

178

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

REHABILITACIÓN DE UN PACIENTE CON  
ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR  
EN EL HOGAR.

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.


PRESENTA

JOSÉ HELIODORO RAYÓN AGUILAR

DIRECTOR DEL TRABAJO

  
MTRA. INIGÁ PÉREZ CABRERA.

MÉXICO, DF. 2001

  
Escuela Nacional de  
Enfermería y Obstetricia  
Coordinación de  
Servicio Social



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

### **A mis Padres.**

Los agradezco por el hecho de ser siempre un apoyo incondicional en la vida y estar siempre conmigo en los momentos que los necesito. A Pancho y Yolanda esto es por ustedes y disfrútenlo tanto como yo.

### **A mis Hermanos.**

Son una parte fundamental en mi vida, hoy somos capullos mañana seremos unas flores, por ser como son gracias y por estar siempre a mi lado. A Pancho, Mary y Pablo aún cuando sea mi primo los años vividos dicen lo contrario.

### **A la Familia Rayón.**

A los que se han interesado por nosotros muchas gracias. A mis abuelos que aún cuando no los conocí son importantes en mi vida.

### **A las Familias Aguilar y Morales.**

Siempre son muy importantes para mí por todo el cariño dado y por el interés de mi superación que siempre demuestran y el título también es de ustedes. Muy en especial a mi bisabuela Vito y abuela Lola ustedes lo empezaron todo.

## Agradecimientos

A la maestra Inga Perez Cabrera muchas gracias por haberme ayudado a cristalizar un sueño largamente acariciado y permitirme conocer a la enfermería y el amor hacia ella.

A mis amigos y a las personas que he conocido últimamente, me han ayudado mucho por estar a mi lado y alentando a superarme, al no dejarme caer en los momentos difíciles, por creer en mí y hacer que me esfuerce para sobresalir en lo que realizo día a día. A ustedes muchas gracias Adela Muñiz con todo respeto, Rosi Terán, Paty, Ale, Carmen L., Carmen G., Silvia, Maru, Juanita, Gloria, Ofe, Dra. Guzmán, Dra. Sánchez, Dra. Cobian, Dra. Alejo, Ana, Rebeca, Fabiola, Gris, Zuhey, Betty, Juan Carlos N, Ulises, Héctor, Fabián, Santiago, Pedro, Jair, Gerardo, Alfredo L, Alfredo Q, Alfredo L. Eduardo, Juan Carlos, Juan Manuel, Dr. García G. y muy en especial a la familia Chacón que me permitió estar con su familiar para realizar el PAE, a los que faltaron por mencionar, a todos ustedes muchas gracias.

A ti Vicky por ser una parte fundamental en mi vida al enseñarme muchas cosas y ser feliz, te agradezco que me hayas permitido entrar en tu vida un instante, eres la persona por la que termine y me ayudaste a inspirarme, todo esto, lo hago por ti, aún cuando no estés conmigo físicamente siempre te encuentras en mis pensamientos, gracias por todo.

# INDICE.

	Página
Introducción.	4
Justificación.	5
Objetivos.	6
1. Marco Teórico.	7
1.1. Perspectivas Históricas de la Enfermería y su proceso.	7
1.1.1. Filosofía de la Enfermera.	8
1.1.2. Conceptos y Principios.	9
1.1.3. Modelos Conceptuales.	9
1.1.4. Marcos de Referencia Teóricos.	10
1.1.5. Teoría.	10
1.2. Método de Proceso de Enfermería.	11
1.2.1. Valoración.	11
1.2.2. Planeación.	12
1.2.3. Ejecución.	13
1.2.4. Evaluación.	13
1.3. Modelo Conceptual de Virginia Henderson.	15
1.3.1. Elementos Mayores de la Teoría de Virginia Henderson.	17
1.3.2. Aplicación del Modelo de Virginia Henderson.	21
1.4. Diagnóstico de Enfermería.	22
1.4.1. Perspectivas Históricas.	23
1.4.2. Pautas para la Estructura.	27

2. Enfermedad Cerebrovascular.	29
□ Fisiopatología.	29
□ Patogénesis.	29
□ Etiopatogenia.	29
□ Sintomatología	30
□ Diagnóstico.	31
□ Tratamiento	31
□ Pronostico.	31
3. Proceso de Atención de Enfermería.	32
3.1. Presentación del caso.	32
3.2. Perfil del cliente.	34
3.3. Plan de Atención de Enfermería.	40
3.4. Plan de Rehabilitación.	59
3.5. Plan de Integración del Paciente con su Familia.	71
4. Evaluación.	72
5. Bibliografía.	74
6. Anexo	
Instrumento de trabajo.	76
7. Glosario.	81

## INTRODUCCIÓN.

En la vida de las personas hay una serie de dificultades que aminoran la salud, bienestar, y confort del individuo. Conforme el individuo se desarrolla se enfrenta a situaciones problemáticas, que ponen en riesgo la salud y la vida merced de otros factores que deterioran el estado de equilibrio biopsicosocial del ser humano.

La salud mental y física es de gran valor para la autosuficiencia de la persona aunque resulta que la gran mayoría de la población no cuenta con recursos económicos y conocimientos para cuidarla. La enfermedad en un principio, es curable o controlable pero sí no se atiende es cuando se agravan los problemas hasta llegar a dos caminos uno el desenlace deja secuelas al individuo; y el otro la muerte.

Uno de ellos, es la enfermedad cerebrovascular cuya etiología está ligada a factores neurológicos, posterior a éste, la persona queda con alguna secuela, es importante alentarla para que empiece con una rehabilitación adecuada en donde se alcanzará a restablecer tempranamente la mayoría de sus funciones perdidas y restablecer las actividades de los individuos para hacerlos útiles otra vez y previniendo dificultades emocionales posteriormente.

La rehabilitación es un medio importante para la vida de aquellas personas cuyas funciones se encuentran alteradas, aunada a esta problemática, si se combina la edad del individuo se llegan a dar una serie de dificultades mayores, muchos casos se encuentran aislados sin ayuda alguna para poder sobrellevar de los obstáculos en las que se encuentran haciendo más difícil el estado de las personas para salir adelante, hacia una vida dependiente y de calidad.

El presente trabajo consta de tres apartados en el primero se abordan los conceptos relacionados con el PAE como el método enfermero para el cuidado de los pacientes.

En el segundo se describen los procesos fisiopatológicos en su conjunto, a partir de las lesiones originadas por una embolia que produjo la enfermedad cerebrovascular del lado derecho y las secuelas neurológicas que repercuten en las esferas psicoemocional y socioeconómico.

En el tercero, se presenta el desarrollo del PAE aplicado a un paciente: En este se incluyen la valoración, planeación, ejecución, y evaluación de los cuidados brindados al paciente y su familiar.

## JUSTIFICACIÓN.

La realización del presente *Proceso de Atención de Enfermería* tiene como finalidad: dar a conocer las condiciones de vida de una persona con un padecimiento de hemiplejía del lado izquierdo ocasionada por una enfermedad cerebrovascular, siendo importante para adentrarnos a las actividades que se le brindan en su mismo medio para desenvolverse en la casa al observar su comportamiento y sus familiares hacia él.

El *Proceso de Atención de Enfermería* es el método enfermero, para brindar unos cuidados específicos y correctos de un punto de vista personal, asumiendo una atención personalizada y al mismo tiempo le da un énfasis en el individuo para una mayor recuperación y enseñarle actividades de autocuidado.



## OBJETIVOS.

Brindar cuidados de enfermería específicos a un paciente con Enfermedad Cerebrovascular.

Orientar a la familia en cuanto a las actividades a desempeñar para proporcionarle una ayuda adecuada para sus necesidades.

Proporcionar al paciente actividades para mejorar su actividad física de los miembros afectados y procurando que llegue a ser autosuficiente.

Que el Proceso de Atención de Enfermería sirva como un instrumento para lograr titularse en la Licenciatura de Enfermería y Obstetricia.

# 1. MARCO TEÓRICO.

## 1.1 PERSPECTIVAS HISTÓRICAS DE LA ENFERMERÍA Y SU PROCESO.

A principios de la década de 1960, la enfermería se describía en términos funcionales como actividades realizadas por las enfermeras. Desde entonces pone énfasis en los aspectos interpersonales intelectuales y científicos de la profesión. Los aspectos interpersonales de la relación pacientes-enfermera fueron subrayados a partir de ese momento por Ida Jean Orlando, quien destacó la necesidad de acciones más bien deliberadas que intuitivas; por su parte Lois Knowles incorporó el planteamiento científico describiendo a la enfermería como involucrada en descubrir, sondear, hacer y discriminar.<sup>1</sup>

En 1966 Kelly, describió la información disponible para la valoración de enfermería como los signos y síntomas del paciente, la historia y el diagnóstico médico, los antecedentes sociales, el bagaje cultural y los factores físicos y psicológicos del medio ambiente. Dorothy Jonson enfatizó la importancia de la recolección sistemática de datos y su análisis riguroso. El diagnóstico de enfermería se definió en ese tiempo como la determinación de la causa y el alivio de un síntoma.

En 1967, Yura y Walsh escribieron el primer libro que definía, en forma integral, cuatro componentes del proceso de atención de enfermería. Las autoras daban gran importancia a las destrezas intelectuales, interpersonales y técnicas de la práctica de enfermería. Para la década de 1970, la profesión de enfermería empezó a mirarse como una disciplina científica orientada a una práctica con base teórica y centrada en el paciente; los pasos del proceso fueron legitimizados en 1973, cuando la Asociación Norteamericana de Enfermeras publicó las normas de la Práctica de Enfermería. Los componentes de este proceso se han mantenido hasta la fecha, y son.

### 1. Valoración

- a. Obtención de datos

### 2. Análisis / síntesis de datos

- a. Diagnóstico de Enfermería

---

<sup>1</sup>Griffith Janet W. Proceso de Atención de Enfermería México . El Manual Moderno. 1986 p 2.

3. Planeación
  - a. Metas y Objetivos
  - b. Planes para la implementación
  - c. Razonamiento Científico
4. Implementación
5. Evaluación Final.

En el papel de la enfermera frente al paciente destacan las actividades independientes, interdependientes y dependientes. Las actividades independientes son: valoración, análisis y diagnóstico, planeación, implementación y evaluación. Las actividades interdependientes incluyen la coordinación y planeación con otros miembros del equipo de salud; y por último, las actividades dependientes comprenden el cumplimiento de las órdenes del médico. El proceso de atención de enfermería amplía cada una de estas actividades en beneficio del paciente, ya que es el método de que dispone la enfermera para demostrar su interés y responsabilidad a los pacientes.

El proceso de atención de enfermería es un instrumento para evaluar la eficacia de la intervención y demostrar el interés de la enfermera.

### 1.1.1. FILOSOFÍA DE LA ENFERMERÍA.

Nuestra descripción del proceso de enfermería está influida por las creencias personales acerca de los individuos, la sociedad, la salud y la enfermería misma. Los individuos son seres complejos en sus aspectos biopsicosociales, culturales y espirituales y sus patrones de conducta se desarrollan a partir de la herencia genética y de la interacción con su ambiente. Los individuos actúan y reaccionan a los cambios continuos y a las fuerzas dinámicas de las experiencias de su vida mientras luchan en busca de su propia realización.

La sociedad se compone de individuos, grupos, familias y comunidades con objetivos y valores comunes e incluye fuerzas sociales, económicas, políticas y ambientales que cambian a través de interacciones y relaciones recíprocas.

La salud se considera como los niveles cambiantes biopsicosociales y espirituales del bienestar y la enfermedad; esta influida y circundada por la herencia genética del individuo, las capacidades, las experiencias vitales y la interacción con las fuerzas y los cambios sociales y ambientales.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Griffith Janet W Op Cit p. 4

de enfermería también puede considerarse como un modelo debido a que semeja una teoría de sistemas.

#### **1.1.4. MARCOS DE REFERENCIA TEÓRICOS.**

Las estructuras o marcos de referencias teóricas están relacionados con los conceptos que describen en forma específica o que explican fenómenos, y, como son más amplios que las teorías, son difíciles de comprobar. Las interrelaciones entre los conceptos pueden ser descritos en forma laxa o de manera específica. Los conceptos derivan de generalizaciones respaldadas científicamente y de la investigación. Los marcos de referencia no están sujetos a comprobación. La diferencia básica entre teorías y estructuras o marcos de referencia teóricos es únicamente que las teorías pueden estar sujetas a comprobación.

#### **1.1.5. TEORÍA.**

Una teoría es un enunciado con apoyo científico, que describe, explica o predice las interrelaciones entre los conceptos; estos conceptos y enunciados teóricos se interrelacionan y están sujetos a comprobación.

La teoría descriptiva, el nivel más bajo, identifica los elementos o eventos principales de los fenómenos y sus relaciones, pero no explica cómo o porqué se relacionan; la teoría explicatoria intenta definir las relaciones causales entre los conceptos, por último, la teoría predictiva predice en forma consistente los resultados futuros, es el nivel más deseable pero el más difícil de analizar y comprobar.

## 1.2. METODO DEL PROCESO DE ENFERMERÍA.

El proceso de enfermería es la aplicación de la resolución científica de problemas a los cuidados de enfermería.<sup>3</sup> Este proceso se utiliza para identificar los problemas del paciente, para planear y efectuar en forma sistemática los cuidados de enfermería, y para evaluar los resultados obtenidos con estos cuidados.

Las fases del proceso de enfermería se clasifican en 1)valoración, 2)planeación, 3)ejecución y 4)evaluación.

### 1.2.1. VALORACIÓN.

La primera fase del proceso de enfermería es la valoración. Antes que la enfermera pueda planear los cuidados que brindará al paciente debe identificar y definir los problemas de dicho paciente. En consecuencia esta fase incluye la recopilación de datos acerca del estado de salud del paciente y termina al llegar a un diagnóstico de enfermería, el cual es informe de los problemas que aquejan al paciente.<sup>4</sup>

La información se reúne de varias fuentes para ayudar a la enfermera a comprender la situación del paciente. Dos métodos básicos de información son: la observación y la entrevista con el paciente y con sus familiares. La historia clínica de enfermería es un formato sistemático, por lo común en forma de cuestionario o de lista, que la enfermera puede emplear para obtener datos importantes acerca del paciente por medio de la entrevista. La historia clínica de enfermería debe incluir áreas de valoración como el diagnóstico y el tratamiento del paciente, sus actividades cotidianas (aseo, defecación, alimentación, ejercicios, reposo, relajación y hábitos de sueño)condición física, estado psicológico y una historia socioeconómica y cultural-registro de objetivo del medio ambiente, ocupación, estado, económico, educación, diversiones y costumbres religiosas. Este registro escrito de información específica acerca del paciente proporciona las bases para valorar los problemas actuales y potenciales del paciente. Así mismo, sirve como base para planear y brindar los cuidados de enfermería.

Un estudio del hogar y la comunidad del paciente es de utilidad para la valoración, pero puede ser difícil de realizar. Otras fuentes secundarias para reunir información sobre el paciente son los registros médicos y sociales actuales y

---

<sup>3</sup> Fernández Ferrín Carmen El Proceso de Atención de Enfermería Barcelona España Masson 1995. p. 1

<sup>4</sup> Fernández Ferrín Carmen Op Cit p 1

pasados, registros del desarrollo, memorias computarizadas, notas y visitas de la enfermera, el kardex e informes de los cambios de turno. En vista de que la enfermera basa la planeación de los cuidados en principios científicos, y aplica diversas teorías en tanto brinda dichos cuidados, conviene que recurra a libros, revistas y personas expertas para obtener mayor información.

Esta valoración permite a la enfermera hacer un diagnóstico, que es un informe de los problemas del paciente, incluyendo su condición físicas limitaciones y forma de adaptarse al problema. Esto brinda a la enfermera la oportunidad de elaborar un plan individualizado para el cuidado del paciente.

### 1.2.2. PLANEACIÓN.

La fase de planeación comienza con el diagnóstico de enfermería, que se elabora mediante la recopilación y valoración de los datos que implican cuidados de enfermería. El diagnóstico de enfermería se basa en deducciones obtenidas de datos confusos o incompletos. Al hacer esto, la enfermera toma en cuenta una serie de probabilidades basadas en la observación, y usando el método inductivo predice cuáles son las correctas. La inducción es el proceso de razonar de lo específico a lo general, o de una parte al todo. En ocasiones la deducción la decisión y acción se realizan en unos cuantos minutos. El grado de deducción depende de la experiencia, la perceptividad y el conocimiento teórico de la enfermera. Las primeras deducciones que se basan en datos incompletos acerca del paciente, pueden ser de un nivel bajo. Conforme la enfermera continúa recopilando datos y verificando las suposiciones con el paciente, sus deducciones se vuelven más precisas.

Tan pronto como identifica los problemas del paciente, la enfermera debe establecer prioridades, determinando cuáles son más vigentes. Debe definir los objetivos inmediatos, intermedios y a largo plazo, o las metas por las que debe esforzarse. La enfermera y el paciente deben definir las metas aceptables para ambos. El paciente y su familia deben participar activamente en la planeación de los cuidados.

A partir de los objetivos generales, la enfermera puede determinar objetivos más específicos, los cuales deben asentarse en términos de conducta observable. Las acciones de enfermería encaminadas a lograr los objetivos, que pueden clasificarse en intervenciones, manejo o tratamiento de enfermería, deben estar señaladas explícitamente en el plan de cuidados de enfermería.

El plan de cuidados de enfermería debe ser individualizado de manera que éste no pueda ser empleado por ningún otro paciente. Debe incluir los problemas del paciente, las metas, objetivos e intervención de enfermería. Con su elaboración se termina la fase de planeación.

### 1.2.3. EJECUCIÓN.

Si un plan no se pone en acción, no es útil. Por lo tanto, una vez que la intervención de enfermería se ha determinado y se ha completado la fase de planeación, comienza la ejecución del plan. Mientras ejecuta el plan de cuidados, la enfermera sigue recopilando y valorando datos y planes, y evaluando los cuidados.

Ejecución es brindar realmente los cuidados de enfermería. Un plan contribuye a brindar cuidado de enfermería comprensivo por que toma en cuenta las necesidades del paciente en el aspecto físico, psicológico, emocional, espiritual, social, cultural, económico y de rehabilitación. El cuidado es personalizado, de manera que es apropiado a cada paciente específico. La ejecución del plan de cuidados. Sin una planeación y una adecuada comunicación acerca del plan, el paciente puede experimentar discrepancias o duplicación de los cuidados. El plan favorece el flujo uniforme de los cuidados de enfermería durante todas las etapas de la enfermedad del paciente, y coordina el programa para que el resto del equipo de salud realice pruebas diagnósticas y diversos tratamientos dentro de una secuencia adecuada para el paciente. Una labor importante de la enfermera es contribuir a la salud y ánimo del paciente para que éste exprese sus sentimientos y planee sus propios cuidados. Una vez finalizadas las acciones de enfermería concluye la fase de ejecución.

### 1.2.4. EVALUACIÓN.

La fase final, pero continua del proceso de enfermería es la evaluación o apreciación del resultado obtenido con los cuidados brindados. ¿Se proporcionaron con efectividad los cuidados? Si fue así, ¿porqué? Si no, ¿por qué no? ¿Cómo podrían mejorarse los cuidados? La evaluación del progreso del paciente se basa en la comparación entre el cuidado que se logró ofrecer y el cuidado que debería haber proporcionado la enfermera, el equipo de cuidado de la salud, el paciente o la familia, según se señaló en los objetivos del plan de cuidados. La evaluación del progreso del paciente indica qué problemas fueron resueltos, y cuales requieren revaloración y replaneación.

La evaluación del cuidado de enfermería es un mecanismo de retroalimentación que sirve para juzgar la calidad, y se ha conformado para mejorar dichos cuidados al hacer una comparación de los actuales con los estándares. Phaneuf ha realizado extensos trabajos respecto a la auditoría de la enfermería. La autora define esta auditoría como una inspección formal, sistemática y escrita de la calidad de los servicios brindados según los registros de los pacientes egresados. La auditoría es una revisión constructiva de los servicios de enfermería, y no de la enfermera. Querrá evaluar la totalidad de los cuidados, y no sólo cuidados brindados por determinada enfermera. Sin ser punitiva. La auditoría de enfermería señala si se están proporcionando en forma adecuada los cuidados de enfermería, e identifica las áreas que requieren acciones correctivas.

Aunque la auditoría de Phaneuf no está proyectada para evaluar el cuidado del paciente mientras se le proporciona, se han ideado otras auditorías para utilizarse junto a la cama del paciente. Por lo general consisten en la enumeración de las acciones de enfermería, que son evaluadas por una enfermera de otra sala, a fin de mantener la mayor objetividad posible. En ocasiones los resultados se dan a conocer para estimular la competencia a incrementar la motivación y mejorar el cuidado de enfermería.

Aunque la evaluación está considerada como la fase final del proceso de enfermería, ésta no termina aquí. La evaluación sólo señala los problemas que se han resuelto, los que han de volverse a valorar y planear, así como los efectuados y reevaluados. El proceso de enfermería es, pues, un ciclo continuo.



### 1.3. MODELO CONCEPTUAL DE VIRGINIA HENDERSON.

La aplicación del proceso de cuidados a partir de este modelo resulta esencial para la enfermera que quiere individualizar los cuidados, sea cual sea la situación que viva el cliente, la definición del rol fundamental de la enfermera permite precisar los principales conceptos del modelo, dado que esta definición refleja de forma clara, precisa y completa, el pensamiento de la enfermera.

Definición del rol de la enfermera según Virginia Henderson:

El rol fundamental de la enfermera consiste en ayudar al individuo enfermo o sano a conservar o a recuperar la salud (o asistirlo en los últimos momentos) para que pueda cumplir las tareas que realizaría él solo si tuviera la fuerza, la voluntad o poseyera los conocimientos deseados, y cumplir con sus funciones, de forma que le ayudemos a reconquistar su independencia lo más rápidamente posible.<sup>5</sup>

A partir de esta definición, se extraen una serie de conceptos y subconceptos básicos del modelo de Henderson:

#### 1 Persona

Necesidades Básicas

#### 2 Salud

Independencia

Dependencia

Causas de la dificultad o problema

#### 3 Rol Profesional

Cuidados Básicos de enfermería

Relación con el equipo de salud

#### 4 Entorno

Factores ambientales

Factores socioculturales

---

<sup>5</sup>Phaneuf Margot. Cuidados de Enfermería Un Proceso Centrado en las Necesidades de la persona. Madrid España McGraw-Hill 1993. p 2

Encontramos de nuevo en esta definición y en la obra de Henderson conceptos clave que permiten identificar los postulados, los valores y los elementos mayores del modelo.

Postulados. En los postulados descubrimos el punto de vista del cliente que recibe los cuidados de la enfermera. Para Virginia Henderson, el individuo sano o enfermo es un todo completo, que presenta catorce necesidades fundamentales, y el rol de la enfermera consiste en ayudarlo a recuperar su independencia lo más rápidamente posible.

Inspirándose en el pensamiento de esta autora, los principales conceptos son explicitados de la siguiente manera:

*Necesidad fundamental. Necesidad vital, es decir, todo aquello que es esencial al ser humano para mantenerse vivo o asegurar su bienestar.*

Virginia Henderson, desde una filosofía humanista, considera que todas las personas tienen determinadas capacidades y recursos, tanto reales como potenciales.<sup>6</sup> En este sentido, buscan y tratan de lograr la independencia y por lo tanto, la satisfacción de las necesidades de forma continuada, con el fin de mantener en estado óptimo la propia salud. Cuando esto no es posible aparece una dependencia que se debe según Henderson a tres causas y que identifica como "falta de fuerza", "falta de conocimiento" o "falta de voluntad"

Independencia. Satisfacción de una de las necesidades del ser humano a través de las acciones de las acciones adecuadas que realiza él mismo o que otros hacen en su lugar según su fase de crecimiento y de desarrollo y según las normas y criterios de salud establecidos.

Dependencia. No satisfacción de una o varias necesidades del ser humano por las acciones inadecuadas que realiza o por tener la imposibilidad de cumplirlas en virtud de una incapacidad o de una falta de suplencia.

Problemas de dependencia. Cambio desfavorable de orden bio-psicosocial en la satisfacción de una necesidad fundamental que se manifiesta por signos observables en el cliente.

Manifestación. Signos observables en el individuo que permiten identificar la independencia o la dependencia en la satisfacción de sus necesidades.

---

<sup>6</sup> Fernández Ferrín Carmen Op Cit p 5

Las causas de la dificultad son los obstáculos o limitaciones personales o del entorno, que impiden a la persona satisfacer sus propias necesidades. Henderson los agrupa en tres posibilidades:

1 Falta de fuerza. Interpretamos por FUERZA, no sólo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas, sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones pertinentes a la situación, lo cual vendrá determinado por el estado emocional, estado de las funciones psíquicas, capacidad intelectual, etc.

2 Falta de conocimientos, en lo relativo a las cuestiones esenciales sobre la propia salud y situación de enfermedad, la propia persona (autoconocimiento) y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.

3 Falta de voluntad, entendida como incapacidad o limitación de la persona para comprometerse en una decisión adecuada a la situación y en la ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las 14 necesidades.

La presencia de estas tres causas o de alguna de ellas puede dar lugar a una **dependencia total o parcial** así como **temporal o permanente**, aspectos estos que deberán ser valorados para la planificación de las intervenciones correspondientes.

Valores Los valores reflejan las creencias subyacentes a la concepción del modelo de Virginia Henderson y si nos referimos al ejercicio de la profesión enunciado anteriormente, este rol fundamental se efectúa en el ejercicio de la profesión de la enfermería. Además del rol propio de la enfermera, se añade su participación en el plan médico, aspecto dependiente del ejercicio de la profesión. Virginia Henderson dice que si la enfermera no cumple su rol esencial, otras personas menos preparadas que ella lo harán en su lugar.

### 1.3.1. Elementos Mayores de la Teoría de Henderson.

Inspirándose en la obra de Virginia Henderson, los elementos mayores del modelo han sido identificados de la siguiente manera:

**Objetivo.** Conservar o recuperar la independencia del cliente en la satisfacción de sus catorce necesidades fundamentales.

**Cliente.** Henderson precisa su conceptualización del individuo o persona, objeto de los cuidados. Así, cada persona se configura como un ser humano único y complejo con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales,

que tiene 14 Necesidades Básicas o requisitos que debe satisfacer para mantener su integridad (física y psicológica) y promover su desarrollo y crecimiento.

1. Respirar
2. Beber y comer.
3. Eliminar.
4. Moverse y mantener una buena postura.
5. Dormir y descansar.
6. Vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales.
8. Estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos.
9. Evitar los peligros.
10. Comunicarse con sus semejantes.
11. Actuar según sus creencias y valores.
12. Ocuparse para realizarse.
13. Recrearse.
14. Aprender.

Estas necesidades son comunes a todos los individuos, si bien cada persona, en su unicidad, tiene la habilidad y capacidad satisfacerlas de modo diferente con el fin de crecer y desarrollarse a lo largo de su vida. Las diferencias personales en la satisfacción de las 14 Necesidades Básicas vienen determinadas por los aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, inherentes a cada persona, así como por la estrecha interrelación existente entre las diferentes necesidades, que implica que cualquier modificación en cada una de ellas puede dar lugar a modificaciones en las restantes. Desde un punto de vista holístico, esto quiere decir que el estudio por separado de cada una de estas necesidades, en ningún momento nos da la visión del ser humano en su totalidad sino solamente de una parte de la realidad de la persona, siendo necesaria la interrelación de cada una de estas necesidades con las restantes, para poder valorar el estado del individuo como un todo. No obstante, debe hacerse constar que el análisis de las necesidades una a una es adecuado cuando los fines son didácticos o bien en la fase de recogida de datos de la etapa de valoración del Proceso de Atención. En este caso, es imprescindible el análisis posterior de dichos datos, a partir de la interrelación de las diferentes necesidades, para determinar el grado de satisfacción de acuerdo con los criterios -denominados por Henderson- de Independencia y de Dependencia

El cliente debe verse como un todo, teniendo en cuenta las interacciones entre sus distintas necesidades, antes de llegar a planificar los cuidados.

Rol de la enfermera. El rol de la enfermera es un rol de suplencia. Suplir, para Virginia Henderson, significa hacer por él aquello que él mismo podría hacer si tuviera la fuerza, la voluntad o los conocimientos. Las intervenciones de la

enfermera apuntan esencialmente hacia la independencia del cliente en la satisfacción de sus catorce necesidades fundamentales y lo más rápidamente posible.

Los cuidados básicos de enfermería considerados como un servicio derivado del análisis de las necesidades humanas, son universalmente los mismos, porque todos tenemos necesidades comunes; sin embargo, varían constantemente porque cada persona interpreta a su manera estas necesidades. La enfermería se compone de los mismos elementos identificables, pero éstos se han de adaptar a las modalidades y a la idiosincrasia de cada persona.

La contribución de las enfermeras al trabajo con el equipo multidisciplinar, en la planificación y ejecución de un programa global, ya sea para el mejoramiento de la salud, el restablecimiento del paciente o para evitarle sufrimientos en la hora de la muerte. Ningún miembro del grupo debe exigir del otro actividades que le obstaculicen el desempeño de su función propia.

Fuentes de dificultad. Virginia Henderson identifica tres fuentes de dificultad; una falta de fuerza, una falta de voluntad y una falta de conocimientos. Sin embargo, en la práctica resulta difícil buscar las causas de dependencia debidas a la falta de voluntad. Además el aspecto sociológico no aparece; es por ello que, a pesar de respetar la idea de la autora, hemos añadido una cuarta fuente de dificultad. Para aclarar el concepto y las diferentes causas de dependencia, teniendo en cuenta las que hemos añadido.

La fuente de dificultad es la causa de la dependencia del individuo, es decir, cualquier impedimento mayor para la satisfacción de una o varias necesidades fundamentales. Concebida de cuatro maneras:

1. Factores de orden físico.

Atentado de la integridad física debido a:

- Insuficiencia intrínseca del organismo.
- Insuficiencia extrínseca del organismo.
- Desequilibrio del organismo.
- Sobrecarga del organismo.

2. Factor de orden psicológico.

Atentado de la integridad del yo.

3. Factor de orden sociológico

Atentado en la integridad social (relación con el medio entorno).

4. Falta de conocimiento.

Insuficiente conocimiento de uno mismo, de los demás y del medio.

Intervenciones. El centro de la intervención y las formas de suplencia están en relación con el objetivo deseado, la independencia del cliente en la satisfacción de

sus catorce necesidades fundamentales. A veces la enfermera centra sus intervenciones en las manifestaciones de dependencia y otras veces interviene en el ámbito de las fuentes de dificultad, según la situación vivida por el cliente. Así, las acciones de la enfermera consisten en contemplar o reemplazar las acciones realizadas por el individuo para satisfacer sus necesidades. Las formas de suplencia son indicadores de intervención frente a las fuentes de dificultad identificadas; es por ello que la utilización de verbos de acción permite determinar más adecuadamente las intervenciones apropiadas.

Consecuencias deseadas. Utilizando el modelo conceptual de Virginia Henderson, es evidente que la enfermera apunta como consecuencias deseadas el cumplimiento del objetivo, es decir, la independencia del cliente en la satisfacción de sus catorce necesidades fundamentales. El modelo conceptual de Virginia Henderson nos da el cuerpo de conocimientos de los cuidados de enfermería.

Comunicación enfermera- cliente. El proceso de cuidados a partir de un modelo conceptual no puede efectuarse sin un enfoque de relación de ayuda con el cliente. En efecto, resulta esencial para la enfermera, además de la recogida de datos, de la planificación de cuidados y de la aplicación de las intervenciones, establecer una relación significativa con el cliente. Por ello, debe presentarse adoptando actitudes de cálido respeto, de comprensión empática, de autenticidad y de consideración positiva. Es cierto que la comunicación eficaz entre enfermera y cliente es muy exigente y exige grandes y continuados esfuerzos a la enfermera, pero ella sabe que es indispensable para ayudar al cliente vivir una situación difícil.

Todos los miembros del grupo deben considerar a la persona que atienden como la figura central y comprender que, primordialmente, su misión consiste en "asistir" a esta persona. Si el paciente no comprende ni acepta el programa tratado con él y para él, ni coopera en su desarrollo, se perderá gran parte de los esfuerzos del equipo. El paciente o usuario es visto pues como un sujeto activo y responsable de su propia salud, que participa en las decisiones y en el logro de sus metas.

### 1.3.2. APLICACIÓN DEL MODELO DE VIRGINIA HENDERSON.

El modelo de Henderson, como marco conceptual, es perfectamente aplicable en todas y cada una de las diferentes etapas del Proceso de Atención

1. En las etapas de **valoración y diagnóstico**, sirve de guía en la recogida de datos y en el análisis y síntesis de los mismos. En esta etapa se determina
  - El grado de independencia/ dependencia en la satisfacción de cada una de las 14 necesidades
  - Las causas de la dificultad en tal satisfacción
  - La interrelación de unas necesidades con otras
  - La definición de los problemas y su relación con las causas de dificultad identificadas.
  
2. En las etapas de **planificación y ejecución**, sirve para la formulación de objetivos de independencia en base a las causas de la dificultad detectadas, en la elección del modo de intervención (suplencia o ayuda) más adecuado a la situación y en la determinación de actividades de enfermería que impliquen al individuo –siempre que sea posible– en su propio cuidado. Esto significa determinar el modo de intervención (suplencia o ayuda) más adecuado a la situación
  
3. En la etapa de **evaluación**, el modelo de Henderson ayuda a determinar los criterios que nos indicarán los niveles de independencia mantenidos y/ o alcanzados a partir de la puesta en marcha del plan de cuidados, nuestra meta es ayudar al individuo a conseguir su independencia máxima en la satisfacción de las necesidades, lo más rápidamente.

## 1.4. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA.

Un diagnóstico de enfermería es un enunciado definitivo, claro y conciso del estado de salud y los problemas del paciente, que pueden ser modificados por la intervención de la enfermera. Deriva de la inferencia de datos confirmados por la valoración y de las percepciones, siguen a una investigación cuidadosa de los datos y conduce a una decisión o a una opinión.<sup>7</sup>

La primera conferencia nacional sobre la clasificación del diagnóstico de enfermería, celebrada en E. U. A. (1973) aceptó la definición de diagnóstico de enfermería como "el juicio o conclusión al que se llega como consecuencia de la valoración de enfermería. La importancia del diagnóstico está indicada por la American Nurses' Association de 1976 y refinada en 1980 quedando como: Enfermería es el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a los problemas de salud presentes o potenciales.

El diagnóstico hace posible dar a los individuos un cuidado global y comprensivo de la salud al identificar, valorar y responder a problemas específicos de ella. Los diagnósticos de enfermería, permiten el uso de un lenguaje común dentro de la profesión, este lenguaje común intensifica la comunicación entre compañeros y con otros profesionales del cuidado de la salud, mejora la continuidad de los servicios y representa un cuerpo organizado de ciencia clínica en enfermería. De acuerdo con Gordon y Sweeney, los diagnósticos de enfermería pueden ayudar a formular los resultados esperados para asegurar la calidad, colaboran en la medición de la eficacia-costo del cuidado de enfermería, permiten asignar los puestos dentro del personal, proporcionan la base para la "clínica" en la educación de la enfermera y constituyen la fuerza o énfasis que impulsa la investigación en enfermería clínica.

Nuevas enfermeras vacilan ante la necesidad de escribir diagnósticos de enfermería, temen al riesgo de hacer un juicio que otras puedan leer; algunas piensan en el ridículo o la crítica; otras temen cometer un error o no hacerlo "perfecto."



## 1.4.1. PERSPECTIVAS HISTORICAS.

La expresión "diagnóstico de enfermería" surgió en la década de 1960 con el uso creciente del proceso de atención de enfermería. En E. U. A., la American Nurses Association incluyó al diagnóstico de enfermería como parte integral del proceso de atención de enfermería al publicar en 1973 los canones o las normas genéricas para la práctica de la misma. Los diagnósticos de enfermería se están utilizando en estudios para determinar su factibilidad como medio para reestructurar el cuidado de enfermería y medir sus recursos en un sistema experimental de restitución.

Uno de los problemas más frecuentes para aceptar la expresión "diagnóstico de enfermería" es el malentendido que surge por su confusión con el diagnóstico médico. Este último identifica y califica el proceso patológico preciso, se hace con el fin de prescribir un tratamiento, curar la enfermedad o reducir la lesión es el daño, si el padecimiento no puede ser identificado, con frecuencia el tratamiento se dirige a eliminar o reducir los signos y síntomas el diagnóstico médico describe una enfermedad, un síndrome o un conjunto específico de observaciones que se clasifica.

El diagnóstico de enfermería describe los efectos de estos síntomas y estados patológicos sobre las actividades del paciente y sobre su forma de vida, es la manifestación de la respuesta en la conducta del individuo a la condición o situación.<sup>8</sup>

El diagnóstico médico es un componente importante en el estado global del paciente y no puede ser ignorado. Existen acciones de enfermería, independientes, que pueden ejecutarse en respuesta al diagnóstico médico.

Las acciones independientes de enfermería incluyen la valoración de los conocimientos del paciente acerca de la enfermedad y de sus complicaciones.

El diagnóstico de enfermería no está sólo una clasificación conceptual sencilla como obesidad, inmovilización o constipación, estas indicaciones son demasiado generales y no definen el interés específico, ni muestran las relaciones necesarias que se requieren para desarrollar órdenes individualizadas significativas para enfermería.

Otro concepto erróneo consiste en considerar que el diagnóstico de enfermería es la manifestación de un problema de la enfermera con el paciente pero no es un problema ni una meta. En ocasiones la enfermera y el paciente desarrollan

---

<sup>8</sup> Griffith Janet W. Op Cit p 143.

conflictos interpersonales o de comunicación que conducen a expresiones por parte de la primera de que el paciente es "difícil", "exigente" o "imposible. El problema en realidad es de la enfermera, y de hecho puede interferir en el ajuste del individuo al problema de salud. Existe la necesidad de diferenciar entre la situación del paciente y sus deficiencias para encarar sus problemas y la dificultad del personal para enfrentarse a la atención del paciente.

De acuerdo con Henderson, el proceso para determinar el diagnóstico de enfermería debe incluir los elementos siguientes: una situación con uno o más pacientes; la obtención cuidadosa de datos subjetivos y objetivos; un esquema conceptual de enfermería; un interés o problema de salud existente o potencial; una causa, condición o situación apropiada y un requerimiento de intervención "dentro del dominio profesional de enfermería."

El proceso de diagnóstico nunca está completo en tanto exista contacto enfermera-paciente. Por lo general, los diagnósticos de enfermería hechos después de la obtención inicial de datos son tentativos y pueden requerir valoración o confirmación ulterior. Hasta donde el paciente continúe teniendo un problema de salud, seguirá habiendo una adaptación constante y un cambio en respuesta a éste. La enfermera necesita valorar estos cambios y adoptar los diagnósticos de enfermería y las intervenciones a ellas.

El proceso para determinar el diagnóstico de enfermería incluye la valoración y la fase de análisis /síntesis. Estos lineamientos continúan con la identificación de los problemas del paciente, la redacción del enunciado de diagnóstico, la confirmación y el ordenamiento de los diagnósticos de acuerdo a la prioridad.<sup>9</sup>

El primer paso para realizar lo anterior es identificar el estado de salud del paciente y su problema. En algunas ocasiones hay confusión para diferenciar la necesidad del problema; las necesidades deben ser recompensadas por el funcionamiento normal de un individuo. Maslow identificó las necesidades básicas como fisiológicas, de seguridad, amor y pertenencia, de estimación social y reconocimiento y de autorrealización. Existe un interés o problema cuando un individuo no puede proporcionar la recompensa a la necesidad. De acuerdo con Bower, "un problema es una interrupción en la capacidad del individuo para cubrir una necesidad; es una dificultad o confusión que requiere solución.

Existen varios tipos de problemas de pacientes que pueden ser identificados. Hay pacientes sin problemas y otros con problemas reales (reconocibles o no reconocibles) potenciales o posibles.<sup>10</sup>

---

<sup>9</sup> Griffith Janet W. Op Cit p. 144.

<sup>10</sup> Griffith Janet W Op Cit p 145

1 El paciente sin problemas: Si el individuo, con o sin diagnóstico médico, está entrentándose en forma adecuada al momento y no se percibe problema alguno, entonces los diagnósticos de enfermería se redactan en relación a la preservación del estado de salud del paciente. Los diagnósticos son *manifestados como "conservación de la homeostasis o equilibrio"* o *"conservación del estado de salud"*; las acciones independientes de enfermería incluyen apoyo, alabanza, estímulo y el suministro de información sobre la salud o sobre las alternativas de salud. La definición de salud de la enfermera influye en las palabras para expresar el enunciado del diagnóstico.

2 El paciente con problemas reales y conocidos. Los problemas son condiciones existentes, se relacionan con un diagnóstico médico, una situación o un estado; se enuncian en términos de la respuesta del paciente a esos factores y pueden expresarse en relación a un estado de tensión, a una deficiencia o a una conducta de mala adaptación.

3 El paciente con un problema real pero no reconocido: Estos problemas son condiciones existentes identificadas por enfermería, pero que no son reconocidas o aceptadas por el paciente, quien puede negar el problema o reconocerlo pero rehusarse a hacer cualquier cosa acerca de él. Respetando la autonomía del paciente, la enfermera anota el problema en la lista del estado de salud e indica que está sin resolver.

4 El paciente con un problema potencial: Los problemas potenciales son aquellos que se consideran como probables o de alto riesgo. Henderson manifiesta que "un problema potencial de salud es la presencia de factores importantes de riesgo que pueden ser modificados para prevenir la presencia de enfermedad o invalidez.

5 El paciente con un problema posible: Un problema posible es aquél que no ha sido verificado o confirmado. Es probable que la enfermera necesite mayor información para aclarar los factores conexos. Esto es semejante a una hipótesis que puede ser aceptada o no; es la impresión de la enfermera la cual es una "noción o sensación vaga retenida desde el encuentro y (que connota) una conclusión tentativa". Puede ser enunciada como "una impresión de confusión: una fuente indeterminada" o "una depresión posible".

6 El paciente con fortaleza: La mayor parte de los individuos tienen fortaleza y voluntad que los ayudan a bastarse a sí mismos o a enfrentarse con suficiencia a una situación. La fortaleza o "fuerzas" deben identificarse y anotarse en la conclusión de la fase de análisis /síntesis; pueden ser usadas y reforzadas en las acciones de enfermería. Es difícil enumerarlas como un diagnóstico de enfermería, puesto que pueden aplicarse a todos los problemas de salud; otra razón para no enumerarlas como un diagnóstico es que los planes de enfermería surgen de la

lista. Podría ser importante incluir los planes para cada fuerza en el cuidado de la salud. Las fuerzas o demostraciones de fortaleza que pueden anotarse son: los mecanismos adecuados de suficiencia, los numerosos apoyos a la situación, los recursos económicos adecuados y el conocimiento profundo y aceptación del estado.

El tercer paso es la confirmación del diagnóstico de enfermería. Hay dos etapas en la confirmación: la primera se relaciona con el conjunto o el patrón de signos y síntomas que definen al diagnóstico, esta confirmación comprende la revisión de datos que condujeron a la emisión del juicio y la verificación de su suficiencia y precisión; la enfermera evalúa también el fundamento científico en que se basa el diagnóstico para reforzar el grado razonable de probabilidad.

La segunda confirmación es uno de los aspectos más importantes del diagnóstico de enfermería y es posible que sea uno de los que se omiten con mayor frecuencia; esta etapa de confirmación consiste en colaborar con el paciente para ratificar el diagnóstico de enfermería. La colaboración es un componente esencial del éxito del cambio por tres razones: primero, trabajar juntos representa la base de una relación verdadera, con la cual es más probable que se obtengan datos exactos y válidos; segundo, la relación verdadera provee al paciente con un soporte firme y un apoyo para arriesgarse y cambiar conductas. Por último, la colaboración indica influencia mutua; de acuerdo con Orlando, si no hay una confirmación mutua, la enfermera estará comprometida en una actividad no terapéutica.

El cuidado de enfermería no puede existir en el vacío, es un esfuerzo por buscar la perfección escrita sin la participación del paciente. Cuando éste rehúsa reconocer un problema de salud, la enfermera puede registrar el diagnóstico como inactivo, lo cual indica que sigue siendo un problema pero que no es admitido por el paciente.

La intervención del paciente desde el principio establece una relación compartida y estimula el concepto del cuidado sí mismo. Las únicas excepciones a esta segunda fase de la confirmación serían una urgencia o un individuo inconsciente.

El cuarto paso consiste en ordenar los diagnósticos de enfermería por prioridades. Después de que el paciente y la enfermera concuerdan con la lista de problemas o intereses de salud, deben clasificarlos de acuerdo a la necesidad del paciente de intervenciones de enfermería. *Instituir prioridades permite un acercamiento lógico a una multiplicidad de problemas.*<sup>11</sup>

---

11 Griffith Janet W. Op Cit. p 155

## 1.4.2. PAUTAS PARA LA ESTRUCTURA.

El diagnóstico de enfermería es conciso y claro: La claridad y el estilo conciso facilitan la comunicación entre los miembros del equipo de salud, puesto que un diagnóstico conciso, enunciado con claridad será leído y asimilado, lo contrario de un párrafo prolijo que lleva tiempo leer y descifrar.<sup>12</sup>

El diagnóstico de enfermería es específico, preciso y se centra en el paciente: Los diagnósticos centrados en el paciente se enuncian en términos de la respuesta del paciente a las tensiones intrapersonales, interpersonales y ambientales.

El enunciado o afirmación debe ser una identificación precisa del problema actual o potencial del paciente, más que un concepto o una clasificación general, esta precisión es necesaria para que la enfermera pueda planear e implementar las intervenciones exactas y apropiadas. Si se establece una conclusión incorrecta, las metas, intervenciones evaluación serán inadecuadas e ineficaces.

El diagnóstico de enfermería puede ser un enunciado descriptivo: Este se utiliza cuando hay datos inadecuados para determinar los factores o causas contribuyentes posibles. Debe ser clínicamente útil y no solo una lista de signos y síntomas. Es el enunciado de la respuesta del paciente a un "trastorno real o potencial en los procesos, patrones, funciones o desarrollo vital."<sup>13</sup>

El diagnóstico de enfermería puede expresarse como un enunciado etiológico: Este es un enunciado más definitivo, que incluye la respuesta del paciente (el enunciado descriptivo) así como el enunciado de los factores que contribuyen o influyen. Este último es la parte donde la enfermería puede intervenir para ayudar a aliviar o a cambiar la respuesta del paciente. Esta parte del enunciado indica la percepción de la enfermera de los factores causales probables y debe permitir la flexibilidad y la exploración.

El enunciado descriptivo está unido al componente etiológico por medio de las palabras "relacionado a", lo cual indica sólo relación; no está legal o causalmente definido como "debido a".

El diagnóstico de enfermería proporciona dirección para las intervenciones de enfermería. El enunciado descriptivo por lo general implica la necesidad de datos adicionales y de planes para una valoración ulterior de áreas particulares. La cláusula etiológica es la base para planear los objetivos centrados en el paciente y las acciones de enfermería. Las estrategias de enfermería variarían de acuerdo a los

---

<sup>12</sup> Griffith Janet W. Op Cit p.158

<sup>13</sup> Griffith Janet W Op Cit p. 160

factores etiológicos. El objetivo es mejorar o mantener la respuesta del paciente al aplicar las estrategias relacionadas con los factores contribuyentes.

El diagnóstico de enfermería puede ser implementado por las intervenciones. Las intervenciones de enfermería son actividades de promoción de la salud, de educación, de prevención de la enfermedad, de tratamiento de enfermería (restauración o conservación) y de referencia. La enfermera identifica todas las áreas de problemas de salud, incluyendo aquellas en las que son necesarios otros especialistas. La acción independiente de enfermería para estos últimos problemas debe referirse al recurso apropiado.<sup>14</sup>

La lista de los diagnósticos de enfermería refleja el estado actual de salud del individuo: Es una recopilación de los problemas de salud del paciente que es sensible a las condiciones cambiantes. La lista puede denominarse lista de problemas, pero no es una lista de problemas médicos o de enfermería. Es la lista de los problemas o intereses de salud del paciente. En ella deberán incluirse todos los problemas de salud presentes, potenciales y posibles; es decir, incluirá los problemas resueltos, los activos y los inactivos y proporcionará una visión muy condensada del estado de salud del paciente. Cualquier persona que vea la lista deberá discernir de inmediato un bosquejo comprensivo y conciso del paciente. También puede incluir un informe de una "base de datos" cubre este criterio; indica un problema que afecta el estado de salud del paciente y permite su comprensión. El objetivo del paciente es participar como compañero en la información necesaria; la estrategia de enfermería es valorar u obtener los datos.

Otro enunciado de diagnóstico apropiado está en relación a la terminación o ejecución del planeamiento. Los diagnósticos pueden presentarse como "potencial para la dependencia" o "potencial para no aceptar la terminación". Los planes son incluidos entonces en el registro del paciente y no son olvidados ni hechos en el último minuto. Este diagnóstico puede incluir también planes para establecer estrategias de confianza u otras estrategias para las comunicaciones interpersonales con el paciente.

---

14 Griffith Janet W. Op Cit. p. 161

## 2 ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR (ECV)

**Fisiopatología** La enfermedad cerebrovascular es un ataque de disfunción neurológica que dura por más de 24 horas, que se produce por un trastorno vascular en el cerebro. Con frecuencia es focal, aunque en ocasiones es global.<sup>15</sup> Como en la hemorragia subaracnoidea.

**Patogénesis** Causas de la enfermedad cerebrovascular:

Infarto Cerebral (debido a trombosis o embolia arterial)

Hemorragia Intracerebral Primaria.

Hemorragia Subaracnoidea.

Factores Desconocidos.

El infarto cerebral se presenta cuando se ocluye una arteria en ausencia de una circulación colateral adecuada. La oclusión puede deberse a trombosis arterial, embolia por trombos arteriales proximales o embolia desde el corazón.

La embolia cerebral, es una importante causa del infarto cerebral. Constituye el 25 % de los ECV, pero en autopsias bien controladas se ha visto que las embolias igualan prácticamente el número de las trombosis. Su frecuencia se debe a cuestiones anatómicas, pues las carótidas están entre los primeros vasos que nacen del cayado aórtico y su dirección continua la de la corriente sanguínea, facilitando entonces la vehiculización de los émbolos salidos del corazón, y a la sensibilidad del sistema nervioso, donde una lesión muy pequeña puede tener consecuencias devastadoras.

**Etiopatogenia:** el origen del émbolo es fundamentalmente cardíaco y las enfermedades que lo provocan son, en orden de frecuencia: la fibrilación auricular, con hipertiroidismo o no; el infarto miocárdico. En el 20 % de los casos es silencioso y se inicia con una embolia cerebral, y las endocarditis, entre las cuales hay que considerar las sépticas, que pueden dar no solo infarto cerebral, sino infección, aneurisma miliar con probable hemorragia, encefalitis localizada, absceso, etc. Otras causas son las cardiopatías, congénitas, la cirugía cardíaca y las válvulas protésicas. Es doble citar además, la endocarditis marasmáticas que se ve en los pacientes debilitados, especialmente los neoplásicos.<sup>16</sup>

---

<sup>15</sup> Pryse-Phillips William Neurología Clínica. México. El Manual Moderno. 1984 p. 385.

<sup>16</sup> Merrit Houston. Tratado de Neurología. 2ª ed. Barcelona España Salvat. 1982. p. 122.

Otro origen es el pulmonar, pues los procesos infecciosos, como las bronquiectasias y los abscesos, pueden provocar embolias con una evolución semejante a las sépticas cardíacas.

El émbolo paradójico es el que supera la circulación pulmonar y pasa a través de un agujero cardíaco silente o clínico, o que por diferencias de presión, se dirige a las venas posteriores saltando la circulación pulmonar. Este tipo de embolia se ve proporcionalmente con mayor frecuencia en los recién nacidos que tienen permeable el agujero de Botal. Todas estas embolias son de coágulos sanguíneos.

Las embolias de plaquetas y fibrina se forman en las ulceraciones de las placas ateromatosas, sobre todo de la carótida interna, y son causa importante de los AIT de los adultos.

Otros émbolos son los metastáticos y los parasitarios, aunque nunca dan el cuadro clínico que estamos describiendo.

Interesan también las embolias de otro origen, ya sean gaseosas (de aire o nitrógeno), de grasa, de materiales extraños (balas, catéteres, talco, etc.) o amnióticas, realmente excepcionales.

Las embolias originadas en la circulación general parecen localizarse preferentemente en hemisferio izquierdo y en las ramas de la cerebral media, vaso que sigue en forma más directa el trayecto de la carótida interna. Por ello tienen tendencia a ser corticales y se impactan, según su tamaño, en las ramas más periféricas, cabalgando a veces en una bifurcación arterial o en alguna zona estenosada por arteriosclerosis, sin penetrar en las arterias perforantes, se han descrito hasta en arterias de 0.2 mm.

Los factores fibrinolíticos normales de la sangre tienden a disgregar el coágulo y disolverlo, a veces previa fragmentación que produce su desplazamiento periférico; esto explica a) que en las autopsias pueda no encontrarse la causa de una obstrucción embólica; b) que una sintomatología importante pueda desaparecer en forma rápida, y c) la conversión del infarto blanco en el "rojo", típico de las embolias.

Otro hecho comprobado es que cuando un émbolo se impacta ocurre un espasmo reflejo en la zona vecina o más distalmente, que contribuiría a magnificar la sintomatología.

**Sintomatología** En el ECV las manifestaciones son súbitas muy agudas, que aparece durante el día y no de noche como la trombosis; en segundos o en minutos se llega al acmé de la sintomatología en un enfermo vigil con un cuadro



neurovascular dependiente del vaso impactado. A veces, se registran cefaleas del mismo lado y a menudo convulsiones focales o generalizadas, de acuerdo con su localización cortical. Por excepción puede haber algunos pocos pródromos que simulan un AIT y aparecen pocas horas antes del ictus. Este cuadro desaparece con rapidez, parecido un AIT, o se establece como un infarto definitivo. Cuando el émbolo asienta en algún vaso grande, la carótida interna o la arteria basilar, puede haber alteraciones de la conciencia que también se ven en las lluvias de émbolos que obturan simultáneamente muchos vasos, como ocurre en las embolias grasas. Además, como en las trombosis, la viabilidad de la circulación colateral determinará la importancia de la sintomatología, y ya se dijo que cuando hay episodios recurrentes, aunque distintos y no estereotipados, de déficit transitorio neurológico, se debe pensar fundamentalmente en embolias múltiples.

**Diagnóstico** Se basa en los conceptos expuestos: adulto joven sin arteriosclerosis, con factores embolígenos claros, un cuadro neurológico ictal, focal, con convulsiones, un examen clínico con signos de la enfermedad causante, y a veces, embolia con evolución en otros órganos (retina, entre otros miembros) La punción lumbar podrá mostrar desde los primeros días, y no en menos de los 30% de los casos, sangre en el infarto rojo que trasuda hematíes al LCR; por excepción será muy hemorrágica.

**Tratamiento.** Está enfocado a la prevención de nuevas embolias. Cuando las causas lo justifiquen, plantea el problema de los anticoagulantes. Muchos no emplean estos nunca. Otros lo hacen después de algunas semanas, y otros más de entrada si no hay contraindicación formal (LCR teñido y evidencia de hemorragias en la tomografía computada) los utilizan.

**Pronóstico** En la embolia cerebral se considera en general bueno; pero muchos casos quedan con graves secuelas de su infarto, y el 80% corre el riesgo de que se repita el cuadro, a menudo el poco tiempo del episodio inicial. Es razonable suponer que ello dependerá de la causa del accidente y de su posibilidad de corrección.

### 3 PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.

#### 3.1 PRESENTACIÓN DEL CASO.

Se trata de una persona de 75 años de edad, sexo masculino. En 1997 sufre de una enfermedad cerebrovascular (embolia) sufre secuelas con las cuales en el momento tiene una hemiplejía del lado izquierdo. El encuentro se realiza en su casa presentando logros significativos al momento en que se realiza el primer contacto, como son control de esfínteres y deambulación. En un principio se le tenía bajo el cuidado del personal de enfermería la mayor parte del tiempo, dejando tiempo libre, el cual sus familiares cercanos se hacen cargo suspendiéndole la ayuda de enfermería durante un año.

Del 1 al 9 de Febrero 2001 se realizan los primeros contacto con él y su familia, con la que tiene una convivencia en la misma casa. En el primer contacto, encuentro una persona que se denota un poco hosca hacia los extraños. Al mencionarle el por qué de mi estancia en el lugar cambia de apariencia y se demuestra muy accesible para que se le apliquen todos los ejercicios de terapias de los cuales le puedan ayudar a una pronta mejoría, siendo que él tiene una idea de que en un corto tiempo puede restablecer todas las funciones perdidas en este periodo sirvió para comenzar el reconocimiento mutuo, sirviéndome para sondear algunos aspectos en cuanto a su persona así como la de su familia.

Durante el mes de Febrero, en los días 12 al 23 se le comenzó a ser un recuento de las necesidades que en primera instancia se percibían así como realizar una indagatoria hacia la familia de los hábitos, costumbres, actividades que realizaba, así como relata el inicio del problema, las circunstancias en las cuales fue rodeado el incidente teniendo confuso los tiempos en que se presenta, ya que al mencionarlos todo lo detalla como si haya sucedido en un solo día, siendo que los sucesos que condicionaron el problema se fue dando en un periodo de una semana; su esposa y uno de sus hijos son los que se encargan de brindarle la ayuda necesaria aun cuando a él se le deja realizar la mayor parte de sus actividades ellos se encargan de cuidar que no le suceda un accidente.

Al suceder los primeros contactos, se observan las actividades en las que le auxilian siendo éstas: bañarlo, cambiarle el pañal, tendido de cama, cambiarle la ropa y posición en su cama así como trasladarlo al reposit, silla de ruedas o silla.

Al suceder los primeros contactos, se observan las actividades en las que le auxilian siendo estas: banarlo, cambiarle el pañal, tendido de cama, cambiarle la ropa y posición en su cama así como trasladarlo al reposet, silla de ruedas o silla. Del 24 de Febrero al 9 de marzo se comenzó a brindarle terapia física, para el restablecimiento de las funciones motoras del lado izquierdo de su cuerpo, ejercicios para el control de sus esfínteres, los cuales a pesar de la terapia antes dada todavía no los controlaba del todo, mencionándole a la familia la necesidad de su participación en las medidas de apoyo para su recuperación, explicándoles que el período es largo y al mismo tiempo reforzando los conocimientos acerca del padecimiento, de modo que no caigan otra vez en periodos de desesperación y puedan ayudar de mejor manera.

A partir de la segunda quincena de Marzo los logros se hicieron evidentes él mismo, se cambia el pañal y hasta que pudo controlar sus esfínteres totalmente, evitando ensuciar sus ropas. Con los ejercicios de rehabilitación se restablecieron sus funciones motoras de brazo y pierna, que por la falta de ejercicio o movimientos se encontraban el brazo izquierdo edematizados siendo que con el ejercicio desapareció. Poco a poco y de manera significativa empezó a coordinar, tener fuerza y movimientos de los miembros afectados ayudando a restablecer la circulación sanguínea. Al realizarle ejercicios faciales, contribuyó de una manera notable por lo que evoluciono satisfactoriamente. Y solo quedaron indicios poco notables de este problema.

Durante el mes de Abril se le conminó a realizar tareas que él mismo pudiera realizar como bañarse solo, tender su cama, cambiarse solo, levantar el plato donde come, lavarse los dientes, cambiarse de ropa, caminar dentro del patio de su casa, realizar una lectura.

Continuó con los ejercicios de rehabilitación, y al brindarle apoyo, mejoro el estado de animo, y la realización de sus ejercicios, ya que anteriormente los interrumpía y no quería continuar. También fueron notables los adelantos en gesticulación de la cara y pudo alcanzar una buena funcionalidad. El mismo paciente notó la mejoría, al poder comer sin que se le saliera la comida por las comisuras de los labios y hablar mejor entendiendo su conversación.

También se brindó apoyo y ayuda a la familia, ya que les es muy difícil el proceso en que se encuentran aun cuando ha pasado algún tiempo desde el inicio, ya que al desconocer muchas cosas de la enfermedad, piensan que las actitudes del paciente son a propósito y con ganas de molestarlos e irritarlos, lo cual hace difícil la relación interpersonal.

Asistencia a algunas actividades que desea realizar se la ayuda a lógralas una vez que deambula con apoyo de bastón de cuatro patas se le acompaña en actividades

que desea hacer como asistir a servicios religiosos, pequeños paseos y actividades recreativas, de modo que no desespere en su intento de recuperar sus funciones.

### 3.2 PERFIL DEL CLIENTE A PARTIR DEL MARCO DE REFERENCIA VIRGINIA HENDERSON.

Nombre J. C. R.

Edad. 75 años.

Sexo. Masculino.

Estado Civil. Casado.

Diagnóstico. Enfermedad Cerebrovascular ocasionado por una Embolia.

Ocupación Jubilado.

Nacionalidad Mexicana.

Perspectivas del cliente sobre su salud. Se encuentra desanimado, deseoso de recuperarse.

Lugar en donde se encuentra. En su domicilio

#### **Necesidades Fundamentales.**

##### a. Respirar.

Vías respiratorias. Se encuentran permeables de ambas narinas, campos pulmonares con buena ventilación, sin presentar ruidos, estertores o silibancias que pudieran afectar o indicar algún problema.

Hábitos. Limpieza de las narinas por las mañanas y en los instantes en que tiene la sensación de encontrarse sucia, se abriga cuando el clima se encuentra frío y evita exponerse al medio ambiente en esas condiciones.

Influencia de las emociones. Presenta los cambios normales de la respiración al existir las emociones siendo normal ya que el resto de las personas las presenta, sin existir otra o alguna en especial que altere su frecuencia respiratoria.

Entorno. Los cambios climáticos y de contaminación le molestan cuando son variables o abundantes sin presentar problemas mayores que le sean dañinos a su persona.

##### b. Beber y comer.

Vías digestivas. No presenta alteración ni procesos infecciosos que denoten algún padecimiento, lo único sobresaliente es el estreñimiento, el cual padece en ocasiones con alimentos como tortillas, consumidos en cantidades abundantes.

Tipo y cantidad de alimentos y líquidos absorbidos. Consume todo tipo de alimentos, no presenta rechazo hacia los alimentos en cambio todo lo come y si por él fuera comería a cada instante cualquier comida o golosina. La familia lo tiene controlado para que no se exceda como en el caso de las tortillas, y se adecuan los alimentos a sus necesidades y problemáticas existentes de masticación, para facilitarle el poder comer.

La ingesta de líquidos es a libre demanda, se le proporciona cada vez que lo solicita, en su mayoría corresponde a agua natural o de frutas, muy poco consume refresco lo limitan a uno o dos vasos y llega a ser de 200 ml cuando hay durante el día, el consumo diario de 1500 a 2000ml.

Hábitos alimentarios. Consisten en realizar tres comidas al día. El desayunar la primera la lleva a cabo al levantarse ocurre regularmente a las 9 o 11 de la mañana. La comida es en un horario de 3 a 4:30 de la tarde, para concluir con la merienda o cena que es ligero este alimento consistiendo regularmente en un vaso de leche y un ración de pan de dulce a partir de las 6:30 u 8 de la noche.

Sentido de la nutrición. El no le da una importancia a la alimentación en especial, todo lo come. Son su esposa e hijo los encargados de cuidarle lo que consume ya que el solo le interesa que le den de comer.

Influencia de las emociones. Estas no alteran sus hábitos de comida, come de acuerdo a los horarios establecidos.

### c. Eliminar.

Vías de eliminación. Presenta las normales, sin existir algún medio que le ayude o facilite la actividad.

Deposiciones. Realiza dos diariamente siendo regularmente al levantarse y al término de la comida, cuando excede en comer tortillas presenta estreñimiento, menciona que son de consistencia dura, de color café sin mencionar alguna característica extra.

Frecuencia de emisión de orina. Por lo común, orina cinco veces diarias.

Cantidad. Es variable, depende de la cantidad de líquidos que consume, aproximadamente elimina 1000 ml

Aspecto. Presenta una coloración de amarillo claro o a veces un poco más claro.

d. Moverse y mantener una buena postura.

Alineación y movimientos de los miembros. Los miembros del lado izquierdo presentan afectación de su postura. El brazo cuelga flácido a lo largo del cuerpo como si fuera de trapo. Lo ejercita solo cuando le realizan ejercicios, pasivos de supinación y pronación movimientos circulares. El hombro está afectado y limita el movimiento del brazo, al girarlo hacia ambas direcciones. Así mismo presenta dificultad en el movimiento fino de las falanges. Su marcha es claudicante, con abducción permanente de 30° del MPI, sin flexión articular rotuliana al caminar, el pie no presenta movimientos de dorsiflexión por sí solo.

El lado derecho de su cuerpo tiene una funcionalidad normal de acuerdo a su edad, sin alteración que disminuya o limite las actividades que lleva a cabo. Este lado del cuerpo es el que sustenta a la persona para poder desempeñarse.

Posición habitual. Regularmente se encuentra sentado y cuando se cansa se recuesta en la cama.

Circulación sanguínea: El llenado capilar es normal de ambos lechos ungueales. Moreno claro, presenta más claro el lado izquierdo, con ligera pigmentación café en forma de pecas propios de la edad con la que cuenta.

Pulso. Es de 82 latidos por minuto, con buena tonalidad, frecuencia y ritmo. T/A de 120/80.

Actividades. Se ven reducidas al encontrarse la mayor parte del tiempo sentado, o bien acostado y dormido. Las actividades físicas solamente son efectuadas cuando alguien se encuentra con él y lo incentiva a realizarlas.

e. Dormir y descansar.

Hábitos de sueño y de descanso. Son muy frecuentes los periodos descanso y sueño. Debido a que le falta motivación.

Influencia de las emociones. No denota que existan factores que alteren sus descansos.

f. Vestir y desvestirse.

Estatura 1.75

Corpulencia. Delgado.

Hábitos en el vestir. No tiene costumbres para vestirse o desvestirse.

Significado de los vestidos y de apariencia física. No le es importante la vestimenta que utiliza, conformada en su mayoría por ropa deportiva (pants) y playeras.

g. Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales.

Grados de temperatura. 36.8°

Influencia de las emociones. No se altera la temperatura.

Entorno. El clima es un factor que le altera la temperatura, siendo regulada cuando tiene frío abrigándose, la vivienda es cálida manteniendo una temperatura agradable y confortable.

h. Estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos.

Hábitos de limpieza. Al no realizar actividad física los olores desprendidos por el cuerpo son reducidos y es por eso que el baño lo realiza cada tercer día, la limpieza dental la lleva a cabo tres veces al día, el corte de uñas es donde se descuida regularmente ya que se encuentra imposibilitado para que él mismo realice dicha actividad esperando a que alguien de su familia le ayude, la lubricación de su piel es ocasional y se refleja en la condición de sus tegumentos.

Significado de la limpieza y la apariencia física. Es muy importante para él. Trata de estar presentable para las personas que lo ven.

Entorno. La vivienda se encuentra siempre limpia y ordenada dando tranquilidad al encontrarse en dicho lugar.

i. Evitar los peligros.

Medidas físicas y psicológicas. Existen algunos factores que condicionan a potenciales accidentes como el piso que en ocasiones es resbaloso esto se evita con el tipo de calzado con el que cuenta ya que es antiderrapante, otro es el encontrarse bicicletas en el patio, aquí las levantan y acomodan; siempre tratan de evitar que le suceda un accidente.

j. Comunicación con sus semejantes.

Visión. No padece problema alguno.

Oído. Es notable los problemas padecidos, ya que en ocasiones escucha bien y otras no alcanza a oír aún cuando se le platica de enfrente y pausado es variable su agudeza auditiva.

Actitudes verbales. Su disposición es variable al acatar los comentarios u ordenes dadas, comportándose en ocasiones renuente al aceptarlas.

Actitudes no verbales. Los gestos o comportamiento que tiene en la mayoría de las ocasiones denota que no le gusta que le digan las actividades que tiene que realizar.

Expresión de las ideas y emociones. Cuando tiene con quien platicar expresa lo que siente, y haciéndole comentarios a la otra persona.

Personas significativas. Muy poco demostrable pero son sus hijos.

Comunicación con sus semejantes. Es reducida siendo debida a antecedentes previos, y en ocasiones no se presta para ello.

#### k. Actuar según sus creencias y valores.

Creencias. Es católico.

Expresión de sentimientos religiosos. Menciona que le ayuda para poder tener paz interior y poder asimilar su enfermedad con facilidad.

#### l. Ocuparse para realizarse.

Medios utilizados por el individuo para realizarse. Son a través de los ejercicios de rehabilitación y la religión.

Manifestación de las emociones y de los sentimientos. Es nulo o poco cuando lo realiza siendo que es ocasiones cuando ve reunidos a sus hijos.

Roles sociales. Tiene el de padre, aún cuando su esposa e hijos no lo perciben de esta manera al no desempeñarlo como tal y con las obligaciones que representa.

#### m. Recrearse.

Condición física, mental y emocional. La condición física influye en los otros dos aspectos siendo que este al verse alterado, él se siente mal por la incapacidad en la que se encuentra y no poder realizar actividades que anteriormente realizaba.

Ocio. Lo que realiza es dormir, leer, ver televisión, ya que al no realizar ninguna actividad todo es tiempo libre.

#### n. Aprender.



Condición física, mental y emocional. Son raras y pocas las actividades que le interesen para aprender, no demuestra interés.

Importancia de conocer y aprender. Le da poca importancia ya que se encuentra más interesado en su incapacidad para desenvolverse físicamente.

Medidas individuales de aprendizaje. No cuenta con alguna.

Nivel escolar. Primaria completa.

Significado del nivel de escolaridad. No le interesa, ya que menciona que era más importante para él tener que trabajar para ayudarle a su mamá.

### 3.3 Plan de Atención de Enfermería.

A partir de los intereses por crear un sistema taxonómico que unificara los criterios de valoración dio lugar a los diagnósticos de enfermería que publicó la NANDA en 1973, los retos de enfermería es el de identificar diagnósticos específicos en aquellas personas asignadas a su cuidado.

A continuación los diagnósticos de enfermería que se utilizan en el presente PAE provienen de Carpenito Linda Juall de su libro titulado Manual de Diagnóstico en Enfermería. En el hace mención de una serie de diagnósticos destinados a utilizarse en los pacientes con los procesos salud enfermedad.

En este caso se retomaron los del sistema neurológico en padecimientos con Enfermedades Cerebrovasculares.

Dx. de Enfermería. Alteración en la comunicación verbal relacionada con disartria, disfagia y afasia.<sup>17</sup>

Acción de Enfermería. Planear la manera de promover una comunicación efectiva.

La comunicación es el intercambio de información entre dos o más personas; esta clase de comunicación incluye hablar, escuchar o escribir y leer, es posible comunicarse a través de la pintura, baile y contar historias. Los pensamientos se expresan a otros no solo al hablar o al escribir palabras sino también con gestos y acciones del cuerpo.<sup>18</sup>

Tiene una connotación más personal que el intercambio de ideas o pensamientos. Es la trasmisión de sentimientos, o una interacción más personal y social entre la gente, la comunicación es sinónimo de relación.

La comunicación es un componente básico de las relaciones humanas e incluye cualquier medio de intercambio de información o sentimientos entre dos o más personas, el propósito es obtener una respuesta, influir en otros y obtener información. La comunicación ya sea verbal o no verbal se describe como útil (terapéutica) o sin provecho (no terapéutica). La primera estimula a compartir

---

17 Carpenito Linda Juall. Manual de Diagnóstico en Enfermería México Harla. 1995. p.167

18 Kozier Barbara Fundamentos de Enfermería México Interamericana McGraw-Hill. 1994 p 258

información, pensamientos o sentimientos entre dos o más personas; la última es neutral o quizá impida o bloquee la transferencia de información y sentimientos 19

La comunicación verbal es el hablar y por la palabra escrita; la no verbal es otra forma de intercambio, como gestos o expresiones faciales.

La comunicación alterada es el estado en el cual un individuo experimenta, o puede experimentar, una disminución en la capacidad para enviar o recibir mensajes, es decir, tiene dificultad para intercambiar pensamientos, ideas o deseos.

Para promover una comunicación efectiva están el desarrollo de las habilidades de escuchar y el ser consciente de cómo responde la gente. La comunicación terapéutica es que las enfermeras escuchen y respondan de manera determinante y deliberada, escuchar con atención es oír de manera activa, utilizando todos los sentidos, lo opuesto a escuchar de manera pasiva con solo el oído, involucra poner atención a todo el mensaje, tanto mensajes verbales y no verbales que se pueden modificar cuando se hablan y notar si estas comunicaciones son congruentes. Escuchar con atención significa captar el contenido y el sentimiento que la persona expresa sin seleccionar; el oyente no selecciona o escucha solo lo que quiere escuchar, escuchar de manera atenta expresa una actitud de cuidado e interés, y por lo tanto alienta al paciente a que hable.

Evaluación. Al ejercitar al paciente con ejercicios en los cuales se veían comprometidos los músculos faciales se notó una mejoría satisfactoria, la cual ayudó a mejorar la comunicación, así como también al dedicarle mayor atención beneficio para que el entendimiento entre las dos partes fuera mejor, siendo que también ayudo a enseñarle a expresarse por otros medios, facilitando y fluyendo la comunicación, lo cual contribuyo ala rehabilitación.

Dx. de Enfermería. Alteración de la movilidad relacionada con debilidad del lado izquierdo.

Acción de Enfermería. Mencionar la importancia de realizar ejercicio físico para restablecer las funciones de los miembros que se encuentran afectados.

En los ejercicios activos del arco de movimiento, el paciente mueve cada articulación, en todo arco indicado con estiramiento máximo de todos los grupos musculares de la articulación correspondiente en cada plano. Estos ejercicios conservan o aumentan la fuerza y resistencia muscular, además de ayudar a mantener la función cardiorrespiratoria en personas inmovilizadas. Así mismo

---

19Jaffe Marie S. Enfermería en Atención Domiciliaria Valoración y Planes de Cuidados. 3ª ed Madrid España. Harcourt Brace 1998. p. 180

previenen el deterioro de las capsulas articulares y la aparicion de anquilosis y contracturas.<sup>20</sup>

La actividad física en el area de movimiento completa no ocurre en forma espontánea en pacientes con limitación de la movilidad física, incluso si tienen la independencia en las actividades cotidianas, se mueven en la cama o caminan breves distancias, dado que con estas actividades solo se estiran al máximo unos cuantos grupos musculares. Se realizan algunos movimientos de todo el arco correspondiente en las extremidades superiores al peinarse, bañarse y vestirse; pero en pacientes inmovilizados es muy improbable que haya ejercicios activos del arco de movimiento de las extremidades inferiores cuando éstas no se utilizan en sus funciones normales de estar de pie y caminar.

Evaluación. Al realizar una serie de ejercicios en donde se ponía un énfasis especial en el lado izquierdo al verse que es el lado más afectado por la enfermedad, comenzó a volver a recuperar en un grado la movilidad y funcionalidad de los miembros aunado a que anteriormente había llevado una rehabilitación, ayudándole a restablecer una adecuada circulación sanguínea, ya que se denotaba los estragos de la falta de movimientos, siendo marcados por una hinchazón de los miembros, así evitando oportunamente la espasticidad y contractilidad.

Dx de Enfermería. Alteración de la nutrición menor de los requerimientos corporales.

Acción de Enfermería. Orientar y explicar la importancia de llevar y/o consumir una dieta balanceada en carbohidratos, grasa, proteínas, vitaminas, verduras, frutas, abundante líquidos; mencionando que las proporciones deben de ser adecuadas a su edad y las actividades que realiza.

Todas las células del organismo necesitan una cantidad suficientes de nutrientes esenciales para vivir y funcionar adecuadamente además de que propician la construcción, reparación de los tejidos corporales.

Carbohidratos son fuentes de energía disponible, ya que brindan 4 Kcal. , son esenciales para el metabolismo de la grasa, así como para la eliminación y mejorar los movimientos peristálticos.<sup>21</sup>

---

20Smeltzer Suzanne C. Enfermería Medicoquirúrgica. 8ª ed. México DF. McGraw-Hill Interamericana 1998. p. 1741

21Mahan L Kathleen. Krause Nutrición y Dietoterapia. 8ª ed México DF. Interamericana McGraw-Hill. 1995. p.35

Grasa proporcionan 9 Kcal. y son necesarias ya que producen energía, protegen y recubren a todos los órganos, además de que evitan la evaporación del agua del organismo y ahorran proteínas.

Proteínas forman tejidos y remplazan células que se desgastan, estructuran, regulan proporcionan 4 Kcal. , además de que construyen conservan y reparan los tejidos, además de que son necesarios para la síntesis de muchos componentes esenciales como las enzimas, nucleoproteínas, anticuerpos y hormonas.

Vitaminas son compuestos necesarios en pequeñas cantidades para la vida ya que facilitan el uso de los nutrientes reguladores y estos no proporcionan energía.

Frutas brindan abundante fibra lo cual disminuye la probabilidad de padecer estreñimiento además de que aumentan los movimientos peristálticos.

Agua constituye un medio de transporte para los nutrientes hacia las células así como la extracción de los desechos de éstas, son también un medio de transporte para las hormonas, enzimas, plaquetas, eritrocitos y leucocitos de la sangre e igualmente es importante para el metabolismo celular y el funcionamiento químico de las células, es solvente de los electrolitos y sustancias no electrolíticas, participación en la regulación de la temperatura corporal, participan en la digestión y promueve la excreción además de ser necesaria para la síntesis de las secreciones corporales es el nutriente más importante para todo ser vivo.

La tasa metabólica disminuye con la edad y también suele hacerlo la actividad física, para lo que en ancianos se requieren menos calorías que en años previos, amén de que en algunos aumentan las necesidades de carbohidratos como fuente de fibra, sin que cambien de manera relativa las necesidades de muchos nutrientes. Otros factores que modifican los hábitos alimenticios son cambios físicos, como la caída de dientes y los cambios de los sentidos del gusto y olfato. También pueden tener efecto en el estado nutricional y hábitos de alimentación el decremento de la secreción de jugos gástricos y bilis, peristaltismo y tolerancia a la glucosa, así como trastornos circulatorios y pérdida de la densidad ósea y la masa corporal magra.

En pacientes inmovilizados se requiere una dieta rica en proteínas, calorías y fibra. Las proteínas son necesarias para reponer las reservas corporales disminuidas y reparación de tejidos, esto en presencia en disminución de las reservas de energía por la anorexia y la inmovilidad misma. La fibra se precisa para prevenir o corregir el estreñimiento que suele acompañar a la inmovilidad.

Reviste importancia la inclusión de alimentos de fácil masticación y deglución, de manera que su ingestión no cause al paciente, además de platillos que disfrute en

particular el sujeto. Si los preparan sus familiares o amigos, suele mejorar la ingesta de alimentos y el estado de ánimo del interesado. Es frecuente que sean útiles bocadillos de sabor agradable y ricos en proteínas y calorías entre las comidas.

La disminución de la ingesta general de alimentos hace que en pacientes inmovilizados disminuyan las reservas de vitaminas y minerales. En tal situación, se precisan complementos de minerales y vitaminas, en especial los que contienen vitamina C, para facilitar la reposición de las reservas de proteínas. Es importante no incluir calcio excesivo, dado que el cuerpo no lo utiliza para reponer el que se pierde de los huesos a menos que se inicie la carga de peso, el calcio excesivo circula por sangre y se excreta en la orina, lo que agrava las complicaciones resultantes de la descalcificación ósea. Entre las fuentes de vitaminas y minerales se incluyen alimentos, complementos dietéticos (muchos de estos complementos, ricos en proteínas y calorías, también tienen alto contenido de vitaminas y minerales) y tabletas multivitamínicas con minerales.

Evaluación. El adecuarle a él como a su familia un régimen alimenticio, le ayudó a que no tuviera problemas en el momento de comer como el de masticación, ya que no realizaba bien la función además de que se le salía por las comisuras de los labios. También en eliminar el estreñimiento, lo cual era resultado de la alimentación y la falta de movilidad.

Dx. de Enfermería. Potencial de alteración en el mantenimiento de la salud relacionado con el conocimiento insuficiente de cuidados de la piel.

Acción de Enfermería. Explicar la importancia del baño diario.

La higiene es la ciencia de la salud y su conservación. La higiene personal es el cuidado que la gente da así mismo para preservar la salud. Es un asunto muy personal que depende de valores y hábitos individuales. En él influyen factores culturales, sociales, familiares, e individuales, así como los conocimientos que tenga el sujeto acerca de la salud e higiene y su percepción de la comodidad y necesidades personales. Cuando las personas se enferman, es frecuente que las prácticas higiénicas se vuelven secundarias a otras funciones; un signo de que un enfermo o deprimido se siente mejor radica en su interés por su aspecto personal.<sup>22</sup>

La higiene sirve para eliminar las células muertas, secreciones de las glándulas sebáceas y sudoríparas, así como residuos de sangre, además tienen acción tonificante, ya que después de tomarlos siente una estimulación, ánimo descenso posterior a este se tiene una sensación de limpieza.

---

<sup>22</sup> Kozier Barbara. Op Cit. p. 516

Actividades fisiológicas asociadas ya que la fricción en la piel estimula las terminaciones nerviosas periféricas, así como la circulación periférica.

Masaje el cual es originado con los movimientos vigorosos en las diferentes áreas del cuerpo ya que estimula los músculos por lo que ayuda a la circulación lo cual se ve reflejado en el aumento a mayor funcionamiento del riñón.<sup>23</sup>

Gran valor para los sistemas músculo esquelético ya que cuando se contraen los músculos facilita el regreso de la sangre que esta en las venas del corazón, además de que ayuda a mantener su tono.

Evaluación. El realizar el baño diario evitó en un principio el poder tener una infección ya que al no poder controlar del todo sus esfínteres ensuciaba la ropa puesta, además de que él se sentía confortable al bañarse y más relajado.

Dx. de Enfermería. Incontinencia reflejada con pérdida del tono vesical y control de esfínteres.

Acción de Enfermería. Restablecer la función de eliminación intestinal y vesical.

La eliminación de los productos de desecho de la digestión es indispensable para la salud; tales productos se denominan heces. El intestino grueso va desde la válvula ileocecal, que lo limita con el intestino delgado, hasta el ano, e incluye siete partes: ciego, colon ascendente, colon transversal, colon descendente, colon sigmoidees, recto y ano u orificio anal.

Los productos de desecho que salen del estómago, pasan por el intestino delgado y después cruzan la válvula ileocecal reciben el nombre de quimo, del cual llegan al ciego del adulto 450 ml /día. De este volumen, apenas quedan 100 ml para su excreción en recto, mientras el resto se reabsorbe por los capilares del intestino grueso.

El contenido del colon corresponde a los alimentos ingeridos en los últimos cuatro días; pero gran parte de los productos de desecho se excretan en las 48 h siguientes a su ingestión. El intestino grueso es un tubo muscular con revestimiento interno de mucosa. Posee fibras musculares circulares y longitudinales, lo que permite su dilatación y contracción en sentido transversal y longitudinal. Las fibras musculares longitudinales son más cortas, lo que origina la formación de segmentos o haustras.

---

<sup>23</sup>Gauntlett Beare Patricia Enfermería Principios y Practica. Madrid España. Panamericana 1993 p. 582

La micción es el proceso voluntario de vaciado de la vejiga. La orina se acumula en esta víscera hasta que la presión estimula terminaciones nerviosas sensoriales especializadas de la pared vesical, los receptores de estiramiento. Una vez excitados, éstos transmiten impulsos a la médula espinal, en especial al centro reflejo de la micción, localizado en las vértebras sacras segunda a cuarta. Algunos impulsos ascienden por la medula al centro regulador de la micción en la corteza cerebral. Si el momento es apropiado para orinar, el cerebro envía impulsos por la médula espinal a las neuronas motoras de la región sacra, lo que produce estimulación de nervios parasimpáticos. Como resultado puede expulsarse orina de la vejiga; pero todavía está el obstáculo del esfínter externo. Cuando el momento y sitio son apropiados para orinar, la porción consciente del cerebro relaja dicho esfínter y ocurre la micción. Si el momento y sitio son inapropiados, es usual que el reflejo de la micción se inhiba hasta que la vejiga se llene más y este reflejo se estimula de nuevo. El sistema nervioso simpático también distribuye fibras en la vejiga, las cuales producen su relajación.

La regulación voluntaria de la micción es posible sólo cuando hay inervación de la vejiga y uretra, fascículos de proyección cerebroespinales y área motora del cerebro íntegros. La lesión de cualquiera de estas partes del sistema nervioso produce incontinencia o vaciado intermitente e involuntario de la vejiga. Con la lesión raquídea superior a la región sacra suele permanecer intacta el reflejo de micción lo cual ocurre de manera refleja, situación que se denomina vejiga automática.

Los giros y cambios de posición frecuentes reducen el volumen de orina estancada en riñones y vejiga, con lo que ayudan a lograr el vaciado completo de estas vísceras con cada micción. Ayudar al paciente varias veces diarias a asumir la posición sedente con el tronco erguido o, si es posible, la vertical de pie, reviste importancia especial para contrarrestar el estancamiento y vaciado incompleto de orina. El ejercicio intensifica estos efectos y fortalece los músculos que regulan la micción.

Mejorar el estado de hidratación es primordial para prevenir o reducir los efectos de la inmovilidad en el sistema usuario. A menos que haya una enfermedad que pudiera exacerbarse con el aumento del ingreso de líquidos, debe alentarse la ingestión de 2 l / día o más. El ingreso adecuado de líquido aumenta el volumen de orina, reduce su estancamiento y disminuye el riesgo de formación de cálculos renales y de infecciones urinarias.

No obstante lo anterior, incrementar la ingesta de líquidos también origina mayores probabilidades de retención de orina y distensión de la vejiga. Es prudente medir ingreso y egreso de orina, así como la frecuencia y volumen de las micciones, a fin de evaluar esta posible complicación.



En caso de haber incontinencia en pacientes inmovilizados, la frecuencia de los episodios de esta aumenta al hacerlo el ingreso de líquidos, lo que a su vez es posible causa de maceración de la piel en la región perineal. En caso de haber incontinencia, se requiere higiene perineal meticulosa para prevenir dicha maceración y úlceras por presión en el área.

En cualquier paciente inmovilizado, la higiene perineal minuciosa es importante en la prevención de infecciones urinarias. La limpieza cuidadosa de la región perineal de delante a atrás después de cada micción y la higiene personal escrupulosa con jabón y agua al menos dos veces diarias disminuyen las probabilidades de infección vesicales. Por otra parte, las medidas de acidificación de orina reducen las posibilidades de cálculos renales e infecciones urinarias. Es posible disminuir el pH de la orina con la ingestión de carne magra, huevos, queso, granos enteros, arándanos, ciruela pasa y ciruelas. El jugo de arándano, es eficaz para acidificar la orina. Deben evitarse alimentos que aumenten el pH urinario, como bebidas carbonatadas, las que contengan soda o bicarbonato de sodio y jugos de frutas, se puede prescribir dosis altas de ácido ascórbico, cloruro de amonio o ácido acetilsalicílico para acidificar la orina.

La porción erguida, que es la natural durante la micción, tiene importancia especial para lograr hábitos de micción normales y vaciado completo de la vejiga. También es primordial estimular la relajación y proporcionar intimidad cuando el paciente orina.

Cuando la persona está somnolienta y no ha orinado por espacio de cuatro a cinco horas. La ingesta suficiente de líquidos durante el día de modo que puedan restringirse hasta cierto punto por la noche, ayuda a disminuir la necesidad de orinar en la noche. Asimismo programar la ayuda al paciente en la micción cada dos horas y a intervalos un poco más prolongados por la noche disminuye los índices de incontinencia.

Muchos individuos que han sufrido un accidente cerebrovascular tienen problemas vesicales en la fase inicial, pero recuperan el control de la vejiga con facilidad. Hay que analizar los hábitos de micción y ofrecerles el orinal o silleta con base en dichos hábitos. La postura erecta y de pie son útiles para los varones durante esta fase de la rehabilitación.<sup>24</sup>

Evaluación. Al realizar los ejercicios para restablecer el control de los esfínteres así como los de funcionalidad de los miembros se vio reflejada en que recuperó, de manera total la funcionalidad de los esfínteres siendo que él deja de necesitar el pañal, yendo al baño al sentir la necesidad.

---

<sup>24</sup>Smeltzer Suzanne C. Op Cit p. 1743.

DX. de Enfermería. Alteración en la interacción social relacionada con disminución de la movilidad

Acción de Enfermería. Proporcionar los medios, para tener una interacción social, emocional e intelectual aceptable con su familia.

Los cambios sociales, emocionales e intelectuales que produce la inmovilidad son graduales y sutiles. Muchos se deben a la menor calidad y cantidad de estímulos sensoriales o a la reciente conciencia que tiene el paciente de su situación improductiva. Estos factores son los principales en el síndrome de depresión y ansiedad frecuente en sujetos con disminución de la movilidad.<sup>25</sup>

La falta de estímulos sensoriales y el entorno nuevo y extraño son atemorizantes y productores de ansiedad. Los cambios importantes del concepto de sí mismo y la percepción del papel personal son habituales, conforme la persona reconoce su dependencia y observa los efectos que su enfermedad e inmovilidad tienen en su familia. Es usual que las cuestiones económicas y laborales causen preocupación y ansiedad considerables. El paciente puede tener sentimientos no justificados de falta de valía personal, desesperanza y vacío, que tal vez exprese con hostilidad, actitud beligerante, confusión, retraimiento, apatía o ansiedad. Es frecuente que haya preocupaciones acerca de cambios percibidos en la sexualidad, las cuales pocas veces se expresan.

Las funciones intelectuales tienden a disminuir en personas sometidas a inmovilidad prolongada. Suele deteriorarse la capacidad de solución de problemas y de toma de decisiones, por falta de estimulación intelectual y por el estrés de la enfermedad e inmovilidad. Esto se acompaña de menor capacidad de concentración, intensificación de los mecanismos de defensa usuales de las personas y menor capacidad para afrontar de manera eficaz los problemas. La inmovilización de ancianos aumenta su dependencia respecto de otras personas.

Evaluación. Al encontrarse inmovilizado perjudicaba el poder socializarse aun con sus familiares ya que al encontrarse postrado en la cama o en una silla no beneficiaba un trato directo y continuo con las personas allegadas, ya que los momentos en que podía sociabilizar eran muy pocos o nulos, al poder restablecer de manera gradual sus movimientos así como hablar ayudo para evitar el aislamiento y aumentar la frustración en la que se encontraba al no poder realizar actividades que anteriormente desempeñaba, ayudándole de manera significativa el que alguien se encontrara con el ayudándole o asistiéndole a desempeñar

---

<sup>25</sup>Carnevali Doris L. Tratado de Geriátría v Gerontología México. Interamericana 1988 p. 585

algunas funciones y restablecerlas, para que dentro de sus capacidades pudiera desempeñar un papel dentro de su familia.

Dx de Enfermería Estreñimiento relacionado con menor movilidad, menor ingestión, incapacidad de expresar las necesidades.

Acción de Enfermería. Ejercer medidas que ayudes a eliminar el estreñimiento.

Estreñimiento se refiere a la expulsión de las heces endurecidas, secas y de poco volumen por la ausencia de defecación durante un periodo dado. Ocurre cuando el tránsito fecal por intestino grueso es lento, lo que permite la reabsorción adicional del líquido. El estreñimiento se relaciona con evacuación difícil de las heces y mayor esfuerzo de los músculos voluntarios de la defecación.

Es importante definir el estreñimiento en relación con los hábitos normales de defecación de la persona. Hay quienes sólo defecan unas cuantas veces por semana y no tienen estreñimiento cuando no evacúan a lo largo de uno o dos días. Otras personas tienen dos o más defecaciones diarias, en cuyo caso puede indicar estreñimiento que defequen una sola vez al día.

El estreñimiento es frecuente en personas inmóviles. La hipersecreción de adrenalina disminuye el peristaltismo y movilidad del colon además que se constriñen de manera anormal de los esfínteres. La debilidad general de los músculos afecta los de la pared abdominal y perineo necesarios en la defecación. Cuando las heces se tornan muy duras, su expulsión requiere más fuerza, de la cual suelen carecer las personas inmovilizadas.

La posición antinatural e incómoda de pacientes reclusos en cama sobre el cómodo no facilita la defecación. La inclinación del tronco hacia atrás dificulta su uso eficaz de los músculos que participan en la defecación. Además, hay quienes se rehúsan a utilizar el cómodo en presencia de otros. La vergüenza, falta de intimidad, dependencia de otros que ayudan con el cómodo y alteración de los hábitos de defecación normales puede hacer que el individuo posponga la necesidad de defecación o haga caso omiso de ésta. Este hecho repetido termina por suprimir tal necesidad y debilita el reflejo de defecación.

Cuanto sea mayor el tiempo que la masa fecal permanece en el colon, tanto mayor el agua que se extrae de ella, lo que la vuelve cada vez más dura y difícil de expulsar. Esta situación tiende a exacerbarse con la disminución de la ingesta de alimentos, entre éstos los de fibra. Si además se reduce el ingreso de líquidos o hay deshidratación, el organismo suele absorber más líquido en el colon. El estreñimiento grave con frecuencia se acompaña de cefalea, distensión y dolor abdominal, malestar general, náusea y mareos factores que disminuyen el apetito.

Hay quienes recurren en exceso a la maniobra de valsalva, al pujar cuando defecan, en un intento por expulsar las heces induradas, lo que aumenta en forma riesgosa las presiones intraabdominales e intratorácica, además de someter a esfuerzo excesivo el corazón y resto del sistema circulatorio.

La impacción fecal surge cuando los intentos repetidos fracasan en evacuar heces induradas. Estas, de consistencia parecidas a las rocas, se ven empujadas en sentido distal por las heces blandas que se acumulan en plano proximal, lo que crea obstrucción mecánica parcial o total del colon. La presión intraluminal generada por la contracción colónica puede ser tan grande que fuerce el paso de la parte líquida de las heces blandas alrededor de las induradas y su expulsión a manera de heces acintadas o diarrea.

Este tipo de diarrea es sintomática de la impacción fecal que puede ser muy doloroso y vergonzante para el paciente cuando se requiere la extracción manual de la materia fecal. En casos graves, la impacción suprime todavía más la función colónica y predispone a desequilibrios hidroelectrolíticos.

Evaluación. Al implementar una alimentación y ejercicios se eliminó el estreñimiento que persistía en él, siendo frecuente por los nulos conocimientos que en ellos tenían, para evitar el estreñimiento.

Dx de Enfermería Potencial de alteración en el mantenimiento de la salud relacionado con el conocimiento insuficiente de respuestas posibles de la conducta.

Acción de Enfermería. Orientar a la familia en cuanto a las actitudes de conducta tomadas por su familiar.

Se indica a la familia que el paciente se cansa con facilidad, se vuelve irritable y perturbable ante hechos mínimos y quizá muestre menos interés por las cosas, de modo que es posible que haya deterioro intelectual por demencia senil.<sup>26</sup>

Los problemas emocionales relacionados con la apoplejía frecuente provocan disfunción del habla y frustraciones por la imposibilidad de comunicarse de manera efectiva, permitir que la familia intervenga en la asistencia y cuente con instrucciones prácticas para auxiliar al sujeto entre las sesiones de terapia foniátrica.

La depresión es un problema frecuente y grave en quien ha sufrido un trastorno cerebrovascular. Conforme se hacen progresos en el programa de rehabilitación,

---

<sup>26</sup>Smeltzer Suzanne C. Op Cit. p 1744.

disminuyen algunos problemas. La familia puede ayudar al afásico con apoyo constante y alabo con sinceridad sus adelantos.

Evaluación. Los familiares al no encontrar resultados satisfactorios rápidos tendían a la desesperación y empezar a abandonarlo un poco, aunado también por las actitudes que su familiar tomaba hacia ellos tenía como resultados el alejamiento y disminución del interés por ayudarlo, ya que persisten problemas anteriores siendo este el comportamiento que toman hacia él, aun cuando proporcione ayuda no se pueden borrar los problemas tenidos anteriormente.

Dx de Enfermería. Ansiedad relacionada con efecto de la enfermedad sobre el estilo de vida.

Acción de Enfermería. Establecer una adaptación de la familia hacia la persona enferma, en cuanto a su convivencia.

El auxilio a la familia para adaptarse y superar cambios irrevocables en la vida diaria se logra al hablar sobre la lesión craneoencefálica o enfermedad cerebrovascular, reconocer los cambios que han ocurrido, concentrarse en la capacidad residual del sujeto e informar a los familiares de los sistemas de apoyo con que se cuentan.<sup>27</sup>

La actitud del núcleo familiar es un factor importante para que el individuo se ajuste a su deficiencia. Se estimula a los familiares para que actúen en forma natural y den al individuo el mismo trato que le daban antes de la enfermedad. Deben saber que la capacidad de expresión verbal puede variar de un día a otro, y que la fatiga puede tener efecto nocivo en el habla. También deben saber que el sujeto quizá se desahogue verbalmente cuando disminuya su control emocional. Es posible que sienta enorme frustración; puede romper en llanto y risa sin causa aparente, y son frecuentes los cambios repentinos del estado de ánimo.

La terapia de grupo en afásicos y algunos grupos de apoyo, como los individuos que han sufrido enfermedad cerebrovasculares, pueden ser útiles en la socialización y motivación del afásico, además de reducir su angustia y tensión. La carga que representa el ajuste constante a la enfermedad y necesidades del individuo, así como los gastos importantes que se derivan de la enfermedad y los cambios en la vida diaria, pueden originar tensión explosiva en la familia, los familiares pueden pasar por un lapso de pesar. Además de que estas aprendan lo más que se pueda sobre el apoyo al afásico, deben recibir orientación para que continúen su propia vida y busquen auxilio si necesitan ayuda adicional para adaptarse y superar frustraciones y presiones.

---

<sup>27</sup> Langaica Salazar Raquel Gerontología y Geriatria. México Interamericana.1985. p. 185.

Evaluación. En un principio resultó una dificultad enorme el cambio de vida sufrido por la enfermedad, ya que alteró la dinámica familiar al poder brindarle los cuidados necesarios y vigilancia requerida, siendo posteriormente que al explicarle la situación y transcurrido el tiempo empezó una adaptación a la situación encontrada familiarizándose con la enfermedad y las actividades que les ayudaría a sentirse mejor a ellos como a su familiar.

Dx de Enfermería. Perturbación de la imagen corporal relacionada con cambios de apariencia, alteración de los procesos del pensamiento, conciencia de limitaciones.

Acciones de Enfermería. Adaptación de la imagen personal, basado en la autoestima reforzándola y elevándola.

El concepto de sí mismo, la autoestima y la autoimagen son esenciales para la salud mental y física de la persona. Los individuos con un concepto de sí mismo positivo o alta autoestima son más capaces de desarrollar y mantener relaciones interpersonales cálidas y resistir las enfermedades psicológicas y físicas. La falla para obtener una imagen de sí mismo positiva presenta mayores obstáculos en el tratamiento de las alteraciones.<sup>28</sup>

Cuatro componentes del concepto de sí mismo: la imagen del cuerpo, desempeño, autoidentidad y autoestima. Las alteraciones en una o más de estas áreas resultan en problemas de salud reales o potenciales. La imagen del físico o imagen del cuerpo es la forma en que una persona percibe el tamaño apariencia y funcionamiento de su cuerpo y de sus partes.

La imagen del cuerpo de una persona se desarrolla en parte por la observación de las actitudes de otras y por las respuestas de su propio cuerpo. Los valores culturales y sociales también tienen influencia en la imagen del cuerpo de una persona.

Una función es un conjunto de expectativas acerca de cómo se comporta una persona que ocupa una posición hacia otra que está en posición diferente. Las expectativas o normas de conducta los fija la sociedad o un grupo más pequeño al cual pertenece la persona.

La realización de la función se relaciona con lo que la persona hace un papel particular y con la conducta que se espera de ella en esa función. Para actuar de manera apropiada, la gente necesita conocer quién está en relación con otros y qué espera la sociedad de la gente que tiene esa posición. Cuando hay un papel de ambigüedad, las expectativas son inciertas y la persona no conoce qué tiene que

hacer y como lo tiene que hacer y como lo tiene que hacer. El individuo es incapaz de predecir las reacciones de otros a su conducta. Esta ambigüedad crea confusión y estrés.

La autoidentidad de una persona es el sentido consciente de individualidad, singularidad que evoluciona de manera continua a través de la vida. Cuando las interacciones progresan más allá de lo superficial, se revelan otras características. La autoidentidad también incluye las creencias, valores, personalidad y carácter, la identidad es lo que distingue a otros.

Cada imagen separada de la creencia de uno mismo tienen relación con la autoestima, o cómo se siente un individuo acerca de sí mismo no es simplemente la suma de imágenes y creencias que tiene una persona no tienen el mismo peso e importancia. Cada individuo tiene prioridades específicas que tienen influencia en el mantenimiento de la autoestima.

La valoración específica de las alteraciones en el concepto de sí mismo indica si la enfermedad del paciente con frecuencia está asociada a alteraciones del concepto de sí mismo. Los problemas relacionados con este concepto y la autoestima se manifiestan con frecuencia está asociada a alteraciones del concepto de sí mismo. Los problemas relacionados con este concepto y la autoestima se manifiestan con frecuencia por expresiones de ansiedad, temor, enojo, hostilidad, culpabilidad y frustración. Las conductas que reflejan una función en exceso conflictiva pueden también indicar la necesidad de una intervención importante.

Una relación de confianza es esencial para una valoración efectiva del concepto de sí mismo. Las pacientes no tienden a compartir sus sentimientos personales a menos que se establezca una relación de empatía sin juzgar. Es posible que sienta amenazada la confidencialidad de la información personal. Algunas personas en particular con baja autoestima, temen que no los acepte o aprecie si le expresan su actitud, capacidades, pensamientos y sentimientos verdaderos. Otros consideran un abuso de la confianza familiar discutir su información personal con trabajadores al cuidado de la salud.

Determinar la percepción de la imagen del cuerpo, escuchar los comentarios que hace él, acerca de su físico o las respuestas que proporciona cuando le hace preguntas. Él enfoca sus incapacidades particulares o defectos y se bloquea a la percepción exacta de sí mismo.

Las alteraciones en la percepción de su identidad personal y de la autoestima, algunos clarifican de manera voluntaria su autorrechazo a sus comentarios de crítica exagerada acerca de sí mismo, que indican una baja autoestima, otros no proporcionan esta información a menos que se les pregunte.

Los indicios no verbales, conductas como posturas corporales, movimientos gestos, tono de voz, forma de hablar y aspecto general tienden a ser más espontáneos que los mensajes verbales y pueden proporcionar indicaciones más importantes del concepto de sí mismo de una persona. Los indicios no verbales que ponen de manifiesto una baja autoestima incluyen encorvados, falta de atención a la higiene o arreglo personal, esquivar la mirada, lenguaje vacilante y alejamiento de la interacción social. Los indicios no verbales ayudan a confirmar la veracidad de los mensajes verbales.<sup>29</sup>

Valorar las satisfacciones e insatisfacciones del paciente con las responsabilidades propias de sus funciones y relaciones. El desempeño en la familia es de especial importancia, por que las relaciones familiares en particular son cerradas. Las relaciones pueden ser de apoyo que favorezcan el desarrollo o en el extremo opuesto, muy estresantes si la violencia y el abuso son la parte dominante. La valoración de la función de la familia y las relaciones empiezan con aspectos estructurales como número en el grupo familiar, edades y ubicación de la residencia.

Evaluación. Encontrándose deprimido por la falta de funcionalidad y por las pocas actividades que puede realizar, fue disminuyendo debido al realizar los ejercicios de rehabilitación, aun cuando se desespera al no poder desarrollar todas las actividades sin problema alguno a sido difícil en ocasiones su comportamiento ya que se desespera y decae su ánimo siendo aún más difícil su restablecimiento y mencionando repetidamente que desearía estar sano para desarrollar actividades que anteriormente realizaba demostrando de esta forma que rechaza la apariencia que tiene en el momento siendo que se le explica que son secuelas y las tiene que aceptar para poder tener un mejor desempeño.

Dx de Enfermería. Posibilidad de traumatismos relacionada con disminución de la movilidad, debilidad, alteración perceptual.<sup>30</sup>

Acción de Enfermería Reconocer los factores que provoquen traumatismos y eliminarlos.

Los ancianos tienen problemas especiales para protegerse contra lesiones. Es frecuente que su equilibrio esté limitado por la flexión del tronco, que desplaza hacia delante, el centro de la gravedad. Una vez que se pierde el equilibrio, es difícil recuperarlo. Los ancianos necesitan aprender como incorporarse con lentitud, para evitar caídas que pueden resultar de movimientos repentinos y

---

<sup>29</sup>Gauntlett Beare Patricia. Op Cit p. 584.

<sup>30</sup>Jaffe Marie S Op Cit p.184



rápidos. La lentitud de movimientos y disminución de la agudeza sensorial también contribuyen a las probabilidades de lesiones.<sup>31</sup>

Entre los factores de modo de vida que aumentan el riesgo de lesiones o enfermedades se incluyen las condiciones ambientales inseguras en el trabajo y el hogar.

La percepción sensorial adecuada de los estímulos ambientales es vital para la seguridad. Estos estímulos, que detectan los receptores sensoriales del cuerpo, se transmiten al sistema nervioso central. En acciones reflejas, algunos impulsos llegan directamente a las neuronas motoras, que a su vez los transmiten a los músculos y producen la retracción súbita de la mano. Al mismo tiempo, otros impulsos llegan a la corteza cerebral y la persona, que en dicho momento percibe el estímulo, produce otros impulsos que originan el movimiento de músculos voluntarios. Los trastornos de cualquiera de estas estructuras (receptores o fibras sensoriales, neuronas de asociación que transmiten los impulsos de los nervios sensoriales a los motores, fibras motoras o corteza cerebral) pueden disminuir la capacidad de respuesta normal a los estímulos ambientales.

Las personas con trastornos de los sentidos del tacto, audición, gusto, olfato y visión son muy susceptibles a las lesiones.

La parálisis y otros padecimientos neurológicos disminuyen la percepción táctil. Es posible que una persona paralizada no sienta una quemadura, mientras los sujetos con anomalías del gusto no detectarían alimentos que podrían estar encaminados.<sup>32</sup>

Algunas enfermedades neurológicas alteran los sentidos cinestésico y táctil, las enfermedades del oído interno pueden causar pérdida de las sensaciones cinestésicas. Las lesiones de la médula espinal y enfermedades cerebrovasculares originan parálisis y pérdida de las percepciones táctiles.

La conciencia es la capacidad de percibir los estímulos ambientales y las reacciones corporales y responder apropiadamente con pensamientos y acciones. Las personas con nivel de conciencia normal pueden asimilar de una vez muchos tipos de información, percibir la realidad y actuar con base en sus percepciones. Una parte de este proceso consiste en separar los estímulos necesarios de lo inútiles y llegar a conclusiones lógicas, al correlacionar información. En ocasiones, surgen anomalías del razonamiento, de modo que la persona parece ausente o pierde

---

31 Kaschak Newman Diane. Planes de Cuidados en Geriatría Madrid España. Mosby / Doyma. 1994 p 285.

32 Smeltzer Suzanne C Op Cit. p.1744.

su sentido de dirección. Es frecuente que estos episodios se deban a la concentración intensa en un objeto o actividad, con exclusión de los demás.

Las enfermedades y la edad avanzada pueden afectar el nivel de conciencia de sí mismo y del ambiente, las personas con confusión grave no saben donde están o que día u hora es.

Los individuos con trastornos de la movilidad por parálisis, debilidad muscular y equilibrio o coordinación deficientes, son propensos a accidentes. En los sujetos hemipléjicos con frecuencia su equilibrio es deficiente y caen con facilidad. Los pacientes debilitados por enfermedades, no siempre están plenamente conscientes de su estado. Es frecuente que crean que pueden caminar y caigan al intentarlo.

Los deprimidos suelen pensar y reaccionar ante estímulos ambientales con mayor lentitud que lo usual. La gente que padece disminución de la capacidad de recibir y transmitir información también está en riesgo de lesiones, enfermedades o ambas.

Evaluación. Se encontraron factores que influyen para no poder tener una seguridad plena dentro de su casa, se han mencionado y llevadas a cabo actividades que le ayuden a disminuir los posibles accidentes, ser tomados en cuenta y reflejándose en buenos resultados cuando él realiza alguna actividad como el caminar, los que se ven reflejados en la casi nulidad de accidentes que tiene.

Dx de Enfermería Potencial de alteración en el mantenimiento de la salud relacionado con la falta de asistencia a servicios religiosos.

Acción de Enfermería. Acompañar a las personas a actividades religiosas, encontrando él una paz interior.

Las creencias espirituales y religiosas son importantes en la vida de las personas, es posible que las creencias espirituales asuman mayor importancia en la vida de una persona en el momento de su enfermedad que en ninguna otra circunstancia, le ayudan a aceptar sus dolencias y a explicarle a otros.<sup>33</sup>

Las creencias espirituales ayudan a la gente a aceptar sus padecimientos y planear el futuro. Es factible que la religión auxilie a las personas a prepararse para la muerte y la fortaleza durante su existencia. Esta proporciona un significado a la vida y a la muerte así mismo es un refugio de fuerza, serenidad y fe en tiempo de crisis, da un sentido de seguridad y constituye una red tangible de apoyo social.

---

33Kozier Barbara. Op Cit. p 234

### 3.4 PLAN DE REHABILITACIÓN DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR.

El plan global de rehabilitación del paciente corresponde al tratamiento del trastorno orgánico y la restauración de la capacidad para adaptación biológica al medio ambiente. El éxito de la rehabilitación se juzgará con base en el grado de recuperación de las funciones físicas, psicológica y social.

Existen limitaciones tanto físicas como psíquicas y sociales que la desarticulan del grupo funcional o productivo al que ha pertenecido.

Por invalidez se entiende la limitación del individuo en su capacidad para desempeñar alguna actividad, a consecuencia de alguna insuficiencia somática, psicológica o social, es fácil comprender por que las personas de edad avanzada ofrecen condiciones favorables para la instalación de algún tipo de afección invalidante; las enfermedades que padecen los ancianos, son agudas o crónicas, con frecuencia tienen su origen en situaciones de tipo laboral, climático, ideológico, de hábitos y costumbres.<sup>35</sup>

La rehabilitación, concebida como el conjunto de medidas de tipo médico, social, educativo y ocupacional que se orientan a lograr que los inválidos realicen actividades útiles para sí mismos, para su familia y para la sociedad, se perfila como un quehacer de gran trascendencia médica, pero también económica y social. La rehabilitación del anciano persigue motivarlo para el desempeño de actividades que le permitan ser lo más autosuficiente posible, integrarse como miembro activo de una familia y de una comunidad, y adquirir un sentido positivo de sí mismo mediante la eliminación, o por lo menos la disminución, de las incapacidades.

El ejercicio físico se concibe como la práctica corporal o intelectual que tiene por objeto la adquisición, desarrollo o conservación de una facultad, aptitud, habilidad o de la salud.

El objetivo que persiguen los ejercicios podrán ser terapéuticos, cuando se pretendan restablecer una función, o preventivos, cuando su propósito sea mantener ésta.

Respecto de los ejercicios como medio para mantener el equilibrio orgánico. Algunos tienen como base el manejo de la energía corporal, en concordancia con la

---

<sup>35</sup>Langarica Salazar Raquel. Op Cit p. 233'

energía del entorno, como lo preconiza el Tai Chi Chuan de la medicina china, otros enfocan su atención en los centros corporales que generen dicha energía, como el método propuesto por Fedora Aberasturi; algunos aseguran que el cuidado del cuerpo humano es parte de la filosofía religiosa, como acontece en el taoísmo; por su parte el aerobismo o aeróbica sustenta la tesis de que cuando el corazón y los pulmones se someten a esfuerzo, por el movimiento muscular continuo, se consume gran cantidad de oxígeno, lo que se traduce en el buen estado físico. Otras más combinan ideas, principios y prácticas con el fin de lograr de lograr la armonía entre el soma (cuerpo) la psique (mente) y las emociones que *el individuo experimenta; así se originó la calistenia*. Esta misma concepción del hombre como ente integrado por cuerpo, mente y espíritu es manejado por la disciplina yoga, una de cuyas ramas –el hata yoga– da particular importancia a los ejercicios corporales y a la respiración.

La distribución del peso del cuerpo entorno al centro de gravedad que en los ancianos se desplaza de la cicatriz umbilical a la sínfisis púbica y en relación con el eje mecánico de la pierna y el pie, que en los ancianos también suele sufrir alteraciones. La adecuada alineación del cuerpo permite una mecánica corporal correcta. En caso contrario el organismo necesita desplegar mayor esfuerzo, es decir gastar mayor cantidad de energía para conseguir el punto de equilibrio entre su peso y la gravedad.

Los cambios anatómicos y fisiológicos del envejecimiento, en para ver, oír, hablar, escribir y caminar. *El impedimento es causa de los anteriores*, y consiste en no poder desarrollar las actividades que se espera realice el individuo normal conforme a su edad.

La práctica regular del ejercicio físico favorece las funciones cardiovasculares, respiratorias y digestivas, a la vez que contribuye a que los músculos conserven o mejoren su tono, así como a disminuir la tensión nerviosa y dar un eficaz alivio a dolores de espalda, cuello, miembros inferiores y superiores.

Cuando se sugiera al anciano un programa de ejercicios, es preciso tener en cuenta sus ideas al respecto; de igual manera, es necesario considerar su estado de salud y sus capacidades residuales. También es indispensable tomar conciencia de que el senecto no va a tornar a agilidad anterior. Los beneficios del ejercicio serán notorios en un plazo más o menos corto, con la mejoría de la flexibilidad, la tendencia a mostrar conductas positivas, y una mejor función cardiaca, pulmonar, digestiva, renal y hepática.

La fisioterapia se inicia en una etapa temprana, aun si la persona está inconsciente, va que cuando se le somete mediante movimientos pasivos amplios se previenen contracturas.<sup>36</sup>

## Respiración.

Es frecuente que los ancianos se resistan a hacer algunos ejercicios porque al ejecutarlos sienten que les "falta aire". Esto puede deberse a que durante el movimiento dejan de inhalar, o bien, a que aumenta la frecuencia respiratoria, sobre todo si el ejercicio es inadecuado en su ejecución o realizado con violencia. Esto supone la conveniencia de incluir en todo programa de ejercicios preventivos la enseñanza de la respiración.

- a) Expulsar el aire contenido en los pulmones (exhalación).
- b) Hacer una pausa de dos segundos, contando mentalmente uno... dos.
- c) Introducir aire por la nariz, manteniendo cerrada la boca. Mover los brazos hacia arriba si esto ayuda. Este paso durará dos segundos y se irá aumentando su duración.
- d) Hacer otra pausa de dos segundos.
- e) Repetir la exhalación como se indicó en el primer paso y continuar con los siguientes.

Cuando se tiene la certeza de que el anciano ya domina la respiración, se procede a introducir otro tipo de ejercicios para los diferentes segmentos del cuerpo, procurando incluir movimientos de extensión, flexión y rotación intercalando entre uno y otro la vuelta a la posición inicial. Los movimientos de flexión pueden ser laterales hacia la izquierda o hacia la derecha. Los segmentos del cuerpo pueden moverse en aducción, es decir, hacia el eje corporal central, o hacia fuera, lo que se llama abducción.

## Ejercicios para el cuello.

Consiste en tres grupos de movimientos que se hacen con la cabeza. Pueden realizarse estando la persona de pie o sentada. La posición inicial consiste en mantener la cabeza erguida con la mirada al frente.<sup>37</sup>

Grupo 1: Posición inicial; flexión lateral derecha la cabeza; posición inicial; flexión lateral izquierda, posición inicial.

---

<sup>36</sup>Shultz Brunner Lillian. Enfermería Practica. México. Interamericana. 1985. p. 498.

<sup>37</sup> Langarica Salazar Raquel Op Cit p 236

Grupo 2: Posición inicial; mover la cabeza hacia atrás; posición inicial, flexión de la cabeza; posición inicial.

Grupo 3: Posición inicial; rotación de la cabeza hacia la derecha; posición inicial; rotación de la cabeza hacia la izquierda; posición inicial.

### Ejercicios para los ojos.

Comprenden cuatro grupos de movimientos que puede realizar el anciano estando de pie, sentado o reposando en la cama.

Grupo 1: Cubrir los ojos con las manos, ahuecándolas; cerrar los ojos hasta percibir total oscuridad, pero sin apretarlos; permanecer así contando diez segundos.

Grupo 2: Sin abrir los ojos ni dejar de cubrirlos con las palmas de las manos, imaginar la carátula de un reloj. Dirigir los ojos hacia cada uno de los números de ese reloj imaginario; es necesario seguir un orden, para lo cual se sugiere empezar con el doce y continuar en el sentido de las manecillas; abrir los ojos y enseguida retirar las manos.

Grupo 3: Con los ojos abiertos parpadear con suavidad durante diez segundos; cerrar los ojos por cinco segundos; abrirlos y repetir el parpadeo.

Grupo 4: Con los ojos abiertos y sin mover la cabeza dirigir la mirada hacia arriba y hacia abajo durante diez segundos; mover los ojos de izquierda a derecha diez veces; moverlos diez veces de arriba a izquierda; diez veces de izquierda hacia abajo; diez veces de arriba a derecha e igual cantidad de derecha hacia abajo.

### Ejercicios para la boca.

Grupo 1: Abrir la boca lo más que se pueda; contar seis segundos; cerrar la boca con fuerza contando seis segundos; volver a la expresión normal.

Grupo 2: Encoger los labios como si fuera a silbar; contar seis segundos; volver a la expresión normal; distender los labios como sonriendo; contar seis segundos; volver a la expresión normal.

Grupo 3: Con los labios ligeramente abiertos, mover la mandíbula (como si masticara alimentos) con suavidad de izquierda a derecha.

## Ejercicios para los hombros.

Posición inicial con los brazos a los lados del cuerpo.

Grupo 1: Posición inicial; elevar el brazo en abducción hasta que la mano alcance el nivel del hombro; continuar la abducción hasta que la mano esté por encima de la cabeza; mover el brazo en aducción hasta que la mano esté nuevamente a la altura del hombro; continuar la aducción hasta la posición inicial; continuar la aducción hasta que el brazo cruce el pecho y la mano llegue a la altura del hombro contrario; volver a la posición inicial. Realizar los mismos pasos alternando los brazos.

Grupo 2: Posición inicial; flexionar el brazo al frente hasta la altura del hombro; continuar la flexión hasta que la mano quede por arriba de la cabeza; hacer movimientos de extensión hasta la posición inicial; hacer hiperextensión; volver a la posición inicial.

Este grupo de movimientos se puede hacer con ambos brazos a la vez o alternándolos.<sup>38</sup>

Grupo 3: Posición inicial; elevar el hombro; posición inicial; bajar el hombro a un nivel menor que el normal; volver a la posición inicial.

Este ejercicio se puede realizar alternando los hombros o con ambos a la vez.

Grupo 4: Posición inicial; flexionar el brazo al frente hasta que la mano esté al mismo nivel del hombro; estirar el brazo lo más posible sin mover el cuerpo; posición inicial; retraer el brazo atrás contrayendo el hombro; posición inicial.

Grupo 5: Con el codo ligeramente doblado y la palma hacia abajo hacer movimientos de rotación del hombro, de manera que describa un medio círculo.

## Ejercicios para el brazo.

Constituyen un solo grupo de movimientos que pueden efectuarse estando de pie o sentado.

En la posición inicial el brazo está formando un ángulo de 45° con el cuerpo y la palma de la mano hacia adentro. A partir de esta posición flexionar el brazo hasta que los dedos de la mano toquen el hombro; extender el brazo hasta la posición inicial.

---

<sup>38</sup> Langanica Salazar Raquel Op Cit. P 239

## Ejercicios para la muñeca y la mano.

Comprenden tres grupos de movimientos, dirigidos a la muñeca de la mano y a los dedos.

Grupo 1: Con el brazo flexionado de manera que forme un ángulo de 90° con el antebrazo, y con el puño cerrado, mover éste hacia derecha e izquierda manteniendo el antebrazo inmóvil.

Grupo 2: Con la palma de la mano hacia arriba y los dedos extendidos y juntos; flexionar la mano hacia arriba; volver a la posición inicial; mover la muñeca para que la mano vaya en hiperextensión hacia abajo; posición inicial; mover la mano hacia la derecha y hacia la izquierda.

Grupo 3: Con la palma de la mano hacia abajo y los dedos extendidos; flexionar los dedos para cerrar el puño; volver a la posición inicial; mover los dedos separándolos (abducción); flexionar y extender los dedos uno por uno; presionar la yema del dedo pulgar contra cada uno de los otros dedos.

## Ejercicios para el tronco del cuerpo.

Forman tres grupos de movimientos; la posición inicial es de pie, con las piernas ligeramente separadas, espalda y cabeza erguidas, mirando al frente.

Grupo 1: Posición inicial; flexionar el tronco hacia delante; posición inicial; hiperextensión del tronco; posición inicial. Los brazos pueden estar a los lados del cuerpo o flexionados, apoyando las manos en las caderas.

Grupo 2: Posición inicial, con los brazos igual que en el grupo 1; flexionar el tronco hacia la izquierda; posición inicial; flexionar el tronco hacia la derecha.

Grupo 3: Posición inicial; rotación del tronco hacia la derecha; posición inicial; rotación del tronco hacia la izquierda; posición inicial.

## Ejercicios para la espalda.

Grupo 1: Posición inicial: erguido con los pies juntos; pasar una toalla doblada por detrás de la espalda, un poco arriba de la cintura; sujetar la toalla por los extremos tirando hacia delante en tanto la espalda se dirige hacia atrás, como oponiéndose a la presión de la toalla; contar tres segundos y volver a la posición inicial.



Grupo 2: Sentado, con las rodillas juntas y flexionadas, rodear las piernas con los brazos, las manos juntas; inspirar aire en tanto se endereza la espalda y la cabeza; espirar lentamente en tanto que se curva la espalda y la cabeza se hace descansar en las rodillas.

Grupo 3: Sentado, extender las piernas separándolas; elevar los brazos hasta que las manos estén por arriba de la cabeza; flexionar el tronco hasta que las manos toquen el pie y continuando con el otro pie.

Grupo 4: Posición inicial de rodillas, en el suelo cubierto con una manta, dejando una distancia de quince a veinte centímetros entre una rodilla y otra; mover con lentitud la cabeza y el cuello hacia atrás, curvando el cuerpo hacia atrás, dejando colgar los brazos hacia los pies; hacer movimientos lentos para volver a la posición inicial.

Grupo 5: Sobre una manta extendida en el suelo, tenderse boca abajo con los brazos a los lados y la frente tocando la manta; flexionar los brazos de manera que las palmas de las manos se apoyen en el piso a nivel de los hombros; levantar lentamente la cabeza llevándola hacia atrás cuanto sea posible; contraer los músculos de la espalda hasta que el pecho se despegue del suelo, al tiempo que los brazos se desdoblan; con movimientos lentos volver a la posición inicial.

## Ejercicios para la cintura.

Grupo 1: Posición inicial de pie, con las piernas separadas y los brazos a los lados del cuerpo; inclinar el tronco hacia la derecha; posición inicial; inclinar el tronco a la izquierda; posición inicial.<sup>39</sup>

Grupo 2: Igual posición inicial que en el grupo 1 (de pie o sentado); colocar una mano en la cintura y elevar la otra hasta más arriba de la cabeza; inclinar el tronco hacia la derecha y luego hacia la izquierda; alternar los brazos para repetir el movimiento de cintura.

Grupo 3: Con las manos en la nuca, entrelazando los dedos, de pie o sentado, flexionar el tronco al frente y luego dirigirlo con suavidad hacia la derecha y hacia la izquierda; volver a la posición inicial.

Grupo 4: De pie o sentado, con los codos flexionados, las palmas de las manos a la altura del pecho y hacia abajo, girar el tronco a la derecha y luego a la izquierda.

---

<sup>39</sup> Langarica Salazar Raquel. Op Cit p. 245.

Para los músculos de la cintura consiste en arquear y flexionar la columna vertebral estando con las rodillas y las palmas de las manos sobre el piso, en la posición que comúnmente se conoce como "estar a gatas"; en el momento de arquear la columna la cabeza se flexiona hacia abajo y se hace extensión de esta al flexionar la columna.

### Ejercicios para la región glútea.

Consisten en movimientos que realiza el paciente estando boca abajo, con la cabeza vuelta hacia un lado y los brazos cruzados bajo de ella; en esta posición inicial, elevar la pierna sin doblar la rodilla; mover el pie describiendo pequeños círculos; volver a la posición inicial.

### Ejercicios para las piernas.

Pueden ejecutarse apoyándose en el respaldo de una silla en caso de que el paciente no pueda hacerlos libremente; también pueden adaptarse para que el sujeto los ejecute sentado.

Grupo 1: Posición inicial de pie; flexionar la pierna sin doblar la rodilla; posición inicial; poner en hiperextensión la pierna; posición inicial.

Grupo 2: Posición inicial; flexionar la pierna dirigiendo el pie hacia atrás; posición inicial.

Grupo 3: Posición inicial; flexionar la pierna doblando la rodilla hasta que sea posible tocarla con la mano; posición inicial.

Grupo 4: Posición inicial; mover la pierna lateralmente, en abducción; en seguida, hacer movimientos de aducción hasta que la pierna quede encima de la otra; posición inicial.

Grupo 5: Posición inicial; hacer movimientos de rotación de la pierna hacia derecha e izquierda; posición inicial.

Estos ejercicios también pueden hacerse acostado o adaptarse para que el paciente los ejecute sentado, como se indica.

Grupo 1: En la posición inicial el paciente está sentado, apoyando las manos en la silla; flexionar la pierna hacia delante y volver a la posición inicial.

Grupo 2: Son movimientos que sólo pueden realizarse de pie o boca abajo (decubito prono); consisten en mover la pierna hacia atrás (hiperextensión) y luego hacia la posición inicial.

Grupo 3: La posición inicial consiste en sentarse cómodamente, con las plantas de los pies bien asentadas en el suelo; flexionar la pierna doblando la rodilla hasta tomar ésta con ambas manos y tirar de ella un poco; volver a la posición inicial.

Grupo 4: Posición inicial igual que en el grupo 1; flexionar la pierna sin doblar la rodilla; mover la pierna en abducción y luego en aducción; volver a la posición inicial.

Los movimientos de abducción y aducción también pueden efectuarse estando el paciente acostado.

Grupo 5: Primero y segundo pasos iguales que en el grupo anterior; hacer movimientos de rotación de la pierna hacia izquierda y derecha, volviendo a la posición inicial.

### Ejercicios para los pies.

Forman un conjunto de movimientos que la persona puede ejecutarse estando acostada o sentada. Están ordenados en tres grupos; los dos primeros favorecen la movilidad del tobillo y el tercero a los dedos del pie.

Grupo 1: La posición inicial consiste en mantener el pie formando ángulo recto con la pierna; flexionar el pie hacia arriba; posición inicial; mover el pie hacia abajo; posición inicial.

Grupo 2: Posición inicial igual a la anterior; mover los pies dirigiendo la punta hacia la pierna inmóvil; volver a la posición inicial; hacer el movimiento de los pies pero ahora dirigiendo la punta de estos hacia adentro; volver a la posición inicial.

Grupo 3. Posición inicial igual; flexionar los dedos hacia abajo; posición inicial; extender los dedos hacia arriba; posición inicial.

A partir de la posición inicial, mover los dedos abriéndolos como un abanico (abducción) hasta la posición inicial.

Grupo 1: Sentado, con las plantas de los pies bien apoyadas en el piso; elevar el talón presionando los dedos hacia abajo; bajar el talón. Se trata de movimientos lentos, pero firmes.

Grupo 2: Posición inicial igual al ejercicio anterior; elevar la punta del pie apoyándose en el talón; descender la punta y apoyarla con fuerza.

Grupo 3: Sentado, colocar los pies sobre una toalla tendida en el suelo; hacer movimientos de flexión y extensión de los dedos, de manera que la toalla se deslice por debajo de los pies ligeramente elevados. Se puede colocar algún objeto poco pesado en el extremo de la toalla.

Grupo 4: Sentado, con los dedos de los pies tomar la toalla tendida en el suelo y levantarla. Los movimientos pueden hacerse con ambos pies o alternándolos.

Grupo 5: De pie, con las manos en las caderas o apoyadas en el respaldo de una silla; elevar el cuerpo apoyándose en la punta de los pies, Hacer el mismo movimiento separando los talones tanto como sea posible. Estos movimientos separando los talones tanto como sea posible. Estos movimientos pueden realizarse desplazando el cuerpo con la marcha, cuando no se utiliza la silla.

Grupo 6: De pie, con las manos en las caderas, caminar sobre los talones.

Grupo 7: De pie, con la punta del pie debajo de un objeto resistente –que puede ser un mueble- inclinar el cuerpo hacia atrás y luego hacia delante. Este ejercicio debe realizarse sólo cuando se tenga seguridad en la firmeza del punto de apoyo.

Ejercicios para evitar el estreñimiento.

Otro de los males que más aquejan a los ancianos es el estreñimiento, aquí también se ponen de manifiesto los beneficios de la dieta y del ejercicio.<sup>40</sup>

Grupo 1: En este grupo de ejercicios la posición inicial es el decúbito dorsal (boca arriba), con los brazos sueltos a los lados del cuerpo; elevar las piernas, alternándolas, doblando las rodillas de manera que se acerquen lo más posible al pecho.

Hacer los mismos movimientos, pero con ambas piernas a la vez.

En decúbito dorsal, pero con los brazos extendidos, levantar las piernas sin doblar las rodillas; mover al mismo tiempo ambas piernas hacia cada lado, de manera que la mitad inferior del cuerpo gire en tanto la mitad superior permanece inmóvil.

---

40 Langarica Salazar Raquel Op Cit p. 254

En la misma posición inicial, hacer movimientos de pedaleo con las dos piernas a la vez. Si el paciente lo prefiere, puede colocar la cabeza un poco más abajo que el resto del cuerpo.

Grupo 2: Posición inicial; las rodillas en el suelo y la región glútea sobre los talones; erguir el tronco, con los brazos junto al cuerpo; elevar ambos brazos a la vez hasta que estén verticales; flexionar el tronco hasta tocar con las manos el suelo; volver a la posición vertical de tronco y brazos, posición inicial.

Grupo 3: Sentado en el piso, con las piernas separadas estiradas y los brazos extendidos a los lados, a nivel de los hombros; tocar con la mano derecha el pie izquierdo, flexionando el tronco tanto como sea necesario; posición inicial; tocar con la mano izquierda el pie derecho, volver a la posición inicial.

Grupo 4: Los ejercicios de este grupo se hacen de pie, sin doblar las rodillas, la posición de los brazos se indica en cada ejercicio.

Posición inicial, brazos extendidos al frente; flexionar el tronco intentando tocar el piso con los dedos en las manos.

Posición inicial separando las piernas, los brazos extendidos a los lados; a nivel de los hombros; flexionar el tronco hasta tocar el pie izquierdo con la mano derecha; posición inicial; flexionar el tronco hasta tocar el pie derecho con la mano izquierda; posición inicial.

Igual posición inicial; elevar los brazos hasta que las palmas de las manos se junten por arriba de la cabeza; flexionar el tronco alternativamente hacia derecha e izquierda, tratando de tocar el piso; volver a la posición inicial entre una flexión y otra.

Depresión. La depresión es común tanto en el enfermo como en los familiares; a veces interfiere con la rehabilitación y alimentación, en ocasiones aparece o empeora después de la salida del hospital, en especial si los preparativos no fueron adecuados, el asesoramiento del paciente y sus familiares, el enviarlo a grupos de personas con este padecimiento, apoyan y alivian al cuidador principal a que evite la depresión, también presentarían ansiedad y cambios de personalidad.<sup>41</sup>

Además, la incapacidad física que produce el accidente con frecuencia limita las actividades del sujeto y evita su participación en las relaciones sociales fuera de su hogar y así aumenta su sentimiento de soledad y la posibilidad de depresión.

---

<sup>41</sup>Smeltzer Suzanne C, Op Cit p. 1744.

Son necesarias la paciencia y comprensión; debe aceptarse que la aparente "falta de iniciativa", "mala cooperación" y "temperamento inadecuado" que muestran individuos con enfermedad cerebrovascular, bien en ocasiones son consecuencias de la lesión cerebral. Es posible que produzca deterioro de la personalidad, defectos de memoria, confusión, desorientación mental y disminución en la concentración.

Valoración social y ambiental. Es necesario un estudio de la vida doméstica y familiar de una persona de edad avanzada para que se determine cómo hacía su vida diaria antes del accidente cerebrovascular. La atención doméstica del enfermo ocasiona una presión tremenda sobre otros. Determinar la intensidad de la carga impuesta por el paciente, el efecto que ésta tiene sobre los familiares, y también el espíritu de familia para enfrentar sus responsabilidades.<sup>42</sup>

### Perdidas que produce el ECV.

Es la minusvalía que origina el enfermedad cerebral lo que es más importante para el paciente y quienes lo atienden.

Parálisis. Las funciones faltantes en todos aquellos con enfermedades cerebrovascular con parálisis consisten en:

1. Pérdida del mecanismo normal del reflejo postural en el lado con la afección, y como consecuencia, incapacidad para iniciar movimientos en su lado.
2. Desarrollo de hipertonicidad (espasticidad) en músculos antigravedad (como extensores de la pierna, flexores de brazos).
3. A menudo algún grado de trastorno sensorial el cual inhibe el movimiento.
4. Como consecuencia, hay una pérdida completa de selección libre de movimientos de precisión en el lado de la alteración.

Desatención visual/ sensorial. La desatención sensorial es posible que produzca negatividad del lado afectado, habrá pérdida de conciencia espacial y del sentido de posición. En donde haya pérdida sensorial debe acelerarse el estímulo sensorial.

Audición las órdenes dadas serán breves, dinámicas y emitidas desde el sitio adecuado para que se obtenga una respuesta.

---

<sup>42</sup> Kozier Barbara Op Cit p. 572

Visión puede pedirse a la persona que mire a su mano o pie cuando se requiere movimiento distal o proximal, es útil un espejo

Tacto desempeña una gran parte en la reeducación sensorial; incluye el uso de luz y de presión profunda. Cualquier momento pueden generar el síndrome de incapacitación constituido por deficiencia, incapacidad e impedimento. La deficiencia se conceptúa como la falta de o defecto de una parte del cuerpo; la incapacidad es la dificultad.

### **3.5. Plan de Integración del Paciente con la Familia.**

Es importante en toda familia que exista una convivencia, es el fruto de una buena comunicación y relación entre los integrantes, de esta forma se alcanza un ambiente agradable para vivir en la casa.

Se hace evidente para aquellas personas, que se encuentran enfermos necesitan del apoyo de sus familiares que le ayuden a confortarlos y hacerlo participe de la integración con los familiares cercanos.

Lo relevante para una pronta recuperación es la ayuda de la familia, que el paciente tenga ánimo para el esfuerzo en los ejercicios, las personas cercanas a él deben comprometerse en el momento de efectuar la rehabilitación física estar con él indicarle la forma en que debe desarrollar la terapia, animarlo a proseguir con la rehabilitación, integrarlo a la dinámica de la casa, tener momentos de plática, acercarse a él y comentar los hechos familiares que se suceden en la familia, las aportaciones dadas por él tomarlas en cuenta, acompañarlo a actividades recreativas tener salidas con un familiar a parques, iglesia y otras actividades que le gusten o llamen la atención.

Aún cuando es difícil el llevar a cabo todas las actividades por el comportamiento del paciente, él lo modificara al percibir y sentir los cambios que la familia tengan con su persona, donde se reflejara al no realizar actividades molestas o formas de llamar la atención con los demás, el bienestar y recuperación de la persona afectada se convierte en armonía, integración y disminución del estrés hacia el núcleo familiar.

## 4 EVALUACIÓN.

Es de suma importancia el hecho de poder realizar el presente PAE, en el mismo hogar del paciente así se tiene una mayor visión de la problemática que puede influir en los problemas que le pueden ocasionar, para establecer las medidas necesarias, oportunas y de gran valía para el restablecimiento de las necesidades del paciente.

Es notorio la voluntad de recuperar sus funciones motoras el paciente ya que las actividades que se le ponen en práctica las realiza en ese momento, aún cuando deja de hacerlo cuando no se encuentra nadie a su lado, necesitando de motivación y acompañamiento para poder efectuar los ejercicios.

También se detecta la forma del comportamiento de él hacia los demás, siendo de celo cuando el cuidador se encuentra interactuando con el resto de la familia, tiene actitudes que llaman la atención para su único cuidado por parte de las demás personas, es en ocasiones molesto para los demás el comportamiento que tiene ya que las medidas que tienen hacia él de protección él no las quiere respetar, esto es irritable para ellos.

El cuidado que le tiene la familia para él es bueno, ya que la más mínima necesidad que padezca pronto lo atienden, haciendo que no le falte nada, pero les falta un poco más de atención hacia él, ya que en ocasiones lo descuidan en el plano afectivo esto produce que él se sienta solo y tenga que llamar la atención de cualquier manera aún cuando tenga que hacer sentir mal a la persona que se lo haga, es preciso que la familia le dedique más atención y afecto para que no sienta una mayor carga aunada a su enfermedad.

Es importante que ambas partes se conjuguen para un mejor vínculo familiar, aún cuando su paciente no se restablezca del todo debido a la gravedad del padecimiento, pero sea de una calidad la convivencia que tengan ambas partes, para que ninguno se sienta incómodo.

El fin perseguido de brindar cuidados específicos de enfermería en un paciente con ECV lo cual se vio compensado satisfactoriamente con diferentes resultados con las diferentes funciones para la independencia afectada, se lleve a cabo las actividades que corresponden a las necesidades presentadas por el paciente dentro de la problemática. Se observó la creciente mejoría en el desempeño de las actividades de unas que dieran autosuficiencia al paciente con buena evolución sobre todo la funcionalidad de los miembros izquierdos afectados con los cuales



fue un complemento real y adecuado, en el momento de desempeñar sus actividades tanto en el tiempo de trabajo con el paciente.

Al brindar una correcta orientación a la familia con la que convive acerca del padecimiento facilitó a todos, las tareas y actividades que desempeñan con el paciente. El lo facilitó, el entendimiento en diferentes momentos que les requieran de su ayuda al poder actuar de una mejor manera con él y ser más grata la convivencia que tienen en el hogar.

## 5 BIBLIOGRAFÍA.

- ANDREOLI, Thomas E. Compendio de Medicina Interna de Cecil Loeb, 3ª. España. Ed. Interamericana McGraw-Hill, 1995. P. 1054.
- BEE, Helen L. El Desarrollo de la Persona en todas las etapas de su vida, 2ª. México. Ed. Harla, 1984. P. 647.
- BERRYMAN, Julia C. Psicología del Desarrollo, México. Ed. El Manual Moderno, 1994. P. 274.
- BUSTAMANTE, Zuleta Ernesto. Neurología, Argentina. Ed. El Ateneo, 1983. P. 683.
- CARNEVALI, Doris L. Tratado de Geriatria y Gerontología, México. Ed. Interamericana, 1988. P. 755.
- CARPENITO, Linda Juall. Manual de Diagnóstico en Enfermería, México. Ed. Harla. 1995. P. 351.
- CHANDRASUMA, Pakarama. Patología General, México. Ed. El Manual Moderno, 1994. P. 1161.
- CHISID, Joseph G. Neuroanatomía Correlativa y Neurología Funcional, México. Ed. El Manual Moderno, 1987. P. 580.
- DU GAS, Dymand Barbara Marie. Tratado de Enfermería Práctica, México. Ed. Interamericana, 1995. P. 793.
- FERNÁNDEZ, Ferrin Carmen. El Proceso de Atención de Enfermería, España. Ed. Masson, 1999. P. 115.
- FORCIEA, Mary Ann. Secretos de la Geriatria, México. Ed. Mc Graw-Hill Interamericana, 1996. P. 309.
- GAUNTLETT, Beare Patricia. Enfermería Principios y Prácticas, España. Ed. Panamericana, 1993. P. 1706.

- GRIFFITH, Janet W. Proceso de Atención de Enfermería, México. Ed. El Manual Moderno, 1986. P. 406.
- JAFFE, Marie S. Enfermería en Atención Domiciliaria, España. Ed. Harcourt Brace, 1998. P. 483.
- KATHLEEN, Mahan L. Krause Nutrición y Dietoterapia, México. Ed. Interamericana McGraw-Hill, 1995. P. 947.
- KASCHAK, Newman Diane. Planes de Cuidados de Geriatría, España. Ed. Mosby Doyma, 1994. P. 321.
- KAUFMAN, I. Psicología Normal de la Vejez, México. Ed. Paidós, 1996. P. 205.
- KOZIER, Barbara. Fundamentos de Enfermería, México. Ed. Interamericana McGraw-Hill, 1994. P. 964.
- KRUPP, Marcus A. Diagnóstico Clínico y Tratamiento, México. Ed. El Manual Moderno, 1984. P. 1204.
- LANGARICA, Salazar Raquel. Gerontología y Geriatría, México. Ed. Interamericana, 1985. P. 297.
- MANTER, John T. Neuroanatomía y Neurofisiología Clínicos, México. Ed. Interamericana, 1960. P. 1136.
- MARRINER, Ann. El Proceso de Atención de Enfermería, México. Ed. El Manual Moderno, 1983. P. 325.
- MERRIT, Houston. Tratado de Neurología, España. Ed. Salvat, 1982. P. 686.
- NINOMIYA, Jesús G. Fisiología Humana Neurofisiología, México. Ed. El Manual Moderno, 1991. P.529.
- PEARCE, Evelyn. Manual de Enfermería, España. Ed. Jims, 1995. P. 883.
- PHANEUF, Margot. Cuidados de Enfermería Un Proceso en las Necesidades de la Persona, España. Ed. McGraw-Hill Interamericana, 1993. P. 352.
- PRYSE, Phillips William. Neurología Clínica, México. Ed. El Manual Moderno, 1984. P. 686.

ROPER, Nancy. Proceso de Atención Enfermería, México. Ed. Interamericana, 1983. P. 921.

SHULTIS, Brunner Lillian. Enfermería Práctica, México. Ed. Interamericana, 1985 P. 983.

SMELTZER, Suzanne C. Enfermería Medicoquirúrgica, México. Ed. McGraw-Hill Interamericana, 1998. P. 213.

SMITH, Suddarth Doris. Enfermería Practica, México. Ed. Interamericana McGraw-Hill, 1995. P. 2136.

VAN DER CAMMER, T. J. M. Manual Clínico de Geriátria, México. Ed. El Manual Moderno, 1994. P. 337.

Diccionario Medico de Bolsillo, España. Ed. Interamericana McGraw-Hill, 1993. P. 882.

# ANEXO

## 6. INSTRUMENTO DE TRABAJO

### UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.

#### PERFIL DEL CLIENTE A PARTIR DEL MARCO DE REFERENCIA DE VIRGINIA HENDERSON

#### INFORMACIONES GENERALES

Nombre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_  
Estado civil \_\_\_\_\_ Diagnóstico \_\_\_\_\_  
Ocupación \_\_\_\_\_ Nacionalidad \_\_\_\_\_  
Perspectivas del cliente sobre su salud \_\_\_\_\_  
Lugar donde se encuentra \_\_\_\_\_

#### NECESIDADES FUNDAMENTALES

##### 1. RESPIRAR

Vías respiratorias: \_\_\_\_\_  
Hábitos: \_\_\_\_\_  
Influencia de las emociones: \_\_\_\_\_  
Entorno: \_\_\_\_\_  
Observaciones: \_\_\_\_\_

##### 2. BEBER Y COMER

Vías digestivas: \_\_\_\_\_  
Tipo y cantidad de alimentos y líquidos absorbidos: \_\_\_\_\_  
Hábitos alimentarios: \_\_\_\_\_  
Sentido de la nutrición: \_\_\_\_\_  
Influencia de las emociones: \_\_\_\_\_  
Observaciones: \_\_\_\_\_

##### 3. ELIMINAR

Vías de eliminación: \_\_\_\_\_  
Deposiciones: \_\_\_\_\_  
Frecuencia de emisión de deposición y orina: \_\_\_\_\_

Cantidad: \_\_\_\_\_  
Aspecto: \_\_\_\_\_  
Menstruación: \_\_\_\_\_  
Hábitos de eliminación: \_\_\_\_\_  
Influencia de las emociones en la eliminación: \_\_\_\_\_  
Observaciones: \_\_\_\_\_

#### 4. MOVERSE Y MANTENER UNA BUENA POSTURA

Alineación de los miembros: \_\_\_\_\_  
Movimientos: \_\_\_\_\_  
Posición habitual: \_\_\_\_\_  
Circulación sanguínea: coloración de la piel: \_\_\_\_\_  
Pulso: \_\_\_\_\_ TA \_\_\_\_\_  
Actividades \_\_\_\_\_  
Influencia de las emociones: \_\_\_\_\_  
Sociocultural: \_\_\_\_\_  
Observaciones: \_\_\_\_\_

#### 5. DORMIR Y DESCANSAR

Hábitos de sueño y de descanso: \_\_\_\_\_  
Influencia de las emociones: \_\_\_\_\_  
Observaciones: \_\_\_\_\_

#### 6. VESTIR Y DESVESTIRSE

Estatura: \_\_\_\_\_  
Corpulencia: \_\_\_\_\_  
Hábitos en el vestir: \_\_\_\_\_  
Significado de los vestidos y de la apariencia física: \_\_\_\_\_  
Sociocultural: \_\_\_\_\_  
Observaciones: \_\_\_\_\_

#### 7. MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DE LOS LÍMITES NORMALES

Grados de temperatura: \_\_\_\_\_  
Ritmo Circadiano: \_\_\_\_\_  
Influencia de las emociones: \_\_\_\_\_  
Entorno: \_\_\_\_\_  
Observaciones: \_\_\_\_\_

#### 8. ESTAR LIMPIO, ASEADO Y PROTEGER SUS TEGUMENTOS

Hábitos de limpieza: \_\_\_\_\_  
Significado de la limpieza y de la apariencia física: \_\_\_\_\_  
Entorno: \_\_\_\_\_

BIBLIOTECA PÚBLICA

Observaciones: \_\_\_\_\_

### 9. EVITAR LOS PELIGROS

Medidas físicas y psicológicas \_\_\_\_\_

Entorno: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

### 10. COMUNICACIÓN CON SUS SEMEJANTES

Visión: \_\_\_\_\_

Oído: \_\_\_\_\_

Actitudes verbales: \_\_\_\_\_

Actitudes no verbales: \_\_\_\_\_

Expresión de las ideas y emociones: \_\_\_\_\_

Personas significativas: \_\_\_\_\_

Comunicación con sus semejantes: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

### 11. ACTUAR SEGÚN SUS CREENCIAS Y VALORES

Creencias: \_\_\_\_\_

Expresión de sentimientos religiosos: \_\_\_\_\_

Medios utilizados para ir más allá de su propia naturaleza: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

### 12. OCUPARSE PARA REALIZARSE

Medios utilizados por el individuo para realizarse: \_\_\_\_\_

Manifestación de las emociones y de los sentimientos: \_\_\_\_\_

Roles sociales: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

### 13. RECREARSE

Condición física, mental y emocional: \_\_\_\_\_

Ocio: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

### 14. APRENDER

Condición física, mental y emocional: \_\_\_\_\_

Importancia de conocer y aprender: \_\_\_\_\_

Medidas individuales de aprendizaje: \_\_\_\_\_

Niveles de escolaridad: \_\_\_\_\_

Datos suplementarios: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_



## 7. GLOSARIO.

Acme. Crisis o etapa crítica de una enfermedad.

Afasia. Defecto o pérdida de la capacidad de expresarse por palabras, por escritos o por signos, o de comprender el lenguaje escrito o hablado, por lesión o enfermedad de los centros cerebrales.

Aneurisma. Saco formado por la dilatación de la pared de una vena o el corazón.

Anquilosis. Inmovilidad y consolidación de una articulación por enfermedad, lesión o procedimiento quirúrgico.

Ateroma. Placa de degeneración grasa que se localiza en las paredes arteriales, especialmente en el espesor de la íntima.

Ateromatosis. Enfermedad ateromatosa difusa de las arterias.

Bronquiectasia. Dícese de la dilatación crónica de los bronquios.

Deposición. Evacuación del vientre.

Disartria. Articulación imperfecta del habla, por trastorno del control muscular, que resulta de daño del sistema nervioso central o periférico.

Émbolo. Coágulo o tapón de otra índole, llevado por la sangre desde otro vaso a uno de menor calibre de modo que obstruye la circulación.

Hauastro. Nombre general que denota un fondo de saco.

Ictal. Perteneciente o relativo a un accidente vascular cerebral o a una crisis epiléptica aguda.

Macerar. Ablandar mediante humedecimiento o enjuague.

Maniobra de Valsalva. Esfuerzo forzado de exhalación contra la glotis cerrada; el incremento resultante de la presión intratorácica interfiere con el retorno venoso hacia el corazón.

Trasudado. Sustancia líquida que ha pasado por una membrana o se ha expulsado desde un tejido, a veces como resultado de inflamación.