

GRADO EN ENFERMERÍA

Curso académico 2017-2018

TRABAJO FIN DE GRADO

**Plan de cuidados a un paciente con ictus
isquémico: a propósito de un caso**

Andrea Castro Martínez

Tutora: Rosa Pita Vizoso

Presentación del trabajo: Junio 2018

ESCOLA UNIVERSITARIA DE ENFERMARÍA A CORUÑA

UNIVERSIDADE DA CORUÑA

ÍNDICE

1. RESUMEN	2
2. RESUMO	3
3. SUMMARY	4
4. INTRODUCCION	5
5. DESARROLLO	13
Descripción del caso	14
Plan de cuidados individualizado	19
6. DISCUSION	38
7. CONSIDERACIONES ÉTICO – LEGALES	42
8. BIBLIOGRAFÍA	42
9. ANEXOS.....	46
Anexo I.....	44
Anexo II.....	45
Anexo III.....	46
Anexo IV.....	46
Anexo V.....	47

1. RESUMEN

Introducción: Las enfermedades cerebrovasculares constituyen un grave problema de salud pública y una importante carga socioeconómica en los países industrializados. El ictus afecta a las necesidades físicas, psicológicas y sociales de los pacientes, lo cual va a generarles un cierto grado de dependencia en la satisfacción de las mismas. Debido a esto, la enfermera, como parte del equipo interdisciplinar que compone las unidades del ictus, tiene un papel de gran relevancia en la atención y cuidados a este tipo de pacientes y a su entorno.

Objetivos: 1) Realizar un plan de cuidados individualizado a un paciente con ictus isquémico utilizando la taxonomía NANDA, NOC y NIC y describir su evolución. 2) Evaluar la eficacia de las intervenciones para la consecución de los resultados esperados. 3) Comparar las intervenciones y resultados planificados con las descritas en la bibliografía para situaciones clínicas similares.

Desarrollo: Se realizó un plan de cuidados en el que se identificaron los diagnósticos de *Déficit de autocuidados: alimentación, baño, higiene y vestido, Deterioro de la movilidad física, Deterioro de la comunicación verbal, Trastorno del patrón del sueño, Riesgo de estreñimiento, Riesgo de caídas, Riesgo de úlceras por presión y Riesgo de cansancio del rol del cuidador*; así como la complicación potencial de *Recurrencia del ictus*.

Discusión: Las intervenciones seleccionadas han sido efectivas. Se ha resuelto el *Trastorno del patrón del sueño* y los indicadores que medían la evolución de los otros diagnósticos se han mantenido en la misma puntuación o han mejorado. Los planes de cuidados descritos en la bibliografía recogen todos los diagnósticos de nuestro plan de cuidados. Las intervenciones y resultados planificados coinciden con los descritos en la bibliografía para situaciones clínicas similares.

Palabras clave: “stroke”, “ischemic stroke”, “nursing diagnoses”, “nursing care”

2. RESUMO

Introdución: As enfermidades cerebrovasculares constitúen un grave problema de saúde pública e unha importante carga socioeconómica nos países industrializados. O ictus afecta as necesidades físicas, psicolóxicas e sociais dos pacientes, o cal lles vai xerar un certo grao de dependencia na satisfacción das mesmas. Debido a isto, a enfermeira, como parte do equipo interdisciplinario que compón as unidades de ictus, ten un papel de gran relevancia na atención e coidados a este tipo de pacientes e ao seu entorno.

Obxectivos: 1) Realizar un plan de coidados individualizado a un paciente con ictus isquémico empregando a taxonomía NANDA, NOC e NIC e describir a súa evolución. 2) Avaliar a eficacia das intervencións para a consecución dos resultados esperados. 3) Comparar as intervencións e resultados planificados coas descritas na bibliografía para situacións clínicas semellantes.

Desenvolvemento: Realizouse un plan de coidados no que se identificaron os diagnósticos de *Déficit de autocoidados: alimentación, baño, hixiene e vestido, Deterioro da mobilidade física, Deterioro da comunicación verbal, Trastorno do patrón do sono, Risco de estreñemento, risco de caídas, risco de úlceras por presión e risco de cansazo do rol do coidador*, así como a complicación potencial de *Recorrenza do ictus*.

Discusión: As intervencións seleccionadas foron efectivas. Resolveuse o *Trastorno do patrón do sono* e os indicadores que medían a evolución dos outros diagnósticos mantivéronse na mesma puntuación ou melloraron. Os plans de coidados descritos na bibliografía recollen todos os diagnósticos do noso plan de coidados. As intervencións e resultados planificados coinciden cos descritos na bibliografía para situacións clínicas semellantes.

3. SUMMARY

Introduction: Cerebrovascular diseases are a serious public health problem and a major socio-economic burden in industrialized countries. Stroke affects the physical, psychological and social needs of patients, which will generate a certain degree of dependence on their satisfaction. Because of this, the nurse, as part of the interdisciplinary team that makes up the stroke units, plays a very important role in the care and attention of this type of patients and their environment.

Objectives: 1) Carry out an individualized care plan in a patient with ischemic stroke using NANDA, NOC and NIC taxonomies and describing its evolution. 2) Evaluate the effectiveness of the interventions in order to achieve the expected results. 3) Compare planned interventions and outcomes with those described in the references for similar clinical situations.

Development: A plan of care was carried out in which the diagnoses of self-care deficits were identified: diet, bathing, hygiene and clothing, deterioration of physical mobility, deterioration of verbal communication, sleep disorder, risk of constipation, risk of falls, risk of pressure ulcers and risk of tiredness of the caregiver's role, as well as the potential complication of recurrence of the stroke.

Discussion: The selected interventions have been effective. The Sleep Disorder has been resolved and the indicators that measured the evolution of the other diagnoses have remained in the same score or have improved. The care plans described in the references include all the diagnoses of our care plan. The planned interventions and outcomes coincide with those described in the references for similar clinical situations.

Key words: "stroke" "ischemic stroke" "nursing diagnoses" "nursing care

4. INTRODUCCION

Las enfermedades cerebrovasculares (ECV) constituyen un grave problema de salud pública y una importante carga socioeconómica en los países industrializados, debido entre otras causas, a que la edad media de vida de la población es alta.¹

El ictus o accidente cerebrovascular (ACV), se define como un síndrome clínico de origen vascular, caracterizado por la aparición de signos y síntomas rápidamente progresivos, debidos a la pérdida de una función local que dura más de 24 horas.²

Los ACV se clasifican según la naturaleza de la lesión en: ^{1, 3, 4, 5}

Isquémicos: Representan el 80% de los ACV. Se produce por una oclusión de un vaso sanguíneo cerebral, que origina una disminución o ausencia de aporte de sangre a una región del cerebro. Si no se recupera rápidamente el flujo se producirá una lesión cerebral definitiva o infarto cerebral.

Los ictus isquémicos, atendiendo a su causa, se clasifican en: ^{3, 6}

- *Ictus aterotrombóticos*: se deben a la presencia de aterosclerosis en los vasos sanguíneos de gran tamaño que llevan la sangre al cerebro. Los infartos de tipo aterotrombótico suelen ser de tamaño medio o grande, y afectan a territorio vascular superficial y profundo.
- *Ictus lacunares*: infartos de pequeño tamaño que se producen por la obstrucción de las arterias perforantes, localizadas en el territorio profundo. Se caracteriza por ausencia de afectación de la corteza cerebral.
- *Ictus cardioembólicos*: la enfermedad cardíaca (Fibrilación auricular, infarto agudo de miocardio...) favorece la formación de trombos que pueden soltarse y ocluir una arteria cerebral. Suelen ser infartos de medio o gran tamaño y afectan habitualmente a la corteza cerebral.
- *Ictus de causa inhabitual*: son infartos en los que se ha descartado un mecanismo aterotrombótico, lacunar o cardioembólico. Suelen estar

originados por una enfermedad arterial distinta a la ateromatosa o por una enfermedad sistémica (trastorno de la coagulación, infección...)

- *Ictus de origen indeterminado*: aquellos cuya causa no está clara o aquellos en los que coexisten dos o más posibles causas.

Hemorrágicos: Representan el 20% de los ACV. Se producen cuando se rompe un vaso sanguíneo dentro del cerebro. Esta rotura hace que el tejido cerebral se inunde de sangre, alterando la función de las células y pudiendo ocasionar un daño irreversible. En general, tienen una mortalidad que se aproxima al 45%, especialmente en las primeras 24 horas. La causa más frecuente de hemorragia cerebral es la hipertensión arterial (HTA).

A pesar de que en las últimas décadas las tasas de mortalidad por ECV han descendido de forma importante en muchos países, su carga global sigue siendo muy importante. ⁹ Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), de los más de 57 millones de muertes que se producen al año en el mundo, el ictus ocupa el tercer puesto (13%) después de las enfermedades coronarias y el cáncer. Esto significa que casi 6 millones de personas fallecen al año por ictus, y de ellas dos tercios son de los países menos desarrollados. ³

En Europa, mueren al año unos 4 millones de personas y la enfermedad vascular global es la responsable de casi la mitad de los casos (47%). El ictus acaba con la vida de algo más de 1 millón de europeos todos los años.³

En España, el ictus es la primera causa de mortalidad entre las mujeres y la tercera en hombres, según datos del Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la Sociedad Española de Neurología.¹⁰ Dentro de España, la mortalidad no es homogénea y, según los datos del INE (Instituto Nacional de Estadística), presenta las tasas más altas en Galicia, Aragón, Extremadura y Castilla La – Mancha,

mientras que las tasas más bajas se encuentran en Canarias, Madrid, Ceuta y Melilla.³

La prevalencia del ictus está ubicada en el 2% en mayores de 20 años y alcanza un 6,4% en mayores de 70 años.¹¹ Tres de cada cuatro ictus se producen en personas mayores de 65 años.³

En España, la incidencia anual es de 132-174 casos por 100.000 habitantes.¹ Se espera un aumento en la incidencia de las ECV en las próximas décadas, pudiendo llegar a duplicarse las tasas en el año 2020⁹, debido fundamentalmente al progresivo envejecimiento de la población y al incremento en la prevalencia de los principales factores de riesgo. Estos factores son: 1, 3, 5, 7

Tabla 1: Factores de riesgo	
Factores de riesgo no modificables	
<ul style="list-style-type: none"> - Edad - Sexo - Raza - Factores genéticos - Otros: Bajo peso al nacer, factores socioeconómicos, clima, estación del año y localización geográfica. 	
Factores de riesgo modificables	
<ul style="list-style-type: none"> - HTA - Cardiopatías - Diabetes mellitus - Dislipemia - Tabaquismo - Alcoholismo - Obesidad - Drogas - AIT (accidente isquémico transitorio) e ictus previos 	<ul style="list-style-type: none"> - Anticonceptivos orales - Alimentación inadecuada - Inactividad física - Alteraciones de la hemoglobina y trastornos de la coagulación - Migraña - Otros: infecciones, estrés, depresión e hiperuricemia.

La gravedad del ictus, junto con la edad y la incapacidad previa se asocian con una mayor frecuencia de complicaciones. Las que se describen con más frecuencia son:¹

- *Ictus deteriorante y progresivo*: el ictus deteriorante hace referencia a cualquier empeoramiento de la situación clínica del paciente, con independencia de la causa que la origina. Ictus progresivo se reserva para aquellos casos en los que el empeoramiento se debe a la progresión de la isquemia o el aumento de la necrosis tisular.
- *Transformación hemorrágica*: el 30% de los ictus isquémicos, especialmente los de etiología cardioembólica, pueden presentar una transformación hemorrágica. El mecanismo probable de su producción es la reperfusión del territorio isquémico, después de la fragmentación del émbolo.
- *Convulsiones*: ocurren en el 7-20% de los pacientes con ictus. Las convulsiones precoces suelen ser focales, con generalización secundaria y más probablemente autolimitadas. Los pacientes más susceptibles de presentar convulsiones postinfarto son aquellas que tienen lesiones corticales grandes y de etiología embólica. Las convulsiones pueden empeorar el proceso isquémico al incrementar la demanda de oxígeno cerebral.
- *Depresión*: afecta al 25-60% de los pacientes con ictus, y su presencia se asocia con una peor recuperación funcional. La prevalencia aumenta a los 6 meses, sobre todo en pacientes que no alcanzan la recuperación esperada, retroceden en la misma o no colaboran en la rehabilitación.
- *Alteraciones cardiovasculares*: el ictus es a veces consecuencia de una cardiopatía, pero en otras ocasiones, el ictus provoca alteraciones del ritmo cardíaco ya que el aumento de la actividad simpática origina una elevación sistémica de catecolaminas que provocan taquicardia, aumento del consumo de oxígeno por el miocardio, degeneración fibrilar y focos ectópicos arritmogénicos.
- *Fiebre e infecciones*: la fiebre aparece en un 40% de los infartos en fase aguda. La causa más frecuente es la infección respiratoria o urinaria, pero a veces es una expresión de la necrosis neuronal o de una alteración del centro de termorregulación en infartos localizados

en la región anterior del tálamo. La hipertermia, incluso ligera, empeora el pronóstico del infarto, pues facilita su progresión. Las infecciones respiratorias aparecen en el 10% de los pacientes con ictus y son una causa importante de morbilidad. El aumento de las secreciones bronquiales y la dificultad de la expectoración facilitan la sobreinfección. La incontinencia urinaria previa y los sondajes uretrales condicionan la elevada frecuencia de infecciones urinarias durante la fase aguda del ictus.

- *Otras complicaciones:* la situación de inmovilidad y la hipercoagulabilidad predisponen al desarrollo de trombosis venosa profunda, tromboembolismo pulmonar y úlceras por presión. Las alteraciones en la deglución y la propia situación del paciente son responsables de importantes alteraciones nutricionales que repercuten en su pronóstico y recuperación. En los infartos extensos, con disminución del nivel de consciencia e inmovilidad prolongada, es frecuente el desarrollo de estreñimiento, impactación fecal y falsas diarreas.

El ictus es la causa más importante de invalidez o discapacidad a largo plazo en el adulto y la segunda causa de demencia después de la enfermedad del Alzheimer. De forma global, podemos decir que a los 6 meses de haber sufrido un ictus, el 41% de los pacientes van a ser independientes para las actividades básicas de la vida diaria, el 32% van a necesitar ayuda de otras personas para dichas actividades y el 26% habrán fallecido a causa de complicaciones derivadas del ictus.^{3, 11}

Una consecuencia indirecta poco valorada de los ACV es la repercusión que tiene en los cuidadores el ictus discapacitante. Muchos de ellos ven afectada su salud y su vida personal, afirman sentirse cansados y relacionan la atención que prestan con el deterioro de su salud. Un 64% de los cuidadores reducen su tiempo de ocio para atender a la persona con discapacidad, y para un 54% ha tenido consecuencias en su vida laboral o en su situación económica.¹

A nivel de impacto económico, el ictus representa el 3-4% del gasto sanitario, concentrándose el 76% de los costes durante el primer año en los gastos hospitalarios. ^{7, 10, 12}

La elevada incidencia del ictus, su gran morbilidad y las importantes repercusiones personales, económicas y sociales, justifican que la atención a los ACV sea una de las prioridades estratégicas del Sistema Nacional de Salud (SNS), e indican la necesidad de elaborar programas para su prevención y abordaje de la forma más eficiente posible¹¹.

El “Código Ictus” ^{14,15} es un término que se utiliza para definir un sistema de actuación que permite la rápida identificación, notificación y traslado del paciente con ictus agudo al hospital de referencia más próximo, con el fin de que el paciente se pueda beneficiar de una terapia de reperfusión y/o de los cuidados especiales de una Unidad de Ictus. ¹⁴

El objetivo de la activación de este código es la reducción del tiempo entre el inicio de los síntomas del ictus y el acceso a un diagnóstico y tratamiento especializado. ¹⁴

El ictus se considera una urgencia neurológica en la que es fundamental una correcta identificación de los síntomas de alarma para poder actuar con la mayor brevedad posible, ⁶ ya que los pacientes tratados desde un primer momento logran una recuperación casi total o con muy pocas secuelas. ⁷ Los síntomas de alerta son: ^{1, 2, 3, 5, 7}

- Pérdida de fuerza o sensibilidad repentina en la cara, brazo o pierna, especialmente de un lado del cuerpo.
- Dificultades de visión en uno o ambos ojos
- Sensación de vértigo, dificultad para caminar, mareos o pérdida de equilibrio o de coordinación.
- Dolor de cabeza súbito sin causa conocida.
- Confusión repentina
- Dificultad para hablar o comprender el lenguaje.
- Desviación de la comisura bucal

La atención protocolizada del código ictus intrahospitalario se inicia en urgencias. Ante la sospecha de un ictus, se activa el código atendiendo a distintos niveles de prioridad: ^{14, 15}

Prioridad I: todos los pacientes con sospecha de ictus de menos de 6 horas de evolución que son candidatos a reperfusión, que están conscientes, independientes previamente y que presentan síntomas neurológicos en el momento de la valoración en urgencias. Box de críticos, atención inmediata.

Prioridad II: pacientes con ictus al despertar o con un tiempo de evolución de entre 6 – 24 horas, previamente independientes. Ictus con disminución del nivel de conciencia y aquellos pacientes que no presenten manifestaciones neurológicas en el momento de la valoración de urgencias. Box de control, atención en diez minutos.

Prioridad III: pacientes con ictus de más de 24 horas de evolución previamente independientes y todos los pacientes previamente dependientes o con elevada comorbilidad. Box de control, atención en una hora.

En el servicio de urgencias se confirma el diagnóstico y la indicación o no del tratamiento fibrinolítico antes de su traslado a la unidad de ictus. ¹⁶

Las unidades de ictus son unidades hospitalarias situadas en áreas geográficas bien definidas, integradas por un equipo multidisciplinar coordinado, especializado y adiestrado en el cuidado a los pacientes con ictus. Dispone de protocolos de actuación basados en la mejor evidencia científica disponible. El Servicio Galego de Saúde (SERGAS) marca unos requisitos básicos para el correcto funcionamiento de estas unidades. ¹⁶

El número de profesionales que integran el equipo será diferente según el grado de complejidad del hospital, y su composición variará a lo largo de la enfermedad para adaptarse a las necesidades del paciente en la fase aguda y durante el proceso de rehabilitación. ¹⁶

Cada individuo tiene una serie de necesidades físicas, psicológicas y sociales que debe satisfacer a lo largo de su vida. La enfermera debe actuar cuando la persona no posea la independencia suficiente para cubrir cada una de esas necesidades.¹⁷

Una de las necesidades que con más frecuencia está insatisfecha en los pacientes con ictus es la de movilidad. Poder moverse libremente es esencial para llevar a cabo un gran número de actividades cotidianas que cada persona realiza normalmente y que le son imprescindibles para adaptarse al medio y relacionarse con su entorno y con los demás individuos. La pérdida de la movilidad es suficiente para que la persona deba modificar sus hábitos y modo de vida, lo cual va a suponerle un cierto grado de dependencia de las personas que le rodean (profesionales, familiares...).¹⁷

Otra de las necesidades que puede estar insatisfecha en estos pacientes es la de comunicación, bien en relación con el problema de movilidad (gestos, expresión facial...), o por la propia afectación del centro regulador del habla y del lenguaje. Las dificultades en el habla, la comprensión y los déficits de lenguaje son problemas con gran repercusión para la vida del paciente y su entorno.

Debido a esto, la enfermera, como miembro del equipo interdisciplinar, tiene un papel muy relevante en la atención y cuidados a este tipo de pacientes y a su familia.

El caso seleccionado consiste en un paciente con ictus isquémico. La elección de este contexto clínico ha venido determinada porque durante mi estancia de tres meses en el servicio de Urgencias fue una situación clínica observada con frecuencia. No obstante, los ictus permanecen en urgencias muy poco tiempo y debido a ello, me ha generado interés conocer cómo se desarrolla la atención de enfermería a este tipo de pacientes más allá de la actuación urgente, ya que nunca había tenido la

oportunidad de estar como estudiante en el servicio de neurología; por lo que sentí la inquietud de ampliar mis conocimientos.

Con el fin de profundizar en los cuidados que requieren estos pacientes he decidido realizar un plan de cuidados sobre un paciente ingresado en la unidad de ictus.

Como objetivos de este trabajo me planteo:

- 1) Realizar un plan de cuidados individualizado a un paciente con ictus isquémico utilizando la taxonomía NANDA¹⁸, NOC¹⁹ y NIC²⁰ y describir su evolución.
- 2) Evaluar la eficacia de las intervenciones para la consecución de los resultados esperados.
- 3) Comparar las intervenciones y resultados planificados con los descritos en la bibliografía para situaciones clínicas similares.

5. DESARROLLO

El caso clínico que se describe en este trabajo fue realizado en la unidad de ictus del servicio de neurología durante el período en el que estuve realizando el practicum.

Para la recopilación de información sobre la atención de enfermería al ictus he realizado una búsqueda bibliográfica en diversas bases de datos como Lilacs, Cuiden y Medline. Para la búsqueda de datos se han utilizado las siguientes palabras claves, tanto en español como en inglés:

- Stroke
- Ischemic Stroke
- Nursing diagnoses
- Nursing care

También he consultado páginas web de asociaciones científicas como la Federación Española del Ictus (FEI) o la Sociedad Española de Enfermería Neurológica (SEDENE). Además, he buscado en el RUC,

repositorio institucional de la UDC, y en los repositorios institucionales de otras universidades.

Además de artículos y documentos vía internet, también he consultado otra bibliografía a través de libros de texto a los que he accedido a través de la biblioteca de la Escuela de Enfermería de Oza, principalmente tres: *Tratado de enfermería neurológica*, *Neurología y Reeducción funcional tras un ictus*.

Finalmente, se han utilizado seis artículos de los últimos cinco años porque incluyen revisiones de años anteriores y engloban la planificación de cuidados de enfermería a este tipo de pacientes. ^{13, 21, 22, 23, 24, 25}

La recogida de información sobre las necesidades de cuidados del paciente se ha realizado a través de la entrevista al enfermo y familia y el acceso a IANUS (Historia clínica electrónica de Galicia) y GACELA (Gestión, atención, cuidados de enfermería, línea abierta), programas informáticos del hospital.

Esta información la he clasificado de acuerdo al modelo de las 14 necesidades de Virginia Henderson, cuya finalidad es promover la independencia en la medida de lo posible. Este modelo es el adoptado por la Escuela Universitaria de Enfermería de A Coruña, así como también por el hospital de referencia.

Para la formulación de los Diagnósticos de Enfermería, he utilizado la Taxonomía NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*) y para los objetivos y las intervenciones de enfermería, las taxonomías NOC (*Nursing Outcomes Classification*) y NIC (*Nursing Interventions Classification*), respectivamente.

Descripción del caso

Hombre de 75 años que había ingresado en Neurología el día 11/04 para angiografía con colocación de stent carotídeo.

Al día siguiente, post – procedimiento, fue ingresado en la Unidad de Ictus por presentar un ictus isquémico en territorio de la arteria cerebral media izquierda, de probable mecanismo aterotrombótico en relación con la intervención quirúrgica.

Como antecedentes personales presentaba HTA, dislipemia y cardiopatía valvular (estenosis aórtica moderada – severa con ventrículo izquierdo hipertrófico).

No tenía alergias medicamentosas conocidas. Era un paciente no fumador, no bebedor, sin adicción a drogas ni exposición a otros hábitos tóxicos.

Como antecedentes quirúrgicos presentaba cirugía de rodilla y cadera y reparación valvular aórtica con prótesis biológica el 16/03.

Los datos más importantes recopilados en la valoración de enfermería se describen a continuación según las 14 necesidades básicas del modelo de Virginia Henderson.

1. Necesidad de oxigenación

El paciente alcanzaba una saturación de oxígeno basal del 97% y una frecuencia respiratoria de 15 respiraciones por minuto. No presentó ningún signo ni síntoma de dificultad respiratoria durante su ingreso.

2. Necesidad de alimentación

El paciente pesaba 74 kg y medía 1,73 metros, por lo que su índice de masa corporal era de 24.73, lo cual se corresponde con un peso normal.

La glucemia capilar del paciente osciló entre 108 y 128 mg/dl.

El paciente presentó test de disfagia negativo a todas las texturas, por lo que tenía indicada una dieta de fácil masticación sin sal y baja en grasas. No utilizaba prótesis dental y precisaba ayuda para comer por pérdida de fuerza en el miembro superior derecho (MSD).

3. Necesidad de eliminación

Se trataba de un paciente continente urinario y fecal, su hábito intestinal era de una deposición cada tres días. Precisaba ayuda para ir al WC por pérdida de fuerza en el miembro inferior derecho (MID) y por reposo prescrito.

4. Necesidad de moverse y mantener una buena postura

Su frecuencia cardíaca era de 55 latidos por minuto y su tensión arterial era de 169/51.

Antes de este episodio deambulaba con normalidad, aunque en ocasiones presentaba pérdida de fuerza en pierna derecha por problema osteoarticular. Comentó estar pendiente de una prótesis de rodilla y que estaba intervenido de prótesis de cadera.

Se mantuvo con reposo absoluto en cama, con sedestación progresiva según tolerancia. Al segundo día, toleraba 45°.

Según escala NIHSS (National institute of Health Stroke Scale), presentaba pérdida de fuerza en MSD y MID, brazo y pierna derecha claudicaban en menos de 10 segundos y 5 segundos respectivamente sin tocar la cama. Dismetría talón – rodilla del MID.

La escala de Barthel que se le realiza al paciente tenía como resultado una puntuación de 25, lo cual equivale a un grado de dependencia severa.

5. Necesidad de dormir y descansar

El paciente refería tener dificultades para quedarse dormido al estar en un entorno desconocido, decía “esta no es mi casa y no es mi cama”. Tenía prescrito tratamiento farmacológico para ayudar a dormir, si precisaba.

6. Necesidad de vestirse y desvestirse

El paciente precisaba ayuda para vestirse y desvestirse por el lado afecto por pérdida de fuerza en MSD y MID.

7. *Necesidad de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales*

Tenía una temperatura corporal de 36.3°C. Afebril.

8. *Necesidad de mantener la higiene corporal y la integridad de la piel*

El aseo se realizaba en la cama por el reposo prescrito, el paciente colaboraba a pesar de no movilizar el lado afectado por la pérdida de fuerza en MSD y MID.

En la escala de Braden, el paciente alcanza una puntuación de 15, lo cual se corresponde con un riesgo bajo de úlcera por presión.

9. *Necesidad de evitar peligros*

No tenía alergias medicamentosas conocidas. Era un paciente no fumador, no bebedor, sin adicción a drogas ni exposición a otros hábitos tóxicos

La puntuación en la escala EVA (Escala visual analógica) era de 0.

En la escala riesgo de caídas (Índice de Downton) alcanza una puntuación de 4, por lo que presenta un alto riesgo de caídas.

Tenía canalizada una vía venosa periférica en miembro superior izquierdo (MSI).

Según escala NIHSS (NIHSS: 8), presentaba hipoestesia derecha, con extinción sensitiva en el MID.

El tratamiento farmacológico que tenía prescrito es el que se describe en la siguiente tabla:

Tabla 2: Medicación prescrita

<u>Medicamento</u>	<u>Dosis</u>	<u>Pauta</u>	<u>Vía</u>
Pantoprazol 20 mg	1 comp	1 hora antes del desayuno	Oral
Tardyferon 80 mg	1 comp	30 min pre desayuno	Oral
Clexane 40 mg	1 INP	c/24H	SC
Trangorex 200mg	1 comp	c/24h	Oral
Adiro 100	1 comp	Con la comida	Oral
Clopidogrel 75 mg	1 comp	Con la comida	Oral
Atorvastatina 40 mg	1 comp	A la cena	Oral
Quetiapina 25 mg	1 comp	A la cena	Oral
Lorazepam 1 mg	1 comp	A la noche, si precisa	Oral
Paracetamol 1g vial 100 ml	1 g	Si precisa	IV
Urapidilo 50mg ampolla 10ml	12,5 mg	Si TA> 185/105	Bolo IV lento

10. Necesidad de comunicarse

Previamente ya utilizaba un audífono en el oído derecho y actualmente según evaluación de la escala NIHSS, tenía hemianopsia derecha.

Escala de Glasgow: 14. Estaba alerta, no sabía mes, ni edad. Presentaba afasia leve-moderada. Se mostraba frustrado y angustiado cuando no sabía responder bien a algunas de las preguntas que se le hacía.

11. Necesidad de actuar según valores y creencias

Creyente, católico y practicante. Durante la entrevista manifestó que se le había muerto un hermano por ictus hace dos años, pero lo describió como algo natural y en ningún momento relacionaba la causa de la muerte de su familiar con su situación.

El paciente manifestaba que para él era muy importante la familia; tenía cuatro hermanos actualmente (uno fallecido), una hija y dos nietos.

12. Necesidad de realizarse

Trabajó toda su vida de albañil, actualmente se encontraba jubilado.

En su día a día, se realizaba potenciando su rol de abuelo, cuidando a sus nietos por las tardes y llevándolos al colegio diariamente.

Quería que su mujer lo acompañase en todo momento y era ella quien estaba presente diariamente y, a pesar de que ellos vivían en Villalba (Lugo), no salió del hospital. La mujer quería acompañarlo y participar en todas las actividades de autocuidado de su marido (baño, alimentación...). Incluso acordaba con las enfermeras los momentos de ausencia para ir a comer o cenar.

13. Necesidad de recrearse

Nos contó que en sus ratos libres se ocupaba de su huerta, conducía el tractor y el coche y disfrutaba de sus nietos.

Por las tardes daba paseos de 10-15 minutos hasta el bar del pueblo, donde se encontraba con sus amigos para jugar a las cartas.

En el hospital, decía distraerse hablando con su mujer y su compañero de habitación.

14. Necesidad de aprendizaje

Era consciente de su enfermedad actual, conocía lo que era el ictus y las limitaciones que conlleva. No demandaba mucha información y los conocimientos que iba adquiriendo de la patología se debían a las explicaciones del personal sanitario y a lo que le transmitía su mujer. Ella sí hacía preguntas relativas al cuidado de su marido.

Plan de cuidados individualizado

El plan que describo a continuación se inició en las 24 horas posteriores al ictus, en las cuales el paciente se encontraba ingresado en la unidad de ictus con una prescripción de reposo absoluto.

La posterior evolución del paciente y algunos cambios en la prescripción médica dieron lugar a la modificación del plan de cuidados. Se solucionaron algunos de los problemas de salud que surgieron y se establecieron nuevos indicadores y actividades para valorar los cambios que se producirán en el resto.

De acuerdo con la valoración realizada al paciente, debido al problema de movilidad que presentaba, este no era capaz de realizar por si solo sus autocuidados, siendo precisa ayuda total o parcial. Por ello, se identificaron los diagnósticos de *Déficit de autocuidados: alimentación, baño, higiene y vestido* y el *Deterioro de la movilidad física*. Estos diagnósticos coinciden con los establecidos en los planes de cuidados de la bibliografía consultada.^{21, 22, 23, 24, 25}

Otro problema importante para el paciente era la incapacidad para comunicarse mediante el habla. Se identificó como problema el *Deterioro de la comunicación verbal*, presente en la mayoría de los planes de cuidados revisados.^{21, 22, 23, 25}

El estar ingresado en el hospital fuera de su entorno habitual originó en el paciente problemas a la hora de dormir, presentando dificultad para conciliar el sueño y precisando de ayuda farmacológica para poder conseguirlo. Se identificó el diagnóstico de enfermería *Trastorno del patrón del sueño*, incluido solo en alguna de la bibliografía consultada.^{21, 25}

El diagnóstico de *Desatención unilateral*²⁴, que estaba presente en alguno de los artículos, no se identificó como un problema de salud de esta persona, dado que no se detectaron manifestaciones de dependencia relativas a la falta de atención por parte del paciente al lado del cuerpo afectado por el ictus.

Relacionado fundamentalmente con la inmovilidad prescrita y con las limitaciones de movilidad que presentaba esta persona, se identificaron los siguientes diagnósticos de riesgo: *riesgo de estreñimiento, riesgo de caídas, riesgo de infección y riesgo de úlcera por presión*. En las situaciones descritas en los artículos se utilizaba el *riesgo de traumatismo*²⁵ o *riesgo de lesión*²⁴, sin embargo, en este caso se identificó un diagnóstico más específico; *riesgo de caídas*. Algunos autores identificaron también este diagnóstico.^{21, 23}

Por otra parte, se identificó el diagnóstico de *Riesgo de úlcera por presión*. Este diagnóstico es uno de los nuevos diagnósticos enfermeros que han sido aprobados por el Comité de Desarrollo de Diagnósticos, la Junta de Directores y los miembros de NANDA- I, y aparece reflejado en el NANDA 2015 – 2017. Sin embargo, en la bibliografía revisada, aparece el *Riesgo de deterioro de la integridad cutánea*.^{21, 24, 25} Considero que hace referencia al mismo problema y que aparece descrito según la edición anterior de NANDA – I, en la que no estaba aprobado el diagnóstico específico de *riesgo de úlcera por presión*.

Además, debido a la repercusión que el ACV tiene en la vida de la persona y de la familia, y después de haber observado la gran implicación de la mujer en los cuidados de su marido y su permanencia constante en el hospital, se identificó el diagnóstico *Riesgo de cansancio del rol del cuidador*. Este diagnóstico de enfermería no se encuentra referenciado en los planes de cuidados encontrados.

Al considerar que el objetivo de los cuidados de colaboración es detectar y/o prevenir un mayor daño cerebral, se identificó la complicación potencial de *recurrencia del ictus*. Esta complicación está recopilada en alguna de la bibliografía consultada.^{24, 25}

Por último, debo resaltar que hubo diagnósticos que a pesar de aparecer en la bibliografía, no los identifiqué en mi plan de cuidados dado que el paciente no presentaba manifestaciones coincidentes con las características definitorias ni los factores de riesgo, como el riesgo de aspiración, baja autoestima situacional, ansiedad o déficit de conocimientos.^{21, 22, 23, 25}

Los diagnósticos de enfermería que se establecieron fueron:

- ✚ Déficit de autocuidado: alimentación r/c deterioro neuromuscular m/p deterioro de la habilidad para comer por sí solo de manera aceptable.
- ✚ Déficit de autocuidado: baño/higiene r/c deterioro neuromuscular m/p deterioro de la habilidad para acceder al baño y lavar y secar el cuerpo.
- ✚ Déficit de autocuidado: uso del inodoro r/c deterioro neuromuscular m/p deterioro de la habilidad para completar la higiene adecuada tras la evacuación.
- ✚ Déficit de autocuidado: vestido r/c deterioro neuromuscular m/p deterioro de la habilidad para ponerse y quitarse diferentes piezas de ropa.
- ✚ Deterioro de la movilidad física r/c deterioro neuromuscular m/p limitación de la capacidad para las habilidades motoras finas y gruesas, disminución de la amplitud de movimientos y movimientos descoordinados.
- ✚ Deterioro de la comunicación verbal r/c enfermedad fisiológica m/p afasia leve – moderada.
- ✚ Trastorno del patrón del sueño r/c factores ambientales m/p dificultad para conciliar el sueño y necesidad de ayuda farmacológica para quedarse dormido.
- ✚ Riesgo de estreñimiento r/c cambios recientes en el entorno y actividad física diaria media inferior a la recomendada según el sexo y la edad.
- ✚ Riesgo de caídas r/c edad ≥ 65 años, prótesis en las extremidades inferiores, deterioro de la movilidad, deterioro de la visión y deterioro auditivo.
- ✚ Riesgo de úlcera por presión r/c escala de Braden < 18
- ✚ Riesgo de infección r/c vía venosa periférica
- ✚ Riesgo de cansancio del rol del cuidador r/c el cuidador es la pareja y tiempo de descanso del cuidador insuficiente.

Como complicación potencial se estableció: Recurrencia del ictus

A continuación, se describen los diagnósticos de enfermería con los NOC, los indicadores seleccionados con la puntuación otorgada en la valoración y las intervenciones y actividades planificadas.

Tabla 3: Plan de cuidados		
1) DdE: Déficit de autocuidado: alimentación		
	Indicadores	Evaluación inicial
NOC 0303 Autocuidados: comer	030316 Corta la comida	3
	030303 Maneja utensilios	3
	030304 Coge comida con los utensilios	3
	030305 Coge tazas o vasos	3
	030308 Se lleva comida a la boca con utensilios.	3
Puntuación escala Likert: <i>1: gravemente comprometido; 2: sustancialmente comprometido; 3: moderadamente comprometido; 4: levemente comprometido; 5: no comprometido</i>		
NIC 1803 Ayuda con el autocuidado	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar la dieta prescrita - Abrir los alimentos empaquetados - Colocar al paciente en una posición cómoda - Proporcionar ayuda física, si es necesario - Proteger con un babero, según corresponda - Proporcionar dispositivos adaptados para facilitar que el paciente se alimente por sí mismo (por ejemplo, mangos largos) - Proporcionar señales frecuentes y una estrecha supervisión, según corresponda. 	
2) DdE: Déficit de autocuidado: baño/higiene		
	Indicadores	Evaluación inicial
NOC 0301 Autocuidados: baño	030113 Se lava la cara	2
	030114 Se lava la parte superior del cuerpo	2
	030115 Se lava la parte inferior del cuerpo	2
	030116 Se lava la zona perineal	2
	030111 Seca el cuerpo	2
Puntuación escala Likert: <i>1: gravemente comprometido; 2: sustancialmente comprometido; 3: moderadamente comprometido; 4: levemente comprometido; 5: no comprometido</i>		

TRABAJO DE FIN DE GRADO: ANDREA CASTRO MARTÍNEZ

NIC 1801 Ayuda con el autocuidado: baño/higiene	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar los objetos personales deseados (desodorante, cepillo de dientes y jabón de baño, champú...) - Proporcionar un ambiente terapéutico que garantice una experiencia cálida, relajante, privada y personalizada - Determinar la cantidad y tipo de ayuda necesitada - Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados. - Mantener rituales higiénicos 	
3) DdE: Déficit de autocuidado: vestido		
	Indicadores	Evaluación inicial
NOC 0302 Autocuidados: vestir	030204 Se pone la ropa en la parte superior del cuerpo	3
	030205 Se pone la ropa en la parte inferior del cuerpo	2
	030211 Se quita la ropa de la parte superior del cuerpo	3
	030214 Se quita la ropa de la parte inferior del cuerpo	2
<i>Puntuación escala Likert: 1: gravemente comprometido; 2: sustancialmente comprometido; 3: moderadamente comprometido; 4: levemente comprometido; 5: no comprometido</i>		
NIC 1802 Ayuda con el autocuidado: vestirse/arreglo personal	<ul style="list-style-type: none"> - Estar disponible para ayudar en el vestir, si es necesario - Ayudar con los cordones, botones y cremalleras, si es necesario - Facilitar la ayuda de un barbero o esteticista, si es necesario - Mantener la intimidad mientras el paciente se viste - Reforzar los esfuerzos por vestirse solo 	

Tabla 4: Plan de cuidados

4) DdE: Deterioro de la movilidad física		
	Indicadores	Evaluación inicial
NOC 0208 Movilidad	020809 Coordinación	3
	020803 Movimiento muscular	3
	080802 Mantenimiento posición corporal.	3
<i>Puntuación escala Likert: 1: gravemente comprometido; 2: sustancialmente comprometido; 3: moderadamente comprometido; 4: levemente comprometido; 5: no comprometido</i>		

<p>NIC 0840 Cambio de posición</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Animar al paciente a participar en los cambios de posición, según corresponda - Minimizar la fricción y las fuerzas de cizallamiento al cambiar de posición al paciente. - Enseñar al paciente a adoptar una buena postura y a utilizar una buena mecánica corporal mientras realiza cualquier actividad - Elevar el cabecero de la cama, si resulta indicado - Colocar los objetos de uso frecuente al alcance - Colocar la luz de llamada al alcance 	
	Indicadores	Evaluación inicial
<p>NOC 0918 Atención al lado afectado</p>	091807 Organiza el entorno para compensar las deficiencias físicas y sensoriales	3
	091810 Estimula la fuerza y la destreza en la extremidad afectada	2
	091811 Evita la infrautilización de la extremidad afectada	2
	091812 Mantiene el control postural	3
<p><i>Puntuación escala Likert: 1:nunca demostrado; 2: raramente demostrado; 3: A veces demostrado; 4: frecuentemente demostrado; 5: siempre demostrado</i></p>		
<p>NIC 2760 Manejo de la desatención unilateral</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Observar si hay respuestas anormales a los tres tipos de estímulos: sensitivos, visuales y auditivos - Evaluar el estado mental, la comprensión, la función motora, la función sensorial, las respuestas afectivas y el período de atención basales. - Reordenar el ambiente para la utilización del campo visual derecho o izquierdo (ej. Colocación de objetos personales dentro del campo visual del lado no afectado) - Instruir a los cuidadores acerca de la causa, los mecanismos y el tratamiento de la anulación unilateral. - Incluir a la familia en el proceso de rehabilitación para apoyar los esfuerzos del paciente y ayudar con los autocuidados, según corresponda. 	

Tabla 5: Plan de cuidados

5) DdE: Deterioro de la comunicación verbal		
	Indicadores	Evaluación inicial
NOC 0902 Comunicación	090202 Utiliza el lenguaje hablado	3
	090206 Reconoce los mensajes recibidos	3
	090210 Interpreta exactamente los mensajes recibidos	3
	090207 Dirige mensajes de forma apropiada	3
	090208 Intercambia mensajes con los demás	4
Puntuación escala Likert: <i>1: gravemente comprometido; 2: sustancialmente comprometido; 3: moderadamente comprometido; 4: levemente comprometido; 5: no comprometido</i>		
NIC 4976 Mejorar la comunicación: déficit del habla	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar los procesos cognitivos, anatómicos y fisiológicos asociados con las capacidades del habla. - 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) - Mantener un entorno y rutinas estructuradas (es decir, proporcionar recordatorios frecuentes, así como calendarios y otras pistas ambientales) - Modificar el entorno para minimizar el exceso de ruido y disminuir el estrés emocional (limitar los visitantes y un ruido excesivo de los aparatos) - Enunciar las preguntas para que el paciente pueda responder con un simple sí o no, sabiendo que los pacientes con afasia pueden proporcionar respuestas automáticas que son incorrectas. 	

Tabla 6: Plan de cuidados

6) DdE: Trastorno del patrón del sueño		
	Indicadores	Evaluación inicial
NOC 0004 Sueño	000403 Patrón del sueño	3
	000421 Dificultad para conciliar el sueño	3
	000417 Dependencia de las ayudas para dormir	3
<p><i>Puntuación escala Likert:</i> 1: Grave; 2: sustancial; 3: moderado; 4:leve; 5: ninguno Patrón del sueño: 1: gravemente comprometido; 2: sustancialmente comprometido; 3: moderadamente comprometido; 4: levemente comprometido; 5: no comprometido</p>		
NIC 1850 Mejorar el sueño	<ul style="list-style-type: none"> - Observar/registrar el patrón y número de horas de sueño del paciente - Comprobar el patrón de sueño del paciente y observar las circunstancias físicas y/o psicológicas que interrumpen el sueño. - Ajustar el ambiente para favorecer el sueño. - Ajustar el programa de administración de medicamentos para apoyar el ciclo sueño/vigilia del paciente. 	

Tabla 7: Plan de cuidados

7) DdE: Riesgo de estreñimiento		
	Indicadores	Evaluación inicial
NOC 0501 Eliminación intestinal	050101 Patrón de eliminación	5
	050104 Cantidad de heces en relación con la dieta	5
	050112 Facilidad de eliminación	5
	050121 Eliminación fecal sin ayuda	5
	050110 Estreñimiento	5
<p><i>1:gravemente comprometido; 2: sustancialmente comprometido; 3: moderadamente comprometido; 4: levemente comprometido; 5: no comprometido</i> Estreñimiento: 1: grave; 2: sustancial; 3: moderado; 4: leve; 5: ninguno.</p>		
NIC 0450 Manejo del estreñimiento	<ul style="list-style-type: none"> - Vigilar aparición de signos y síntomas de estreñimiento - Comprobar las defecaciones, incluyendo frecuencia, consistencia, forma, volumen y color, según corresponda - Identificar los factores (medicamentos, reposo en cama, dieta) que pueden ser causa de estreñimiento o que contribuyan al mismo. 	

Tabla 8: Plan de cuidados

8) DdE: Riesgo de caídas		
	Indicadores	Evaluación inicial
NOC 1934 Entorno seguro de asistencia sanitaria	193401 Provisión de iluminación	5
	193404 Sistema de llamada de la enfermera al alcance	5
	193405 Cama en posición baja	5
	193407 Regulación de la temperatura ambiental	5
	193408 Eliminación de niveles de ruido perjudiciales	5
<i>1: inadecuado; 2: ligeramente adecuado; 3: moderadamente adecuado; 4: sustancialmente adecuado; 5: completamente adecuado.</i>		
NIC 6490 Prevención de caídas	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar déficits cognitivos o físicos del paciente que puedan aumentar la posibilidad de caídas en un ambiente dado - Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas - Bloquear las ruedas de las sillas, camas o camillas en la transferencia del paciente - Colocar los objetos al alcance del paciente sin que tenga que hacer esfuerzos - Utilizar barandillas laterales de longitud y altura adecuadas para evitar caídas de la cama, si es necesario. - Proporcionar al paciente dependiente medios de solicitud de ayuda (timbre) cuando el cuidador esté ausente. - Disponer de una iluminación adecuada para aumentar la visibilidad. 	

Tabla 9: Plan de cuidados

9) DdE: Riesgo de úlcera por presión		
	Indicadores	Evaluación inicial
NOC 1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas	110113 Integridad de la piel	5
	110105 Pigmentación anormal	5
	110121 Eritema	5
	110123 Necrosis	5

<p><i>Puntuación escala Likert:</i> 1: grave; 2: sustancial; 3: moderado; 4: leve; 5: ninguno <i>Integridad de la piel: 1: gravemente comprometido; 2: sustancialmente comprometido; 3: moderadamente comprometido; 4: levemente comprometido; 5: no comprometido</i></p>	
<p>NIC 3540 Prevención de úlceras por presión</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Utilizar una herramienta de valoración de riesgo establecida para valorar los factores de riesgo del individuo (Escala Braden) - Documentar el peso y los cambios de peso - Registrar el estado de la piel durante el ingreso y a diario - Aplicar barreras de protección, como cremas o compresas absorbentes, para eliminar el exceso de humedad, según corresponda - Mantener la ropa de la cama limpia y seca, sin arrugas - Vigilar las fuentes de presión y fricción

Tabla 10: Plan de cuidados

10) DdE: Riesgo de infección		
	Indicadores	Evaluación inicial
<p>NOC 0703 Severidad de la infección</p>	070307 Fiebre	5
	070333 Dolor	5
	070334 Hipersensibilidad	5
	070335 Colonización del acceso vascular	5
<p><i>Puntuación escala Likert:</i> 1: grave; 2: sustancial; 3: moderado; 4: leve; 5: ninguno</p>		
<p>NIC 3590 Vigilancia de la piel</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel y las mucosas - Observar el color, calor, tumefacción, pulsos, textura y si hay edema y ulceraciones en las extremidades. - Valorar el estado de la zona de incisión, según corresponda. 	

Tabla 11: Plan de cuidados

11) DdE: Riesgo de cansancio del rol del cuidador		
	Indicadores	Evaluación inicial
<p>NOC 2205 Rendimiento del cuidador principal: cuidados directos</p>	220503 Conocimiento del proceso de enfermedad	5
	220504 Conocimiento del plan de tratamiento	5
	220516 Rendimiento de los procedimientos	5
	220502 Ayuda al receptor de cuidados en las actividades de la vida diaria	5

TRABAJO DE FIN DE GRADO: ANDREA CASTRO MARTÍNEZ

	220501 Aporte de soporte emocional al receptor de los cuidados	5
	220513 Confianza en la realización de las tareas necesarias	5
<p>Puntuación escala Likert: 1: inadecuado; 2: ligeramente adecuado; 3: moderadamente adecuado; 4: sustancialmente adecuado; 5: completamente adecuado</p>		
<p>NIC 7040 Apoyo al cuidador principal</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Determinar el nivel de conocimientos del cuidador - Reconocer la dependencia que tiene el paciente del cuidador, según corresponda - Realizar afirmaciones positivas sobre los esfuerzos del cuidador - Apoyar las decisiones tomadas por el cuidador principal - Proporcionar información sobre el estado del paciente de acuerdo con sus preferencias - Monitorizar la presencia de indicios de estrés - Enseñar al cuidador estrategias para acceder y sacar al máximo provecho de los recursos de cuidados sanitarios y comunitarios - Enseñar al cuidador estrategias de mantenimiento de la asistencia sanitaria para fomentar la propia salud física y mental. - Animar al cuidador durante los momentos difíciles del paciente - Apoyar al cuidador a establecer límites y a cuidar de sí mismo 	

Tabla 12: Plan de cuidados

C.P: Recurrencia del Ictus		
	Indicadores	Evaluación inicial
<p>NOC 0913 Estado neurológico: función sensitiva/motora de pares craneales</p>	091302 Vista	2
	091317 Habla	3
	091306 Sensibilidad facial	5
<p>Puntuación escala Likert: 1: gravemente comprometido; 2: sustancialmente comprometido; 3: moderadamente comprometido; 4: levemente comprometido; 5: no comprometido</p>		
	Indicadores	Evaluación inicial
<p>NOC 0917 Estado neurológico: periférico</p>	091706 Función motora en la extremidad superior derecha	2
	091707 Función motora en la extremidad superior izquierda	5
	091708 Función motora en la extremidad inferior derecha	2

	091709 Función motora en la extremidad inferior izquierda	5
	091734 Hipoestesia en la extremidad superior derecha	2
	091735 Hipoestesia en la extremidad superior izquierda	5
	091736 Hipoestesia en la extremidad inferior derecha	2
	091737 Hipoestesia en la extremidad inferior izquierda	5
<p>Puntuación escala Likert: Función motora: 1: gravemente comprometido; 2: sustancialmente comprometido; 3: moderadamente comprometido; 4: levemente comprometido; 5: no comprometido Hipoestesia: 1:grave; 2: sustancial; 3: moderado; 4: leve; 5: ninguno</p>		
NIC 2620	<ul style="list-style-type: none"> - Comprobar el tamaño, forma, simetría y capacidad de reacción de las pupilas. - Vigilar el nivel de consciencia - Comprobar el nivel de orientación - Analizar la memoria reciente, nivel de atención, memoria pasada, estado de ánimo, afecto y conductas. - Monitorizar los signos vitales (tª, TA, pulso y respiraciones) - Observar si hay trastornos visuales (diplopía, nistagmo...) - Vigilar las características del habla: fluidez, presencia de afasias o dificultad para encontrar palabras - Comprobar la respuesta a estímulos: verbal, táctil y lesivos 	
Monitorización de signos vitales		

Al cuarto día de ingreso, se le retiró la prescripción de reposo absoluto. El paciente fue capaz de levantarse al sillón y de ser transferido en silla de ruedas al baño para poder asearse y orinar. Estos cambios en las capacidades del paciente supusieron una serie de modificaciones en el plan de cuidados del mismo.

Este plan de cuidados modificado se mantuvo hasta el momento en que fue dado de alta. Según informe de los enfermeros, el paciente se mantenía con estabilidad clínica a expensas de ser aceptado su traslado a su centro de referencia en Lugo, para iniciar la rehabilitación física.

A continuación, muestro el plan de cuidados modificado del paciente, previo a ser dado de alta:

Tabla 13: Plan de cuidados

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA QUE SE SOLUCIONÓ			
Trastorno del patrón del sueño r/c factores ambientales m/p dificultad para conciliar el sueño y necesidad de ayuda farmacológica para quedarse dormido.			
	Indicadores	Evaluación inicial	Evaluación final
NOC 0004 Sueño	000403 Patrón del sueño	3	5
	000421 Dificultad para conciliar el sueño	3	5
	000417 Dependencia de las ayudas para dormir	3	5
<p><i>Puntuación escala Likert:</i> 1: Grave; 2: sustancial; 3: moderado; 4:leve; 5: ninguno Patrón del sueño: 1: gravemente comprometido; 2: sustancialmente comprometido; 3: moderadamente comprometido; 4: levemente comprometido; 5: no comprometido</p>			

A continuación, se describen los diagnósticos de enfermería, que hacen referencia a problemas potenciales, que no han sufrido modificaciones en su planificación (NOC y NIC). Se muestran los indicadores que siguen manteniendo una puntuación correspondiente a “no comprometido”, lo que indica que siguen siendo problemas potenciales.

Tabla 14: Plan de cuidados

DIAGNÓSTICOS DE RIESGO NO MANIFESTADOS		
Riesgo de estreñimiento r/c cambios recientes en el entorno y actividad física diaria media inferior a la recomendada según el sexo y la edad.		
	Indicadores	Evaluación final
NOC 0501 Eliminación intestinal	050101 Patrón de eliminación	5
	050104 Cantidad de heces en relación a la dieta	5
	050112 Facilidad de eliminación	5
	050121 Eliminación fecal sin ayuda	5
	050110 Estreñimiento	5
<p><i>Puntuación escala Likert:</i> 1:gravemente comprometido; 2: sustancialmente comprometido; 3: moderadamente comprometido; 4: levemente comprometido; 5: no comprometido Estreñimiento: 1: grave; 2: sustancial; 3: moderado; 4: leve; 5: ninguno.</p>		
Riesgo de caídas r/c edad ≥65 años, prótesis en las extremidades inferiores, deterioro de la movilidad, deterioro de la visión y deterioro auditivo.		

	Indicadores	Evaluación final
NOC 1934 Entorno seguro de asistencia sanitaria	193401 Provisión de iluminación	5
	193404 Sistema de llamada de la enfermera al alcance	5
	193405 Cama en posición baja	5
	193407 Regulación de la temperatura ambiental	5
	193408 Eliminación de niveles de ruido perjudiciales	5
<i>Puntuación escala Likert:</i> <i>1: inadecuado; 2: ligeramente adecuado; 3: moderadamente adecuado;</i> <i>4: sustancialmente adecuado; 5: completamente adecuado.</i>		
Riesgo de úlcera por presión r/c escala de Braden <18		
	Indicadores	Evaluación final
NOC 1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas	110113 Integridad de la piel	5
	110105 Pigmentación anormal	5
	110121 Eritema	5
	110123 Necrosis	5
<i>Puntuación escala Likert:</i> <i>1: grave; 2: sustancial; 3: moderado; 4: leve; 5: ninguno</i> <i>Integridad de la piel: 1: gravemente comprometido; 2: sustancialmente comprometido; 3: moderadamente comprometido; 4: levemente comprometido; 5: no comprometido</i>		
Riesgo de infección r/c vía venosa periférica		
	Indicadores	Evaluación final
NOC 0703 Severidad de la infección	070307 Fiebre	5
	070333 Dolor	5
	070334 Hipersensibilidad	5
	070335 Colonización del acceso vascular	5
<i>Puntuación escala Likert:</i> <i>1: grave; 2: sustancial; 3: moderado; 4: leve; 5: ninguno</i>		
Riesgo de cansancio del rol del cuidador r/c el cuidador es la pareja y tiempo de descanso del cuidador insuficiente.		
	Indicadores	Evaluación final
NOC 2205 Rendimiento del cuidador principal: cuidados directos	220503 Conocimiento del proceso de enfermedad	5
	220504 Conocimiento del plan de tratamiento	5
	220516 Rendimiento de los procedimientos	5
	220502 Ayuda al receptor de cuidados en las actividades de la vida diaria	5

TRABAJO DE FIN DE GRADO: ANDREA CASTRO MARTÍNEZ

	220501 Aporte de soporte emocional al receptor de los cuidados	5
	220513 Confianza en la realización de las tareas necesarias	5
<p><i>Puntuación escala Likert:</i> 1: inadecuado; 2: ligeramente adecuado; 3: moderadamente adecuado; 4: sustancialmente adecuado; 5: completamente adecuado</p>		

Los diagnósticos de enfermería que se describen a continuación muestran los problemas de salud que continúa presentando el paciente.

Se indican las modificaciones en la puntuación de los indicadores, desde el primer día hasta la evaluación final, y los cambios planificados en las actividades a realizar en cada una de las intervenciones. Como se puede observar, disminuyeron las actividades en todos los NIC seleccionados.

Tabla 15: Plan de cuidados

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA QUE NO SE SOLUCIONAN			
Déficit de autocuidado: alimentación r/c deterioro neuromuscular m/p deterioro de la habilidad para comer por sí solo de manera aceptable.			
	Indicadores	Evaluación inicial	Evaluación final
NOC 0303 Autocuidados: comer	030316 Corta la comida	3	4
	030303 Maneja utensilios	3	4
	030304 Coge comida con los utensilios	3	4
	030305 Coge tazas o vasos	3	4
	030308 Se lleva comida a la boca con utensilios.	3	4
<p><i>Puntuación escala Likert:</i> 1: gravemente comprometido; 2: sustancialmente comprometido; 3: moderadamente comprometido; 4: levemente comprometido; 5: no comprometido</p>			
NIC 1803: Ayuda con el autocuidado:			
- Proporcionar ayuda física, si es necesario			
Déficit de autocuidado: baño/higiene r/c deterioro neuromuscular m/p deterioro de la habilidad para acceder al baño y lavar y secar el cuerpo			

	Indicadores	Evaluación inicial	Evaluación final
NOC 0301 Autocuidados: baño	030113 Se lava la cara	2	5
	030114 Se lava la parte superior del cuerpo	2	4
	030115 Se lava la parte inferior del cuerpo	2	3
	030116 Se lava la zona perineal	2	4
	030111 Seca el cuerpo	2	3
<i>1:gravemente comprometido; 2: sustancialmente comprometido; 3: moderadamente comprometido; 4: levemente comprometido; 5: no comprometido</i>			
NIC 1801: Ayuda con el autocuidado: baño/higiene			
<ul style="list-style-type: none"> - Facilitar que el paciente se bañe él mismo, según corresponda. - Determinar la cantidad y tipo de ayuda necesitada 			
Déficit de autocuidado: vestido r/c deterioro neuromuscular m/p deterioro de la habilidad para ponerse y quitarse diferentes piezas de ropa.			
	Indicadores	Evaluación inicial	Evaluación final
NOC 0302 Autocuidados: vestir	030204 Se pone la ropa en la parte superior del cuerpo	3	4
	030205 Se pone la ropa en la parte inferior del cuerpo	2	3
	030211 Se quita la ropa de la parte superior del cuerpo	3	4
	030214 Se quita la ropa de la parte inferior del cuerpo	2	3
<i>Puntuación escala Likert: 1:gravemente comprometido; 2: sustancialmente comprometido; 3: moderadamente comprometido; 4: levemente comprometido; 5: no comprometido</i>			
NIC 1802 : Ayuda con el autocuidado: vestirse/arreglo personal			
<ul style="list-style-type: none"> - Facilitar que el paciente se peine, si es el caso - Facilitar que el paciente se afeite él mismo, según corresponda - Estar disponible para ayudar en el vestir, si resulta oportuno 			

Al retirar la prescripción de reposo absoluto, el paciente se levantó al sillón y fue al baño, ello produce una mejoría en su movilidad física, alcanzando una puntuación de 5 en los indicadores *coordinación, movimiento muscular y mantenimiento posición corporal*, y se estableció un indicador nuevo referido al traslado en el plan final.

Con respecto a las actividades desarrolladas para trabajar el deterioro de la movilidad no se vieron modificadas, se seguirán empleando las mencionadas anteriormente en los NIC *Cambio de posición y Manejo de la desatención unilateral*.

Tabla 16: Plan de cuidados			
Deterioro de la movilidad física r/c deterioro neuromuscular, deterioro musculoesquelético, deterioro sensorio perceptivo y prescripción de restricción de movimientos m/p limitación de la capacidad para las habilidades motoras finas y gruesas y movimientos descoordinados.			
	Indicadores	Evaluación final	
NOC 0208 Movilidad	020805 Realización del traslado	3	
Puntuación escala Likert: <i>1: gravemente comprometido; 2: sustancialmente comprometido; 3: moderadamente comprometido; 4: levemente comprometido; 5: no comprometido</i>			
	Indicadores	Evaluación inicial	Evaluación final
NOC 0918 Atención al lado afectado	091807 Organiza el entorno para compensar las deficiencias físicas y sensoriales	3	4
	091810 Estimula la fuerza y la destreza en la extremidad afectada	2	3
	091811 Evita la infrautilización de la extremidad afectada	2	3
	091812 Mantiene el control postural	3	4
Puntuación escala Likert: <i>1: nunca demostrado; 2: raramente demostrado; 3: A veces demostrado; 4: frecuentemente demostrado; 5: siempre demostrado</i>			

En cuanto a su capacidad para recibir, procesar, transmitir y/o usar símbolos verbales, el paciente tuvo una ligera mejoría lo que origina una reducción en las actividades de la intervención *Mejorar la comunicación: déficit del habla*, planificándose solo las que se describen a continuación.

Tabla 17: Plan de cuidados			
Deterioro de la comunicación verbal r/c enfermedad fisiológica m/p afasia			
	Indicadores	Evaluación inicial	Evaluación final
NOC 0902 Comunicación	090202 Utiliza el lenguaje hablado	3	4
	090206 Reconoce los mensajes recibidos	3	4
	090210 Interpreta exactamente los mensajes recibidos	3	4
	090207 Dirige mensajes de forma apropiada	3	4
	090208 Intercambia mensajes con los demás	4	5
Puntuación escala Likert: <i>1: gravemente comprometido; 2: sustancialmente comprometido; 3: moderadamente comprometido; 4: levemente comprometido; 5: no comprometido</i>			
NIC 4976: Mejorar la comunicación: déficit del habla - Monitorizar a los pacientes para detectar la aparición de frustración, ira, depresión u otras respuestas a la alteración de las capacidades del habla. - Identificar las conductas emocionales y físicas como formas de comunicación.			

En lo relativo a la complicación potencial, como se puede observar, se produjo una mejoría, tal y como se refleja en la puntuación de algunos indicadores; aun así, durante la hospitalización se mantuvieron todas las actividades para el control neurológico.

Tabla 18: Plan de cuidados			
C.P: Recurrencia del Ictus			
	Indicadores	Evaluación inicial	Evaluación final
NOC 0913 Estado neurológico: función sensitiva/motora de pares craneales	091302 Vista	2	2
	091317 Habla	3	4
	091306 Sensibilidad facial	5	5

<i>Puntuación escala Likert: 1: gravemente comprometido; 2: sustancialmente comprometido; 3: moderadamente comprometido; 4: levemente comprometido; 5: no comprometido</i>			
	Indicadores	Evaluación inicial	Evaluación final
NOC 0917 Estado neurológico: periférico	091706 Función motora en la extremidad superior derecha	2	4
	091707 Función motora en la extremidad superior izquierda	5	5
	091708 Función motora en la extremidad inferior derecha	2	3
	091709 Función motora en la extremidad inferior izquierda	5	5
	091734 Hipoestesia en la extremidad superior derecha	2	2
	091735 Hipoestesia en la extremidad superior izquierda	5	5
	091736 Hipoestesia en la extremidad inferior derecha	2	2
	091737 Hipoestesia en la extremidad inferior izquierda	5	5
<i>Puntuación escala Likert: Función motora: 1: gravemente comprometido; 2: sustancialmente comprometido; 3: moderadamente comprometido; 4: levemente comprometido; 5: no comprometido Hipoestesia: 1:grave; 2: sustancial; 3: moderado; 4: leve; 5: ninguno</i>			

6. DISCUSION

La taxonomía NOC empleada en este plan de cuidados contiene resultados para personas, cuidadores y familias, que pueden utilizarse en todas las especialidades clínicas y en numerosos entornos. Las enfermeras que incorporan la NOC en su práctica, pueden cuantificar el cambio en el estado del paciente después de las intervenciones y monitorizar su progreso.

Para evaluar la eficacia de las intervenciones realizadas se comparó la puntuación inicial de los resultados del paciente con la final establecida cuando fue dado de alta.

Una de las dificultades percibidas durante la evaluación de los diferentes resultados ha sido establecer las puntuaciones numéricas de la escala, debido a la falta de criterio para puntuar los diferentes indicadores. En mi caso, al ser la única persona que la realiza, la dificultad ha sido menor.

En nuestros resultados, podemos observar que en algunos indicadores se sigue manteniendo la misma puntuación y en otros se ha producido una mejoría desde el ingreso. En función de esto, podemos decir que las intervenciones seleccionadas han sido efectivas.

El único problema de salud que se ha resuelto en su totalidad es el *Trastorno del patrón del sueño*, por tanto, podemos decir que las actividades realizadas fueron efectivas.

Los déficits de autocuidados han experimentado una gran mejoría al retirarse la prescripción de reposo. A pesar de ello, el paciente tiene una puntuación en la escala de Barthel de 40 al alta, por lo que presenta una dependencia moderada para las actividades básicas de la vida diaria. Los indicadores nos muestran que la dependencia es diferente para el autocuidado de alimentación que para aquellos que requieren una mayor fuerza física como para asearse o vestirse la parte inferior del cuerpo.

La prescripción de reposo y la planificación de actividades que se realizan de manera habitual en la unidad para el deterioro de la movilidad física, considero que fueron insuficientes porque estaban dirigidas fundamentalmente a ayudar al paciente a ser independiente en sus autocuidados, y no a potenciar la movilidad.

Opino que en la unidad del ictus el deterioro de la movilidad física no se ha trabajado como un problema prioritario, ya que la rehabilitación física se plantea como un proceso posterior al ingreso. Pienso que sería adecuado empezar a trabajar desde un inicio el deterioro de la movilidad que experimentan estos pacientes, puesto que facilitaría su posible rehabilitación funcional y evitaría que la función muscular siga deteriorándose.

El *Deterioro de la comunicación verbal* mejoró pues de una afasia leve-moderada pasó a una afasia leve en el momento del alta. Considero que las actividades realizadas han sido eficaces, pero el tratamiento definitivo de la afasia requiere la intervención de un logopeda, que habitualmente es realizada cuando el enfermo está en atención domiciliaria.

En cuanto a los diagnósticos de riesgo, resaltar que no hubo cambios en la puntuación de los indicadores, lo que indica que las actividades planificadas han prevenido correctamente esos problemas de salud.

Los planes de cuidados descritos en la bibliografía consultada recogen todos los diagnósticos descritos en nuestro plan de cuidados, a excepción del *Riesgo de cansancio del rol del cuidador*. No se han encontrado diagnósticos de enfermería referidos a la familia, entiendo que no la engloban como parte del proceso asistencial del paciente y que de esta forma no se están abordando sus cuidados de forma integral y holística.

Las intervenciones y resultados planificados coinciden, en general, con los descritos en la bibliografía para situaciones clínicas similares. Como muchos de los planes de cuidados eran estandarizados, incluían más diagnósticos, resultados e intervenciones que los planificados en nuestro caso.

Hemos podido comparar la evolución de nuestro paciente con la de otra persona descrita en un caso clínico. Se ha constatado que, a pesar de que algunas de las intervenciones o indicadores no eran coincidentes, la evaluación final era muy similar. Por ejemplo, en el *Trastorno del patrón del sueño*, se solucionó el problema a pesar de que la NIC planificada era distinta. En nuestro caso la intervención fue *NIC: Mejorar el sueño*, y la que se utilizó en el otro caso fue *NIC: Manejo ambiental: confort*²¹. Creo que estos resultados se deben a que muchas de las actividades son coincidentes en varias intervenciones relacionadas con los mismos problemas.

La realización de este trabajo me permite afirmar que los resultados e intervenciones indicados son adecuados para reflejar y evaluar los cuidados de enfermería en pacientes con ACV atendidos en la unidad de ictus, ya que los NOC y NIC seleccionados agrupan de forma normalizada la práctica enfermera en dicha unidad.

A pesar de que cada persona responde de forma individual ante un problema de salud, los datos recopilados y la revisión de la bibliografía nos indican que hay diagnósticos de enfermería, resultados e intervenciones que son comunes para personas en situaciones clínicas similares.

Considero que la utilización de taxonomías enfermeras, es una herramienta que mejora la práctica enfermera. Los esfuerzos de las enfermeras para medir los resultados y captar los cambios en el estado de los pacientes a lo largo del tiempo, permiten mejorar la calidad del cuidado de los pacientes y ampliar la base del conocimiento enfermero. La medición de los resultados nos indica si los pacientes responden positivamente a las intervenciones enfermeras y ayuda a determinar si son necesarios cambios en el cuidado.

El uso de resultados estandarizados facilita los datos necesarios para aclarar el conocimiento enfermero, avanzar en el desarrollo teórico, determinar la efectividad del cuidado enfermero y mostrar contribuciones de la enfermería hacia los pacientes, familias y comunidades.

La taxonomía NIC nos permite utilizar un lenguaje común para contribuir a poner de manifiesto la práctica enfermera con el fin de hacerla más visible, a la vez que nos ayuda en la coordinación entre los propios profesionales.

Dadas las dificultades percibidas, una de las posibles líneas de investigación futuras podría ser el establecimiento de unos criterios más específicos a la hora de puntuar los indicadores, teniendo en cuenta las

características del paciente, su situación clínica y el entorno el que se desarrolla el plan de cuidados.

Finalmente, a nivel personal, el ictus siempre me ha parecido una patología importante, se trata de una enfermedad bastante frecuente en nuestra sociedad y el poder haber entrado en contacto con ella, primero en urgencias y luego en el servicio de neurología, me ha servido para poder movilizar y adquirir más conocimientos acerca de los cuidados que se le proporcionan a este tipo de pacientes.

Por último, he de resaltar que este trabajo fue llevado a cabo en la unidad de neurología, a pesar de estar realizando mi practicum en urgencias. Por ello, quiero agradecer a la supervisora de la unidad y a las enfermeras su disposición para poder trabajar con ellas y ayudarme en la realización de este trabajo.

7. CONSIDERACIONES ÉTICO – LEGALES

En el desarrollo del caso se han respetado las normas de buena práctica, así como los requisitos establecidos en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Asimismo, los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez Yáñez M, Fernández Maiztegui C, Pérez Concha T, Luna A, Roncero N, Castillo J, Zarranz J.J. Enfermedades vasculares cerebrales. En: Zarranz J.J, Director. Neurología. 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2013. P.275 – 326.
2. Boletín número 12. Las enfermedades crónicas no transmisibles. Ministerio de Salud, Gobierno Entre Ríos. Paraná; 2017.
3. Castillo Sánchez J, Jiménez Martín I. Reeducción funcional tras un ictus. Barcelona: Elsevier; 2015.

4. Acosta Ramírez P, Alegría Barrero E, Álvarez Rodríguez NE, Antolín Serna T, Aranda Moreno S, Casanova Peña I, et al. Atención hospitalaria al paciente con ictus. Madrid: Medical & Marketing Communications; 2015.
5. Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y Accidentes Cerebrovasculares. [Online]; 2014 [citado 5 Mayo 2014]. Disponible en: https://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/accidente_cerebrovascular.htm
6. Agustín Oliva S, Martínez Martínez E, Claver Laliena E, Morlán Pociello S, Sanagustín Garcés MC, Tierz Vélez L. Código Ictus. Actuación en el servicio de urgencias. PortalesMédicos.com [revista en Internet].2017 [acceso 14 de Marzo 2018]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/codigo-ictus-actuacion-servicio-urgencias/>
7. Ictus FEd. Federación Española del Ictus [Online]; Barcelona, 2017. [acceso 14 de Marzo 2018]. Disponible en: <https://ictusfederacion.es/infoictus/codigo-ictus/>
8. Lee HJ, Choi EK, Lee SH, Kim YJ, Han KD, Oh S. Risk of ischemic stroke in metabolically healthy obesity: A nationwide population-based study. PLOS ONE. 2018; 13(3): p.1 – 14.
9. Cayuela A, Cayuela L, Escudero Martínez I, Rodríguez Domínguez S, González A, Moniche F, Jiménez MD, Montaner J. Análisis de las tendencias en la mortalidad por enfermedades cerebrovasculares en España 1980-2011. Neurología. 2016; 31(6): P. 370-378
10. Gobierno de Cantabria. Plan de Salud de Cantabria. Cantabria: Consejería de sanidad y servicios sociales; 2014-2019. Disponible en: https://saludcantabria.es/uploads/pdf/consejeria/plan_salud_cantabria_2014-2019_it.pdf
11. Pérez Pérez AM. Guía de atención al ictus. Canarias: Servicio Canario de Salud. Disponible en: http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/e0db5d49-42f9-11e4-8972-271aa1fcf7bb/Guia_ICTUS.pdf

12. Brea A, Lacastra M, Martorrel E, Pedragosa A. Epidemiología de la enfermedad vascular cerebral en España. *Clin Invest Arterioscl.* 2013; 25(5): p. 211 - 217.
13. Rodríguez Campello A, Cuadrado Godia E, Giralt Steinhauer E, Rodríguez Fernández E, Domínguez A, Romeral G, Muñoz E, Roquer J. Detección de ictus intrahospitalario: evaluación de resultados de un programa de formación y entrenamiento a personal médico y de enfermería. *Neurología.* 2015; 30(9): p. 529-535
14. Plan de asistencia ao ictus en Galicia [monografía en Internet]. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia, Consellería de Sanidade, Servizo Galego de Saúde, Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria, Subdirección Xeral de Planificación e Programación Asistencial; 2016 [acceso 31 de octubre de 2017]. Disponible en: https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/Documents/874/PLAN%20DE%20ASISTENCIA%20AO%20ICTUS%20EN%20GALICIA_def_2.pdf
15. Arrojo Fuentes R, Castro Pérez JM, Díaz Lamas AM, Díaz Valiño JL, Fernández Couto D, Freire Moar D et al. Código Ictus. A Coruña; 2013
16. Instrución 3/2016 pola que se establecen os criterios de coordinación para a atención ao ictus dos/das pacientes do Servicio Galego de Saúde. Xerencia do Servicio Galego de Saúde. Santiago de Compostela; 2016.
17. Bardají T, Navarro MV, Barrachina L. Introducción. En: Bardají T, Navarro MV, directoras. *Enfermería médico – quirúrgica. Necesidad de movimiento.* 2ª ed. Barcelona: Masson; 2000. P. 3 – 11.
18. Heather Herdman T, Kamitsuru S. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación. 9ª ed. Barcelona: Elsevier; 2015-2017.
19. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014.

20. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6ª ed. Barcelona: Elsevier: 2014.
21. Toril Sánchez M. Plan de cuidados individualizado para una paciente con ictus. REDUCA. 2014; 6 (3): 416- 460.
22. Núñez M, Alcántara MC, Pérez M, Rodríguez de Miguel C, López MA, Altamirano I. Accidente vascular cerebral tras realización de colonoscopia bajo sedación profunda: a propósito de un caso. Enferm Endosc Dig. 2015; 2(2): 4-8.
23. Fernández Benito RE, López Rojo N, Martín Toral S, Zubigalla Cué E. Plan de cuidados de enfermería estandarizado del paciente con ictus. Nuber Cientif. 2012; 1(7): 60-69.
24. Suñer Soler R. Tratado de enfermería neurológica. La persona, la enfermedad y los cuidados. 3ª ed. Barcelona: Elsevier; 2013.
25. Abad García J, Abad Pérez MA, Abad Picos E, Abad Sánchez J, Abaga Manteiga B, Abelenda Couto J, et al. Planes de cuidados. A Coruña: Tórculo Artes Gráficas; 2002.

9. ANEXOS

Anexo I

Tabla 19: Escala Glasgow ¹⁴		
Apertura de los ojos	Espontánea	4
	Tras estímulo verbal	3
	Tras estímulo doloroso	2
	Ausente	1
Respuesta verbal	Orientado	5
	Conversación confusa	4
	Palabras inapropiadas	3
	Incomprensible	2
	Ausente	1
Respuesta motora	Obedece ordenes	6
	Localiza el dolor	5
	Flexión ante el dolor	4
	Flexión anormal	3
	Extensión al dolor	2
	Ausente	1
Puntuación total	Leve	13 – 15
	Moderado	9 – 12
	Grave	<8

Anexo II: Escala NIHSS¹⁵

Escala NIHSS: *National Institute of Health Stroke Scale*. Fechas/hora:

1a. Nivel de conciencia	Alerta	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Somnolencia	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Obnubilación	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	Coma	3	3	3	3	3	3	3	3	3
1b. Nivel de conciencia Preguntas verbales ¿En qué mes vivimos? ¿Qué edad tiene?	Ambas respuestas son correctas	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Una respuesta correcta	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Ninguna respuesta correcta	2	2	2	2	2	2	2	2	2
1c. Nivel de conciencia. Órdenes motoras 1.Cierre los ojos, después ábralos. 2.Cierre la mano, después ábrala.	Ambas respuestas son correctas	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Una respuesta correcta	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Ninguna respuesta correcta	2	2	2	2	2	2	2	2	2
2. Mirada conjugada (voluntariamente o reflejos óculocefálicos, no permitidos óculo vestibulares) Si lesión de un nervio periférico: 1 punto.	Normal	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Paresia parcial de la mirada	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Paresia total o desviación forzada	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3. Campos visuales (confrontación) Si ceguera bilateral de cualquier causa: 3 puntos. Si extinción visual: 1 punto	Normal	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Hemianopsia parcial	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Hemianopsia completa	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	Ceguera bilateral	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4. Paresia facial	Normal.	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Paresia leve (asimetría al sonreír.)	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Parálisis total de músc. facial inferior	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	Parálisis total de músc facial superior e inferior.	3	3	3	3	3	3	3	3	3
5. Paresia de extremidades superiores (ES) Se explora 1º la ES no parética Debe levantar el brazo extendido a 45º (decúbito) ó a 90º (sentado). No se evalúa la fuerza distal Se puntúa cada lado por separado. El 9 no se contabiliza en el cómputo global.	Mantiene la posición 10°.	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Claudica en menos de 10° sin llegar a tocar la cama.	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Claudica y toca la cama en menos de 10°.	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	Hay movimiento pero no vence gravedad.	3	3	3	3	3	3	3	3	3
	Parálisis completa.. Extremidad amputada o inmovilizada	4	4	4	4	4	4	4	4	4
6. Paresia de extremidades inferiores (EI) Se explora 1º la EI no patética. Debe levantar la pierna extendida y mantener a 30°. Se puntúa cada lado por separado. El 9 no se contabiliza en el cómputo global.	Mantiene la posición 5°.	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Claudica en menos de 5° sin llegar a tocar la cama.	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Claudica y toca la cama en menos de 5°.	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	Hay movimiento pero no vence gravedad.	3	3	3	3	3	3	3	3	3
	Parálisis completa. Extremidad amputada o inmovilizada.	4	4	4	4	4	4	4	4	4
7. Ataxia de las extremidades. Dedo-nariz y talón-rodilla. Si déficit motor que impida medir disimetría: 0 pt.	Normal.	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Ataxia en una extremidad.	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Ataxia en dos extremidades.	2	2	2	2	2	2	2	2	2
8. Sensibilidad. Si obnubilado evaluar la retirada al estímulo doloroso. Si déficit bilateral o coma: 2 puntos.	Normal	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Leve o moderada hipoestesia.	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Anestesia.	2	2	2	2	2	2	2	2	2
9. Lenguaje. Si coma: 3 puntos. Si intubación o anartria: explorar por escritura.	Normal.	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Afasia leve o moderada.	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Afasia grave, no posible entenderse. Afasia global o en coma	2	2	2	2	2	2	2	2	2
10. Disartria. Si afasia: 3 puntos	Normal.	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Leve, se le puede entender.	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Grave, ininteligible o anartria.	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	Intubado. No puntúa.	9	9	9	9	9	9	9	9	9
11. Extinción-Negligencia-Inatención. Si coma: 2 puntos.	Normal.	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Inatención/extinción en una modalidad Inatención/extinción en más de una modalidad.	1	1	1	1	1	1	1	1	1
TOTAL										

Anexo III

Tabla 20: Escala de riesgo de caídas. Índice de Downton

Criterio de evaluación	Variables	Puntaje
Caídas previas	Si	1
	No	0
Medicamentos	Tranquilizantes, sedantes	1
	Diuréticos, hipotensores no diuréticos	1
	Antiparkinsonianos, antidepresivos, otros	1
Déficit sensoriales	Ninguno	0
	Alteraciones visuales o auditivas	1
Estado mental	Orientado	0
	Confuso	1
	Agitación psicomotora	1
Deambulación	Normal	0
	Asistida con elementos de apoyo	1
	Reposo absoluto postrado	1

Anexo IV

Tabla 21: Escala de Braden

	1.	2.	3.	4.
Percepción sensorial	Limitado completamente	Muy limitado	Limitado levemente	Sin impedimento
Humedad	Constantemente húmeda	Muy húmeda	Ocasionalmente húmeda	Sin impedimento
Actividad	Confinado a la cama	Confinado a la silla	Ocasionalmente camina	Camina frecuentemente
Movilidad	Completamente inmóvil	Muy limitada	Levemente limitada	Sin limitaciones
Nutrición	Completamente inadecuada	Probablemente inadecuada	Adecuada	Excelente
Fricción y roce	Presente	Potencialmente presente	Ausente	

Anexo V: Escala de Barthel

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