | Indefinido | Cefalea, mareo, insomnio, náusea, diarrea, exantema, angioedema, tos productiva y persistente | Disminuye efecto con antiinflamatorios no esteroideos. Con litio puede ocurrir intoxicación, hiperpotasemia. | Hipersensibilidad al fármaco, antecedente de angioedema. Insuficiencia renal grave. |
| Cuidados en el hogar: Evitar exposición al sol por reacción fotosensible, toma y registro de presión arterial diaria, monitorización de potasio sérico | | | | | | | |
| Fluoxetina | | 20 mg día. Ajustar en 3 a 4 semanas hasta 60 mg día. | Comprimido 20 mg. | Indefinido | Condiciona arritmias, aparición de crisis convulsivas con antecedente de estas. Disfunción hepática, aumenta riesgo de glaucoma. Mareo y sedación. Disminución de apetito, insomnio, ansiedad, inquietud, disminución de la libido, trastorno del sueño. Sequedad de boca, orinar con frecuencia | Potencia efecto de anticoagulantes orales. Potencia acción de carbamazepina y antidepresivos tricíclicos. Reduce efecto de tamoxifeno. | Ingesta de alcohol, hipersensibilidad a la formula. |
| Cuidados en el hogar: se debe evitar la ingesta de alcohol, vigilar presencia de crisis convulsivas, comportamiento suicida, evitar conducir o utiliza maquinas, valorar presencia de arritmias o palpitations. Beber suficiente agua. Control con electrocardiograma previo al inicio de tratamiento y ante sospecha de arritmias | | | | | | | |
| Escitalopram | Antidepresivo psicoanaléptico Inhibidor de recaptación de serotonina | 10mg día según respuesta hasta 20 mg día. | Comprimido de 5, 10, 20 mg. Gotas orales 20 mg. | Indefinido | Ansiedad, riesgo suicida, inquietud, en mayores de 65 años riesgo de hiponatremia, riesgo de hemorragia, sedación y mareo. Náusea, diarrea o estreñimiento, boca seca, aumento de peso, diaforesis, fatigas, arritmias. | Efecto serotoninérgicos con tramadol y triptófano. Hierba de San Juan aumenta efecto adversos. Aumenta efecto de anticoagulantes, metoprolol propafenona, haloperidol | Hipersensibilidad, antecedente de intervalo QT alargado, tratamiento concomitante con IMAO (inhibidores de la monoaminooxidasa). |
| Cuidados en el hogar: Tomar con alimentos. Las gotas se pueden mezclar con agua o zumo de naranja o manzana. Vigilar comportamiento suicidas, toma de electrocardiograma e INR, química sanguínea. Vigilar datos de sangrado a cualquier nivel, evitar conducir y manejo de máquinas. | | | | | | | |
| Nortriptilina | Antidepresivo Inhibidor no selectivo de recaptación de noradrenalina o serotonina. | Iniciar 10-20 mg/día Dosis usual de 25 mg 3 a 4 veces día. Máximo 100 mg día | Comprimido 10 y 25 mg. | Indefinido | Trastorno gastrointestinal, sequedad de boca, estreñimiento, sedación, retención urinaria, visión borrosa, hipertermia, náusea, cefalea. | Potenciación de efectos depresores sobre SNC con alcohol y depresores centrales. Potenciación de efectos y toxicidad con anticolinérgicos, antihistamínicos, anticoagulantes (cumarina). Disminuye efecto de anticonvulsivantes. | Hipersensibilidad a la formula, infarto reciente, arritmias, insuficiencia hepática grave, concomitante con IMAO. |

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|------------|---|--|---|
| Cuidados en el hogar: Evitar conducir, evitar exposición al sol por foto sensibilidad, evitar el consumo de alcohol | | | | | | | |
| Fenitoina | Antiepiléptico Inhibe actividad convulsivante | Dosis individualizadas según nivel plasmático de fenitoina 10-20 mcg/dl. Recomendadas de 300-400 mg/día | Comprimidos de 100mg Sol. Iny. 50 mg/ml | Indefinido | Osteomalacia, hipoglucemia, hiperplasia, hemorragia gingival, leucopenia, síndrome de Steve Johnson, somnolencia, mareo, insomnio, alteración visual, disminución de la capacidad de reacción. Fibrilación ventricular. | Aumentan niveles séricos por cloranfenicol, tolbutamida, isoniazida, salicilatos, diazepam, estrógenos, sulfonamidas, amiodarona, fluoxetina. Disminuye niveles séricos por carbamazepina, ácido fólico, sucralfato ac. Valproico. Riesgo de convulsiones por antidepresivos. Disminuye eficacia de anticoagulantes. | Hipersensibilidad a hidantoinas, bradicardia sinusal, bloqueo A-V de 2º y 3er grado y S. de Adams-Stokes. |
| Cuidados en el hogar: Evitar conducir, evitar ingesta de alcohol. Vigilar niveles séricos por riesgo de toxicidad. | | | | | | | |
| Lamotrigina | Antiepiléptico Bloqueador canal de calcio. | Dosis individualizada Iniciar 25 mg/día hasta dosis de estabilización 200 mg/día en una o dos tomas | Comprimido de 5, 25, 50, 100 y 200 mg. | Indefinido | Síndrome de Steve Johnson, comportamiento suicida, mareo, sedación, visión borrosa, sequedad de boca, artralgia, osteoporosis. | Metabolismo reducido por Valproato, afectación del SNC con carbamazepina. Metabolismo aumentado con fenitoina, rifampicina y retrovirales. Aumenta concentración de metformina, gabapentina. | Hipersensibilidad a la formula |
| Cuidados en el hogar. Evitar conducir. Tomar con agua o disolver en una pequeña cantidad de agua. Vigilar presencia de ampulas, vesículas en piel. | | | | | | | |

4.3.3 Actividad, ejercicio y rehabilitación

Existe evidencia científica internacional sobre el beneficio de la rehabilitación hospitalaria y en el domicilio tras sufrir un EVC, y cómo influye el tratamiento aplicado sobre la recuperación funcional.⁴⁷

El principal objetivo es minimizar los efectos del déficit para recuperar la capacidad funcional, reducir las secuelas, el aprendizaje de nuevas estrategias de funcionamiento, que el paciente se adapte a su nueva situación y adecuar el entorno inmediato a sus necesidades.

La rehabilitación debe ser holística y debe estar basada en el trabajo multidisciplinario. Se debe dar información a la familia y al propio paciente sobre su nueva condición de salud y su participación en el proceso de rehabilitación.

Para la intervención segura y efectiva se debe:

Valorar la situación de salud del paciente, su nivel de funcionalidad y las deficiencias que presenta, limitaciones para la realización de actividades de la vida diaria.

Establecer objetivos y metas reales de tratamiento

Implementar un plan de manejo ajustado según la necesidad del paciente

Vigilar la evolución

Evaluar resultados y realizar ajustes pertinentes.⁵⁷

Existen factores de mal pronóstico que pueden limitar la rehabilitación como el daño cerebral bilateral, la demencia, la edad avanzada, el antecedente de una enfermedad cerebral previa, enfermedades concomitantes, el déficit perceptual o cognitivo, la parálisis mayor de dos meses, negligencia atencional prolongada, incontinencia vesical o intestinal de más de cuatro semanas, estado de coma más de cuatro semanas, afasia severa, reposo prolongado en cama, depresión un lapso grande entre la lesión y el inicio del proceso de rehabilitación.²

De igual manera tenemos factores positivos en el pronóstico si se inicia dentro de las dos primeras semanas influye el nivel académico y laboral previo, la motivación del paciente, un entorno familiar de soporte adecuado.

Desde el punto de vista estadístico, entre un 30 a 50% de los pacientes experimentan recuperación luego de un episodio de hemiplejía secundario a enfermedad cerebrovascular. Disminuye la hemiparesia, afasia, disartria, disfagia e incontinencia.²

Intervenciones de rehabilitación.

| Tabla 17. Deficiencia mecánica de las extremidades:² | |
|---|---|
| Intervención | Fundamento |
| Uso de cabestrillo para evitar subluxación y hombro doloroso | Soporta el hombro en una posición que mantenga una orientación normal escapulo-humeral |
| Ejercicios de amplitud articular no sobrepasar los 90° de flexión y abducción del hombro a menos que haya buena rotación de la escapula rotación externa de la cabeza humeral | Sobrepasar los 90° puede ocasionar una flexión excesiva del hombro causar más daño a la articulación. |
| Realizar diariamente un programa de ejercicios pasivos en el arco completo de movimiento de cada una de las articulaciones | Mantener completos los arcos de movilidad articular disminuye la presencia de contracturas y espasticidad. |
| Uso de cuñas, almohadas o férulas para mantener la posición funcional del pie y mano afectada. En caso de aumento excesivo de tono flexor en la mano uso de férula dorso palmar | Dan un mejor soporte y elimina la sobre estimulación de los músculos flexores de muñecas y dedos. Evita el pie equino-varo |
| Realizar movimientos funcionales pasivos de extremidad afectada. | Las extremidades pareticas con músculos espásticos son las más propensas a desarrollar contracturas que limita la recuperación. |
| Alinear al paciente, se sujeta la extremidad con ambas manos desplazando el segmento en un solo eje hasta donde lo permita la articulación. Repetir 10 veces a nivel de hombros, codos, antebrazos, muñecas, dedos de mano, cadera, rodillas, tobillos pie dos tres veces al día. | Evita lesiones en las articulaciones. Disminuye acortamiento muscular, espasticidad. |
| Movilizaciones activas si el paciente coopera, se enseña como desplazar el segmento en un solo eje. Repetir 10 veces en cada grupo muscular. | Mantener trofismo, articulaciones para poder iniciar con bidestacion y deambulación y lograr independencia. |
| Contraer por 5 segundos y relajar por 10 segundos la musculatura voluntaria, | Las contracciones permiten mantener el trofismo muscular y favorece retorno venoso. |
| Adaptación de aditamentos que incorporen herramientas o utensilios de unos cotidiano | Favorece la independencia para la realización de actividades básicas de la vida diaria. |
| Detectar y tratar complicaciones que | La infección de vía urinaria, |

| | |
|--|---|
| aumentan la espasticidad como infecciones urinarias, impactación fecal y lesiones por dependencia. | estreñimiento y las lesiones por dependencia son factores de riesgo para generar delirio y demencia. |
| Ministración de medicamentos si la espasticidad interfiere en el autocuidado de la persona. | Mejoran la espasticidad general y localizada. Lo que permite realizar actividades de rehabilitación. |
| Masaje terapéutico: roce superficial, fricción, presión amasamiento, vibración y percusión. Se aplica aceite mineral y 10 pases de distal a proximal. 2 a 3 veces al día. | Mejora la circulación de retorno y evita el edema. |
| Alineación de segmentos corporales | El correcto posicionamiento evita la influencia de actividad tónica, la presencia de lesiones por dependencia, neumonías, trombosis, estreñimiento. |

Alineación de segmentos corporales y prevenciones lesiones por dependencia.

La falta de movilidad corporal en pacientes pos ictus contrae muchas complicaciones como estreñimiento, espasticidad, trombosis, neumonías, así como las lesiones por dependencia, se deben efectuar cambios de posición en forma constante. Se recomienda el paciente no permanezca más de dos horas en una sola postura. Tan pronto sea posible se recomienda sentar al paciente en un sillón cómodo. Para la alineación de segmentos en cama se requieren del uso de almohadas que permitan mantener las extremidades de paciente en posiciones correctas.

| Tabla. 18 Alineación de segmentos corporales prevención de lesión por presión ⁶³ | |
|---|---|
| Intervención | Fundamento |
| Decúbito dorsal: colocar una almohada por debajo del hueso poplíteo y a nivel del hombro de tal forma que logre una ligera abducción (brazo abierto) con codo flexionado a 70° y una almohada de menor espesor por debajo de la cabeza. (figura) | Es importante mantener la alineación para conservar las articulaciones y los tejidos blandos en condiciones rehabilitales y de utilidad. Prevenir el acortamiento de tejidos blandos, promover la simetría. |
| Posición decúbito lateral: tres almohadas una de grosor suficiente entre piernas para mantener la alineación de las articulaciones de cadera, rodilla y tobillo. Otra almohada para mantener alineado el miembro superior afectado, manteniendo la extremidad | |

| | |
|---|--|
| descansando sobre esta, y la tercera almohada por debajo de la cabeza.(figura) | |
| Se recomienda el uso de cojines rellenos de semillas (lenteja, arroz) para el pie afectado, colocando un cojín a cada lado del tobillo y otro en la zona plantar de manera que la articulación quede a 90° de flexión dorsal (posición funcional)(figura) | Esto evita adoptar posturas que produzcan deformidades y se le pueda elaborar una férula en dorsiflexión. |
| La superficie sobre la cual se acueste el paciente debe estar libre de arrugas. | Las arrugas en la ropa de cama son condicionantes para la aparición de lesiones por cizalla. |
| Uso de sabana de movimiento o traslado | Da soporte al tronco, extremidades inferiores y superiores, pelvis durante los cambios de posición. Disminuye lesiones por fricción. |
| Para los pacientes inmóviles la compresión neumática intermitente hasta el muslo en ambas piernas. | Reduce la trombosis venosa profunda sintomática y mejora la supervivencia a los 6 meses |
| Uso de colchón de presión alterna | Mejora la circulación y disminuye la presencia de lesiones por presión. |

Rehabilitación fase ambulatoria ^{58,62}

La fase ambulatoria se inicia cuando el paciente con EVC está en posibilidad de mantener la posición de pie. El objetivo es independizar al paciente en la marcha a nivel de diferentes terrenos.

| Tabla 19. Rehabilitación fase ambulatoria ⁵⁷ | |
|---|---|
| Intervención | Fundamento |
| Realizar ejercicios de sostén de objetos, flexión y extensión de extremidades, contracción muscular, ejercicios de abducción y aducción y pinza fina. | En combinación con reforzamiento de la propiocepción articular de hombro, rodilla y tobillo con peso alternado favorece la reeducación del patrón de marcha normal. |
| Realizar ejercicios para control del tronco en bipedestación pasando por sedestación. | El control del tronco es requisito indispensable para iniciar la marcha. |
| Realizar volteos, disociación de la cintura, equilibrio en sedestación, carga de la extremidad | |
| Reeducación de la marcha empezando | Adquisición del gesto perdido al |

| | |
|--|---|
| por barras paralelas lateral y frontal, de andador a bastón | estimular hacia la práctica repetitiva. |
| Uso de bastón: debe ir contrario a la lesión, adelantarlo y después desplaza la extremidad afectada. Quedando al mismo nivel. Posterior moviliza la extremidad sana. | |
| Realizar terapia ocupacional de cuidado personal, instrumental, juego y esparcimiento (canalizar con el especialista en terapia ocupacional). | Favorece la integración biopsicosocial y laboral de las personas con discapacidad a recuperar a la persona su independencia funcional |
| Utilización de ortesis (sling, férulas para muñecas dedos, antiequino, bitutores. | Según el déficit y características del paciente y que ayudan a optimizar la capacidad funcional. |
| Ayudas técnicas: Para protección y cuidado personal (colchón, cojines, ropa especial, calzado, ayuda para vestirse y desvestirse, para el aseo) Para movilidad personal Para actividades y tareas domésticas. Mobiliario y adaptaciones Comunicación, información, actividades recreativas. | Para prevenir, compensar, mitigar o neutralizar la deficiencia o la discapacidad, y resolver problemas individuales muy específicos. |
| Adaptaciones necesarias en el hogar del hogar | Facilitan la integración del paciente a medida de su capacidad a las ABVD. |

Prevención de caídas

Las caídas son habituales en pacientes que han sufrido un ictus, se estima que hasta el 73 % sufre al menos una caída durante los seis primeros meses tras el alta. Se le agrega la pérdida de densidad mineral ósea. Por lo que se requieren intervención para reducir la incidencia y limitar sus consecuencias.

| | |
|--|---|
| Tabla 20. Prevención de caídas. | |
| Informar al paciente sobre su déficit y si es necesario hacer modificaciones ambientales en su entorno que proteja o estimule se estado. | Anasognosia: el paciente presenta dificultad para reconocer su estado patológico (al no recordar que tiene un lado afectado) se encuentra en estado de indefensión. |
| Utilizar calzado con agujeta, suela antiderrapante | Calzado que no esté sujeto al pie es propenso a ocasionar caídas y suela lisa tiende a que se resbale en superficies |

| | |
|--|--|
| | lisas |
| Ejercicios de componente múltiple o grupales | Actividades supervisadas ante cualquier evento. |
| Ejercicios de componente individual (marcha, equilibrio y función) | Favorece la psicomotricidad, mejora fuerza muscular y mantiene funcionales las articulaciones. |
| Mantener una buena dieta e hidratación | La dieta equilibrada para obtener huesos y articulaciones fuertes |
| Retiro gradual de fármacos psicotrópicos. | |
| Evaluación de la visión y audición | Dentro de las secuelas tras ictus, se ven alteradas funciones sensoriales que requiera de uso de dispositivos de ayuda (lentes, aparato auditivo) |
| Mantener iluminación nocturna | Permite mantener un panorama general del área por la cual se camina evitando tropezar al no ver en la oscuridad. |
| Liberar pasillos y andadores de mobiliario, cables con los que se pudiese causa caída. | Los objetos fuera de su lugar en un área de riesgo incrementan la posibilidad una caída. |
| Evitar suelos húmedos y encerados | Son factores de riesgo para el resbale del paciente o familiar. |
| Ayudar y acompañar al enfermo a caminar | El apoyo hasta que el paciente sea lo suficientemente apto para caminar sin ayuda. La compañía genera seguridad y confianza para desempeñar dicha actividad. |
| Precisar de dispositivos de ayuda. | Ayudan a soportar peso, mantener equilibrio. |

Incontinencia urinaria

La incontinencia vesical se presenta en 30-50% de los pacientes debida a varios factores (mal control de esfínter, inmovilidad, infección urinaria, estado confusional). Se denomina vejiga neurogenica a toda alteración del comportamiento vesical debida a una patología del sistema nervioso central y/o periférico.³⁸

| Tabla 21. Deficiencia de la función urinaria: ^{2,38} | |
|--|--|
| Intervención | Fundamento |
| Esquema de vaciamiento cada 4-6 hrs, ir aumentando tiempo. | La capacidad normal de la vejiga es inferior a 500 ml. El vaciamiento de la vejiga cada 4-6 hrs, previene la sobre distención. |

| | |
|---|--|
| Realizar maniobras de Crede: aplicar presión supra púbica para vaciar la orina de vejiga. | Aumenta la presión vesical generando el vaciamiento de la orina. |
| Realizar método de Valsalva: el paciente utiliza la musculatura abdominal y el diafragma para vaciar la vejiga. | Con esta técnica se aumenta la presión intra abdominal cuando la vejiga esta f |
| Colocar colector externo (pañal) solo en caso de no control | |
| Sonda vesical (alteración estado de conciencia o déficit cognitivo severo). | Método de cuidado de la vejiga, ante incontinencia incontrolable por decadencia de la lesión, nivel y grado. |

Incontinencia fecal

El Intestino Neurogénico (IN) consiste en la incapacidad del intestino para impulsar en sentido distal la materia fecal ocasionando un inadecuado manejo intestinal con deposiciones anormales en frecuencia y consistencia.

| Tabla 22. Deficiencia de la función gastrointestinal: <small>2,47,59</small> | |
|--|--|
| Intervención | Fundamento |
| Reeducación del intestino considerando hábitos previos. (Establecer una hora determinada) considerando los ejercicios después de 20 a 40 minutos de los alimentos. | El intestino neurogenico o la falta de movilidad ocasiona dificultad para evacuar o incontinencia. |
| Dar dieta rica en fibra (30gr/día) | La fibra para evitar endurecimiento de las heces y favorece el tránsito intestinal. |
| Ingestión de alimentos regular y programada | Establecer un horario en los alimentos permite al reflejo gastroduodenocolico favorecer la evacuación. |
| Realizar actividad física regular o cambio postural cada 3 hrs. | El realizar ejercicios pasivos-activos favorece la motilidad intestinal |
| Realizar masaje abdominal de derecha a izquierda. | El masaje para facilitar el movimiento de heces hasta el tracto inferior. |
| Proporcionar laxantes orales u supositorios de glicerina de aplicación diaria 30 minutos después de ingesta alimentaria. | Los laxantes atraen el agua al interior del recto y aumenta el peristaltismo, con estimulación refleja de la defecación. |
| Estimulación digital se inician de 5 y 15 minutos después de la colocación del supositorio. | Al realizar todos los días se obtiene un patrón regular para la defecación. |
| Extracción de heces duras | |

| | |
|--|---|
| Aplicación de enema si no se consigue la defecación después de 3 días. 500-1000 cc de agua tibia jabonosa y 2-3 cucharaditas de aceite de oliva. | La introducción de sustancias en el colon ayuda a eliminar la materia fecal |
|--|---|

| Tabla. 23. Déficit cognitivo, perceptual, emocional y lenguaje. ^{2,58} | |
|---|---|
| Intervención | Fundamento |
| Canalizar con el especialista (neuro psicólogo) | El manejo con el especialista indicado identifica las funciones cerebrales alteradas con el fin de orientar la estimulación que se le debe hacer. |
| Orientar al paciente quien es, donde está, que está ocurriendo. | La orientación es una de las funciones más comprometidas. |
| Mantener la luz durante el día y apagarla durante la noche | Ayuda a regular los ciclos de vigilia-sueño permitiendo al paciente obtener un descanso efectivo. |
| Dejarle música mientras este solo | La música ayuda a relajarse y mantener vinculado con la estimulación sensorial. |
| Realizar de manera rutinaria minimal | Dos tercios de los pacientes presentan alteraciones cognitivas que van en progresión y desarrollan demencia. |
| Realizar rehabilitación cognitiva dirigida a diferentes áreas como la atención, memoria, comunicación, comprensión, razonamiento, resolución de problemas y juicio. | Mejora la capacidad individual para procesar y usar información y permitir funcionamiento adecuado para la vida. |
| Realizar masajes en el cuerpo con diferentes texturas, de lo distal hacia lo proximal hacia la cabeza. | Estimula la percepción táctil. La estimulación dirigida y sistematizada ayuda a buscar nuevas conexiones neuronales. |
| Integrar al paciente en programa de logopedia | Tratamiento que dura de 3 meses a un año. |
| En caso de no mejorar con logopedia emplear métodos de comunicación alternativa. (Laminas graficas ordenadas por símbolos y categorías hasta programas informáticas de comunicación). | Las afasias no efluentes no responden con logopedia. Requiere cooperación intensa por parte de la familia entorno del paciente. |
| Ambiente adecuado en volumen, tranquilo. Simplificar comunicación No gritar Hablar directamente | En los problemas de lenguaje la familia se encuentra ante una situación frustrante por lo que es indispensable dar recomendaciones para el manejo de la afasia. |

| | |
|--|--|
| Ser pacientes No ser condescendiente No aislar al paciente No interrumpir, ni completar frases. | |
|--|--|

Depresión

Los paciente que han sufrido ictus presentan alto riesgo a padecer depresión (33%), la gravedad, la discapacidad física y el deterioro cognitivo son factores asociados a la depresión post-ictus. Más frecuentes en mujeres, antecedente de depresión y aislamiento social. La depresión puede influir en las actividades sociales y ser mala para la recuperación y rehabilitación del paciente.

| Tabla 24. Prevención para la depresión ⁶⁵ | |
|--|--|
| Intervención | Fundamento |
| Psicoterapia cognitivo-conductual | Se observa un beneficio en la prevención de la depresión en comparación con uso de antidepresivos. |
| Ministración de escitalompram 10 mg/día menores de 65 años. Y 5 mg/día mayores de 65 años | Redujo la incidencia de depresión por inhibición de la re captación de serotonina. |
| Ministración de nortriptilina | Se produce mejora significativa para depresión y ansiedad. |
| Ministrar antidepresivos en pacientes con labilidad emocional persistente con episodios frecuentes y graves. | Los antidepresivos (fluoxetina), reducen la frecuencia y gravedad de los episodios de llanto o risa. |

Traslaciones.

La movilización y transferencia de personas con movilidad reducida o con cualquier otro trastorno de movimiento son actividades que están muy presente en el sector hospitalario y en el hogar. Y suponen una carga física considerable en el caso de no estar entrenado.

La movilización y transferencia de pacientes no deberían de ser una actividad agotadora, ni una fuente de riesgo para el cuidador primario, enfermería, fisioterapeuta y ni el paciente. ⁶³

| Tabla 24. Movilización y transferencia de paciente ⁶³ | |
|---|---|
| Intervención | Fundamento |
| Adaptar el medio | Permite desplazamientos, transferencias y movilizaciones empleando el mínimo esfuerzo posible reduciendo la probabilidad de daño. |
| Colaboración del paciente | Si el grado de dependencia lo permite, hay que hacer que el paciente participe activamente, permitiendo explotar su capacidad de movimiento. |
| Orientar al paciente | Una de las complicaciones asociadas a la inmovilidad es la desorientación. |
| Comenzar el manejo solicitando al paciente que gire la cabeza en la dirección en la que se va a desplazar. | La cabeza nos indica la dirección en la que lo hacemos, acompañando al resto del cuerpo y guiándole cuando se cambia el sentido, la dirección. |
| Emplear terminación concretas, no usar palabras que pueden resultar abstractas como derecha, izquierda si la lateralidad no está bien definida. | Resulta difícil de entender, las referencias deben ser concretas: gire hacia la puerta, mire la ventana, etc. |
| Movilizar al paciente de forma que se desplace sobre una superficie de apoyo. | Estos movimientos aportan información sensorial y ayudan a la orientación espacial. |
| Basar la movilización en el contacto, indicando lo que debe hacer | Las manos del que mueve al paciente deben contactar con el cuerpo del paciente, cuanto mayor sea la superficie de la mano que toca más clara será la información y menos dolorosa |
| Hablar poco, la información hablada que se le dé al paciente debe ser escueta, breve y paralela y simultánea a la ejecución del movimiento. La información principal debe ser táctil. | La concentración y entendimiento son factores clave para que el paciente responda al movimiento. |
| Moverse simultáneamente y en dirección al desplazamiento. | De esta manera se transmite la información y sensación de movimiento mutuamente y se aprovecha la energía cinética y se aplica menos fuerza. |
| La persona que moviliza debe mantener la espalda recta para que las cargas que actúan sobre ella lo hagan de manera vertical. | Se evitan contracturas musculares u otro trastorno de la columna vertebral. |
| Situarse en el lado hacia donde se va a mover al paciente. Los pies separados y no ligeramente más adelantado | Esta posición proporciona una buena base de apoyo que aumenta la estabilidad. |
| Las rodillas ligeramente flexionadas y a una altura aproximada a la altura del | Se aumenta la flexión o extensión según se necesite ganar o perder altura. |

| | |
|--|--|
| paciente. | |
| No mover todo el cuerpo a la vez, debe hacerse por partes, primero las regiones corporales más pesadas de una en una y poniéndolas en dirección al movimiento, no debemos desplazar toda la distancia en un único movimiento sino avanzar poco a poco. | De esta forma se moviliza empleado el mínimo esfuerzo posible y disminuye el riesgo de caída o causar daño a alguna parte del cuerpo del paciente y de él que realiza el movimiento. |
| No levantar pesos | Es el método que más esfuerzo requiere y el que mayor riesgo de lesión supone |
| No hacer daño al paciente | Es recomendable movilizar desde cabeza, tronco, brazo, pierna y pelvis, son zonas más resistentes y menos sensibles al dolor |
| Mantener al paciente bien alineado. | Si el cuerpo del paciente está bien organizado se desplazara vertical hacia la superficie de apoyo, siendo el esqueleto el que soporte el peso. |

Técnicas de movilización de pacientes

El giro del paciente es la movilización más importante ya que es la base de los cambios posturales y el punto de partida para sentar al paciente al borde de la cama.

Se inicia con movilizaciones pasivas de las diferentes articulaciones como: hombros, codos, muñecas rodillas, tobillos como calentamiento para las posteriores movilizaciones que se vaya a realizar.

Paso de decúbito supino a decúbito lateral

Colocarse a lado de la cama, hacia el que va a girar al paciente. Girar la cabeza hacia ese mismo lado para orientarle.

El brazo más próximo lo separa del cuerpo.

El brazo más alejado lo aproxima y lo deja colocado sobre el cuerpo del paciente.

Flexiona la rodilla del miembro inferior más alejado, dejándola un poco inclinada hacia el otro miembro inferior que permanece completamente extendido.

Si no se puede flexionar la rodilla, la extremidad se cruza sobre la otra.

Se sujeta con una mano el brazo más alejado del paciente y la otra mano la sitúa en el glúteo de ese mismo lado y se tira del paciente hacia sí mismo.

<https://www.efisioterapia.net/articulos/tecnicas-movilizacion-y-transferencias-pacientes>



| Movimiento hacia un lateral de la cama | |
|--|--|
| Se procede a dividir el cuerpo en tres segmentos: tronco, pelvis y miembros inferiores y se van a movilizar cada uno por separado. |  |
| Colocarse al lado de la cama hacia el cual va a trasladar al paciente, a la altura del segmento que va a mover manteniendo una postura dinámica. | |
| Pasar los brazos por debajo de las axilas para sujetarle por la espalda. | |
| Deslizar el tronco del paciente hacia sí mismo hasta desplazarle la distancia deseada. | |
| Para movilizar pelvis, las presas van por debajo de los glúteos, para miembros inferiores será con un brazo debajo de las rodillas y el otro a nivel de los gemelos | |
| Sentar al paciente en el borde de la cama | |
| Colocar al paciente en decúbito lateral |  |
| Colocarse en el lateral hacia el que se va sentar el paciente, manteniendo una postura dinámica | |
| Pasar un brazo por debajo de la nuca del paciente para sujetar a la altura de la escapula y el otro brazo sujeta los miembros inferiores a la altura de las rodillas, el paciente coloca el brazo libre sobre el hombro de quien lo moviliza. | |
| Eleva y rota el cuerpo del paciente en un solo movimiento hasta que este sentado al borde de la cama | |
| Pasar de sedestacion a bipedestacion | |
| El paciente debe estar sentado lo más cerca del borde, con los pies bien apoyado en el suelo y sobre un asiento duro y lo suficientemente alto. |  |
| Colocarse por delante del paciente, con la espalda recta y piernas en posición de dar un paso (con una pierna suya entre las piernas del paciente y la otra hacia atrás flexionando las rodillas). Rodear la espalda del paciente con los brazos a la altura de la cintura, el | |

| | |
|---|--|
| <p>paciente apoya sus brazos sobre los hombros de quien lo mueve. Inclinar el tronco del paciente hacia delante y después levantar hasta dejarlo en bipedestación.</p> |  |
| <p>Pasar de bipedestación a sedestacion</p> | |
| <p>Se realiza igual que la anterior pero en sentido contrario. Quien moviliza inclina el tronco del paciente hacia delante y lo desplaza hacia atrás hasta dejarlo sentado. Se debe caminar hacia atrás hasta que las piernas tengan contacto con el borde del asiento.</p> | |
| <p>Pasar de una superficie a otra desde la posicion de sentado</p> | |
| <p>Seguir la tecnica de pasar de sedestacion bipedestacion</p> |  |
| <p>Cuando este de pie, girar con los pies en direccion al asiento donde se quiere trasladar. (giro en bloque o mediante pequeños avances.</p> |  |
| <p>Una vez situado enfrente del otro asiento, inclinar el tronco del paciente hacia adelante y despues hacia atrás hasta dejarlo sentado.</p> | |
| <p>Se utiliza para pasar de una superficie a otra como de cama a silla, de silla a silla, de silla al baño. De cama a silla de ruedas.</p> | |
| <p>Siempre debe estar colocado cerca a donde se va hacer la transferencia.</p> | |

4.3.4 Nutrición ^{2,38,62,64}

El ictus ocasiona dificultad para progresar el bolo alimenticio de forma eficaz y segura (disfagia), es una de las complicaciones frecuentes, con un riesgo elevado de neumonías por aspiración y que estas favorecen el desarrollo de desnutrición. Con una prevalencia entre el 28% y 73%. Con la rehabilitación la frecuencia se reduce del 47% entre las dos a tres primeras semanas. Y va en relación con la localización de la lesión. Después del ictus el estado nutricional se deteriora, el paciente sufre de un déficit calórico y proteico importante. Condiciona a la aparición de úlceras cutáneas e impide recuperación.

Tabla 25. Deficiencia de la masticación y deglución (disfagia) ⁶⁵

| Intervención | Fundamento |
|--|---|
| Realizar cribado de nutrición y de disfagia.(EAT-10) | El cribado puede reducir hasta un 75% la incidencia de neumonía por aspiración y disminuir la desnutrición. |
| Interconsultar al especialista para realización de videofluoroscopia o endoscopia | Entre el 30 a 45% de los pacientes presentan disfagia. Para determinar a qué fase (pre oral, oral, faríngeo y/o esofágico) Y poder implementar el cuidado para la alimentación. |
| Saber identificar signos y síntomas de disfagia. (tos, nausea, voz congestiva antes, durante o después de la alimentación, secreciones abundantes, ausencia de tos, regurgitación nasal, pérdida de alimento por boca, aspiración de contenido alimenticio, sensación de cuerpo extraño faríngeo, carraspeo, sialorrea, rechazo a texturas alimenticias, pérdida de peso). | La identificación de los signos y síntomas oportunamente ayuda a disponer de estrategias de manejo y disminuir el riesgo de bronco aspiración. |
| Realizar “test de vaso de agua”. Se da de beber entre 30-90 ml de agua con la monitorización de la saturación de oxígeno. | Método sencillo no instrumentado que valora la disfagia tras un ictus. La de saturación es signo positivo de disfagia. Al igual que atragantamiento, cambio de voz o tos. |
| Realizar prueba de disfagia (protocolo de clave) Figura 5 | Prueba más específica, permite determinar volumen y textura más seguro para la deglución |
| Alteración de la fase oral: Realizar ejercicios activos de lengua, labios y mandíbula. De 5 a 10 veces al día | Los ejercicios mejoran la fuerza, coordinación y velocidad de los músculos. |
| Evitar alimentos que requieran excesivo procesamiento en la boca, se recomienda sopas espesas, solidos con consistencia papilla, puré o trozos pequeños | Estas variaciones ayudan a formar un bolo homogéneo fácil de masticar y no se esparcen por la cavidad bucal disminuye el riesgo de aspiración. |
| Evitar alimentos de consistencia mixta o combinados sólidos y líquidos. Alimentos que causen reflujo gastroesofágico como pan, fluido, líquidos. | |
| Dar líquidos espesados o preparados de agua gelificada de sabor neutro o frutas para una correcta hidratación | |
| Evitar alimentos fríos en pacientes con reflejos hipertónicos | Desencadenan espasmos musculares |

| | |
|---|--|
| Dieta DASH transformándolo según la necesidad. | Las modificaciones que se presuponen para la fácil deglución y mejor tolerancia y gusto por comer. |
| Fase faríngea. Alimentar al paciente sentado, pies apoyados y tronco lo más cercano a los 90°, con apoyo de la cabeza e reposa cabeza para evitar hiperextensión. | Para establecer una deglución segura eficaz, disminuir riesgo de bronco aspiración. |
| Si la persona esta encamada elevar el respaldo para conseguir una postura lo más cercana a los 60°. | |
| Extensión anterior del cuello, introducir el alimento en la boca, deglutir con la cabeza inclinada hacia el esternón | Protege la vía respiratoria, sella la parte posterior entre la lengua y el paladar, reduce acúmulos de restos alimenticio. |
| Rotación o giro de la cabeza hacia el lado faríngeo paralizado, introducir el alimento en la boca, girar la cabeza hacia el lado lesionado. Deglutir en esa posición. | Se dirige la cabeza hacia el lado afectado para que el bolo se dirija al lado sano, aumentando la eficacia del tránsito Faríngeo y facilitando la apertura del esfínter esofágico. |
| Inhalar previo a la deglución | Con la finalidad de poder toser en caso de bronco aspiración |
| Colocar comida en el lado de la boca no afectado. | Para iniciar el proceso de masticación, los músculos no se encuentran afectados. |
| Mantener al paciente sentado una hora después de comer | Reduce el riesgo de aspiración manteniendo al paciente en esta posición. |
| Minimizar distracción y tomar suficiente tiempo para la alimentación | Evita acumulación de alimentos con riesgo de atragantamiento y ahogo. |
| De persistir la disfagia más de 14 días se recomienda instalación de gastrostomía, sonda nasogástrica o sonda nasoyeyunal. | Asegurar alimentación adecuada y vía aérea. |
| Referir con especialista (logopeda) | Para aprendizaje de praxias orofaciales, maniobres posturales o maniobras deglutorias. |

Recomendaciones en la alimentación en paciente con disfagia. ³⁸

El cuidador debe estar en posición cómoda, a la altura del paciente, sentándose en una silla o taburete, no dejar comiendo sola a la persona que tiene dificultades para tragar.

Asegurar la fijación de la prótesis dental antes de la ingesta.

La comida se debe de llevar en un ambiente tranquilo y agradable, evitar la distracción,

la televisión, gritos o conversaciones, hay que favorecer la concentración.

Anticipar con palabras lo que se va a comer y enseñar el contenido. Ofrecer información sobre el alimento, se puede acercar el plato para favorecer el olfato.

Asegurarse de que la boca está vacía antes de introducir otra cucharada.

Se da el alimento con cuchara y a volumen medio, esto estará determinado por los resultados de la valoración en cuanto a volumen admitido en cada caso en particular.

Es necesario buscar las adaptaciones necesarias en cuanto a cubiertos, platos y vasos para favorecer la auto-alimentación.

Se recomienda seguir rutina fija cuanto a horario, estancia y utensilios.

Después de cada comida, mantener una buena higiene oral, de dientes, lengua para evitar infecciones por restos alimenticios.

Tanto familiares, cuidadores y personal de salud deben conocer las recomendaciones actualizadas en caso de atragantamiento severo.

Un porcentaje de los pacientes van a domicilio con presencia de traqueotomía sin soporte ventilatorio por lo que es importante tomar ciertas medidas para la alimentación y presencia de disfagia.

| Tabla 26. Alimentación oral con cánula de traqueotomía ⁴⁸ | |
|---|---|
| Intervención | Fundamento |
| Posicionamiento para alimentación (sentado 90°), cabeza ligeramente adelantada | Las medidas posturales ayudan a la deglución segura y eficaz. Se asegura vía aérea. |
| Desinflar el globo o balón de la traqueotomía durante la alimentación | El espacio del globo sobre la tráquea puede ver afectado el espacio del esófago y complicar el paso del bolo alimenticio, el desinflado favorece la deglución |
| Realizar la prueba de deglución con azul de metileno para detectar presencia o no de bronco aspiración. | Al desinflar el globo de la cánula aumenta el riesgo de bronco aspiración por el contenido alimenticio |

Nutrición enteral.

La nutrición enteral se considera indicada cuando el paciente no puede recibir alimentación oral, o si presenta desnutrición. Si la nutrición enteral (NE) se mantiene durante menos de 1 mes, se administrara mediante sonda nasogástrica, y se prolongase más tiempo sería indicada la colocación de una gastrostomía vía endoscópica o radiológica. ³⁸

Los requerimientos nutricionales de estos pacientes no difieren de los de la población de su misma edad y sexo, la fórmula de elección será una polimérica, normoproteica, normocalórica y con fibra. Según cada caso si existe un aumento en el del gasto energético se consideraría necesario realizar dieta hipercalorica para compensar el desgaste energético por estrés. Si presenta desnutrición y úlceras por presión se recomienda hiperproteica.

Hay que cuidar el balance hidroelectrolítico de estos enfermos. La principal causa de desnutrición en estos pacientes es la presencia de la disfagia y anorexia.

| Tabla 27. Recomendación de ingesta de líquidos en 24 hrs | |
|--|---|
| Intervención | Fundamento |
| Ingesta controlada de líquidos 1800 cc al día distribuidos: 400cc en cada comida principal 200cc a las 10 am, 2 pm, y 4 pm No ingerir liquido después de las 6:00 pm ⁽²⁷⁾ | El consumo adecuado de líquidos mantiene una buena hidratación. Disminuye la aparición de infección de vías urinarias Mantiene en condiciones la piel y disminuye presencia de estreñimiento |

Transición a la alimentación oral

Una valoración exhaustiva nos indica cómo se comporta el paciente en la deglución, se debe comenzar con una rehabilitación oromotora no nutritiva, cuyo objetivo es la normalización de la función y conseguir una deglución para disminuir el riesgo de aspirar secreciones y posteriormente una estimulación oromotora nutritiva.

Para lograr esta transición el paciente debe estar clínicamente estable, alerta y recuperado la capacidad deglutoria segura.

| Tabla 28. Técnica para transición a la alimentación oral | |
|--|--|
| Intervención | Fundamento |
| Administrar la NE en bolos | Para comprobar tolerancia y favorecer la sensación de apetito. |
| Administrar pequeñas cantidades de puré antes de los bolos de NE en los horarios de comidas normales | Favorece la aceptación del alimento, nos ayuda evaluar la tolerancia o intolerancia a ciertos consumos. |
| Progresivamente se aumentara la cantidad de dieta oral y se disminuirá la NE. | Cubrir el 75% de sus requerimientos mediante dieta oral durante tres días permite el retiro de la sonda. |

Como se mencionó en párrafos anteriores los paciente con enfermedad vascular cerebral no tienen unos requerimientos de calorías y nutrientes diferentes de los de personas de la misma edad y sexo, salvo que coexista alguna condición o enfermedad (diabetes,

ulceras por presión, infección). Buena parte de los pacientes pueden recibir una alimentación normal.

Aun así hay que tomar en cuenta que dentro de los factores de riesgo como la hipertensión, obesidad, colesterol alto y diabetes, condiciona a la presencia de un EVC y al alto riesgo de ocasionar otro, por ello la alimentación cumple un papel importante en la recuperación.

El requerimiento nutricional es de 20-25% lípidos, 10-20% proteínas y 60% hidratos de carbono pero Sanz Paris ⁽³⁸⁾, recomienda el uso de la dieta DASH en un paciente pos ictus para el manejo de factores de riesgo modificables. El régimen de la dieta contempla una combinación de productos que aportan aproximadamente 2000 calorías al día, las mismas que cubren en el requerimiento de energía de un paciente. ⁶⁶ Tiene la posibilidad de ser ajustado a las necesidades del paciente.

Reducir ingesta de grasas saturadas de un 8 a 10%. Tabla 29 Del total de calorías ingeridas ^{65,66}

- Tomar leche baja en grasa o leche desnatada en lugar de leche entera
- Reducir la ingesta de mantequilla y quesos grasos
- Comer carne blanca sin piel (pavo, pollo, pescado)
- Reducir carne roja

Incrementar niveles de colesterol HDL y reducir los LDL

- Reducir ingesta de productos lácteos (se recomienda yogurth, requesón, cuajada) y carne
- Comer suficiente fruta y verdura
- No consumir la yema de huevo
- Evitar salsas y aderezos industriales

Reducir el consumo de sodio

- Limitar la ingesta de sal a 1600 mg por día
- Sazonar la comida con especias, hierbas, zumos.
- Evitar ingerir alimentos procesados ya que contiene altos niveles de sal.
- Evitar el consumo de embutido

Muchas frutas y verduras

- Ingerir 5 porciones de verduras y 2 porciones de fruta al día

- Los alimentos ricos en potasio como la papa, camote, tomate, espinaca, plátano, brócoli reducen y controlan presión sanguínea.

Comer pan integral cereal por la fibra

- Ingerir arroz, pasta integral
- Coliflor, brócoli, repollo, bayas, lechuga, apio, calabacín, frijoles, champiñones y naranja son buena fuente de fibra.

Reducir el consumo de pan blanco, pasteles, pastas, bizcochos y arroz blanco.

- Azúcar recomendada de 60 g/día (12 cucharaditas)

Evitar el alcohol y tabaco

- Limitar el consumo de alcohol a máximo dos copas de cualquier bebida. Si se puede evitar mejor.
- Consultar con medico si autoriza consumo del mismo por el consumo de medicamentos.
- Suspender el tabaco

Utilizar suplementos

- Solo si la ingesta de alimentos es deficiente y condicione a desnutrición

Se recomienda que la alimentación se divida en 6 comidas en el día con raciones pequeñas. Se puede combinar entre las comidas con el suplemento.

Consideraciones generales para la elaboración de comidas.

- Cocinar al horno, a la parrilla o al vapor.
- Retirar la grasa visible de los alimentos antes de cocinarlos.
- Se puede usar todo tipo de condimentos (hierbas aromáticas, ajo, cebolla, etc.) a excepción de las salsas industriales, la nata y la mantequilla.
- Aumentar el consumo de alimentos integrales.
- Leer las etiquetas de los alimentos, comprar los reducidos en sodio.
- Evitar guisos fritos, empanados, rebozados o estofados
- Consumir pescado en vez de carne. Si se opta por carne esta debe ser magra, en cuanto a los pescados se pueden elegir azules (atún, salmón, sardina) o (blancos, gallo, rape).
- Las modificaciones en los alimentos pueden realizar triturador de alimentos, elementos de densidad como harina, tapioca o espantes de sabor neutro

perdurando las propiedades organolépticas del producto como sabor, olor, textura final y apariencia.

- El emplatado y la presentación final, así como el moldeado de los diferentes alimentos, hacen la comida diaria un momento saludable y satisfactorio, escapando de los monótonos y desaboridos purés.

Tabla 29. Recomendaciones dietéticas ⁶⁷

| ALIMENTOS | ACONSEJADOS | EVITAR |
|---------------------------|---|--|
| Lácteos | Leche desnatada, quesos frescos, requesón y quesos con menos del 20% de materia grasa | Leche entera, quesos secos o cremosos, flanes, batidos, cremas |
| Carnes, pescados y huevos | Carnes magras, pollo, pavo, buey, lomo, ternera, conejo, pescado. | Cordero, cerdo, carne de caza, embutidos, pates ahumados |
| Verduras | Todas | Conservas |
| Legumbres | Todas | En conserva |
| Frutas | Todas | Frutos secos |
| Grasas y aceites | Según tolerancia individual | Mantequilla, tocino, margarina, nata, crema de leche |
| Azúcares y dulces | | Pasteles, helados, chocolates, azúcar |
| Bebidas | 1 bebida al día-mujeres 2 bebidas al día-hombres Vino tinto y cerveza | Bebidas azucaradas, agua con gas, zumos azucarados, bebidas alcohólicas. |

RECOMENDACIONES DIETÉTICAS DE LA DIETA DASH ⁶⁶

| Alimentos y porciones | Ejemplos de una porción |
|--|--|
| Productos de grano 7 a 8 al día | 1 rebanada de pan ½ taza de cereal seco ½ taza de arroz cocinado, pasta o cereal |
| Vegetales 4 a 5 al día | 1 taza de vegetales crudos con hojas ½ taza de vegetales crudos sin hojas ½ taza de vegetales cocidos ¾ taza de jugo de vegetal |
| Frutas 4 a 5 al día | ¾ taza de jugo de fruta 1 fruta mediana ½ taza de fruta fresca, congelada o enlatada ¼ taza fruta seca |
| Derivados de leche sin grasa o baja grasa | 1 taza de leche sin grasa o leche de 1% |

| | |
|---|--|
| 2 a 3 al día | 1 taza de yogur con baja grasa 42,5 g queso sin grasa |
| Carnes, aves de corral y pescado 2 o menos al día | 85 g carne asada o al horno, pollo sin piel o mariscos |
| Nueces, semillas y legumbres 4 a 5 por semana | ½ taza de legumbres cocinadas ⅓ taza de nueces 2 cucharadas de semillas girasol |
| Grasas añadidas, aceites y aderezo 2 a 3 al día | 1 cucharada de mayonesa regular 1 cucharadas de mayonesa baja en grasa 1 cucharadas de aderezo regular 2 cucharadas de aderezo claro |
| Postres 5 por semana | 1 fruta mediana 1 taza de yogur con baja grasa ½ taza yogur congelado bajo en grasa ¾ taza los bizcochos secos 1 cucharada de jarabe de arce, azúcar, jalea, o mermelada |

Menú semanal dieta tipo DASH.

<https://www.vitonica.com/dietas/tu-dieta-semanal-con-vitonica-xli>

| | | |
|------------------|-----------------|--|
| LUNES | DESAYUNO | Vaso de leche desnatada con pan integral con queso bajo en grasas. Zumo de naranja |
| | ½ MANANA | Infusión y 1 manzana con piel |
| | COMIDA | Guisado de garbanzos con pechuga de pollo y vegetales saborizado con orégano y pimienta sin sal o con poca cantidad. 1 plátano |
| | MERIENDA | Yogur desnatado con nueces y avena. |
| MARTES | CENA | Brochetas de ternera, calabacines, cebolla y tomates cereza marinados en zumo de limón, tomillo y romero, sin agregado de sal. Uvas |
| | DESAYUNO | Té con leche desnatada con tostadas con aceite de oliva y tomate |
| | ½ MANANA | Zumo de naranja con pan integral |
| | COMIDA | Merluza al papillote con arroz con guisantes saborizado con perejil y pimienta con poca sal agregada. 1 pera |
| MIERCOLES | MERIENDA | Yogur desnatado con 1 kiwi en trozos y muesli |
| | CENA | Coliflor con pimiento y granos de maíz al horno gratinado con queso bajo en grasas y saborizado con pimienta y nuez moscada. 1 mandarina |
| | DESAYUNO | Yogur desnatado con avena, cereales integrales y 1 plátano en rodajas |
| | ½ MANANA | Infusión y pan integral con queso bajo en grasas |
| JUEVES | COMIDA | Pasta integral con salsa de atún, albahaca y tomates frescos con aceite de oliva con poca sal. 1 naranja |
| | MERIENDA | Vaso de leche desnatada con tostadas de pan integral con dulce |
| | CENA | Magro de cerdo a la plancha con calabacines y berenjenas grilladas saborizadas con ajo y orégano fresco sin sal agregada. Compota de manzana. |
| | DESAYUNO | Vaso de leche desnatada con pan integral tostado con aceite de oliva y tomate |
| JUEVES | ½ MANANA | Macedonia de frutas |
| | COMIDA | Ternera magra al horno con romero y ensalada de patatas con zanahoria, condimentada con perejil y zumo de limón sin sal agregada. Arroz con leche con canela |
| | MERIENDA | Yogur desnatado con nueces y pera en cubos |
| | CENA | Calabaza al horno rellena con maíz y espinacas condimentada con orégano, pimienta blanca y nuez moscada. 1 kiwi |

| | | |
|--|-----------------|--|
| V I E R N E S | DESAYUNO | Tazón de leche desnatada con muesli y trozos de fruta fresca |
| | ½ MANANA | Zumo de naranja con pan integral con queso bajo en grasas |
| | COMIDA | Posta de salmón al horno con arroz integral con lentejas saborizado con puerro, zanahoria, cilantro y orégano sin sal. 1 pera |
| | MERIENDA | Yogur desnatado con cereales integrales y almendras |
| S A B A D O | DESAYUNO | Brócoli con ajo, pimientos y setas al vapor saborizados con poca sal y romero. 1 manzana |
| | ½ MANANA | Te o café con leche desnatada con pan integral con queso bajo en grasas |
| | COMIDA | Infusión y 1 plátano |
| | MERIENDA | Pasta integral con salsa de berenjenas, carne de ternera magra, pimiento, cebolla y tomate saborizada con salvia y pimienta, sin sal agregada. 1 mandarina |
| | CENA | Yogur desnatado con cereales integrales |
| | CENA | Pechuga de pollo grillada con zumo de limón y perejil acompañada de ensalada de remolacha saborizada con ajo y poca sal. Uvas |

4.3.5 Signos de alarma

Después de un EVC hemorrágico el riesgo de recurrencia es alto similar a los pacientes que sufrieron EVC isquémico, sin tratamiento es de casi 10% a la semana, 15% al mes y 18% a los 3 meses. El riesgo es mayor en pacientes con aterosclerosis, o una fuente activa de trombosis o por la falta de adherencia a los fármacos como estatinas, antiplaquetarios y antihipertensivos (reduce un 24% de sufrir nuevo ictus). La mortalidad del primer año se ha relacionado con complicaciones relativas al déficit de movilización como infecciones o traumatismos.⁶⁹

Con el control de los principales factores de riesgo y llevando a cabo estilos de vida saludable (evitar tabaco, alcohol, control de peso, ejercicio tomando en cuenta la discapacidad del paciente) conlleva a la disminución de la mortalidad como consecuencia del ictus.

El ictus no produce la misma sintomatología en todas las ocasiones, depende de la localización y la extensión del daño del tejido cerebral. Se presentan síntomas de forma brusca y focal y que requiere de institucionalización de urgencia nuevamente:

- Pérdida de la fuerza
- Entumecimiento de extremidades
- Confusión súbita o dislalia
- Alteración de la visión
- Pérdida del equilibrio o déficit de la marcha
- Cefalea
- Hipertensión arterial mayor de 185/105 mm/hg

- Hemorragia a cualquier nivel (hematuria, epistaxis, sangrado de tubo digestivo alto o bajo) por el uso de anticoagulantes.
- Bronco aspiración.
- Hipertermia
- Insuficiencia respiratoria
- Perdida del estado de conciencia
- Infección de vías urinarias
- Caídas

4.3.6 Entorno

Días previos al alta del paciente a su domicilio se realiza visita en su habitación para identificar la dinámica familiar: es importante involucrar a toda la familiar en la condición del paciente, cuenta con buena red de apoyo madre, padre y hermanos que participaran del cuidado en el hogar.

Se programa visita domiciliaria para la adecuación del medio ambiente, identificación de las barreras arquitectónicas existentes en el hogar para trabajar y minimizar en lo posible los riesgos para el paciente; y si ya cuenta con todos los insumos, material y equipo necesarios para la atención del paciente en su domicilio, así como también para cada traslado a las citas médicas.⁷⁰

Mapa del hogar

Se realiza visita al domicilio para conocer como es el hogar y como se vive y se estructura la convivencia del mismo, se evalúa el espacio a través de un mapa del hogar medioambiental que se centra en una técnica a través de un dibujo que permite estudiar las características estructurales de la vivienda, su situación higiénico-sanitaria, las barreras arquitectónicas, los factores de riesgo, la ocupación de los espacios y la circulación de los enfermos.⁷⁰ El enfermero especialista de atención en el hogar le explicara al cuidador primario la necesidad de conocer las características medioambientales del hogar se solicita autorización para recorrer toda la vivienda, para recabar información y conocer datos sobre el estado de esta, el número de personas que viven en el hogar, se dibuja el mapa del hogar. Se usa este como instrumento de trabajo y se toman los siguientes aspectos:

- El paciente ocupa una de las habitaciones, la madre y hermana comparten otra habitación, el paciente se alimenta en la misma habitación, la familia se reúne en la sala de estar y se trasladara al paciente en silla de ruedas.
- Recabar información acerca de la circulación, dentro del hogar del paciente y cuidador primario.
- Preguntar si se está satisfecho con la habitación que se ocupa, si tienen suficiente independencia y suficiente intimidad.
- Preguntar sobre qué tipo de cambios deberán hacerse en la casa para vivir mejor o lo más cómodo.

Se anotara en el mapa:

- Número de personas que viven en el hogar

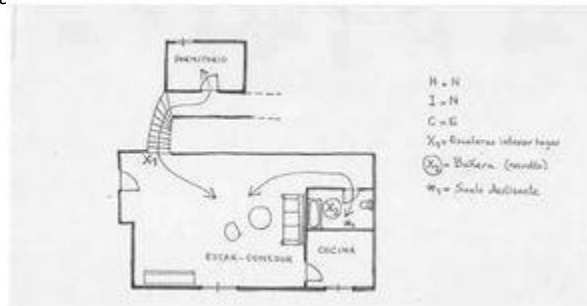
Una vez dibujados los dormitorios, se establecerá el número de personas que los ocupan y su grado de parentesco.

- Higiene del hogar

Se investiga de manera especial en la habitación que ocupa la persona que requiere de los cuidados. Se califica en cuatro grados: normal (N), deficiente (D), mala (M) y de riesgo (R).

<https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-el-manera-del-hogar-el-13127216>

(fig. 5)



- Iluminación

Estudiar la iluminación de las habitaciones, tanto natural como artificial. Se califica como normal (N) o deficiente (D).

- Calefacción

Se investiga la existencia o no de aparatos de calefacción y sus características. Se señala si es una estufa eléctrica (E), de butano (B) o calefacción central (C).

Barreras arquitectónicas.

Se identificarán las barreras que impiden la movilidad del paciente en el hogar o que le dificulten la realización de alguna actividad como el bañarse. Valorar las dimensiones suficientes para permitir el uso de una silla de ruedas por si fuese necesario. En el mapa del hogar se coloca una X en el lugar donde se encuentre la barrera, con un número para identificarla y se describirá que tipo de barrera es. Una vez corregida la barrera en el mapa se coloca un círculo en la X. ⁷⁰ fig. 5

- Lo ideal casa amplia o con espacios grandes, libres de muebles o adornos innecesarios, si las posibilidades económicas no permiten estas condiciones se debe prescindir de menos objetos en el espacio.
- La sustitución de puertas convencionales por unas con ancho especial (85 cm), que además sean correderas o tengan apertura hacia fuera.

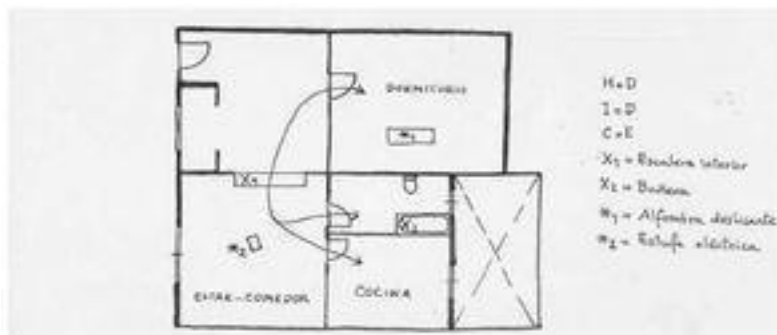
- Utilizar material antideslizante para las posibles rampas, instalación de pasamanos.
- Pasillos anchura mínima de 1,50 metros.
- Baño: Puerta debe abrir hacia fuera o corredera, barra de apoyo, lavabo sin pie y una altura de 50 cm del nivel del suelo.

Factores de riesgo del hogar

Los elementos fijos o móviles que pueden facilitar las caídas o dar lugar a accidentes, el riesgo de quemadura en relación a aparatos de calefacción, mala iluminación, puertas con cerrojos que impiden la entrada y la salida del paciente, los elementos peligrosos como los pequeños electrodomésticos. En el mapa se colocan, en el lugar donde se encuentra el factor de riesgo, un asterisco (*) con un numero para identificarlo. En uno de los bordes de la hoja se describirán el o los factores de riesgo en el hogar. En el caso de que se elimine este factor se coloca un círculo en torno al asterisco. Fig. 6

<https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-el-mapa-del-hogar-el-13127216>

Fig. 6



Circulación del paciente dentro del hogar.

En el mapa se señala por donde circula el paciente en silla de ruedas, a donde va desde el dormitorio al baño, cocina, o a la salida. Se identifican circuitos de tránsito para centrar en ellos el análisis de riesgo. Con una doble flecha se indica las habitaciones del hogar por las que circula el paciente (fig. 6)

Una vez identificados los elementos en el mapa del hogar nos permite poner en marcha acciones para intervenir o dar recomendaciones para su eliminación y proponer acciones de prevención primaria sobre estos factores.⁷⁰

4.4 Centros de referencia en caso de urgencia

- Centro de Atención Neurológico ABC
Tel. 5230-8000 Ext. 1570 Santa Fe.
- Hospital General de México Dr. Balmis 148, Doctores, 067220. Ciudad de México
- Instituto Nacional de Neurología
Insurgentes Sur 3877. La Fama 14269, Ciudad de México, 5606 3822
- Hospital de Especialidades CMN SIGLO XXI IMSS
- Avenida Cuauhtémoc 330. Doctores. 06720 55 5627-6900
- Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos ISSSTE
Av. Universidad 1321, Axotla, 01030, México. 55 5322 2300

CAPITULO V. CONCLUSIONES

El EVC puede provocar diversas secuelas en las personas afectadas, como los trastornos sensitivos, déficit de la visión trastornos motores perdida de la sensibilidad alteración del equilibrio y afección del habla, problemas con la deglución. Complicaciones como la presencia de lesiones por dependencia trombosis, infecciones.

El actuar del profesional especialista de enfermería de atención en el hogar debe abarcar no solo el nivel biofísico (mejora de las funciones motoras) sino también el nivel psicosocial, debe ayudar al paciente, familia y cuidador principal a comprender la enfermedad, las limitaciones y que va implícita la educación para brindar el mejor cuidado. Mejorar la calidad de vida, disminuir la presencia de complicaciones y visitas a instituciones de salud, mejorar y mantener un estilo de vida lo mejor posible.

La recuperación del paciente con secuelas de enfermedad vascular cerebral es multidimensional. Se evidencia la necesidad de una intervención de enfermería, no solo centrada en la enfermedad, sino en las necesidades particulares de la familia de conocer como brindar los cuidados en domicilio. Por lo que se requiere diseñar una estrategia que integre este tipo de atención

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Esther CW, María EL. Rehabilitación funcional del paciente neurológico en la UCI.; p. 119-141.
2. Arana CA, Uribe UC, Muñoz BA. Guía clínica, enfermedad cerebrovascular, Asociación colombiana de facultades de medicina. 2016. P. 6.
3. Murillo B, Luis M. Redefiniendo la Ventana Terapéutica para la Enfermedad Vascular Cerebral. Revista de Medicina Clínica. 2018, 2 (2): 43-9.
4. Paixao, T,C. Silva, LD. Las incapacidades físicas de pacientes con accidente cerebral vascular: acciones de enfermería. Revista electrónica de enfermería. Enfermería Global. No. 15, Febrero 2009.p 1-12.
5. Nueva. Artículo Cuidados en el Hogar 27 nov 2011 (internet) (citado 6 abril 2018), disponible en <https://es.slideshare.net/zeilaliz/cuidados-en-el-hogar>.
6. Romero G.S. Sanabria E.J. Eficacia de las intervenciones de enfermería mediante un programa para el cuidado en el hogar. Revista Cubana de Enfermería 2011:27 (1) 20-30.
7. Power S.E. The family caregiver program. Design anf Effectiveness of an Education Intervention. Home Healthcare Nurse 2008; 24 (8): 513-516.
8. Vega H.S, López MG. Grupo psicoeducativo en cuidados paliativos para el paciente cardiópata y su familia. Revista Mexicana de enfermería Cardiológica. Vol. 21. 2016, pp 24-27. <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2016/en161e.pdf>
9. Herrera C, L. Pratz AT. Necesidades de cuidado en personas con evento cerebrovascular, Jóvenes en la Ciencia. Revista de divulgación científica. Vol. 2. No. 1. 2016. P. 122-124. <http://148.214.90.90/index.php/jovenesenlaciencia/article/view/1012/651>
10. Cardona CA. Protocolo domiciliario para el cuidado de pacientes con ACV. Facultad del Magdalena Ciencias de la salud. 2009. Pp 72.
11. Perez R,J. Efectividad del apoyo social en la rehabilitación del paciente con discapacidad secundaria a enfermedad vascular cerebral en la unidad de medicina física y rehabilitación región Norte del IMSS. 2008. 54 pp.
12. González PR, Landinez MD. Epidemiología, etiología clasificación de la enfermedad vascular cerebral. Jornada Neurociencias: Revisión de tema. Archivos de Medicina, 2016. P. 495-507.
13. Sistema General de Seguridad Social en Salud, Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del episodio agudo del Ataque Cerebrovascular isquémico en población mayor de 18 años.2015. Guía no. 54, p. 12.
14. Elias A. Gira www.msmanuals.com/es-mx/professional/trastornos-neurológicos/accidente-cerebrovascular-acv/accidente-cerebrovascular-isquémicoldo, Manual MSD versión para profesionales. Accidente cerebrovascular

isquémico.

15. Ezpeleta D. Apuntes de Neurología. La EVC fisiopatología. http://www.infodoctor.org/neuro/cap5_3.htm. 2012.
16. <https://www.slideshare.net/100000162507987/enfermedad-cerebro-vascular-isquemica-62986009>
17. Antonio A, Angélica R.F. Enfermedad Vascul ar Cerebral. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM. Vol. 55,Nº 3 2012. P. 16.
18. Elías A. G. Hemorragia intracerebral <https://www.msmanuals.com/es-mx/professional/trastornos-neuro/C3%B3gicos/accidente-cerebrovascular-acv/hemorragia-subaracnoidea-hsa>
19. Carrillo M.P. Barajas M.K.G Exploración neurológica básica para el médico general. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM. Vol. 59, nº 5, 2016. P. 4
20. Nava G.Ma.G. Plan de Alta continuidad del cuidado en la consultoría de enfermería neurológica. Revista de Enfermería Neurológica, México. Vol. 12, No. 1: 40-44, 2013.
21. Enfermedad Vascul ar Cerebral <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/enfermedad-vascular-cerebral>
22. Fermin A.O, Iriarte I. Pronostico de las secuelas tras la lesión cerebral. Revista de Medicina Intensiva. 2009;33(4):171-81. <http://scielo.isciii.es/pdf/medinte/v33n4/puesta1.pdf>
23. José Alejandro G.Y. Evaluación de las funciones cerebrales superiores. Presentación en línea. <https://es.slideshare.net/mobile/JAGY76/evaluación>
24. Larry Hernández. Catedra de Enfermería Básica. Universidad Central de Venezuela. <http://basicaucv.blogspot.com/2014/04/valoracion-sistema-neurologico.html>. 2014.
25. Trigas-Ferrin M, Ferreira-Gózales L. Escalas de valoración funcional en el anciano. Galicia Clin 2011;72 (1): 11-16.
26. Grupo Neuro-Ictus, Rankin modificado, Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias, Glosario/www.tiemposcerebro.es.2002
27. Revillas-Ortega F.J, Manual de usuario Mini-Examen Cognoscitivo (MEC), Asde SA. Valencia, 2014, 1-15 p.
28. <https://www.centraldeenfermeras.com.mx/index.php/noticias/297-escala-de-tinetti.html>
29. Arturo-Agre do, C. Milena-Bedoya, J. Validación escala de Ashworth. Artículos de fisioterapia. Colombia. 2005.
30. Escala de Daniels Medición de la fuerza muscular. <https://es.scrib.com/doc/92611633/escala-de-daniels>.
31. Sanitas. Escala de Dowton ante el riesgo de caídas. <Http://www.sanitas.es/sanitas/seguro/es/particulares/biblioteca>.
32. Juan E Blumel M, Tirado Ga. Karina. Validez de la escala de Braden para predecir úlceras por presión en población femenina. Revista Médica de Chile, 2004, 132: 595-600.

33. Medición de signos neurológicos, Documentación de enfermería, Versión 2, 2011. P 1-6.
34. Purriños M.J. Escala de Hamilton, Serizo de Epidemiología. Dirección Xeral de Saude Pública, 2006. p1-4.
35. Ortiz E.O., Santos R.K. Logro de la independencia funcional de los pacientes con accidente cerebrovascular tipo hemipléjico pos tratamiento fisioterapéutico en un Hospital de rehabilitación de Lima, periodo enero a junio 2017. Lima-Perú. Universidad Norber Wienr. Facultad de Ciencias de la Salud. 105 pp.
36. Cáceres M, Argüello R. Protocolo de Manejo Nutricional en Pacientes con Accidente Cerebro Vascular. Anales Facultad Ciencias Médicas. Vol. 44 nº. 1. 2011.
37. Métodos de cribado. <http://www.alianzamasnutridos.es/metodos-de-cribado/>
38. Ballesteros P.M, Palazuelo A.M. ¿Y después del ictus, que hacemos para nutrirle?, Nutrición Hospitalaria, 2017; 34(supl.1):46-56.
39. Del Rosario C.L, Díaz M.M. Guzmán N.M., Enfermedad Cerebrovascular y Estado Nutricional. Instituto Superior de Medicina Militar:///C:/Users/ASUS/Downloads/planes%20de%20alta/010_-_enfermedad_cerebrovascular_y_estado_nutricional.pdf.
40. Cano G.C. El cuidador, temores y oportunidades. Seminario de actualización: Cuidado del adulto. Un tributo a la Vida. Facultad de Medicina Pontificia. 2017
41. Guevara S.Y., Huaman R, K., Dependencia funcional del adulto mayor con enfermedad cerebro vascular y la calidad de vida del cuidador familiar. Servicio de medicina del Hospital Regional Docente Trujillo. Tesis. Perú 2012.
42. Zarit, S.H. et al. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. Gerontologist 1980;20:649-655
43. Instituto Nacional para la Mujer. Cómo funcionan las redes de apoyo familiar y social en México. Gobierno de la Republica. http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101244.pdf
44. Medellín F.M. Rivera H.M.E. Funcionamiento familiar su relación con las redes de apoyo social en una muestra de Morelia, México. Salud Mental vol. 35 (2) Abril 2012.
45. Nava Q.C.N. Bezies A.R. Adaptación y validación de la Escala de Percepción de Apoyo Social de Vaux. Lierabit, Vol. 21 (1). Lima, junio 2015. http://revistaliberabit.com/es/revistas/RLE_21_1_adaptacion-y-validacion-de-la-escala-de-percepcion-de-apoyo-social-de-vaux.pdf 2015.
46. Suarez C.M.A, Alcalá E.M. Apgar familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. Revista Médica La Paz. Vol. 20 (1), La Paz. 2014, 53-57 pp. http://www.scielo.org.bo/pdf/rmcmlp/v20n1/v20n1_a10.pdf
47. R. López L. F.S Rehabilitación domiciliaria en la recuperación funcional de los pacientes con enfermedad cerebrovascular. Revista de Neurología, 2013; 56 (12):601-607. www.neurologia.com

48. Nuria Gil de Carlos. Elaboración de una guía para el manejo de los pacientes portadores de una traqueotomía en las plantas de hospitalización. Facultad de Ciencias de la salud, 2014. 2-80 pp.
49. Ministerio de la salud. Tratamiento de las secuelas de la lesión medular y sus complicaciones. INAREPS, 2013. 9-12 pp.
50. Clasificación-categorización de las lesiones relacionadas con la dependencia"DOCUMENTO TECNICO GNEAUPP N° II, 2ª. Edición. Mayo 2014
51. Hospital Regional de Alta Especialidad Ixtapaluca. Cuidados de la gastrostomía. Clínica de heridas. 2017.
52. Video técnica para preparación de nutrición enteral artesanal de 1500 kcal. <https://www.youtube.com/watch?v=zQS7t-wQbYw>
53. Guía de práctica clínica. Nutrición enteral. Formulas, métodos de infusión e interacción fármaco nutriente. Consejo de Salubridad General. México, 2012. http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/563_GPC_NutricionenteralFormxlas/GER_NutricionEnteral.pdf
54. Peña PJ. Santiago PA. Guía de administración de medicamentos por sondas de alimentación enteral. Hospital Clínico San Carlos. Salud Madrid. 2012.
55. Hospital Regional de Alta Especialidad Ixtapaluca. Manual. Cuidados de la colostomía. Clínica de heridas. 2017.
56. Enema Evacuante. www.pisa.com.mx/publicidad/portal/enfermeria
57. Wilches EC. López ME. Rehabilitación funcional del paciente neurológico en la UCI, Guía neurológica. 2004, P. 119-142.
58. Arias C.A. Rehabilitación del AVC: evaluación, pronóstico y tratamiento. Galicia Clínica 2009; 70 (3):25-40.
59. Guía de práctica clínica. Prevención secundaria, diagnóstico, tratamiento y vigilancia de la enfermedad vascular cerebral isquémica. Consejo de Salubridad General. México, 2012.
60. <https://www.vademecum.es/>
61. <https://www.medicamentosplm.com/>
62. Devesa GI, Mazadiego GME Rehabilitación con enfermedad vascular cerebral (EVC). Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación. 2014; 26(3-4):94-108.
63. Ordon Chitay E.J. Técnicas de movilización y trasferencias de pacientes. Certamen internacional de artículos de fisioterapia en internet. 2012. 34-45pp
64. Guía de práctica clínica en el SNS.
65. WikiHow, Como planificar la dieta para víctima de derrame cerebral, <https://es.wikihow.com/planificar-la-dieta-para-victimas-de-derrame-cerebral#/Imagen:Diet-for-Stroke-Victims-Step-5.jpg>
66. Sanz P.A. Álvarez B.D. Accidente cerebrovascular: la nutrición como factor patogénico y preventivo. Soporte nutricional post ACV. Nutrición hospitalaria. España. 2009;2(2):38-55.

67. ICTUS. Consejos para una buena alimentación. SEDENE.
http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion/ictus_alimentacion. 1- 4 P.
68. Gottau G. La dieta semanal adaptada a la dieta DASH.
<https://www.vitonica.com/dietas/tu-dieta-semanal-con-vitonica-xli>. 2014.
69. Ministerio de sanidad y consumo. Guía de práctica clínica sobre la prevención primaria y secundaria del ictus. España. 2014. 244p.
70. L. de la Revilla, El mapa del hogar para el estudio medioambiental de las personas mayores dependientes. Vol. 34 (8), octubre 2008, p, 373-42

ANEXOS

Cuidado de la Traqueostomía en el Hogar

<https://proyctohuci.com/es/guia>



Por:

[EEAH Hernández Hernández Juana Carolina](#)

Cuidado de la Traqueostomía en el Hogar

Prevención de infección

Contenido

¿Qué es una traqueostomía?

Partes de un tubo de traqueostomía

Preparándose para ir al hogar

Prevención de infecciones

Cuidados de la piel y el estoma

Cuidado cánula interior

Humectación

Succión de secreciones

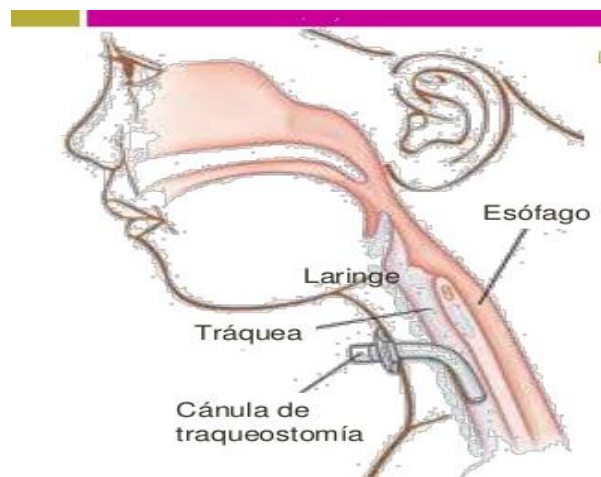
¿Me puedo bañar en regadera?

Recomendaciones generales

Procedimientos de emergencia

¿Qué es una traqueostomía?

Es una pequeña apertura a través de la piel y tejidos hacia la tráquea. Un tubo de plástico pequeño llamado cánula de traqueostomía se coloca en el orificio y te ayuda a respirar



https://www.slideshare.net/iris_renteria/cuidados-de-traqueostoma-pediatrica/2

Partes de un tubo de traqueostomía



Conocer las partes de mi cánula de traqueostomía me permite dar un mejor cuidado y prevenir infecciones

Cánula externa: parte de la cánula que comunica con el exterior, tiene unas aletas con orificio para sujeción al cuello. Se lee marca y no. de cánula, diámetro y longitud.

Puede tener un pequeño tubo llamado ribete con un globito para inflar el manguito.

Cánula interna hueca: tubo hueco que se coloca dentro de la cánula externa para que este libre el paso del aire a los pulmones. Nos ayuda a evitar oclusión y cambios de cánula.

Obturador: facilita la colocación de una nueva cánula.

Manguito: globo suave que ayudan evitar el paso de alimentos, secreciones entren a los pulmones.

Preparándose para ir al hogar

Debe contar con un teléfono cerca **ante cualquier emergencia**

Limitar el fumar en casa

Asignar una habitación para el paciente

que le sirva de recámara, para realizar tratamientos, tener su equipo médico.

- Se deberá mantener limpia, libre de basura, buena iluminación y ventilación
- Organizar los suplementos para el cuidado, le será más fácil identificar y localizarlos cuando sea necesario
- Acomodar los muebles de tal forma que le sea fácil el traslado, realizar tratamientos y en caso de una emergencia
- Ubicación de enchufes eléctricos por el uso de algún equipo como el aspirador de secreciones.

No salga del hospital hasta no contar con todos los suministros y equipo necesario para su atención.

Preparándose para ir al hogar

El material y equipo que no puede faltar en tu casa es:

Saber el tamaño del tubo de traqueostomía: _____

Tamaño del tubo de succión: _____

Además de:

- Dos tubos de traqueostomía nuevos
- Sondas de succión
- Tubos de conexión de succión
- Sujeciones para la cánula
- Bolsa de ventilación manual (ambu)
- Gasas estériles
- Hisopos de plástico estériles
- Tijeras
- Guantes ambidiestros estériles
- Dos recipientes metálicos o de plástico con tapa.
- Cepillo pequeño
- Limpiadores de tubo
- Solución fisiológica o inyectable, agua oxigenada o clorhexidina
- Tanque de oxígeno (si se requiere)
- Jeringa de 10 cc
- Aspirador manual para secreciones.
- Máquina de humedad
- Oxímetro de pulso

Prevención de infecciones

Un estoma facilita la entrada de bacterias a los pulmones.

Para ayudar a evitar infecciones debemos:

- Mantener tan limpio como sea posible
- Evitar el contacto con personas enfermas
- LAVADO DE MANOS indispensable antes y después de realizar cualquier procedimientos
- Mantener limpia la superficie y lugar de trabajo.
- Guardar los suministros en envases específicos y limpios
- NO REUTILIZAR SONDAS DE ASPIRACION. Utilizar sondas diferentes, una para cánula y otra para boca.
- Realizar cada uno de los procedimientos con la técnica adecuada.
- Mantener la boca limpia. Realizar aseo bucal tres veces al día ya que la saliva y mucosa contienen gérmenes que puede provocar infecciones.
- Realizar aspiración de secreciones por boca y cánula solo por razón necesaria.



Cuidados de la piel y el estoma

Un estoma es la apertura en la piel por donde entra el tubo de traqueostomía.

- Tu estoma se debe mantener lo más limpio y seco posible.
- La limpieza debe ser diario o por razón necesaria durante el día si se tiene mucha salida de secreción.
- Cambiar las gasas o apósito que se colocan alrededor del tubo por gasas nuevas estériles para proteger la piel de la humedad.



<https://www.slideshare.net/saulindos100/aida-69993919>

- La limpieza se realiza con gasa e hisopos estériles con agua inyectable y clorhexidina. Evitar colocar cremas o ungüentos.
- Realizar el cambio de las sujeciones de la cánula si estas ya se encuentran sucias o húmedas. Limpiar la cánula externa.

Debemos de vigilar la presencia de: enrojecimiento en la piel, sangrado, inflamación, olor fétido, tamaño del diámetro del estoma, tejidos extraños (granuloma).

Informar al personal de enfermería y medico si presenta algún dato de estos.

Cuidado de la cánula interior

Mi cánula interior se debe de limpiar diario, o las veces necesarias durante el día. Se realiza junto con el cuidado de la piel y estoma.



Limpiaremos la superficie de trabajo y preparamos el material a utilizar: cánula interna temporal, agua oxigenada, pequeño cepillo, guantes estériles.

Se realiza el lavado de manos se coloca los guantes y se retira la cánula. Esta se coloca en un contenedor limpio con agua oxigenada, se limpia con un cepillo pequeño o en su defecto con un hisopo estéril de algodón. Enjuagamos con agua estéril y se seca. Se introduce nuevamente a la cánula externa.



https://www.drugs.com/cg_esp/cuidados-de-la-traqueostom%C3%ADa-en-ni%C3%B1os-aftercare-instructions.html

Retiramos cánula interna temporal, enjuagamos y la guarda

Retiro guantes y lavo las manos.

Humectación

Sin humedad las secreciones se vuelven densas y secas difíciles de expulsar.

Necesito fuentes de humedad adicional para que mis secreciones no se hagan densas que tapen mi cánula:

- Proporcionar abundante líquido para mantener la fluidez de las secreciones.
- Por razón necesaria utilizar sistema de aire humidificado con un collar de traqueostomía.



- Si me movilizan continuamente y me dan terapia física vibratoria en el pecho ayudan a aflojar las secreciones alojadas en mis pulmones.



<https://neurofuncion.com/fisioterapia-respiratoria/>

Aspiración de secreciones

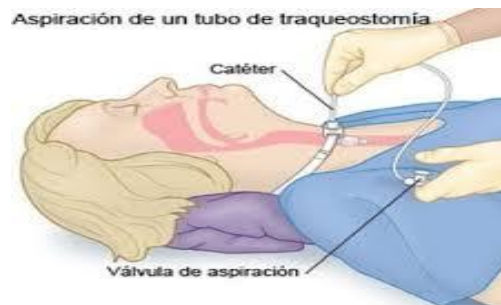
Si tengo una cánula de traqueostomía requiero se realice succión de las secreciones en caso de:

- Acumulo de secreciones y que no pueda expulsar
- Si me hace falta el aire
- Si se escucha sonido de gorgojeo

Necesito que mi familiar se realice lavado de manos, limpie el área de trabajo y prepare el equipo.

- Encender la máquina de succión, vaciar solución estéril en un frasco limpio. Se coloca los guantes, toma la sonda e inserta por el orificio de la cánula.
- El grueso de la sonda no debe exceder la mitad del diámetro interno del tubo.
- Aplicar succión al colocar el dedo sobre la válvula, ir sacando la sonda con movimientos rotatorios lentamente. No aplicar succión por más de 10 segundos.
- Sumergir la sonda en la solución y aspirar para enjuagar la misma
- Repetir el mismo procedimiento de ser necesario.
- Enjuagar y secar la sonda. Hacer cambio cada 24 hrs.

https://www.drugs.com/cg_esp/cuidados-de-la-traqueostom%C3%ADa-en-ni%C3%B1os-aftercare-instructions.html



¿Me puedo bañar en regadera?

Al bañarse hay que tomar ciertas precauciones para resguardar el tubo de traqueostomía del agua.

- Se recomienda una regadera ajustable, colóquela en dirección al cuerpo por debajo del cuello.
- Si el agua entra accidentalmente a la cánula hay que realizar succión inmediatamente.
- No sumergir todo el cuerpo en el agua.
- No usar colonia, ni jabón, ni espuma de afeitar. Se recomienda uso de maquina eléctrica para rasurar.

Recomendaciones generales

- Siempre es necesario saber el número de cánula y contar con dos en casa. Una del mismo número y otra de medida más pequeña.
- Debo de contar con todo el material y equipo necesario
- Mi familiar y cuidador primario deberán recibir capacitación y entrenamiento de todas las técnicas en el hospital ante el cuidado de una persona con traqueostomía
- Se recomienda que mi familia y cuidador primario cuenten con un curso de soporte vital básico para darme apoyo en un caso de emergencia.
- Tener a la mano números de teléfonos importantes como los de servicios de emergencia, empresas proveedoras de equipo.
- Prohibido fumar.
- Se debe utilizar ropa que no obstruya la traqueostomía. No utilizar telas que desprendan pelusa.
- No utilizar pañuelos de papel porque pueden desmenuzarse y entrar en el estoma

Procedimientos de emergencia

Comunicarme con el personal de salud si presento por más de dos horas los siguientes signos.

Infección

- En zona de traqueostomía: si presento datos como enrojecimiento, inflamación, dolor, pus, sangre o mal olor.
- Pulmones: cambio en el color, espesor, olor o cantidad de secreciones, cambio en la frecuencia respiratoria, mayor falta de aire, más tos, sibilancia o fiebre.

Dificultad para respirar

Estoy en riesgo de que mi cánula se ocluya con tapones de moco, puedo presentar dificultad para respirar ¿Qué hago si esto me sucede?

- Debes respirar profundamente y toser
- Revisar tu cánula interior para descartar acumulación de secreciones o un tapón, si es así hay que limpiar o cambiar.
- Realizar succión para eliminar las secreciones.

¡Ya realice todo lo anterior, pero continuo con problemas para respirar!

- Llamar al servicio de emergencia
- Utilizar la bolsa ambu para proporcionar respiración enérgica, esto te hará toser.
- Si se requiere cambiar todo el tubo tráquea.

Procedimientos de emergencia

¡Mi tubo de traqueostomía se cayó!

- Si es posible cambiar el tubo, siempre se debe tener uno nuevo.
- El tubo nuevo ya no entra llamar a servicio de emergencia, cubrir el estoma y dar respiración con el ambu y una mascarilla hasta que llegue la ayuda.



Referencias bibliográficas.

Northwestern, Medicine. Educacion del paciente. Cuidado y tratamiento. Cuidado de la traqueotomía en el hogar. Mayo 2017. file:///C:/Users/CARON/Documents/northwestern-medicine-cuidado-de-la-traqueostomia-en-el-hogar%20(1).pdf

Smiths medical. Bringing technology to life. Un manual para el cuidado en casa de un adulto con traqueostomía
file:///C:/Users/CARON/Documents/TR194418SP_LR%20traquo.pdf

Cuidados domiciliarios de pacientes con traqueostomia. Manual para pacientes y cuidadores. Esteve Teijin Healthcare. Barcelona. 2016. <https://docplayer.es/12793587-Cuidados-domiciliarios-de-pacientes-con-traqueostomia-manual-para-el-paciente-y-cuidadores.html>.

Escuela de cuidadores. Hospital Rey Juan Carlos. Salud Madrid. Una enfermera te acompaña en tu aprendizaje para el cuidado de tu cánula.
<https://www.hospitalreyjuancarlos.es/idcsalud-client/cm/images?idMmedia=108432>

APENDICES

Apéndice. 1 Escala de Katz

Bañarse: (en tina o ducha)

Independiente: Se baña completamente, o necesita ayuda sólo para jabonarse ciertas regiones (espalda, o una extremidad dañada)

Dependiente: Requiere ayuda para bañarse más de una parte del cuerpo, o para entrar o salir de la tina, o no se puede bañar solo.

Vestirse:

Independiente: Saca la ropa del closet, se viste y desviste. Se excluye el anudar los cordones.

Dependiente: No se viste solo o lo hace incompletamente.

Ir al Toilet:

Independiente: Llega al baño, se sienta y para del toilet, se arregla la ropa y se limpia (puede usar su propia chata en la noche y usar soportes mecánicos)

Dependiente: Requiere ayuda durante su estadía en el baño.

Transferirse:

Independiente: Entra y sale de la cama independientemente, se sienta y para de la silla (puede usar soporte mecánico).

Dependiente: Requiere ayuda para moverse hacia o desde la cama o silla; no realiza una o más transferencias.

Continencia:

Independiente: Controla totalmente esfínter anal y vesical.

Dependiente: Incontinencia total o parcial para orina u obrar; control parcial o total por enemas o sondas o recolectores; o uso regulado de chata.

Alimentación:

Independiente: Lleva la comida del plato a la boca (se excluye el cortar la carne o preparar la comida).

Dependiente: Requiere asistencia para comer; no come; o usa alimentación enteral o parental.

Este índice se basa en la evaluación de independencia o dependencia funcional del paciente para: bañarse, vestirse, ir al baño, trasladarse, continencia y alimentación.

A. Independiente para alimentarse, transferirse, continencia, ir al baño, vestirse, bañarse.

B. Independiente para todas, excepto una de estas funciones.

C. Independiente para todo, excepto bañarse y una función más.

D. Independiente para todo, excepto bañarse, vestirse y una función adicional.

E. Independiente para todo, excepto bañarse, vestirse, ir al baño y una función más.

F. Independiente para todo, excepto bañarse, vestirse, ir al baño, transferirse una función más.

G. Dependiente en las seis funciones (todas).

OTROS. Dependiente en al menos dos funciones, no clasificadas como C, D, E o F.

Independiente: Habilidad para funcionar sin supervisión, dirección o asistencia personal activa, excepto si es específicamente aclarado en las definiciones.

Se basa en el estado actual, no en la habilidad que tenga.

A los pacientes que se niegan a realizar una función, se les considerará incapaces de realizarla, aunque parezcan capaces.

Apéndice 2. Índice de Barthel

| Comida: | | |
|--------------------------------------|----|--|
| | 10 | Independiente. Capaz de comer por sí solo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona |
| | 5 | Necesita ayuda para cortar la carne, extender la mantequilla.. pero es capaz de comer sólo/a |
| | 0 | Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona |
| Lavado (baño) | | |
| | 5 | Independiente. Capaz de lavarse entero, de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin que una persona supervise |
| | 0 | Dependiente. Necesita algún tipo de ayuda o supervisión |
| Vestido | | |
| | 10 | Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda |
| | 5 | Necesita ayuda. Realiza sin ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable |
| | 0 | Dependiente. Necesita ayuda para las mismas |
| Arreglo | | |
| | 5 | Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna, los complementos necesarios pueden ser provistos por alguna persona |
| | 0 | Dependiente. Necesita alguna ayuda |
| Deposición | | |
| | 10 | Continente. No presenta episodios de incontinencia |
| | 5 | Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios. |
| | 0 | Incontinente. Más de un episodio semanal |
| Micción | | |
| | 10 | Continente. No presenta episodios. Capaz de utilizar cualquier dispositivo por si solo/a (Botella, sonda, orinal). |
| | 5 | Accidente ocasional. Presenta un máximo de un episodio en 24 horas o requiere ayuda para la manipulación de sondas o de otros dispositivos. |
| | 0 | Incontinente. Más de un episodio en 24 horas |
| <i>Ir al retrete</i> | | |
| | 10 | Independiente. Entra y sale solo y no necesita ayuda alguna por parte de otra persona |
| | 5 | Necesita ayuda. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda; es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo/a. |
| | 0 | Dependiente. Incapaz de acceder a él o de utilizarlo sin ayuda mayor |
| Transferencia (traslado cama/sillón) | | |
| | 15 | Independiente. No requiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama. |
| | 10 | Mínima ayuda. Incluye una supervisión o una pequeña ayuda física. |
| | 5 | Gran ayuda. Precisa ayuda de una persona fuerte o entrenada. |
| | 0 | Dependiente. Necesita una grúa o el alzamiento por dos personas. Es incapaz de permanecer sentado |
| Deambulación | | |
| | 15 | Independiente. Puede andar 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda supervisión. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica excepto un andador. Si utiliza una prótesis, puede ponérsela y quitársela solo/a. |
| | 10 | Necesita ayuda. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por parte de otra persona o utiliza andador. |
| | 5 | Independiente en silla de ruedas. No requiere ayuda ni supervisión |
| | 0 | Dependiente |
| Subir y bajar escaleras | | |
| | 10 | Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión de otra persona. |
| | 5 | Necesita ayuda. Necesita ayuda o supervisión. |
| | 0 | Dependiente. Es incapaz de salvar escalones |

| | | | |
|---|---|--|--------------------------|
| La incapacidad funcional se valora como: | * Severa: < 45 puntos. * Grave: 45 - 59 puntos. ASISTIDO/A | * Moderada: 60 - 80 puntos. * Ligera: 80 - 100 puntos. VÁLIDO/A | Puntuación Total: |
|---|---|--|--------------------------|

Apéndice 3. Escala de Lawton Y Brody para las Actividades

Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD)

Nombre _____ Edad _____ Fecha _____

Anotar con la ayuda del cuidador principal, cuál es la situación concreta personal del paciente, respecto a estos 8 ítems de actividades instrumentales de la vida diaria

Máxima dependencia: 0 puntos

Independencia total: 8 puntos

| | Puntos |
|--|-----------------------|
| A.CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO 1.Utiliza el teléfono a iniciativa propia, busca y marca los números, etc 2.Marca unos cuantos números bien conocidos 3.Contesta el teléfono pero no marca 4.No usa el teléfono | 1 1 0 |
| B. IR DE COMPRAS 1.Realiza todas las compras necesarias con independencia 2.Compra con independencia pequeñas cosas 3.Necesita compañía para realizar cualquier compra 4.Completamente incapaz de ir de compras | 1 0 0 0 |
| C.PREPARACIÓN DE LA COMIDA 1.Planea, prepara y sirve las comidas adecuadas con independencia 2.Prepara las comidas si se le dan los ingredientes 3.Calienta y sirve las comidas pero no mantiene una dieta adecuada 4.Necesita que se le prepare y sirva la comida | 1 0 0 0 |
| D.CUIDAR LA CASA 1. Cuida la casa sólo o con ayuda ocasional (ej. Trabajos pesados) 2.Realiza tareas domésticas ligeras como fregar o hacer cama 3.Realiza tareas domésticas ligeras pero no puede mantener un nivel de limpieza aceptable 4.Necesita ayuda en todas las tareas de la casa 5.No participa en ninguna tarea doméstica | 1 1 1 1 0 |
| E.LAVADO DE ROPA 1.Realiza completamente el lavado de ropa personal 2.Lava ropa pequeña 3.Necesita que otro se ocupe del lavado | 1 1 0 |
| F.MEDIO DE TRANSPORTE 1.Viaja con independencia en transportes públicos o conduce su coche 2.Capaz de organizar su propio transporte en taxi, pero no usa transporte público 3.Viaja en transportes públicos si le acompaña otra persona 4.Sólo viaja en taxi o automóvil con ayuda de otros 5.No viaja | 1 1 1 0 0 |
| G.RESPONSABILIDAD SOBRE LA MEDICACIÓN 1.Es responsable en el uso de la medicación, dosis y horas correctas 2.Toma responsablemente la medicación si se le prepara con anticipación en dosis preparadas 3.No es capaz de responsabilizarse de su propia medicación | 1 0 0 |

| | |
|--|---------------------------------|
| H.CAPACIDAD DE UTILIZAR EL DINERO 1.Maneja los asuntos financieros con independencia, recoge y conoce sus ingresos 2.Maneja los gastos cotidianos pero necesita ayuda para ir al banco, grandes gastos, etc 3.Incapaz de manejar el dinero | 1 1 0 |
|--|---------------------------------|

Apéndice 4. Escala de Rankin modificado


| Escala de Rankin Modificada | |
|-----------------------------|---|
| 0 | SIN SÍNTOMAS. |
| 1 | SIN INCAPACIDAD SIGNIFICATIVA. A pesar de síntomas realiza actividades cotidianas. |
| 2 | INCAPACIDAD LEVE. Incapaz de realizar las actividades previas pero capaz de hacer algunas actividades sin asistencia. |
| 3 | INCAPACIDAD MODERADA. Requiere alguna ayuda pero capaz de caminar sin ayuda. |
| 4 | INCAPACIDAD MODERADAMENTE SEVERA. Incapaz de caminar sin ayuda e incapaz de realizar sus necesidades corporales sin ayuda. |
| 5 | INCAPACIDAD SEVERA. Confinado a cama, incontinente y requiere cuidado constante de enfermería. |
| 6 | DEFUNCIÓN. |

Apéndice 5 Escala Mini-Mental

Mini-Mental State Examination (MMSE)

Patient's Name: _____ Date: _____

Instructions: Ask the questions in the order listed. Score one point for each correct response within each question or activity.

| Maximum Score | Patient's Score | Questions |
|---------------|-----------------|---|
| 5 | | "What is the year? Season? Date? Day of the week? Month?" |
| 5 | | "Where are we now: State? County? Town/city? Hospital? Floor?" |
| 3 | | The examiner names three unrelated objects clearly and slowly, then asks the patient to name all three of them. The patient's response is used for scoring. The examiner repeats them until patient learns all of them, if possible. Number of trials: _____ |
| 5 | | "I would like you to count backward from 100 by sevens." (93, 86, 79, 72, 65, ...) Stop after five answers. Alternative: "Spell WORLD backwards." (D-L-R-O-W) |
| 3 | | "Earlier I told you the names of three things. Can you tell me what those were?" |
| 2 | | Show the patient two simple objects, such as a wristwatch and a pencil, and ask the patient to name them. |
| 1 | | "Repeat the phrase: 'No ifs, ands, or buts.'" |
| 3 | | "Take the paper in your right hand, fold it in half, and put it on the floor." (The examiner gives the patient a piece of blank paper.) |
| 1 | | "Please read this and do what it says." (Written instruction is "Close your eyes.") |
| 1 | | "Make up and write a sentence about anything." (This sentence must contain a noun and a verb.) |
| 1 | | "Please copy this picture." (The examiner gives the patient a blank piece of paper and asks him/her to draw the symbol below. All 10 angles must be present and two must intersect.)  |
| 30 | | TOTAL |

(Adapted from Rovner & Folstein, 1987)

Interpretation of the MMSE

| Method | Score | Interpretation |
|---------------|--------------|--|
| Single Cutoff | <24 | Abnormal |
| Range | <21 | Increased odds of dementia |
| | >25 | Decreased odds of dementia |
| Education | 21 | Abnormal for 8 th grade education |
| | <23 | Abnormal for high school education |
| | <24 | Abnormal for college education |
| Severity | 24-30 | No cognitive impairment |
| | 18-23 | Mild cognitive impairment |
| | 0-17 | Severe cognitive impairment |

Sources:

- Crum RM, Anthony JC, Bassett SS, Folstein MF. Population-based norms for the mini-mental state examination by age and educational level. *JAMA*. 1993;269(18):2386-2391.
- Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975;12:189-198.
- Rovner BW, Folstein MF. Mini-mental state exam in clinical practice. *Hosp Pract*. 1987;22(1A):99, 103, 106, 110.
- Tombaugh TN, McIntyre NJ. The mini-mental state examination: a comprehensive review. *J Am Geriatr Soc*. 1992;40(9):922-935.

Apéndice 6 Escala de Tinetti Equilibrio – Marcha

| | |
|---|--|
| I. Equilibrio | |
| El paciente debe estar sentado en una silla dura y sin brazos. | |
| Equilibrio sentado | |
| 0 Se inclina o desliza en la silla | 1 Firme y seguro |
| Levantarse | |
| 0 Incapaz sin ayuda | 1 Capaz utilizando los brazos como ayuda |
| 2 Capaz sin utilizar los brazos | |
| Intentos de levantarse | |
| 0 Incapaz, sin ayuda | 1 Capaz, pero necesita mas de un intento |
| 2 Capaz de levantarse en el primer intento | |
| Intento Inmediato al levantarse (primeros 5 seg) | |
| 0 Inestable (tambaleo, balanceo del tronco) | |
| 1 Estable, pero usa andador, bastón, muletas | |
| 2 Estable sin usar soportes | |
| Equilibrio en pie | |
| 0 Inestable | 1 Estable pero no puede juntar los pies |
| 2 Base de sustentación estrecha | |
| Empujón | |
| Paciente en posición de firme con los pies tan juntos como sea posible, el examinador empuja ligeramente el esternón del paciente con la palma 3 veces: | |
| | 0 Tiende a caerse |
| 1 Se tambalea, se sujeta, pero toma control | 2 Firme |
| Ojos Cerrados (de pie) | |
| 0 Inestable | 1 Estable |
| Giro 360° | |
| 0 Pasos discontinuos | 1 Pasos continuos |
| 0 Inestable | 1 Estable |
| Sentarse | |
| 0 Inseguro (calcula mal la distancia) | |
| 1 Usa los brazos o tiene un movimiento que no es suave | |
| 2 Seguro, movimientos suaves | |
| Puntuación de Equilibrio (máxima 16) | |

Adaptado de: Tinetti M. Performance oriented assessment of mobility problems in elderly patients. *J Am Geriatr Soc* 1986;34:119-126.

| | |
|---|---|
| II. Marcha | |
| El sujeto camina por el pasillo o por la habitación con su paso habitual, regresa con paso "rápido", usando sus ayudas habituales en la marcha. | |
| Inicio de la Marcha (inmediatamente después de decir camine) | |
| 0 Cualquier duda o vacilación o múltiples intentos | |
| 1 No está vacilante | |
| Longitud y altura del paso | |
| Balanceo del pie derecho: | |
| 0 No sobrepasa pie izq. con el paso | 1 Sobrepasa pie izq. con el paso |
| 0 No se levanta completamente del suelo | 1 Si se levanta completamente |
| Balanceo del pie izquierdo: | |
| 0 No sobrepasa el pie der. con el paso | 1 Sobrepasa pie der. con el paso |
| 0 No se levanta completamente del suelo | 1 Si se levanta completamente |
| Simetría del paso | |
| 0 Longitud de pasos varia entre ambos lados | 1 Pasos de igual longitud |
| Continuidad del paso | |
| 0 Se detiene o discontinuidad entre los pasos | 1 Pasos continuos |
| Trayectoria estimada en relación a los mosaicos del piso, se observa de un pie en 3 m: | |
| | 0 Desviación marcada |
| 1 Desviación moderada a leve o utiliza ayuda | 2 Recto |
| Tronco | |
| 0 Marcado balanceo o utiliza ayuda para caminar | |
| 1 Sin balanceo, separación de los brazos al camina, flexión de las rodillas | |
| 2 No hay balanceo, no hay flexión, no utiliza ayuda | |
| Postura en la Marcha | |
| 0 Talones separados | 1 Talones que casi se tocan mientras camina |
| Puntuación de Marcha: (máxima 12) | |
| Puntuación Total Global Máxima 28 | |
| 26 – 28 = Normal | |
| 20 – 25 = Riesgo moderado de caídas | |
| < 19 = Riesgo severo de caídas | |

Apéndice 7 Escala de Ashworth

| | |
|----|--|
| 0 | Tono normal. No incremento del tono muscular |
| 1 | Ligero incremento de tono, detectable al final del recorrido articular |
| 1+ | Ligero incremento de tono, detectable en menos de la mitad del recorrido articular |
| 2 | Notable aumento del tono, detectable en casi todo el recorrido articular |
| 3 | Considerable aumento del tono, la movilización pasiva es difícil |
| 4 | Extremidades rígidas, en flexión o extensión |

Apéndice 8 Escala de Daniels

Tabla 1 Escala de Daniels para la valoración de la fuerza

0. Ausencia de contracción
1. Contracción sin movimientos
2. Movimiento que no vence la gravedad
3. Movimiento completo que vence la gravedad
4. Movimiento con resistencia parcial
5. Movimiento con resistencia máxima

Apéndice 9 J.H. Downton

ESCALA DE RIESGO J. H. DOWNTON

| Criterio de evaluación | Variables | Puntaje |
|------------------------|---|---------|
| Caídas previas | SI | 1 |
| | NO | 0 |
| Medicamentos | Tranquilizantes, sedantes | 1 |
| | Diuréticos hipotensores no diuréticos | 1 |
| | Antiparkinsonianos, antidepresivos, otros | 1 |
| Déficit sensoriales | Ninguno | 0 |
| | Alteraciones visuales o auditivas | 1 |
| Estado Mental | Orientado | 0 |
| | Confuso | 1 |
| | Agitación Psicomotora | 1 |
| Deambulación | Normal | 0 |
| | Asistida con elementos de apoyo | 1 |
| | Reposo absoluto postrado | 1 |
| Total Puntaje | | |

NA = No Aplica.

Clasificación:

Riesgo Bajo: 0 a 2 puntos

Riesgo medio: 3 a 4 puntos

Riesgo Alto: 5 a 9 puntos

Apéndice 10. Escala de Braden

| ESCALA BRADEN | | | | | |
|----------------------|--------------------------|---|---|--|---|
| PUNTOS | | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ESCALA BRADEN | Percepción sensorial | Completamente limitada <i>No responde ni a estímulos dolorosos.</i> | Muy limitada <i>Responde solamente a estímulos dolorosos.</i> | Levemente limitada <i>Responde a órdenes verbales.</i> | No alterada <i>Sin déficit sensorial.</i> |
| | Humedad | Completamente húmeda <i>Casi constantemente (sudor, orina...)</i> | Muy húmeda <i>Es necesario el cambio de sábanas por turno.</i> | Ocasionalmente húmeda <i>Es necesario el cambio de sábanas cada 12 H.</i> | Raramente húmeda <i>Piel normalmente seca.</i> |
| | Actividad | En cama | En silla | Camina ocasionalmente | Camina con frecuencia |
| | Movilidad | Completamente inmóvil <i>No realiza ni ligeros cambios de posición.</i> | Muy limitada <i>Realiza ligeros cambios de forma ocasionales.</i> | Ligeramente limitada <i>Realiza ligeros cambios de forma frecuentes.</i> | Sin limitaciones <i>Realiza cambios de forma autónoma.</i> |
| | Nutrición | Muy pobre <i>Rara vez come más de un tercio del plato.</i> | Probablemente inadecuada <i>Rara vez come más de la mitad del plato.</i> | Adecuada <i>Normalmente come más de la mitad del plato.</i> | Excelente <i>Come la mayoría de los platos enteros.</i> |
| | Fricción y deslizamiento | Es un problema <i>Al movilizarlo en la cama sin deslizarlo es imposible.</i> | Es un problema potencial <i>Al movilizarlo la piel se desliza sobre las sábanas ligeramente.</i> | Sin problema aparente <i>Se mueve autónomamente.</i> | |
| | NIVELES DE RIESGO | ALTO RIESGO | RIESGO MODERADO | RIESGO BAJO | |
| | | ≤12 | ≤14 | ≤16 | |

Apéndice 11 Escala de Glasgow

| AREA EVALUADA | PUNTAJE |
|----------------------------------|---------|
| APERTURA OCULAR | |
| Espontanea | 4 |
| Al Estímulo Verbal | 3 |
| Al Dolor | 2 |
| No Hay Apertura Ocular | 1 |
| MEJOR RESPUESTA MOTORA | |
| Obedece Ordenes | 6 |
| Localiza el Dolor | 5 |
| Flexión Normal (Retina) | 4 |
| Flexión Anormal (Descorticación) | 3 |
| Extensión (Descerebración) | 2 |
| No hay Respuesta Motora | 1 |
| RESPUESTA VERBAL | |
| Orientada, Conversa | 5 |
| Desorientada, Confusa | 4 |
| Palabras Inapropiadas | 3 |
| Sonidos Incomprensibles | 2 |
| No hay Respuesta verbal | 1 |

Apéndice 12 Escala de Hamilton

| Escala de ansiedad de Hamilton | | | | | |
|--|--------|---|---|---|---|
| Definición operativa de los ítems | Puntos | | | | |
| 1. <i>Humor ansioso</i> (inquietud, espera de lo peor, aprensión [anticipación temerosa], irritabilidad) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. <i>Tensión</i> (sensación de tensión, fatigabilidad, imposibilidad de relajarse, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en un lugar) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. <i>Miedos</i> (a la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales grandes, a las multitudes, etc.) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. <i>Insomnio</i> (dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño no satisfactorio con cansancio al despertar, malos sueños, pesadillas, terrores nocturnos) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. <i>Funciones intelectuales</i> (dificultad de concentración, mala memoria) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. <i>Humor deprimido</i> (falta de interés, no disfruta con sus pasatiempos, depresión, despertar precoz, variaciones del humor a lo largo del día) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. <i>Síntomas somáticos generales (musculares)</i> (dolores y molestias musculares, rigidez muscular, sacudidas clónicas, rechinar de dientes, voz poco firme o insegura) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. <i>Síntomas somáticos generales (sensoriales)</i> (zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos o escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. <i>Síntomas cardiovasculares</i> (taquicardia, palpitaciones, dolores en el pecho, latidos vasculares, extrasístoles) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. <i>Síntomas respiratorias</i> (peso en el pecho o sensación de opresión torácica, sensación de ahogo, suspiros, falta de aire) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. <i>Síntomas gastrointestinales</i> (dificultad para tragar, meteorismo, dispepsia, dolor antes o después de comer, sensación de ardor, distensión abdominal, pirosis, náuseas, vómitos, sensación de estómago vacío, cólicos abdominales, borborigmos, diarrea, estreñimiento) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. <i>Síntomas genitourinarios</i> (amenorrea, metrorragia, micciones frecuentes, urgencia de la micción, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, impotencia) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. <i>Síntomas de sistema nervioso autónomo</i> (sequedad de boca, enrojecimiento, palidez, sudoración excesiva, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. <i>Comportamiento durante la entrevista</i> <ul style="list-style-type: none"> • General: el sujeto se muestra tenso, incómodo, con agitación nerviosa de las manos, se frota los dedos, aprieta los puños, inestabilidad, postura cambiante, temblor de manos, ceño fruncido, facies tensa, aumento del tono muscular, respiración jadeante, palidez facial • Fisiológico: traga saliva, eructa, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria superior a 20 resp./min, reflejos tendinosos vivos, temblor, dilatación pupilar, exoftalmía, mioclonías palpebrales | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Consta de 14 ítems que evalúan los aspectos psíquicos, físicos y conductuales de la ansiedad. Heteroaplicada. La puntuación total se calcula sumando los puntos obtenidos en cada ítem. Ausente = 0, leve = 1, moderado = 2, grave = 3, muy incapacitante = 4.

Apéndice 13 Escala de disfagia



EAT-10: Eating Assessment Tool Despistaje de la Disfagia

FECHA

APELLIDOS

NOMBRE

SEXO

EDAD

OBJETIVO

El EAT-10 le ayuda a conocer su dificultad para tragar.

Puede ser importante que hable con su médico sobre las opciones de tratamiento para sus síntomas.

A. INSTRUCCIONES

Responda cada pregunta escribiendo en el recuadro el número de puntos.

¿Hasta que punto usted percibe los siguientes problemas?

1 Mi problema para tragar me ha llevado a perder peso

0 = ningún problema

1

2

3

4 = es un problema serio

6 Tragar es doloroso

0 = ningún problema

1

2

3

4 = es un problema serio

2 Mi problema para tragar interfiere con mi capacidad para comer fuera de casa

0 = ningún problema

1

2

3

4 = es un problema serio

7 El placer de comer se ve afectado por mi problema para tragar

0 = ningún problema

1

2

3

4 = es un problema serio

3 Tragar líquidos me supone un esfuerzo extra

0 = ningún problema

1

2

3

4 = es un problema serio

8 Cuando trago, la comida se pega en mi garganta

0 = ningún problema

1

2

3

4 = es un problema serio

4 Tragar sólidos me supone un esfuerzo extra

0 = ningún problema

1

2

3

4 = es un problema serio

9 Toso cuando como

0 = ningún problema

1

2

3

4 = es un problema serio

5 Tragar pastillas me supone un esfuerzo extra

0 = ningún problema

1

2

3

4 = es un problema serio

10 Tragar es estresante

0 = ningún problema

1

2

3

4 = es un problema serio

A. PUNTUACIÓN

Sume el número de puntos y escriba la puntuación total en los recuadros.

Puntuación total (máximo 40 puntos)

C. QUÉ HACER AHORA


Si la puntuación total que obtuvo es mayor o igual a 3, usted puede presentar problemas para tragar de manera eficaz y segura. Le recomendamos que comparta los resultados del EAT-10 con su médico.

Referencia: Belafsky et al. Validity and Reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10). *Annals of Otolaryngology & Laryngology*. 2008; 117 (12):919-24.
Burgos R, et al. Traducción y validación de la versión en español de la escala EAT-10 para despistaje de la disfagia. Congreso Nacional SENPE 2011.

Apendice 14 Escala de Nutricion MNA

Mini Nutritional Assessment

MNA[®]



Apellidos: _____ Nombre: _____

Sexo: _____ Edad: _____ Peso, kg: _____ Altura, cm: _____ Fecha: _____

Responda a la primera parte del cuestionario indicando la puntuación adecuada para cada pregunta. Sume los puntos correspondientes al cribaje y si la suma es igual o inferior a 11, complete el cuestionario para obtener una apreciación precisa del estado nutricional.

Cribaje

A Ha perdido el apetito? Ha comido menos por faltade apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación deglución en los últimos 3 meses?
 0 = ha comido mucho menos
 1 = ha comido menos
 2 = ha comido igual

B Pérdida reciente de peso (<3 meses)
 0 = pérdida de peso > 3 kg
 1 = no lo sabe
 2 = pérdida de peso entre 1 y 3 kg
 3 = no ha habido pérdida de peso

C Movilidad
 0 = de la cama al sillón
 1 = autonomía en el interior
 2 = sale del domicilio

D Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses?
 0 = sí 2 = no

E Problemas neuropsicológicos
 0 = demencia o depresión grave
 1 = demencia moderada
 2 = sin problemas psicológicos

F Índice de masa corporal (IMC) = peso en kg / (talla en m)²
 0 = IMC <19
 1 = 19 ≤ IMC < 21
 2 = 21 ≤ IMC < 23
 3 = IMC ≥ 23

Evaluación del cribaje (subtotal máx. 14 puntos)

12-14 puntos: estado nutricional normal
 8-11 puntos: riesgo de malnutrición
 0-7 puntos: malnutrición

Para una evaluación más detallada, continúe con las preguntas G-R

Evaluación

G El paciente vive independiente en su domicilio?
 1 = sí 0 = no

H Toma más de 3 medicamentos al día?
 0 = sí 1 = no

I Úlceras o lesiones cutáneas?
 0 = sí 1 = no

J. Cuántas comidas completas toma al día?
 0 = 1 comida
 1 = 2 comidas
 2 = 3 comidas

K Consume el paciente

- productos lácteos al menos una vez al día? sí no
- huevos o legumbres 1 o 2 veces a la semana? sí no
- carne, pescado o aves, diariamente? sí no

0.0 = 0 o 1 síes
 0.5 = 2 síes
 1.0 = 3 síes

L Consume frutas o verduras al menos 2 veces al día?
 0 = no 1 = sí

M Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día? (agua, zumo, café, té, leche, vino, cerveza...)
 0.0 = menos de 3 vasos
 0.5 = de 3 a 5 vasos
 1.0 = más de 5 vasos

N Forma de alimentarse
 0 = necesita ayuda
 1 = se alimenta solo con dificultad
 2 = se alimenta solo sin dificultad

O Se considera el paciente que está bien nutrido?
 0 = malnutrición grave
 1 = no lo sabe o malnutrición moderada
 2 = sin problemas de nutrición

P En comparación con las personas de su edad, cómo encuentra el paciente su estado de salud?
 0.0 = peor
 0.5 = no lo sabe
 1.0 = igual
 2.0 = mejor

Q Circunferencia braquial (CB en cm)
 0.0 = CB < 21
 0.5 = 21 ≤ CB ≤ 22
 1.0 = CB > 22

R Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm)
 0 = CP < 31
 1 = CP ≥ 31

Evaluación (máx. 16 puntos)

Cribaje

Evaluación global (máx. 30 puntos)

Ref Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA[®] - Its History and Challenges. J Nut Health Aging 2006 ; 10 : 456-465.
 Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice : Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). J. Geront 2001 ; 56A : M366-377.

Apéndice 15 Escala de carga del cuidador de Zarit (Caregiver Burden Interview)

| Ítem | Pregunta a realizar | Puntuación |
|------|--|------------|
| 1 | ¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita? | |
| 2 | ¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted? | |
| 3 | ¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades? | |
| 4 | ¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar? | |
| 5 | ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar? | |
| 6 | ¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia? | |
| 7 | ¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar? | |
| 8 | ¿Siente que su familiar depende de usted? | |
| 9 | ¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar? | |
| 10 | ¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar? | |
| 11 | ¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar? | |
| 12 | ¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar? | |
| 13 | ¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar? | |
| 14 | ¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar? | |
| 15 | ¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos? | |
| 16 | ¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo? | |
| 17 | ¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó? | |
| 18 | ¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas? | |
| 19 | ¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar? | |
| 20 | ¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar? | |
| 21 | ¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace? | |
| 22 | En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar? | |

Cada ítem se valora así:

Puntuación de cada ítem (sumar todos para el resultado):

| Frecuencia | Puntuación |
|--------------|------------|
| Nunca | 0 |
| Casi nunca | 1 |
| A veces | 2 |
| Casi siempre | 4 |

Puntuación máxima de 88 puntos. No existen normas ni puntos de corte establecidos. Sin embargo, suele considerarse indicativa de «no sobrecarga» una puntuación inferior a 46, y de «sobrecarga intensa» una puntuación superior a 56.

Apéndice 16

Apgar familiar

Cuadro N° 1
Cuestionario para la evaluación de la funcionalidad de la familia

| PREGUNTAS | NUNCA | CASI NUNCA | ALGUNAS VECES | CASI SIEMPRE | SIEMPRE |
|--|-------|------------|---------------|--------------|---------|
| Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad? | | | | | |
| Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas | | | | | |
| Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de | | | | | |
| Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor. | | | | | |
| Me satisface como compartimos en mi familia: | | | | | |
| 1. el tiempo para estar juntos | | | | | |
| 2. los espacios en la casa | | | | | |
| 3. el dinero | | | | | |
| ¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda? | | | | | |
| Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as) | | | | | |

Interpretación del puntaje:

- Normal: 17-20 puntos
- Disfunción leve: 16-13 puntos.
- Disfunción moderada: 12-10 puntos
- Disfunción severa: menor o igual a 9