



Universidad de Valladolid

Facultad de Enfermería

GRADO EN ENFERMERÍA

**PLAN DE CUIDADOS DE
ENFERMERÍA DIRIGIDO A
PACIENTES CON DAÑO CEREBRAL
ADQUIRIDO TRAS UN ICTUS PARA
SU APLICACIÓN EN ATENCIÓN
PRIMARIA RURAL**

Autor/a: Paula Aparicio Casares

Tutor/a: Agustín Mayo Íscar

Cotutor/a: Juan José Ailagás de las Heras

Resumen

Facilitar la atención sanitaria que requieren los pacientes que han sufrido un accidente cerebrovascular o ictus y que viven en el medio rural es especialmente complejo debido a la mayor dificultad para el acceso a los servicios sanitarios en este entorno, que se ve agudizada por la carencia de personal sanitario especializado en este tipo de patología.

El presente plan de cuidados pretende organizar el trabajo de los profesionales sanitarios en el medio rural para facilitar la rehabilitación de estos pacientes, así como prevenir y, en su caso tratar, las complicaciones que pudieran surgir. Todo ello con el objetivo de conseguir que los pacientes alcancen la máxima capacidad funcional posible, lo que facilitará su reintegración social y laboral. Para ello será preciso el trabajo de un equipo multidisciplinar, coordinado por una enfermera de atención primaria, que desarrollará planes de cuidados individualizados y adaptados a las necesidades de cada caso.

Un protocolo como se este se podría aplicar directamente en el medio rural debido a la necesidad existente.

Palabras clave: ictus, plan de cuidados, enfermería y atención primaria rural.

Índice

Resumen	1
Introducción.....	3
Justificación.....	5
Objetivos	6
Metodología.....	6
Intervención.....	7
Criterios de inclusión y de exclusión	7
Plan de cuidados.....	9
Actividades de enfermería	10
Secuelas y complicaciones comunes tras un ictus	14
Conclusiones / Implicaciones para la práctica clínica.....	24
Bibliografía	25
Anexos	27
Anexo 1. Diagnósticos de enfermería	27

Introducción

Las enfermedades cerebrovasculares (ECV) son aquellas alteraciones encefálicas secundarias a un trastorno vascular. Cuando estas se producen de forma aguda se conocen como ictus.

La organización mundial de la salud (OMS) define el ictus como el "disturbio en la función cerebral de desarrollo rápido, con signos clínicos focales o globales de una duración igual o mayor a 24 horas, o que conducen a la muerte sin ninguna otra causa aparente que el origen vascular"¹.

El ictus es la segunda causa de muerte a nivel mundial (sólo superado por las cardiopatías) y la primera causa de morbilidad en la edad adulta ².

La incidencia de ictus a nivel nacional no se conoce con precisión, pero se estima que oscila entre 120 y 350 casos por 100.000 habitantes / año. La incidencia es superior en la población mayor de 75 años³.

El ictus es la causa más importante de invalidez y discapacidad en el adulto. A los 6 meses del ictus, el 26,1% de los pacientes han fallecido, el 41,5% son independientes y el 32,4% son dependientes⁴.

Debido a su elevada incidencia y a los problemas de salud que conlleva esta enfermedad, produce un gasto económico elevado para el sistema sanitario.

Todos estos datos dejan claro que el ictus es un problema socio-sanitario de primer orden.

El ictus se puede clasificar en función de su etiología en isquémico o hemorrágico. A su vez, dentro de cada tipo podemos distinguir los siguientes:

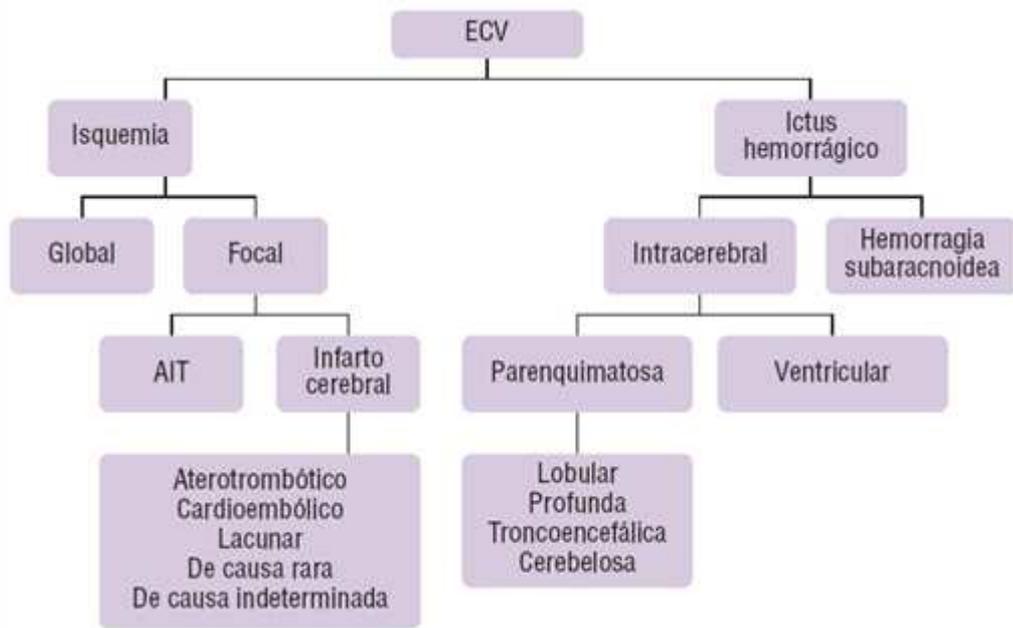


Figura 1. Clasificación de la enfermedad cerebrovascular según su naturaleza

La etiopatogenia del ictus es muy heterogénea, pudiendo variar los factores de riesgo en función del tipo de ictus. De forma general podemos dividir los factores de riesgo en modificables o no modificables. Entre los modificables encontramos la HTA, las cardiopatías, la diabetes y el tabaquismo. Los no modificables son la edad, el sexo, los factores hereditarios, la raza y la localización geográfica³.

Una vez transcurrida la fase aguda del ictus, habiendo sido el paciente hospitalizado y atendido en los servicios especiales, si su estado lo permite, será dado de alta y su atención sanitaria continuará a nivel del centro de salud, por su médico y enfermera de atención primaria.

Es muy importante que ambos profesionales realicen una valoración integral de estos pacientes y de sus cuidadores para atenderlos de la forma más eficaz.

Se deben establecer las medidas de prevención secundaria apropiadas en todos los pacientes que han sufrido un ictus⁵.

Las principales complicaciones después de padecer un ictus son: parálisis, disfagia, trastornos en el habla / lenguaje, déficit cognitivos, trastornos visuales, desequilibrio, alteraciones emocionales, fatiga (tanto a nivel físico como psíquico), crisis epilépticas y dolor.

La rehabilitación debe estar orientada a tratar la discapacidad para conseguir la máxima capacidad funcional en cada caso y facilitar la independencia del paciente y la reintegración social y laboral. Este proceso debe iniciarse lo antes posible, preferiblemente durante el ingreso hospitalario, siempre que el paciente se encuentre estable.

La labor de la enfermera debe ser integrar todos los aspectos anteriormente citados.

Justificación

La atención sanitaria de los pacientes que han sufrido un ACV a nivel hospitalario se encuentra muy protocolizada y desarrollada, es por ello que el fundamento de este trabajo está orientado a crear un plan de cuidados aplicable a atención primaria y de manera específica, al medio rural.

Es allí donde más complicaciones vamos a encontrar, debido a la pluralidad de problemas que puede acarrear esta enfermedad y sobre todo a las dificultades añadidas relacionadas con la mayor distancia física entre los pacientes y los profesionales sanitarios, que caracteriza al medio rural.

Las diferencias entre el medio urbano y rural son notables. Las posibilidades de rehabilitación del estado funcional-cognitivo de los pacientes del medio urbano, en general, son mayores que las correspondientes a los del medio rural, debido a factores como la mencionada mayor disponibilidad y disposición de recursos socio-sanitarios⁶. En el medio rural nos encontramos con personal más escaso y menos especializado, un radio de actuación elevado y pacientes con una edad media superior. Estas situaciones, en ocasiones, aparecen más agudizadas en zonas montañosas y de difícil acceso.

Existen guías de actuación para los pacientes de atención primaria (AP). Sin embargo, tras la realización una búsqueda bibliográfica exhaustiva, no hemos encontrado recomendaciones ni protocolos centrados específicamente en la atención sanitaria rural. Es por ello necesario diseñar un plan que oriente al

personal sanitario que trabaja en este medio en los cuidados y procedimientos que estos pacientes requieren, adaptados a las dificultades ligadas a la atención sanitaria en este tipo de zonas. La disponibilidad de pautas que guíen su actuación facilitará el trabajo, mejorando presumiblemente los resultados.

Objetivos

El objetivo principal que se pretende con la realización de este plan de cuidados de enfermería es guiar al personal sanitario, destinado en el entorno rural, en la atención a pacientes que han sufrido un ictus, dotándoles de herramientas que faciliten la rehabilitación de estos pacientes y les permitan identificar y tratar las posibles complicaciones que pudieran aparecer, teniendo en cuenta las dificultades añadidas que produce la distancia del enfermo a los recursos sanitarios en estos entornos.

Metodología

Para la elaboración de este trabajo se realizó una revisión bibliográfica en buscadores en los que se encuentra recogida la evidencia científica como Google Académico y Pubmed.

Se emplean como palabras clave "ictus", "plan de cuidados", "enfermería" y "atención primaria rural".

Toda la información obtenida de estas fuentes se emplea en la elaboración de un plan de cuidados individualizado.

Intervención

Criterios de inclusión y de exclusión

Este plan de cuidados está dirigido a aquellos pacientes que han sufrido un ictus y se encuentran en su domicilio, perteneciendo este al medio rural.

Sin embargo, dentro de este grupo de pacientes será necesario cumplir otros requisitos que posibiliten su inclusión en el plan de cuidados. Para determinarlo se utilizará la escala Rankin. Esta escala valora, de manera global, el grado de discapacidad física tras un ictus. Hay distintos niveles de dependencia / independencia, desde el nivel 0, donde el paciente no tiene ningún síntoma, hasta el nivel 6, muerte.

0.	Sin síntomas.	
1.	Sin incapacidad importante	Capaz de realizar sus actividades y obligaciones habituales.
2.	Incapacidad leve	Incapaz de realizar algunas de sus actividades previas, pero capaz de velar por sus intereses y asuntos sin ayuda.
3.	Incapacidad moderada	Síntomas que restringen significativamente su estilo de vida o impiden su subsistencia totalmente autónoma (p. ej. necesitando alguna ayuda).
4.	Incapacidad moderadamente severa	Síntomas que impiden claramente su subsistencia independiente aunque sin necesidad de atención continua (p. ej. incapaz para atender sus necesidades personales sin asistencia).
5.	Incapacidad severa	Totalmente dependiente, necesitando asistencia constante día y noche.
6.	Muerte	

Figura 2. Escala Rankin

Para decidir en qué nivel de la escala Rankin se encuentra cada paciente será necesario realizar un evaluación inicial utilizando distintas escalas de valoración, como la escala Barthel, que mide la autonomía para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), y la escala de Pfeiffer, que evalúa la función cognitiva.

Las diferentes escalas se utilizan para medir la calidad de vida (CV). La CV es definida por la OMS como "la percepción que las personas tienen de su posición en la vida en el contexto de la cultura y el sistema de valores en los cuales viven y en relación con sus objetivos, esperanzas e intereses". Se contemplan cuatro dimensiones en la calidad de vida: física, funcional, psicológica y social⁷.

Además será necesario realizar una entrevista con el propio paciente o con un familiar y valorar su historia clínica.

Mediante esta recogida de datos estableceremos al paciente en uno de los niveles de la escala Rankin.

Lógicamente, la situación socio-sanitaria de cada paciente es distinta, por eso hay que evaluar, dentro de cada nivel en la escala, las condiciones sociales y de ayuda que tiene este paciente.

En los niveles 0 y 1, donde no hay prácticamente sintomatología, y el paciente es capaz de realizar sus actividades habituales, se podría incluir en el programa sin necesidad de que exista una persona responsable de él.

En los niveles 2 y 3 el paciente necesitará de la ayuda parcial de una persona (un familiar, un voluntario, un amigo...) no necesariamente a tiempo completo.

En el nivel 4 el paciente necesitará ayuda de manera continuada.

Y, por último, en el nivel 5, debido a la carga de trabajo tan importante, y a la necesidad de conocimientos específicos en determinados cuidados, lo más recomendable sería que el paciente se encontrase institucionalizado en un centro con atención sanitaria 24h al día, al menos mientras se siga encontrando en ese nivel de la escala Rankin.

En cualquiera caso, es siempre recomendable que exista un/a cuidador/a principal, capaz de comunicarse con la enfermera y llevar a la práctica el plan de cuidados, especialmente en los casos que el paciente sea una persona de edad avanzada.

Una vez que hemos tenido en cuenta los factores anteriormente citados podremos decidir si el paciente puede incluirse en nuestro programa o no. Es decir, si necesitará encontrarse institucionalizado o podremos establecer un

plan de cuidados adaptado a sus necesidades y controlar su evolución desde el centro de atención primaria rural.

Plan de cuidados

Nuestro objetivo es coordinar el plan de cuidados para conseguir, a través del trabajo de los distintos profesionales, un funcionamiento mental, físico y social óptimo en los pacientes.

La recuperación de los pacientes ocurre principalmente en los tres primeros meses tras haber sufrido el ictus. La recuperación continúa, pero de manera más lenta, hasta los seis meses, y un 5% de los pacientes continúa recuperándose hasta el año. Por ello es muy importante comenzar la rehabilitación lo antes posible, incluso durante el ingreso hospitalario, si el estado del paciente fuera estable, para poder obtener los mejores resultados.

Tan solo un 10% de los pacientes que han sufrido un ictus grave o moderado alcanzan la completa recuperación⁵.

Para lograr nuestro objetivo se necesitará de la participación de un grupo multidisciplinar (incluyendo enfermeras, médicos, fisioterapeutas, logopedas, terapeutas ocupacionales y trabajadores sociales) cuyo trabajo esté diseñado individualmente a cada caso.

Tras el alta hospitalaria, donde el paciente ha sido tratado en las unidades de ictus por personal especializado, el paciente puede pasar a un centro "intermedio" de asistencia continua y proseguir con la rehabilitación (ya iniciada en el hospital) o ser dado de alta directamente a su domicilio, si su situación lo permite. Dentro de la asistencia sanitaria rural podemos distinguir dos estructuras:

- Centro de salud comarcal o de referencia
- Consultorio local

Nuestro plan de cuidados se establecerá teniendo en cuenta la disponibilidad de recursos y coordinando el trabajo entre estas estructuras.

Desde atención primaria se debe fomentar la independencia del enfermo (en el hospital se produce la suplencia casi total de las necesidades básicas del enfermo).

Debido a que los pacientes con los que trabajamos pertenecen al medio rural, adaptaremos nuestros cuidados a su situación de manera que resulte lo más efectivo para el paciente.

De igual manera, al tratarse de zonas rurales, pudiendo ser en ocasiones zonas montañosas, la climatología es importante. Existen pueblos montañosos que durante la época invernal pueden encontrarse aislados debido a las grandes nevadas. Todas estas situaciones deben tenerse en cuenta a la hora de establecer el plan de cuidados, pudiendo ser necesario que un paciente, atendido en su domicilio habitualmente, sea institucionalizado en un centro sociosanitario durante las época invernal, cuando el acceso a su domicilio se dificulta extremadamente.

Estas consideraciones deben realizarse de acuerdo a las preferencias del paciente y su familia.

La valoración inicial del estado del paciente y de su situación es de especial importancia en el medio rural para poder establecer el plan de cuidados. Mientras que la situación de diversos pacientes en el medio urbano puede ser más similar y por lo tanto, el plan de cuidados más reproducible, en el medio rural existe gran variabilidad dependiendo del tamaño del pueblo en el que se encuentre el paciente, los recursos de que disponga, la convivencia o situación familiar, etc. Se decidirá de manera conjunta con los demás profesionales el modo de actuación.

Actividades de enfermería

Como ya se ha explicado anteriormente, el principal problema de los cuidados en atención primaria rural radica en las dificultades que el propio medio supone para el desarrollo del trabajo del equipo sanitario: largas distancias, zonas montañosas, climatología, etc⁸.

Por eso es de gran importancia desarrollar unas pautas que guíen a los profesionales en la práctica.

Nuestro plan de cuidados está orientado a proporcionar los mejores cuidados atendiendo a estas dificultades.

Estará basado en cuatro pilares fundamentales: educación sanitaria, adecuación del domicilio, terapia ocupacional y manejo de las secuelas y complicaciones médicas.

Educación sanitaria

Uno de los pilares de los cuidados de enfermería es la educación sanitaria.

Son muy numerosos los conocimientos necesarios para el cuidado de los pacientes que han sufrido un ictus así como de las complicaciones que esto supone.

Es muy importante que tanto el propio paciente como su familia o cuidador principal manejen estos conocimientos.

En primer lugar es el propio personal sanitario del centro de salud rural o consultorio local quienes deben conocer la teoría de los cuidados, puesto que serán ellos mismos quienes la impartan a los pacientes (es posible que los conocimientos del propio personal sanitario no sean los suficientemente extensos sobre el cuidado de los pacientes que han padecido un ictus, en cuyo caso, ellos serán educados en primer lugar por especialistas).

Se establecerá un plan de cuidados individualizado, entre el equipo de atención primaria básica (centro de salud comarcal y consultorio local), asistente social y médico rehabilitador /fisioterapeuta.

En el primer contacto que tenga la enfermera con el paciente y su familia, tras el alta hospitalaria, se tratarán los temas más importantes como pueden ser las consecuencias físicas y psicológicas de la enfermedad, el tratamiento a seguir y las primeras dudas que hayan surgido.

Se realizarán talleres educativos, con la periodicidad que se estime oportuna (una vez por semana, cada dos semanas, mensual...) en el centro de salud. Una ambulancia recogerá a los pacientes y cuidadores en los distintos pueblos para llevarlos al centro de salud.

Allí se impartirán los talleres, por un lado a los pacientes, tratando temas muy diversos (prevención de caídas, disfagia, alteraciones psicológicas, sexualidad...), y por otro lado a los cuidadores, a través del manual de recomendaciones sobre el cuidado de los pacientes en el domicilio (http://www.infocop.es/view_article.asp?id=3794).

De igual manera es muy importante realizar educación sanitaria para prevenir la aparición de un nuevo ictus, tratando especialmente, los factores de riesgo.

En el caso de que el paciente no esté capacitado para desplazarse o para comprender la información, podrá asistir a los talleres el cuidador principal.

Puesto que una de las dificultades más importantes en el medio rural son los desplazamientos, se podría crear un foro en internet donde se discutieran temas relacionados con el ictus, consultando dudas entre los pacientes y cuidadores, desde sus domicilios.

Adecuación del domicilio

La vuelta al domicilio del paciente, una vez que ha recibido el alta médica, es un paso complicado, donde pueden aparecer dificultades para llevar a cabo el cuidado del mismo.

La enfermera responsable del paciente junto con la trabajadora social, realizarán una visita al domicilio lo antes posible para comprobar la adecuación del entorno.

Las conclusiones de esta visita se deben integrar en el plan de cuidados individualizado.

Se pueden llevar a cabo una serie de medidas en el domicilio para evitar, principalmente, las caídas.

Entre estas medidas podemos encontrar la retirada de alfombras, el uso de la ducha en lugar de la bañera, la colocación de barandillas en los pasillos, la utilización de sillas pesadas y con apoyabrazos y la buena iluminación en toda la casa, entre otras.

La enfermera de atención primaria recomendará a la familia y al paciente la utilización de estas medidas para prevenir las caídas y las consecuencias que estas podrían provocar.

En los talleres de educación periódica se insistirá en la importancia de llevar a cabo estas medidas.

Esta visita servirá, además, para comprobar la adaptación del paciente a su enfermedad en su entorno y con su familia, para, dentro del plan asistencial individualizado, instaurar las medidas preventivas adecuadas o señales de alarma de futuras complicaciones o incidentes.

Terapia ocupacional

Las enfermedades cerebrales tienen una relevancia social muy importante debido a que influyen en el entorno familiar, social y laboral⁹.

Muy frecuentemente los pacientes sufren depresión y ansiedad durante su rehabilitación.

Por desgracia es raro el centro de salud de atención primaria rural donde existe la disponibilidad de un centro de rehabilitación de daño cerebral en que se integren fisioterapia, logopedia, rehabilitación neuropsicológica y terapia ocupacional.

Pero sí existen actividades paralelas, que se pueden realizar para potenciar estos aspectos.

Mantener la "mente ocupada" y relacionarse con otras personas que también han sufrido un ictus puede ayudar a que estos trastornos se produzcan en menor medida.

Desde el centro de salud rural se pueden organizar excursiones y "quedadas", reuniendo a varios pacientes y desarrollar diferentes actividades, adecuadas a las situaciones individuales (p.ej. deportes adaptados).

Se podrían realizar comidas, ver películas, realizar talleres de informática (o cualquier tema que les atraiga y no esté relacionado con su enfermedad).

Estas actividades se coordinarán desde el centro de salud o consultorio local según el caso.

Todo esto facilita la distracción de los pacientes de la situación en la que se encuentran y del mismo modo ayuda a la interacción entre personas que se encuentran en las mismas circunstancias.

Esta terapia también ayuda al cuidador principal, quien durante unas horas deja de encargarse del paciente pudiendo realizar actividades en beneficio de su propia persona.

Esta serie de actividades facilitan la actuación desde AP rural, puesto que no son necesarios amplios conocimientos sobre el ictus para llevarlos a cabo, pudiendo desarrollarse por personal voluntario. Habrá que intentar desde las instancias posibles crear una red de personal voluntario local que pueda intervenir en las actividades de logopedia, terapia ocupacional y rehabilitación neuropsicológica.

Otro sistema de apoyo son las fundaciones ya existentes que proporcionan ayuda, como la "fundación Aspaym" (<http://www.aspaymcyf.org/>) o la "asociación SOS ictus" (<http://www.asociacionsosictus.com/>). También pueden contactar desde casa con grupos de apoyo vía internet.

Aunque estas actividades sean llevadas a cabo de manera grupal, siempre que sea posible, reuniendo a varios enfermos de ictus de la zona rural, para facilitar el trabajo del personal y la consecución de los objetivos, se debe tener en cuenta que cada paciente evoluciona de una manera y deben tratarse de manera individualizada.

Para muchos de estos pacientes es muy importante reincorporarse a sus actividades rurales (cuidar de la huerta, visitar las tierras...) por ello habrá que valorar de qué manera es segura su realización, fomentándola en la medida de lo posible.

Nuestros objetivos globales serán para con todos los pacientes: prevención y tratamiento de las complicaciones, mantener o recuperar las funciones orgánicas, recuperar las capacidades funcionales perdidas y la adaptación a las funciones residuales.

Secuelas y complicaciones comunes tras un ictus

Dentro del plan individualizado, en cuanto a las necesidades básicas del paciente, se establecerán los diagnósticos que orientará la labor enfermera. Estos pueden ser modificados conforme la evolución del paciente (Anexo 1).

Para poder tratar de manera global a un paciente con ACV es importante conocer las diferentes secuelas y complicaciones que suelen aparecer tras padecer el mismo.

Cada paciente es diferente y por ello no todos van a presentar las mismas secuelas ni van a responder al tratamiento de la misma manera, por eso el personal sanitario debe conocer las diferentes complicaciones posibles y la forma de actuar ante ellas y así poder establecer un plan de cuidados individualizado.

Las secuelas que puede presentar un paciente tras un accidente cerebrovascular son muy diversas. A continuación se tratarán las más comunes⁵.

Problemas físicos

- Alteraciones motoras

Las alteraciones motoras son muy variadas. Dentro de ellas podemos destacar la falta de coordinación, la pérdida de algún movimiento en concreto y la debilidad física.

Las alteraciones motoras pueden dificultar enormemente la realización de actividades de la vida diaria como vestirse, cocinar o hacer la compra.

Todos estos problemas pueden ser tratados con la ayuda de técnicas de fisioterapia como son los programas de reeducación. Entre ellos podemos destacar las técnicas de compensación (volver a entrenar las capacidades residuales utilizando sobre todo el hemicuerpo no afectado por el ictus), técnicas de facilitación (orientadas a mejorar la calidad de los movimientos del lado afectado) o el reaprendizaje motor orientado a tareas¹⁰.

Los pacientes serán atendidos en función de su puntuación en la escala Rankin:

- Nivel 2: realizará la rehabilitación en el centro de salud comarcal
- Nivel 3: si su estado es estable se actuará de igual manera que en el nivel 2.
- Nivel 4: no se desplazará al centro de salud y se valorará la necesidad de ingreso en centro especializado.

En los talleres educativos se impartirán conocimientos de rehabilitación para desarrollar en el domicilio.

- Alteraciones sensoriales

Las alteraciones sensoriales pueden afectar al tacto, al sentido de la posición, etc.

Dependiendo del sentido afectado se deberá valorar el grado de discapacidad que este implica y la mejor forma de sobreponerse a ello.

En el caso de la pérdida sensorial del tacto en alguna zona corporal se debe educar al paciente en la prevención de heridas u otros accidentes en la zona afectada, especialmente si la función motora está conservada.

- Alteraciones visuales

Las alteraciones visuales pueden ser muy variadas y dependiendo del tipo y grado causaran mayores o menores discapacidades.

En algunos casos el uso de gafas adecuadas a la alteración puede ser suficiente.

Sin embargo, el ictus puede causar cegueras, ya sean totales o parciales, y afectar a uno o ambos ojos. En estos casos se debe educar al paciente en cuanto a la nueva forma de vida, dando siempre apoyo emocional.

- Alteraciones del lenguaje

Sin duda, consideramos que la actuación del logopeda en atención primaria rural es un problema de difícil solución.

Dependerá del tamaño del pueblo en el que se encuentre el paciente, pudiendo existir algún centro especializado, si este fuera grande. También podría encargarse de este problema algún familiar o conocido de manera altruista.

El plan de cuidados se encuentra abierto a cuantas soluciones aparezcan para acabar con este problema.

La logopedia y la rehabilitación psicológica en plataformas de internet podría ser la única solución para estos pacientes.

- Espasticidad

La espasticidad es un trastorno motor del sistema nervioso en el que algunos músculos se mantienen contraídos de manera permanente. Esta contracción provoca una rigidez que puede afectar al desarrollo de diferentes movimientos y funciones, como la deambulación, el habla, la deglución, etc.

La espasticidad es un problema muy frecuente en los pacientes que han sufrido un ictus (19-38% de los pacientes), desarrollándose de manera gradual, principalmente en los primeros meses.

El grado de afectación no es igual en todas las personas, por ello, dependiendo de este se tratará de una manera u otra. Existen casos en los que no es necesario el tratamiento debido a la escasa afectación, y por el contrario, otros casos en los que la espasticidad no cede al tratamiento.

El tratamiento de la espasticidad se realiza mediante fármacos orales. Principalmente se utilizan relajantes musculares como el Baclofeno y la Tizanidina. Los efectos adversos de estos fármacos son frecuentes, como la sequedad de boca, fatiga o debilidad muscular.

Se debe estudiar cada caso atendiendo a la relación entre beneficios y efectos adversos.

De forma general, no se recomienda el tratamiento oral de la espasticidad que no afecte a la vida diaria del paciente, siendo sólo aconsejable en los casos de espasticidad generalizada.

- Hombro doloroso

El hombro doloroso es un problema común tras sufrir un ictus. Se relaciona habitualmente con la espasticidad.

Hasta un 72% de los pacientes experimentan el hombro doloroso durante el primer año.

El origen del hombro doloroso no se conoce con exactitud, es por ello recomendable actuar de manera preventiva, teniendo en cuenta, además, que una vez instaurado el dolor, su manejo es difícil.

Una medida preventiva sería la utilización de cabestrillos o vendajes funcionales (entre otros) precozmente, en los casos de brazo flácido, hasta que el músculo recupere su tono.

Una vez instaurado el dolor se recomienda utilizar medidas de analgesia simple (paracetamol, AINES) durante los episodios agudos y rehabilitación.

- Dolor central post-ictus

El dolor central post-ictus es un tipo de dolor quemante superficial que empeora con el tacto, con el agua y con el movimiento.

Ocurre en el 2-8% de los pacientes. Los primeros síntomas pueden comenzar a manifestarse a partir del primer mes.

Para su manejo se debe descartar el dolor de otro tipo atendiendo a la localización, duración, intensidad y circunstancias en las que se agrava o alivia el dolor.

Para valorar el dolor se pueden utilizar escalas como la EVA (escala visual analógica) donde el paciente puntúa el dolor desde el nivel 0 o sin dolor al nivel 10, siendo el dolor insoportable.

En cuanto al tratamiento se recomienda comenzar con amitriptilina, teniendo en cuenta sus efectos secundarios. Existen más fármacos como los anticonvulsivos y analgésicos.

El tratamiento se elegirá en función de las necesidades del paciente.

En el caso de que el dolor central post-ictus no se pueda controlar desde atención primaria será necesario derivar al paciente a atención especializada.

- Disfagia

La disfagia es la dificultad o imposibilidad de tragar.

Esta alteración aparece normalmente en el ictus agudo. Solamente la mitad de los pacientes presentan alguna alteración transcurridos los primeros 14 días tras padecer el ictus.

Acompañando a la disfagia pueden aparecer una serie de complicaciones como la neumonía por aspiración, malnutrición o deshidratación y alteraciones sociales.

Existen una serie de signos y síntomas que hacen sospechar de la presencia de disfagia: cambios en la calidad o tono de la voz, disminución de los movimientos de la boca y lengua, infecciones respiratorias de tracto bajo frecuentes, lentitud para iniciar la deglución, muchas degluciones para un solo bocado, fatiga.

Los niveles de disfagia no son iguales en todos los pacientes, por eso es necesario realizar una valoración de la dificultad existente en la deglución así como la presencia de alguna otra alteración como malnutrición o deshidratación.

Se establecerá al inicio, dentro de su plan individualizado, el grado de afectación y su manejo.

En cualquier caso, se intentará mantener la vía oral como vía de alimentación. Puede ser necesario realizar modificaciones en la textura de la comida para facilitar su digestión. En ocasiones la dificultad se produce con líquidos, siendo recomendable el consumo de los alimentos en formas sólidas o blandas. Es especialmente importante evitar las consistencias mixtas (sólidos - líquidos) y aquellos alimentos que produzcan reflujo gastroesofágico.

Estas modificaciones en la dieta pueden reducir el contenido nutricional y mostrar la comida poco apetitosa, lo que puede conllevar a una disminución de la ingesta por parte del paciente. Si fuera necesario se podrían administrar suplementos nutricionales.

Si la alimentación vía oral es imposible o la disfagia conlleva un alto riesgo, esta tendrá que realizarse por vía enteral a través de una sonda de alimentación.

Existen dos métodos: el sondaje nasogástrico (SNG) o la gastrostomía endoscópica percutánea (PEG).

Ambos métodos tienen sus ventajas y desventajas. La sonda nasogástrica se inserta de manera sencilla y no invasiva pero es peor tolerada por los pacientes y requiere cambios periódicos. La gastrostomía percutánea requiere de una intervención quirúrgica para su inserción (con los peligros y complicaciones que ello conlleva) pero es mejor tolerada por los pacientes y se puede mantener más tiempo.

Ambos métodos requieren de una serie de cuidados, tanto del punto de inserción como de la propia sonda, que deben ser explicados al paciente y a su familia. Mantener la sonda permeable y limpia, así como el punto de inserción de la PEG , es importante para evitar complicaciones.

Si el nivel del paciente y familiares es suficiente, estos pueden ser instruidos en la inserción de la SNG para la realización de los intercambios cuando estos sean necesarios. En caso contrario el paciente debería ir a la consulta de enfermería o desplazarse la enfermera a su domicilio.

- Caídas

Las caídas se producen de manera habitual en los pacientes con ictus, el 73% sufre al menos una caída en los primeros 6 meses.

Las caídas están muy relacionadas con las alteraciones motoras, tratadas anteriormente. Además se le suma la pérdida de densidad ósea (especialmente en el lado afectado).

El mejor método de actuación frente a las caídas es la prevención, evitando así las secuelas que estas pudieran causar. Se establecerá, dentro de su plan individualizado, el nivel de riesgo de caídas para prevenirlas de la mejor forma posible.

Las siguientes intervenciones ayudan a reducir el riesgo de caídas:

- Ejercicios físicos (fuerza, equilibrio, flexibilidad...). Estos se pueden realizar en grupos o mediante terapia individual.
- Tecnología asistencial / ambiental (seguridad en el hogar y dispositivos de ayuda para la movilidad)
- Educación sanitaria

Problemas psicológicos

Los problemas psicológicos asociados al ictus son frecuentes, debido a los cambios en el estilo de vida que esta enfermedad puede conllevar.

La valoración de estos problemas se realizará inicialmente para detectarlos de manera precoz y poder manejarlos adecuadamente.

- Depresión

La depresión puede llegar a afectar hasta al 33% de los pacientes, por eso, todo paciente que sufre un ictus debe ser considerado población de riesgo.

El grado de depresión está ligado con el grado de discapacidad que el ictus genera.

Es más frecuente en mujeres y en aquellos pacientes con algún otro trastorno psicológico.

La depresión puede aparecer en cualquier momento de la evolución de la enfermedad, aunque es más frecuente en los primeros meses.

El principal problema de la depresión es que puede interceder en la rehabilitación enlenteciéndola, así como en las relaciones sociales.

Mediante la utilización de distintas escalas, como el inventario de depresión de Beck o la escala geriátrica de la depresión, podemos realizar un cribado en los pacientes.

El tratamiento está basado en la utilización de fármacos antidepresivos. El apoyo emocional por parte del personal sanitario, y especialmente, el de su familia y entorno social, puede resultar muy beneficioso.

Es recomendable explicar la existencia de grupos de apoyo y fundaciones a las que el paciente puede acudir.

- Ansiedad

La ansiedad es una alteración muy relacionada con la depresión, apareciendo juntas en la mayoría de los casos.

La ansiedad suele presentarse por el miedo a las caídas o a sufrir un segundo ictus.

El tratamiento es el habitual, mediante psicoterapia y fármacos.

- Labilidad emocional

Frecuentemente las personas que han sufrido un ictus pasan por etapas de labilidad emocional, pasando de la risa al llanto y viceversa.

Normalmente no es necesario llevar a cabo ningún tratamiento puesto que remite sólo. Sólo se recomienda instaurar un tratamiento con psicofármacos

en el caso de que la labilidad emocional interfiera con la rehabilitación del paciente o con su familia.

Afectación cognitiva

Como es lógico, tras el sufrimiento de un ictus aparecen alteraciones en las funciones cognitivas. La afectación va a depender del tipo de ictus sufrido (isquémico o hemorrágico) y el área afectada por él.

Los cambios sufridos pueden ser generales (enlentecimiento en el procesamiento de la información) o afectar a un área específica (memoria, orientación, organización, etc.)

Para la evaluación del deterioro cognitivo se puede utilizar el test "mini mental". Mediante realizaciones periódicas podemos comprobar la evolución del deterioro.

El tratamiento está basado en la rehabilitación cognitiva mediante procesos terapéuticos destinados a incrementar o mejorar la capacidad del paciente para procesar y usar la información que recibe, y permitir un funcionamiento correcto en su vida diaria.

Las intervenciones que se realizan pueden incluir distintos enfoques:

- Reforzar, fortalecer o reestablecer patrones de conducta aprendidos previamente.
- Establecer nuevos patrones mediante mecanismos cognoscitivos compensatorios para los sistemas neurológicos deteriorados.
- Establecer nuevos patrones mediante mecanismos compensatorios externos (ortosis externas, estructuras y apoyo del entorno)
- Capacitar a las personas a adaptarse a su discapacidad incluso en los casos en los que no sea posible compensar el deterioro cognitivo.

Para manejar la alteración cognitiva serán fundamentales los talleres formativos que se puedan realizar

Problemática social o familiar en el entorno del paciente

- Actividades de la vida diaria

Dentro de las actividades de la vida diaria (AVD) podemos distinguir las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) como vestirse, comer o ir al baño, y las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), como comprar, conducir o cocinar.

Para realizar una correcta valoración de estas capacidades se recomienda la utilización de la escala de Barthel para ABVD. Mediante esta escala se estudia el grado de dependencia / independencia en el desempeño de las actividades básicas de la vida diaria.

Para la valoración de las AIVD se recomienda la utilización de la escala de Lawton y Brody.

El equipo sanitario será el encargado de establecer las necesidades.

- Retorno al trabajo

La vuelta al trabajo debe estudiarse de manera individual en cada caso, debido especialmente a la heterogeneidad de los trabajos.

Los pacientes con trabajo "de oficina" tienen más probabilidades de retomar el trabajo que aquellos con trabajos "manuales".

Sin embargo en el medio rural son más habituales los trabajos con gran esfuerzo físico (trabajo en el campo).

El grado de discapacidad física y los déficits cognitivos se relacionan de manera negativa con la vuelta al trabajo.

En cualquier caso, si es posible, se debe fomentar el retorno a la vida laboral puesto que se asocia con una percepción subjetiva de estado de bienestar y mayor satisfacción.

- Conducción

Haber sufrido un ictus supone un riesgo vial muy importante. Esto es debido a las secuelas provocadas por el propio ictus (lentitud, hemiplejía, déficits de atención, deterioro de la visión, etc.), los efectos secundarios de la medicación y por el riesgo de volver a sufrir un nuevo ictus.

Cada caso se estudiará detenidamente para valorar la capacidad de conducción.

Además, según el reglamento de conductores, para prorrogar un permiso de conducción de una persona que ha sufrido un ictus debe presentar un informe del neurólogo en el que conste la ausencia de síntomas neurológicos durante los últimos 6 meses.

La conducción en el medio rural puede resultar muy necesaria para los pacientes, pero se deben aplicar las mismas medidas que en el medio urbano.

- Sexualidad

Comúnmente aparecen problemas en la sexualidad de los pacientes. Un alto porcentaje de ellos presentan insatisfacción sexual alta, así como sus parejas.

Son varios los factores que pueden afectar la vida sexual, como las discapacidades físicas y las alteraciones psicológicas y sociales.

La imagen negativa que tiene el paciente de sí mismo, la falta de comunicación, el miedo o la falta de excitación afectan de manera muy directa a la sexualidad.

El miedo a que el sexo pueda desencadenar un nuevo ictus está presente en muchos de los pacientes.

El tema de la sexualidad no es tratado adecuadamente en muchos casos.

El personal de enfermería debe preguntar a los pacientes y sus parejas acerca de sus preocupaciones y problemas sexuales para poder tratarlos.

En cualquier caso se proporcionará información y consejo, dejando claro que los pacientes pueden volver a mantener relaciones sexuales tan pronto como se encuentren preparados para ello.

Conclusiones / Implicaciones para la práctica clínica

La disponibilidad de un plan de cuidados que guíe la actuación de los profesionales en el entorno rural, destinado a los pacientes que han sufrido un

ictus, sería interesante para el personal enfermero de atención primaria rural, quienes podrían basar en él la coordinación de los recursos sanitarios disponibles para adaptarlos a la atención de estos pacientes.

Este plan de cuidados podría tener una aplicación inmediata en el medio rural debido a la necesidad que existe, siendo una de las líneas prioritarias de las autoridades sanitarias regionales.

Los beneficios de su implantación podrían estar relacionados con aumentar la eficiencia en la aplicación de los recursos sanitarios a estos pacientes, fruto de una mayor coordinación que evite confusiones y redundancias y permita implementar intervenciones eficaces para facilitar su rehabilitación y prevenir las conocidas complicaciones que pueden desarrollar estos pacientes.

Bibliografía

1. Vives Medina OT, Quintana Pereda R, Soto Páez N. Protocolo de actuación de Enfermería para pacientes con enfermedad cerebrovascular. Revista de ciencias médicas [Internet]. 2014 [citado marzo 2016]; 18(3): 414-429. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v18n3/rpr06314.pdf>.
2. Moreno VP, García Raso A, García Bueno MJ, Sánchez Sánchez C, Meseguer E, Mara R, et al. Factores de riesgo vascular en pacientes con ictus isquémico. Distribución según edad, sexo y subtipo de ictus. Revista de Neurología [Internet]. 2008 [citado Diciembre 2015]; 46 (10): 593-598. Disponible en: <http://www.neurologia.com/pdf/Web/4610/z100593.pdf>.
3. Díaz Guzmán J, Egido Herrero JA, Gabriel Sánchez R, Barberá G, Fuentes B, Fernández Pérez C, et al. Incidencia de ictus en España. Bases metodológicas del estudio Iberictus. Revista de neurología [Internet]. 2008 [citado Diciembre 2015]; 47 (12): 617-623. Disponible en: <http://www.neurologia.com/pdf/Web/4712/ba120617.pdf>
4. Ministerio de sanidad y política social. Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de salud [Internet] 2009 [citado Diciembre 2015]. Disponible en:

- <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EstrategiaIctusSNS.pdf>.
5. Ministerio de sanidad y política social. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Ictus en Atención Primaria. [Internet].; 2009 [citado Diciembre 2015]. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_466_Ictus_AP_Lain_Entr_compl.pdf.
 6. Martín Lesende I, García Rodríguez A, Abajo Angulo JL, Olabarría Ateca V, González García J, Rueda Alonso E, et al. Comparación de la situación sanitaria, en base a una Valoración Geriátrica Integral, entre una población rural y urbana de 75 o más años de una misma zona de salud. Revista Española de Geriatria y Gerontología [Internet]. 2001 [citado Mayo 2016]; 36 (3): 150-155. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-comparacion-situacion-sanitaria-base-una-13013529>
 7. Carod Artal FJ. Escalas específicas para la evaluación de la calidad de vida en el ictus. Revista de neurología [Internet]. 2004 [citado Diciembre 2015]; 39 (11): 1052-1062. Disponible en: <http://www.neurologia.com/pdf/Web/3911/r111052.pdf>.
 8. Escalona Orcao AI, Díez Cornago C. Accesibilidad geográfica de la población rural a los servicios básicos de salud: estudio en la provincia de Teruel. Revista de Estudios sobre Despoblación y Desarrollo Rural [Internet]. 2003 [citado Abril 2016]; (3): 111-149. Disponible en: http://www.ceddar.org/content/files/articulo/257_04_Ager%203,4+.pdf.
 9. Agorreta Tejedor E, Urteaga Ceberio G, Fernández Tobia R. Intervención de terapia ocupacional en usuarios con patología neurológica y/o disfunción física. Revista electrónica de terapia ocupacional Galicia, TOG [Internet] 2015 [citado Febrero 2016]; 12(22). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5308787>
 10. Florez García MT. Intervenciones para mejorar la función motora en el paciente con ictus. [Internet].; 2000 [citado Marzo 2016]. Disponible en: <http://files.gandi.ws/gandi50111/file/intervenciones-para-mejorar-la-funcion-motora-en-el-paciente-con-ictus.pdf>.
 11. NNN Consult. Elsevier [Internet]. [citado Abril 2016] . Disponible en: <http://0-www.nnnconsult.com.almena.uva.es/>.

Anexos

Anexo 1. Diagnósticos de enfermería

La práctica enfermera está basada en la realización de los planes de cuidados en función de los diagnósticos de enfermería.

La North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) es una sociedad científica de enfermería cuyo objetivo es estandarizar el diagnóstico de enfermería. Es por ello que seguiremos sus pautas en el desarrollo de nuestro plan de cuidados.

Los diagnósticos son muy variados, comprendiendo todas las necesidades de la persona. La enfermera de atención primaria deberá elegir los más adecuados a su paciente y caso.

Cada diagnóstico presenta unos objetivos (NOC) y unas intervenciones (NIC) para alcanzarlo. Estos deben adaptarse a cada caso, y será la familia con la ayuda de la enfermera quienes los lleven a cabo.

A continuación se exponen algunos de los diagnósticos más frecuentes en la patología del accidente cerebrovascular¹¹, aunque esto no impide que haya otros diagnósticos en el plan de cuidados (p.ej. nuestro paciente ha sufrido un ictus y además es diabético).

Se muestran ordenados por necesidades (respirar normalmente, comer y beber, eliminación, moverse, reposo / sueño, vestirse, temperatura, higiene / piel, seguridad, comunicación, creencias / valores, trabajar / realizarse, recrearse y aprender).

Necesidad 1: Respirar normalmente		
Diagnóstico	Objetivos (NOC)	Intervenciones (NIC)
<i>Riesgo de aspiración (00039)</i> <u>Relacionado con:</u> nutrición enteral	<i>Prevención de la aspiración:</i> <ul style="list-style-type: none">• Evita factores de riesgo• Selecciona comidas según su	<i>Precauciones para evitar la aspiración:</i> <ul style="list-style-type: none">• Vigilar el nivel de consciencia,

y deterioro de la deglución	<p>capacidad deglutoria</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conserva una consistencia apropiada de las comidas sólidas y líquidas • Se queda en posición erguida durante 30 minutos después de comer 	<p>reflejo tusígeno, reflejo nauseoso y capacidad deglutoria</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colocación erguida a más de 30° (alimentación por SNG) a 90°, o lo más incorporado posible • Mantener la cabecera de la cama elevada 30-45 minutos después de la alimentación • Comprobar el residuo de la SNG o de la sonda de gastrostomía antes de la alimentación
-----------------------------	---	--

Necesidad 2: Comer y beber		
Diagnóstico	Objetivos (NOC)	Intervenciones (NIC)
<p><i>Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales (00002)</i></p> <p><u>Relacionado con:</u> incapacidad para ingerir los alimentos.</p> <p><u>Manifestado por:</u> incapacidad percibida para ingerir alimentos.</p>	<p><i>Estado de deglución:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Distribución del bolo alimentario a la hipofaringe en concordancia con el reflejo de deglución. 	<p><i>Alimentación enteral por sonda:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Explicar el procedimiento al paciente y familia • Insertar una sonda nasogástrica, nasoduodenal o nasoyeyunal de acuerdo con el protocolo del centro • Preparar al individuo y a la familia para la alimentación por sonda en casa, según corresponda • <i>Ayuda con el autocuidado: alimentación:</i> • Crear un ambiente agradable durante la hora de la comida • Evitar colocar la comida en el lado ciego de una persona • Controlar la capacidad de deglutir del paciente

		<ul style="list-style-type: none"> • Asegurar la posición adecuada del paciente para facilitar la masticación y la deglución
<p><i>Deterioro de la deglución (00103)</i></p> <p><u>Relacionado con:</u> lesión cerebral. <u>Manifestado por:</u> dificultad en la deglución.</p>	<p><i>Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ingestión alimentaria oral 	<p><i>Terapia de deglución:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Colaborar con los miembros del equipo de cuidados (terapeuta ocupacional, logopeda y dietista) para dar continuidad al plan de rehabilitación del paciente • Explicar el fundamento del régimen de deglución al paciente/familia • Colaborar con el logopeda para enseñar a la familia del paciente el régimen de ejercicios de deglución • Proporcionar/usar dispositivos de ayuda, si se precisa • Ayudar al paciente hemipléjico a sentarse con el brazo afectado hacia delante sobre la mesa • Ayudar al paciente a colocar la comida en la parte posterior de la boca y en el lado no afectado • Observar si hay signos y síntomas de aspiración • Ayudar a mantener la ingesta calórica y de líquidos adecuada

Necesidad 3: Eliminación		
Diagnóstico	Objetivos (NOC)	Intervenciones (NIC)
<p><i>Estreñimiento (00011)</i></p> <p><u>Relacionado con:</u> La actividad física diaria media es inferior a la</p>	<p><i>Eliminación intestinal:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Patrón de eliminación adecuado • Facilidad de eliminación de las 	<p><i>Control intestinal:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar las defecaciones, incluyendo la frecuencia, consistencia, forma, volumen y

<p>recomendada según el sexo y la edad</p> <p><u>Manifestado por:</u> Disminución en la frecuencia de las deposiciones.</p>	<p>heces.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Movilidad:</i> • Ambulación 	<p>color</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enseñar al paciente los alimentos específicos que ayudan a conseguir un ritmo intestinal adecuado • Fomentar el aumento de la ingesta de líquidos <p><i>Terapia de ejercicios: ambulación:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultar con el fisioterapeuta acerca del plan de deambulación, si es preciso • Instruir acerca de la disponibilidad de dispositivos de ayuda, si corresponde • Instruir al paciente/cuidador acerca de las técnicas de traslado y deambulación seguras • Fomentar una deambulación independiente dentro de los límites de seguridad.
<p><i>Incontinencia fecal (00014)</i></p> <p><u>Relacionado con:</u> Alteración de la función cognitiva.</p> <p><u>Manifestado por:</u> Falta de atención a la urgencia de defecar</p>	<p><i>Continencia intestinal:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantiene el control de la eliminación de heces • Identifica la urgencia para defecar 	<p><i>Cuidados de la incontinencia intestinal:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar los objetivos del programa de control intestinal con el paciente/familia • Lavar la zona perianal con jabón y agua y secarla bien después de cada deposición • Llevar a cabo un programa de entrenamiento intestinal, según corresponda • Determinar el inicio y tipo de la incontinencia intestinal, la frecuencia de los episodios y cualquier cambio relacionado de la función intestinal o de la consistencia de las deposiciones

<p><i>Incontinencia urinaria funcional</i> (00020)</p> <p><u>Relacionado con:</u> alteración de la función cognitiva.</p> <p><u>Manifestado por:</u> micción antes de alcanzar el inodoro</p>	<p><i>Continencia urinaria:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Reconoce la urgencia miccional • Responde de forma adecuada a la urgencia 	<p><i>Cuidados de la incontinencia urinaria:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar las causas multifactoriales que producen incontinencia • Monitorizar la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color • Ayudar a desarrollar/mantener un sentimiento de esperanza • Modificar la vestimenta y el ambiente para facilitar el acceso al baño
---	--	--

Necesidad 4: Moverse		
Diagnóstico	Objetivos (NOC)	Intervenciones (NIC)
<p><i>Deterioro de la movilidad física</i> (00085)</p> <p><u>Relacionado con:</u> alteración de la función cognitiva</p> <p><u>Manifestado por:</u> Alteración de la marcha y disminución de la amplitud de movimientos.</p>	<p><i>Ambular:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Camina con marcha eficaz • Sube y baja escaleras • Anda por la casa • Se adapta a diferentes tipo de superficies 	<p><i>Terapia de ejercicios: ambulación:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultar con el fisioterapeuta acerca del plan de deambulación, si es preciso • Instruir acerca de la disponibilidad de dispositivos de ayuda, si corresponde • Instruir al paciente/cuidador acerca de las técnicas de traslado y deambulación seguras • Fomentar una deambulación independiente dentro de los límites de seguridad. <p><i>Manejo ambiental:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Crear un ambiente seguro para el paciente • Identificar las necesidades de

		<p>seguridad del paciente, según la función física, cognitiva y el historial de conducta</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eliminar los factores de peligro del ambiente • Disponer medidas de seguridad mediante barandillas laterales o el acolchamiento de barandillas, según corresponda • Colocar los objetos de uso frecuente al alcance del paciente • Individualizar la rutina diaria de forma que se adapte a las necesidades del paciente
<p><i>Riesgo de síndrome de desuso (00040)</i></p> <p><u>Relacionado con:</u> inmovilidad mecánica y parálisis.</p>	<p><i>Atención al lado afectado:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Reconoce el lado afectado como parte integral de sí mismo. • Protege el lado afectado cuando se traslada • Protege el lado afectado durante el reposo o el sueño • Organiza el entorno para compensar las deficiencias físicas o sensoriales • Estimula la fuerza y destreza de la extremidad afectada 	<p><i>Fomentar la mecánica corporal:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar el grado de compromiso del paciente para aprender a utilizar posturas correctas • Colaborar mediante fisioterapia en el desarrollo de un plan para fomentar de la mecánica corporal, si está indicado • Instruir al paciente sobre la necesidad de usar posturas correctas para evitar fatigas, tensiones o lesiones • Ayudar a mostrar las posturas correctas para dormir • Ayudar a evitar sentarse en la misma posición durante períodos de tiempo prolongados • Monitorizar la mejora de la postura/mecánica corporal del paciente
<p><i>Fatiga (00093)</i></p> <p><u>Relacionado con:</u> pérdida de la</p>	<p><i>Conservación de la energía:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Equilibrio entre actividad y descanso 	<p><i>Manejo de la energía:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar los déficits del estado fisiológico del paciente

<p>condición física, afección fisiológica y acontecimiento vital negativo.</p> <p><u>Manifestado por:</u> cansancio y deterioro para mantener las rutinas habituales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reconoce limitaciones de energía • Utiliza técnicas de conservación de energía • Adapta el estilo de vida al nivel de energía 	<ul style="list-style-type: none"> • Animar la verbalización de los sentimientos sobre las limitaciones • Seleccionar intervenciones para reducir la fatiga combinando medidas farmacológicas y no farmacológicas, según proceda • Determinar qué actividad y en qué medida es necesaria para aumentar la resistencia • Controlar la ingesta nutricional para asegurar recursos energéticos adecuados • Enseñar técnicas de organización de actividades y gestión del tiempo para evitar la fatiga
---	---	---

Necesidad 5: Reposo / Sueño → No alterada

Necesidad 6: Vestirse		
Diagnóstico	Objetivos (NOC)	Intervenciones (NIC)
<p><i>Déficit de autocuidado: vestido (00109)</i></p> <p><u>Relacionado con:</u> alteración de la función cognitiva.</p> <p><u>Manifestado por:</u> deterioro de la habilidad para ponerse y quitarse diferentes piezas de ropa.</p>	<p><i>Autocuidados: vestir:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Se pone la ropa en la parte superior del cuerpo • Se pone la ropa en la parte inferior del cuerpo • Se quita la ropa de la parte superior del cuerpo • Se quita la ropa de la parte inferior del cuerpo 	<p><i>Ayuda con el autocuidado: vestirse / arreglo personal:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Disponer las prendas del paciente en una zona accesible • Estar disponible para ayudar en el vestir, si es necesario • Mantener la intimidad mientras el paciente se viste • Ayudar con los cordones,

		botones y cremalleras, si es necesario <ul style="list-style-type: none"> • Reforzar los esfuerzos por vestirse solo • Considerar la edad del paciente al fomentar las actividades de autocuidado
--	--	---

Necesidad 7: Temperatura → No alterada

Necesidad 8: Higiene / Piel		
Diagnóstico	Objetivos (NOC)	Intervenciones (NIC)
<p><i>Riesgo de deterioro de la integridad cutánea (00047)</i></p> <p><u>Relacionado con:</u> inmovilidad física</p>	<p><i>Integridad tisular: piel y membranas mucosas:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Elasticidad • Hidratación • Perusión • Integridad 	<p><i>Manejo de presiones:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Vestir al paciente con prendas no ajustadas • Abstenerse de aplicar presión a la parte corporal afectada • Colocar al paciente sobre un colchón/cama terapéutica, si es posible • Girar al paciente inmovilizado al menos cada 2 horas, de acuerdo con un programa específico • Observar si hay zonas de enrojecimiento o solución de continuidad de la piel • Utilizar una herramienta de valoración de riesgo establecida para vigilar los factores de riesgo del paciente • Utilizar los dispositivos adecuados para mantener los talones y prominencias óseas sin apoyar en la cama
<i>Deterioro de la integridad cutánea</i>	<i>Curación de la herida: por primera</i>	<i>Cuidados de las úlceras por presión:</i>

<p>(00046)</p> <p><u>Relacionado con:</u> inmovilidad física.</p> <p><u>Manifestado por:</u> alteración de la integridad de la piel.</p>	<p><i>intención:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Aproximación de los bordes de la herida • Cicatrización <p><i>Curación de la herida: por segunda intención:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Granulación • Disminución del tamaño de la herida 	<ul style="list-style-type: none"> • Describir las características de la úlcera a intervalos regulares, incluyendo tamaño (longitud, anchura y profundidad) , estadio (I-IV), posición, exudación, granulación o tejido necrótico y epitelización • Controlar el color, la temperatura, el edema, la humedad y el aspecto de la piel circundante • Mantener la úlcera humedecida para favorecer la curación • Limpiar la piel alrededor de la úlcera con jabón suave y agua • Desbridar la úlcera, si es necesario • Limpiar la úlcera con la solución no tóxica adecuada, con movimientos circulares, desde el centro • Aplicar un apósito adhesivo permeable a la úlcera, según corresponda • Observar si hay signos y síntomas de infección en la herida • Enseñar al individuo o a los miembros de la familia los procedimientos de cuidado de la herida
<p><i>Déficit de autocuidado: baño</i> (00108)</p> <p><u>Relacionado con:</u> alteración de la función cognitiva.</p> <p><u>Manifestado por:</u> deterioro de la habilidad para lavar el cuerpo.</p>	<p><i>Autocuidados: baño:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Se baña en la ducha • Seca el cuerpo <p><i>Autocuidados: higiene:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Se lava las manos • Se lava la zona perineal 	<p><i>Ayuda con el autocuidado: baño / higiene:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Colocar toallas, jabón, desodorante, equipo de afeitado y demás accesorios necesarios en el baño de manera accesible • Facilitar que el paciente se bañe él mismo, según corresponda

	<ul style="list-style-type: none"> • Se limpia los oídos • Mantiene la nariz limpia • Mantiene la higiene oral • Se lava el pelo • Mantiene una apariencia pulcra 	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados • Determinar la cantidad y tipo de ayuda necesitada • Proporcionar un ambiente terapéutico que garantice una experiencia cálida, relajante, privada y personalizada • Mantener rituales higiénicos
--	--	--

Necesidad 9: Evitar peligros / Seguridad		
Diagnóstico	Objetivos (NOC)	Intervenciones (NIC)
<p><i>Riesgo de lesión (00035)</i></p> <p><u>Relacionado con:</u> Alteración de la función cognitiva y del funcionamiento psicomotor</p>	<p><i>Conducta de prevención de caídas:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Utiliza dispositivos de ayuda correctamente • Coloca barreras para prevenir caídas • Elimina el desorden, derramamientos y abrillantadores del suelo • Quita las alfombras • Utiliza zapatos bien ajustados • Utiliza taburetes/escaleras de manera segura • Utiliza dispositivos oculares de corrección • Proporciona iluminación adecuada 	<p><i>Prevención de caídas:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar conductas y factores que afectan al riesgo de caídas • Revisar los antecedentes de caídas con el paciente y la familia • Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas • Controlar la marcha, el equilibrio y el cansancio al deambular • Proporcionar dispositivos de ayuda • Colocar los objetos al alcance del paciente sin que tenga que hacer esfuerzos • Enseñar al paciente cómo caer para minimizar el riesgo de lesiones • Proporcionar al paciente dependiente medios de solicitud de ayuda (timbre o luz de

		llamada) cuando el cuidador esté ausente
<p><i>Cansancio del rol del cuidador (00061)</i></p> <p><u>Relacionado con:</u> Actividades de cuidados excesivas</p> <p><u>Manifestado por:</u> Tiempo insuficiente para satisfacer las necesidades personales</p>	<p><i>Resistencia del papel del cuidador:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Relación mutuamente satisfactoria entre el cuidador familiar y el destinatario de los cuidados • Dominio de las actividades de cuidados • Apoyo social para el cuidador familiar • Descanso para el cuidador familiar • Oportunidades del cuidador familiar para actividades de ocio • Apoyo del profesional sanitario al cuidador 	<p><i>Apoyo al cuidador principal:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar el nivel de conocimientos del cuidador • Determinar la aceptación del cuidador de su papel • Estudiar junto con el cuidador los puntos fuertes y débiles • Realizar afirmaciones positivas sobre los esfuerzos del cuidador • Monitorizar los problemas de interacción de la familia en relación con los cuidados del paciente • Proporcionar ayuda sanitaria de seguimiento al cuidador mediante llamadas de teléfono y/o cuidados de enfermería comunitarios • Enseñar al cuidador técnicas de manejo del estrés • Animar al cuidador a participar en grupos de apoyo
<p><i>Negación ineficaz (00072)</i></p> <p><u>Relacionado con:</u> Temor a la pérdida de autonomía</p> <p><u>Manifestado por:</u> No acepta el impacto de la enfermedad sobre la vida</p>	<p><i>Aceptación: estado de salud:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Reconoce la realidad de la situación de salud • Toma de decisiones relacionadas con la salud • Realiza las tareas de autocuidados • Se adapta al cambio en el estado de salud 	<p><i>Mejorar el afrontamiento:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente a identificar los objetivos apropiados a corto y largo plazo • Ayudar al paciente a evaluar los recursos disponibles para lograr los objetivos • Ayudar al paciente a resolver los problemas de forma constructiva • Proporcionar un ambiente de aceptación • Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico • Alentar una actitud de esperanza

		<p>realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Favorecer situaciones que fomenten la autonomía del paciente • Ayudar al paciente a identificar sistemas de apoyo disponibles
<p><i>Deterioro de la memoria (00131)</i></p> <p><u>Relacionado con:</u> deterioro neurológico.</p> <p><u>Manifestado por:</u> mala memoria.</p>	<p><i>Memoria:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Recuerda información inmediata de forma precisa • Recuerda información reciente de forma precisa • Recuerda información remota de forma precisa 	<p><i>Entrenamiento de la memoria:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Comentar con el paciente y la familia cualquier problema práctico de memoria que se haya experimentado • Estimular la memoria mediante la repetición del último pensamiento expresado por el paciente, si procede • Recordar experiencias pasadas con el paciente, según corresponda • Llevar a cabo técnicas de memoria adecuadas, como imaginación visual, dispositivos mnemotécnicos, juegos de memoria, pistas de memoria, técnicas de asociación, realizar listas, utilización de ordenadores, utilización de etiquetas con nombres o repasar la información • Ayudar en las tareas asociadas con el aprendizaje • Remitir a terapia ocupacional, si es apropiado • Animar al paciente a que participe en grupos de programas de entrenamiento de la memoria • Controlar cambios de la memoria con el entrenamiento

<p><i>Ansiedad (00146)</i></p> <p><u>Relacionado con:</u> grandes cambios (estado de salud)</p> <p><u>Manifestado por:</u> preocupación y angustia.</p>	<p><i>Nivel de ansiedad:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Disminución del nivel de ansiedad a niveles adecuados. 	<p><i>Disminución de la ansiedad:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo Animar a la familia a permanecer con el paciente, si es el caso Escuchar con atención Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación
---	---	---

Necesidad 10: Comunicación		
Diagnóstico	Objetivos (NOC)	Intervenciones (NIC)
<p><i>Deterioro de la comunicación verbal (00051)</i></p> <p><u>Relacionado con:</u> deterioro del sistema nervioso central.</p> <p><u>Manifestad por:</u> dificultad para expresar pensamientos verbalmente.</p>	<p><i>Comunicación:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Utiliza el lenguaje escrito Utiliza el lenguaje hablado Utiliza el lenguaje de signos Intercambia mensajes con los demás 	<p><i>Mejorar la comunicación: déficit del habla:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Instruir al paciente o la familia sobre los procesos cognitivos, anatómicos y fisiológicos implicados en las capacidades del habla Monitorizar a los pacientes para detectar la aparición de frustración, ira, depresión u otras

		<p>respuestas a la alteración de las capacidades del habla</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar métodos alternativos a la comunicación hablada (p. ej., tableta de escritura, tarjetas, parpadeo, tabla de comunicación con imágenes y letras, señales con la mano u otros gestos, ordenador) • Ajustar el estilo de comunicación para cubrir las necesidades del paciente (p. ej., situarse frente a él al hablar, escuchar con atención, presentar una idea o pensamiento cada vez, hablar despacio evitando gritar, usar comunicación escrita o solicitar la ayuda de la familia para comprender el habla del paciente) • Colaborar con la familia y el logopeda para desarrollar un plan dirigido a lograr una comunicación eficaz
<p><i>Disfunción sexual (00059)</i></p> <p><u>Relacionado con:</u> alteración de la función corporal.</p> <p><u>Manifestado por:</u> alteración en la actividad sexual.</p>	<p><i>Funcionamiento sexual:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Consigue la excitación sexual • Utiliza dispositivos de ayuda si es necesario • Erección sostenida del clítoris/pene hasta el orgasmo 	<p><i>Asesoramiento sexual:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto • Proporcionar información sobre el funcionamiento sexual • Comentar el efecto de la salud y la enfermedad sobre la sexualidad • Discutir el efecto de la medicación sobre la sexualidad • Animar al paciente a manifestar verbalmente los miedos y hacer preguntas

		<ul style="list-style-type: none"> • Comentar las modificaciones necesarias en la actividad sexual, según corresponda • Remitir al paciente a un terapeuta sexual, cuando corresponda
--	--	---

Necesidad 11: Creencias / Valores

Diagnóstico	Objetivos (NOC)	Intervenciones (NIC)
<p><i>Desesperanza (00124)</i></p> <p><u>Relacionado con:</u> deterioro de la afección fisiológica.</p> <p><u>Manifestado por:</u> claves verbales pesimistas e implicación en el cuidado inadecuada.</p>	<p><i>Esperanza:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Expresión de una orientación futura positiva • Expresión de ganas de vivir • Establecimiento de objetivos 	<p><i>Apoyo emocional:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Comentar la experiencia emocional con el paciente • Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo • Ayudar al paciente a que exprese sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza • Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias • Proporcionar apoyo durante la negación, ira, negociación y aceptación de las fases del duelo • Remitir a servicios de asesoramiento, si se precisa

Necesidad 12: Trabajar / Realizarse

Diagnóstico	Objetivos (NOC)	Intervenciones (NIC)
<p><i>Desempeño ineficaz del rol (00055)</i></p> <p><u>Relacionado con:</u> enfermedad neurológica.</p> <p><u>Manifestado por:</u> adaptación al</p>	<p><i>Desempeño del rol:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Desempeño de las expectativas del rol • Desempeño de las conductas del rol familiar • Desempeño de las conductas de 	<p><i>Potenciación de roles:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente a identificar la insuficiencia de roles • Ayudar al paciente a identificar las conductas necesarias para el desarrollo de roles

<p>cambio ineficaz y depresión.</p>	<p>rol social</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desempeño de las conductas de rol laboral • Descripción de los cambios de rol con la enfermedad 	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente a identificar los cambios de roles específicos necesarios debido a enfermedades • Animar al paciente a identificar una descripción realista del cambio de rol • Ayudar al paciente a identificar estrategias positivas en los cambios de roles • Enseñar las nuevas conductas que necesita el paciente progenitor para cumplir con un rol
<p>Mantenimiento ineficaz de la salud (00099)</p> <p><u>Relacionado con:</u> alteración de la función cognitiva.</p> <p><u>Manifestado por:</u> apoyo social insuficiente.</p>	<p><i>Soporte social:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Refiere dedicación de tiempo de otras personas • Refiere ayuda emocional proporcionada por otras personas • Refiere la existencia de personas que pueden ayudarle cuando lo necesita 	<p><i>Aumentar los sistemas de apoyo:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar el grado de apoyo familiar y económico, así como otros recursos • Animar al paciente a participar en las actividades sociales y comunitarias • Remitir a un grupo de autoayuda, o a un recurso basado en internet si se considera oportuno • Remitir a programas comunitarios de prevención o tratamiento • Implicar a la familia/allegados/amigos en los cuidados y la planificación
<p><i>Trastorno de la imagen corporal:</i></p> <p><u>Relacionado con:</u> alteración de la función corporal.</p> <p><u>Manifestado por:</u> alteración de la visión del propio cuerpo.</p>	<p><i>Imagen corporal:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Descripción de la parte corporal afectada • Satisfacción con el aspecto corporal • Adaptación a cambios en el aspecto físico 	<p><i>Mejora de la imagen corporal:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilizar una orientación anticipatoria en la preparación del paciente para los cambios de imagen corporal que sean previsibles

	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptación a cambios en la función corporal • Adaptación a cambios en el estado de salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente a comentar los cambios causados por la enfermedad • Ayudar al paciente a separar el aspecto físico de los sentimientos de valía personal, según corresponda • Determinar si un cambio de imagen corporal ha contribuido a aumentar el aislamiento social • Ayudar al paciente a identificar acciones que mejoren su aspecto
<p><i>Baja autoestima situacional (00120)</i></p> <p><u>Relacionado con:</u> alteración de la imagen corporal y desempeño del rol.</p> <p><u>Manifestado por:</u> subestima su capacidad para gestionar la situación.</p>	<p><i>Autoestima:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Verbalizaciones de autoaceptación • Aceptación de las propias limitaciones • Cumplimiento de los roles significativos personales • Mantenimiento del cuidado/higiene personal 	<p><i>Potenciación de la autoestima:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes • Proporcionar experiencias que aumenten la autonomía del paciente • Mostrar confianza en la capacidad del paciente para controlar una situación • Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta • Ayudar al paciente a aceptar la dependencia de otros, según corresponda • Recompensar o alabar el progreso del paciente en la consecución de objetivos • Observar los niveles de autoestima a lo largo del tiempo, según corresponda

Necesidad 13: Recrearse

Diagnóstico	Objetivos (NOC)	Actividades (NIC)
<p><i>Déficit de actividades recreativas (00097)</i></p> <p><u>Relacionado con:</u> alteraciones funcionales.</p> <p><u>Manifestado por:</u> aburrimiento.</p>	<p><i>Participación en actividades de ocio:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sentimiento de satisfacción con las actividades de ocio • Identificación de opciones recreativas • Disfruta de actividades de ocio 	<p><i>Terapia de entretenimiento:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Comprobar las capacidades físicas y mentales para participar en actividades recreativas • Incluir al paciente en la planificación de actividades recreativas • Ayudar al paciente a elegir actividades recreativas coherentes con sus capacidades físicas, psicológicas y sociales • Ayudar a obtener los recursos necesarios para la actividad recreativa • Respetar las precauciones de seguridad • Comprobar la respuesta emocional, física y social a la actividad recreativa

Necesidad 14: Aprender		
Diagnóstico	Objetivos (NOC)	Intervenciones (NIC)
<p><i>Disposición para mejorar la gestión de la salud (00162)</i></p> <p><u>Manifestado por:</u> expresa deseo de mejorar la gestión de la enfermedad.</p>	<p><i>Conducta de cumplimiento:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Realiza el régimen terapéutico según lo prescrito • Acepta el diagnóstico • Realiza las actividades de la vida diaria según prescripción • Expresa los cambios de síntomas al profesional sanitario 	<p><i>Ayuda en la modificación de sí mismo:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente a identificar una meta de cambio específica • Ayudar al paciente a identificar las conductas diana que deban ser cambiadas para conseguir la meta deseada

	<ul style="list-style-type: none"> • Controla los efectos terapéuticos de la medicación • Controla la respuesta al tratamiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Valorar el ambiente social y físico del paciente para determinar el grado de apoyo de las conductas deseadas • <i>Mejora de la autoconfianza:</i> • Identificar los obstáculos al cambio de conducta • Ayudar al individuo a comprometerse con un plan de acción para cambiar la conducta • Utilizar estrategias de enseñanza que sean adecuadas a la cultura y la edad • Proporcionar refuerzo positivo y apoyo emocional durante el proceso de aprendizaje y durante la implementación de la conducta • <i>Apoyo a la familia:</i> • Valorar la reacción emocional de la familia frente a la enfermedad del paciente • Ofrecer una esperanza realista • Escuchar las inquietudes, sentimientos y preguntas de la familia
--	--	---