

## Plan de cuidados: enfermedad cerebrovascular

**Beatriz Valero Freige**

Universidad Complutense de Madrid. Escuela de Enfermería, Fisioterapia y Podología.  
Ciudad Universitaria, s/n 28040 Madrid  
[Bea\\_2388@hotmail.com](mailto:Bea_2388@hotmail.com)

**Tutora**

**Pilar Mori Vara**

Universidad Complutense de Madrid. Escuela de Enfermería, Fisioterapia y Podología.  
Ciudad Universitaria, s/n 28040 Madrid  
[pmori@enf.ucm.es](mailto:pmori@enf.ucm.es)

**Resumen:** la ECV o ictus se produce por la interrupción del flujo sanguíneo a las células nerviosas. El ictus supone la tercera causa de muerte, la primera de invalidez y la segunda de demencia en el mundo. Genera un coste sanitario del 3 al 4 por ciento. Estos pacientes precisan de una importante función de cuidados y rehabilitación dirigida tanto a la familia como al sujeto, por lo que la enfermería actuará aplicando el proceso enfermero, además de colaborar con los distintos miembros del equipo. Aplicación de las fases del proceso de enfermería para el desarrollo de un plan de cuidados de un paciente del Hospital Universitario 12 de Octubre con diagnóstico médico de ictus isquémico en hemisferio derecho. Se realizó la valoración en función de los patrones funcionales de salud de Marjory Gordon, se formularon y priorizaron los problemas de salud previamente detectados y se establecieron las actuaciones enfermeras correspondientes. Una atención específica e individualizada, muestra beneficios para el paciente.

**Palabras clave:** Ictus-Cuidados-Planificación. Enfermos hospitalizados-Cuidados-Planificación.

**Abstract:** CVD or stroke is caused by interruption of blood flow to nerve cells. Stroke is the third leading cause of death, disability first and the second of dementia in the world. Generates a health cost of 3 to 4 percent. These patients require an important role in care and rehabilitation aimed at both the family as the subject, so that nurses will act using the nursing process and collaborates with other team members. Implementation of the phases of the nursing process to develop a plan of patient care at "Hospital Universitario 12 de Octubre" with a medical diagnosis of ischemic stroke in the right hemisphere. Assessment was conducted based on the functional health patterns of Marjory Gordon, were formulated and prioritized health problems previously identified and actions were established for nurses. A specific and individualized attention shows benefits for patients.

**Keywords:** Stroke-Care plan. Nursing process.

## INTRODUCCIÓN

La enfermedad cerebrovascular (ECV), accidente cerebrovascular (ACV) o ictus consiste en una interrupción súbita del aporte de oxígeno a las células nerviosas, generalmente causado por obstrucción o rotura de uno o más de los vasos sanguíneos que irrigan el cerebro<sup>(1,2)</sup>. Actualmente está más aceptado el término ictus<sup>(3)</sup>, por ser un término global que describe el carácter brusco y súbito del proceso.

## CLASIFICACIÓN

Según su naturaleza patológica, se dividen<sup>(4)</sup> en:

- **Isquémicos:** producido por obstrucción parcial o completa de una arteria como consecuencia del bloqueo por un coágulo de sangre<sup>(5)</sup>. Representan alrededor del 85-90 por ciento de los casos<sup>(6)</sup>. A su vez, estos pueden ser<sup>(1,7)</sup>:
  - ✓ **Accidente isquémico transitorio (AIT)**, déficit neurológico focal de origen vascular con resolución completa en menos de 24 horas. Constituye la señal de alarma de una enfermedad vascular<sup>(1,4)</sup>.
  - ✓ **Infarto cerebral**, déficit vascular isquémico en el que los síntomas neurológicos perduran más de 24 horas. Según el mecanismo de producción encontramos tres tipos:
    - Trombótico:** placa aterotrombótica que ocluye una arteria cerebral<sup>(1,7)</sup>.
    - Embólico:** coágulo de sangre formado lejos del lugar de la obstrucción<sup>(1,7)</sup>.
    - Hemodinámica** (hipoperfusión sistémica): debido a presión arterial demasiado baja o incapacidad del corazón de bombear sangre<sup>(1)</sup>.
- **Hemorrágicos:** originado al romperse un vaso sanguíneo debilitado, provocando que la sangre se escape hacia el cerebro, acumulándose y comprimiendo el tejido cerebral circundante<sup>(8)</sup>. Según su localización, distinguimos: hemorragia intracerebral o subaracnoidea. Representan alrededor del 10-15 por ciento de los casos de ictus<sup>(6)</sup>.

## FACTORES DE RIESGO

Dentro de los factores que favorecen la predisposición a sufrir un ictus, existen<sup>(9,10,11,12)</sup>:

- Factores de riesgo no modificables: edad, sexo, raza, predisposición genética, bajo peso al nacer.
- Factores de riesgo modificables: en este grupo diferenciamos a su vez dos subgrupos:
  - ✓ Enfermedades médicas tratables: hipertensión arterial, dislipemia, diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares, ECV previa, apnea del sueño.
  - ✓ Factores de estilo de vida: hábito tabáquico, consumo excesivo de alcohol (enolismo), obesidad, inactividad física, uso de drogas ilícitas.

También el consumo de anticonceptivos orales supone un factor de riesgo a tener en cuenta para el desarrollo del cuadro.

## CLÍNICA

Los síntomas y/o alteraciones que el ictus puede producir, varían según la localización y tamaño de la lesión; ya que el cerebro es un órgano muy complejo y se encarga del control de varias funciones del cuerpo. Por lo que, si el flujo cerebral no llega a una determinada región, la función del cuerpo situada en ésta, no se desarrollará adecuadamente<sup>(7,13)</sup>. Los síntomas se presentan generalmente de manera súbita, con manifestaciones focales y resolución gradual<sup>(4)</sup>. Entre los síntomas más comunes<sup>(1,13,14,15)</sup> destacamos: hemiparesias, alteración del nivel de conciencia, problemas visuales, auditivos y del tacto, dificultad para mantener el equilibrio y/o coordinación, vértigo intenso, dificultad para deglutir, alteración emocional, afasia, pérdida de control de esfínteres, pérdida de memoria y cefalea de inicio brusco sin causa conocida.

De igual forma, los efectos de la ECV dependen fundamentalmente de la localización de la obstrucción, el grado de tejido cerebral afectado, la rapidez con la que el flujo sanguíneo se restablece y la rapidez con la que zonas no dañadas suplen las que sí lo fueron. Además, si éste afecta al lado derecho del cerebro, el lado izquierdo del cuerpo puede quedar paralizado. Si afecta, en cambio al lado izquierdo del cerebro, el lado derecho del cuerpo será el que pueda quedar paralizado<sup>(2)</sup>.

## COMPLICACIONES Y SECUELAS

En la Declaración de Helsinborg de 1995 y en la del 2006<sup>(16,17)</sup> queda reflejada la importancia de tratar las enfermedades cerebrovasculares como emergencia aguda con el fin de reducir la mortalidad y el grado de dependencia que el paciente puede sufrir tras el episodio. Se ha demostrado que una atención neurológica temprana, tanto prehospitalaria como intrahospitalaria, posibilita prevenir o minimizar el infarto cerebral, es decir, de revertir por completo la lesión neurológica o de aminorar las secuelas clínicas. Por lo que se estableció el Código Ictus<sup>(18)</sup> permitiendo la identificación, notificación y traslado urgente del paciente a una unidad de ictus.

Un ictus puede provocar secuelas diversas<sup>(14,15)</sup> entre las que se encuentran los trastornos sensitivos, déficit de visión, trastornos motores, pérdida de sensibilidad, alteración del equilibrio y afectación en el habla.

Las complicaciones más comunes<sup>(19)</sup> son el edema cerebral, convulsiones, depresión clínica, úlceras de decúbito, contracciones de las extremidades, dolor de hombro, trombosis venosa profunda, infección del tracto urinario y control de la vejiga y neumonía.

La recuperación del ictus es compleja y multidimensional, ya que engloba aspectos físicos, emocionales y sociales, además de estar influida por el lugar de la lesión, la severidad del daño cerebral y la salud global de la persona afectada<sup>(20)</sup>. Un tercio de los pacientes con ECV son capaces de volver a trabajar al año del episodio, la mitad no necesita ayuda para sus actividades cotidianas, el 20% necesita ayuda en determinadas ocasiones y otro 20% es dependiente en mayor o menor medida<sup>(14)</sup>.

La rehabilitación<sup>(14)</sup> en este tipo de pacientes abarca distintas áreas y se requiere una asistencia multidisciplinar además de ser fundamental el apoyo y ayuda familiar.

Es importante señalar que el grado de discapacidad sufrido tras el ictus, afecta tanto al estilo de vida y al concepto de calidad de vida de la persona como al de sus cuidadores<sup>(21,22)</sup>.

## EPIDEMIOLOGÍA

A nivel mundial el ictus representa la tercera causa de muerte, la primera de invalidez adulta y la segunda causa de demencia después de la enfermedad de Alzheimer<sup>(16,21)</sup>, además de ser una de las principales causas de morbilidad<sup>(18)</sup>.

Actualmente, más de 300.000 habitantes españoles han presentado alguna limitación en su capacidad funcional e impedimentos en la autonomía de actividades

básicas e instrumentales de la vida diaria tras haber sufrido un ictus<sup>(22)</sup>. Por ello, el coste humano y económico, consume entre el 3 y el 4% del gasto sanitario<sup>(18)</sup>, es muy elevado, de manera que representa un importante problema de salud pública<sup>(23)</sup>.

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE)<sup>(24)</sup> en 2008 se registraron en España un total de 386.324 defunciones, de éstas, 31.833 fueron consecuencia de enfermedades cerebrovasculares, que además representan el mayor número de defunciones por afecciones del aparato circulatorio, seguidas del infarto agudo de miocardio.

La mortalidad por enfermedades cerebrovasculares<sup>(24)</sup> aumenta exponencialmente con la edad. Siendo notable a partir de los 75 años y registrándose el mayor pico entre los 85 y 89 años. Sin embargo, entre un 5 y un 15% de los pacientes<sup>(25)</sup> son menores de 50 años.

Al analizar datos de años anteriores observamos que el total de muertes producidas por ECV ha disminuido pasando de 33.034 en 2007 a 31.833 en 2008<sup>(26)</sup>, es decir, alrededor de 1200 muertes menos en un año (anexo 1). Probablemente este hecho esté en relación con el control de los factores de riesgo y con un mejor tratamiento<sup>(23,31)</sup>.

Las enfermedades cerebrovasculares son un grupo de enfermedades del aparato circulatorio que representan un peso importante en los ingresos hospitalarios por este tipo de afecciones. La enfermedad vascular cerebral supone la patología más frecuente en los servicios de Neurología y una de las enfermedades de mayor estancia hospitalaria y consecuentemente de mayor elevado coste para las economías de los hospitales<sup>(17)</sup>.

Según las previsiones de la OMS, en el 2050 la población española mayor de 65 años de edad<sup>(23)</sup>, será casi la mitad de los ciudadanos lo que implicará una mayor prevalencia de sufrir un ictus.

Datos del INE<sup>(32)</sup> reflejan que en 2008 las afecciones del aparato circulatorio supusieron la segunda causa de hospitalización entre las mujeres y la primera entre los hombres (anexo 2).

Un dato curioso que se observa es la existencia de un marcado gradiente norte-sur. En la mitad sur de España la tasa de mortalidad por estas causas es mayor al promedio del total del país, mientras que las regiones del norte se encuentran por debajo de dicho promedio. Además España presenta una mortalidad inferior para ambos sexos si se compara con los países del norte de Europa, como los Países Bajos, Suiza, Irlanda, Islandia y los países nórdicos<sup>(33)</sup>.

## DIAGNÓSTICO

La ECV<sup>(34)</sup> es diagnosticada a través de la historia clínica, exploración física y de las funciones encefálicas y neurológicas, además de contar con datos aportados por las pruebas diagnósticas<sup>(1,35)</sup>; seleccionadas según los síntomas y antecedentes clínicos del paciente. Las más relevantes son: tomografía axial computarizada (TAC), resonancia magnética nuclear (RMN) y pruebas de laboratorio.

Las escalas de valoración del ictus<sup>(36)</sup> son una herramienta esencial para valorar el nivel de conciencia y estado neurológico del paciente, que abarcan el proceso diagnóstico, terapéutico y pronóstico. Entre éstas encontramos: Canadiense (anexo 3), Barthel, Rankin y Glasgow.

## TRATAMIENTO

El tratamiento del ictus<sup>(31,37)</sup> dependerá del tipo, de la evolución y del paciente. Los objetivos en el tratamiento más importantes serán: evitar un nuevo episodio y conseguir la máxima rehabilitación funcional de las secuelas, para lo que contamos con:

- **Medidas farmacológicas**

- ✓ Antiagregantes.
- ✓ Anticoagulantes.

Si en un ictus isquémico han pasado menos de tres horas de evolución desde el inicio de los síntomas, y en sujetos seleccionados, se administra el activador del plasminógeno tisular recombinante (rt-PA), lo que condiciona que sólo entre el 3-8% de los pacientes sean potencialmente tratables mediante la administración de fármacos intravenosos (fibrinólisis/trombólisis)<sup>(38,39)</sup>, que permiten disolver el coágulo para restablecer la circulación cerebral, mejorar la evolución y reducir los síntomas<sup>(40)</sup>.

- **Medidas no farmacológicas:**

- ✓ Quirúrgicas: endarterectomía.
- ✓ Técnicas endovasculares.
- ✓ Cambios en los estilos de vida: de especial importancia para el individuo que ya ha sufrido un episodio de ECV para así evitar la recurrencia de un nuevo episodio, aunque es fundamental en prevención primaria.

## IMPORTANCIA DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS EN ECV

La enfermería tiene una importante función de rehabilitación centrada en la educación del individuo y su familia ante la nueva situación. Además constituye el nexo de unión entre los diferentes miembros del equipo y trabaja en colaboración para cumplir sus metas de restaurar y mantener la salud física y social, con especial énfasis en el funcionamiento, independencia y calidad de vida para la persona con lesión cerebral y la de su familia<sup>(41)</sup>.

Si a esto añadimos la alta incidencia de mortalidad y morbilidad que genera, además de los costes tanto humanos como económicos, el envejecimiento poblacional, la importancia de los hábitos de vida y de la prevención de complicaciones y secuelas, así como las diferentes manifestaciones clínicas presentadas según la localización del ictus; nos ha permitido considerarlo como un tema interesante para la actuación enfermera.

Por lo que llevaremos a cabo un plan de cuidados individualizado de un paciente con enfermedad cerebrovascular resaltando así la importancia del proceso enfermero<sup>(42)</sup>, cuyo propósito es identificar el estado de salud del paciente y sus problemas de salud reales y potenciales para establecer planes que aborden las necesidades identificadas y aplicar intervenciones de enfermería específicas que cubran tales necesidades.

Los problemas de salud detectados por la enfermería se enuncian en forma de diagnósticos enfermeros<sup>(43)</sup> definidos como *“interpretaciones científicas procedentes de los datos de valoración que se usan para guiar a las enfermeras en la planificación, implementación y evaluación”*. El objetivo de los cuidados enfermeros es que la persona alcance su bienestar y mejoría, por ello es fundamental que trabajemos en colaboración con el individuo y la familia tanto en la valoración como en la identificación de las necesidades. De igual modo queremos reflejar que las personas se sanan así mismas con sus propios comportamientos, sirviéndose de nuestro apoyo y ayuda para obtener resultados positivos. Para poder llevar a la práctica lo anterior, los enfermeros requerimos del desarrollo de habilidades y características profesionales y personales.

## DESARROLLO

### Objetivos generales

Rehabilitar y reinsertar al paciente que ha sufrido un ictus isquémico en hemisferio derecho.

### Objetivos específicos

- Minimizar complicaciones e incapacidades permanentes.
- Aumentar la autonomía del individuo.
- Reconocer y disminuir la carga de la enfermedad en la familia.
- Construir apoyos para afrontar la nueva situación.

### Metodología

El día 11 de noviembre de 2010, acudimos al servicio de neurología del Hospital Universitario 12 de octubre de Madrid para realizar el seguimiento y valoración de un paciente que cumpliera las características para este trabajo. Entre todos los pacientes elegimos a uno con diagnóstico de ictus isquémico en hemisferio derecho.

Tras informar al paciente y a su familia sobre el objetivo e instrumento de valoración a utilizar, nos manifestaron verbalmente estar de acuerdo y prestarse voluntariamente a esta empresa. Cuatro días después se realizó una valoración global e intencionada al paciente y a sus familiares, con el fin de recoger datos subjetivos y objetivos para el desarrollo de nuestro plan de cuidados individualizado.

Utilizamos los patrones funcionales de salud de Marjory Gordon<sup>(43,44)</sup> como instrumento de valoración enfermera (anexo 4), ya que, con 11 patrones permiten valorar a la persona, familia y/o comunidad además de garantizarnos la selección integral o completa de los datos útiles y necesarios.

Con la valoración de cada patrón obtuvimos la información necesaria para conocer los problemas de salud, lo que nos permitió realizar nuestras formulaciones diagnósticas; basándonos en la clasificación taxonómica II de la NANDA<sup>(43)</sup>.

Obtenidos y formulados los diagnósticos enfermeros, detectamos los criterios de resultados (NOC)<sup>(45)</sup> que pretenden conseguirse tras la aplicación de las intervenciones enfermeras (NIC)<sup>(46)</sup> y que al mismo tiempo y utilizando los indicadores propuestos, permitirán evaluar continuamente el éxito obtenido con cada intervención. Éstas se centran en la conducta enfermera, por lo que se han plasmado diferentes intervenciones con el fin de obtener un resultado deseado.

### DESARROLLO DE UN PLAN DE CUIDADOS INDIVIDUALIZADO

El proceso de enfermería<sup>(42)</sup> es *“un método racional y sistemático de planificación y proporción de asistencia de enfermería individualizada”*. Se compone de distintas fases: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Es cíclico, es decir, sus componentes siguen una secuencia lógica, pero puede intervenir más de un componente a la vez. Al final del primer ciclo, la asistencia puede terminar si los

objetivos se han alcanzado, o puede continuar con una reevaluación, o el plan de asistencia puede modificarse.

Atendiendo a la definición y las diferentes fases de un proceso de enfermería, a continuación se desarrollará el plan de cuidados individualizado de un paciente con diagnóstico médico de ictus isquémico en hemisferio derecho.

## 1. VALORACIÓN

La valoración<sup>(42)</sup> permite la recogida sistemática y continua, organización, validación y registro de los datos (información). Varía en función de su objetivo, momento, tiempo disponible y estado del paciente.

**Presentación:** Varón de 76 años de edad, casado, jubilado, de nacionalidad española, que ingresa en el servicio de neurología procedente de urgencias del Hospital 12 de Octubre el día 29 de octubre de 2010 con diagnóstico médico de ictus isquémico del hemisferio derecho.

**Motivo de consulta:** mareo junto con alteración de la articulación del lenguaje y pérdida de fuerza en hemicuerpo izquierdo.

**Diagnóstico médico:** ictus isquémico de afectación del hemisferio cerebral derecho. Etiología a aclarar.

**Antecedentes personales:** intervenido de infección cutánea en antebrazo derecho en su juventud, hepatitis B, hipertensión arterial (HTA) de 10 años de evolución con crisis hipertensivas (la última hace 5 años) y periodos de mal control. Diabetes mellitus tipo 2 no insulino dependiente de unos 10 años de evolución con mal control en los últimos tiempos, ocasional roncador sin pausas de apnea, fibrilación auricular (FA) crónica anticoagulado con buen control y AIT previo en Mayo de 2009.

**Hábitos tóxicos:** fumador hasta hace 20 años.

**Alergias conocidas:** no conocidas.

**Medicación habitual:** gliclazida (1 comp/24h), doxazosina (8 mg/24h), atenolol 100 mg + clortalidona 25 mg (cada 24 horas), acenocumarol (1/2 y 1/4 alternando).

**Tratamiento actual:** glucemias preprandiales c/8h, humalog según glucemia, insulina Levemir (8-0-4) SC, enalapril (5 mg/12h) VO, doxazosina (8 mg/24h) VO, atenolol 100 mg + clortalidona 25 mg (cada 12 horas) VO, enoxaparina (40 mg/24h) SC, media de compresión muslo izquierdo, levantar al sillón mañana y tarde, haloperidol (1 compr/24h), urapidil 25 mg si TA $\geq$ 185/105 mmHg (máximo 3 bolos).

## **Valoración Por Patrones Funcionales De Salud (Marjory Gordon)<sup>(43)</sup>**

### **Patrón 1: Percepción – Manejo de la salud**

**Valoración:** paciente encamado con limitación parcial de movimientos, es levantado al sillón dos veces al día por el personal sanitario. Piel perfectamente hidratada, no signos de edema. Responde a órdenes sencillas, tiende a mirar y hablar hacia el lado derecho. Se encuentra consciente y orientado. Se observa desviación de la comisura labial hacia el lado izquierdo. Presenta disartria y bradipsiquia.

Ha sido una persona muy trabajadora y luchadora. Hasta los 60 años aproximadamente, sus problemas de salud fueron banales. A partir de aquí apareció la HTA, la diabetes, la hepatitis, la FA crónica, hasta que en mayo de 2009 sufrió un episodio de AIT.

Vive con su mujer en un quinto piso con ascensor, tiene 3 hijos que ya están independizados, tres nietos y un bisnieto. Una de las hijas vive cerca de su domicilio.

Desde que comenzó con los problemas de salud, aunque más especialmente al jubilarse, y tras las recomendaciones de los profesionales sanitarios, todas las mañanas salía a caminar alrededor de una hora.

Toma medicación diaria, que según nos informa la mujer la llevaban controladas y registradas entre los dos, sabe para qué sirve cada fármaco que se toma y acude al médico de familia o la enfermera del centro de salud periódicamente para controlar su tensión arterial (TA), diabetes y comentar si ha notado algún cambio o molestia. La familia aportó la medicación que tomaba en casa y están muy pendientes de todo lo que se le administra al paciente.

El paciente muestra una gran preocupación por recuperarse. La familia centra su interés en que se consiga rehabilitar al paciente lo antes posible para que al menos sea independiente en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Ambos desean recibir un buen trato por parte del personal sanitario.

### **Patrón 2: Nutricional – Metabólico**

**Valoración:** el paciente ha perdido el apetito, desde que está ingresado se come la mitad de lo que le ponen e incluso hay que obligarle. La mujer reconoce que el paciente se echaba un poco de sal en algunas comidas porque decía que no tenían nada de sabor. Por lo general, llevaba una dieta diabética completa, hacía unas cinco comidas al día y comía mucha fruta porque le encanta. Siempre ha preferido los alimentos sólidos a los purés. Por las mañanas desayunaba una o dos piezas de fruta, una tostada y un descafeinado, para merendar, un vaso de leche con una pieza de fruta y de cena algo ligero, un pescado o un filete de ternera. Actualmente está con

dieta túrmix sin sal y con espesantes líquidos de 1500 kcal para favorecer la deglución de los alimentos.

De manera habitual ingiere unos 2 litros de líquidos al día. Desde que está hospitalizado la cantidad de líquidos ingerida es menor, de aproximadamente 1 litro o litro y medio, según le apetezca más o menos agua. Su peso ha disminuido alrededor de 2 kg desde el ingreso. No refiere ningún problema digestivo previo, pero tras el ictus presenta disfagia y dificultad para masticar. En este momento el paciente es incapaz de alimentarse por sí mismo.

Es portador de prótesis dental que consta de dos piezas dentales en maxilar inferior (extraíble), aunque actualmente no lo lleva puesto. Se lavaba los dientes después de cada comida; actualmente la higiene dental del paciente la conserva la mujer, que intenta hacerla después de cada comida. Se observa un color adecuado tanto de dientes como de la lengua, no presenta halitosis ni alteración bucal.

Comenzó a fumar a los 10 años, solía fumar un paquete al día. Ex fumador desde hace aproximadamente 20 años.

Presenta una piel adecuadamente hidratada, sin signos de edema.

El paciente pesa 85 kg y mide 1'78 metros, lo que implica un índice de masa corporal (IMC) de 26.83. Se ha registrado una temperatura de 36,5°C, una tensión arterial de 128/76 mmHg, una frecuencia cardiaca de 59 ppm y una glucemia capilar preprandial de 136 mg/dl.

### **Patrón 3: Eliminación**

**Valoración:** Presenta pañal, que se cambia por turno y/o cada vez que lo requiere. Diuresis de 1700 ml/día, registrándose un balance positivo de unos 300-500 cc. No se observa una alta sudoración ni olor corporal desagradable. Su patrón de eliminación urinaria normal es de 4-5 veces al día y defecaba a diario o como máximo a los dos días. Refiere control de la micción; tras ésta, avisa al personal sanitario para que le cambien el pañal. Última deposición hace tres días.

En la exploración física se observa que al palpar el abdomen existe distensión y no presenta globo vesical. En la auscultación se escuchan ruidos intestinales.

### **Patrón 4: Actividad y Ejercicio**

**Valoración:** paciente encamado. Ha pasado de ser una persona independiente a ser dependiente para realizar las actividades de la vida diaria, aunque él quiere hacerlas no es consciente de que no puede. El paciente refiere continuamente querer levantarse de la cama para ir al baño, quiere abandonar el hospital, etc. Su mujer le da de comer, ya que, no puede coger los cubiertos adecuadamente, lo que implica no

poder llevarse los alimentos a la boca. No es capaz de colocarse el pijama ni ponerse las zapatillas cuando alguna de éstas se le cae, sobre todo si se trata de la del pie izquierdo. Es levantado al sillón dos veces al día.

Tras el cuadro de ictus, el paciente presenta: hemiparesia del cuerpo izquierdo, disartria, disfagia, desviación de la comisura labial hacia la izquierda, bradipsiquia.

La fuerza muscular que presenta en el miembro superior derecho y en el izquierdo es distinta, siendo notablemente mayor en el derecho. Además la pérdida de fuerza es mayor en la extremidad superior que en la inferior, predominio braquial. La extremidad superior presenta gran espasticidad, lo que implica que el paciente tenga el brazo flexionado, ésta se acentúa cuando se intenta movilizar externamente y de manera brusca a la misma.

Se hace rehabilitación constante del hemicuerpo izquierdo del paciente con ayuda de los fisioterapeutas y de la familia. La movilización se realiza a nivel del miembro superior izquierdo tanto de las regiones distales como las proximales, además de ayudar al paciente a que movilice el miembro inferior del mismo lado haciendo que lo levante. No reacciona a estímulos dolorosos en miembro afectado.

El paciente no es consciente del lado afectado, no lo siente como suyo, pues al darle la orden de que me dé y presione mi mano con su mano izquierda, tiende a hacerlo con la derecha, en cambio si le tocamos la mano con la que queremos que lo haga, sí responderá adecuadamente. Tiende a mirar hacia el lado derecho. Es capaz de elevar el miembro inferior cuando está en decúbito supino hasta aproximadamente 20º y flexiona ligeramente la rodilla.

Todas las mañanas salía a pasear alrededor de una hora acompañado de su radio (cuando iba solo), amigos o mujer, compraba el periódico del día que tranquilamente leía en casa. Por las tardes estaba acostumbrado a ver la televisión, pero desde que ingresó no la ha visto, al igual que no puede leer. Es un forofo del fútbol y no se perdía un partido del Atlético de Madrid. Le gusta la música y bailar por lo que acudía con su mujer desde hace unos 7 años a bailar a una sala. Solía acudir al bar de su barrio a ver el fútbol con los amigos.

Presenta respiración eupneica, sin auscultación de ruidos anormales.

Paciente evaluado neurológicamente con la escala Canadiense (anexo 4), obteniendo una puntuación de 6,5, que si la comparamos con puntuaciones previas registradas (5'5, 6), se observa una mejoría.

#### **Patrón 5: Reposo – Sueño**

**Valoración:** el paciente desde que está hospitalizado no descansa bien. Tiene el sueño invertido, se pasa el día durmiendo y al llegar la noche se desvela. Refiere que

los ruidos nocturnos del hospital le molestan y le impiden conciliar el sueño. Se siente cansado durante el día.

Generalmente solía dormir unas siete horas y una siesta de media hora después de comer. La mujer comenta que el paciente normalmente dormía en decúbito lateral izquierdo y sin embargo ahora duerme en decúbito supino y a veces con ligera intención de lateralidad hacia la derecha.

#### **Patrón 6: Cognitivo – Perceptual**

**Valoración:** presenta pérdida de visión por hipermetropía desde hace 8 años, por lo que usa gafas. A lo que se le añade tras el ictus la hemianopsia homónima izquierda.

No se ha observado pérdida de memoria a largo plazo, pues según nos ha corroborado su familia recuerda todos los hechos pasados, el nombre de sus hijos, nietos, hermanos, etc., el número de su documento nacional de identidad..., sin embargo, sí ha habido una pérdida de memoria a corto plazo, no es capaz de recordar qué comió ni quién le visitó el día anterior.

Es capaz de captar perfectamente lo que se le dice y contesta en la medida de sus posibilidades pero con lentitud y de forma breve.

Siempre ha tenido iniciativa en la toma de decisiones, aunque según refiere la familia, desde el AIT sufrido hace un año y medio, esta capacidad mermó, pidiendo más consejo y ayuda a los demás, situación que actualmente se ha agravado. Durante toda su vida ha sido muy estricto, sin embargo ahora ese rol lo ha perdido.

En la exploración física se observa que el paciente está orientado en tiempo y espacio, presenta disartria y bradipsiquia. No se queja de molestias o dolores.

#### **Patrón 7: Autopercepción –Autoconcepto**

**Valoración:** el paciente desea recuperarse para irse lo antes posible a su casa. Ignora lo que ocurre en la mitad izquierda de su cuerpo, no lo siente como suyo, le cuesta contestar cuando le hablamos desde la mitad izquierda al igual que dirigirse hacia nosotros si nos encontramos en dicha situación. Se observa que sobre todo el miembro superior izquierdo no lo reconoce como suyo; el entorno sí es consciente de los efectos que la enfermedad ha tenido en él.

Sin embargo, se siente frustrado e impotente, además de mostrar cierta tristeza cuando tiene que pedir algo a alguien, no le gusta depender de los demás.

### **Patrón 8: Rol – Relaciones**

**Valoración:** el paciente siempre ha tenido un carácter fuerte, tras el episodio de AIT sufrido en el año 2009, su carácter se dulcificó en gran medida. Como consecuencia del ictus, no puede relacionarse como antes, ya no puede salir a caminar con sus amigos por las mañanas, ni irse los días de fútbol al bar a ver los partidos con ellos.

La familia lo describe como una persona con disciplina. Responde con frases cortas y sencillas, presenta notable bradipsiquia y disartria. No suele iniciar una comunicación a no ser que previamente se dirijan a él o necesite algo determinado, como lo es beber agua.

Se encuentra muy acompañado por su familia, su mujer se pasa el día entero con él, excepto las noches que se va a casa para descansar y sus hijos vienen a diario en cuanto el trabajo se lo permite. La mujer y los hijos nos han comentado que un par de amigos vinieron a visitarle. Se muestra mucho más alegre cuando hay dos o más personas a su alrededor, sobre todo si alguno de ellos es uno de sus hijos.

### **Patrón 9: Sexualidad – Reproducción**

**Valoración:** preocupación por la pérdida de la función sexual tanto por el paciente como por su mujer.

### **Patrón 10: Afrontamiento - Tolerancia al estrés**

**Valoración:** Se observa que su estado de ánimo mejora al estar en contacto con sus hijos. A veces se muestra aburrido y cansado de estar en el hospital, aunque refiere querer recuperarse para irse lo antes posible.

La mujer muestra preocupación por él, porque siente que avanza muy despacio y no sabe qué podrá hacer cuando se lo lleve a casa; no se replantea institucionalizarlo. Cuando no está delante del paciente se encuentra afligida y decaída. Nos pide ayuda para conocer qué puede hacer para mejorar la situación de su marido y qué opciones serían más adecuadas para proporcionarle los mejores medios. Además muestra interés por contactar con grupos o asociaciones de personas que estén en una situación como la suya. Está comprometida con la salud del paciente, ayudando en la realización de ejercicios pautados por el fisioterapeuta. Los hijos se encuentran más esperanzados que ella. No se ve preparada para afrontar la nueva situación.

La familia pide respeto y educación por parte del personal sanitario.

### Patrón 11: Valores – Creencias

**Valoración:** tanto el paciente como su núcleo familiar son católicos creyentes pero no practicantes. Consideran que la religión no toma un papel importante en su salud.

## 2. DIAGNÓSTICO

Fase del proceso de enfermería<sup>(42)</sup> que requiere el uso de las habilidades del pensamiento crítico para interpretar los datos de la valoración e identificar las fortalezas y problemas de salud del paciente. El diagnóstico de enfermería se refleja mediante una etiqueta diagnóstica y su correspondiente etiología.

Dominio 2: Nutrición. Clase 1: Ingestión

**Deterioro de la deglución (00103)**<sup>(43,48)</sup> relacionado con ictus isquémico en hemisferio derecho manifestado por disfagia.

Dominio 2: Nutrición. Clase 4: Metabolismo

**Riesgo de nivel de glucemia inestable (00179)**<sup>(43,48)</sup> relacionado con pérdida de la actividad física.

Dominio 3: Eliminación e intercambio. Clase 2: Función gastrointestinal

**Estreñimiento (00011)**<sup>(43,48)</sup> relacionado con actividad física insuficiente y cambios en el patrón de alimentación manifestado por distensión abdominal y último registro de deposición hace tres días.

Dominio 4: Actividad/reposo. Clase 1: Sueño/reposo

**Trastorno del patrón de sueño (00198)**<sup>(43,48)</sup> relacionado con ruidos, luz y adopción de postura no habitual para dormir manifestado verbalmente e informes de cambio del horario vigilia-sueño.

Dominio 4: Actividad/reposo. Clase 2: Actividad/ejercicio

**Déficit de actividades recreativas (00097)**<sup>(43,48)</sup> relacionado con hospitalización y grado de movilidad física manifestado por estado emocional y verbalmente.

**Deterioro de la movilidad física (00085)**<sup>(43,48)</sup> relacionado con hemiparesia y aumento del tono muscular del cuerpo izquierdo manifestado por limitación de las actividades motoras gruesas y/o finas y en la amplitud de movimientos.

**Riesgo de síndrome de desuso (00040)<sup>(43,48)</sup>** relacionado con hemiparesia.

Dominio 4: Actividad/reposo. Clase 4: Respuesta cardiovascular/pulmonar

**Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz (00201)<sup>(43,48)</sup>** relacionado con fibrilación auricular, hipertensión arterial e ictus previo.

Dominio 4: Actividad/reposo. Clase 5: Autocuidado

**Déficit de autocuidado: alimentación (00102)<sup>(43,48)</sup>** relacionado con deterioro cognitivo, físico y neuromuscular manifestado por incapacidad para usar cubiertos, coger alimentos y masticarlos adecuadamente.

**Déficit de autocuidado: baño (00108)<sup>(43,48)</sup>** relacionado con dificultad para percibir una parte corporal, deterioro cognitivo, físico y neuromuscular manifestado por incapacidad para desplazarse al baño y para lavarse el cuerpo.

**Déficit de autocuidado: uso del inodoro (00110)<sup>(43,48)</sup>** relacionado con deterioro cognitivo, físico, neuromuscular, de la movilidad y perceptual manifestado por incapacidad para desplazarse al inodoro.

**Déficit de autocuidado: vestido (00109)<sup>(43,48)</sup>** relacionado con deterioro cognitivo, físico, neuromuscular y dificultad para percibir una parte corporal (perceptual) manifestado por incapacidad para coger, ponerse y quitarse la ropa y/o zapatos.

Dominio 5: Percepción/ cognición. Clase 1: Atención

**Desatención unilateral (00123)<sup>(43,48)</sup>** relacionado con lesión cerebral en hemisferio derecho y hemianopsia homónima izquierda manifestada por no percibir el hemicuerpo afectado (izquierdo) como suyo, tiende a mirar, hablar hacia el lado no afectado y no ve objetos o alimentos situados en el lado afectado.

Dominio 5: Percepción/ cognición. Clase 3: Sensación/percepción

**Trastorno de la percepción sensorial: visual (00122)<sup>(43,48)</sup>** relacionado con alteración de la recepción sensorial manifestado por cambios en la agudeza visual.

Dominio 5: Percepción/ cognición. Clase 4: Cognición

**Deterioro de la memoria (00131)<sup>(43,48)</sup>** relacionado con ictus isquémico en hemisferio derecho manifestado por no recordar hechos recientes.

Dominio 5: Percepción/ cognición. Clase 5: Comunicación

**Deterioro de la comunicación verbal (00051)<sup>(43,48)</sup>** relacionado con lesión cerebral manifestado por disartria y bradipsiquia.

Dominio 6: Autopercepción. Clase 2: Autoestima

**Baja autoestima situacional (00120)<sup>(43,48)</sup>** relacionado con deterioro funcional manifestado por tristeza, frustración e impotencia.

Dominio 7: Rol/relaciones. Clase 1: Roles de cuidador

**Riesgo de cansancio del rol de cuidador (00062)<sup>(43,48)</sup>** relacionado con inexperiencia del cuidador y cambio de roles.

Dominio 7: Rol/relaciones. Clase 2: Relaciones familiares

**Interrupción de los procesos familiares (00060)<sup>(43,48)</sup>** relacionado con alteración del estado de salud de un miembro de la familia manifestado por cambios en la vida de todos sus integrantes, girando alrededor del hospital.

Dominio 7: Rol/relaciones. Clase 3: Desempeño del rol

**Deterioro de la interacción social (00052)<sup>(43,48)</sup>** relacionado con aislamiento terapéutico y limitación física manifestado por cambio en las situaciones sociales.

Dominio 8: Sexualidad. Clase 2: Función sexual

**Patrón sexual ineficaz (00065)<sup>(43,48)</sup>** relacionado con cambios en el estado de salud de uno de la pareja manifestado verbalmente indicando desconocimiento por la nueva situación.

Dominio 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés. Clase 2: Respuestas de afrontamiento

**Disposición para mejorar el afrontamiento familiar (00075)<sup>(43,48)</sup>** relacionado con manifestación verbal del cuidador principal.

Dominio 11: Seguridad/protección. Clase 1: Infección

**Riesgo de infección (00004)<sup>(43,48)</sup>** relacionado con hospitalización superior a 72 horas.

Dominio 11: Seguridad/protección. Clase 2: lesión física

**Riesgo de aspiración (00039)<sup>(43,48)</sup>** relacionado con deterioro de la deglución.

**Riesgo de deterioro de la integridad cutánea (00047)<sup>(43,48)</sup>** relacionado con inmovilización física.

**Riesgo de caídas (00155)**<sup>(43,48)</sup> relacionado con hemiparesia izquierda y hemianopsia homónima izquierda.

**Riesgo de lesión (00035)**<sup>(43,48)</sup> relacionado con hemiparesia izquierda y hemianopsia homónima izquierda.

### 3. PLANIFICACIÓN

Fase deliberada y sistemática del proceso de enfermería<sup>(42)</sup> que implica la toma de decisiones y la solución de problemas. Se basa en la valoración y en los diagnósticos para formular objetivos y diseñar intervenciones, además de ocuparse de la priorización de los problemas.

Dominio 2: Nutrición. Clase 1: Ingestión.

**Deterioro de la deglución (00103)**<sup>(43,47,48)</sup> relacionado con ictus isquémico en hemisferio derecho manifestado por disfagia.

Según bibliografía<sup>(48)</sup>, el diagnóstico de deterioro de la deglución se centra más en un problema fisiopatológico que en una situación de salud. Por ello, hemos decidido desarrollar el diagnóstico de riesgo de aspiración por permitirnos una actuación más colaborativa y en la que la enfermería puede prestar actividades de prevención.

Dominio 2: Nutrición. Clase 4: Metabolismo.

**Riesgo de nivel de glucemia inestable (00179)**<sup>(43,47,48)</sup> relacionado con pérdida de la actividad física.

Este diagnóstico actualmente no requiere una actuación prioritaria porque el paciente se encuentra con unos niveles de glucemia adecuados.

Dominio 3: Eliminación e intercambio. Clase 2: Función gastrointestinal.

**Estreñimiento (00011)**<sup>(43,47,48)</sup> relacionado con actividad física insuficiente y cambios en el patrón de alimentación manifestado por distensión abdominal y último registro de deposición hace tres días.

**Resultados (NOC)**<sup>(45,47)</sup>: Eliminación intestinal (0501).

Indicadores<sup>(45)</sup>: Patrón de eliminación (050101): 4, levemente comprometido.

**Intervenciones (NIC)<sup>(46,47)</sup>:**

a) Manejo del estreñimiento/impactación (0450)

Actividades:

- Administrar enema o la irrigación.
- Vigilar la existencia de peristaltismo.

b) Manejo intestinal (0430)

Actividades:

- Informar si hay disminución de sonidos intestinales
- Administrar líquidos calientes después de las comidas.

Dominio 4: Actividad/reposo. Clase 1: Sueño/reposo.

**Trastorno del patrón de sueño (00198)<sup>(43,47,48)</sup>** relacionado con ruidos, luz y adopción de postura no habitual para dormir manifestado verbalmente e informes de cambio del horario vigilia-sueño.

**Resultados (NOC)<sup>(45,47)</sup>:** Sueño (0004)

Indicadores<sup>(45)</sup>: Duerme toda la noche (000418): 3, moderadamente comprometido; patrón del sueño (000403): 4, levemente comprometido.

**Intervenciones (NIC)<sup>(46,47)</sup>:**

a) Manejo ambiental: confort (6482)

Actividades:

- Evitar interrupciones innecesarias y permitir períodos de reposo
- Ajustar la iluminación de forma que se adapte a las actividades de la persona, evitando la luz directa en los ojos.
- Crear un ambiente tranquilo y de apoyo.

b) Mejorar el sueño (1850)

Actividades:

- Regular los estímulos del ambiente para mantener los ciclos día-noche normales.

Dominio 4: Actividad/reposo. Clase 2: Actividad/ejercicio.

**Déficit de actividades recreativas (00097)**<sup>(43,47,48)</sup> relacionado con hospitalización y grado de movilidad física manifestado por estado emocional y verbalmente.

No es un diagnóstico de intervención prioritaria. Se puede obtener su resolución actuando sobre otros diagnósticos.

**Deterioro de la movilidad física (00085)**<sup>(43,47,48)</sup> relacionado con hemiparesia y aumento del tono muscular del cuerpo izquierdo manifestado por limitación de las actividades motoras gruesas y/o finas y en la amplitud de movimientos.

**Resultados (NOC)**<sup>(45,47)</sup>: Movilidad (0208), movimiento coordinado (0212)

Indicadores<sup>(45)</sup>: movimiento muscular (020803): 2, sustancialmente comprometido; mantenimiento de la posición corporal (020802): 3, moderadamente comprometido; tono muscular (021202): 2, sustancialmente comprometido; control del movimiento (021205): 3, moderadamente comprometido.

**Intervenciones (NIC)**<sup>(46,47)</sup>:

a) Terapia de ejercicios: control muscular (0226)

Actividades:

- Colaborar con fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y de recreación en el desarrollo y ejecución de un programa de ejercicios.
- Enseñar al paciente a explorar visualmente el lado afectado del cuerpo al realizar las actividades de la vida diaria o los ejercicios.
- Proporcionar instrucciones paso a paso para cada actividad motora durante el ejercicio o actividades de la vida diaria.
- Ayudar al paciente a desarrollar el protocolo de ejercicios para conseguir resistencia, fortaleza y flexibilidad.
- Evaluar el progreso del paciente en la mejora/restablecimiento del movimiento y la función corporal.
- Proporcionar un apoyo positivo a los esfuerzos del paciente en la actividad física y en los ejercicios.

b) Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito (5612)

Actividades:

- Enseñar al paciente a realizar la actividad/ejercicio prescrito.
- Enseñar al paciente una buena postura y la mecánica corporal.
- Remitir al paciente al fisioterapeuta/terapeuta ocupacional.

- Incluir a la familia/ser querido.

**Riesgo de síndrome de desuso (00040)**<sup>(43,47,48)</sup> relacionado con hemiparesia.

NANDA<sup>(43)</sup> la describe como “riesgo de deterioro de los sistemas corporales a consecuencia de la inactividad músculo-esquelética prescrita o inevitable”. Si atendemos a la definición, este diagnóstico sí entraría dentro de nuestro caso clínico, sin embargo, si tenemos en cuenta nuestros datos obtenidos tras la valoración, podemos pensar en obviarla porque tanto la familia como el equipo fisioterapéutico están comprometidos con el paciente. Por ello, distintos autores, entre ellos M<sup>a</sup> Teresa Luis Rodrigo<sup>(48)</sup>, desaconsejan utilizarla, por lo que no estableceremos sus NOC y NIC correspondientes.

Dominio 4: Actividad/reposo. Clase 4: Respuesta cardiovascular/pulmonar.

**Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz (00201)**<sup>(43,47,48)</sup> relacionado con fibrilación auricular, hipertensión arterial e ictus previo.

Consultado el libro de diagnósticos NANDA<sup>(43)</sup> encontramos dicha etiqueta diagnóstica. Por falta de desarrollo de la misma, no la consideramos susceptible de ser abordada.

Dominio 4: Actividad/reposo. Clase 5: Autocuidado

**Déficit de autocuidado: alimentación (00102)**<sup>(43,47,48)</sup> relacionado con deterioro cognitivo, físico y neuromuscular manifestado por incapacidad para usar cubiertos, coger alimentos, masticarlos y deglutirlos adecuadamente.

**Resultados (NOC)**<sup>(45,47)</sup>: Autocuidados: actividades de la vida diaria (AVD) (0300), autocuidados: comer (0303)

Indicadores<sup>(45)</sup>: Maneja utensilios (030303): 3, moderadamente comprometido; se lleva comida a la boca con utensilios (030308): 3, moderadamente comprometido; manipula la comida en la boca (030311): 4, levemente comprometido; come (030001): 4, levemente comprometido.

**Intervenciones (NIC)**<sup>(46,47)</sup>:

a) Ayuda con los autocuidados: alimentación (1803)

Actividades:

- Asegurar la posición adecuada del paciente para facilitar la masticación y la deglución.
- Proteger con un babero.

- Proporcionar una paja de beber.
- Proporcionar dispositivos de adaptación para facilitar que el paciente se alimente por sí mismo (asas largas, asas con una circunferencia grande o pequeñas correas en los utensilios).

b) Alimentación (1050)

Actividades:

- Colocar la comida en el lado no afectado de la boca.
- Colocar la comida a la vista de la persona si tiene un defecto de campo visual.
- Evitar poner bebida o comida en la boca mientras está masticando.

**Déficit de autocuidado: baño (00108)**<sup>(43,47,48)</sup> relacionado con dificultad para percibir una parte corporal, deterioro cognitivo, físico y neuromuscular manifestado por incapacidad para desplazarse al baño y para lavarse el cuerpo.

**Resultados (NOC)**<sup>(45,47)</sup>: Autocuidados: actividades de la vida diaria (AVD) (0300), autocuidados: baño (0301).

Indicadores<sup>(45)</sup>: Higiene (030006): 3, moderadamente comprometido; se lava la parte superior del cuerpo (030114): 4, levemente comprometido; se lava la parte inferior del cuerpo (030115): 3, moderadamente comprometido.

**Intervenciones (NIC)**<sup>(46,47)</sup>:

a) Baño (1610)

Actividades:

- Realizar el baño con el agua a una temperatura agradable.
- Ayudar con las medidas de higiene (utilizar perfume o desodorante)

b) Ayuda con los autocuidados: baño/higiene (1801)

Actividades:

- Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados.
- Proporcionar un ambiente terapéutico que garantice una experiencia cálida, relajante, privada y personalizada.

**Déficit de autocuidado: uso del inodoro (00110)**<sup>(43,47,48)</sup> relacionado con deterioro cognitivo, físico, neuromuscular, de la movilidad y perceptual manifestado por incapacidad para desplazarse al inodoro.

**Resultados (NOC)**<sup>(45,47)</sup>: Autocuidados: uso del inodoro (0310).

Indicadores<sup>(45)</sup>: Se limpia después de orinar o defecar (031007): 2, sustancialmente comprometido.

**Intervenciones (NIC)**<sup>(46,47)</sup>: ayuda de los autocuidados: aseo (1804)

Actividades:

- Facilitar la higiene de aseo después de terminar con la eliminación.
- Controlar la integridad cutánea del paciente.
- Disponer intimidad durante la eliminación.

**Déficit de autocuidado: vestido (00109)**<sup>(43,47,48)</sup> relacionado con deterioro cognitivo, físico, neuromuscular y dificultad para percibir una parte corporal (perceptual) manifestado por incapacidad para coger, ponerse y quitarse la ropa y/o zapatos.

**Resultados (NOC)**<sup>(45,47)</sup>: Autocuidados: vestir (0302).

Indicadores<sup>(45)</sup>: Se pone la ropa en la parte superior del cuerpo (030204): 4, levemente comprometido; se pone la ropa en la parte inferior del cuerpo (030205): 3, moderadamente comprometido; se pone los zapatos (030210): 3, moderadamente comprometido.

**Intervenciones (NIC)**<sup>(46,47)</sup>: Vestir (1630)

Actividades:

- Vestir al paciente después de completar la higiene personal.
- Vestir la extremidad afectada primero.
- Vestir al paciente con ropas que no le aprieten.

Dominio 5: Percepción/ cognición. Clase 1: Atención

**Desatención unilateral (00123)**<sup>(43,47,48)</sup> relacionado con lesión cerebral en hemisferio derecho y hemianopsia homónima izquierda manifestada por no percibir el hemicuerpo afectado (izquierdo) como suyo, tiende a mirar, hablar hacia el lado no afectado y no ve objetos o alimentos situados en el lado afectado.

**Resultados (NOC)**<sup>(45,47)</sup>: Adaptación a la discapacidad física (1308)

Indicadores<sup>(45)</sup>: se adapta a limitaciones funcionales (130803): 5, no comprometido.

**Intervenciones (NIC)**<sup>(46,47)</sup>: Manejo ante la anulación de un lado del cuerpo (2760)

Actividades:

- Colocar la comida y bebidas dentro del campo visual y girar el plato.
- Asegurar que las extremidades afectadas estén en una posición correcta.
- Animar al paciente a que toque y utilice la parte corporal afectada.
- Incluir a la familia en el proceso de rehabilitación para apoyar los esfuerzos del paciente y ayudar con los cuidados.

Dominio 5: Percepción/ cognición. Clase 3: Sensación/percepción

**Trastorno de la percepción sensorial: visual (00122)**<sup>(43,47,48)</sup> relacionado con alteración de la recepción sensorial manifestado por cambios en la agudeza visual.

Este diagnóstico está muy vinculado a la psicopatología. Por lo que es un problema de colaboración. Además según NANDA 2009-2011<sup>(43)</sup>, dicho diagnóstico será retirado de la taxonomía a no ser que se evidencie lo contrario. Por lo que este diagnóstico no va a ser desarrollado.

Dominio 5: Percepción/ cognición. Clase 4: Cognición

**Deterioro de la memoria (00131)**<sup>(43,47,48)</sup> relacionado con ictus isquémico en hemisferio derecho manifestado por no recordar hechos recientes.

**Resultados (NOC)**<sup>(45,47)</sup>: Memoria (0908)

Indicadores<sup>(45)</sup>: recuerda información reciente de forma precisa (090802): 4, levemente comprometido.

**Intervenciones (NIC)**<sup>(46,47)</sup>: Entrenamiento de la memoria (4760)

Actividades:

- Facilitar oportunidades de utilizar la memoria para sucesos recientes.
- Estimular la memoria mediante la repetición del último pensamiento expresado por el paciente.

Dominio 5: Percepción/ cognición. Clase 5: Comunicación

**Deterioro de la comunicación verbal (00051)**<sup>(43,47,48)</sup> relacionado con lesión cerebral manifestado por disartria y bradipsiquia.

**Resultados (NOC)**<sup>(45,47)</sup>: Comunicación: expresiva (0903)

Indicadores<sup>(45)</sup>: utiliza la conversación con claridad (090304): 4, levemente comprometido.

**Intervenciones (NIC)<sup>(46,47)</sup>**: Mejorar la comunicación: déficit del habla (4976)

Actividades:

- Escuchar con atención
- Abstenerse de gritar al paciente con trastornos de comunicación
- Solicitar la ayuda de la familia en la comprensión del lenguaje del paciente.
- Animar al paciente a que repita las palabras

Dominio 6: Autopercepción. Clase 2: Autoestima

**Baja autoestima situacional (00120)<sup>(43,47,48)</sup>** relacionado con deterioro funcional manifestado por tristeza, frustración e impotencia.

**Resultados (NOC)<sup>(45,47)</sup>**: Adaptación a la discapacidad física (1308), autoestima (1205)

Indicadores<sup>(45)</sup>: expresa verbalmente capacidad para adaptarse a la discapacidad (130808): 5, no comprometido; aceptación de las propias limitaciones (120502): 5, no comprometido.

**Intervenciones (NIC)<sup>(46,47)</sup>**:

a) Potenciación de la autoestima (5400)

Actividades:

- Proporcionar experiencias que aumenten la autonomía del paciente.
- Ayudar al paciente a aceptar la dependencia de otros.
- Facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima.
- Realizar afirmaciones positivas sobre el paciente.

b) Aumentar el afrontamiento (5230)

Actividades:

- Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad.
- Alentar una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia.
- Ayudar al paciente a identificar objetivos adecuados a corto y largo plazo.

Dominio 7: Rol/relaciones. Clase 1: Roles de cuidador

**Riesgo de cansancio del rol de cuidador (00062)**<sup>(43,47,48)</sup> relacionado con inexperiencia del cuidador y cambio de roles.

Actualmente este diagnóstico no es susceptible de desarrollo prioritario, ya que, el objetivo primordial es rehabilitar al paciente. Aunque este riesgo existe y está justificado, por el momento, deberemos de dejarlo en un segundo plano, ya que, lo que se pretende es conseguir la mayor autonomía del paciente.

Dominio 7: Rol/relaciones. Clase 2: Relaciones familiares

**Interrupción de los procesos familiares (00060)**<sup>(43,47,48)</sup> relacionado con alteración del estado de salud de un miembro de la familia manifestado por cambios en la vida de todos sus integrantes, girando alrededor del hospital.

Ante cualquier proceso de hospitalización se produce la alteración de rutinas/costumbres del núcleo familiar del individuo afectado, por lo que esta situación se deberá de tener en cuenta. Sin embargo, en el caso presente aunque existe dicha alteración, no la consideramos de intervención prioritaria.

Dominio 7: Rol/relaciones. Clase 3: Desempeño del rol

**Deterioro de la interacción social (00052)**<sup>(43,47,48)</sup> relacionado con aislamiento terapéutico y limitación física manifestado por cambio en las situaciones sociales.

Como paciente hospitalizado, la interacción social se verá comprometida. Aunque es importante que el paciente se sienta integrado a nivel social, inicialmente se han de tratar problemas más relevantes, dejando este diagnóstico para abordaje futuro.

Dominio 8: Sexualidad. Clase 2: Función sexual

**Patrón sexual ineficaz (00065)**<sup>(43,47,48)</sup> relacionado con cambios en el estado de salud de uno de la pareja manifestado verbalmente indicando desconocimiento por la nueva situación.

Actualmente, no es un problema prioritario. Aunque existe alteración a este nivel, al priorizar y valorar la situación del paciente, creemos que no es el momento de intervenir a este nivel.

Dominio 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés. Clase 2: Respuestas de afrontamiento

**Disposición para mejorar el afrontamiento familiar (00075)**<sup>(43,47,48)</sup> relacionado con manifestación verbal del cuidador principal.

**Resultados (NOC)**<sup>(45,47)</sup>: Bienestar del cuidador principal (2508)

Indicadores<sup>(45)</sup>: capacidad para el afrontamiento (250813): 5, no comprometido; rol del cuidador (250809): 5, no comprometido.

**Intervenciones (NIC)<sup>(46,47)</sup>:**

a) Apoyo al cuidador principal (7040)

Actividades:

- Admitir las dificultades del rol del cuidador principal
- Enseñar al cuidador la terapia del paciente de acuerdo con las preferencias del paciente.
- Realizar afirmaciones positivas sobre los esfuerzos del cuidador.
- Determinar el nivel de conocimientos del cuidador.
- Animar al cuidador a participar en grupos de apoyo.
- Informar al cuidador sobre recursos de cuidados sanitarios y comunitarios.

b) Asesoramiento (5240)

Actividades:

- Favorecer la expresión de sentimientos
- Favorecer el desarrollo de nuevas habilidades.

Dominio 11: Seguridad/protección. Clase 1: Infección

**Riesgo de infección (00004)<sup>(43,47,48)</sup>** relacionado con hospitalización superior a 72 horas.

Hemos determinado que actualmente dicho diagnóstico no es prioritario de intervención enfermera.

Dominio 11: Seguridad/protección. Clase 2: lesión física

**Riesgo de aspiración (00039)<sup>(43,47,48)</sup>** relacionado con deterioro de la deglución.

**Resultados (NOC)<sup>(45,47)</sup>:** Estado de deglución (1010)

Indicadores<sup>(45)</sup>: mantiene la cabeza relajada y el tronco erecto (101015): 4, levemente comprometido; atragantamiento, tos o náuseas (101012): 4, levemente comprometido.

**Intervenciones (NIC)<sup>(46,47)</sup>:** Terapia de deglución (1860)

Actividades:

- Colaborar con los miembros del equipo de cuidados (terapeuta ocupacional, fonoiatra y dietista) para dar continuidad al plan de rehabilitación del paciente.
- Ayudar al paciente a sentarse en una posición erecta (lo más cerca posible de los 90º) para la alimentación/ejercicio.
- Ayudar al paciente a colocar la cabeza flexionada hacia adelante, en preparación para la deglución (“barbilla metida”).
- Ayudar a mantener una posición sentada durante 30 minutos después de terminar de comer.
- Proporcionar un chupachús al paciente para que succione y así fomentar la fortaleza de la lengua, si no existe contraindicación.
- Ayudar al paciente hemipléjico a sentarse con el brazo afectado hacia adelante sobre la mesa.
- Enseñar a la familia/cuidador a cambiar de posición, alimentar y vigilar al paciente.
- Proporcionar/comprobar la consistencia de los alimentos/líquidos en función de los hallazgos del estudio de deglución.

**Riesgo de deterioro de la integridad cutánea (00047)**<sup>(43,47,48)</sup> relacionado con inmovilización física.

Como consecuencia del deterioro e inmovilización física que nuestro paciente sufre, existe el riesgo de deterioro de la integridad cutánea, sin embargo, se ha considerado no prioritario de intervención, debido a que el paciente ya está siendo movilizado.

**Riesgo de caídas (00155)**<sup>(43,47,48)</sup> relacionado con hemiparesia izquierda y hemianopsia homónima izquierda.

Nuestro paciente presenta susceptibilidad a las caídas que pueden causarle daño físico aunque no presenta caídas previas, por lo que, esta etiqueta puede abordarse desde una perspectiva más general y que describe con mayor afinidad el caso a tratar. Por lo que este diagnóstico quedará en un segundo plano.

**Riesgo de lesión (00035)**<sup>(43,47,48)</sup> relacionado con hemiparesia izquierda y hemianopsia homónima izquierda.

Dicha etiqueta diagnóstica puede abordarse a través de la actuación sobre otros diagnósticos, por lo que para este momento y situación, no es considerada como prioritaria y necesaria de intervención.

## APLICACIÓN Y EVALUACIÓN

Planteadas y establecidas las intervenciones y actividades a realizar, debemos iniciar la puesta en marcha de las mismas. Además, se realizará la evaluación de manera continua, haciendo uso de los indicadores y criterios de resultado, para comprobar si las acciones que estamos llevando a cabo, permiten que nuestro sujeto avance hacia un estado mejor de salud.

## CONCLUSIONES

Diferentes estudios<sup>(49)</sup> han demostrado la importancia de que en el ictus exista una atención diferenciada, donde se hacen alusión a las Unidades de Ictus (UI), definidas como: *“... una estructura geográficamente delimitada para el cuidado de pacientes con ictus, que tiene un personal entrenado, específicamente dedicado, coordinado por un neurólogo experto, con servicios diagnósticos disponibles durante las 24 horas del día, y que dispone de protocolos escritos para el manejo de los pacientes, basados en evidencias científicas”*; y al ajuste de las diferentes actuaciones según las características de nuestro paciente (edad, sexo, gravedad del déficit neurológico inicial, tipo de ictus).

Además, aquellos pacientes atendidos por dicho equipo multidisciplinario, se garantizan una mejor atención y una mejor calidad de vida. La adaptación a la discapacidad física después de un ictus<sup>(50)</sup>, es un proceso de colaboración entre el paciente, la familia y los profesionales de la salud, que debe continuar durante todo el curso de la enfermedad. Es esencial que la enfermera actúe con el paciente y su familia en la mejora de la calidad de vida para ayudar, informar y educar sobre los efectos de la enfermedad y la discapacidad física en las actividades del día a día. La capacitación de los enfermeros para trabajar tempranamente con el paciente con ictus y para orientar en sus principales dificultades, es primordial para la posterior rehabilitación.

Atendiendo al caso planteado y a través de la valoración, pudimos detectar que las intervenciones de enfermería dirigidas al paciente, por su situación actual, sobre todo se centraban en el ámbito de la recuperación de la salud. Por lo que establecimos como prioritarios los diagnósticos enfermeros relacionados con la misma. Igualmente, se ha dado importancia a la población de apoyo, siendo su mujer un pilar fundamental para nuestro paciente. La familia<sup>(50)</sup>, que participa de forma activa en la atención del enfermo, si cuenta con informaciones claras acerca de la enfermedad y su evolución, sabrá cómo cuidar activamente la rehabilitación del paciente.

Por lo que ante pacientes que han sufrido un ictus, la planificación de los cuidados individualizada permite conseguir notables beneficios para la calidad de vida del sujeto.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Swearingen PL. Manual de enfermería médico-quirúrgica. 6ª ed. Madrid: Elsevier; 2008.
2. Texas Heart Institute. Accidente cerebrovascular [Internet]. Houston: The Institute; 2011 [citado 29 oct 2011]. Disponible en: [http://www.texasheart.org/hic/topics\\_esp/cond/strok\\_sp.cfm](http://www.texasheart.org/hic/topics_esp/cond/strok_sp.cfm)
3. Petidier Torregrossa R, Feliz Muñoz MC. Accidente cerebrovascular agudo. En: Gil Gregorio P, editor. Tratado de neuropsicogeriatría. Madrid: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología; 2010. p. 255-265.
4. Molina Nieto T, Calvo Rodríguez R, Jiménez Murillo S, Castilla Camacho S, Montero Pérez FJ, Cañadillas Hidalgo F. Accidente cerebrovascular. En: Jimenez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de urgencias y emergencias: guía diagnóstica y protocolos de actuación. 4ª ed. Barcelona: Elsevier; 2010. p. 415-428.
5. American Stroke Association. Types of stroke [Internet]. Dallas: The Association; 2011 [cited 2011 oct 29]. Disponible en: [http://www.strokeassociation.org/STROKEORG/AboutStroke/TypesofStroke/Types-of-Stroke\\_UCM\\_308531\\_SubHomePage.jsp](http://www.strokeassociation.org/STROKEORG/AboutStroke/TypesofStroke/Types-of-Stroke_UCM_308531_SubHomePage.jsp)
6. Rodríguez Roca V, Veloso Mariño BM, Ortiz Aguilera E, Vier Pérez EM, Lalondrys Preval E. Intervención educativa en pacientes con enfermedades cerebrovasculares isquémicas e hipertensión arterial. MEDISAN. 2010;14(3): 318-324.
7. Pedro Tarrés P, Rueda Moreno N, Redón Bolós S. Ictus cerebral. En: Durante P. Terapia ocupacional en geriatría. Madrid: Elsevier; 2010. p. 125-136.
8. American Stroke Association. Hemorrhagic strokes (Bleeds) [Internet]. Dallas: The Association; 2011 [cited 2011 oct 29]. Disponible en: [http://www.strokeassociation.org/STROKEORG/AboutStroke/TypesofStroke/HemorrhagicBleeds/Hemorrhagic-Bleeds\\_UCM\\_310940\\_Article.jsp](http://www.strokeassociation.org/STROKEORG/AboutStroke/TypesofStroke/HemorrhagicBleeds/Hemorrhagic-Bleeds_UCM_310940_Article.jsp)
9. Sanz Paris A, Álvarez Ballano D, de Diego García P, Lofablos Callau F, Albero Gamboa R. Accidente cerebrovascular: la nutrición como factor patogénico y preventivo. Soporte nutricional post ACV. Nutr Hosp. 2009; 2(Supl 2): 38-55.
10. Hockley W. Cuidados de enfermería de pacientes con trastornos cerebrovasculares. En: Williams LS, Hopper PD. Enfermería médico quirúrgica. 3ª ed. México. D. F.: McGraw-Hill; 2007. p. 1154-1171.

11. Texas Heart Institute. Factores de riesgo cerebrovascular [Internet]. Houston: El Instituto; 2011 [citado 29 octubre 2011]. Disponible en:  
[http://www.texasheart.org/HIC/Topics\\_Esp/Cond/strokrsp.cfm](http://www.texasheart.org/HIC/Topics_Esp/Cond/strokrsp.cfm)
12. Fisher M. Consulta de ictus. Barcelona: Prous science; 2006.
13. American Stroke Association. Effects of Stroke [Internet]. Dallas: The Association; 2011 [cited 2011 oct 29]. Disponible en:  
[http://www.strokeassociation.org/STROKEORG/AboutStroke/EffectsofStroke/Effects-of-Stroke\\_UCM\\_308534\\_SubHomePage.jsp](http://www.strokeassociation.org/STROKEORG/AboutStroke/EffectsofStroke/Effects-of-Stroke_UCM_308534_SubHomePage.jsp)
14. Egido JA, Álvarez Sabín J, Díez-Tejedor E, editores. Después del ictus. Guía práctica para el paciente y sus cuidadores. 2ª ed. Barcelona: Sociedad Española de Neurología, Grupo de Estudio de las Enfermedades Cerebrovasculares; 2009.
15. Texas Heart Institute. Síntomas de advertencia de un accidente cerebrovascular [Internet]. Houston: El Instituto; 2011 [Consultado 30 oct 2011]. Disponible en:  
[http://www.texasheart.org/HIC/Topics\\_Esp/Cond/strokwsp.cfm](http://www.texasheart.org/HIC/Topics_Esp/Cond/strokwsp.cfm)
16. Castellanos M. Tratamiento integral en las unidades de ictus. En: Montaner J, editor. Tratamiento del ictus isquémico. Barcelona: ICG Marge; 2009. p. 27-42.
17. Clemente Tirapu, A. Ladron Arana, M. Paciente con ACV: atención inmediata. *Enferm Cient.* 2000; 224-225: 38-42.
18. Rasero Alvarez L, Naharro Álvarez A, Rodríguez Alarcón J, Martínez Muñoz R, Mesa Calvo R, López García I. Ictus: la formación que salva vidas. *Hygia.* 2009; 71: 8-12.
19. American Stroke Association. Let's talk about stroke patient information sheets [Internet]. Dallas: The Association; 2011. [cited 2010 jan 1]. Disponible en:  
<http://www.americanheart.org/downloadable/stroke/1219772376658Complications%20After%20Stroke.pdf>
20. Garate Etxenike L, González de San Pedro M, González Gómez R, Viniegra Ros T, Alonso Vallejo MM, García Centeno V, et al. Ictus y recuperación: la perspectiva del paciente. *Metas.* 2009;12(2):20-25.
21. Aguirrezabal A, Duarte E, Marco E, Rueda N, Cervantes C, Escalada F. Satisfacción de pacientes y cuidadores con el programa de rehabilitación seguido tras el ictus. *Rev Cal Asist.* 2010;25(2):90-96.
22. García Moriche N, Rodríguez Gonzalo A, Muñoz Lobo MJ, Parra Cordero S, Fernández de Pablos A. Calidad de vida en pacientes con ictus. Un estudio fenomenológico. *Enferm Clín.* 2010; 20(2):80-87.

23. Adrian J Goldszmidt MD, Louis R Caplan MD. Lo esencial del ictus. Sedgefield-Cleveland: Atlas Medical Publishing; 2004.
24. Instituto Nacional de Estadística (INE). Defunciones según la causa de muerte 2008 [Internet]. Madrid: INE; 2009. [citado 8 noviembre 2010]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t15/p417/a2008/I0/&file=01001.px&typ e=pcaxis&L=0>
25. Tarazona B, Ramos W, Arce J, Yarinsueca J, Morales S, Ronceros G, et al. Etiología y factores de riesgo para un primer episodio de isquemia cerebral en adultos jóvenes. Neurología. 2010;25(8):470-477.
26. Instituto Nacional de Estadística (INE). Defunciones según la causa de muerte 2007. Madrid: INE 2008 [citado 8 octubre 2010]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t15/p417/a2007/I0/&file=01001.px&typ e=pcaxis&L=0>
27. Instituto Nacional de Estadística (INE). Defunciones según la causa de muerte 2003 [Internet]. Madrid: INE; 2009 [citado 8 octubre 2010]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t15/p417/a2003/I0/&file=01001.px&typ e=pcaxis&L=0>
28. Instituto Nacional de Estadística (INE). Defunciones según la causa de muerte 2004 [Internet]. Madrid: INE; 2005. [citado 8 octubre 2010]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t15/p417/a2004/I0/&file=01001.px&typ e=pcaxis&L=0>
29. Instituto Nacional de Estadística (INE). Defunciones según la causa de muerte 2005 [Internet]. Madrid: INE; 2006 [citado 8 octubre 2010]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t15/p417/a2005/I0/&file=01001.px&typ e=pcaxis&L=0>
30. Instituto Nacional de Estadística (INE). Defunciones según la causa de muerte 2006 [Internet]. Madrid: INE; 2007. [citado 8 octubre 2010]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t15/p417/a2006/I0/&file=01001.px&typ e=pcaxis&L=0>
31. Gil Nuñez AC, Egido JA, Larracochea J, Vila N. El ictus. ¿Qué es, cómo se previene y trata? [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Neurología, Grupo de estudio de Enfermedades Cerebrovasculares; 1997. [citado 12 noviembre 2010]. Disponible en: [http://www.ictussen.org/files3/El\\_ictus\\_que\\_es\\_como\\_prevenir\\_y\\_tratar.pdf](http://www.ictussen.org/files3/El_ictus_que_es_como_prevenir_y_tratar.pdf)
32. Instituto Nacional de Estadística (INE). Notas de prensa [Internet]. Madrid: INE; 2008. [citado 31 octubre 2010]. Disponible en:

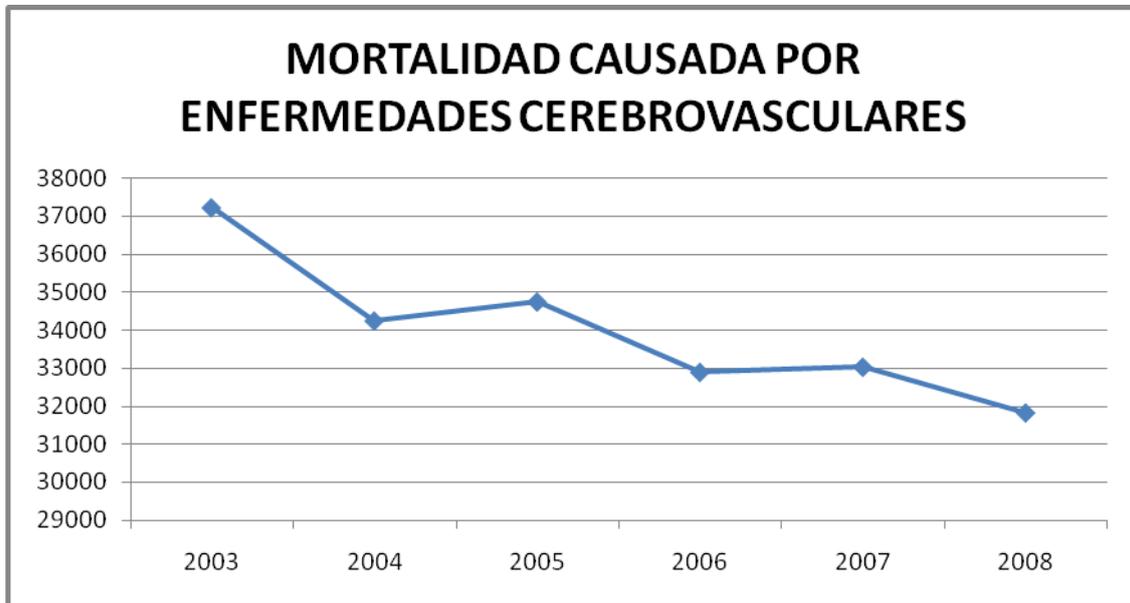
<http://www.ine.es/prensa/np585.pdf>

33. Guía práctica clínica sobre la prevención primaria y secundaria del ictus [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Neurología; 2009. [citado 12 noviembre 2010]. Disponible en:  
[http://www.sen.es/pdf/2009/gpc\\_ictus\\_2008.pdf#xml=http://sen.es.master.com/texis/master/search/mysite.txt?q=ictus+clasificacion&order=r&id=f820ea9b94b58cc0&cmd=xml](http://www.sen.es/pdf/2009/gpc_ictus_2008.pdf#xml=http://sen.es.master.com/texis/master/search/mysite.txt?q=ictus+clasificacion&order=r&id=f820ea9b94b58cc0&cmd=xml)
34. Sociedad Española de Neurología. Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares. Guía para el diagnóstico y tratamiento del ictus [Internet]. Barcelona: Prous science; 2006. [citado 16 noviembre 2010]. Disponible en:  
[http://www.ictussen.org/files3/23145\\_GuiaSen\\_32.pdf](http://www.ictussen.org/files3/23145_GuiaSen_32.pdf)
35. Gay J. Nuevo manual de la enfermería. Barcelona: Oceano/Centrum; 2009.
36. Díaz Guzmán J. Ictus. En: Bermejo Pareja F, Porta-Etessam J, Díaz Guzmán J, Martínez-Martín P. Más de cien escalas en neurología. Madrid: Aula Médica; 2008. p. 263-291.
37. Estrategias en ictus del sistema nacional de salud [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Neurología, Grupo de Enfermedades Cerebrovasculares; 2008. [citado 14 noviembre 2010]. Disponible en:  
<http://www.ictussen.org/files3/EstrategiaIctusSNS.swf>
38. Escudero D, Molina R, Viña L, Rodríguez P, Marqués L, Fernández E, et al. Tratamiento endovascular y trombólisis intraarterial en el ictus isquémico agudo. Med Intensiva. 2010;34(6):370-378.
39. Alcázar Romero PP. Tratamiento endovascular en el ictus isquémico agudo. Med intensiva. 2010;34(6):361-362.
40. Schellinger PD. Trombolytic therapy: from NINDS to the present day. En: Montaner J, editor. Tratamiento del ictus isquémico. Barcelona: ICG Marge; 2009. p. 43-58.
41. Modelo de atención a las personas con daño cerebral [Internet]. Madrid: IMSERSO; 2007. [citado 10 noviembre 2010]. Disponible en:  
<http://www.ceadac.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/atendancer.pdf>
42. Berman A, Dnyder SJ, Kozier B. Fundamentos de enfermería. Conceptos, proceso y prácticas. Volumen I. Madrid: Pearson Prentice Hall; 2008.

43. Herdman TH. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2009-2011. Barcelona: Elsevier; 2010.
44. Arribas Cahá AA, Aréjula Torres JL, Borrego de la Osa R, Domingo Blázquez M, Morente Parra M, Robledo Martín J, et al. Valoración enfermera estandarizada: Clasificación de los criterios de valoración de enfermería. Madrid: FUNDEN. 2006.
45. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E, editores. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 3ª ed. Madrid: Elsevier. 2005.
46. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey-Dochterman J, editores Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª ed. Madrid: Elsevier. 2009.
47. Johnson M, Bulechek GM, Butcher H, McCloskey-Dochterman J, Maas M, Moorhead S, et al., editores. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. 2ª ed. Barcelona: Elsevier; 2007.
48. Luis Rodrigo MT. Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. 8ª ed. Barcelona: Elsevier; 2008.
49. Rojas Fuentes JO, Cutiño Mass Y, Verdecia Fraga R, Sánchez Lozano A, Herrera Alonso D, López Arguelles J. Atención a pacientes con enfermedad cerebrovascular en un hospital general. Experiencia de 2 años. Medisur. 2010; 8 (4): 25-29.
50. Paixao Teixeira C, Silva LD. Las incapacidades físicas de pacientes con accidente vascular cerebral: acciones de enfermería. Enfermería Global [Internet]. 2009 [citado 3 diciembre 2010]. ; 15. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n15/revision1.pdf>

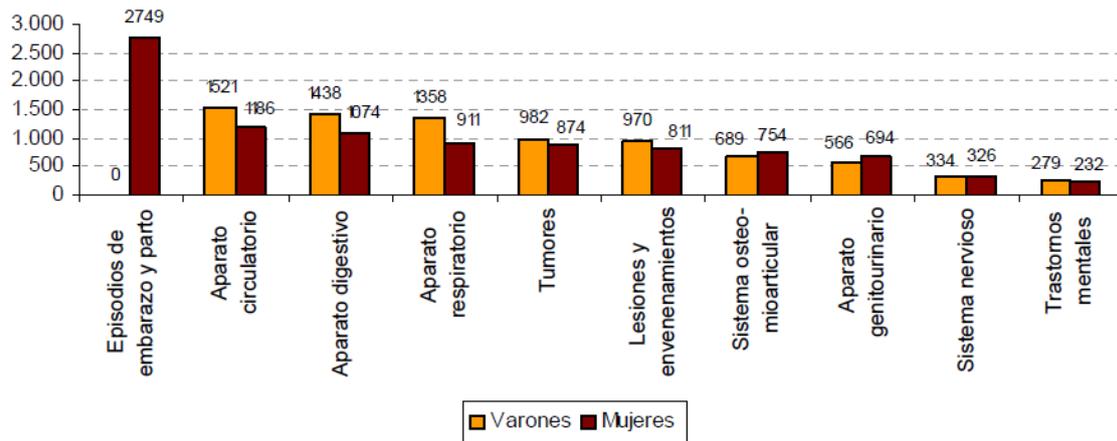
### ANEXO I

Mortalidad causada por enfermedades cerebrovasculares. Realización propia. (Fuente: INE)<sup>(24,26,27,28,29,30)</sup>



## ANEXO II

Altas por cada 100.000 habitantes por grupos de diagnósticos más frecuentes y sexo. Año 2008. (Fuente: INE)<sup>(32)</sup>



ANEXO III

ESCALA CANADIENSE<sup>(36)</sup>

La Escala Neurológica Canadiense es una de las más clásicas en la valoración de la capacidad funcional del ictus en pacientes que no estén estuporosos o en coma. Es sencilla y rápida. Fundamentalmente sirve para monitorizar la evolución del paciente en las primeras fases del ictus. Forma parte del protocolo de gran número de Unidades de Ictus.

Escala 85a. ESCALA NEUROLÓGICA CANADIENSE	
	VALORACIÓN
<b>I. Nivel de consciencia</b>	
Alerta	3
Somnolencia	1,5
Si estupor o coma usar CGS (Glasgow Coma Scale)	
<b>II. Orientación</b>	
Orientado	1
Desorientado o no valorable	0
<b>III. Lenguaje</b>	
Normal	1
Déficit de expresión (incluye disartria severa)	0,5
Déficit de comprensión	0
<b>IV. Función motora</b>	
<i>A. Si no hay déficit de comprensión</i>	
1. Cara	
No debilidad facial	0,5
Debilidad facial	0
2. M. superior, proximal	
No debilidad	1,5
Paresia 3-4/5	1
Paresia 2/5	0,5
Fuerza a 0-1/5	0
3. M. superior, distal	
Fuerza normal	1,5
Paresia 3-4/5	1
Paresia 2/5	0,5
Fuerza a 0-1/5	0
4. M. inferior	
Fuerza normal	1,5
Paresia 3-4/5	1
Paresia 2/5	0,5
Fuerza a 0-1/5	0
<i>B. Si existe déficit de comprensión valorar la respuesta motora</i>	
1. Cara	
Simétrica	0,5
Asimétrica	0
2. M. superiores	
Iguales	1,5
Desiguales	0
3. M. inferiores	
Iguales	1,5
Desiguales	0

### ANEXO IV

#### PATRONES FUNCIONALES DE SALUD COMO MARCO PARA LA VALORACIÓN<sup>(43)</sup>

Fecha		Médico/s	
Enfermera		Sexo	
Cliente		Ocupación	
Edad		Farmacéutico	
Motivo de Consulta			
<b>PATRÓN DE MANEJO-PERCEPCIÓN DE LA SALUD</b>			
Significado de la salud			
Descripción del estado de salud			
Promoción de la salud: alimentos y líquidos, ejercicio, estilo y hábitos de vida, manejo del estrés			
Protección de la salud: programas de cribaje, visitas a los profesionales de salud de asistencia primaria, dieta, ejercicio, estilo y hábitos de vida, manejo del estrés			
Autoexamen de: mamas y/o testículos, presión arterial, otros			
Conocimientos sobre el autoexamen			
Historia médica, hospitalizaciones e intervenciones quirúrgica, historia médica familiar			
Conductas para gestionar sus problemas de salud: dieta, ejercicio, medicamentos, tratamientos			
Nombre, dosis y frecuencia de los fármacos prescritos y no prescritos			
Factores de riesgo relacionados con la salud, por ejemplo, historia familiar, estilo o hábitos de vida, pobreza			
Datos relevantes del EF(examen físico): completar			
<b>PATRÓN NUTRICIONAL-METABÓLICO</b>			
Número habitual de comidas y tentempiés			
Tipos y cantidad de alimentos y líquidos			
Alimentos ingeridos en 24 horas o historia de 3 días			
Hábitos de compra y cocina			
Satisfacción con el peso			

Influencias en la elección de alimentos, por ejemplo, religiosas, étnicas, culturales, económicas	
Percepción de las necesidades metabólicas	
Factores relacionados, por ejemplo, actividad, enfermedad, estrés	
Factores que influyen en la ingesta: apetito, malestar, gusto y olfato, dientes, mucosa oral, náuseas o vómitos, restricciones dietéticas, alergias alimentarias	
Historia de problemas físicos o psicológico relacionados	
Datos relevantes del EF (examen físico): exploración general, piel, pelo, uñas, abdomen	
<b>PATRÓN DE ELIMINACIÓN</b>	
Patrón habitual de eliminación urinaria: frecuencia, cantidad, color, olor, malestar, nicturia, control, cualquier cambio	
Patrón habitual de defecación: regularidad, color, cantidad, consistencia, malestar, control, cualquier cambio	
Creencias relacionadas con la salud/culturales	
Nivel de autocuidado: uso del inodoro, higiene	
Ayudas para la eliminación, por ej., medicamentos, enemas	
Acciones para prevenir la cistitis	
Historia de problemas físicos o psicológicos relacionados	
Datos relevantes del EF(examen físico): abdomen, genitales, próstata	
<b>PATRÓN DE ACTIVIDAD-EJERCICIO</b>	
Actividades típicas de la vida diaria(AVD)	
Ejercicio: tipo, frecuencia, duración, intensidad	
Actividades de ocio	
Creencias sobre el ejercicio	
Habilidad para el autocuidado: vestirse (las partes superior e inferior del cuerpo), bañarse, alimentarse, uso del inodoro	

independiente, dependiente o necesita ayuda	
Uso de ayuda suplementaria, por ejemplo, muleta o andador	
Factores relacionados, p. ej., autoconcepto	
Historia de problemas físicos o psicológicos relacionados	
Datos relevantes del EF: respiratorio, cardiovascular, musculoesquelético, neurológico	
<b>PATRÓN DE REPOSO-SUEÑO</b>	
Hábitos de sueño: número de horas, hora de dormirse y despertarse, rituales de inducción al sueño, entorno para el sueño, se siente descansado al despertar	
Creencias culturales	
Uso de ayudas para el sueño, por ejemplo, medicamentos, grabaciones para relajarse	
Descanso y relajación programados	
Síntomas de trastorno del patrón de sueño	
Factores relacionados, por ejemplo, dolor	
Historia de problemas físicos o psicológicos relacionados	
Datos relevantes del EF: exploración general	
<b>PATRÓN COGNITIVO-PERCEPTUAL</b>	
Descripción de los órganos de los sentidos: vista, oído, olfato, gusto y tacto	
Ayudas, por ejemplo, gafas, audífono	
Cambios recientes en los órganos de los sentidos	
Percepción de confort/dolor	
Creencias culturales sobre el dolor	
Ayudas para aliviar el malestar	
Nivel educativo	
Capacidad para la toma de decisiones	
Historia de problemas físicos, de desarrollo o psicológico relacionados	
Datos relevantes del EF: exploración general, neurológico	
<b>PATRÓN DE AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO</b>	
Yo social: ocupación, situación familiar,	

grupos sociales	
Identidad personal: descripción de sí mismo, fortalezas y debilidades	
Yo físico: preocupaciones sobre el cuerpo, preferencias/desagrados	
Autoestima: sentimientos sobre sí mismo	
Amenazas al autoconcepto, por ejemplo, enfermedades, cambios de rol, historia de problemas físicos o psicológicos relacionados	
Datos relevantes del EF: exploración general	
<b>PATRÓN DE ROL-RELACIONES</b>	
Descripción de los roles con la familia, amigos, compañeros de trabajo	
Satisfacción/insatisfacción con el rol	
Efectos del estado de salud	
Importancia de la familia	
Estructura y apoyo familiar	
Procesos familiares de toma de decisiones	
Problemas o preocupaciones familiares	
Patrones de crianza de los hijos	
Relaciones con los demás	
Relaciones significativas	
Historia de problemas físicos o psicológicos relacionados	
Datos relevantes del EF: exploración general	
<b>PATRÓN DE SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN</b>	
Problemas o preocupaciones sexuales	
Descripción de la conducta sexual, por ejemplo, prácticas de sexo seguro	
Conocimientos relaciones con la sexualidad y la reproducción	
Impacto en el estado de salud	
Historia menstrual y reproductiva	
Historia de problemas físicos o psicológicos relacionados	
Datos relevantes del EF: exploración general, genitales, mama, recto	
<b>PATRÓN DE AFRONTAMIENTO-TOLERANCIA AL ESTRÉS</b>	
Naturaleza de los agentes estresantes habituales	
Percepción del nivel de estrés	

Descripción de las respuestas generales y específicas al estrés	
Estrategias habituales para la gestión del estrés y efectividad de las mismas	
Cambios vitales y pérdidas	
Estrategias de afrontamiento usadas habitualmente	
Percepción de control sobre los acontecimientos	
Conocimiento y uso de las técnicas de manejo del estrés	
Relación de la gestión del estrés con la dinámica familiar	
Historia de problemas físicos o psicológicos relacionados	
Datos relevantes del EF: exploración general	
<b>PATRÓN DE VALORES-CREENCIAS</b>	
Antecedentes culturales-étnicos	
Situación económica, conductas de salud que se relacionan con su grupo étnico-cultural	
Objetivos en la vida	
Lo que es importante para el cliente y familia	
Importancia de la religión-espiritualidad	
Impacto de los problemas de salud en la espiritualidad	
Datos relevantes del EF: exploración general.	

Recibido: 1 octubre 2012.  
 Aceptado: 14 octubre 2012.