



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**“INTERVENCIÓN A PERSONA CON HEMORRAGIA
INTRAPARENQUIMATOSA FRONTOPARIETAL EN
FASE SUBAGUDA, EMPLEANDO TEORÍA DÉFICIT
DE AUTOCUIDADO”.**

ESTUDIO DE CASO

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA EN
REHABILITACIÓN FÍSICA**

P R E S E N T A:

L.E. GUSTAVO SÁNCHEZ BARRERAS

ASESOR ACADÉMICO:

E.E.R. NOHEMÍ RAMÍREZ GUTIÉRREZ

CIUDAD DE MÉXICO, 2021





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**“INTERVENCIÓN A PERSONA CON HEMORRAGIA
INTRAPARENQUIMATOSA FRONTOPARIETAL EN
FASE SUBAGUDA, EMPLEANDO TEORÍA DÉFICIT
DE AUTOCUIDADO”.**

ESTUDIO DE CASO

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA EN
REHABILITACIÓN FÍSICA**

P R E S E N T A:

L.E. GUSTAVO SÁNCHEZ BARRERAS

ASESOR ACADÉMICO:

E.E.R. NOHEMÍ RAMÍREZ GUTIÉRREZ

CIUDAD DE MÉXICO, 2021



RESUMEN

INTERVENCIÓN A PERSONA CON HEMORRAGIA INTRAPARENQUIMATOSA FRONTOPARIETAL EN FASE SUBAGUDA, EMPLEANDO TEORÍA DÉFICIT DE AUTOCUIDADO.

Introducción: El término EVC engloba un conjunto de trastornos clínicos de manifestación casi siempre súbita, debidos al aporte insuficiente de sangre al cerebro. La Organización Mundial de la Salud (OMS), define el EVC como un síndrome clínico caracterizado por el rápido desarrollo de síntomas y/o signos correspondientes usualmente a afección neurológica focal y que persiste por más de 24 horas sin otra causa aparente que el origen vascular. Se distinguen dos síndromes en una clasificación basada en la clínica y en la evolución de la enfermedad: el EVC isquémico y el EVC hemorrágico.

Objetivo: Elaborar un estudio de caso basado en el modelo de *Dorothea Orem* aplicado a una persona con hemorragia intraparenquimatosa frontoparietal en fase subaguda del Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra.

Método: El estudio de caso es empleado por la especialidad de enfermería puesto que es una técnica que permite observar la condición actual de una persona en un determinado tiempo, a través del cual se pueden obtener resultados que en gran parte responden a los objetivos planteados del mismo, se ha elegido a una persona adulta mayor con diagnóstico EVC de tipo hemorrágico intraparenquimatosa frontoparietal del Instituto Nacional de Rehabilitación, del servicio de consulta externa de la especialidad de neurología, se empleó información de varias de fuentes científicas para el sustento, de igual forma se utilizaron 17 escalas para valorar e identificar los problemas reales, de riesgo y de salud de la persona a estudiar.

Descripción del Caso: M.A.R.B de 63 años procedente de la Ciudad de México quien es atendida en el Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, en el servicio de consulta externa de Neurología por presentar Enfermedad Vascul ar Cerebral de tipo hemorrágico intraparenquimatoso. Se aborda para

solicitar consentimiento de realizar un estudio de caso sobre su condición de salud actual con la finalidad de obtener información mediante el acceso a su expediente clínico como también a la entrevista para los datos objetivos y subjetivos, a una valoración física para identificar los déficits de autocuidado y jerarquizar los diagnósticos de enfermería que serán la base de las intervenciones de un especialista en rehabilitación.

Consideraciones Éticas: La enfermería se ha autoidentificado como una profesión humanista, que se adhiere a una filosofía básica centrada en el ser humano y su interacción con el entorno, donde la persona elige, se autodetermina y es un ser activo. El objetivo de la enfermería debe ser, esencialmente, para el beneficio del paciente, y su trabajo debe estar centrado en él. Para este estudio se tomó en consideración importante el Código Deontológico de enfermería, la Carta de Derechos Generales de las Enfermeras y los Enfermeros, la Carta de los Derechos de los Pacientes, La Norma Oficial Mexicana del expediente clínico, la Norma Oficial de los pacientes con discapacidad y por su puesto el Consentimiento informado.

Conclusiones: Es de suma importancia para el especialista en rehabilitación ver de forma holística a la persona atendida, si bien nuestro enfoque y panorama de especialista crece y se centraliza de forma única ya que somos capaces de identificar los principales déficits que condicionan el autocuidado del ser humano, ello nos permite aplicar intervenciones especializadas acorde a la limitación física, tomando en cuenta el entorno físico, psicológico, emocional y cultural, el apego familiar al plan de cuidados especializados es importante ya que de esto dependerá el cumplimiento o fracaso de los objetivos planteados.

Palabras Clave: EVC Hemorrágico, Rehabilitación Física, Plan de Intervención Específico.

ABSTRACT

INTERVENTION IN A PERSON WITH INTRAPARENCHYMAL FRONTOPARIETAL HEMORRHAGE IN SUBACUTE PHASE, USING SELF-CARE DEFICIT THEORY.

Introduction: The term CVE encompasses a set of clinical disorders of almost always sudden manifestation, due to insufficient blood supply to the brain. The World Health Organization (WHO) defines CVE as a clinical syndrome characterized by the rapid development of symptoms and/or signs usually corresponding to focal neurological involvement and persisting for more than 24 hours with no apparent cause other than vascular origin. Two syndromes are distinguished in a classification based on the clinic and the evolution of the disease: ischemic CVE and hemorrhagic CVE.

Aim: To elaborate a case study based on Dorothea Orem's model applied to a person with subacute phase frontoparietal intraparenchymal hemorrhage at the Luis Guillermo Ibarra Ibarra National Institute of Rehabilitation.

Method: The case study is employed by the nursing specialty since it is a technique that allows observing the current condition of a person in a certain time, through which results can be obtained that largely respond to the stated objectives of the same, An older adult person with a diagnosis of frontoparietal intraparenchymal hemorrhage CVE of the National Institute of Rehabilitation, from the outpatient service of the neurology specialty, was chosen. Information from several scientific sources was used for support, as well as 17 scales were used to assess and identify the real problems, risk and health of the person to be studied.

Case Description: M.A.R.B., 63 years old, from Mexico City, who is seen at the Luis Guillermo Ibarra Ibarra National Institute of Rehabilitation, in the Neurology outpatient service for presenting Cerebral Vascular Disease of intraparenchymal hemorrhagic type. We approached to request consent to conduct a case study on his current health condition in order to obtain information through access to his clinical record as well as to the interview for objective and subjective data, to a

physical assessment to identify self-care deficits and to hierarchize nursing diagnoses that will be the basis for interventions by a rehabilitation specialist.

Ethical Considerations: Nursing has self-identified as a humanistic profession, adhering to a basic philosophy centered on the human being and his or her interaction with the environment, where the person makes choices, is self-determined, and is an active being. The objective of nursing should be, essentially, for the benefit of the patient, and its work should be centered on the patient. For this study, important consideration was given to the Nursing Code of Ethics, the Charter of General Rights of Nurses, the Charter of Patients' Rights, the Official Mexican Standard of the clinical record, the Official Standard of patients with disabilities and, of course, the Informed Consent.

Conclusions: It is of utmost importance for the rehabilitation specialist to see in a holistic way the person attended, although our approach and specialist outlook grows and centralizes in a unique way since we are able to identify the main deficits that condition the self-care of the human being, this allows us to apply specialized interventions according to the physical limitation, taking into account the physical, psychological, emotional and cultural environment, the family attachment to the specialized care plan is important since the fulfillment or failure of the objectives set will depend on this.

Key words: Hemorrhagic CVE, Physical Rehabilitation, Specific Intervention Plan.

AGRADECIMIENTOS

A **Dios**, pues si bien cada ser humano debe tener ese ser espiritual en quien refugiar su Fe, encomendarse ante momentos difíciles y de alegría.

A mi **Madre Maricruz**, sin lugar a duda todos tienen ese ser humano especial a quien ven como un súper héroe sin capa, en este caso doy gracias a ella por todo el esfuerzo y sacrificio que ha hecho por mí persona, pero sin dudar ni un momento gracias a ella soy quien soy, cada logro es por y para ella.

A mi **Padre Fidel**, quien gracias a él estoy en este momento de mi vida, gracias a lo vivido he aprendido a valorar cada logro y cada sacrificio.

A **Eduardo**, gracias a ti y a tu esfuerzo empecé las bases de esta hermosa carrera que me apasiona, gracias por estar y ser como un segundo padre, te respeto y admiro, siempre estaré para ti.

A **mis hermanos**, gracias por el apoyo, por las palabras de ánimo en todo momento, es grato saber el orgullo que sienten por mis logros, pero algo que siempre diré; ustedes me superan en ámbitos que yo no tendría la más mínima idea de hacerlo.

A **Nohemí Ramírez**, sin duda alguna ahora entiendo la admiración y respeto que cada uno de los alumnos le deben, es usted un ser lleno de experiencias en todos los ámbitos, mi admiración al profesional de esta hermosa especialidad que usted es, pero sobre todo al ser humano que he conocido y espero algún día compartir y coincidir nuestras vivencias.

A la **Sra. M.A.R.B**, gracias por permitir trabajar con usted, su esposo y familia en conjunto, por permitir un poco de su tiempo y por abrir las puertas de su casa.

Al **Instituto Nacional de Rehabilitación (INR)** gracias por ser un lugar de aprendizaje para muchos que buscan especializarse y seguir creciendo profesional y académicamente, por permitirme aprender de esta hermosa especialidad.

¡Muchas Gracias!

DEDICATORIA.

Durante mi formación como profesional he contado con un sinnúmero de personas que han dejado huella en mi vida, gracias a cada uno de ustedes por sus consejos.

Gracias a lo vivido durante mi crecimiento a las carencias, a los esfuerzos que mi madre tuvo que hacer, he aprendido a valorar cada uno de mis logros y sé que no me alcanzara la vida para regresar todo lo que ella ha hecho por mí, si hay algo en mi mente que me mantiene con los pies en la tierra es ella, sé de dónde vengo y a donde quiero llegar, he tomado decisiones erróneas como todos en algún momento de nuestras vidas, pero sé a quién recurrir cuando siento que he perdido la dirección, entre las personas que me han sabido guiar tengo que dedicarles este esfuerzo.

Madre: **Maricruz Barreras Castañeda** este esfuerzo que me ha mantenido ausente de ti por algunos meses, es un sacrificio que tarde que temprano me dará resultados, a ti dedico todos y cada uno de mis logros.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	1
OBJETIVOS.....	3
CAPITULO I. FUNDAMENTACIÓN	4
1.1 Magnitud.....	4
1.2 Trascendencia	5
1.3 Vulnerabilidad	6
CAPITULO II. MARCO TEÓRICO	7
2.1 Marco Conceptual	7
2.2 Marco Empírico.....	9
2.3 Teoría de Enfermería del Déficit de Autocuidado	15
2.4 Daños a la Salud.....	22
CAPITULO III. METODOLOGÍA.....	33
3.1 Búsqueda de la Información.....	33
3.2 Sujeto	33
3.3 Material y procedimientos para la elaboración del Estudio de Caso.....	34
3.4 Aspectos Éticos	35
CAPITULO IV. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	38
4.1 Valoración.....	38
4.2 Jerarquización de Problemas.....	53
4.3 Diagnósticos de Enfermería	53
4.4 Cronograma de Planes de Cuidados.....	79
4.5 Plan de Alta	102
CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES.....	107
5.1 Conclusiones.....	107
5.2 Recomendaciones	108
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	109
ANEXOS	118

INTRODUCCIÓN

En la actualidad la atención que se brinda por parte del personal de enfermería es visto desde diversos enfoques, se ha dicho mucho acerca del trabajo, que si es una labor humanista, artesanal o simplemente como el trabajo sub ordinado de los médicos, si bien se ha demostrado lo contrario, pues así como hay especialidades en medicina las hay en enfermería, los cuidados e intervenciones para cada área son y deben de ser específicos, brindados por profesionales especializados en distintas ramas, esto con la finalidad de brindar un cuidado holístico y focalizado para cada persona y por supuesto para cada situación o condición que presente el ser humano.

El perfil del Especialista en Rehabilitación Física no solo incluye una fase aguda en personas que están en áreas hospitalarias como: cuidados intensivos, hospitalización, cirugía etc., sino que su enfoque se ve aún más con mejoría en la fase post hospitalaria en la cual es de suma importancia la intervención con un adecuado plan de rehabilitación tomando en cuenta desde el diagnóstico, recursos físicos, ambientales, familiares, psicológicos etc. Se ha evidenciado que la rehabilitación física es la única forma en la que se puede devolver en menor tiempo la funcionalidad de las áreas afectadas.

Este estudio tiene como finalidad ser un método de investigación que sirva como guía y evidencia física para las futuras generaciones que estén interesadas en este tema y esta especialidad, como también al público en general para que tenga conocimiento de la importancia del rol del enfermero especialista en rehabilitación en padecimientos de esta magnitud, y no solo tengan el pensamiento equivoco que la persona se cura gracias al médico, sino al equipo intermultidisciplinario que atienden en cada una de las fases por las que cursa la persona enferma, llámese cualquier diagnóstico.

De esta manera se presenta el estudio de caso de una persona femenina de 63 años, con diagnóstico médico Enfermedad Vasculat Cerebral de tipo hemorrágico

intraparenquimatoso frontoparietal, del Instituto Nacional de Rehabilitación, la cual es abordada en el mes de noviembre de 2019.

El objetivo es propiciar la máxima funcionalidad e independencia a la persona según sus capacidades remanentes. Se utilizará la Teoría del Autocuidado de Dorothea Orem, empleando el instrumento de valoración implementado en el posgrado de enfermería en rehabilitación, el cual incluye diferentes escalas para su fundamento. El razonamiento clínico que se empleará para las intervenciones será el modelo PES (Problema, Etología, Signos y Síntomas.), basado en la teoría de Orem, el cual dará la pauta para intervenir y resolver los problemas detectados a los diferentes diagnósticos de enfermería propuestos, con ello se podrá planificar, intervenir, ejecutar y evaluar, de ser necesario modificar el plan de rehabilitación que como especialista se implementara, esto con el objetivo de ayudar durante esta fase (subaguda) en lo máximo posible, utilizando las diferentes técnicas aprendidas como parte de la formación en el plan de estudio de la especialidad.

OBJETIVOS

Objetivo General

Realizar un estudio de caso basado en el modelo de Dorothea Orem con el enfoque del especialista en rehabilitación física a una persona con diagnóstico de EVC de tipo hemorrágico intraparenquimatoso frontoparietal en fase subaguda del Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra.

Objetivos Específicos

1. Obtener la mayor información de la persona a tratar, mediante la entrevista directa, la exploración física y la valoración del entorno ambiental en su domicilio.
2. Identificar y Jerarquizar los déficit o problemas detectado según la condición actual de la persona.
3. Elaborar los diagnósticos de enfermería de acuerdo con la jerarquización de problemas y déficit detectados.
4. Planificar las intervenciones y técnicas específicas de autocuidado en el hogar.
5. Ejecutar las intervenciones visualizadas para cada uno de los diagnósticos planteados.
6. Evaluar cada uno de los objetivos, de ser necesario modificar planes y técnicas.
7. Reducir la progresión en la limitación física y secuelas del padecimiento, mediante el control de la sintomatología presente.
8. Implementar un plan de alta para el mantenimiento rehabilitatorio en el hogar, incluyendo el entorno familiar para el buen apego.

CAPITULO I. FUNDAMENTACIÓN

1.1 Magnitud

La *Enfermedad Vascul ar Cerebral (EVC)* supone una de las primeras causas de mortalidad y discapacidad en los países desarrollados.¹ Esta enfermedad se considera como un grave problema de salud pública internacional, ya que representa la tercera causa de muerte en países industrializados, solo precedida de las enfermedades cardíacas y los tumores malignos. Su incidencia mundial es de 1.5 a 4 casos por cada 1,000 habitantes. y la prevalencia de 8-20 por cada 1,000 habitantes.²

En México, la EVC ocurre en 118 personas por cada 100,00 habitantes al año. La EVC es la primera causa de discapacidad en adultos y la segunda causa de demencia. La probabilidad de que la EVC se repita en la persona en un lapso de 2 años es del 10 al 22%.³

Algunos factores de riesgo para la presentación del EVC se encuentran la edad (< 55años), el sexo, la hipertensión arterial (*HTA*) y el consumo de alcohol, mientras que la diabetes y el tabaquismo resultan ser factores menores de riesgo. La *HTA* es el factor de riesgo más claramente implicado (55-81%), esta se encuentra presente en el 91% de los pacientes en el momento de la hemorragia y en el 72% de los casos los pacientes son hipertensos conocidos.

Otros factores de riesgo del EVC son genéticos, como la mutación del gen que codifica la subunidad del factor XIII de la coagulación (responsable de la formación de fibrina) y la angiopatía amiloidea, la cual es más frecuente en ancianos.⁴

El término EVC engloba un conjunto de trastornos clínicos de manifestación casi siempre súbita, debidos al aporte insuficiente de sangre al cerebro. La Organización Mundial de la Salud (OMS), define el EVC como un síndrome clínico caracterizado por el rápido desarrollo de síntomas y/o signos correspondientes usualmente a afección neurológica focal y que persiste por más de 24 horas sin otra causa aparente que el origen vascular.⁵

1.2 Trascendencia

La enfermedad vascular cerebral (EVC) es un problema importante de salud pública. de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), es considerada la segunda causa global de muerte en el mundo, siendo los países de ingresos medios y bajos, los más afectados.⁶

Esta enfermedad se considera como un grave problema de salud pública internacional, ya que representa la tercera causa de muerte en países industrializados, solo precedida de las enfermedades cardiacas y los tumores malignos. Su incidencia mundial es de 1.5 a 4 casos por cada 1,000 habitantes. y la prevalencia de 8-20 por cada 1,000 habitantes.

En el caso de Estados Unidos se registran al año 700,000 casos de EVC, donde aproximadamente 200,000 personas fallecen al año como consecuencia de este padecimiento.⁷

En España la incidencia asciende hasta los 15 casos por cada 100.000 habitantes/año, siendo más frecuente en varones mayores de 55 años.⁸

En México, la Enfermedad Cerebral Vascular ocurre en 118 personas por cada 100,00 habitantes al año. La EVC es la primera causa de discapacidad en adultos y la segunda causa de demencia. La probabilidad de que la EVC se repita en la persona en un lapso de 2 años, es del 10 al 22%.

La EVC es considerada un problema de salud en países que viven en la llamada transición epidemiológica. Lo que contrasta con lo observado en países desarrollados, donde en las últimas cuatro décadas la incidencia de la EVC ha disminuido consistentemente, mientras que casi se ha duplicado en países en vías de desarrollo.⁹

1.3 Vulnerabilidad

La elección de la persona se basó por el razonamiento clínico, pues es muy interesante la especialidad de neurología y las enfermedades que en esta se presenten, la viabilidad que se busca es la rehabilitación en fase temprana, ya que este caso se encuentra en fase inicial de rehabilitación, actualmente cursa con los primeros 2 meses previo al padecimiento, es inquietante e ideal a la misma vez el tiempo para poder planear, ejecutar y evaluar un plan de rehabilitación y cuantificar el progreso que traerá consigo este mismo.

El domicilio en el que radica la Sra. M.A. R.B es el adecuado, se encuentra a distancia considerable para el instituto (1 hora), cuenta con medios de transporte tanto público y particular.

La disponibilidad de tiempo es ideal, pues la mayor parte del día la pasa en casa a consecuencia de su rol familiar y padecimiento.

Disposición y actitud por parte de la persona y cuidador principal (esposo, es un poco favorable pues muestra poco interés) para la realización del plan terapéutico basado en técnicas y ejercicios.

Según datos bibliográficos oficiales 128 investigaciones se han publicado relacionadas con Enfermedad Vasculat Cerebral, de los cuales 5 relacionados a Enfermedad vascular cerebral hemorrágico. Sin embargo, investigaciones relacionadas con rehabilitación en este tipo de padecimientos son 31, en relación con rehabilitación física en enfermería se han publicado 7 investigaciones detallando la enfermedad, secuelas y el manejo rehabilitatorio el cual incluye; plan, técnicas, dispositivos, aditamentos etc.

Es por ello por lo que mediante este tipo de publicaciones se adquieren y fundamentan las intervenciones de enfermería especializadas en la rehabilitación física a este tipo de padecimientos, lo que permitirá disponer de fuentes verídicas a las futuras generaciones interesadas en plantear y crear nuevos campos y planes basados en el cuidado fundamental del enfermero especialista en rehabilitación física.

CAPITULO II. MARCO TEÓRICO

2.1 Marco Conceptual

El concepto de profesión es habitualmente asociado en el colectivo social a un título que es obtenido a través de estudios superiores. Sin embargo, el término requiere mayor análisis desde su concepto, evolución histórica y de este modo lograr comprender como se fue perfilando una profesión dentro de la sociedad.

Enfermería se perfila como una profesión desde la era Nightingale. Desde esos años se formaliza la preparación de enfermeras en hospitales, y posteriormente en forma paulatina es ligada a una formación universitaria.¹⁰

Enfermería es una profesión joven, y que existen fundamentados elementos para argumentar, que se dispone de las herramientas necesarias para seguir desarrollándose en esta sociedad dinámica, cambiante, global y tecnologizada. Haciendo frente como profesión a los nuevos desafíos con claridad y visión de futuro.

Los términos que se usan para realizar este estudio de caso son:

Persona: Concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como un todo integral dinámico con capacidad para conocerse, utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado independiente.¹¹

Cuidador Primario: Es la persona que atiende las necesidades físicas y emocionales de un enfermo, por lo general su esposo/a, hijo/a, un familiar cercano o alguien que le es significativo. Es el que pone en marcha la solidaridad con el que sufre y el que más pronto comprende que no puede quedarse con los brazos cruzados ante la dura realidad que afecta a su familiar o amigo. Su trabajo adquiere una gran relevancia para el grupo conforme progresa la enfermedad, no

sólo por la atención directa al paciente, sino también por su papel en la reorganización, mantenimiento y cohesión de la familia.¹²

Limitación en la actividad: La CIF incorpora la definición de Limitaciones en la actividad, entendidas como las dificultades que un individuo puede tener para realizar actividades. Una “limitación en la actividad” abarca desde una desviación leve hasta una grave en la realización de la actividad, tanto en cantidad como en calidad, comparada con la manera, extensión o intensidad en que se espera que la realizara una persona sin esa condición de salud. Esta expresión sustituye al término “discapacidad” usado en la versión de 1980 de la CIDDM.¹³

Rehabilitación: La rehabilitación según la OPS es un conjunto de intervenciones diseñadas para optimizar el funcionamiento y reducir la discapacidad en individuos con condiciones de salud en la interacción con su entorno “volver a habilitar”.¹⁴

Habilitar: Según la OMS es dotar de estrategias para realizar una actividad no aprendida de forma visual; que precisa realizar una actividad no practicada anteriormente.

Autocuidado: Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigidas por las personas hacia sí mismas o hacia su entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud y bienestar. Es una actividad aprendida por los individuos y orientada hacia un objetivo, una función humana reguladora que debe aplicar cada individuo de forma deliberada con el fin de mantener su vida y su estado de salud.¹⁵

Actividades de la vida diaria (AVD): Son las tareas que una persona debe ser capaz de realizar para cuidarse de sí mismo independientemente, incluyendo el cuidado personal, la comunicación y el desplazamiento.¹⁶

Ayudas técnicas: Las ayudas técnicas o dispositivos de apoyo son productos, instrumentos, equipos o sistemas utilizados para mantener la autonomía personal,

son fabricados y disponibles en el mercado para prevenir, compensar o neutralizar una deficiencia o discapacidad de la persona.¹⁷

2.2 Marco Empírico

Para la realización de este estudio de caso se consultaron varias fuentes de información, de las cuales se destacan tesis y artículos en los cuales se evidencia la importancia de la rehabilitación en pacientes con EVC de tipo hemorrágico en especial.

1. Principales enfermedades vasculares cerebrales que son objeto del proceso de medicina física y rehabilitación.

Autores: Dr. C. Abel Gallardo Sarmiento, M. SC. Ángel Basilio de la Cruz Enríquez, M. Sc. Rolando Jesús Espino Marrero, Dr. Crescencio Aneiro Alfonso.

El análisis de esta investigación está basado en el desarrollo de las principales enfermedades vasculares cerebrales que son el objeto del proceso de medicina física y rehabilitación. En la cual se describen los dos grandes tipos de EVC (isquémico y hemorrágico) manifestándose el isquémico en 4 formas;

1. Ataque Transitorio de Isquemia (ATI)
2. Defecto Neurológico Isquémico Reversible (DNIR)
3. Infarto cerebral en Progresión
4. Infarto Cerebral Completo

Mientras que, en el tipo hemorrágico, la hemorragia intraparenquimatosa es la de mayor frecuencia, encontrando la Hipertensión arterial como la principal causa de este tipo en un 60% de los pacientes, seguida de la hemorragia ventricular y subaracnoidea.

Este grupo de patologías generan un mayor grado de discapacidad, lo cual ha sido el objeto de creación de programas de cultura física y de rehabilitación en la atención de pacientes con EVC, al mismo tiempo constituyen el grupo más representativo en las salas de rehabilitación y en algunas situaciones por la falta

de disponibilidad de personal no se recibe un adecuado plan terapéutico con la dedicación en calidad que se requiere, dando posibilidad a los pacientes que no pueden trasladarse a los centros de rehabilitación a tomar sus terapias en su propio hogar.

2. Rehabilitación del paciente con Enfermedad Vascul ar Cerebral (EVC)

Autores: Dr. Ignacio Devesa Gutiérrez, Dra. María Elena Mazadiego González, T.O. Miguel Ángel Baldomero Hernández Hernández, T.F. Héctor Antonio Mancera Cruz.

El objetivo principal de esta investigación es identificar y describir el inicio de la rehabilitación en la fase hospitalaria y post hospitalaria, describiendo que la fase inicial es inmediata y en seguimiento pues va dirigida a identificar las principales alteraciones que caracterizan a este tipo de pacientes encontrándose manifestaciones, rápidas, progresivas y evidentes.

Déficit motor; se caracteriza por presentar dificultad para ejecutar movimientos voluntarios.

Déficit sensorial; se caracteriza por presentar alteración en la sensibilidad superficial al tacto, dolor y temperatura.

Déficit visual; se presentan alteraciones en el campo visual, como la hemianopsia que repercute en el equilibrio y coordinación motriz.

Déficit cognitivo; depende del hemisferio cerebral afectado, en el hemisferio izquierdo se presentar dificultad en el lenguaje, gesto y comunicación, mientras que el hemisferio derecho presenta alteración en el reconocimiento, exploración espacio corporal y extracorporal.

Déficit orgánico; trastornos de la deglución en un 50-70 % de los pacientes.

Trastornos básico esfinterianos; se presentan desde la fase inicial, constituyen un buen factor en el pronóstico si desaparecen en el día 7-10 después del inicio del cuadro.

Trastornos afectivos y del estado de ánimo; Depresión Post EVC.

La intervención de la Rehabilitación se aplicó en las fases hospitalarias y post hospitalarias;

Objetivos en la fase Hospitalaria-Aguda:

- Prevenir complicaciones secundarias relacionadas a la inmovilización
- Aplicar técnicas de estimulación sensorial
- Promover la participación de la familia
- Involucrar al equipo interdisciplinarios

Objetivos fase Post Hospitalaria- Subaguda

- Reorganizar el esquema corporal y espacial
- Reconstruir una motricidad lo más eficaz y armoniosa posible.
- Readaptar el esfuerzo
- Evitar el sedentarismo.

Partiendo de estos objetivos se emplearon diferentes técnicas para cada situación y condición, en la fase hospitalaria el uso de ejercicios ventilatorios, ejercicios terapéuticos, movilizaciones articulares, movilizaciones pasivas, movilizaciones activas, masaje terapéutico, mientras que en la fase post hospitalaria se emplearon métodos entre ellos; Bertha Bobath, Signe Brunstrom, Facilitación neuromuscular propioceptiva Kabat, Knott y Voss, de igual forma la terapia ocupacional, la alineación de segmentos, prevención de úlceras, estimulación exteroceptiva táctil.

Concluyendo en la importancia de saber identificar la etapa en la que se iniciara la rehabilitación física, pues son técnicas y ejercicios específicos para cada una de ellas, de esto depende el tiempo en recuperación y la mayor independencia para la funcionalidad en las actividades de la vida diaria.

3. Caracterización de los pacientes con EVC atendidos en hospitales del IMSS en la Ciudad de México.

Autores: Laura del Pilar Torres-Arreola, Adriana Abigail Valenzuela-Flores, Juan Pablo Villa-Barragán

Estudio de tipo cohorte fue realizado en el Instituto Mexicano del Seguro Social a pacientes que acudieron a valoración de consulta externa del servicio de Neurología, en la cual se incluyeron pacientes con EVC isquémico y hemorrágico de siete hospitales pertenecientes al IMSS.

En total fueron 430 personas con algún tipo de EVC del cual el 78.14 % es de tipo isquémico, la edad para inclusión al estudio fue de más de 59 años, encontrándose una edad mediana de 74 años, se reporta que durante las primeras 72 horas en la estancia hospitalaria, el 90% presento déficits cognitivos en especial al que caracteriza al hemisferio izquierdo (dificultad en el lenguaje), 16.3% déficit motor (dificultada para ejecutar movimientos) y 94% dificultad para mover las extremidades. Mientras el 5.35 fue de tipo hemorrágico, el 13.7 % isquémico/hemorrágico y un 2.80% no especificado.

Los principales factores fueron; fibrilación, tabaquismo, Diabetes Mellitus, Hipercolesterolemia, Hipertensión Arterial, Antecedentes de EVC y alcoholismo. Las pruebas Diagnósticas empleadas fueron; Tomografía, resonancia, electrocardiograma, ecografía y angiografía.

Se concluyo que las características generales de los pacientes y sus factores de riesgo son similares a los reportados en otros estudios, que las estrategias de prevención secundarias se realizan en un menor tiempo que el recomendado por los estándares internacionales, es de suma importancia diseñar y emplear estrategias que garanticen la atención temprana para los pacientes con cualquier tipo de EVC.

4. Guía para un plan de egreso en personas con secuelas por Enfermedad Vasculare Cerebral.

Autor: A. Díaz-Ávilaa *, C. Intriago-Ruízb

Se realizo esta investigación de tipo cualitativo y cuantitativo con la finalidad de contar con una guía para establecer un plan de egreso para personas con secuelas de EVC, incluyendo isquémico y hemorrágico. El estudio esta descrito y compuesto por tres fases en las que se incluye una investigación 39 estudios (16

de tipo cualitativo, 11 cuantitativos, 8 guías de práctica clínica, 3 mixtos y 2 tesis) en la literatura acerca del tema (empleado los diagnósticos de enfermería de NANDA), una delimitación en el tema central y por último la elaboración del plan de egreso (se prescribieron las principales intervenciones de cuidados a implementar tras el egreso de los pacientes con EVC).

El plan de egreso debe de incluir enfermeros, paciente, cuidador primario y familia, por parte de enfermería se debe educar e informar a el círculo familiar el plan de egreso hospitalario, el cual está centrado en;

Comunicación efectiva; hacer referencia a la información y enseñanza por parte de enfermería sobre los cuidados a realizar en el hogar con la finalidad de prevenir complicaciones, reingresos hospitalarios.

Urgencias y signos de alarma: en este punto el personal de enfermería tiene que informar sobre los signos y síntomas de alarma que el paciente puede presentar, saber identificarlos por parte de la familia es importante pues de ello depende evitar complicaciones o reingresos hospitalarios.

Información: el cuidador primario debe de recibir capacitación sobre los principales cuidados, técnicas específicas que tendrá que desarrollar con su enfermo.

Dieta: En este punto más que nada se orienta acerca de la higiene de alimentos, que tipo se pueden consumir, como también su preparación acorde a la dieta prescrita por el nutriólogo.

Ambiente: Antes de ofrecer orientación se tiene que evaluar el entorno físico de la vivienda, con base a esta información se puede orientar sobre el tipo de movilización y que tipo de aditamentos se podría utilizar.

Recreación y uso de tiempo libre: incluir el plan de rehabilitación en donde se involucre a la familia para su realización.

Medicamentos y tratamiento farmacológico: la información debe de ser clara y explícita pues aquí se recomiendan cuidados para cada medicamento.

Espiritualidad: se busca que el enfermo encuentre un significado de la vida para su bienestar.

El plan de egreso es una herramienta útil y de gran relevancia para el enfermo, el cuidador primario y la familia pues, a través de éste, se fomenta la disminución de reingresos hospitalarios por complicaciones, mejora la calidad de vida de los enfermos y familia, además de disminuir los costos de los servicios de atención médica en el sector salud. Sin duda alguna, el plan de egreso también llamado plan de alta, es una intervención de Enfermería que forma parte del cuidado integral y humanizado, mismo que debe de llevarse a cabo de forma habitual, con el fin de facilitar el diálogo sobre las incertidumbres, dudas y angustias que se presentan, frecuentemente, en el cuidador primario y el enfermo tras su egreso.

En conclusión, se resume que un buen plan de egreso diseñado por enfermería para personas con EVC tiene mayor efectividad que un plan sin fundamento y sin los puntos descritos, ya que si se incluyen estos apartados en el plan de egreso se podría obtener mayor beneficio tanto para el paciente, enfermería y para el hospital, la base para que sea exitoso es la información, educación y capacitación en las diferentes técnicas y cuidados a brindar.

2.3 Teoría de Enfermería del Déficit de Autocuidado

Las teorías y modelos conceptuales no son nuevos para la enfermería, existen desde que Florence Nightingale expresó sus ideas acerca de la enfermería en 1859, en la actualidad cada profesional de la enfermería tiene su propia visión sobre la enfermería que influyen en las decisiones tomadas para satisfacer las necesidades de los seres humanos.

Esta teoría es el núcleo del modelo de Orem, establece que las personas están sujetas a las limitaciones relacionadas o derivadas de su salud, que los incapacitan para el autocuidado continuo, o hacen que el autocuidado sea ineficaz o incompleto.

Existe un déficit de autocuidado cuando la demanda de acción es mayor que la capacidad de la persona para actuar, o sea, cuando la persona no tiene la capacidad y/o no desea emprender las acciones requeridas para cubrir las demandas de autocuidado.

Dorothea Orem presenta su **“Teoría de enfermería del déficit de autocuidado”** como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas:

- La teoría de autocuidado: que describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas.
- La teoría de déficit de autocuidado: que describe y explica cómo la enfermería puede ayudar a la gente.
- la teoría de sistemas de enfermería: que describe y explica las relaciones que hay que mantener.

El autocuidado es la responsabilidad que tiene cada individuo para el fomento, conservación y cuidado de su propia salud. Por lo que se hace necesaria la individualización de los cuidados y la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidados, y otorga protagonismo al sistema de preferencias del sujeto. Por otro lado, supone trabajar con aspectos relacionados con la motivación y cambio de

comportamiento, y hacer de la educación para la salud la herramienta principal de trabajo.

Los enfermeros(as) actúan cuando el individuo, por cualquier razón, no puede auto cuidarse, para ello D. Orem propone los siguientes métodos de asistencia de enfermería, que se basan en la relación de ayuda y/o suplencia los enfermeros(as) hacia el paciente, y son:

1. Actuar en lugar de la persona, por ejemplo, en el caso del enfermo inconsciente.
2. Ayudar u orientar a la persona ayudada, como por ejemplo en el de las recomendaciones sanitarias a las mujeres embarazadas.
3. Apoyar física y psicológicamente a la persona ayudada. Por ejemplo, aplicar el tratamiento médico que se haya prescrito.
4. Promover un entorno favorable al desarrollo personal, por ejemplo, las medidas de higiene en las escuelas.
5. Enseñar a la persona que se ayuda, por ejemplo, la educación a un paciente portador de una cardiopatía congénita en cuanto a la higiene y actividades que debe realizar.

La elaboración de los conceptos de autocuidado, la demanda de autocuidado y la actividad de autocuidado ofrecen la base para entender los requisitos de la acción y la limitación de la acción de personas que podrían beneficiarse de la enfermería. Por tanto, para aplicar el modelo de Orem deben tenerse presente las siguientes pautas:

1. Examinar los factores, los problemas de salud y el déficit de autocuidado.
2. Realizar la recogida de datos acerca de los problemas y la valoración del conocimiento, habilidades motivación y orientación del cliente.
3. Analizar los datos para descubrir cualquier déficit de autocuidado, lo cual supondrá la base para el proceso de intervención de enfermería.
4. Diseñar y planificar la forma de capacitar y animar al cliente para que participe activamente en las decisiones del autocuidado de salud.

5. Poner el sistema de enfermería en acción y asumir un papel de cuidado u orientador, contando con la participación del cliente.

En la teoría Orem plantea que las actividades de autocuidado se aprenden a medida que el individuo madura y dichas actividades se ven afectadas por las creencias, cultura, hábitos y costumbres de la familia y de la sociedad.

La edad, el desarrollo y el estado de salud puede afectar la capacidad que tenga el individuo para realizar las actividades de autocuidado. Para lograr el propósito de mantener el bienestar, salud y desarrollo, todos los seres humanos tenemos requisitos que son básicos y comunes a todos, según esta teoría identifica tres categorías de requisitos de autocuidado para el desarrollo de la actividad de enfermería:

1. **Universales:** son los que precisan todos los individuos para preservar y mantener su funcionamiento integral como persona e incluyen la conservación del aire, agua, alimentos, eliminación, la actividad y el descanso, soledad e interacción social, la prevención de riesgos y promoción de la actividad humana. Estos requisitos que exponemos a continuación representan los tipos de acciones humanas que proporcionan las condiciones internas y externas para mantener la estructura y la actividad.
 - Mantenimiento de un ingreso suficiente de aire.
 - Mantenimiento de una ingesta suficiente de agua.
 - Mantenimiento de una ingesta suficiente de alimentos
 - Provisión de cuidados asociados con procesos de eliminación urinaria e intestinal.
 - Equilibrio entre actividades y descanso.
 - Equilibrio entre soledad y la comunicación social.
 - Prevención de peligros para la vida, funcionamiento y bienestar humano.
 - Promoción del funcionamiento humano, y el desarrollo dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano.

Cada uno de estos requisitos están íntimamente relacionados entre sí, pero cada uno de ellos son logrados en diferentes grados de acuerdo con los "factores condicionantes básicos" que son determinantes e influyentes en el estado de salud de toda persona.

2. De cuidados personales del desarrollo: estos surgen como el resultado de los procesos de desarrollo o estados que afectan el desarrollo humano.

3. De cuidados personales de los trastornos de salud: entre estos se encuentran los que se derivan de traumatismo, incapacidad, diagnóstico y tratamiento médico e implican la necesidad de introducir cambios en el estilo de vida.¹⁸

Teoría de los Sistemas de Enfermería

- Sistema parcialmente compensador: cuando el individuo presenta algunas necesidades de autocuidado por parte de la enfermera, bien por motivos de limitación o incapacidad, por tanto, el paciente y la enfermera interactúan para satisfacer las necesidades de autocuidado en dependencia del estado del paciente, limitaciones psicológicas y físicas. El paciente puede realizar algunas acciones como cepillarse los dientes y alimentarse, pero dependen de la enfermera: desplazarse hasta el baño, bañarse o vestirse.
- Sistema totalmente compensador: cuando el individuo no puede realizar ninguna actividad de autocuidado. Implica una dependencia total. Ejemplo 1. Los cuidados que se realizan a un paciente inconsciente. 2. Paciente encamado con reposo absoluto
- Sistema de apoyo educativo: cuando el individuo necesita orientación y enseñanza para llevar a cabo el autocuidado; por consiguiente, la enfermera ayuda al paciente con sus consejos, apoyo y enseñanzas de las medidas que sean necesarias para que el individuo sea capaz de realizar su autocuidado.

Estos sistemas de cuidado se deben individualizar y concretar en cada paciente, para ayudar al proceso de determinación de las intervenciones y actividades

específicas, así como para la evaluación de los resultados de la aplicación de estos sistemas.

Metaparadigma

Persona: concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante, como un todo integral dinámico con capacidad para conocerse, utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado dependiente.

Salud: la salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes, significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defectos que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos. Por lo tanto, lo considera como la percepción del bienestar que tiene una persona.

Enfermería: servicio humano, que presta cuando la persona no puede cuidarse por sí misma para mantener la salud, la vida y el bienestar, por tanto, es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales.

Aunque no lo define **Entorno** como tal, lo reconoce como el conjunto de factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender los autocuidados o sobre su capacidad de ejercerlo.¹⁹

Método Enfermero

El Proceso de Enfermería se define como “el sistema de la práctica de Enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el profesional de Enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud” , es por esto que el Proceso de Enfermería se convierte en uno de los más importantes sustentos metodológicos de la disciplina profesional de Enfermería, fundamentado

en el método científico, ya que a partir del contexto, datos y experiencias valoran una situación de salud, se plantea una problemática que se diagnóstica, se realiza una revisión del tema basado en la evidencia científica (que hace las veces de marco teórico), se formula una meta que se asemeja a la hipótesis, se realiza una planeación (marco de diseño) y ejecución de acciones y toma de decisiones, se analizan y evalúan los resultados y finalmente se registran. Por consiguiente, el Proceso de Enfermería se caracteriza por ser sistemático, debido a que se realiza secuencialmente, de una forma cíclica, periódica, organizada, controlada, porque parte de un inicio que es la obtención de información por medio de la valoración, luego pasa por las etapas diagnóstica, de planeación y de ejecución y termina siempre con la evaluación.

La **primera etapa**, es la Valoración que consiste en la obtención de datos significativos del estado de salud de una persona a partir de técnicas como la observación, la entrevista y, el examen físico céfalo-caudal basado en los métodos de inspección, palpación, percusión y auscultación que proporciona información global del estado de salud - enfermedad de la persona, además de datos obtenidos por otras fuentes, principalmente, la historia clínica, los laboratorios y pruebas diagnósticas.

La **segunda etapa**, es el Diagnóstico, que consiste en la identificación de los problemas de salud para Enfermería basado en los déficits de autocuidado alterados, de los cuales se clasificaran en diagnósticos reales, potenciales y de bienestar.

La **tercera etapa**, la Planeación, consiste en la determinación de intervenciones o actividades conjuntamente (enfermera-paciente) conducentes a prevenir, reducir, controlar, corregir o eliminar los problemas identificados con base a los diagnósticos de enfermería.

La **cuarta etapa**, la Ejecución, es la aplicación del plan de cuidado, que desarrolla tres criterios: preparación, ejecución propiamente dicha y documentación o registro, donde interviene según la planificación, el paciente, la auxiliar, la

enfermera, el equipo de salud, los familiares y las redes de apoyo, con la dirección del profesional de Enfermería.

La **quinta y última etapa** es la Evaluación, entendida como la parte del proceso donde se compara el estado de enfermedad o salud del paciente con los objetivos del plan definidos previamente por el profesional de Enfermería, es decir, se miden los resultados obtenidos.²⁰



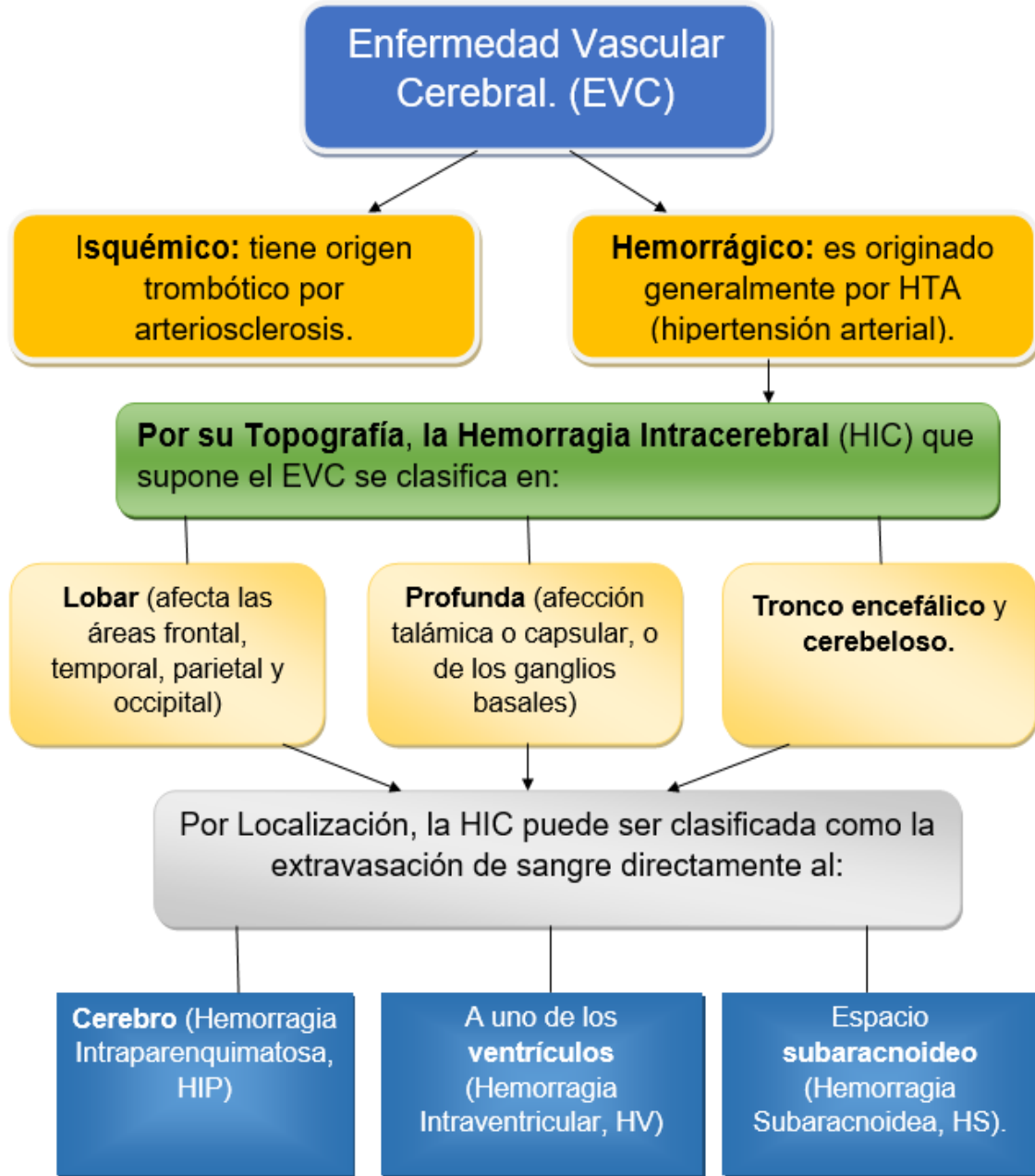
Elaborado por: L.E Gustavo Sánchez Barreras

2.4 Daños a la Salud

Definición:

En la actualidad se distinguen dos grandes síndromes en una clasificación basada en la clínica y en la evolución de la enfermedad: el *EVC isquémico* y el *EVC hemorrágico*, el primero que puede tener un origen trombótico por arteriosclerosis y el segundo, que es originado generalmente por *HTA*.²¹

Según el Instituto Nacional de Neurología la Enfermedad Vascul ar Cerebral es “una alteración neurológica, que se caracteriza por su aparición brusca, generalmente sin aviso, con síntomas de 24 horas o más, causando secuelas y muerte”, describe que hay tres tipos principales de EVC; trombótico, embólico y hemorrágico.²²



Elaborado por: L.E Gustavo Sánchez Barreras

Anatomía funcional de la circulación cerebral.

La sangre arterial llega al encéfalo por cuatro arterias principales; dos arterias carótidas internas y dos arterias vertebrales, las arterias carótidas internas provienen las arterias carótidas comunes y penetran al cráneo por el conducto carotideo para dar lugar en varias ramas terminales:

- Arteria cerebral anterior (ACA) Irriga la porción orbitaria y medial del lóbulo frontal, y la cara medial del lóbulo parietal, el área perforada anterior, el rostrum y el cuerpo del cuerpo calloso, el septum pellucidum, la parte inferior y rostral del núcleo caudado y del putamen, y el brazo anterior y rodilla de la cápsula interna.
- Arteria cerebral media (ACM) Irriga la porción lateral de los giros orbitarios, y los lóbulos; frontal, parietal, y temporal. La ACM da origen a las arterias medias y laterales que irrigan gran parte del putamen, el área lateral del globuspallidus, y la región adyacente a la cápsula interna.
- Arteria comunicante posterior (ACP) Esta arteria se une a las ramas posteriores de la arteria basilar. Da irrigación a la rodilla y el tercio anterior del brazo posterior de la cápsula interna, la porción rostral del tálamo, y a las paredes del tercer ventrículo. Las arterias vertebrales penetran al cráneo por los agujeros occipitales y cerca del extremo rostral del bulbo se unen para formar la arteria basilar. Antes de su unión dan origen a las arterias espinales anteriores que forman un tronco único, a las arterias espinales posteriores, y a las arterias cerebelosas posteroinferiores. A lo largo del trayecto de la arteria basilar emite ramas pontinas, la arteria auditiva interna (irriga el oído interno), la arteria cerebelosa anteroinferior (irriga porción rostral de la superficie inferior del cerebelo), y la arteria cerebelosa superior (irriga superficie superior del cerebelo).²³

A pesar de que el cerebro sólo representa el 2% de la totalidad del peso corporal, consume cerca del 20% del volumen del gasto cardiaco, por consiguiente, el cerebro adulto recibe 800mL de sangre por minuto, por lo que bastan sólo cinco

minutos en que falle la perfusión de sangre oxigenada para que aparezca una lesión. ^{Ibidem (21)}

Según su topografía:

Trombótico: El flujo de sangre de una arteria cerebral se bloquea debido a un coágulo que se forma dentro de la arteria. La aterosclerosis, que es la acumulación de depósitos grasos en las paredes de las arterias, causa un estrechamiento de los vasos sanguíneos y con frecuencia es responsable de la formación de dichos coágulos.

Embólico: El coágulo se origina en alguna parte alejada del cerebro, por ejemplo, en el corazón. Una porción del coágulo (un émbolo) se desprende y es arrastrado por la corriente sanguínea al cerebro, el coágulo llega a un punto que es lo suficientemente estrecho como para no poder continuar y tapa el vaso sanguíneo, cortando el abastecimiento de sangre. Este bloque súbito se llama embolia. ^{Ibidem (22) p. 2}

Hemorragico: (derrame cerebral) es causado por la ruptura y sangrado de un vaso sanguíneo en el cerebro.

La *Hemorragia Intracerebral (HIC)* que supone el EVC se clasifica:

- En lobar (afecta las áreas frontal, temporal, parietal y occipital),
- Profunda (afección talámica o capsular, o de los ganglios basales),
- Del tronco encefálico y cerebeloso.

Es importante mencionar que la *HIC* representa el 10-15% de todos los EVC, e incluye el infarto y la hemorragia cerebral y subaracnoidea (*ictus* o su equivalencia anglosajona denominada "*stroke*"), según su localización, la *HIC* puede ser clasificada como la extravasación de sangre directamente al cerebro (*Hemorragia Intraparenquimatosa, HIP*), a uno de los ventrículos (*Hemorragia Intraventricular, HV*), o al espacio subaracnoideo (*Hemorragia Subaracnoidea, HS*). La *HIC* de acuerdo con su localización la forma más frecuente de presentación es en los

ganglios de la base (50%), después en las áreas lobares (35%), la cerebelosa y el tronco cerebral (6%).

La HIP es la extravasación aguda de sangre dentro del parénquima cerebral secundario a una rotura vascular espontánea no traumática cuya forma, tamaño y localización es muy variable. Se puede limitar sólo al parénquima o puede extenderse al sistema ventricular y/o al espacio subaracnoideo; en el 85% de los casos la HIP es primaria, producida por la rotura espontánea de pequeños vasos y arteriolas dañados por la HTA crónica o por angiopatía amiloidea. La HV puede ser primaria o secundaria, cuando es primaria la presencia de sangre está únicamente localizada en los ventrículos, sin que exista lesión intraparenquimatosa periventricular y se debe a la rotura de plexos coroideos por efecto de la HTA. La HV secundaria se debe a la irrupción de sangre procedente del parénquima cerebral, producida casi siempre por hematomas hipertensivos de localización profunda.²⁴

Varios estudios poblacionales demuestran que la mayoría de los pacientes que tienen pequeñas HIP presentan un buen pronóstico vital si reciben atención médica temprana, por lo que a principios del año 2015 se aprobó la *Guía para el Manejo de la Hemorragia intracerebral Espontánea* por la *American Heart Association* y la *American Stroke Association* en la que se actualizan las recomendaciones de actuación para estos pacientes.²⁵

La HIC no es una enfermedad que cede inmediatamente, ya que el hematoma continúa en aumento durante las primeras 24 horas, por esta razón y por las características propias de la enfermedad, los pacientes graves requieren ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) en donde se debe realizar la estabilización hemodinámica y la cardiorrespiratoria, además de un estricto control del nivel de conciencia y el resto de los parámetros habituales de neuro-monitorización.²⁶

Epidemiología

En México, en el Registro Nacional Mexicano de Enfermedad Vascul ar Cerebral (RENAMEVASC) su prevalencia fue del 29% de un total de 2,000 pacientes con EVC aguda. La HAS es el factor de riesgo más claramente asociado (55-81%), y su localización más frecuente es en los ganglios basales. Se sabe que la HAS incrementa hasta 4 veces el riesgo de HIC, que el 91% de los pacientes están hipertensos en el momento de la HIC y que el 72% de los casos son hipertensos conocidos y mal controlados. Su incidencia es de 10 a 20 casos/100,000 habitantes/año, y se duplica cada 10 años después de los 35. Tiene una morbimortalidad elevada; sólo 38% de los casos sobrevive al pasar 1 año, mientras que el 30% logra ser independiente a los 3 meses.²⁷

Factores de riesgo

- Hipertensión arterial.
- Aneurismas.
- Malformaciones vasculares.
- Angiopatía amiloide.
- Alteraciones de la coagulación.
- Drogas simpaticomiméticas.
- Arteritis.
- Infartos hemorrágicos por oclusión venosa.²⁸

Factores de riesgo no modificables

Los FR no modificables no son susceptibles de intervención; sin embargo, permiten identificar las personas que pueden beneficiarse de una prevención más rigurosa con el tratamiento de los FR modificables.

- Edad
- Sexo
- Raza/etnia
- Historia familiar de ictus/ATI
- Bajo peso al nacer. ^{lbidem(23) p:19}

Manifestaciones clínicas.

Al igual que otros subtipos de EVC, se presenta de forma súbita o con síntomas rápidamente progresivos. Es frecuente el déficit neurológico máximo al inicio, así como síntomas acompañantes sugestivos de aumento de la presión intracraneal (PIC) tales como cefalea, náusea y vómito. La HIC supratentorial puede presentarse con déficit neurológico sensitivo-motor contralateral y las infratentoriales con compromiso de nervios craneales, ataxia, nistagmus o disimetría. Ibidem (29) p; 16

Dentro de la fase aguda de esta enfermedad, una de cada 3 personas presenta algún grado de discapacidad y dependiendo del área del cerebro afectada, las secuelas pueden ser las siguientes:

- Deficiencias motoras: Parálisis en una o varias extremidades, dificultad para caminar, falta de equilibrio, espasticidad (rigidez y/o tensión muscular). Esto provoca limitaciones para realizar actividades cotidianas.
- Alteraciones de la sensibilidad: Temperatura, tacto y dolor.
- Alteraciones en el lenguaje: Dificultad para hablar, vocalizar y/o entender.
- Alteraciones en la deglución: Dificultad Para beber o comer.
- Alteraciones en 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 emociones y/o sentimientos, dolor, hormigueo y/o ardor en una o varias partes del cuerpo.

Ibidem(28) p:11

Diagnóstico

La tomografía axial computarizada (TAC) además de un medio diagnóstico de gran utilidad para esta enfermedad, es un elemento importante en el pronóstico, pues permite decidir la conducta a seguir en cada caso y mejorar la calidad de vida en el adulto mayor.²⁹, La TAC puede identificar otras causas, tales como malformación arteriovenosa (MAV) o aneurismas.

La tomografía computarizada (TC) sigue siendo el estudio de elección por su alta sensibilidad y especificidad.

La resonancia magnética (RM) permite identificar cavernomas y delimitar el edema peri-hematoma.

La angiografía está indicada en casos de HIC de localización no habitual, y cuando no se identifica su etiología, especialmente en jóvenes. En ocasiones, es necesario repetir estudios entre las 2 y 4 semanas posteriores.

Tratamiento

Tratamiento. Puede ser médico o quirúrgico e idealmente debe ofrecerse en unidades de terapia intensiva. Para su elección debe considerarse la edad, escala de Glasgow, tamaño y localización del hematoma, desplazamiento de la línea media, apertura ventricular, hidrocefalia y etiología

El objetivo principal del tratamiento es reducir la PIC y prevenir complicaciones. Se basa en protección de la vía aérea, reemplazo del factor apropiado, transfusión de plaquetas, uso de vitamina K en algunos pacientes y manejo de la presión arterial.

Ibidem (29) p; 16,17

Tratamiento quirúrgico. la craneotomía con evacuación del hematoma para pacientes con hemorragia subcortical con trastorno de conciencia, o en caso de que el hematoma se localiza a un centímetro o menos de la corteza cerebral; en cambio, no debe indicarse en pacientes con hemorragia localizada en ganglios basales y tálamo. Se recomienda el tratamiento quirúrgico para pacientes con hemorragia del cerebelo mayor de 3cm, con trastorno de conciencia, signos de compresión del tronco encefálico, o hidrocefalia por obstrucción del sistema ventricular. Los pacientes con hemorragia supratentorial localizada en ganglios basales y tálamo, con empeoramiento progresivo, pueden beneficiarse de la cirugía esterotáxica con aspiración del hematoma. *Ibidem* (23) p; 33

Existe consenso generalizado en que pacientes con hemorragia cerebelosa y deterioro neurológico se benefician de evacuación quirúrgica, al igual que aquellos con HIC secundaria a ruptura de aneurisma, MAV o angioma cavernoso,

especialmente en pacientes con expectativa de vida favorable y lesiones accesibles. Se sugiere también tratamiento quirúrgico en pacientes jóvenes con HIC lobar de tamaño moderado a severo con deterioro neurológico progresivo.

El manejo quirúrgico de la HIC supratentorial sigue siendo controvertido. La ausencia de estudios con metodología adecuada ha tenido como principal inconveniente el origen de las evidencias a partir de series de casos, actualmente en curso, así como otras alternativas quirúrgicas. ^{Ibidem (29) p; 17}

Protocolo de manejo de la enfermedad cerebro vascular

Se requiere de soporte médico con base en la vigilancia estricta por parte del personal de enfermería, los cuidados de prevención primaria y secundaria y el uso de medicamentos, los cuales son de diferentes tipos, ya que el daño cerebral es multifactorial.

El paciente con enfermedad cerebro vascular debe ser tratado como una emergencia que pone en peligro su vida. Los objetivos del cuidado general de soporte son:

- Monitorizar los cambios del paciente.
- Iniciar terapias para prevenir complicaciones posteriores
- **Comenzar precozmente la rehabilitación.**
- Implementar medidas para la prevención secundaria de un nuevo evento cerebro vascular. ^{Ibidem (30) p; 33}

Rehabilitación

La rehabilitación de la persona con Enfermedad Cerebro Vascular pretende desarrollar al máximo las capacidades físicas, psicológicas, sociales y culturales, para poder lograrlo se requiere la participación de un equipo intermultiprofesional, conformado por diferentes disciplinas que comparten el mismo objetivo. El equipo debe estar conformado por un médico especializado en rehabilitación física, quien coordina el equipo, por terapeutas físicos, del lenguaje y ocupacionales, por

enfermeras especialistas en rehabilitación, por psicólogos y trabajadores sociales. Este equipo se encargará de realizar una evaluación integral de la persona y luego de determinar qué procesos deben llevarse a cabo para buscar la mayor independencia funcional de la persona, prevenirle complicaciones, mejorar su calidad de vida y lograr su reintegro familiar, social y laboral. Los procesos de rehabilitación deben iniciarse durante la fase aguda de la enfermedad cerebrovascular y continuarse hasta que la persona logre la mayor recuperación funcional independencia. Ibídem (30) p; 41

Pronóstico

Es importante intentar hacer un pronóstico de la evolución del paciente, ya que ello puede permitir una mejor planeación de las acciones a tomar. Entre los factores de mal pronóstico están:

- Daño cerebral bilateral
- Demencia
- Edad avanzada
- Antecedente de una enfermedad cerebro vascular previa
- Enfermedades concomitantes
- Los déficit perceptuales o cognoscitivos
- Parálisis flácida mayor de dos meses
- Negligencia en la atención clínica prolongada
- Incontinencia vesical o intestinal que dure más de cuatro semanas
- Estado de coma que dure más de cuatro semanas
- Afasia severa
- Reposo prolongado en cama
- Depresión
- Inicio tardío de la rehabilitación

En la hemiplejía el inicio de la función motora voluntaria en las primeras dos semanas de la lesión se asocia a una recuperación buena; por el contrario, luego

de seis meses sin función motora voluntaria en la mano, el pronóstico de recuperación es malo.

Son factores positivos en el pronóstico, el nivel académico y laboral previo, la motivación del paciente, un entorno familiar de soporte adecuado y un inicio precoz de la rehabilitación.

En general, la mayor parte de la recuperación ocurre entre los primeros tres a seis meses de la lesión, aunque luego puede presentarse una recuperación mínima.

Ibídem (30) p; 41,42

CAPITULO III. METODOLOGÍA

3.1 Búsqueda de la Información

Para poder realizar este estudio de caso, se emplearon diferentes herramientas, tanto electrónicas (computadoras e internet) y físicas (libros, revistas científicas).

Se consultaron fuentes de información científicas en; Scielo, Elsevier, Artículos y Guías del IMSS, Normas Oficiales Mexicanas, BIDI UMAN, TESIUNAM, Biblioteca del Instituto Nacional de Rehabilitación (LGII), página del Instituto Nacional de Neurología, los artículos consultados con relación al tema central de la investigación fueron en inglés y español.

Según datos bibliográficos en Google Académico se han publicado 300 artículos relacionados con Enfermedad Vasculat Cerebral Hemorrágico, se ha tomado de referencia el año 2014-2019, entre los cuales se puede destacar la fisiopatología, el diagnóstico, tratamiento, factores pronósticos, directrices para el manejo de este tipo de pacientes, repercusión de factores clínicos epidemiológicos sobre el pronóstico de las hemorragias intraparenquimatosas, factores asociados a la mortalidad de la hemorragia cerebral, como también sobre la atención fisioterapéutica en secuelas de esta enfermedad.

3.2 Sujeto

Durante la rotación por el servicio de Clínica de Heridas con la Licenciada Paola Vanessa Muñoz Cid de León, fui asignado al consultorio de Neurología (EVC), se encontraba en consulta con la Sra. R.B.M.A quien la acompañaba su esposo, ellos acudieron a consulta al Instituto Nacional de Rehabilitación (INR) debido a envió por parte de IMSS, con motivo de seguimiento de padecimiento y su fase de rehabilitación, previo a esto las primeras consultas fueron brindadas en el IMSS como parte del tratamiento inicial, a la consulta fue llevada en silla de ruedas ya que cursa con hemiplejia derecha, para poder ser explorada se tuvo que apoyar de 2 personas pues no es capaz de levantarse o mantener bipedestación, presenta hipoestesia en área descrita, no tiene respuesta motora para

realizar pinza fina o para realizar el examen manual muscular activo o activo asistido, los arcos de movilidad estar comprometidos, en el plano sagital izquierdo (extremidades izquierdas) presenta sensibilidad, arcos de movilidad y respuesta motora conservada.

Actualmente tiene 2 meses de evolución y por la exploración que presencia a mitad de consulta por parte de los médicos residentes se encuentra en fase subaguda ya que es un momento idóneo para poder implementar técnicas y un plan de rehabilitación en conjunto con el equipo multidisciplinario para poder ayudarlo máximo posible a su pronta recuperación e independencia.

Se aborda al finalizar la consulta médica, mostrando interés por la condición, padecimiento y diagnóstico médico con el que cuenta, es por ello que se ofrece realizar un estudio de caso para poder evidenciar lo que la rehabilitación puede hacer en una etapa post hospitalaria, se describen los beneficios que se obtendrían al aceptar, tanto visitas dirigidas a domicilio, el disponer de recursos físicos por parte del investigador, como también la orientación y evaluación de las técnicas a implementar, aceptan trabajar en el estudio de caso y se logra obtener el consentimiento informado por ambas partes.

3.3 Material y procedimientos para la elaboración del Estudio de Caso

Se aplicó la valoración (Instrumento de valoración implementado en el Posgrado de Enfermería en Rehabilitación) basado en la teoría de Dorothea Orem, evaluando los 8 requisitos universales del autocuidado, encontrando alteraciones las cuales se evalúan con escalas específicas para cada una.

- Escala de Disnea de Sadoul
- Evaluación del estado nutricional
- Escala Armstrong
- Índice de Masa Corporal (IMC).
- Escala de Bristol para clasificar las Heces
- Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS)

- Escala de Braden.
- Índice Barthel .
- Escala de Lawton
- Escala de Depresión de Yessavage
- Escala de Caídas de Dowton.
- Test Minimental de Folstein (SMMT)
- Escala de Tinetti.
- Escala Visual Análoga - EVA
- Escala de Ashworth Modificada.
- Sensibilidad
- Escala de Cruces.

Cada una de estas escalas da pauta para la valoración Cefalo-Caudal, pues si bien se busca la información más confiable posible, es por ello que esta valoración lo permite.

3.4 Aspectos Éticos

En este momento la enfermería es una ciencia emergente, el método científico es el Proceso de Atención de Enfermería (PAE)³⁰ y el objeto de estudio enfermero se centra en el cuidado en su dimensión más amplia, en la enfermería el camino ha sido largo debido a que el prestigio y estatus ha estado influenciado por las leyes de otros grupos como la medicina, un ejemplo lo constituye la matrícula de estudiantes de licenciatura donde muchos tienen como verdadera vocación la de ser médico, optando después el cambio de carrera. Sin embargo, hoy en día esta profesión ha ganado reconocimiento en el ámbito de la salud, puesto se han decretado derechos tanto para pacientes como para la y el enfermero que guían el quehacer diario para brindar una mejor atención basada en evidencia científica y que realmente las personas que eligen esta profesión es vocación meramente.

Código Deontológico de Enfermería

El Código deontológico del Colegio Internacional de Enfermeras para la profesión de enfermería tiene cuatro elementos principales que ponen de relieve las normas de conducta ética;

1. Enfermería y las personas
2. Enfermería y la práctica
3. Enfermería y la profesión
4. Enfermería y sus compañeros de trabajo.

Carta de los Derechos Generales de las Enfermeras y los Enfermeros.

1. Ejercer la enfermería con libertad, sin presiones de cualquier naturaleza y en igualdad de condiciones interprofesionales
2. Desempeñar sus intervenciones en un entorno que garantice la seguridad e integridad personal y profesional.
3. Contar con los recursos necesarios que les permitan el óptimo desempeño de sus funciones.
4. Abstenerse de proporcionar información que sobrepase su competencia profesional y laboral.
5. Recibir trato digno por parte de pacientes y sus familiares, así como del personal relacionado con su trabajo, independientemente del nivel jerárquico.
6. Tener acceso a diferentes alternativas de desarrollo profesional en igualdad de oportunidades que los demás profesionales de la salud.³¹

Carta de Derechos de los Pacientes

1. Recibir atención médica adecuada
2. Recibir trato digno y respetuoso
3. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz
4. Decidir libremente sobre su atención
5. Otorgar o no su consentimiento válidamente informado

6. Ser tratado con confidencialidad
7. Contar con facilidades para obtener una segunda opinión
8. Recibir atención médica en caso de urgencia
9. Contar con un expediente clínico
10. Ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida.³²

Consentimiento Informado

La explicación a un paciente atento y mentalmente competente, de la naturaleza de su enfermedad, así como el balance de los efectos de esta y el riesgo de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos recomendados, para a continuación solicitarle su aprobación para ser sometido a esos procedimientos”.

“La presentación de la información debe ser comprensible y no sesgada, la colaboración del paciente debe ser conseguida sin coacción y el médico no debe sacar partido de su potencial dominio psicológico sobre el paciente

El acto de decisión libre y voluntaria realizado por una persona competente, por el cual acepta las acciones diagnósticas o terapéuticas sugeridas por sus médicos, fundado en la comprensión de la información revelada respecto de los riesgos y beneficios que le pueden ocasionar.³³

NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico

Esta norma, establece los criterios científicos, éticos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso, manejo, archivo, conservación, propiedad, titularidad y confidencialidad del expediente clínico.³⁴

NORMA Oficial Mexicana NOM-030-SSA3-2013, Que Establece las características arquitectónicas para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos para la atención médica ambulatoria y hospitalaria del sistema nacional de salud.

Esta norma tiene por objeto establecer las características arquitectónicas mínimas, que deben cumplir los establecimientos para la atención médica ambulatoria y

hospitalaria del Sistema Nacional de Salud, para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad.³⁵

NORMA Oficial Mexicana NOM-015-SSA3-2012, Para la Atención Integral a Personas con Discapacidad.

Esta norma tiene por objeto establecer los criterios que regulan la forma en que se proporcionan los servicios de atención médica integral a las personas con discapacidad, en su calidad de pacientes.³⁶

CAPITULO IV. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

4.1 Valoración

- Nombre: M.A.R.B
- Edad: 63 años
- Sexo: Femenino
- Fecha de Nacimiento: 17/04/1956
- Estado Civil: Casada
- Ocupación: Ama de Casa
- Escolaridad: Secundaria
- Lugar de Origen: Tlalpan, Ciudad de México
- Especialidad: Neurología
- Dirección: Col. Ejidos de San Pedro Mártir
- Características de vivienda: Habita en casa propia que cuenta con 2 pisos, con todos los servicios básicos de urbanización, cuenta con escaleras conformada por 13 escalones, 1 descanso, barandal por un lado y por la otra pared, 3 recamaras, 2 baños en uno de ellos con barandal.

Inicia el 31 de agosto de 2019, 12:00 horas pm, al sufrir caída de su propio plano de sustentación por inestabilidad de una tarima, se golpea en región frontal izquierda con banqueta, refiere cefalea bifrontal, pulsátil, incapacitante, a las 4-5 horas de haber sufrido accidente acude a hospital general "Dr. Manuel Gea González", en el cual según sus palabras, se encuentran con registro de dolor alto,

se prescribe paracetamol, 24 horas después, refiere incremento en la intensidad de la cefalea, acude con médico particular, se agrega disartria y hemiplejía derecha, se realiza estudio de tomografía computarizada de cráneo en medio particular, con deterioro neurológico por estado de confusión, se traslada a Centro Médico Nacional Siglo XXI, se hospitaliza por 20 días, reporte de estudio de tomografía de cráneo (03-09-2019) hemorragia intraparenquimatosa frontoparietal izquierda, con estudio de tomografía de cráneo de control (08-09-2019) con hemorragia intraparenquimatosa izquierda sin cambios significativos respecto a estudio previo. Fue valorada por neurocirugía quien determina tratamiento conservado. requiere de sonda nasogástrica para alimentación, catéter urinario, sin complicaciones, se traslada a clínica 8 del IMSS, se retira sonda nasogástrica y catéter urinario, con tolerancia a la vía oral, buen control de esfínteres inicia terapia en hospitalización con enseñanza a familiar, se realiza estudios de angiografía se corrobora la presencia de aneurisma de la arteria comunicante anterior, actualmente refiere dificultad para la articulación de las palabras, refiere continuar con debilidad de hemicuerpo derecho, presenta dolor en hombro derecho tipo punzante ENA 8/10 que se exacerba en las posiciones prolongas y a las movilizaciones, cede parcialmente al reposo, se irradia a brazo y mano derecha, actualmente con uso de cabestrillo para traslados y transferencias.

Antecedentes Generales

Antecedentes Heredofamiliares:	<ul style="list-style-type: none">• Madre finada a la edad de 65 años con diagnóstico de insuficiencia renal, probable diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, cáncer cervicouterino.• Padre: Desconoce antecedentes.• Hermanos: (2) de 52 y 50 años aparentemente sanos.• Hijos 3 aparentemente sanos.
--------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Antecedentes Personales No Patológicos:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Originaria y residente de la ciudad de México, delegación Tlalpan, religión: católica estado civil: casada, escolaridad: secundaria completa ocupación: previa y actual: ama de casa, actividad física: previamente realizaba yoga, taichi diariamente por 1 hora. actual: ninguna, pasatiempos: solía coser, lateralidad: diestra habito higiénico-dietéticos: adecuados, esquema de vacunación: completo, habita en casa propia que cuenta con de 2 pisos, con todos los servicios básicos de urbanización, cohabitantes: esposo, hija y 3 nietos.
<p>Antecedentes Personales Patológicos:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Insuficiencia venosa periférica en manejo con pentoxifilina 400 mg cada 24 horas por las noches en manejo y seguimiento por médico general • Hipertensión arterial diagnosticada por padecimiento actual sin tratamiento farmacológico actual.

<p>Antecedentes Personales Transfusionales:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Interrogado y negado
<p>Antecedentes Personales Quirúrgicos:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Histerectomía hace 20 años, por miomas. sin complicaciones • Apendicetomía hace 25 años.

<p>Antecedentes</p> <p>Gineco-Obstetras:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Menarca: 11 años • Ciclo menstrual: Regular, duración 4 días. • Embarazos:3 • Abortos: 0 • Partos: 3 • Cesáreas: 0 • Enfermedades o procedimientos ginecológicos: Histerectomía a los 36 años
----------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Elaborado por: L.E Gustavo Sánchez Barreras

Requisitos Universales de Autocuidado

1. Mantenimiento de un aporte de aire suficiente:(ver anexo 4)

Escala de valoración	Puntuación obtenida	Resultado
de disnea de Sadoul	0 puntos	Ausencia de Disnea.

Elaborado por: L.E Gustavo Sánchez Barreras

2. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua:

- Ingiere en promedio al día 2 a 3 litros de los cuales, jugo natural, café, leche y resto agua purificada.
- Lo ingiere con ayuda de popote ya que presenta disminución de la fuerza muscular y sensibilidad de hemicuerpo derecho incluyendo cara, pues refiere que presentar derrame de líquido de la boca de la comisura derecha.

3. Mantenimiento de un aporte de alimentos suficiente:

- Realiza 3 comidas al día su dieta; líquida, papilla.
- El desayuno lo ingiere de 8 30 am a 9 30 am

- La comida de 2 30 pm a 3 30 pm
- La cena de 8 30 pm a 9 30 pm
- Refiere tardar un poco más debido a que le cuesta trabajo masticar alimentos grandes y duros, por lo cual necesita ayuda para cortar los alimentos, de igual manera ahora utiliza la extremidad torácica izquierda pues presenta hemiplejía de cuerpo derecho, no utiliza dispositivos de ayuda.

Se aplicaron escalas:(ver anexo 5 y 7)

Escala de valoración	Puntuación obtenida	Resultado
Evaluación Del Estado Nutricional (Mini Nutricional Assessment MNA)	21.5 puntos	Riesgo de Malnutrición
Índice de Masa Corporal (IMC)	23 IMC	Encontrándose en un Nivel Normal

Elaborado por: L.E Gustavo Sánchez Barreras

4. Provisión de cuidados asociados con los protocolos de eliminación y excrementos:

- Habito miccional: previo y actual 3 a 4 veces al día.
- habito evacuatorio: previo cada 24 horas, actual cada 24 horas, sin necesidad de manejo farmacológico.

Se aplicaron las escalas:(ver anexo 6, 8 y 9)

Escala de valoración	Puntuación obtenida	Resultado
Escala Armstrong	Nivel 3	Indica Buena Hidratación
Escala Bristol	Tipo 6	Ligera Diarrea

Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS)	Promedio de PB + Promedio de PC entre 0.1 – 1.2.	higiene Buena
--------------------------------------------	--------------------------------------------------	---------------

Elaborado por: L.E Gustavo Sánchez Barreras

5. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo:

- Se trata de persona femenina de la sexta década de la vida, quien cuenta con deficiencia completa para el patrón de la marcha, grave para las funciones relacionadas con la fuerza muscular de hemicuerpo derecho, leve para el tono muscular, que le condiciona una limitación completa para andar, y grave para desplazarse por el entorno y por distintos lugares.

Se aplicaron las escalas:(ver anexo 10, 11, 12 Y 16)

Escala de valoración	Puntuación obtenida	Resultado
Escala de Braden	16 puntos	Riesgo Bajo
Índice de Barthel:	45/100 puntos	Dependencia Moderada
Escala de Lawton	3 puntos	Dependiente para las AIVD
Escala Tinetti:	3 (equilibrio) y 2 (marcha)	Dependiente

Elaborado por: L.E Gustavo Sánchez Barreras

- Actualmente refiere ligera dificultad para la articulación de las palabras, refiere continuar con debilidad de hemicuerpo derecho, presenta dolor en hombro derecho tipo punzante ENA 8/10 que se exagera en las posiciones prolongas y a las movilizaciones cede parcialmente al reposo y a la administración de analgésico que se irradia a brazo y mano derecha, actualmente con uso de cabestrillo para traslados y transferencias.

6. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social:

- Al momento de sufrir el accidente temía que no la apoyara, por lo cual no quería contar a su esposo lo que sentía y que pasaban las horas y los síntomas empeoraban.

Se aplicó la escala:(ver anexo 13)

Escala de valoración	Puntuación obtenida	Resultado
Escala de depresión de Yessavage	7 puntos	Existe Depresión Moderada.

Elaborado por: L.E Gustavo Sánchez Barreras

7. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano:

- Alérgica: a piña y mandarina
- Agudeza visual disminuida: usa anteojos
- Audición: Sin alteración
- Sentido del olfato: sin alteración
- Sentido del gusto: sin alteración
- Sentido del tacto: Hipoestesia en hemicuerpo derecho
- Ciadas: sufrió caída de su propia altura que desencadenó su padecimiento
- Marcha: deficiencia completa para el patrón de la marcha
- Uso de férulas correctivas: Férula en mano derecha para corregir articulación
- Permanece sola la mayor parte del tiempo: siempre cuenta con compañía para apoyarla en sus necesidades.

Se aplican escalas: (ver anexo 14).

Escala de valoración	Puntuación obtenida	Resultado
Escala de caídas de Downton.	4 puntos	Riesgo de caídas; Moderado

Elaborado por: L.E Gustavo Sánchez Barreras

8. Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones humanas y el deseo de ser normal.

- Actualmente no acepta el suceso por el cual cursa, pues refiere desesperación por la limitación física y el entender porque le sucedió precisamente a ella, con respecto a su vida comenta que ya ha disfrutado y ha vivido cada etapa, que la vida es bonita y se tiene que disfrutar, con respecto a la muerte espera morir dormida y no despertar.
- Respecto a su enfermedad lo único que ha comprendido es que fue desencadenado debido a un coagulo lo que ocasionó la hemorragia y por la caída.

Se aplicó la escala:(ver anexo 15)

Escala de valoración	Puntuación obtenida	Resultado
Mini Mental	24 puntos	Deterioro Cognoscitivo Normal

Elaborado por: L.E Gustavo Sánchez Barreras

Exploración Física / Valoración Focalizada.

Área para Valorar	Respuesta
Somatometría	FC: 80 ppm Tensión Arterial: 100/60 mmdhg Temperatura: 36.2 FR: 20 ppm Peso: 56 kg Talla: 1.55 metros IMC: 23
Habitus Exterior	Persona femenina de edad aparente similar a la cronológica. disártrica con desviación de la comisura labial a la izquierda, orientada en tiempo, espacio y persona.
Marcha	No realiza
Cabeza	Cráneo normocéfalo sin hundimientos ni exostosis, campimetría por confrontación sin alteraciones. movimientos oculares de seguimiento, vergencias, versiones normales, resto de nervios craneales conservados.
Pares Craneales	Par I: se realiza evaluación con 3 aromas diferentes, café, chocolate y limón los cuales percibe y reconoce fácilmente. Par II: campimetría por confrontación normal. Par III, IV, VI: pupilas isocóricas, reflejo foco motor y consensual presentes, movimientos oculares simétricos, con presencia de nistagmo horizontal bilateral. Par V: sensibilidad con hipoestesia en v1-v3 derecha, fuerza muscular conservada de manera bilateral. Par VII: fuerza por examen muscular de cara 2/3 según escala Daniels. Par VIII: no valorado. Par IX, X: úvula ligeramente lateralizada a la izquierda, pilares de faringe simétricos, reflejo nauseoso normal bilateral. Par XI: fuerza muscular de trapecios 1/5 y esternocleidomastoideo 3/4, según escala de Daniels.
Cuello	Cilíndrico, arcos de movilidad completos no dolorosos, sensibilidad conservada, fuerza muscular disminuida.
Tórax	Normolíneo, con movimiento de amplexión y amplexación simétricos, sin compromiso cardiorrespiratorio aparente.

Abdomen	Plano globoso a expensas de panículo adiposo, sin dolor a la palpación, sin datos de irritación peritoneal.
Genitales	Diferido
Extremidades Superiores	Integras, simétricas, dolor a la palpación en articulación esternoclavicular, tercio medio y distal de clavícula, articulación acromioclavicular espacio subacromial y surco bicipital derecho. arcos de movilidad articular para hombro flexión 90/180 abducción 90/180 rotación externa 46/80 rotación interna 50/80 con presencia de dolor, codo flexión 120/130, muñeca y dedos completos, tono según escala de ashworth modificada hombro 1/0, codo 1/0, muñeca 1/0, rems bicipital, tricipital y estilo radial +/++, sensibilidad con disestesia de miembro torácico derecho, índice de motricidad hombro 0, codo 0, pinza 11, hoffman y tromner +/-.
Extremidades Inferiores	Integras, simétricas, sensibilidad con hipoestesia de miembro pélvico derecho, ligero edema en edema en miembro pélvico derecho. Arcos de movilidad articular cadera flexión 110/130, abducción 10/20, rotación externa 20/40, rotación interna 0/10 por dolor en cadera derecha, rodilla y tobillos completos, contractura para flexores de cadera 10/10, isquiotibiales 30/20.

Elaborado por: L.E Gustavo Sánchez Barreras

Arcos de Movimiento Articular por Goniometría

Hombro	Derecho	Izquierdo	Limites Normal
Abducción	90	180	0-170/180°
Aducción			0-40/45°
Flexión	80	180	0-180°
Extensión			0-45/60°
Rotación interna	50	80	0-70/90°
Rotación externa	46	80	0-90°
Circunducción			360°
Codos			
Flexión	120	130	0-145/150°
Extensión			0°
Pronación			90°
Supinación			90°
Muñeca			
Flexión	90	90	0-80/90°
Extensión	70	70	0-70°
Desviación radial	20	20	0-20°
Desviación cubital	20	20	0-35/50°
Circunducción	360	360	360°
Mano			
Flexión M. F	90	90	90°+
Extensión M. F	10	10	0-10°
Flexión F.	90	90	90°+
Extensión F.	5	5	0-5°
Abducción falanges	20	20	20°
Aducción falanges	0	0	0°
Dedo Pulgar			
Abducción	30	30	30°

Aducción	20	20	20°
Flexión	50	50	50/60°
Extensión	10	10	0-10°
Circunducción	360	360	360°
Cadera			
Flexión	110	130	0-90/125°
Extensión			0-10/15°
Abducción	10	20	0-45/50°
Aducción			0-20/30°
Rotación interna	0	10	0-35/40°
Rotación externa	20	40	0-60°
Circunducción			360°
Rodilla			
Flexión	130	130	0-130°
Extensión	0	0	0°
Tobillos			
Flexión dorsal	20	20	0-20/25°
Flexión plantar	45	45	0-45°
Inversión	20	20	0-30°
Eversión	10	20	0-20°
Abducción	10	10	10°
Aducción	20	20	20°
Circunducción	360	360	360°

Elaborado por: L.E Gustavo Sánchez Barreras

Tratamiento Farmacológico

Medicamentos Actuales		
Medicamento	Dosis / Vía	Frecuencia
Fluoxetina	5 mg-oral	Cada 24 horas
Pentoxifilina	400mg-oral	Cada 12 horas
Gabapentina	300mg-oral	Cada 12 horas
Piracetam solución	5ml-oral	Cada 8 horas
Carzilasa	2.5ml-oral	Cada 24 horas
Núcleo CMP Forte	1 tableta-oral	Cada 12 horas

Elaborado por: L.E Gustavo Sánchez Barreras

Análisis de Laboratorios



1123300001

Sexo: Femenino

Fecha: 26/11/2019 12:18 AM

Edad: 63 años

Procedencia: HOSPITALIZACION

Química

Prueba	Resultado	Unidad	Valores de Referencia	
ELECTROLITOS SERICOS				
SODIO	135	mmol/L	Bajo	136 - 146
POTASIO	4.03	mmol/L		3.5 - 5.1
CLORO	104.79	mmol/L		98 - 107
UREA				
NITROGENO UREICO	17.69	mg/dL		7 - 25
UREA	38.00	mg/dL		15 - 53.5
PERFIL DE LIPIDOS				
COLESTEROL TOTAL	261	mg/dL	Alto	<200
COLESTEROL HDL	46	mg/dL		40 - 60
COLESTEROL LDL	194	mg/dL	Alto	<130
TRIGLICERIDOS	171	mg/dL	Alto	<150
VLDL	34	mg/dL		10 - 40
PERFIL HEPATICO				
BILIRRUBINA TOTAL	0.48	mg/dL		0.3 - 1
BILIRRUBINA DIRECTA.	0.06	mg/dL		0.03 - 0.18
BILIRRUBINA INDIRECTA	0.42	mg/dL		0.27 - 0.82
PROTEINAS TOTALES EN SUERO	5.84	mg/dL	Bajo	6.4 - 8.9
ALBUMINA EN SUERO	3.73	mg/dL		3.5 - 5.7
ALANINO AMINOTRANSFERASA (ALT)	15.72	U/L		7 - 52
ASPARTATO AMINOTRANSFERASA (AST)	12.00	U/L	Bajo	13 - 39
FOSFATASA ALCALINA	41.00	U/L		34 - 104
GAMMAGLUTAMIL TRANSPEPTIDASA (GGT)	19.00	U/L		9 - 64
DESHIDROGENASA LACTICA (DHL)	109	U/L	Bajo	140 - 271
QUIMICA BASICA				
GLUCOSA SANGUINEA	75	mg/dL		70 - 99
CREATININA SERICA	0.84	mg/dL		0.6 - 1.2
ACIDO URICO	4.57	mg/dL		2.3 - 6.6
..				

Hematología

Prueba	Resultado	Unidad	Valores de Referencia
BIOMETRÍA HEMATICA			
LEUCOCITOS	5.7	X 10 ³	4 - 12
ERITROCITOS.	4.4	X 10 ⁶	4.1 - 5.3
HEMOGLOBINA	12.7	g/dL	Bajo 13 - 15.7
HEMATOCRITO	38.7	%	38.3 - 46.7
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	87.7	fL	83.5 - 98
HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	28.7	pg	27.7 - 34
CONCENTRACION MEDIA DE HEMOGLOBINA	32.8	g/dL	32.7 - 34.7
AMPLITUD DE DISTRIBUCION ERITROCITARIA	14.0	%	11.5 - 14.2
PLAQUETAS	305	K/uL	150 - 450
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	7.8	fL	7.4 - 10.4
NEUTROFILOS TOTALES	49.8	%	40 - 85
LINFOCITOS	41.1	%	12 - 48
MONOCITOS	5.8	%	1 - 13
EOSINOFILO	2.9	%	0 - 7
BASOFILOS	0.6	%	0 - 3
ABSOLUTOS NEUTROFILOS	2.74	X 10 ³	
ABSOLUTOS LINFOCITOS	2.34	X 10 ³	1.1 - 5.4
ABSOLUTOS MONOCITOS	0.33	X 10 ³	0.1 - 1.4
ABSOLUTOS EOSINOFILOS	0.16	X 10 ³	
ABSOLUTOS BASOFILOS	0.03	X 10 ³	

Los estudios de laboratorios expuestos fueron los primeros que se tomaron en la primera consulta a la que acudió la persona estudiada al Instituto Nacional de Rehabilitación, en estos se nota una ligera anemia en primera instancia de la biometría hemática, mientras que, en el perfil electrolítico, hiponatremia leve, también evidencia de hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, hay presencia de proteínas totales en suero quizás a consecuencia del proceso que cursa. Mientras que la química sanguínea reporta normalidad en cifras.

4.2 Jerarquización de Problemas

1. Dolor a la movilización
2. Deterioro de la Deglución
3. Deterioro de la fuerza y sensibilidad
4. Deterioro de la ambulación
5. Arcos de movilidad limitados
6. Alteración en la actividad peristáltica
7. Riesgo en la alteración tisular periférica
8. Depresión

4.3 Diagnósticos de Enfermería

Con relación a la jerarquización de los principales problemas, se han desarrollado los siguientes diagnósticos de enfermería:



1-. Diagnóstico de Enfermería:

- **Alteración en la deglución R/C** Secuelas de enfermedad neurológica **M/P** hipoestesia en hemicara derecha, sensación y derrame de líquido por comisura labial derecha.

Objetivo de la persona:

- Poder ingerir alimentos sin preocuparme de derramar los líquidos.

Objetivo de Enfermería:

- Prevención de bronco-aspiración.
- Mejorar el estado de deglución con líquidos.

Intervención de Enfermería

- Evaluar presencia de reflejo tusígeno pidiendo que tosa, reflejo nauseoso con abatelenguas para propiciarlo y capacidad deglutoria solicitando ingiera un sorbo pequeño de agua, manteniéndolo por unos segundos en la boca y pedir lo trague.
- Mantener en posición fowler o sedestación para ingerir los alimentos, esta posición es ideal para realizar la alimentación, ya que los segmentos se alinean favoreciendo los músculos involucrados.
- Disponer de dieta acorde a situación actual (Inicia con dieta líquida/papillas), líquidos espesos, gelatina, atole, pure de verduras y/o frutas, la consistencia espesa ayuda para evitar el derrame en mayor cantidad.
- Brindar información y asesoramiento

Agente

Tipo

- Estudiante de Posgrado de Enfermería en Rehabilitación.
- Cuidador principal.
- Familia.
- Persona.

Sistema

Tipo

- Parcialmente compensatorio
- Apoyo educativo



<p>acerca de aditamentos para la alimentación (Platos, vaso, cubiertos adaptados y popotes). (ver anexo 31)</p> <ul style="list-style-type: none"> – Realizar plan de ejercicios para fortalecer músculos que intervienen en la deglución, previo masaje facial y de hombros 10 minutos, de ser necesario aplicación de termoterapia con compresa caliente con medidas precautorias para evitar alguna lesión a consecuencia del calor. (ver anexo 21) 		
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

Evaluación de las Intervenciones

Intervención	Indicador	Fecha de Evaluación			
Evaluar presencia de reflejo tusígeno, reflejo nauseoso.	Reflejo tusígeno, nauseoso. Presente: P Ausente: A	14/11/2019	15/12/2019	15/01/2020	20/02/2020
		A	P	P	P



		L	P	PF	PF
Disponer de dieta acorde a situación actual.	Tipo de dieta Líquida: L Papilla: P Picados finos: PF Sólida: S				
Realizar plan de ejercicios para fortalecer músculos que intervienen en la deglución.	Escala Daniel para pares craneales VII, IX y XII. Normal (N) 5 puntos Bueno (B), 4 puntos Regular (R), 3 puntos Deficiente (D), 2 puntos Vestigios de actividad (V) 1 punto Nulo (sin actividad, 0)	2/5	2/5	3/5	4/5

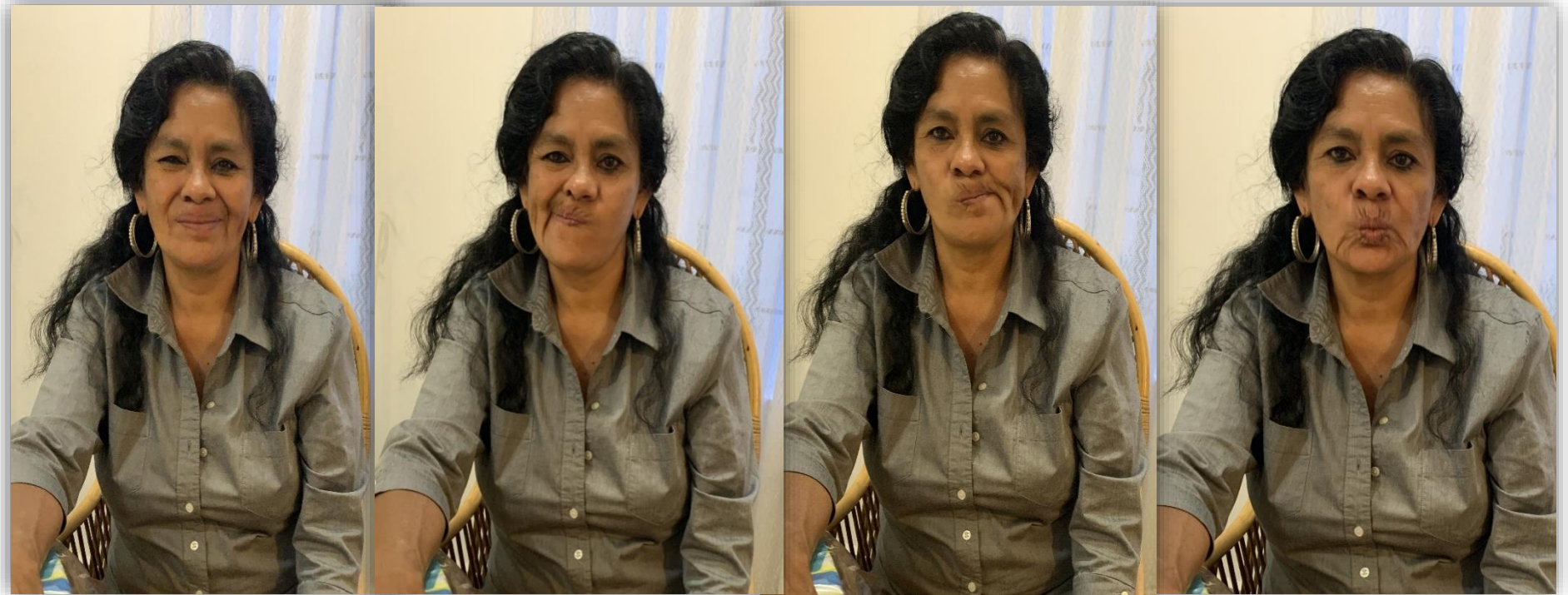
Evaluación del Diagnóstico

En la valoración de primera vez, se encuentra con derrame de líquido de comisura labial derecha, en la valoración de pares craneales involucrados VII, IX Y XII se encuentra con una puntuación deficiente, por lo cual se agregan al plan de rehabilitación ejercicios para fortalecer músculos orofaciales con cartel demostrativo y mediante técnica.

De igual manera la dieta indicada en los primeros días es líquida y papillas en porciones pequeñas a tolerancia, se recomienda el uso de popote y cuchara para realizarlo. A partir de la tercera visita domiciliar se muestra ganancia en fuerza de músculos orofaciales observándose escaso derrame de líquidos y alimentos, se evalúa técnica de ejercicios prescritos los cuales ha realizado con ayuda de sustancias agradables, como por ejemplo miel, mermelada para fortalecer lengua en ambos sentidos.



Las siguientes fotografías, son evidencia de la técnica empleada como parte del plan de rehabilitación física a persona con secuelas de EVC, en la que se puede observar la realización de los ejercicios orofaciales, para el fortalecimiento de los músculos involucrados en la deglución, mismos músculos que son evaluados por los pares craneales VII, IX, XII.



Evidencia Fotográfica obtenida por: L.E Gustavo Sánchez Barreras.



2-. Diagnóstico de Enfermería:

- **Alteración en la movilidad física R/C** Secuelas de enfermedad neurológica, hemiplejía de hemicuerpo derecho **M/P** fuerza muscular disminuida, arcos de movilidad articular cadera flexión 110/130, abducción 10/20, rotación externa 20/40, rotación interna 0/10 por dolor en cadera derecha, contractura para flexores de cadera 10/10, isquiotibiales 30/20, tríceps sural 10/10, escala Daniels 2/5, escala Barthel 45/100.

Objetivo de la persona:

- Poder moverme por la casa con ayuda de bastón o andadera.

Objetivo de Enfermería:

- Prevención de contracturas a consecuencia de la poca movilización.
- Realizar movilización activa/asistida para incrementar fuerza.

Intervención de Enfermería

- Disponer de aditamento o dispositivos de ayuda (de ser necesario, andadera para sostenerse, bastón adaptado para mano izquierda). (ver anexo 34).
- Evaluar fuerza muscular de miembros torácico derecho y pélvico derecho con escala Daniels. (ver anexo 18).
- Enseñar higiene de columna para la movilización entre superficies (ver anexo 29).
- Evaluar limitaciones articulares que impidan realizar movimientos activos miembro torácico derecho y pélvico derecho.
- Explicar información acerca de la

Agente

Tipo

- Estudiante de Posgrado de Enfermería en Rehabilitación.
- Cuidador principal.
- Familia.
- Persona.

Sistema

Tipo

- Parcialmente compensatorio
- Apoyo educativo



<p>importancia de plan de ejercicios articulares hemicuerpo derecho con apoyo de hemicuerpo izquierdo para realización de terapia (ver anexo 22, 23,24).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar plan de ejercicios pasivos o activos asistidos de extremidades afectadas (hemicuerpo derecho). - Aplicación de masoterapia previo a aplicación de termoterapia con compresas calientes, empleando medidas preventivas para evitar lesiones cutáneas por quemaduras (ver anexo 37 y 38). - Disponer de aditamentos de ayuda para el vestido, ejemplo: calzador, colocador de calcetines, pinza de alcance. 		
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

Evaluación de las Intervenciones

Intervención	Indicador	Fecha de Evaluación			
		14/11/2019	15/12/2019	15/01/2020	20/02/2020
Evaluar fuerza muscular con escala Daniels (0/5).	0= ausencia de actividad o contracción 1= contracción visible, pero sin evidencia de movimiento significativo.	2/5	3/5	4/5	4/5



	<p>2= hay contracción y el grupo muscular puede conseguir el movimiento articular en su rango completo, pero no en contra de la gravedad.</p> <p>3= el músculo puede completar el rango de movimiento completo, pero solo resistiéndose a la fuerza de la gravedad; cuando se aplica resistencia el movimiento de interrumpe.</p> <p>4= el músculo puede completar todo el rango de movimiento y tolerar resistencia moderada sin interrumpir el mismo.</p> <p>5= se trata de la “fuerza normal” y el examinador o terapeuta no puede cambiar la posición final del músculo contraído al final rango de prueba y con la resistencia máxima.</p>				
<p>Evaluar limitaciones articulares que impidan realizar movimientos activos (hemicuerpo derecho).</p>	<p>Existe limitación articular según evaluación de arcos de movilidad: S= si N= no</p>	S	S	N	N
<p>Realiza ejercicios articulares</p>	<p>Ejercicios Articulares para</p>	1	1	2	3



para extremidades. (hemicuerpo derecho).	extremidades: 1=realiza 10 repeticiones al día 2=realiza 15 repeticiones al día 3=realiza más de 20 repeticiones al día				
Realiza higiene de columna para la movilización entre superficies.	Higiene de columna 1=realiza higiene de columna en cada movimiento que lo requiera 2= realiza rara vez la higiene en movimientos que lo requiera 3= No realiza higiene de columna en las movilizaciones	3	2	1	1
Aplicación de masoterapia y termoterapia.	Masoterapia y termoterapia S= si N=no	S	S	S	S

Evaluación de Diagnostico

De primera instancia la fuerza muscular con la que inicia el plan de rehabilitación según puntuación de escala Daniels es 2/5 el cual indica que hay contracción muscular pero no resistencia a la gravedad, por lo cual se iniciaron ejercicios para fortalecer y dar tono muscular, se ha dejado una serie de ejercicios específicos entre ellos, higiene de columna para las movilizaciones, ejercicios articulares y recomendaciones sobre uso de aditamentos para AVD.

En la Segunda visita se nota la familiaridad con aditamentos para simplificar AVD, ejemplo calzador y pinza de alcance, de lo cual se ha mostrado evidencia favorable para su uso, por otra parte, la puntuación de escala Daniels incrementa de 2/5 a 3/5 el cual describe que empieza a tener respuesta a la gravedad, es decir; a fuerza que se opone a la suya, con respecto a los arcos de movilidad articular se nota una mejoría al momento de realizar la evaluación



Las siguientes fotografías, son evidencia de la técnica empleada como parte del plan de rehabilitación física a persona con secuelas de EVC, en la que se puede observar la realización de los ejercicios articulares, para el fortalecimiento de los músculos y articulaciones, mismos músculos que son evaluados por la escala Daniels.



Evidencia Fotográfica obtenida por: L.E Gustavo Sánchez Barreras.



3-. Diagnóstico de Enfermería:

- **Deterioro del autocuidado para realizar actividades de higiene y vestido R/C** hemiplejía e hipoestesia de hemicuerpo derecho **M/P** Arcos de movilidad articular para hombro derecho alterados flexión 90/180 abducción 90/180 rotación externa 46/80 rotación interna 50/80, codo flexión 120/130, con presencia de dolor EVA 8/10, escala Barthel 45/100.

Objetivo de la persona:

- Realizar las actividades de cuidado personal por mí misma.

Objetivo de Enfermería:

- Realizar movilización activa/asistida para incrementar fuerza.
- Control y/o disminución del nivel del dolor.

Intervención de Enfermería

- Valorar nivel de dolor con escala EVA. (ver anexo 17).
- Ministración de analgésicos según tratamiento.
- Toma de signos vitales, en base a ello se decidirá si se procede a realizar terapia.
- Evaluar índice de Barthel para las actividades de la vida diaria AVD. (ver anexo 11).
- Evaluar nivel de fuerza muscular según escala Daniels. (ver anexos 18).
- Aplicar terapias alternativas para el dolor, termoterapia con compresa caliente, con la recomendación de colocar toalla a la compresa para no quemar la piel, y Masaje

Agente

Tipo

- Estudiante de Posgrado de Enfermería en Rehabilitación.
- Cuidador principal.
- Familia.
- Persona.

Sistema

Tipo

- Parcialmente compensatorio
- Apoyo educativo



<p>sueco. (ver anexo 30, 37, 38).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realizar ejercicios activos/asistidos 10 repeticiones en 4 ciclos 3 veces al día. (ver anexo 22, 23,24). - Disponer y enseñar el uso de aditamentos para ayudarse a vestirse (alcanzador de zapatos, abotonador, peine con extensión). (ver anexo 33). - Recomendar el uso de ropa cómoda tanto para ella y la situación (ropa holgada, de algodón, con pocos botones). (ver anexo 33). 		
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

Evaluación del Diagnostico

Intervención	Indicador	Fecha de Evaluación			
		14/11/2019	15/12/2019	15/01/2020	20/02/2020
Evaluar nivel de dolor con escala EVA	Escala EVA 0/10 0= sin dolor 1-3= dolor leve 4-6= dolor moderado 7-10= dolor severo	8/10	6/10	4/10	1/10
Ministración de analgésicos, apego a tratamiento.	Ingiere analgésico según evaluación del dolor. S= SI N= NO	S	N	N	N



<p>Toma de signos vitales, en base a ello se decidirá si se procede a realizar terapia.</p>	<p>T/A FC FR TEMPERATURA</p>	<p>100/60 80 x´ 20 x´ 36.2</p>	<p>105/65 83 x´ 18 x´ 36</p>	<p>95/62 78 x´ 20 x´ 36.3</p>	<p>105/68 82 x´ 21 x´ 36</p>
<p>Evaluar índice de Barthel para las actividades de la vida diaria AVD.</p>	<p>Grado de dependencia según puntuación Barthel. Menor de 20= Dependencia total 20-35= Dependencia grave 40-55= Dependencia moderada Más de 60= dependencia leve 100= Independiente</p>	<p>45</p>	<p>50</p>	<p>70</p>	<p>80</p>
<p>Evaluar nivel de fuerza muscular según escala Daniels.</p>	<p>0= ausencia de actividad o contracción 1= contracción visible, pero sin evidencia de movimiento significativo. 2= hay contracción y el grupo muscular puede conseguir el movimiento articular en su rango completo, pero no en contra de la gravedad. 3= el músculo puede completar el rango de movimiento completo, pero solo resistiéndose a la fuerza de la gravedad; cuando se aplica resistencia el movimiento de interrumpe.</p>	<p>2/5</p>	<p>3/5</p>	<p>4/5</p>	<p>4/5</p>



	<p>4= el músculo puede completar todo el rango de movimiento y tolerar resistencia moderada sin interrumpir el mismo.</p> <p>5= se trata de la “fuerza normal” y el examinador o terapeuta no puede cambiar la posición final del músculo contraído al final rango de prueba y con la resistencia máxima.</p>				
Aplicar termoterapia con compresa caliente antes de realizar los ejercicios.	<p>Escala Eva 0/10</p> <p>0= sin dolor</p> <p>1-3= dolor leve</p> <p>4-6= dolor moderado</p> <p>7-10= dolor severo</p>	8/10	6/10	6/10	6/10
Realizar ejercicios activos/asistidos 10 repeticiones en 4 ciclos 3 veces al día.	<p>0= no realiza</p> <p>1=Realiza de 1-2 veces al día</p> <p>2= realiza de 3-5 veces al día</p>	0	1	2	2

Evaluación de Diagnostico

En la valoración inicial se encuentra con un déficit para realizar las AVD, en parte por el dolor que presenta en el hombro para poder realizarlas, en la segunda visita se ofrece y otorga un cartel obre los aditamentos para realizar estas actividades, como también, sobre el uso y beneficios de compresas de termoterapia. Se enseña técnica, precauciones y cuidados para el uso y aplicación de compresa caliente y aditamentos.

En la tercera visita se evalúan las técnicas en las que ha realizado el uso cada una de estas, encontrándose según escala EVA una puntuación de 6/10 y escala Barthel 70/100, comenta que ha llevado a cabo tanto en casa como en el INR las terapias, pues acude a revisiones periódicamente.



Las siguientes fotografías, son evidencia del aprendizaje de la técnica y uso de los aditamentos para las AVD, empleadas como parte del plan de rehabilitación física a persona con secuelas de EVC, en la que se puede observar la ayuda para la vestimenta.



Evidencia Fotográfica obtenida por: L.E Gustavo Sánchez Barreras.



4-. Diagnóstico de Enfermería:

- **Riesgo de sufrir una alteración en la actividad peristáltica R/C** disminución de la movilidad física escala Barthel 45 puntos, hipoestesia de hemicuerpo derecho escala Daniels 2 puntos, escala Bristol 6,

Objetivo de la persona:

- No presentar problemas de estreñimiento y/o diarrea.

Objetivo de Enfermería:

- Mantener una capacidad del tracto gastrointestinal adecuado para ingerir y digerir los alimentos.

Intervención de Enfermería

- Evaluar estado nutricional con escala Mini Nutritional Assessment. (ver anexo 5)
- Orientar sobre el tipo de dieta a ingerir y sobre el plato del bien comer (ver anexo 27)
- Evaluar presencia de peristalsis (auscultar con estetoscopio).
- Enseñar técnica de masaje al marco cólico (ver anexo 25)
- Evaluar características de las evacuaciones con escala Bristol. (ver anexo 8).
- Evaluar la movilidad física con escala FIM. (ver anexo 20).

Agente

Tipo

- Estudiante de Posgrado de Enfermería en Rehabilitación.
- Cuidador principal.
- Familia.
- Persona.

Sistema

Tipo

- Parcialmente compensatorio
- Apoyo educativo

Evaluación de las Intervenciones



Intervención	Indicador	Fecha de Evaluación			
		14/11/2019	15/12/2019	15/01/2020	20/02/2020
Evaluar estado nutricional con escala Mini Nutritional Assessment.	Evaluación del estado nutricional (Mini Nutritional Assessment) Menos de 18 puntos= Desnutrición Mayor de 18 puntos= riesgo de desnutrición. 23 – 30 puntos= Normal	19	19	20	21
Orientar sobre el tipo de dieta a ingerir y sobre el plato del bien comer.	Tipo de dieta Líquida: L Papilla: P Picados finos: PF Sólida: S	L	P	PF	PF
Evaluar presencia de peristalsis.	Peristalsis P= presente A= ausente	P	P	P	P
Enseñar técnica de masaje al marco cólico.	Según escala Bristol y evaluación de peristalsis es necesario masaje al marco cólico. S= SI N= No	N	N	N	N



Evaluar características de las evacuaciones con escala Bristol.	Escala Bristol Tipo 1=estreñimiento importante Tipo 2= ligero estreñimiento Tipo 3 y 4 = normal Tipo 5= Falta de fibra Tipo 6= ligera diarrea Tipo 7= Diarrea importante	6	5	4	4
Evaluar la movilidad física con escala FIM.	Grado de dependencia según puntuación FIM. Sin ayuda = SA Dependencia modificada = DM Dependencia completa = DC	DC	DC	DM	DM

Evaluación de Diagnostico

En la valoración inicial se ha encontrado de acuerdo a escalas Mini Nutritional Assessment existencia de riesgo en la nutrición, por escala Bristol de evacuación heces tipo 6 lo que corresponde a ligera diarrea, y según dieta líquida, en estos primeros días por recomendación médica, se prefiere que no presente esfuerzo para la defecación, pues no hay movilidad favorable para que use y se desplace por el entorno, es por ello que mediante siga el plan terapéutico y presente ganancia de fuerza se ira progresando en la alimentación, por consiguiente mejorara el estado nutricional y características de heces.

Para la Segunda y Tercer visita se ha mostrado mejoría, por lo cual se ha progresado en dieta Papilla y picados Finos, lo que ha mejorado el Riesgo de desnutrición que presento según evaluación inicial de escala Mini Nutritional Assessment, por consiguiente, características de heces según escala Bristol paso de tipo 6 a tipo 5 y 4 respectivamente. Cabe mencionar que la actividad peristáltica ha estado presente desde la primera visita.



5-. Diagnóstico de Enfermería:

- **Riesgo de presentar lesiones cutáneas R/C** disminución de la movilidad física, alteración de la sensibilidad.

Objetivo de la persona:

- Evitar que mi piel se lastime, mantenerla en buen estado.

Objetivo de Enfermería:

- Prevención de lesiones cutáneas.

Intervención de Enfermería

- Se valora riesgo de presentar UPP con escala Braden. (ver anexo 10).
- Se valora estado de hidratación en piel con escala Armstrong (ver anexo 6).
- Valorar nivel de edema según escala de cruces (ver anexo 19).
- Vigilar estado nutricional con escala Mini Nutritional Assessment. (ver anexo 5).
- Valorar la higiene y estado de integridad cutánea (presencia de humedad, enrojecimientos) datos que indican inicio de lesión.
- Fomentar el uso de medias de compresión (ver anexo 26).
- Fomentar la higiene de los pies. (ver anexo 39)
- Movilización cada 2 horas en cama, de ser necesario fuera de cama. (ver anexo 36)

Agente

Tipo

- Estudiante de Posgrado de Enfermería en Rehabilitación.
- Cuidador principal.
- Familia.
- Persona.

Sistema

Tipo

- Parcialmente compensatorio
- Apoyo educativo



Evaluación de las Intervenciones					
Intervención	Indicador	Fecha de Evaluación			
		14/11/2019	15/12/2019	15/01/2020	20/02/2020
Se valora riesgo de presentar UPP con escala Braden.	Escala Braden 6-12 puntos= Riesgo alto 13-14 puntos= Riesgo moderado 15-16 puntos= Riesgo bajo 17-23 puntos= Riesgo mínimo	16	16	18	19
Se valora estado de hidratación en piel con escala Armstrong.	Escala Armstrong Nivel 1, y 3= buena hidratación Nivel 4, 5, 6 y 7= mala hidratación	3	3	2	2
Valorar nivel de edema según escala de cruces.	Escala de Cruces/Signo de Godet +/++++ = desaparece casi inmediato ++/++++= desaparece en 15 seg +++/++++= desaparece en 1 min ++++/++++= desaparece de 2-5 min	++	++	+	+
Vigilar estado nutricional con escala Mini Nutritional Assessment.	Evaluación del estado nutricional (Mini Nutritional Assessment) Menos de 18 puntos= Desnutrición Mayor de 18 puntos= riesgo de	19	19	20	21



	desnutrición. 23 – 30 puntos= Normal				
Valorar higiene y estado de integridad cutánea.	Integridad cutánea. B= Buena R= Regular M= Malo	R	B	B	B
Evaluar la movilidad física con escala FIM	Grado de dependencia según puntuación FIM. Sin ayuda = SA Dependencia modificada = DM Dependencia completa = DC	DC	DC	DM	DM
Fomentar el uso de medias de compresión.	Uso de medias de compresión 1= 4-5 horas al día 2= 6-10 horas al día 3= 11- 15 horas al día	3	3	2	2

Evaluación de Diagnostico

En la valoración inicial y de acuerdo con escalas Braden 16 puntos contraendose con un riesgo bajo de UPP, escala de Creces ++/++++ con edema en extremidades de hemicuerpo derecho, escala de Barthel 45 puntos con dependencia moderada para las movilizaciones se ha concluido en que presenta un riesgo para presentar lesiones cutáneas, por lo que se deja plan preventivo en puntos que intervienen, ejemplo; movilización en cama, uso de medias de compresión con material demostrativo y técnicas.



En la segunda visita se encuentra con medias colocadas y fuera de cama, se ha mostrado con interés para con su recuperación y rehabilitación, la nueva valoración con escala de Cruces reporta con +/++++, escala FIM con dependencia moderada, escala de Armstrong nivel 3 con buena hidratación, la valoración a la piel en buen estado.

La siguiente fotografía, es evidencia de la técnica empleada como parte del plan de rehabilitación física a persona con secuelas de EVC, en la que se puede observar la realización de la evaluación de escala de cruces, de igual forma la evaluación de la integridad cutánea mediante la hidratación de la piel, en especial el hemicuerpo afectado.



Evidencia Fotográfica obtenida por: L.E Gustavo Sánchez Barreras.



6-. Diagnóstico de Enfermería:

- **Alteración del estado de ánimo R/C** condición de salud, cambio y desapego al rol familiar **M/P** escala de depresión de Yessavage 7 puntos, temor, tristeza, llanto y desconfianza para con la familia.

Objetivo de la persona:

- Mantener un estado de ánimo agradable.

Objetivo de Enfermería:

- Lograr un estado de ánimo positivo el cual favorezca el interés en la rehabilitación.

Intervención de Enfermería

- Evaluar estado de depresión con escala Yessavage. (ver anexo 13)
- Realizar Test Mini mental de Folstein. (ver anexo 15)
- Fomentar una adecuada relación familiar, mediante terapias ocupacionales y de recreación. Ejemplo; fomentar la participación en técnica Margaret Rood. (ver anexo 35)
- Realizar reuniones familiares en cada sesión o visita domiciliaria (con la finalidad de escuchar necesidades incompletas de la persona, brindar apoyo emocional).
- De ser necesario recomendar o canalizar con especialista (por parte de enfermería con especialista en salud mental o psicología).

Agente

Tipo

- Estudiante de Posgrado de Enfermería en Rehabilitación.
- Cuidador principal.
- Familia.
- Persona.

Sistema

Tipo

- Parcialmente compensatorio
- Apoyo educativo



Evaluación de las Intervenciones

Intervención	Indicador	Fecha de Evaluación			
		14/11/2019	15/12/2019	15/01/2020	20/02/2020
Evaluar estado de depresión con escala Yessavage.	Puntuación Escala Yessavage Menos de 5 puntos= Normal De 6-10 puntos= Depresión moderada Más de 10 puntos= Depresión mayor	7	7	5	4
Realizar Test Mini mental de Folstein.	Test Mini mental de Folstein para el deterioro cognoscitivo. Menor de 15 puntos= Deterioro grave 16-19 puntos= Deterioro moderado 20-24 puntos= Deterioro leve Más de 25 puntos= Normal	27	27	27	27
Fomentar una adecuada relación familiar, mediante terapias ocupacionales y de recreación. En técnica Margaret Rood (Participación de la familia para que ellos sean los que realicen la terapia con las diferentes texturas).	Inclusión de familia en técnica de Margaret Rood. S= SI N= NO	S	S	S	S



Realizar reuniones familiares en cada sesión o visita domiciliaria.	Se realizan las reuniones antes de iniciar la terapia de rehabilitación. S= Si N= NO	S	S	N	S
De ser necesario recomendar o canalizar con especialista.	Seguimiento con Psicología 1= Nunca 2= 1 vez al mes 3= más de 2 veces al mes	2	2	1	1

Evaluación de Diagnostico

Al realizar la primera evaluación y de acuerdo con puntuación obtenida con escala Yessavage 7 puntos, se encuentra en depresión moderada, se nota que ha afectado a su rol familiar las secuelas de la enfermedad, el deterioro cognoscitivo se encuentra normal según Test Folstein, se planea hacer reuniones familiares en cada sesión que se lleve en domicilio, procurando estar presente los familiares cercanos, de igual manera se comenta con el cuidador principal la posibilidad de tomar apoyo emocional con psicología, y refiere que tendrán interconsulta derivada por el neurólogo.

En la Segunda visita se lleva a cabo la reunión familiar en la cual se hace saber del plan y objetivos que se pretende obtener tanto con la rehabilitación como de las reuniones con la familia, se recomienda el ser pacientes y tolerantes para con su familiar, a lo cual su respuesta es favorable con la Sra.

La tercera y cuarta visita se nota progreso, obteniendo mejor puntuación en escala Yessavage 5 y 4, mientras que Test Folstein sin cambios negativos, las visitas con psicología han sido positivos, la familia se muestra más cooperativa y comprensible.



Las siguientes fotografías, son evidencia de la técnica empleada como parte del plan de rehabilitación física a persona con secuelas de EVC, en la que se puede observar la realización de la terapia ocupacional, con apoyo de pelota antiestrés, para la pinza gruesa, y ejercicios de hombro con apoyo de mano no afectada.



Evidencia Fotográfica obtenida por: L.E Gustavo Sánchez Barreras.



4.4 Cronograma de Planes de Cuidados

Plan de Cuidados No. 1

Diagnóstico de Enfermería:					
Alteración en la deglución R/C Secuelas de enfermedad neurológica M/P hipoestesia en hemicara derecha, sensación y derrame de líquido por comisura labial derecha.					
Intervenciones	Tiempo/Duración	Fechas			
		14/11/2019	15/12/2019	15/01/2020	20/02/2020
Evaluar presencia de reflejo tusígeno, reflejo nauseoso y capacidad deglutoria.	10 minutos				
Mantener en posición fowler o bipedestación para ingerir los alimentos.	10 minutos				
Disponer de dieta acorde a situación actual (orientación)	5 minutos				
Brindar información y asesoramiento acerca de aditamentos para la alimentación (Platos, vaso y cubiertos adaptados).	15 minutos				
Realizar plan de ejercicios para fortalecer músculos que intervienen en la deglución.	20 minutos				



Plan de Cuidados No.2

Diagnóstico de Enfermería:					
Alteración en la movilidad física R/C Secuelas de enfermedad neurológica, hemiplejía de hemicuerpo derecho M/P fuerza muscular disminuida, arcos de movilidad articular cadera flexión 110/130, abducción 10/20, rotación externa 20/40, rotación interna 0/10 por dolor en cadera derecha, contractura para flexores de cadera 10/10, isquiotibiales 30/20, tríceps sural 10/10, escala Daniels 2/5, escala Barthel 45/100.					
Intervención	Tiempo/Duración	Fechas			
Disponer de aditamento o dispositivos de ayuda (de ser necesario, andadera para sostenerse, bastón adaptado para mano izquierda).	10 minutos	14/11/2019	15/12/2019	15/01/2020	20/02/2020
Evaluar fuerza muscular con escala Daniels.	10 minutos				
Enseñar higiene de columna para la movilización entre superficies.	10 minutos				
Evaluar limitaciones articulares que impidan realizar movimientos activos.	10 minutos				
Explicar información acerca de la importancia de plan de ejercicios articulares.	10 minutos				
Realizar plan de ejercicios pasivos o activos asistidos de extremidades afectadas.	15 minutos				



Plan de Cuidados No.3

Diagnóstico de Enfermería:					
Deterioro del autocuidado para realizar actividades de higiene y vestido R/C hemiplejía e hipoestesia de hemicuerpo derecho M/P Arcos de movilidad articular para hombro derecho alterados flexión 90/180 abducción 90/180 rotación externa 46/80 rotación interna 50/80, codo flexión 120/130, con presencia de dolor EVA 8/10, escala Barthel 45/100.					
Intervenciones	Tiempo/Duración	Fechas			
		14/11/2019	15/12/2019	15/01/2020	20/02/2020
Valorara nivel de dolor con escala EVA	5 minutos				
Ministración de analgésicos según tratamiento.	2 minutos				
Toma de signos vitales, en base a ello se decidirá si se procede a realizar terapia.	3 minutos				
Evaluar índice de Barthel para las actividades de la vida diaria AVD.	5 minutos				
Evaluar nivel de fuerza muscular según escala Daniels	10 minutos				
Aplicar termoterapia con compresa caliente, con la recomendación de colocar toalla a la compresa para no quemar la piel, temperatura a tolerancia.	15 minutos				
Realizar ejercicios activos/asistidos 10 repeticiones en 4 ciclos 3 veces al día.	15 minutos				



Disponer y enseñar el uso de aditamentos para ayudarse a vestirse (alcanzador de zapatos, abotonador, peine con extensión)	10 minutos				
Recomendar el uso de ropa cómoda tanto para ella y la situación (ropa holgada, de algodón, con pocos botones).	5 minutos				



Plan de Cuidado No.4

Diagnóstico de Enfermería:					
Riesgo de sufrir una alteración en la actividad peristáltica R/C disminución de la movilidad física escala Barthel 45 puntos, hipoestesia de hemicuerpo derecho escala Daniels 2 puntos, escala Bristol 6.					
Intervenciones	Tiempo/Duración	Fechas			
		14/11/2019	15/12/2019	15/01/2020	20/02/2020
Evaluar estado nutricional con escala Mini Nutritional Assessment.	10 minutos				
Orientar sobre el tipo de dieta a ingerir y sobre el plato del bien comer.	10 minutos				
Evaluar presencia de peristalsis.	5 minutos				
Enseñar técnica de masaje al marco cólico	10 minutos				
Evaluar características de las evacuaciones con escala Bristol.	5 minutos				
Evaluar la movilidad física con escala FIM.	10 minutos				



Plan de Cuidado No.5

Diagnóstico de Enfermería:					
Riesgo de presentar lesiones cutáneas R/C disminución de la movilidad física, alteración de la sensibilidad.					
Intervenciones	Tiempo/Duración	Fechas			
		14/11/2019	15/12/2019	15/01/2020	20/02/2020
Se valora riesgo de presentar UPP con escala Braden.	5 minutos				
Se valora estado de hidratación en piel con escala Armstrong.	5 minutos				
Valorar nivel de edema según escala de cruces.	5 minutos				
Vigilar estado nutricional con escala Mini Nutritional Assessment.	5-10 minutos				
Valorar la higiene y estado de integridad cutánea.	10 minutos				
Fomentar el uso de medias de compresión/ técnica.	10 minutos				
Movilización cada 2 horas en cama de ser necesario fuera de cama/técnica.	10 minutos				



Plan de Cuidados No. 6

Diagnóstico de Enfermería:					
Alteración del estado de ánimo R/C condición de salud, cambio y desapego al rol familiar M/P escala de depresión de Yessavage 7 puntos, temor, tristeza, llanto y desconfianza para con la familia.					
Intervenciones	Tiempo/Duración	Fechas			
		14/11/2019	15/12/2019	15/01/2020	20/02/2020
Evaluar estado de depresión con escala Yessavage.	10 minutos				
Realizar Test Mini mental de Folstein.	10 minutos				
Fomentar una adecuada relación familiar, mediante terapias ocupacionales y de recreación. Ejemplo; incluir a la familia en realización de técnica Margaret Rood.	15 minutos				
Realizar reuniones familiares en cada sesión o visita domiciliaria.	15-20 minutos				
De ser necesario recomendar o canalizar con especialista.	5 minutos				

Segunda Valoración

Fecha de Valoración: 23/02/2020

Persona femenina de 63 años con Diagnóstico de Hemiparesia Facio corporal derecha, disartria, secundaria a Enfermedad Vascular Cerebral de tipo hemorrágica intraparenquimatosa frontoparietal izquierda.

Se reporta con signos vitales dentro de parámetros normales, F C; 75 ppm, F R; 20rpm, T/A; 105/60, Temperatura; 36 grados centígrados, ingresos y egresos parciales al corriente, perimétrica de miembros pélvicos simétrica, ultima evacuación de características café formada moderada

- Exploración física: persona femenina de edad aparente similar a la cronológica. Disártrica con desviación de la comisura labial a la izquierda, orientada en tiempo, espacio y persona.
- Cráneo normocéfalo sin hundimientos ni exostosis.
- Campimetría por confrontación sin alteraciones.
- Cuello: cilíndrico
- Arcos de movilidad descritos en valoración focalizada, no dolorosos.
- Tórax normolíneo, con movimiento de amplexión y amplexación simétricos,
- Abdomen plano globoso a expensas de panículo adiposo.

Arcos de Movilidad Articular por Goniometría (Segunda Valoración).

Hombro	Derecho	Izquierdo	Limites Normal
Abducción	160	180	0-170/180°
Aducción			0-40/45°
Flexión	150	180	0-180°
Extensión			0-45/60°
Rotación interna	65	80	0-70/90°
Rotación externa	65	80	0-90°
Circunducción			360°
Codos			

Flexión	120	130	0-145/150°
Extensión			0°
Pronación			90°
Supinación			90°
Muñeca			
Flexión	90	90	0-80/90°
Extensión	70	70	0-70°
Desviación radial	20	20	0-20°
Desviación cubital	20	20	0-35/50°
Circunducción	360	360	360°
Mano			
Flexión M. F	90	90	90°+
Extensión M. F	10	10	0-10°
Flexión F.	90	90	90°+
Extensión F.	5	5	0-5°
Abducción falanges	20	20	20°
Aducción falanges	0	0	0°
Dedo Pulgar			
Abducción	30	30	30°
Aducción	20	20	20°
Flexión	50	50	50/60°
Extensión	10	10	0-10°
Circunducción	360	360	360°
Cadera			
Flexión	120	130	0-90/125°
Extensión			0-10/15°
Abducción	15	20	0-45/50°
Aducción			0-20/30°
Rotación interna	0	10	0-35/40°
Rotación externa	30	40	0-60°

Circunducción			360°
Rodilla			
Flexión	130	130	0-130°
Extensión	0	0	0°
Tobillos			
Flexión dorsal	20	20	0-20/25°
Flexión plantar	45	45	0-45°
Inversión	20	20	0-30°
Eversión	10	20	0-20°
Abducción	10	10	10°
Aducción	20	20	20°
Circunducción	360	360	360°

Elaborado por: L.E Gustavo Sánchez Barreras

Requisitos Universales de Autocuidado/ Segunda Valoración

1-. Mantenimiento de un aporte de aire suficiente:

- Según Escala de disnea de Sadoul: Grado 0 – Ausencia de Disnea. (ver anexo 4)

2-. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua:

- Ingiere en promedio al día 2 a 3 litros de los cuales, jugo natural, café, leche y resto agua purificada.
- Ha mejorado la capacidad para la deglución, ya no presenta derrame de líquido por comisura, ahora puede realizarlo con taza, la cual puede sostener.

3-. Mantenimiento de un aporte de alimentos suficiente:

- Realiza 3 comidas al día su dieta; de Picados finos a blanda.
- El desayuno lo ingiere de 8 30 am a 9 30 am
- La comida de 2 30 pm a 3 30 pm
- La cena de 8 30 pm a 9 30 pm
- El tiempo que demoraba al ingerir alimentos ha disminuido, se muestra ganancia en fuerza de músculos que intervienen en la deglución, la dieta en picados finos le ha favorecido, los aditamentos de ayuda para la alimentación han funcionado, por ejemplo, los cubiertos adaptados, el uso de plato de plástico para evitar accidentes, la familia comenta que a pesar de poder ayudarla con los alimentos la Sra., M.A prefiere hacerlo por sí misma.

Se aplicaron escalas:

- Evaluación Del Estado Nutricional (Mini Nutricional Assessment MNA) obteniendo: 22 puntos presentando Un Riesgo de Malnutrición. (ver anexo5)

- Índice de Masa Corporal (IMC) obteniendo: 23 IMC encontrándose en un nivel Normal (ver anexo 7)

4-. Provisión de cuidados asociados con los protocolos de eliminación y excrementos:

- Habito miccional: previo y actual 3 a 4 veces al día.
- habito evacuatorio: previo cada 24 horas, actual cada 24 horas, sin necesidad de manejo farmacológico

se aplicaron las escalas:

- Escala Bristol obtenido: tipo 4(ver anexo 8)
- Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) obteniendo: Promedio de PB + Promedio de PC entre 0.1 – 1.2 higiene Buena. (ver anexo 9)

5-. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo:

- Perimetria de miembros pélvicos simétrica, arcos de movilidad completos no dolorosos.
- Patrón de marcha con presencia de claudicación de lado derecho, por lo cual es requerido el uso de bastón o apoyo de familiar para andar, actualmente presenta ligera limitación para desplazarse por el entorno.

Se aplicaron las escalas:

- Escala Tinetti. (para marcha y equilibrio) obtenido: 8 puntos para el equilibrio y 7 puntos para la marcha. (ver anexo 16)
- Escala de Braden. (para Ulceras por Presión) obtenido: 20puntos riesgo mínimo. (ver anexo 10)
- Índice de Barthel:75/100 puntos dependencia leve (ver anexo 11)
- Escala de Lawton (actividades instrumentales de la vida diaria) obteniendo: 5 puntos (ver anexo 12)

Actualmente refiere ligera dificultad para el desplazamiento entre el entorno, refiere continuar con ligera debilidad de hemicuerpo derecho, presenta dolor en

hombro derecho tipo punzante EVA 6/10 que se exagera en las posiciones prolongas y a las movilizaciones cede parcialmente al reposo.

6-. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social:

- Actualmente se encuentra en un estado positivo, ha mostrado apego al tratamiento y plan de rehabilitación, el apoyo familiar le ha brindado seguridad, confianza y paciencia en la recuperación.

Se aplicó la escala:

- Escala de depresión de Yessavage: obtenido 5 puntos, encontrándose en un estado positivo. (ver anexo 13)

7-. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano:

- Alérgica: a piña y mandarina
- Agudeza visual disminuida: usa anteojos
- Audición: Sin alteración
- Sentido del olfato: sin alteración
- Sentido del gusto: sin alteración
- Sentido del tacto: Hipoestesia en hemicuerpo derecho
- Ciadas: riesgo mínimo según puntuación de escala Downton.
- Marcha: claudicación de lado derecho, necesita apoyo de bastón o persona para apoyar y dar seguridad.
- Uso de férulas correctivas: No
- Permanece sola la mayor parte del tiempo: siempre cuenta con compañía para apoyarla en sus necesidades.

Se aplican escalas:

- The scale Hearing Handicap Inventory for Elderly Screening HHIE-S (Inventario de limitaciones auditivas para adultos mayores): NO APLICA.
- Escala de caídas de Downton. (Riesgo de caídas) obtenido: 4 puntos riesgo Moderado. (ver anexo 14)

8-. Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones humanas y el deseo de ser normal.

- Ha aceptado la condición física por la que cursa, el apoyo con psicología le ha ayudado a afrontar el suceso.
- Está consciente que las medidas terapéuticas para afrontar las circunstancias es la rehabilitación física, ha mostrado disposición, tolerancia y paciencia lo cual ha repercutido en la ganancia de independencia en sus AVD.

Se aplicó la escala:

- Mini Mental Folstein: obteniendo 27 puntos, deterioro cognoscitivo Normal (ver anexo 15)

Jerarquización de los Problemas / Segunda Valoración

1. Dificultad para la movilización
2. Dolor a la movilización
3. Dificultad para realizar las AVD.
4. Limitación del Arco articular de Movilidad del hombro derecho.

Diagnóstico de Enfermería / Segunda Valoración

Deterioro de la movilidad para realizar autocuidado de las AVD y desplazamiento en el entorno **R/C** secuelas de EVC **M/P** Arcos de movilidad articular para hombro derecho alterados flexión 150/180 abducción 160/180 rotación externa 65/80 rotación interna 65/80, codo flexión 120/130, con presencia de dolor EVA 6/10, escala Barthel 80/100, escala Tinetti (marcha y equilibrio) 8 y 7 puntos.



Diagnóstico de Enfermería:

- **Deterioro de la movilidad para realizar autocuidado de las AVD y desplazamiento en el entorno R/C** Secuelas de EVC **M/P** Arcos de movilidad articular para hombro derecho alterados flexión 150/180 abducción 160/180 rotación externa 65/80 rotación interna 65/80, codo flexión 120/130, con presencia de dolor EVA 6/10, escala Barthel 80/100, escala Tinetti (marcha y equilibrio) 8 y 7 puntos.

Objetivo de la persona:

- Realizar las actividades de cuidado personal sin ayuda de alguien más.

Objetivo de Enfermería:

- Realizar movilización en el entorno con menor grado de dependencia.
- Control y/o disminución del nivel del dolor.

Intervención de Enfermería

- Toma de signos vitales, en base a ello se decidirá si se procede a realizar terapia.
- Valorar nivel de dolor con escala EVA
- Ministración de analgésicos según tratamiento.
- Evaluar índice de Barthel para las actividades de la vida diaria AVD. (ver anexo 11)
- Evaluar nivel de fuerza muscular según escala Daniels. (ver anexo 18)
- Evaluar nivel de marcha y equilibrio con escala Tinetti. (ver anexo 16)
- Aplicar termoterapia con compresa

Agente

Tipo

- Estudiante de Posgrado de Enfermería en Rehabilitación.
- Cuidador principal.
- Familia.
- Persona.

Sistema

Tipo

- Parcialmente compensatorio
- Apoyo educativo



<p>caliente de 10 a 15 minutos previo a las terapias, con medidas preventivas (colocación de funda/toalla a la compresa para evitar quemaduras) (Ver anexo 30)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aplicar masaje terapéutico. (Ver anexo 38) - Realizar ejercicios activos/asistidos 10 repeticiones en 4 ciclos 3 veces al día. - Disponer y enseñar el uso de aditamentos para ayudarse a vestirse ejemplo; alcanzador de zapatos, abotonador, peine con extensión (ver anexo 33) - Recomendar el uso de ropa cómoda tanto para ella y la situación ejemplo; ropa holgada, de algodón, con pocos botones. (ver anexo 33) 				
Evaluación del Diagnostico				
Intervención	Indicador	Fecha de Evaluación		
		05/03/2020	17/03/2020	30/03/2020



Toma de signos vitales, en base a ello se decidirá si se procede a realizar terapia.	T/A FC FR TEMPERATURA	110/60 75 x' 18 x' 36.	105/60 72 x' 20 x' 36.1	110/70 78 x' 20 x' 36.3
Evaluar nivel de dolor con escala EVA.	Escala EVA 0/10 0= sin dolor 1-3= dolor leve 4-6= dolor moderado 7-10= dolor severo	6/10	4/10	3/10
Ministración de analgésicos	Ingiere analgésico según evaluación del dolor. S= SI N= NO	S	N	N
Evaluar índice de Barthel para las actividades de la vida diaria AVD.	Grado de dependencia según puntuación Barthel. Menor de 20= Dependencia total 20-35= Dependencia grave 40-55= Dependencia moderada Mas de 60= dependencia leve 100= Independiente	70/100	70/100	80/100



Evaluar nivel de fuerza muscular según escala Daniels.	0= ausencia de actividad o contracción 1= contracción visible, pero sin evidencia de movimiento significativo. 2= hay contracción y el grupo muscular puede conseguir el movimiento articular en su rango completo, pero no en contra de la gravedad. 3= el músculo puede completar el rango de movimiento completo, pero solo resistiéndose a la fuerza de la gravedad; cuando se aplica resistencia el movimiento de interrumpe. 4= el músculo puede completar todo el rango de movimiento y tolerar resistencia moderada sin interrumpir el mismo. 5= se trata de la “fuerza normal” y el examinador o terapeuta no puede cambiar la posición final del músculo contraído al final rango de prueba y con la	4/5	4/5	4/5
--------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----	-----	-----



	resistencia máxima.			
Evaluar nivel de marcha y equilibrio con escala Tinetti.	Equilibrio y Marcha (suma total) Menor de 19 puntos= riesgo alto de caídas 19-24 puntos= riesgo medio de caídas 25-28 puntos= bajo riesgo de caídas	25	26	26
Aplicar termoterapia con compresa caliente seguido de masaje sueco.	Aplicación de termoterapia y masoterapia. S= SI N=NO	S	S	S
Realizar ejercicios activos/asistidos 10 repeticiones en 4 ciclos 3 veces al día.	0= no realiza 1=Realiza de 1-2 veces al día 2= realiza de 3-5 veces al día	2	2	2

Evaluación de Diagnostico

En la segunda valoración se encuentra con mejor movilidad y fuerza en el hemicuerpo afectado Escala Daniels 4/5, aún continúa con un ligero déficit para realizar las AVD y para desplazarse por el entorno independientemente, con respecto al dolor que presenta en el hombro continua con EVA 6/10 al realizar abducción y aducción por lo cual se continúa con terapia alternativa, en este caso la termoterapia con compresa caliente, empleado medidas preventivas para evitar

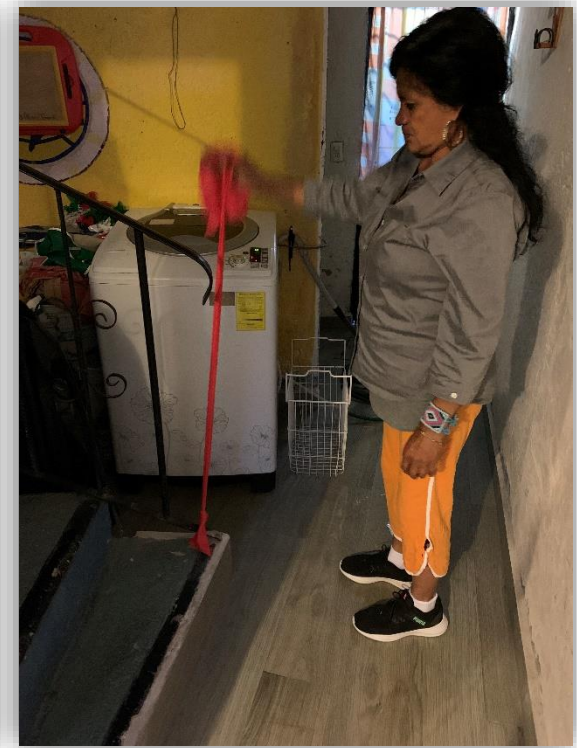


accidentes en la piel, en la segunda visita se ofreció y otorgo cartel sobre los aditamentos para realizar estas actividades, como también, sobre el uso y beneficios de compresas de termoterapia, el cual ha aprendido a emplear.

Se evalúan las técnicas en las que ha realizado el uso cada una de estas, encontrándose según escala EVA una puntuación final de 3/10 y escala Barthel 70/100, escala Tinetti 26 puntos para marcha y equilibrio, comenta que aún sigue acudiendo a terapias y revisiones al INR, que los ejercicios que se implementaron continua realizándolos con mayor frecuencia y facilidad, ha notado una mejoría impresionante pues ha ganado un grado de dependencia menor al momento de realizar las ABVD, en comparación de cómo se inició este estudio de caso.



Las siguientes fotografías, son evidencia de las diferentes técnicas que se emplearon como parte del plan de rehabilitación física a persona con secuelas de EVC, en la que se puede observar la realización de los ejercicios, aplicación de compresas en hombros, valorar el equilibrio y marcha.



Evidencia Fotográfica obtenida por: L.E Gustavo Sánchez Barreras.



Cronograma Plan De Cuidados Segunda Valoración

Diagnóstico de Enfermería:

Deterioro de la movilidad para realizar autocuidado de las AVD y desplazamiento en el entorno R/C Secuelas de EVC **M/P** Arcos de movilidad articular para hombro derecho alterados flexión 150/180 abducción 160/180 rotación externa 65/80 rotación interna 65/80, codo flexión 120/130, con presencia de dolor EVA 6/10, escala Barthel 80/100, escala Tinetti (marcha y equilibrio) 8 y 7 puntos.

Intervención	Tiempo/Duración	Fechas		
		05/03/2020	17/03/2020	30/03/2020
Toma de signos vitales, en base a ello se decidirá si se procede a realizar terapia.	5 minutos			
Valorara nivel de dolor con escala EVA	5 minutos			
Ministración de analgésicos según tratamiento.	5 minutos			
Evaluar índice de Barthel para las actividades de la vida diaria AVD	10 minutos			
Evaluar nivel de fuerza muscular según escala Daniels	10 minutos			
Evaluar nivel de marcha y equilibrio con escala Tinetti.	10 minutos			



Aplicar termoterapia con compresa caliente, con medidas preventivas.	10 minutos			
Aplicación de masaje terapéutico.	10 minutos			
Realizar ejercicios activos/asistidos 10 repeticiones en 4 ciclos 3 veces al día.	15 minutos			
Disponer y enseñar el uso de aditamentos para ayudarse a vestirse (alcanzador de zapatos, abotonador, peine con extensión)	10 minutos			

4.5 Plan de Alta



Universidad Nacional Autónoma de México
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
División de estudios de Posgrado
Instituto Nacional de Rehabilitación LGII



Nombre: M.A.R.B
Edad: 63 años
Fecha de Nacimiento: 17/04/1956
Domicilio: CDMX
Estado civil: Casada
Religión: Católica
Diagnóstico: Enfermedad Vascolar Cerebral de tipo hemorrágico intraparenquimatoso frontoparietal.

Motivo de alta	Diagnostico Medico: Enfermedad Vascolar Cerebral de tipo hemorrágico intraparenquimatoso frontoparietal.
Mejoría	Diagnósticos de Enfermería: Deterioro de la movilidad para realizar autocuidado de las AVD y desplazamiento en el entorno.
Voluntaria	

Requisitos Universales de Cuidado

Control de signos vitales y toma de glucosa.

Signos vitales	Los signos vitales 2 veces al día, por la mañana y por la noche.
Glucosa	1 vez al día la glucosa recomendable en las mañanas
	Recomendación: llevar control en una libreta anotando fecha, hora y datos de los signos tomados.

1-. Mantenimiento de un aporte de aire suficiente

<ul style="list-style-type: none"> Realizar respiraciones diafragmáticas de 5 a 10 repeticiones 3 veces al día, descansando 1 minuto entre cada una. 	<p>A - RESPIRACIÓN DIAFRAGMÁTICA</p> <p>El diagrama muestra cuatro etapas de la respiración diafragmática. En la primera etapa, una mujer está sentada con las manos sobre su abdomen, con el texto 'manos al abdomen' y 'diafragma contraído'. En la segunda etapa, el texto es 'diafragma relajado'. En la tercera etapa, se muestra un abdomen inflado con un símbolo de 'E' y el texto 'abdomen inflado'. En la cuarta etapa, se muestra el ombligo hacia la columna con un símbolo de 'E' y el texto 'ombiligo hacia columna'. En la parte superior derecha del diagrama, se indica 'Diafragma ✓✓✓'.</p> <p>https://cutt.ly/5na8FPd</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

2-. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua

- Se hace una invitación a continuar con la ingesta de líquidos como hasta ahora, solo que se recomienda la jarra del buen beber, explicando que líquido en prioridad y como distribuirlos.



<https://cutt.ly/rnagbyG>

3-. Mantenimiento de un aporte de alimentos suficiente

- Acorde a condición actual de salud y a dieta prescrita por el médico, se da orientación con ayuda del plato de bien comer, explicando que alimentos y como prepararlos para su ingesta.

El Plato del Bien Comer



<https://cutt.ly/drnnQZP>

4-. Provisión de cuidados asociados con los protocolos de eliminación y excrementos

- Se da enseñanza a cerca de como detectar cuando hay alguna alteración en la eliminación; intestinal y urinaria, con el uso de escalas Bristol y Armstrong.

¿Cuál es el color de tu orina?



<https://cutt.ly/OrYKGY>

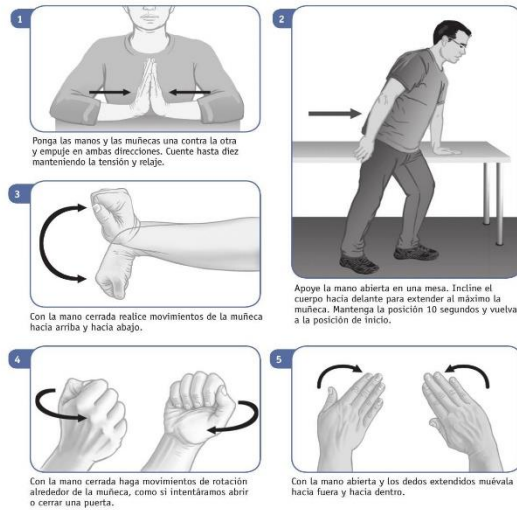
- TIPO 1 Trozos duros separados, que pasan con dificultad. ESTREÑIMIENTO IMPORTANTE
- TIPO 2 Como una salchicha compuesta de fragmentos. LIGERO ESTREÑIMIENTO
- TIPO 3 Con forma de morcilla con grietas en la superficie. NORMAL
- TIPO 4 Como una salchicha o serpiente, lisa y blanda. NORMAL
- TIPO 5 Trozos de masa pastosa con bordes definidos. FALTA DE FIBRA
- TIPO 6 Fragmentos pastosos, con bordes irregulares. LIGERA DIARREA
- TIPO 7 Acuosa, sin pedazos sólidos, totalmente líquida. DIARREA IMPORTANTE

<https://cutt.ly/3e6b4sl>

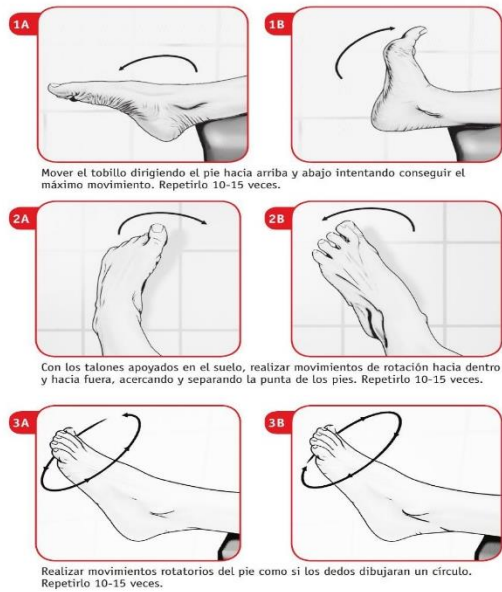
5-. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo

- En base a plan de ejercicios descritos en el programa se hace referencia a ejercicios específicos, los cuales puede realizar para mantener un equilibrio.

Dando prioridad a algunos sencillos que sin problema se pueden realizar mientras, ve televisión, o mientras está en cama o sala.



<https://cutt.ly/LryXSsr>



<https://cutt.ly/mryXzbK>

6-. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social

- Se hace invitación a continuar con terapias con psicología mientras aun lo requiera.
- Se recomienda a familia reuniones frecuentes, en las que tengan convivencia mediante terapias ocupacional y ludicas, ejemplo juegos de mesa.

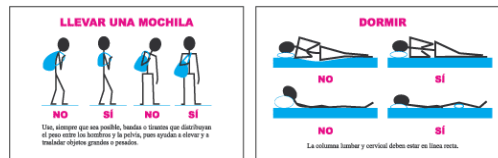


<https://cutt.ly/5na4Ri2>

7-. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano

Se dan recomendaciones importantes para realizar las AVD, ejemplo:

- Mantener el entorno lo más despejado posible.
- Buena iluminación del entorno.
- Disponer de aditamentos para autocuidado.
- Valorar estado de la integridad cutánea con ayuda de familiar.
- Emplear Higiene de columna para evitar grandes esfuerzos y posturas incorrectas.
- Mantener andadera o bastón al alcance para los traslados.



<https://cutt.ly/SruMrlj>

8-. Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, el conocimiento de las limitaciones humanas y el deseo de ser normal

- Se hace hincapié en llevar a cabo la terapia de rehabilitación una vez se finalice la atención por parte de enfermería, acudir a sus terapias al instituto y a las evaluaciones, mostrando interés y disposición, ya que esto repercutirá en la mayor independencia posible, lo cual será favorable para recuperar su rol familiar.



<https://cutt.ly/pna4KPN>

En caso de presentar algunos de estos síntomas, acudir al hospital más cercano.

- Disnea- Dificultad para respirar
- Hipoestesia- Alteración en la sensibilidad
- No poder mover las manos o pies
- Disartria, Dislalia- Dificultad para hablar
- Hipertensión arterial
- Dolor intenso
- Acufenos- Visión borrosa
- Hipoacusia- Dificultada para escuchar

Fecha de alta: 30/03/2020

Persona: M.A.R.B

Cuidador primario: M.C.M

Lic. En Enfermería responsable: Gustavo Sánchez Barreras.

CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES

5.1 Conclusiones

La presente investigación se realizó con interés de demostrar mediante evidencias, lo importante es la rehabilitación física para retomar la independencia de una persona con secuelas de Enfermedad Vasculat Cerebral de tipo Hemorrágico. Está basado en la teoría del Autocuidado de Dorothea Orem, si bien el campo del especialista en rehabilitación está enfocado en las diferentes fases de una enfermedad, en este caso es dirigido a una fase post hospitalaria en la cual los resultados son cuantificados mediante la ganancia del máximo nivel de independencia que logro la persona.

El plan diseñado con el cual se trabajó incluyó diferentes métodos de enseñanza y técnicas de los temas que convergen en este tipo de secuelas en específico, se puede destacar la importancia del uso de cada una de las escalas con las que se trabaja en esta especialidad, el método de Margaret Rood, el uso de terapias alternativas, los ejercicios físicos; orofaciales, de hombro, mano, pie y tobillo, como también el uso de la escala Daniels la cual nos permitió la evaluación y ganancia de la fuerza muscular.

Por otra parte, es importante mencionar el uso de carteles demostrativos y de enseñanza que fueron guía para que la familia tuviera un mejor entendimiento sobre el tema que se estaba abordando, la demostración sobre cómo usar los aditamentos de ayuda para las AVD es sin duda valioso, pues con ellos aprendió a realizar las actividades Básicas de la vida diaria, ejemplo; calzarse los zapatos, calcetines o simplemente alcanzar objetos.

La evidencia es obtenida mediante el método de la visita domiciliaria la cual es un modelo para el seguimiento y evaluación de los resultados propuestos en la planificación, pero también permitió la modificación en planes que no favorecieron los buenos resultados, el apego por parte del cuidador y la familia resulto positivo para incrementar el estado de amino y por consiguiente el cumplimiento de los planes de rehabilitación.

5.2 Recomendaciones

- Reconocer la importancia que tiene el especialista de enfermería en rehabilitación física, ya sea en ámbitos público o privado, en las diferentes áreas respetando el trabajo que ellos realizar.
- Hacer hincapié en la rehabilitación precoz o temprana en pacientes de áreas críticas los cuales son el mayor número de pacientes que requerirán rehabilitación post hospitalaria, partiendo de esta acción es posible ver reducido el tiempo de recuperación para ellos, siempre y cuando hayan tenido una intervención temprana.
- Proponer la creación de áreas específicas para la especialidad en rehabilitación física en enfermería de manera independiente y proporcionar interconsulta como parte del equipo multidisciplinario e intervenir con su plan terapéutico a pacientes hospitalizados en fase aguda o subaguda.

Algo que se tendría que resaltar, es la importancia de brindar información a la población acerca de cómo saber identificar que signos y síntomas están desencadenando una Enfermedad Vasculat Cerebral y por consiguiente acudir lo más pronto posible a un hospital, para evitar un mayor daño que traerá consigo secuelas irreversibles.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Macías-Ruiz Victoria Stefany, Cordero-Pérez María Belén. Vásquez-Cedeño Diego, Saltos-Mata Filadelfo. Factores Asociados A La Mortalidad De La Hemorragia Cerebral intraparenquimatosa Espontánea En Pacientes Mayores De 50 Años Que Acudieron al hospital Teodoro Maldonado Carba Durante El Año 2017. Rev. EcuatNeurol [Internet]. 2019 abr [citado 2019 Nov 10]: 28(1): 10-15. Disponible en: http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2631-25812019000100010&!ng=es
2. Jimenes T, Carlos M. Neuro facilitación, técnicas de rehabilitación neurológicas aplicadas a: Niños con parálisis cerebral o síndrome de Down y Adultos con hemiplejia o daño neurológico, Ed. Trillas disponible en formato PDF: <file:///E:/Libros%20Rehabilitación/Neurofacilitacion%20libro.pdf>
3. D. Escudero Augusto. L. Marqués Álvarez. F. Taboada Costa, Servicio de Medicina intensiva. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. España. Actualización en hemorragia cerebral espontánea disponible en: <http://www.medintensiva.org/es-actualizacion-hemorragia-cerebral-espontanea-articulo-S0210569108709562>
4. Marco J. Albert Cabrera. Guía básica para la confección de una historia clínica XIV, El examen físico particular d ellos pares craneales. [Publicado 6.03.2009], [Internet] Disponible en: <https://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/1403/3/>
5. Granda Gil, Elena-Pérez González, Francisco Javier, Universidad de Valladolid Facultad de Medicina 2017, Grado en Medicina. Hemorragia intraparenquimatosa, Enfermedad cerebrovascular Disponible en: <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/24065>
6. Aguirre Gas H. Ética Médica: Consentimiento informado. Facultad de Medicina UNAM. México. [Internet] [consultado 14.12.19.] Disponible en http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/Ponencia_nov.pdf

7. Jimenes T, Carlos M. Neuro facilitación, técnicas de rehabilitación neurológicas aplicadas a: Niños con parálisis cerebral o síndrome de Down y Adultos con hemiplejia o daño neurológico, Ed. Trillas disponible en formato PDF: <file:///E:/Libros%20Rehabilitación/Neurofacilitacion%20libro.pdf>
8. Downie Patricia A. Neurología para fisioterapeutas. Edición: 4ta, editorial; Panamericana, Pág. 214-256 Disponible en formato PDF: <file:///E:/Libros%20Rehabilitación/Neurologia%20para%20fisioterapeutas%20001.pdf>
9. Guía del examen motor, disponible en formato PDF: <file:///E:/Libros%20Rehabilitación/Guía%20del%20examen%20del%20motor.pdf>
10. Reina, N. C. (2010). El proceso de enfermería: instrumento para el cuidado. *Umbral científico*, (17), 18-23. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/304/30421294003.pdf>.
11. Navarro Peña, y., Castro Salas, m. Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. rev. electrónica [internet]. 2010 dic [citado 2019 dic 14]; disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n19/clinica3.pdf>
12. Expósito Concepción Yaquelín. LA CALIDAD DE VIDA EN LOS CUIDADORES PRIMARIOS DE PACIENTES CON CANCER. *Revhabancienméd* [Internet]. 2008 Sep [citado 2021 Mayo 21]; 7(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2008000300004&lng=es)
13. Vicente-Herrero MT, Terradillos García MJ, Aguado Benedí MJ, Capdevila García L, Ramírez Iñiguez de la Torre MV, Aguilar Jiménez E. Incapacidad y Discapacidad. Diferencias conceptuales y legislativas. Disponible en: <http://www.aeemt.com/>
14. Oficina regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, 525twenty-third Street,N.W, Washington,D.C. 20037, UnitedStatesofAmerica. Pan AmericanHealthOrganizations. AllRightsReserved

15. Naranjo HY, Concepción PJA, Rodríguez LM. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Gaceta Médica Espirituana. 2017;19(3.)
16. Romero Ayuso DM. ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA. An. psicol. [Internet]. 1 de julio de 2007 [citado 21 de mayo de 2021];23(2):264-71. Disponible en: <https://revistas.um.es/analesps/article/view/22291>
17. Gálan V.R, Méndez A.M R. Guia de ayudas técnicas en la ELA
18. Prado Solar Liana Alicia, González Reguera Maricela, Paz Gómez Noelvis, Romero Borges Karelia. La Teoría déficit de Autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. rev.med. electron. [internet]. 2014 dic [citado 2019 dic 14]; 36(6):835-845. disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1684-18242014000600004&lng=es
19. Zabalegui Yáñez Adelaida. El rol del profesional en enfermería. Aquichan [Internet]. 2003 Dec [cited 2020 Jan 06]; 3(1): 16-20. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972003000100004&lng=en.
20. Hernández Cortina Abdul, Guardado de la Paz Caridad. La Enfermería como disciplina profesional holística. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2004 Ago [citado 2020 Ene 06]; 20(2):1-1. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192004000200007&lng=es.
21. Pozo Rivera Alexis. Fernández Iora Fausto, Fernández Lora Lilian. Repercusión de factores clínico-epidemiológicos sobre el pronóstico de las hemorragias intraparenquimatosas. MEDISAN [Internet]. 2010 ago. [citado 2019 Nov 11]; 14(6): 747-753. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192010000600002&lng=es
22. Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, Manuel Velasco Suarez, Enfermedad Vasculat Cerebral, Disponible en: [Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía \(salud.gob.mx\)](http://www.inn.neurologia.gob.mx)

23. BuergoZuaznábar, Miguel Ángel, Fernández Concepción, Otman, Pérez Nellar, Jesús, Lara Fernández, Gloria, Maya Entenza, Carlos y Pando Cabrera, Alejandro Guías de práctica clínica para las enfermedades cerebrovasculares. MediSur. 2007;5(1):2-22. [fecha de Consulta 1 de Junio de 2021]. ISSN. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180020185002>
24. Hernández C. A, Rodríguez G. D. Revista cubana de Neurología y neurociencia, Neuroimagen de la hemorragia intraparenquimatosa cerebral primaria disponible en: <http://www.revneuro.sld.cu/index.php/neu/article/view/278/html>
25. American Stroke Association, ¿Qué es un accidente cerebrovascular?, disponible en: <https://www.stroke.org/en/about-stroke/stroke-symptoms/que-es-un-accidente-cerebrovascular>
26. IMSS, Enfermedad cerebro vascular secuelas, obtenido el 17-01-20, disponible en: <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/enfermedad-vascular-cerebral>
27. Arauz Antonio, Ruíz-Franco Angélica. Enfermedad vascular cerebral. Rev. Fac. Med. (Méx.) [revista en la Internet]. 2012 Jun [citado 2021 Mayo 31]; 55(3):11-21 Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422012000300003&lng=es
28. Dr. Arana, C, A. Guías de Práctica clínica basadas en la evidencia, Enfermedad Cerebrovascular. Asociación Colombiana de facultades de medicina-ASCOFAME. Disponible en:
29. Vergara Sánchez Aimara, Rodríguez Monteagudo José, Barrós Fuentes Pedro, Sánchez Abdala Rubén, Quintero Martínez Osmani. Hemorragia intracerebral espontánea: características tomográficas y evolución. Rev. Finlay [Internet]. 2015 Dic [citado 2021 Mayo 31]; 5(4): 253-263. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342015000400005&lng=es.
30. Hernández Cortina Abdul, Guardado de la Paz Caridad. La Enfermería como disciplina profesional holística. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2004 Ago. [citado 2020 Ene 06]; 20(2):1-1. Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192004000200007&lng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192004000200007&lng=es)

31. Comisión de conciliación y arbitraje médico del estado de México, secretaria de salud. Carta de los Derechos Generales de las enfermeras y los enfermeros recuperado 06-01-2020 disponible en: http://salud.edomex.gob.mx/ccamem/td_c_der_generales.html
32. Comisión de conciliación y arbitraje médico del estado de México, secretaria de salud. Carta de Derechos de los Pacientes, recuperado 06-01-2020 disponible en http://salud.edomex.gob.mx/ccamem/td_c_der_pacientes.html
33. Aguirre Gas H. Ética Médica: Consentimiento informado. Facultad de Medicina UNAM. México. [Internet] [consultado 14.12.19.] Disponible en http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/Ponencia_nov.pdf
34. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 Del Expediente Clínico.
35. NORMA Oficial Mexicana NOM-030-SSA3-2013, Que Establece las características arquitectónicas para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos para la atención médica ambulatoria y hospitalaria del sistema nacional de salud.
36. Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA3-2012 Para la Atención Integral a Personas con Discapacidad.
37. Rachel L. Palmieri, RN-C, ANP, MS. Valoración de los pares. Revista médica; Nursing. 2010, Volumen 28, Número 3. Disponible en: <https://www.elsevier.es/index.php?p=revista&pRevista=pdf-simple&pii=S0212538210703605&r=20>
38. Moros, J. S., Cisneros, M. T., Rubio, M. T., Samperiz, A. L., Escolar, F., & Moros, M. T. (1997). Rehabilitación de la discapacidad en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. In *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* (Vol. 20, pp. 71-79). <https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/download/7583/9326>
39. Ray S Nadyamar C, Oropeza Patricia. Evaluación del estado nutricional de adultos mayores que viven en un centro geriátrico en Caracas, basada en técnicas de despistaje de desnutrición Mini NutritionalAssessment (MNA).

- INHRR [Internet]. 2014 Jun [citado 2021 Jun 03]; 45(1): 131-164. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-04772014000100008&lng=es
40. Suarez, M. J. R. (2016). Diagnóstico del estado de hidratación de los integrantes del equipo representativo de taekwondo de la UDLAP en preparación a una competencia. http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lct/ramirez_s_mj/
41. Definición de índice de Masa Corporal (IMC) por la OMS disponible en: <https://www.enterat.com/salud/imc-indice-masa-corporal.php>
42. Martinez Anna Paula, Azevedo Gisele Regina de. Traducción, adaptación cultural y validación de la "Bristol Stool Form Scale". Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2012 June [cited 2020 Jan 04]; 20 (3): 583-589. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000300021&lng=
43. Moral de la Rubia J, Rodríguez-Franco NI. Distribución y validez convergente de la Escala de Hábitos de Higiene Bucal. Rev. nac. odontol. [Internet]. 13 de junio de 2017 [citado 4 de enero de 2020]; 13(25). Disponible en: <https://revistas.ucc.edu.co/index.php/od/article/view/1709>
44. Blümel M Juan E, Tirado G Karina, Schiele M Claudia, Schönfeldt F Gabriela, Sarrá C Salvador. Validez de la escala de Braden para predecir úlceras por presión en población femenina. Rev. méd. Chile [Internet]. 2004 Mayo [citado 2020 Ene 04]; 132(5): 595-600. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872004000500009&lng=es
45. Cid-Ruzafa, J., & Damián-Moreno, J. (1997). Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Revista española de salud pública*, 71, 127-137. Cid-Ruzafa, J., & Damián-Moreno, J. (1997). Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Revista española de salud pública*, 71, 127-137.
46. Pérez, R. G., Pino, G. G., Ballester, D. G., & Moreno, R. G. (2010). Modelo de regresión logística para estimar la dependencia según la escala de Lawton y Brody. *SEMERGEN-Medicina de Familia*, 36(7), 365-371.

47. Gómez Angulo C, Campo Arias A. Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15 y GDS-5): estudio de la consistencia interna y estructura factorial. UPJ [Internet]. 24ago.2010 [citado 4ene.2020]; 10(3):735-43. Available from: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/236>
48. Molina Robles, Esmeralda, Pajares Requena, Dolors, Camps Ballester, Eduard, MolistSeñé, Gemma, Carrera Goula, Raquel, Incidencia de caídas en la Unidad de Hemodiálisis del Hospital General de Vic. Enfermería Nefrológica [Internet]. 2008;11(1):64-69. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=359833129007>
49. T.Durán-Badillo R.M. Aguilar M.L. Martínez T. Rodríguez G. Gutiérrez L. Vázquez Depresión y función cognitiva de adultos mayores de una comunidad urbano marginal, Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoros, Universidad Autónoma de Tamaulipas (UAMM-UAT), Tamps., México Volume 10, Issue 2, April–June 2013, Pages 36-42, disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706313726277#bibl005>
50. Rodríguez Guevara Camila, Lugo Luz Helena. Validez y confiabilidad de la Escala de Tinetti para población colombiana. Rev.Colomb. Reumatol. [Internet]. 2012 Dec [cited 2020 Jan 04]; 19(4): 218-233. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-81232012000400004&lng=en.
51. Puebla Díaz F. Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S.: Dolor iatrogénico. Oncología (Barc.) [Internet]. 2005 Mar [citado 2020 Ene 04]; 28(3):33-37. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-48352005000300006&lng=es.
52. López GM, González LM, Soler HE, et al. Eficacia de la rehabilitación física para gonartrosis grado I-II con ejercicios propioceptivos. Rev Mex Med Fis Rehab. 2014; 26(3-4):76-81.

53. Almeida, M. A. B., Medeiros, Farias de Queiroz, C. M., Dantas de Sá, J., Brandão de Carvalho, L. A. L., Venícios de Oliveira, L. M., Compromiso tisular de pacientes con úlceras venosa según las clasificaciones de los resultados de enfermería. Departamento de enfermería, Universidad Federal, Ceará, Fortaleza, Brasil.
54. Paolinelli G Carlo, González H Pilar, Doniez S María Eugenia, Donoso D Tatiana, Salinas R Viviana. Instrumento de evaluación funcional de la discapacidad en rehabilitación.: Estudio de confiabilidad y experiencia clínica con el uso del Functional Independence Measure. Rev. méd. Chile [Internet]. 2001 Ene [citado 2021 Sep 01]; 129(1):23-31 Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872001000100004&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872001000100004>.
55. Fisioterapia. (09/2015). Ejercicios orofaciales/ estimulando la lengua. 02/01/2020, de comunidad de Fisioterapeutas Españoles Sitio web: <http://fisioterapiayterapiaocupacional.blogspot.com/2013/09/escala-de-balance-o-equilibrio-de-berg.html>
56. Dr. Antoni López Pujol. (2013). ejercicios para el tobillo y pie. 02/01/2020, de INTRAMED, Instituto de Traumatología y Medicina Regenerativa Dr. Gonzalo Mora Sitio web: <https://itramed.com/ejercicios-para-tobillo-y-pie/>
57. Dr. Antoni López Pujol. (15/02/2016). Ejercicios muñeca y mano. 02/01/2020, de INTRAMED, Instituto de Traumatología y Medicina Regenerativa Dr. Gonzalo Mora Sitio web: <https://itramed.com/ejercicios-para-la-muneca-y-la-mano/>
58. Dr. Antoni López Pujol. (18/02/2016). Ejercicios para el hombro. 02/01/2020, de INTRAMED, Instituto de Traumatología y Medicina Regenerativa Dr. Gonzalo Mora Sitio web: <https://itramed.com/ejercicios-para-el-hombro/>
59. Manuel Muñoz Cano, J. (2015). "El Plato del Bien Comer", ¿evidencia científica o conocimiento transpuesto? disponible en: <https://cdigital.uv.mx/handle/123456789/37522>

60.Lcdo. Ludwing V. Romero F, Método Rood una alternativa terapéutica, publicado 18-01-2007, eFisioterapia.net, disponible en: <https://www.efisioterapia.net/articulos/metodo-rood-una-alternativa-terapeutica>

ANEXOS

Anexo. 1-Consentimiento informado



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN LGII
ESPECIALIZACIÓN DE ENFERMERÍA EN
REHABILITACIÓN



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA OBTENCIÓN DE FOTOGRAFÍAS O VIDEO

CD de México a 9 de NOVIEMBRE 2019

Por medio de la presente yo MANUEL CHAVEZ MORALES Doy mi consentimiento para que la (el) Lic. Enf. Cristina Sanchez Brancius, Estudiante del Posgrado de Enfermería en Rehabilitación de la Universidad Nacional Autónoma de México, realice la toma de fotografías y/o video para fines exclusivamente académicos, asegurando haber recibido la información necesaria sobre las actividades a realizar durante el tiempo que dure esta participación y ser libre de retirarme de este estudio en el momento en que lo desee.

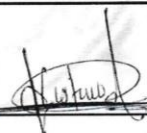
Autorizo:

MANUEL CHAVEZ MORALES 

Testigo:

SUAVALUPE ORDUÑA TORRES 

Estudiante del Posgrado:

Lic. Enf. Cristina Sanchez Brancius 

Anexo. 2-Concentimiento Informado



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION LGII
ESPECIALIZACIÓN DE ENFERMERIA EN REHABILITACION



CONSENTIMIENTO INFORMADO

CD de México a 9 de NOVIEMBRE 2019

Por medio de la presente yo MANUEL CHAVEZ MORALES
Doy mi consentimiento para que la (el) Lic.
Enf. Cristiano Sanchez Barrera, Estudiante del Posgrado de Enfermería
en Rehabilitación de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la
Universidad Nacional Autónoma de México, realice seguimiento y participación
activa en el cuidado integral y especializado de mi padecimiento como parte de
sus actividades académicas, asegurando haber recibido la información necesaria
sobre las actividades a realizar durante el tiempo que dure esta participación y ser
libre de retirarme de este estudio en el momento en que lo desee.

Autorizo (nombre y firma):

MANUEL CHAVEZ MORALES

Testigo (nombre y firma):

SUAVALOPE OROVIA TORRES

Estudiante del Posgrado (nombre y firma):

Lic. Enf. Cristiano Sanchez Barrera

Anexo. 3-Evaluación de los 12 Pares Craneales.

La valoración de los pares craneales puede ofrecer grandes dificultades y requiere un conocimiento preciso.³⁷

I	Olfativo	Olfato
II	Óptico	Visión
III	Oculomotor (ocular común)	Constricción pupilar, apertura de los ojos y la mayoría de los movimientos extraoculares
IV	TrocLEAR (Patético)	Mirada hacia abajo en dirección nasal
V	Trigémino	<u>Función motora:</u> músculos temporales y maseteros (masticación y movimientos laterales de la mandíbula) <u>Función sensorial:</u> sensibilidad de la cara (rama oftálmica, maxilar y mandibular)
VI	Abducente (ocular externo)	Desviación lateral de los ojos
VII	Facial	<u>Función motora:</u> movimientos de la cara (frente, orbiculares, peribucales) <u>Función sensorial:</u> sensibilidad gustativa de los 2/3 anteriores de la lengua (sabor salado, dulce, amargo y ácido)
VIII	Auditivo	Audición (rama coclear) y equilibrio (rama vestibular)
IX	Glossofaríngeo	<u>Función motora:</u> faringe <u>Función sensorial:</u> sensibilidad gustativa del tercio posterior de la lengua (sabor salado, dulce, amargo y ácido), sensibilidad de la faringe, de la porción posterior del tímpano y del conducto auditivo externo
X	Vago	<u>Función motora:</u> velo del paladar, faringe y laringe <u>Función sensorial:</u> faringe y laringe
XI	Accesorio espinal	Inerva los músculos esternocleidomastoideo y la porción superior del músculo trapecio
XII	Hipogloso	Inerva la lengua

<https://cutt.ly/fnmHXXO>



<https://cutt.ly/InmJSWn>

Primera valoración:





Segunda valoración:



Anexo. 4-Escala de disnea de Sadoul

La disnea se describe como la sensación subjetiva de falta de aire, asociada a una percepción de mayor trabajo respiratorio. Durante la misma se pierde el automatismo de la respiración, que pasa a un plano consciente como una respiración dificultosa con relación al nivel de actividad física desarrollada. El hecho de que se trate de una sensación subjetiva la hace más difícil de valorar.³⁸

Escala de Sadoul de valoración de la disnea	
Grado 0.  	Ausencia de disnea.
Grado 1.	Disnea después de esfuerzos importantes o subir dos pisos de escaleras.
Grado 2.	Disnea al subir un único piso de escaleras o con la marcha rápida en una ligera subida.
Grado 3.	Disnea durante la marcha normal por terreno llano.
Grado 4.	La disnea se manifiesta con la marcha lenta
Grado 5.	Disnea ante los mínimos esfuerzos

<https://cutt.ly/WWctR4w>

Primera valoración: grado 0



Segunda valoración: grado 0



Anexo. 5-Evaluación del estado nutricional (Mini Nutritional AssessmentMNA).

El estado nutricional puede valorar:

- Desnutrición cuando la calificación es menor a 18 puntos,
- Riesgo de desnutrición cuando obtenemos resultado mayor de 18, pero menor de 23,
- Normal cuando el reporte es > 23 y < 30 , que es el máximo para obtener con esta prueba.

Cada respuesta incorrecta equivale a un punto, se suman para obtener la calificación y establecer si existe o no depresión en el anciano.³⁹

Evaluación del Estado Nutricional Mini NutritionalAssesment MNA™		
Nombre: M.A.R.B.	Fecha: 9/ 11/ 19	Edad: 63 AÑOS
Sexo: FEMENINO	Talla en cm: 1. 55 MTS	
Peso en kg: 56 KG		
Responda la primera parte del cuestionario indicando la puntuación adecuada para cada pregunta. Sume los puntos correspondientes y si el resultado es igual o inferior a 11, complete el cuestionario para obtener una apreciación precisa del estado nutricional.		
A. ¿Ha perdido el apetito? ¿Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o deglución en los últimos tres meses?		
0 = anorexia grave		
1 = anorexia moderada ←		
2 = sin anorexia		
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 tres meses?		
0 = sí		
2 = no ←		
E. Problemas neuropsicológicos		
0 = demencia o depresión grave		
1 = demencia o depresión moderada		
2 = sin problemas psicológicos ←		
F. Índice de masa corporal [IMC = peso/(talla) ²] en kg/m ²		
0 = IMC < 19		
1 = 19 ≤ IMC < 21		
2 = 21 ≤ IMC < 23 ←		
3 = IMC ≥ 23		

Evaluación de la primera parte (subtotal máximo, 14 puntos):
12 puntos o más = normal; no es necesario continuar la evaluación
11 puntos o menos = posible malnutrición; continuar la evaluación

G. ¿El paciente vive independiente en su domicilio?

0 = no ←

1 = sí

H. Toma más de tres medicamentos al día?

0 = sí ←

1 = no

I. ¿Presenta úlceras o lesiones cutáneas?

0 = sí

1 = no ←

J. ¿Cuántas comidas completas toma al día? (equivalentes a dos platos y postre)

0 = 1 comida

1 = 2 comidas

2 = 3 comidas ←

K. El paciente consume:

• ¿productos lácteos al menos una vez al día? Sí No

0.0 = 0 o 1 sí ←

• ¿huevos o legumbres 1 o 2 veces a la semana? Sí No

0.5 = 2 sí ←

• ¿carne, pescado o aves, diariamente? Sí No

1.0 = 3 sí

L. ¿Consume frutas o verduras al menos dos veces al día?

0 = no

1 = sí ←

M. ¿Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día? (agua, jugo, café, té, leche, vino, cerveza, etc.)

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. ¿Considera el paciente que está bien nutrido? (problemas nutricionales)

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 = $21 \leq CB \leq 22$

1.0 = $CB > 22$ ←

R. Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm)

0 = $CP < 31$

1 = $CP \geq 31$ ←

Evaluación de la segunda parte (máximo 16 puntos)

+ resultado de la primera parte = evaluación global
(máximo 30 puntos)

Evaluación del estado nutricional

De 17 a 23.5 puntos = riesgo de malnutrición ←

Menos de 17 puntos = malnutrición

Anexo. 6-Escala Armstrong

Es una escala para valorar el estado de hidratación.

El nivel 1, 2 y 3 la orina indica buena hidratación.

El nivel 4, 5, 6, y 7 no estás bien hidratado y debes de beber más cantidad de líquidos.

Como norma general si tu orina huele demasiado fuerte puede ser síntoma de deshidratación, las vitaminas pueden cambiar el color de la orina durante algunas horas, si se está tomando algún suplemento esta escala puede no ser fiable.⁴⁰




<https://cutt.ly/0ryKGy>

Primera valoración: 3 ■

Segunda valoración: 3 ■

Anexo. 7-Índice de masa corporal (IMC).

El índice de masa corporal (IMS) peso en kilogramos dividido por le cuadrado de la talla en metros (kg/m²) es un índice utilizado frecuentemente para clasificar el sobrepeso y la obesidad en adultos. La OMS define el sobrepeso como un IMC igual o superior a 25, y la obesidad como un IMC igual o superior 30.⁴¹

Clasificación.	Riesgo de comorbilidad*	Riesgo de comorbilidad* en relación al perímetro de cintura aumentado: Hombres > 90 cm Mujeres > 80 cm	Puntos de corte principales
Bajo peso	Bajo, pero con riesgo para otros problemas clínicos	-----	< 18.50
Delgadez severa			< 16.00
Delgadez moderada			16.00 – 16.99
Delgadez leve			17.00 – 18.49
Intervalo normal	-----	Aumentado	18.50 - 24.99 
Sobrepeso	Aumentado	Alto	≥25.00
Pre-obesidad			25.00 – 29.99
Obesidad	Alto	Muy alto	≥ 30
Obesidad grado I			30.00 – 34.99
Obesidad grado II			35.00 – 39.99
Obesidad grado III	Extremadamente alto	Extremadamente alto	> 40

<https://cutt.ly/aWctBaW>

Primera valoración: 23



Segunda valoración: 23



Anexo. 8-Escala de Bristol para clasificar las heces

Escala de Bristol para Consistencia de Heces, evalúa de manera descriptiva la forma del contenido fecal, utilizando métodos gráficos que representan siete tipos de heces de acuerdo con su forma y consistencia.⁴²



<https://cutt.ly/3e6b4sl>

Primera valoración: tipo 6



Segunda valoración: tipo 4



Anexo. 9 -Índice de higiene oral simplificado (IHOS)

Es un instrumento que mide el grado de higiene bucal, evaluando las cantidades de detritos (cúmulos de placa no mineralizada sobre la superficie dental) y cálculo (depósito de placa bacteriana mineralizada sobre la superficie dental).

El rango del IHOS varía de 0 a 6.

Una puntuación de 0 refleja una higiene bucal excelente, de 0,1 a 1,2 es buena, de 1,3 a 3 es regular y de 3,1 a 6 es mala.⁴³


ÍNDICE DE HIGIENE ORAL SIMPLIFICADO (IHOS)

- IHOS (Índice de Higiene Oral Simplificado)

- Criterios para la Clasificación:

Cód.	Materia alba
0	Sin materia alba
1	Materia alba cubriendo hasta 1/3 de la superficie
2	Materia alba cubriendo mas de 1/3 de la superficie
3	Materia alba cubriendo mas de 2/3 de la superficie

Cód.	Calculo dental
0	Sin calculo
1	Calculo supragingival cubriendo 1/3 o menos de la superficie
2	Calculo cubriendo de 1/3 a 2/3 de la superficie
3	Calculo cubriendo mas de 2/3 de la superficie



0 1 2 3

<https://cutt.ly/pe6nyrf>

Primera valoración



Segunda valoración





Anexo. 10-Escala de valoración riesgo de úlceras por presión- Braden.

Evalúa el riesgo de desarrollar úlceras por presión en base a la sensibilidad y humedad de la piel, la fricción del cuerpo con las sábanas, la movilidad, actividad y nutrición del paciente. Un puntaje menor o igual a 16 implica riesgo de desarrollar úlceras por presión.⁴⁴

ESCALA DE BRADEN					
Valoración	Puntuación	1	2	3	4
Percepción sensorial		Completamente limitada.	Muy ilimitada.	Ligeramente limitada. 	Sin limitaciones.
Exposición a la humedad		Constantemente húmeda.	A menudo húmeda.	Ocasionalmente húmeda. 	Raramente húmeda. 
Actividad		Encamado/a.	En silla. 	Deambulaci3n ocasional. 	Deambulaci3n frecuente.
Movilidad		Completamente inm3vil.	Muy limitada. 	Ligeramente limitada. 	Sin limitaciones.
Nutrici3n		Muy pobre.	Prevalente inadecuada.	Adecuada. 	Excelente. 
Roce y peligro de lesiones		Problema.	Problema potencial. 	No existe problema aparente. 	Riesgo de presenta UPP
Puntuaci3n obtenida					
Interpretaci3n.					
17 – 23 puntos  15-16 puntos  13-14 puntos 6-12 puntos				Riesgo m3nimo Riesgo bajo Riesgo moderado Riesgo alto	

<https://cutt.ly/VWct3Cx>

Primera valoraci3n: 16 puntos 
 Segunda valoraci3n: 20 puntos 

Anexo. 11-Índice Barthel para la valoración de las actividades de la vida diaria.

Valora la capacidad de una persona para realizar de forma dependiente o independiente 10 actividades básicas de la vida diaria. Su puntuación oscila entre 0 (completamente dependiente) y 100 (completamente independiente).⁴⁵

Actividad	Descripción	Puntaje
Comer	1. Incapaz	0
	2. Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.	✓ 5 ✓
	3. Independiente (la comida está al alcance de la mano)	10
Trasladarse entre la silla y la cama	1. Incapaz, no se mantiene sentado	0
	2. Necesita ayuda importante (1 persona entrenada o 2 personas), puede estar sentado	5 ✓
	3. Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)	✓ 10
	4. Independiente	15
Aseo personal	1. Necesita ayuda con el aseo personal	0
	2. Independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse	✓ 5 ✓
Uso del retrete	1. Dependiente	0
	2. Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo	✓ 5 ✓
	3. Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)	10
Bañarse o Ducharse	1. Dependiente	0
	2. Independiente para bañarse o ducharse	✓ 5 ✓
Desplazarse	1. Inmóvil	0
	2. Independiente en silla de ruedas en 50 m	5
	3. Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal)	✓ 10
	4. Independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador	15
Subir y bajar escaleras	1. Incapaz	0
	2. Necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta	✓ 5 ✓
	3. Independiente para subir y bajar	10
Vestirse y desvestirse	1. Dependiente	0
	2. Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda	5
	3. Independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc.	✓ 10 ✓
Control de heces	1. Incontinente (o necesita que le suministren enema)	0
	2. Accidente excepcional (uno/semana)	5
	3. Continente	✓ 10 ✓
Control de orina	1. Incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa	0
	2. Accidente excepcional (máximo uno/24 horas)	5
	3. Continente, durante al menos 7 días	✓ 10 ✓

<https://cutt.lv/Fe6nzAK>

Primera valoración: 55 puntos



Segunda valoración: 75 puntos



Menor de 20= Dependencia total
 20-35= Dependencia grave
 40-55= Dependencia moderada
 Más de 60= dependencia leve
 100= Independiente

Anexo. 12-Escala de Lawton de actividades instrumentales de la vida diaria

Evalúa la capacidad funcional mediante 8 ítems: A mayor puntuación, mayor independencia para la realización de las actividades instrumentales de la vida diaria. La puntuación total oscila de 0 a 8 para mujeres y de 0 a 5 para hombres.⁴⁶































CAPACIDAD PARA UTILIZAR EL TELEFONO		
1		Utiliza el teléfono por iniciativa propia.
1	✓	Capaz de marcar bien algunos números familiares.
✓ 1		Capaz de contestar el teléfono, pero no de marcar.
0		No utiliza el teléfono en absoluto.
COMPRAS		
1		Realiza independientemente todas las compras necesarias.
0		Realiza independientemente pequeñas compras.
0	✓	Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra.
✓ 0		Totalmente incapaz de comprar.
PREPARACION DE LA COMIDA		
1		Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente.
0		Prepara adecuadamente comidas si se le proporcionan los ingredientes.
0		Prepara, calienta y sirve comidas, pero no sigue una dieta adecuada.
✓ 0	✓	Necesita que le preparen y sirvan la comida.
CUIDADOS DE LA CASA		
1		Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (ejemplo: ayuda doméstica para el trabajo pesado).
1		Realiza tareas ligeras, tales como lavar platos o hacer la cama.
1	✓	Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un aceptable nivel de limpieza.
✓ 1		Necesita ayuda en todas las labores de la casa.
0		No participa en ninguna labor de la casa.
LAVADO DE LA ROPA		
1		Lava por sí solo toda la ropa.
1		Lava por sí solo pequeñas prendas.
✓ 0	✓	Todo el lavado de la ropa debe serle realizado.
MEDIOS DE TRANSPORTE		
1		Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche.
1		Es capaz de abordar un taxi, pero no utiliza otro tipo de transporte público.
1	✓	Viaja en transporte público cuando va acompañado de otra persona.
✓ 0		Utiliza únicamente el taxi o el automóvil con ayuda de otros.
0		No viaja en absoluto.
RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN		
1	✓	Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correcta.
✓ 0		Toma su medicación si la dosis es preparada previamente.
0		No es capaz de administrarse su medicación.
CAPACIDAD PARA MANEJAR ASUNTOS ECONÓMICOS		
1		Capaz de encargarse de asuntos económicos por sí solo (presupuestos, extiende cheques, paga la renta, va al banco).
✓ 1	✓	Realiza compras de cada día, pero necesita ayuda en el banco, grandes compras, etc.
0		Incapaz de manejar dinero.
Primera valoración: 3 puntos ■		
Segunda valoración: 5 puntos ■		

<https://cutt.ly/tWct68c>

Anexo. 13-Escala de depresión de Yessavage (la escala de depresión geriátrica).

Escala utilizada para valorar la depresión geriátrica, explora únicamente síntomas cognositivos depresivos, con un patron de respuesta dicotómicas para facilitar la evaluación.

- Si se obtienen hasta 5 puntos consideramos como normal al individuo
- Entre 6 y 10 puntos existe depresión moderada,
- Más de 10 podemos sospechar depresión mayor.⁴⁷

Pregunta	Respuesta esperada
1.- ¿Se siente satisfecho con su vida?	  SI (0) NO (1)
2.- ¿Ha bajado mucho el interés por su trabajo y actividades?	SI (1) NO (0)  
3.- ¿Piensa que su vida está vacía?	SI (1) NO (0)  
4.- ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	  SI (1) NO (0)
5.- ¿Frecuentemente se encuentra aburrido?	  SI (0) NO (1)
6.- ¿Tiene miedo de que le pase algo malo pronto?	 SI (1) NO (0) 
7.- ¿Se encuentra feliz la mayor parte del tiempo?	  SI (0) NO (1)
8.- ¿Tiene la sensación de que es incapaz de realizar algunas cosas?	  SI (1) NO (0)
9.- ¿Prefiere permanecer en su casa que salir a la calle a pasear?	  SI (1) NO (0)
10.- ¿Piensa que tiene problemas con su memoria?	SI (1) NO (0)  
11.- ¿Cree que es bonita la vida y que es bello vivir?	  SI (0) NO (1)
12.- ¿Tiene la sensación de que no tienen valor las cosas que hace?	SI (1) NO (0)  
13.- ¿Tiene la sensación de tener toda su energía?	SI (0) NO (1)  
14.- ¿Piensa que su situación es desesperada?	  SI (1) NO (0)
15.- ¿Cree que los demás tienen mejor suerte que usted?	 SI (1) NO (0) 

<https://cutt.ly/sWcyuGT>

Primera valoración: 7 puntos












Segunda valoración: 5 puntos





Anexo. 14-Escala de Caídas de Downton (riesgo de caídas)

La escala realiza la medición del riesgo de sufrir una caída, a través de una escala validada con el objetivo de identificar al paciente susceptible de caídas. Esta escala permite establecer y desarrollar medidas y acciones de educación necesarias para prevenir caídas en pacientes identificados con alto riesgo.⁴⁸

ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS (J.H. DOWNTON)		
Caídas previas	Si 	1 
	No	0
Medicamentos	Tranquilizantes, sedantes.	1
	Diuréticos hipotensores no diuréticos.	1
	Anti parkinsonianos, antidepresivos, otros. 	1 
Déficits sensoriales	Ninguno	0
	Alteraciones visuales o auditivas 	1 
Estado Mental	Orientado 	0 
	Confuso	1
	Agitación Psicomotora	1
Deambulaci3n	Normal	0
	Asistida con elementos de apoyo 	1 
	Reposo absoluto postrado	1
Puntaje total		4
Interpretaci3n de resultados		
Riesgo Bajo: 0 a 2 puntos	Verde	
Riesgo medio: 3 a 4 puntos	Amarillo  	
Riesgo Alto: 5 a 9 puntos	Rojo	

<https://cutt.ly/6WcyamC>

Primera valoraci3n: 4 puntos 

Segunda valoraci3n: 4 puntos 

Anexo. 15-Test Minimental de Folstein (SMMT). (Deterioro cognoscitivo.)

Es un instrumento de 30 reactivos a partir del cual se realizan diversas preguntas e instrucciones sencillas, con el fin de evaluar funciones cognitivas superiores como son: orientación, concentración, memoria, lenguaje, atención y cálculo.⁴⁹

TEST MINIMENTAL DE FOLSTEIN (SMMT). memoria, orientación, concentración, lenguaje, atención y cálculo.	
Evaluación	Máximo puntaje obtenido
ORIENTACIÓN	
1. ¿Cuál es el año en que estamos?	1--1
¿En qué estación del año estamos?	1--1
¿Cuál es la fecha actual?	1--1
¿Qué día de la semana es?	1--1
¿En qué mes estamos?	1--1
2. ¿En qué país estamos?	1--1
¿Cómo se llama el estado donde vivimos?	1--1
¿En qué ciudad estamos ahora?	1--1
¿Cuál es el lugar donde nos encontramos ahora?	1--1
¿En qué consultorio estamos?	1--1
CONCENTRACIÓN	
3. Nombre tres objetos, en un segundo cada uno, —papelll, —bicicletall, —cucharall Pida que repita los tres nombres Los puede repetir hasta tres veces para que el paciente los aprenda	3--3
ATENCIÓN Y CÁLCULO	
4. Pida al paciente que cuente en forma regresiva de 4 en 4 a partir de 40 (40, 36, 32, 28, etc.) Ordene suspender después de 5 intentos Como alternativa, que diga MUNDO al revés (ODNUM)	3--3
MEMORIA	
5. Pregunte al paciente el nombre de los tres objetos indicados en la pregunta 3	3--3
LENGUAJE	
6. Enséñele al paciente un lápiz y un reloj y pídale que los repita según se los muestre	2--2
7. Debe repetir —yo no voy si tú no llegas temprano	1--1
8. Debe realizar la siguiente acción en tres etapas: —tome esta hoja de papel con su mano derecha, dóblela a la mitad y colóquela en el pisoll	1--1
9. Solicite que lea y ejecute lo que está escrito: —CIERRE SUS OJOS	2--2
10. Pídale que escriba una oración que contenga sujeto, verbo y predicado	1--1
11. Pídale que copie los pentágonos entrelazados	1--1
Lo que interesa es el cruzamiento de ambos pentágonos	
Total	27--27

<https://cutt.ly/3Wcygug>

Primera valoración: 27 puntos



Segunda valoración: 27 puntos
















Normal cuando el puntaje es superior a 25
Deterioro leve entre 20 y 24
Deterioro moderado entre 16 y 19
Deterioro grave menor de 15

Anexo. 16-Escala de Tinetti (Marcha y equilibrio).

Valora la marcha y el equilibrio, estos dos aspectos brindan una información más completa para evaluar el riesgo de caída, determinar si hay alteraciones en la marcha y en el equilibrio que requieren intervención, y valorar la presencia de posibles trastornos neurológicos o musculo esqueléticos.

La valoración de la marcha y el equilibrio se realiza con la escala de Tinetti, que califica normal en 12 puntos para la marcha y en 16 puntos para el equilibrio.⁵⁰

TINETTI. EVALUACIÓN DEL EQUILIBRIO		
El paciente permanece sentado en una silla rígida sin apoyabrazos. Se realizan las siguientes maniobras.		Puntos
Equilibrio sentado	Se inclina o desliza en la silla	0
	Se mantiene seguro	1 
Levantarse	Incapaz sin ayuda	0 
	Capaz, pero usa los brazos para ayudarse	1 
	Capaz sin usar los brazos	2
Equilibrio en bipedestación	Inestable	0 
	Estable con apoyo amplio (talones separados más de 10 cm.) y usa bastón u otros apoyos	1 
	Estable sin andador y otros apoyos	2
Empujar (el paciente en bipedestación con el tronco erecto y los pies tan juntos como sea posible). El examinador empuja suavemente en el esternón del paciente con la palma de la mano tres veces.	Empieza a caerse	0
	Se tambalea, se agarra, pero se mantiene	1 
	Estable	2 
Ojos cerrados	Inestable	0 
	Estable	1 
Vuelta de 360°	Pasos discontinuos	0 
	Continuos	1 
	Inestable (se tambalea o se agarra)	0
	Estable	1
Sentarse	Inseguro, calcula mal la distancia, cae en la silla	0
	Usa los brazos o el movimiento es brusco	1 
	Seguro, movimiento suave	2 
Total		3--9

TINETTI. EVALUACIÓN DE LA MARCHA

El examinador y paciente de pie, camina por el pasillo o habitación (unos 8 metros) a paso normal		Puntos	
del paso	Movimiento pie derecho	No vacila.	1
		No sobrepasa al pie izquierdo con el paso	0
		Sobrepasa al pie izquierdo	1
		El pie derecho no se separa completamente del suelo con el paso	0
Longitud y altura	Movimiento pie izquierdo	El pie derecho se separa completamente del suelo	1
		No sobrepasa al pie derecho con el paso	0
		Sobrepasa al pie derecho	1
		El pie izquierdo no se separa completamente del suelo con el paso	0
Simetría del paso		El pie izquierdo se separa completamente del suelo	1
		La longitud de los pasos con los pies izquierdo y derecho no es igual	0
Fluidez del paso		La longitud del paso parece igual	1
		Paradas entre los pasos	0
Traectoria.	Observar el trazado que realiza uno de los pies durante tres metros	Los pasos parecen fluidos	1
		Desviación grave de la trayectoria	0
		Leve/moderada desviación o usa ayudas para mantener la trayectoria	1
Tronco		Sin desviación o uso de ayudas	2
		Balanceo marcado o uso de ayudas	0
		No se balancea al caminar, pero flexiona las rodillas o la espalda, o separa los brazos al caminar	1
Postura al caminar		No se balancea ni flexiona ni usa otras ayudas al caminar	2
		Talones separados	0
		Talones casi juntos al caminar	1
		Total	6

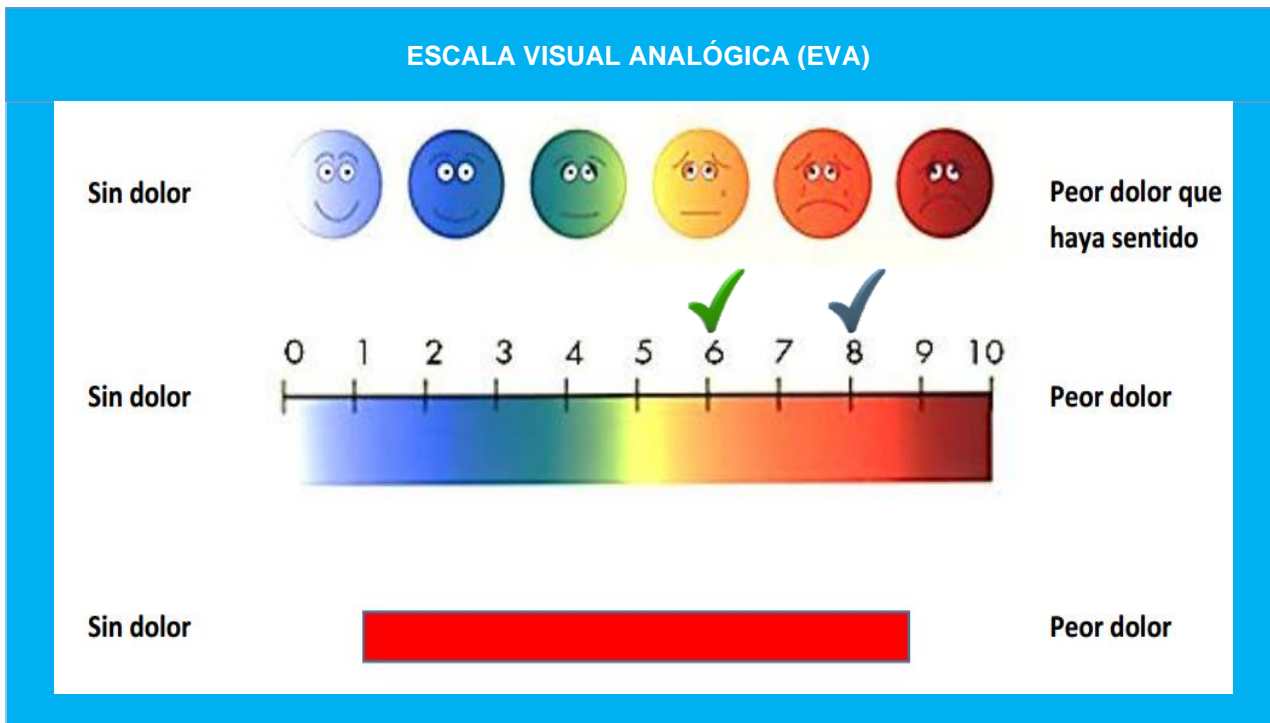
<https://cutt.ly/aWcyvB1>

Primera valoración: 5 puntos

Segunda valoración: 14 puntos

Anexo. 17-Escala visual análoga - EVA (Evaluación del dolor).

La escala visual analógica (EVA) permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente con la máxima reproducibilidad entre los observadores. Consiste en una línea vertical de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el extremo inferior se ubica la ausencia o menor intensidad y en el superior la mayor intensidad. Se le solicita al paciente dé una calificación al dolor de acuerdo con la intensidad con la que lo percibe.⁵¹





<https://cutt.ly/ee6EcdP>

Primera valoración: 8 puntos
Segunda valoración: 6 puntos


Anexo. 18-Escala Daniels.


Esta escala es un instrumento para valorar la capacidad que tiene el musculo para mantener una contracción ligera.

En ella, el examinador debe movilizar de forma manual la extremidad del paciente, en la totalidad del rango articular posible, y percibir la resistencia producida por el estiramiento de un músculo específico que se genera ante su movimiento pasivo. Está concebida como un examen cualitativo, con una gradación de valores ordinales en un rango de 0-5.⁵²

ESCALA DANIELS	
Puntuación	Respuesta del tono muscular
0	Ninguna respuesta muscular.
1	El músculo realiza una contracción palpable, aunque no se evidencia el movimiento.
2 	El músculo realiza todo el movimiento de la articulación una vez que se libera el efecto de la gravedad.
3	El músculo realiza todo el movimiento contra la acción de la gravedad, pero sin sugerirle ninguna resistencia.
4 	El movimiento es posible en toda la amplitud, contra la acción de la gravedad y sugiriéndole una resistencia manual moderada.
5	El músculo soporta la resistencia manual máxima.

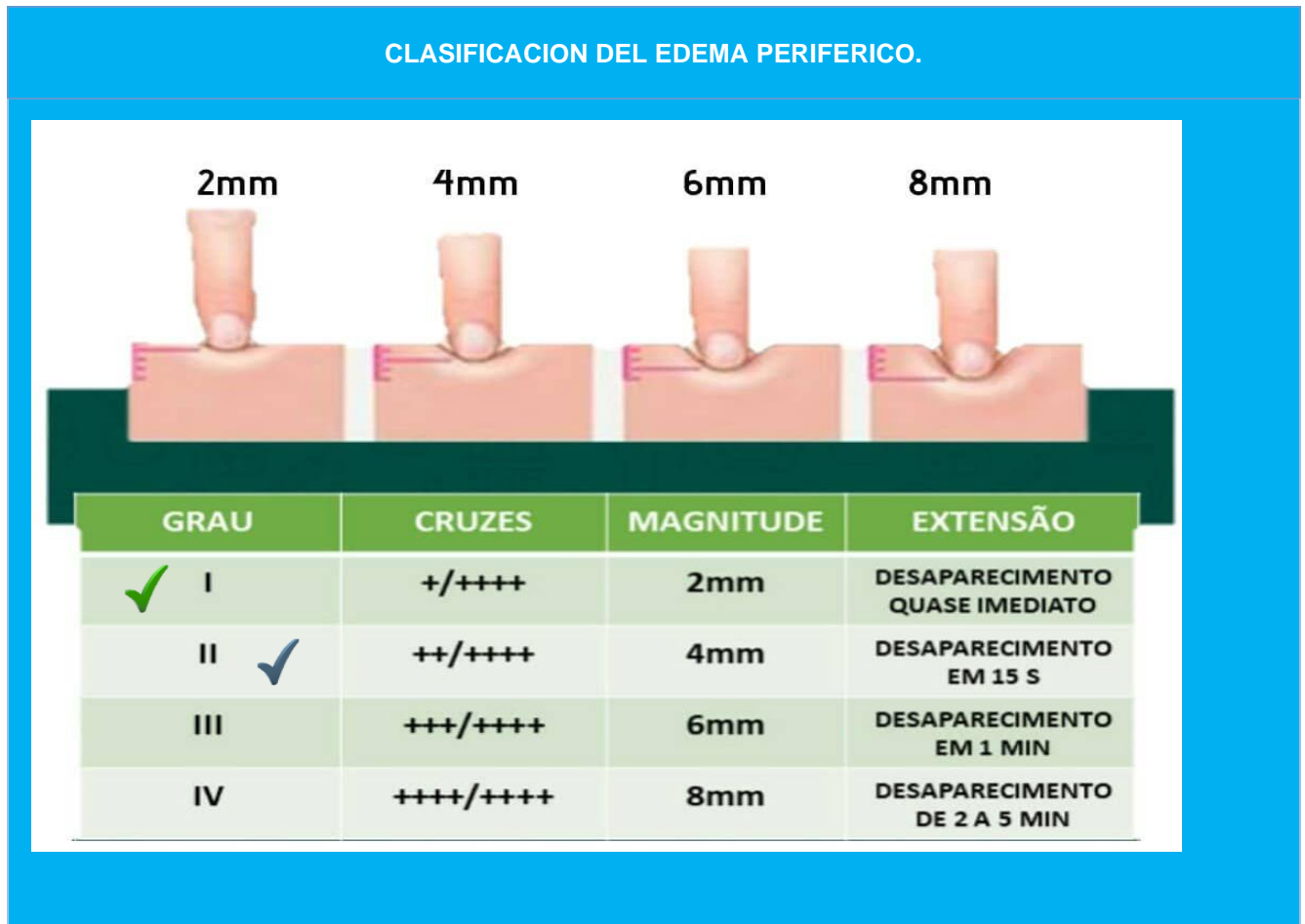
<https://cutt.ly/MWcyYra>

Primera valoración: 8 puntos 

Segunda valoración: 6 puntos 

Anexo. 19-Escala de Cruces para valoración del edema periférico.

Esta escala se utiliza para valorar el grado de edema según el número de cruces que indique la valoración al realizar el signo de Godete.⁵³



<https://cutt.ly/Ze6VT4I>

Primera valoración: ++



Segunda valoración: +



Anexo. 20-Escala FIM

El FIM es un indicador de discapacidad, la cual se mide en términos de la intensidad de asistencia dada por una tercera persona al paciente discapacitado. Incluye 18 actividades de la vida diaria que son medidas en una escala de 7 niveles.⁵⁴

Categorías	Dominio		Puntaje	
	1ra evaluación	2da evaluación	1ra evaluación	2da evaluación
Motor				
Autocuidado				
1. Alimentación	3	5	11	26
2. Arreglo personal	2	4		
3. Baño	1	5		
4. Vestido hemicuerpo superior	2	4		
5. Vestido hemicuerpo inferior	2	4		
6. Aseo personal	1	4		
Control de esfínteres				
7. Control de la vejiga	6	7	12	14
8. Control del intestino	6	7		
Movilidad				
9. Traslado de la cama a silla	1	4	3	12
10. Traslado en baño	1	4		
11. Traslado en bañera o ducha	1	4		
Ambulación				
12. Caminar/ desplazarse en silla de ruedas	1	4	2	8
13. Subir y bajar escaleras	1	4		
Cognitivo				
Comunicación				
14. Comprensión	6	7	12	14
15. Expresión	6	7		
Conocimiento social				
16. Interacción social	5	6		
17. Solución de problemas	4	5	15	18
18. Memoria	6	7		
Grado de Dependencia	Nivel de funcionalidad			
Sin ayuda	7 independencia completa 6 independencia modificada			
Dependencia modificada	5 supervisión 4 asistencia mínima (mayor del 75 % de independencia) 3 asistencia moderada (mayor del 50% de independencia)			
Dependencia completa	2 asistencia mínima (mayor independencia del 25 % de independencia) 1 asistencia total (menor del 25 % de independencia)			

<https://cutt.ly/2WcuwclJ>

Anexo. 21-Ejercicios Orofaciales

Lengua

- 1.- Abrir la boca y después cerrarla cuidando que la lengua no se mueva.
- 2.- Abrir la boca, echar la base de la lengua hacia atrás enderezándola. Sacar lentamente la lengua cuidando de no tocar los labios ni los dientes y manteniéndola muy derecha, estirla hasta que duela el frenillo, meter la lengua lentamente, apoyarla en el piso de la boca y cerrar ésta.
- 3.- Subir la lengua tratando de tocar la nariz.
- 4.- Bajar la lengua tratando de tocar la barba.
- 5.- Llevar la punta de la lengua hacia las comisuras labiales.
- 6.- Sacar y meter la lengua rápidamente 20 veces.
- 7.- Tocar el labio superior con la lengua.
- 8.- Llevar la punta de la lengua a la cara anterior de los incisivos superiores
- 9.- Con la boca cerrada se empuja con la lengua, primero la mejilla izquierda, luego la derecha.
- 10.- Abrir la boca, llevar la punta de la lengua hacia atrás y después recorrer lentamente el paladar hacia delante.
- 11.- El mismo ejercicio diciendo "ere".
- 12.- Limpiar los labios con la lengua, primero a la derecha luego a la izquierda
- 13.- Abrir la boca, llevar el ápice lingual a la posición de tragado haciendo succión y después dejarla.
- 14.- Chasquido en posición de sonrisa
- 15.- Chasquidos en posición de O.
- 16.- Sacar la lengua y hacerla ancha y delgada.
- 17.- Sacar y meter la lengua de manera natural.
- 18.- Llevar la lengua de una comisura a otra.
- 19.- Cubrir el labio superior e inferior con la lengua
- 20.- Recorrer los labios con la lengua en círculo.
- 21.- Ensanchar y afinar la parte media de la lengua

22.- Colocación de la lengua en forma de cartucho.

23.- Tomar agua de un plato lamiendo.

24.- Hacer trompetillas con la lengua afuera.

25.- poner mermelada, cajeta, miel, etc. Alrededor de los labios y limpiarlos con la lengua.

Ejercicios Orofaciales



Traer de tocar la nariz con la lengua.



Mover la lengua de un lado a otro.



Inflar la mejilla derecha.



Morderse el labio superior con los dientes inferiores.



Inflar las dos mejillas.



Tocarse la mejilla derecha por dentro, con la lengua.



Tocarse la mejilla izquierda por dentro, con la lengua.



Separar labios y mostrar los dientes.



Sacar la lengua y morderla con los dientes.



Simular un beso.



Sonrir sin abrir la boca.



Morderse el labio inferior con dientes superiores.



Inflar la mejilla izquierda.



Tocar con su lengua los dientes por dentro.



Tocar con su lengua los dientes por fuera.



Traer de tocar la barbilla con la lengua.

<https://cutt.ly/9ryXtDt>

Labios

- 1.- Extender los labios enseñando los dientes.
- 2.- Meter los labios hasta que no se vean los bordes rojos.
- 3.- Fruncir los labios moverlos de un lado a otro tan lejos como sea posible.
- 4.- Morder el labio inferior.
- 5.- Morder el labio superior
- 6.- Llevar los labios hacia delante (como para decir “u”) y luego hacia atrás (como para decir “a”). Los labios no- estarán juntos.
- 7.- El mismo ejercicio anterior, pero con los labios juntos y apretados (posición de beso y sonrisa).
- 8.- Arrugar y abrir los labios varias veces como para decir “ua”.
- 9.- Llevar los labios hacia adelante como si fuera a dar un beso tronado, procurando que el sonido se prolongue el mayor tiempo posible.
- 10.- Decir el sonido “p” y “b”
- 11.- Poner los labios en posición de decir las vocales, hacerlo cada vez más rápido, exagerando las posiciones.
- 12.- Vibrar los labios.
- 13.- Vibrar los labios entreabiertos (menos tensión)
- 14.- Vibrar los labios con la lengua afuera.
- 15.- Sostener entre los labios tubos de diferentes tamaños.
- 16.- Colocar el dedo índice sobre el labio superior del niño ejerciendo presión progresivamente, mientras el trata de empujar el dedo con los labios.
- 17.- Colocar la lengua sobre los dientes y con la boca cerrada, limpiarlos.
- 18.- Colocar un botón amarrado con un cordón entre los dientes y labios y tirar. El niño tratara de sostener el botón haciendo fuerza con los labios. El botón ira disminuyendo de tamaño progresivamente.⁵⁵

PRAXIAS LINGUALES



SACAR LA LENGUA



TOCAR LA NARIZ



TOCAR EL PALADAR



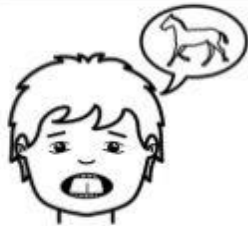
LENGUA DE LADO



RELAMER LABIO INFERIOR



RELAMER LABIO SUPERIOR



CHASQUEAR LA LENGUA



LAMER UN HELADO



LENGUA DENTRO DE BOCA

PRAXIAS LABIALES



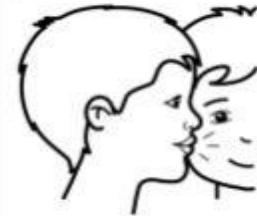
CERRAR LA BOCA



ABRIR LA BOCA



SONREIR



<https://cutt.ly/vEMmgYc>

Anexo. 22-Ejercicios para pie y tobillo.

- Realice los ejercicios en una superficie plana y rígida
 - Cada ejercicio debe de realizarse de forma lenta, aumentando gradualmente el número de repeticiones de 10 a 15 hasta un máximo de 30.
 - No debe desencadenar dolor al realizarlo.
 - Puede aplicar calor local antes de realizarlos y frío al finalizarlos.
1. Mover el tobillo dirigiendo el pie hacia arriba y abajo intentado conseguir el máximo movimiento, repetirlo de 10- veces.
 2. Con los talones apoyados en el suelo, realizar movimientos de rotación hacia dentro y hacia fuera, acercando y separando la punta de los pies. Repetirlo de 10- veces.
 3. Realizar movimientos rotatorios del pie como si los dedos dibujaran un círculo. Repetirlo 10- 15 veces.
 4. Realizar movimientos de flexión y extensión de los dedos del pie. Repetirlo de 10-15 veces.
 5. Con los dedos pequeños recoger objetos (lápiz, arrugar la toalla). Repetirlo 10- 15 veces.
 6. Mantenerse de pie sobre la pierna lesionada y con la otra flexionada, durante 5 segundos. Repetirlo 10-15 veces.
 7. Ponerse alternativamente de puntillas y de talón. Repetirlo 10-15 veces.
 8. Presionar con la parte externa del pie contra la pata de una mesa durante 5 segundos. Repetirlo 10-15 veces. Después hacerlo con la parte interna del pie.⁵⁶



Mover el tobillo dirigiendo el pie hacia arriba y abajo intentando conseguir el máximo movimiento. Repetirlo 10-15 veces.



Con los talones apoyados en el suelo, realizar movimientos de rotación hacia dentro y hacia fuera, acercando y separando la punta de los pies. Repetirlo 10-15 veces.



Realizar movimientos rotatorios del pie como si los dedos dibujaran un círculo. Repetirlo 10-15 veces.

<https://cutt.ly/mryXzbK>



Realizar movimientos de flexión y extensión de los dedos del pie. Repetirlo 10-15 veces.



Con los dedos pequeños, coger objetos (lápices, arrugar la toalla...). Repetirlo 10-15 veces.



Mantenerse de pie sobre la pierna lesionada y con la otra flexionada, durante 5 segundos. Repetirlo 10-15 veces.



Ponerse alternativamente de puntillas y de talón. Repetirlo 10-15 veces.

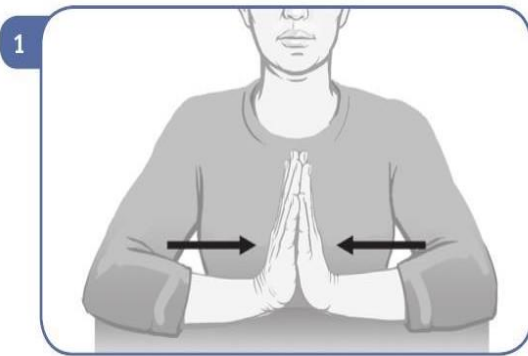


Presionar con la parte externa del pie contra la pata de una mesa durante 5 segundos. Repetirlo 10-15 veces. Después, hacerlo con la parte interna del pie.

<https://cutt.ly/NryXxql>

Anexo. 23-Ejercicios de muñeca y mano

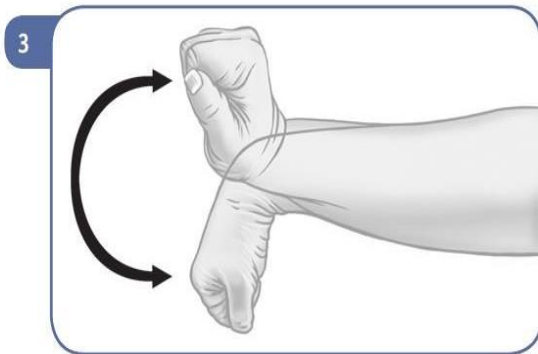
- Cada ejercicio debe de realizarse de forma lenta, aumentando gradualmente el número de repeticiones de 10 a 15 hasta un máximo de 30.
 - No debe desencadenar dolor al realizarlo.
 - Puede aplicar calor local antes de realizarlos y frío al finalizarlos.
1. Coloque las manos y las muñecas una contra la otra y empuje en ambas direcciones, cuente hasta 10 manteniendo la tensión y relaje.
 2. Apoye la mano abierta en una mesa, incline el cuerpo hacia delante para extender al máximo la muñeca. Mantenga la posición 10 segundos y vuelva a la posición de inicio.
 3. Con la mano cerrada realice movimientos de la muñeca hacia arriba y hacia abajo.
 4. Con la mano cerrada haga movimientos de rotación alrededor de la muñeca, como si intentáramos abrir o cerrar una puerta.
 5. Con la mano abierta y los dedos extendidos muévala hacia afuera y hacia adentro.
 6. Haga un puño con la mano, puede apretar con la palma de la mano y los dedos una pelotita blanda de goma o una esponja, mantenga la contracción de 5- 10 segundos y relajar.
 7. Con la mano abierta, separe los dedos en forma de abanico 5-10 segundos y relájela.
 8. Con la punta del dedo pulgar intentar tocar la yema de cada uno de los otros dedos.
 9. Con la punta del dedo pulgar toque la base de cada uno de los otros dedos.
 10. Coja una pelota grande y hágala rodar con la mano hacia delante y atrás para flexionar y extender la muñeca.⁵⁷



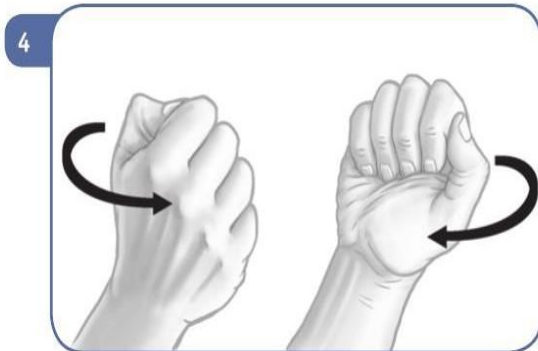
1 Ponga las manos y las muñecas una contra la otra y empuje en ambas direcciones. Cuente hasta diez manteniendo la tensión y relaje.



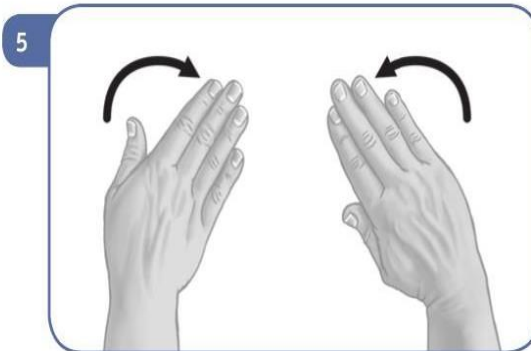
2 Apoye la mano abierta en una mesa. Incline el cuerpo hacia delante para extender al máximo la muñeca. Mantenga la posición 10 segundos y vuelva a la posición de inicio.



3 Con la mano cerrada realice movimientos de la muñeca hacia arriba y hacia abajo.

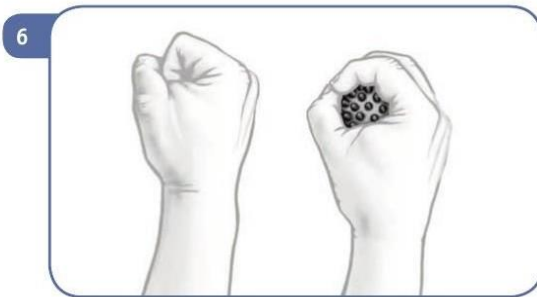


4 Con la mano cerrada haga movimientos de rotación alrededor de la muñeca, como si intentáramos abrir o cerrar una puerta.

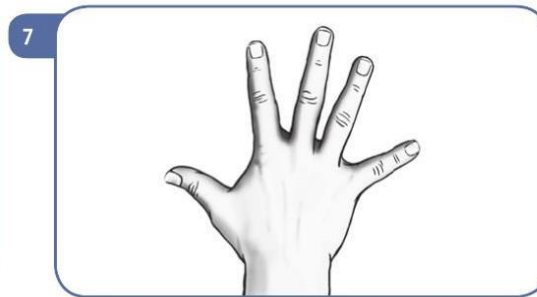


5 Con la mano abierta y los dedos extendidos muévala hacia fuera y hacia dentro.

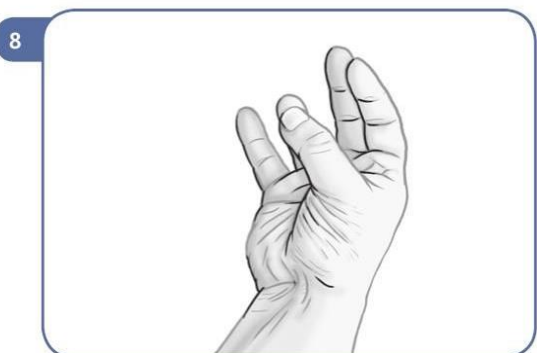
<https://cutt.ly/LryXSsr>



6 Haga puño con la mano. Puede apretar con la palma de la mano y los dedos una pelotita blanda de goma o una esponja. Mantenga la contracción 5-10 segundos y relajar.



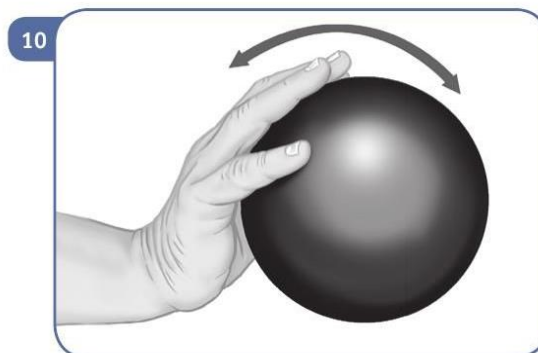
7 Con la mano abierta, separe los dedos en forma de abanico 5-10 segundos y relájela.



8 Con la punta del dedo pulgar intente tocar la yema de cada uno de los otros dedos.



9 Con la punta del dedo pulgar toque la base de cada uno de los dedos.



10 Coja una pelota grande y hágala rodar con la mano hacia delante y atrás para flexionar y extender la muñeca.

<https://cutt.ly/LryXSsr>

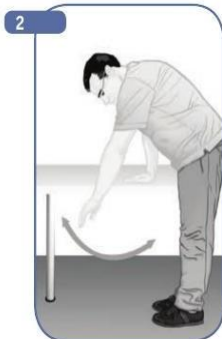
Anexo. 24-Ejercicios para hombro-Codman

- Cada ejercicio debe de realizarse de forma lenta, aumentando gradualmente el número de repeticiones de 10 a 15 hasta un máximo de 30.
 - No debe desencadenar dolor al realizarlo.
 - Puede aplicar calor local antes de realizarlos y frío al finalizarlos.
1. Incline el tronco con un punto de apoyo de la mano en una mesa, realice los movimientos circulares con el brazo en el sentido de las manecillas del reloj y en sentido contrario.
 2. Incline el tronco con un punto de apoyo de la mano en una mesa. Realice movimientos pediculares de adelante hacia atrás.
 3. Con el brazo pegado al tronco y el codo a 90 grados empuje con la palma de la mano contra la pared. Mantenga la concentración 5 segundos y relajar.
 4. Con el brazo pegado al tronco y el codo a 90 grados empuje con el dorso de la mano contra la pared. Mantenga la contracción 5 segundos y relajar.
 5. Con el brazo pegado al tronco y el codo a 90 grados empuje el puño contra la pared hacia adelante. Mantenga la contracción 5 segundos y relaje.
 6. Con el brazo pegado al tronco y el codo a 90 grados hacia atrás, mantenga la contracción 5 segundos y relajar.
 7. Acostado sobre la espalda, sujete un bastón por los extremos con las 2 manos y elévelo verticalmente hasta llegar hacia atrás, vuelva a la posición inicial.
 8. Acostado sobre la espalda, sujete la muñeca del hombro afectado con la mano sana y eleve el brazo verticalmente llevándolo hacia atrás. Vuelva a la posición inicial.
 9. Acostado sobre la espalda, flexione los codos a 90 grados empuje con el bastón el hombro afectado hacia atrás. Manténgalo a 5 segundos.

10. Coloque una banda o cuerda por encima del borde superior de la puerta. Movilícela con ambos brazos a modo de polea.
11. Sujete por detrás un bastón o una toalla por sus extremos. Movilícela en dirección oblicua hasta el máximo recorrido.
12. Colóquese de espaldas a una mesa, sujétela con la mano por detrás, doble las rodillas con la espalda recta para flexionar el codo.
13. Con las manos apoyadas en la pared incline el cuerpo hacia adelante sin despegar los pies del suelo y flexionando los codos, mantenga la posición durante 5 segundos.
14. Con el codo en extensión utilice los dedos para “caminar” lo más arriba posible a lo largo de la pared, mantenga la posición 5 segundos.
15. Sentado en una silla con los pies apoyados en el suelo y las manos en los reposabrazos, eleve el cuerpo lentamente estirando los codos, mantenga la posición 5 segundos.
16. Coloque el codo a 90 grados de flexión y una toalla entre el cuerpo y el brazo, tire de la cinta elástica hacia adentro unos 45 grados, mantenga la posición 5 segundos.
17. Coloque el codo a 90 grados de flexión y una toalla entre el cuerpo y el brazo, tire de la cinta elástica hacia afuera unos 45 grados, mantenga la posición 5 segundos.
18. En un rincón de la habitación con las palmas de las manos sobre ambas paredes a la altura de los hombros, aproxime el pecho al rincón hasta notar tirantez en el pecho y el hombro, mantenga la posición 5 segundos.
19. Coloque el codo en flexión 90 grados por encima del hombro sano, con la otra mano empuje el codo hacia atrás hasta notar tensión en el hombro afectado, mantenga la posición 5 segundos.⁵⁸



1
Incline el tronco con un punto de apoyo de la mano en una mesa. Realice movimientos circulares con el brazo en el sentido de las manecillas del reloj y en sentido contrario.



2
Incline el tronco con un punto de apoyo de la mano en una mesa. Realice movimientos pendulares de delante hacia atrás.



3
Con el brazo pegado al tronco y el codo a 90° empuje con la palma de la mano contra la pared. Mantenga la contracción 5 segundos y relajar.



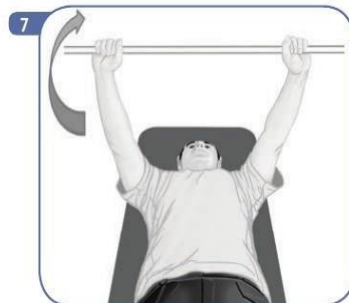
3
Con el brazo pegado al tronco y el codo a 90° empuje con el dorso de la mano contra la pared. Mantenga la contracción 5 segundos y relajar.



5
Con el brazo pegado al tronco y el codo a 90° empuje el puño contra la pared hacia delante. Mantenga la contracción 5 segundos y relaje.



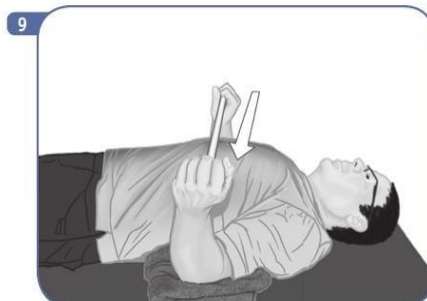
6
Con el brazo pegado al tronco y el codo a 90° empuje el codo contra la pared hacia atrás. Mantenga la contracción 5 segundos y relajar.



7
Acostado sobre la espalda, sujete un bastón por los extremos con las dos manos y elévelo verticalmente hasta llegar hacia atrás. Vuelva a la posición inicial.



8
Acostado sobre la espalda, sujete la muñeca del hombro afectado con la mano sana y eleve el brazo verticalmente llevándolo hacia atrás. Vuelva a la posición inicial.



9
Acostado sobre la espalda, flexione los codos a 90°. Empuje con el bastón el hombro afectado hacia fuera. Manténgalo 5 segundos.

<https://cutt.ly/PWcggSK>



10 Coloque una banda o cuerda por encima del borde superior de la puerta. Movilicela con ambos brazos a modo de polea.



11 Sujete por detrás un bastón o una toalla por sus dos extremos. Movilicela en dirección oblicua hasta el máximo recorrido.



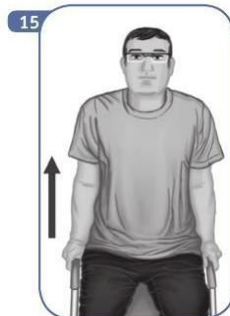
12 Coloquese de espaldas a una mesa. Sujétela con la mano por detrás. Doble las rodillas con la espalda recta para flexionar el codo.



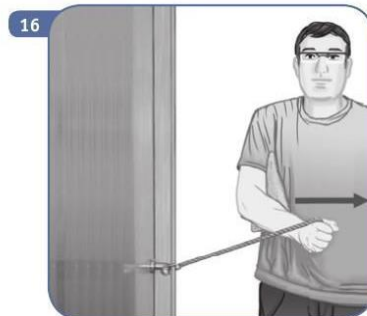
13 Con las manos apoyadas en la pared incline el cuerpo hacia delante sin despegar los pies del suelo y flexionando los codos. Mantenga la posición 5 segundos.



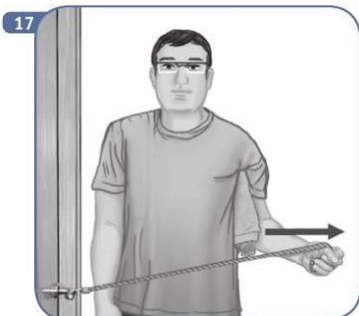
14 Con el codo en extensión utilice los dedos para "caminar" lo más arriba posible a lo largo de la pared. Mantenga la posición 5 segundos.



15 Sentado en una silla con los pies apoyados en el suelo y las manos en los reposabrazos, eleve el cuerpo lentamente estirando los codos. Mantenga la posición 5 segundos.



16 Coloque el codo a 90° de flexión y una toalla entre el cuerpo y el brazo, tire de la cinta elástica hacia dentro unos 45°. Mantenga la posición 5 segundos.



17 Coloque el codo a 90° de flexión y una toalla entre el cuerpo y el brazo, tire de la cinta elástica hacia fuera unos 45°. Mantenga la posición 5 segundos.



18 En un rincón de la habitación con las palmas de las manos sobre ambas paredes a la altura de los hombros, aproxime el pecho al rincón hasta notar tirantez en el pecho y el hombro. Mantenga la posición 5 segundos.



19 Coloque el codo en flexión a 90° por encima del hombro sano. Con la otra mano empuje el codo hacia atrás hasta notar tensión en el hombro afectado. Mantener la posición 5 segundos.

<https://cutt.ly/8Wcgu0y>

Anexo. 25-Cartel masaje al marco cólico



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN LGII



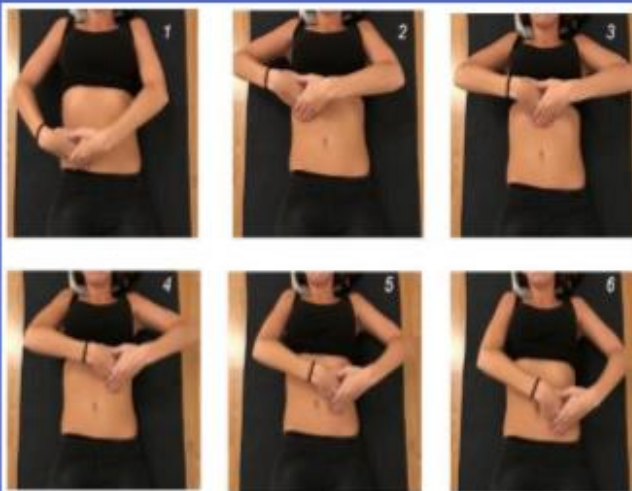
TECNICA DE MASAJE AL MARCO COLICO.

Técnica que se basa aplicar presión progresiva en forma circular en sentido de las manecillas del reloj en el abdomen, comprende desde la parte superior (hipocondrio) hasta la parte inferior (flancos y fosas ilíacas) esto para estimular los diferentes partes del colon (ascendente, transversa y descendente).

1. **Respiración abdominal.** Utiliza un poco de crema o aceite y durante el primer minuto realiza respiraciones abdominales profundas.
2. **Preparación mediante presión suave.** Empieza haciendo pases de frotamientos suaves por encima del abdomen.
3. **Estimulación mediante vibración.** Realiza 20 repeticiones haciendo el mismo movimiento, pero aplicando vibraciones con las puntas de los dedos para estimular el abdomen y calentar la zona.
4. **Estimulación mediante presión.** Aplica presión desde la parte superior izquierda del abdomen descendiendo hasta la fosa ilíaca izquierda para estimular el colon descendente. Realiza 10 repeticiones.
5. **Estimulación mediante presión profunda.** Durante 5 minutos aplica más presión con las manos superpuestas haciendo un movimiento en el sentido de las agujas del reloj empezando por la zona inferior derecha el abdomen.
6. **Relajación.** Por último, relaja el abdomen realizando 5 respiraciones profundas.

Antes de empezar el masaje,

- Ingerir un vaso de agua.
- Realizarlo después de dos horas de la comida
- El masaje debe durar unos 20 minutos.



Fases de la estimulación del colon ascendente, transversa y descendente

<https://cutt.ly/Vn1p5>

¹ Referencia Bibliográfica: Feire, P.S., M. O., &Tejero, S. S. (2010). Cuidados en el estreñimiento. Medicina naturista, 4(2), 15-22.
Coordinadora de Posgrado en Rehabilitación: E.E.R. Nohemí Ramírez Gutiérrez
Jefe de Servicio Medicina del deporte: EECFYD. Rubén T. López Sánchez
Estudiante de posgrado Enfermería en Rehabilitación: LE Gustavo Sánchez Barreras.

Anexo. 26-Cartel uso de medias de compresión



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN LGII



USO DE MEDIAS DE COMPRESIÓN.

Las medias, hacen una compresión gradual decreciente, siendo mayor en la zona del tobillo y disminuyendo conforme avanza a lo largo de la pierna. Las **medias de compresión** tienen un doble efecto preventivo y terapéutico de los problemas venosos. Existen de distintas compresiones en función a la patología a tratar, siendo la compresión fuerte prescrita normalmente por el médico de referencia

1. Coloca la mano dentro del calcetín/media.
2. Coge la parte del talón por dentro del calcetín/media.
3. Sujeta la parte del talón y dé la vuelta, dejando la parte del pie del calcetín/media sin girar.
4. Introduzca el pie dentro del calcetín/media, cubriendo todo el pie hasta el talón. Observa que el talón se quede bien colocado en su sitio.
5. Lleva el calcetín/media hasta el empeine y con el talón en su sitio, empuja hacia arriba hasta llegar al tobillo.
6. Con el pie y talón apoyados firmemente en el suelo, desliza calcetín sobre calcetín, y asciende hasta tenerlo repartido a lo largo de la pierna. Siempre dos dedos por debajo de la rodilla y nunca estirándolo por encima o doblándolo.

Beneficios.

- Favorece el retorno venoso
- Mejora la eficiencia metabólica
- Evitan la Pérdida de calor



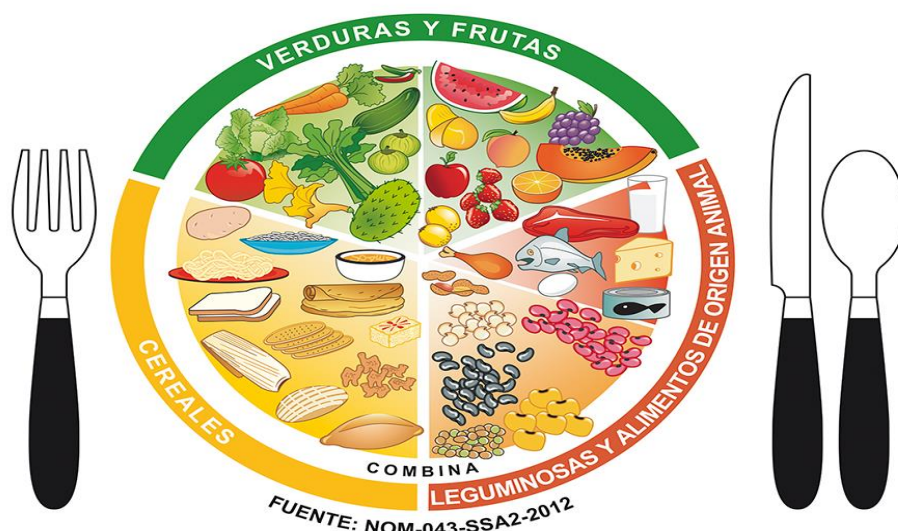
<https://cut.ly/vndRJR>

¹ Referencia Bibliográfica: Gómez-Zarza, S. & Urdampilleta, A. Empleo de medias de compresión en el deporte: evidencia científica. Coordinadora de Posgrado en Rehabilitación: E.E.R. Noemí Ramírez Gutiérrez. Jefe de Servicio Medicina del deporte: EECFYD. Rubén T. López Sánchez. Estudiante de posgrado Enfermería en Rehabilitación: L.E Gustavo Sánchez Barreras.

Anexo. 27-Plato del bien comer

El plato del bien comer es una guía de alimentación que forma parte de la Norma Oficial Mexicana para la promoción y educación para la salud en materia alimentaria, la cual establece criterios para la orientación nutritiva en México. Consiste en un gráfico donde se representan y resumen estos criterios, dirigidos a brindar a la población opciones prácticas, con respaldo científico, para tener una alimentación correcta que pueda adecuarse a sus necesidades y posibilidades.⁵⁹

El Plato del Bien Comer



Fruta entera = 1 pelota de tenis
(1 equivalente de fruta)



Queso = 1 pulgar
(1 equivalente de alimentos de origen animal)



Fruta picada = 1 puño
(1 equivalente de fruta)



Ensalada = 2 puños
(1 equivalente de verduras)



Arroz o pasta = 1 puño
(1 equivalente de cereal)



Carne, pollo o pescado = 1 palma de una mano
(3 equivalentes de alimentos de origen animal)

Anexo. 28-Las acciones esenciales para la seguridad del paciente dentro del modelo de seguridad del paciente

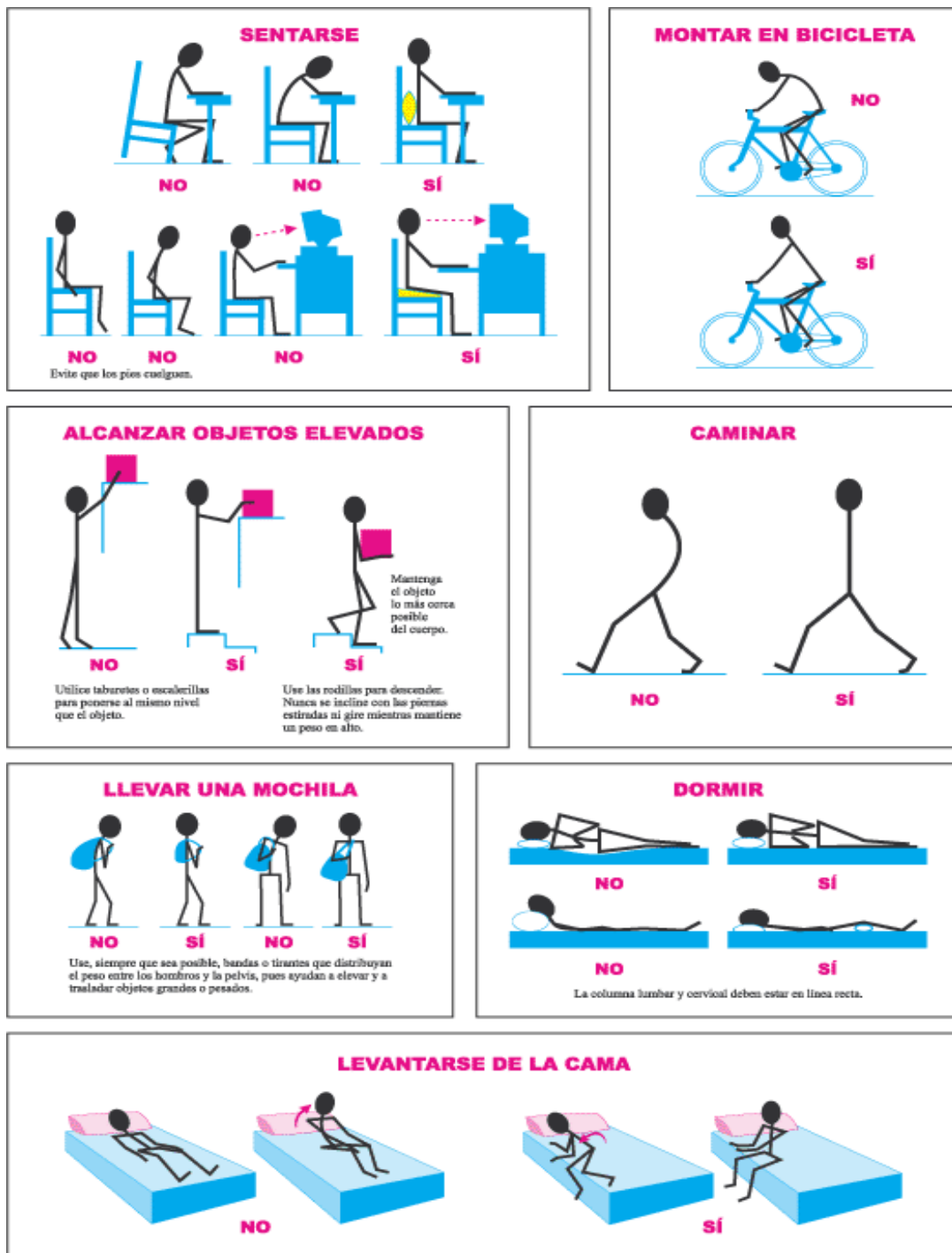
The infographic is titled "ACCIONES ESENCIALES PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE" and is set against a blue and yellow background. At the top left is a yellow warning triangle with a person icon and the text "SEGURIDAD DEL PACIENTE". At the top right is the Mexican coat of arms and the word "MÉXICO". The main content consists of eight numbered actions, each with a circular icon and a dashed-line text box:

- Acción Esencial 1.** Identificación del paciente. (Icon: person silhouette with ID card)
- Acción Esencial 2.** Comunicación efectiva. (Icon: doctor with stethoscope and communication icons)
- Acción Esencial 3.** Seguridad en el proceso de medicación. (Icon: padlock with pill bottle)
- Acción Esencial 4.** Seguridad en los procedimientos. (Icon: person in scrubs with procedure icons)
- Acción Esencial 5.** Reducción del riesgo de infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS). (Icon: hands being washed)
- Acción Esencial 6.** Reducción del riesgo de daño al paciente por causa de caídas. (Icon: person falling from a bed)
- Acción Esencial 7.** Registro y análisis de eventos centinela, eventos adversos y cuasi fallas. (Icon: clipboard with checklist)
- Acción Esencial 8.** Cultura de seguridad del paciente. (Icon: person with shield)

<https://cutt.ly/5ruNCBk>

Anexo. 29-Higiene de columna

Se hace Recomendación especial en realizar la higiene de columna al estar sentada, al dormir y al levantarse de la cama como lo muestran las imágenes del cartel.



Anexo. 30-Terapias alternativas del dolor.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN LGII



Terapias alternativas del Dolor.

Conjunto de prácticas, creencias y conocimientos que incorpora el tratamiento No farmacológico del dolor, en estas alternativas se integran técnicas individuales o en combinación con la finalidad de controlar y/o disminuir el dolor de ciertas enfermedades o al bienestar general de la persona.

JERCICIO FÍSICO

El ejercicio físico es una actividad planificada, estructurada, repetitiva y realizada con un objetivo.

- Las personas que realizan actividad física de manera constante aumentan el nivel del umbral al dolor y por consecuencia presentan mayor tolerancia a este.

LA ACUPUNTURA

El efecto analgésico de la acupuntura se obtiene mediante la estimulación que provocan las agujas en determinados puntos, logrando un beneficio terapéutico.

- Consta en la inserción de agujas estériles muy finas en puntos anatómicos específicos, como músculos y terminaciones nerviosas.

EL YOGA

Está formado por las prácticas modernas que derivan de la mencionada tradición hindú y que promueven el dominio del cuerpo y una mayor capacidad de concentración.

- El yoga alivia el dolor.
- Es recomendado por especialistas en diversos campos de la medicina y la salud.

LA MASOTERAPIA

Combinación de movimientos técnicos manuales o maniobras realizadas armoniosas y metódicamente, con fines higiénico-preventivos o terapéuticos. Entre las lesiones o enfermedades que se pueden tratar con técnicas de masoterapia encontramos:

- contractura muscular,
- tendinopatía,
- radiculopatía,
- esguínoe,
- rotura de fibras, etc.

La OMS apoya el uso de las medicinas tradicionales y alternativas cuando éstas han demostrado su utilidad para el paciente y representan un riesgo mínimo a su salud.



El Reiki

Es una técnica de canalización y transmisión de energía vital a través de la imposición de manos, que se utiliza para obtener paz y equilibrio a todos los niveles:

- Físico: mejora de dolencias, lesiones, metabolismo, etc.
- Emocional: problemas sentimentales, agresividad, infelicidad, etc.
- Mental: hábitos dañinos, estrés, insomnio, etc.
- Espiritual: armonía, paz, equilibrio, etc.

LA AROMATERAPIA

Es una forma de medicina alternativa basada en el uso de materiales aromáticos, incluidos los aceites esenciales y otros compuestos aromáticos, con el objetivo de mejorar el bienestar físico y psicológico.

- Alivio de la ansiedad y la depresión
- Mejor sueño
- Reducir el dolor en las personas con gonartrosis
- Reducir el dolor en las personas con cálculos renales, Entre otros.

¹ Referencia bibliográfica: Muñoz Sellés. Ester. Gobierno Tricas Josefina. Oferta formativa en terapias alternativas y complementarias para la asistencia, 2012, Ediciones Mayo, S.A. disponible en <http://hdl.handle.net/2445/22946>.
Elabora: L.E Gustavo Sánchez Barreras, L.E Mariana Lopez Sancho.

Anexo. 31-Aditamentos para el apoyo de la comida

Dispositivos que son adaptados para facilitar y favorecer la ejecución de tareas, permitiéndole a la persona incrementar su independencia y funcionalidad para poder alimentarse.



Anexo. 32-Aditamentos para el baño

Dispositivos que son adaptados para facilitar y favorecer la ejecución de tareas, permitiéndole a la persona incrementar su independencia y funcionalidad para realizar el baño

ADITAMENTOS PARA EL APOYO EN EL BAÑO



<https://cutt.ly/3rio1Wk>

Anexo. 33-Aditamentos para vestirse

Dispositivos que son adaptados para facilitar y favorecer la ejecución de tareas, permitiéndole a la persona incrementar su independencia y funcionalidad para vestirse.



ADITAMENTOS PARA EL APOYO EN EL VESTIDO



<https://cutt.ly/Zripw4o>

Anexo. 34-Dispositivos para la movilización

Dispositivos de ayuda técnica utilizados por una persona con discapacidad para desplazarse entre su entorno, en este caso son recomendaciones a cerca de los posibles dispositivos que se pueden implementar según la condición física.



**DISPOSITIVOS PARA LA
MOVILIZACIÓN**



<https://cutt.ly/Oripooz>

Anexo. 35-Métodos de facilitación de Margaret Rood

El método de facilitación más conocido de esta técnica es:

- El cepillado rápido
- Golpeteo rápido
- La vibración que se puede realizar con aparatos de vibración propiamente dicho
- Estimulación con frío
- El estiramiento muscular

El cepillado rápido se comprende como el cepillar la piel o dermatomas correspondientes a los músculos en los cuales se desea sensibilizar el huso muscular. Este cepillado puede aplicarse de 3 a 5 veces durante 30 segundos en un área como la mano.

Golpeteo rápido: se comprende como la presión con toques moderadamente fuertes dependiendo del paciente sobre la superficie del músculo ya sea en su origen, inserción o vientre según se observe la reacción del área que se desea estimular.

Vibración: Otro de los estímulos utilizados se puede realizar con un rápido movimiento de las manos del fisioterapeuta, pero mayormente se utilizan aparatos especiales con vibración constante como los vibradores terapéuticos, las repeticiones varían, pero se recomienda seguir con la misma cantidad utilizada en el estímulo anterior (golpeteo rápido)

La **estimulación con frío:** comprende como el uso de un agente físico como lo es el hielo para lograr el mismo efecto del cepillado y el frote ligero, para producir respuestas tónicas y posturales; por ser un cambio de temperatura dramático enfocado en una región específica del cuerpo, el cuerpo lo reconoce como un estímulo nocivo por lo cual el organismo reacciona en forma protectora.

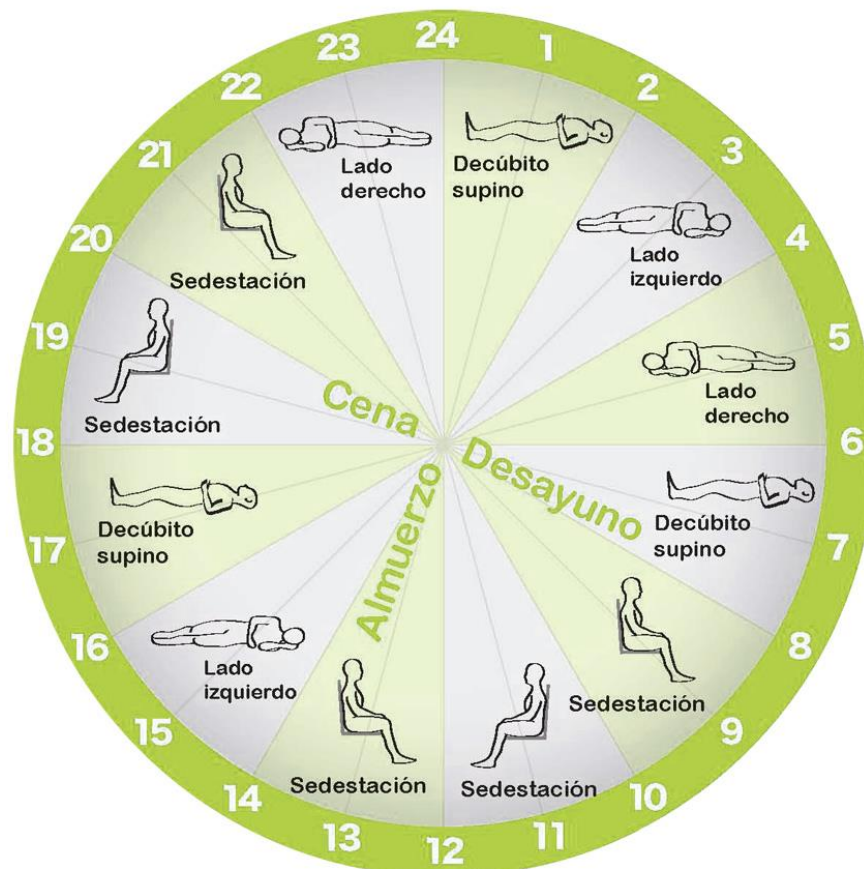
El **estiramiento muscular:** este proceso da como resultado una reacción de inhibición en la contracción muscular, impidiendo el desarrollo de tensión excesiva en el músculo influyendo en la actividad del músculo voluntario.⁶⁰

Anexo. 36 Reloj para el Cambio de Posición

A la hora de realizar los cambios posturales tenga presente algunas consideraciones:

- Si el paciente está sentado y tiene autonomía para realizar cambios de postura, realícelos cada 15 minutos.
- Evitar apoyar al paciente directamente sobre sus lesiones.
- Evitar arrastrar al paciente, si arrastramos al paciente podemos agravar las lesiones que tenga.
- Evitar el contacto directo entre prominencias óseas. Ejemplo: si tenemos al paciente de lado, pondremos una almohada entre las 2 piernas para las rodillas y los tobillos no contacten entre sí.
- Evitar levantar la cabecera o los pies de la cama, sólo y en caso necesario un máximo de 30°.

RELOJ PARA CAMBIOS



<https://cutt.ly/brbRNEa>

Anexo. 37 Aplicación de Termoterapia con Compresas



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN LGII



TERMOTERAPIA CON COMPRESAS

La aplicación de termoterapia con fin terapéutico y analgesia puede ser aplicada con compresas: húmedas y secas, su objetivo es mejorar la circulación en los tejidos, disminuir las lesiones musculares, tendinosas y ligamentosas.

Se recomienda aplicarlo durante 10 a 20 minutos según sea el tipo de compresa y el lugar a tratar.

- Antes de aplicarlo se debe de tomar en consideración la hipersensibilidad de la persona.
- Área para tratar.
- Tipo de lesión
- Tiempo de permanencia recomendado
- Verificar temperatura de la compresa



<https://cutt.ly/8rbTXCy>



<https://cutt.ly/8rbTXGQ>

Referencia bibliográfica: Compresas Húmedas Calientes disponible en: <https://es.scribd.com/document/411111111/Compresas-Humedas-Calientes>
Coordinadora de Posgrado en Rehabilitación: E.E.R. Noemí Ramírez Gutiérrez
Estudiante de posgrado Enfermería en Rehabilitación: L.E. Gustavo Sánchez Barrera.

Anexo. 38 Masaje Sueco



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN LGII



MASAJE SUECO

Este tipo de técnica ayuda a relajar todo el cuerpo, los terapeutas utilizan amasamientos, masaje pasivo de las articulaciones, movimientos largos y circulares profundos los cuales están destinados a relajar, estimular las terminaciones nerviosas y a aumentar el flujo sanguíneo, así como el drenaje linfático y sobre todo a disminuir el dolor muscular.



<https://cut.ly/r6311A>

Consideraciones:

- Tener la cuenta el área a tratar.
- Definir el objetivo del masaje terapéutico
- Saber si la piel es hipersensible
- Consultar con el medico si es recomendable este tipo de masaje (por posibles patologías de la piel o circulación).

Recomendaciones:

- Conocer el área a tratar y el fin terapéutico
- Realizar la técnica en un lugar tranquilo y sin ruido
- Utilizar aceites relajantes (con aroma)
- De ser necesario utilizar analgésico tópico
- Proporcionar información antes y después del masaje terapéutico.

Referencia Bibliográfica: Tipos de masajes que podrían ayudar con el dolor de cabeza y cuello disponible en: <https://genial.guru/creacion-salud/5-tipos-de-masajes-que-podrian-ayudarte-con-el-dolor-de-cabeza-y-del-cuello-1082180/>

Coordinadora de Posgrado en Rehabilitación: E.E.R. Isidori Ramirez Gutiérrez
Estudiante de posgrado Enfermería en Rehabilitación: L.E. Gustavo Sánchez Barrera.

Anexo. 39 Higiene de los Pies



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA EN REHABILITACIÓN
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN LGII



HIGIENE DE LOS PIES

1. Hidrata la piel de tus pies todas las noches con cremas específicas, da masaje relajante antes de dormir.
2. Lava tus pies a diario y sécalos bien, sobre todo entre los dedos.
3. Corta tus uñas de forma recta y límalas, de esta manera evitarás en gran medida que aparezcan las dolorosas uñas encarnadas. Además, procura evitar esmalte para uñas.
4. Camina descalzo en casa. Practicar este saludable hábito unos minutos cada día tiene ventajas como liberar estrés, estimular la musculatura de los pies y mejorar la circulación sanguínea, entre otros.

CALCETINES Y CALZADO

5. Apuesta por calcetines de materiales naturales como el algodón. (Si tus pies sudan mucho, cambia los calcetines más de una vez al día).
6. Elige el calzado adecuado. Deben ser flexibles y adecuados a la época del año, con un contrafuerte semirrígido en el talón y sujetos al tobillo, además de estar fabricados con materiales transpirables.
7. practica algún deporte o camina al menos media hora al día.

PREVENCIÓN

9. Acude a una clínica podológica, al menos una vez al año a realizar un estudio biomecánico de la pisada, y saber si necesitas ejercicios o un tratamiento con plantillas personalizadas.



<https://cutt.ly/Grb44vv>



<https://cutt.ly/Srb46sW>

NOTA: En el caso de los zapatos de tacón, la altura no debería superar los 3-4 centímetros.

CONSEJO: Cuando vayas a comprar zapatos, es mejor que sea por la tarde, ya que los pies están más dilatados. Además, no olvides en casa tus plantillas personalizadas para asegurarte así de que escoges el número adecuado.

Referencia Bibliográfica: ¡Pica sana y bonito los 365 días del año? 8 consejos para conseguirlo disponible en: <https://www.melancolicos.com/blog/pica-sana-y-bonito-los-365-dias-del-año-8-consejos-para-consiguirla/#:~:text=8%20consejos%20para%20conseguirla,es%20una%20buena%20idea>
Coordinadora de Posgrado en Rehabilitación: E.S.M. Nahomi Ramírez Gutiérrez
Estudiante de posgrado Enfermería en Rehabilitación: L.S. Guadalupe Sánchez Serrano.