

2018

TRABAJO FIN DE GRADO:  
INDIVIDUALIZACIÓN DEL PLAN DE  
CUIDADOS ESTANDARIZADO DE ICTUS  
DURANTE LA FASE AGUDA EN EL HOSPITAL  
UNIVERSITARIO MARQUÉS DE VALDECILLA  
CON UNIDAD DE ICTUS.

**DISSERTATION:**  
**INDIVIDUALIZATION OF THE  
STANDARDIZED CARE PLAN OF STROKE  
DURING THE ACUTE PHASE IN THE  
UNIVERSITY HOSPITAL MARQUÉS DE  
VALDECILLA WITH UNIT OF ICTUS**

Autora: Nerea Lombilla Durán

Directora: Cristina Blanco Fraile

Grado en Enfermería 2018

Facultad de Enfermería – Universidad de Cantabria

*Este documento es el resultado del Trabajo Fin de Grado de un alumno, siendo su autor responsable de su contenido.*

*Se trata por tanto de un trabajo académico que puede contener errores detectados por el tribunal y que pueden no haber sido corregidos por el autor en la presente edición.*

*Debido a dicha orientación académica no debe hacerse un uso profesional de su contenido.*

*Este tipo de trabajos, junto con su defensa, pueden haber obtenido una nota que oscila entre 5 y 10 puntos, por lo que la calidad y el número de errores que puedan contener difieren en gran medida entre unos trabajos y otros,*

*La Universidad de Cantabria, el Centro, los miembros del Tribunal de Trabajos Fin de Grado, así como el profesor tutor/director no son responsables del contenido último de este Trabajo.*

## ÍNDICE

1. Resumen del trabajo.....	4 pág
2. Introducción al trabajo.....	5-7 pág
Capítulo 1: Contextualización Ictus	
1.1 Concepto.....	7 pág
1.2 Clasificación según su presentación clínica.....	7 pág
A) Isquemia cerebral.....	7-8 pág
B) La hemorragia intracraneal o ictus isquémico.....	8-9 pág
1.3 Diagnóstico clínico del ictus.....	9-10 pág
1.4 Factores de riesgo.....	10 pág
1.4.1 Factores no modificables.....	10-11 pág
1.4.2 Factores modificables.....	11-12 pág
1.5 Hospital con Unidad de Ictus y Código Ictus.....	12-15 pág
1.6 Tratamiento con fibrinólisis en el ictus en fase aguda.....	15 pág
Capítulo 2: Plan de cuidados de enfermería individualizado a paciente con ICTUS en fase aguda en una Unidad de Ictus	
2.1 Análisis de la situación.....	16 pág
2.2 Introducción al caso clínico.....	17-18 pág
2.3 Valoración holística según las 14 necesidades de Virginia Henderson.....	19-22 pág
2.4 Identificación de problemas	
- Diagnósticos de enfermería.....	22-28 pág
- Problemas de colaboración/ Complicaciones potenciales.....	28-29 pág
2.5 Justificación.....	29 pág
3. Bibliografía.....	30-32 pág
4. Anexos.....	33-40 pág

## 1. Resumen del trabajo

El ictus o accidente cerebro vascular se define como el trastorno brusco del flujo sanguíneo cerebral que altera de forma transitoria o permanente la función de una o varias partes del encéfalo y se manifiesta como un déficit neurológico brusco, es la segunda causa de muerte en España, y la primera causa de invalidez y/o discapacidad.

Se diferencian dos tipos de ictus según su mecanismo de acción: el ictus isquémico que supone alrededor del 80-85% de los casos, y la hemorragia intracraneal que supone alrededor del 10-15% de los casos. El principal factor de riesgo modificable relacionando con la incidencia de ictus es la hipertensión arterial.

El tratamiento de elección para el ictus isquémico es el fármaco denominado activador tisular del plasminógeno recombinante (rt-PA). Para su administración debe activarse el Código Ictus y ser trasladado a las denominadas Unidad de Ictus (UI), son unidades especiales coordinadas por neurólogos para el tratamiento durante la fase aguda.

Los planes de cuidados estandarizados son una herramienta indispensable para garantizar la calidad de los cuidados asistenciales, y a través de ellos poder desarrollar planes de cuidados individualizados enfocados a la situación o proceso de enfermedad de cada paciente.

He usado como palabras clave para dicha búsqueda:

Decs: ictus, enfermería, tratamiento farmacológico, fibrinólisis.

Mesh: stroke, nursing, drug therapy, fibrinolysis.

### Abstract

The stroke or cerebrovascular accident is defined as the sudden disorder of cerebral blood flow that transiently or permanently alters the function of one or several parts of the brain and manifests as a sudden neurological deficit; it is the second cause of death in Spain, and the first one of disability.

It consists of two different types of stroke based on their mechanism of action: the ischemic stroke, which constitutes approximately 80-85% of all cases, and the intracranial hemorrhage that constitutes around 10-15% of all cases. The main modifiable risk factor related to the stroke impact is the high blood pressure.

The chosen treatment for the ischemic stroke is that one that requires a Tissue Recombinant Plasminogen Activator (rt-PA). To its administration, the stroke code must be activated and moved to the stroke units (SU), they are specialized units coordinated by neurologists for the treatment during the acute phase.

The standardized care plans are an essential tool to guarantee the quality of the custodial care, and being able to develop personalized care plans focused on the situation or process of every single patient's illness.

## 2. Introducción

El ictus o accidente cerebrovascular (ACV) se erige como uno de los principales problemas sociosanitario en el territorio español (1). Es considerado una de las primeras causas de mortalidad a nivel mundial, según datos de la OMS, en el año 2002 el 32% de las muertes a nivel global fueron a causa del ictus (alrededor de 5 millones de muertes) (2).

En España es la segunda causa de muerte en ambos sexos, siendo la incidencia mayor en las mujeres. Destacar que es la primera causa de invalidez o discapacidad permanente durante la etapa adulta (3).

El 75% de los ictus afectan a personas mayores de 65 años, señalar que España dadas sus características demográficas tiene una población envejecida, por lo que se prevé un aumento de la incidencia y prevalencia en los próximos años, considerándose un problema de salud pública de primer orden (4). Cabe destacar que la incidencia en el año 2010 fue de 252 casos de ACV y 32 episodios por cada 100.000 habitantes.

Dentro del estudio ICTUSCARE realizado en España durante el año 2009/2010 se estimó que gran parte de los ictus se producen debido al mal control de los principales factores de riesgo. En este estudio se incluyeron un total de 955 pacientes, de los cuáles el 84,4% presentaban HTA, el 61,8% dislipemia seguido de obesidad con un 42,9% (5).

Durante el año 2006 se publicó un meta-análisis que abarcaba 7 estudios de prevalencia en España. Se incluyeron un total de 10.647 personas detectándose 715 casos. Las tasas de prevalencia ajustadas por edad fueron 7,3% para los varones, 5,6% para las mujeres, y 6,4% en ambos sexos (6).

Encontramos diferentes definiciones de ictus en función de las fuentes, según la guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con ictus en atención primaria (7), se define como: el accidente cerebrovascular o ictus es el resultado de una alteración a nivel de la circulación cerebral, el cual provoca un déficit transitorio o definitivo de una o varias áreas del encéfalo.

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud) el ictus se define cómo; aquella afección neurológica focal (o a veces general) de aparición súbita, que perdura más de 24 horas o bien puede causar la muerte y de presunto origen vascular (8).

En función de la naturaleza de la lesión encefálica que se produce, se distinguen dos tipos de ictus: ictus isquémico que constituye el 80-85% de los casos, y el ictus hemorrágico que constituye el 15-20% aproximadamente (9).

Las denominadas “Unidad de Ictus” (UI) se consideran como el recurso más eficaz para el tratamiento en la fase aguda del ictus. Estas unidades cuentan con monitorización continua no invasiva de los pacientes, así como con guías de actuación y planes de cuidados estandarizados, obteniendo excelentes resultados en relación coste/efectividad así como disminuyendo la morbimortalidad con un nivel de evidencia 1A (10).

Las UI se encuentran vinculadas con el servicio de neurología, situadas en Hospitales terciarios a lo largo de toda la geografía española.

Los recursos necesarios dentro de una UI se han ido estableciendo según los conocimientos obtenidos de los estudios, y su trascendencia asistencial se ha establecido siguiendo las opiniones de expertos evaluadas a través de encuestas (11).

Se consideran dos categorías de recursos a diferenciar: imprescindibles e importantes (11).

El ictus es catalogado como una emergencia médica, la cual se codifica con el nombre de “Código ictus” (CI), siendo este código aceptado y usado universalmente (12).

El Código Ictus es un sistema coordinado que permite la rápida identificación, notificación y traslado prioritario de los pacientes a un Hospital de referencia o a un Hospital con unidad de ictus.

Su objetivo primordial es la actuación conjunta entre los servicios de emergencia extrahospitalarios e intrahospitalarios, con el fin de asignar el diagnóstico definitivo y el tratamiento en la fase aguda en el menor tiempo posible.

El código ictus será activado en los Centros Coordinadores de Urgencias y Emergencias (CICU) del 061, como en cualquier otro punto de la red asistencial urgente (Centro de Salud, Urgencias Hospitalarias) (13).

El ictus es una enfermedad de la cual derivan una gran cantidad de secuelas, entre las que destaca por su elevada incidencia la dependencia severa/moderada de las personas que sufren algún tipo de ictus.

Debido a que el ictus es la primera causa de incapacidad a nivel mundial, las enfermeras desempeñan un papel fundamental en la detección precoz de signos y síntomas, así como la realización y planificación de cuidados a través del proceso de atención de enfermería con el fin de asegurar la calidad de los cuidados usando como herramienta de trabajo los planes de cuidados estandarizados (14)(15).

El objetivo de este trabajo es individualizar el plan de cuidados estandarizado de la UI del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV) en un caso real durante la fase aguda del ictus.

Me planteo como objetivo específico profundizar en el conocimiento del abordaje del ictus en una UI desarrollando un plan de cuidados estandarizado de ictus.

Este trabajo se ha dividido en dos capítulos; el primer capítulo recoge toda la información relacionada con el ictus de la siguiente forma: definición, criterios diagnósticos, factores de riesgo más relevantes, tratamiento fibrinolítico en ictus agudo y por último descripción de la Unidad de Ictus y el trabajo realizado en estas.

El segundo capítulo se centra en la realización del plan de cuidados de enfermería individualizado a partir del plan estándar usando la taxonomía NANDA, NIC, NOC dentro de la Unidad de Ictus, realizando una valoración holística, identificación de diagnósticos de enfermería, problemas de colaboración y las posibles complicaciones potenciales.

La búsqueda bibliográfica relacionada con este trabajo se ha desarrollado usando distintos motores de búsqueda online. La principal base de datos que sustenta este trabajo es Google Académico, a través del cual he realizado una búsqueda en bola de nieve, hallando diversas guías

de práctica clínica con información óptima para la elaboración del trabajo. Además se han hecho búsquedas en diferentes bases de datos específicas destacadas en medicina y enfermería como son Scielo y Dialnet Plus.

## CAPÍTULO 1: CONTEXTUALIZACIÓN DEL ICTUS

### 1.1 Concepto

El ictus se puede definir como el trastorno brusco del flujo sanguíneo cerebral que altera de forma transitoria o permanente la función de una o varias partes del encéfalo y se manifiesta como un déficit neurológico brusco (6)(7)(16).

### 1.2 Clasificación según su presentación clínica

Los ictus pueden clasificarse en dos grandes grupos según su mecanismo de producción: la isquemia cerebral y la hemorragia intracraneal. Los primeros representan alrededor del 80-85% de todos los ictus, mientras que la hemorragia intracraneal representa entre el 15-20%(6)(7)(16).

A) La isquemia cerebral se explica cómo el proceso en el cual se produce una falta de aporte sanguíneo en una determinada zona del parénquima encefálico (7)(16)(18).

Dentro de la isquemia cerebral se encuentran dos subtipos:

1. *Isquemia cerebral focal*: la cual afecta a una sola zona del encéfalo(16).
2. *Isquemia cerebral global*: que afecta al encéfalo de forma difusa, es decir, se produce la disminución del aporte sanguíneo cerebral de forma total (6)(16).

En función de la duración del proceso isquémico se diferencian dos tipos de isquemia cerebral focal; el ataque isquémico transitorio (AIT) cuya principal característica es su duración inferior a 24 horas. Y el infarto cerebral el cual produce un déficit neurológico que persiste más de 24 horas caracterizado por la presencia de necrosis tisular (6)(7)(16)(17)(18).

A.1) Ataque isquémico transitorio: son producidos como consecuencia del déficit de aporte sanguíneo en el territorio irrigado por un sistema vascular. Se manifiestan como episodios de disfunción neurológica focal o retiniana con una duración inferior a 24 horas. Generalmente duran entre 2-15 minutos, superando en contadas ocasiones los 60 minutos. Se caracteriza por ser reversible y no existir un déficit neurológico permanente tras su cese (6)(7)(16)(17)(18).

A.2) Infarto cerebral: se caracteriza por la rotura de un vaso sanguíneo encefálico con extravasación de sangre fuera del flujo vascular cerebral, produciendo un área de necrosis tisular. Dependiendo del pronóstico, así como de las complicaciones subyacentes del infarto cerebral se distinguen varios subtipos (6)(7)(16)(17)(18):

A.2.1) aterotrombótico: se produce a causa de una estenosis u oclusión de una arteria cerebral intra o extracraneal, suele ser de tamaño medio o grande. Se caracteriza por el crecimiento de un trombo formado en una zona en la que se encuentra una placa aterosclerótica u otra lesión vascular. Para clasificarlo como un infarto aterotrombótico debe cumplir alguno de los dos criterios siguientes:

- Aterosclerosis con estenosis: estenosis arterial igual o superior al 50% del diámetro luminal u oclusión de la arteria extracraneal o intracraneal correspondiente de gran calibre (cerebral media, posterior o tronco basilar), en ausencia de otra etiología (6)(7)(16)(17)(18).
- Aterosclerosis sin estenosis: presencia de placas o estenosis inferior al 50% en la arteria cerebral media, posterior o basilar en ausencia de otra etiología y en presencia de dos o más de los siguientes factores de riesgo vascular: edad > 50 años, HTA, diabetes mellitus, tabaquismo e hipercolesterolemia (6)(7)(16)(17)(18).

A.2.2) Infarto cardioembólico: es un infarto de tamaño medio o grande, de topografía generalmente cortical, con inicio de los síntomas en vigilia e instauración súbita o aguda, produciéndose el máximo déficit neurológico al principio del proceso. Debe evidenciarse alguna de las siguientes patologías de origen cardíaco para catalogarlo en este subtipo: trombo o tumor intracardiaco, estenosis mitral reumática, prótesis aórtica o mitral, endocarditis, fibrilación auricular, enfermedad del nodo sinusal, aneurisma ventricular izquierdo o acinesia después de un infarto agudo de miocardio, infarto agudo de miocardio de menos de tres meses, o hipocinesia cardíaca global o discinesia (6)(7)(16)(17)(18).

A.2.3) Infarto lacunar: es un infarto de pequeño tamaño lesional (<1,5 cm de diámetro), en el territorio de una arteria cerebral perforante, que se caracteriza por ocasionar un “síndrome lacunar”, es decir, hemiparesia motora pura, síndrome sensitivo puro, síndrome sensitivo motriz, hemiparesia-atáxica y disartria-mano torpe o síndrome sensitivomotor en aquellos pacientes que padezcan de antecedentes personales de HTA u otros factores de riesgo vascular cerebral en ausencia de otra etiología.

Debido a que estas arterias tienen escasas conexiones colaterales, la obstrucción del flujo sanguíneo se produce principalmente en el territorio de la arteria afectada (6)(7)(16)(17)(18).

A.2.4) Infarto cerebral de causa rara: se define como un infarto de tamaño pequeño, mediano o grande, de localización cortical o subcortical, en el territorio carotideo o vertebrobasilar en aquel paciente en el que previamente se ha descartado que fuese de origen aterotrombótico, cardioembólico o lacunar. Suele ser producido por trastornos sistémicos como la conectivopatía, infección, neoplasia, síndrome mieloproliferativo, alteraciones metabólicas, alteraciones de la coagulación, etc. O bien puede ser causado por enfermedades como disección arterial, displasia fibromuscular, aneurisma macular, malformación arteriovenosa, trombosis venosa central, angeítis, migrañas, etc (6)(7)(16)(17)(18).

A.2.5) Infarto cerebral de origen indeterminado: son infartos de localización cortical o subcortical afectando al territorio carotideo o vertebrobasilar, en los que tras realizar un diagnóstico se excluye que pertenezca a otro subtipo establecido de infarto cerebral, entendiéndose por tanto un diagnóstico de exclusión. Como norma general se incluyen en este subtipo aquellos infartos en los que se cumplan signos de más de una etiología (6)(7)(16)(17)(18).

B) La hemorragia intracraneal o ictus isquémico se define como la extravasación sanguínea dentro del encéfalo a causa de la rotura de un vaso cerebral. Dependiendo de la localización de la sangre extravasada la hemorragia intracraneal se subdivide en dos tipos: hemorragia intracerebral y hemorragia subaracnoidea (6)(7)(16)(17)(18).

B.1) Hemorragia intracerebral (HIC): es secundaria a una rotura vascular en el interior del cerebro acumulándose un vertido hemático. Según donde se localice el sangrado se diferencian dos tipos: parenquimatosa o ventricular.

B.1.1) *Hemorragia parenquimatosa*: es producida por una rotura espontánea en el interior del parénquima encefálico. Dentro de esta categoría se subdivide en hemorragia primaria y secundaria (6)(7)(16)(17)(18).

La hemorragia parenquimatosa primaria es aquella que se produce cuando la ruptura vascular es producida a causa de la afectación de esta por procesos degenerativos como; arterioesclerosis, angiopatía amiloide, o la hipertensión arterial crónica (6)(7)(16)(17)(18).

La hemorragia parenquimatosa secundaria es aquella que se produce debido a la ruptura de los vasos sanguíneos por causas adyacentes como; malformaciones vasculares, discrasias sanguíneas, tratamiento anticoagulante y fibrinolítico, tumores cerebrales, vasculitis, etc (6)(7)(16)(17)(18).

La hemorragia ventricular es la producida en el interior de los ventrículos.

B.2) Hemorragia subaracnoidea: se define como la extravasación de sangre al espacio subaracnoideo encefálico. En la mayoría de los casos es producida por causas traumáticas o bien de forma espontánea debido a la rotura de aneurismas arteriales, es decir, dilataciones anormales de la pared arterial principalmente congénitos o secundarios a arterioesclerosis (6)(7)(16)(17)(18).

### 1.3 Diagnóstico clínico del ictus

Para realizar un diagnóstico efectivo del ictus se debe realizar una exhaustiva valoración a través de fuentes primarias, es decir, a través de la realización de una entrevista y una exploración clínica física principalmente neurológica a través de escalas efectivas y validadas al español como: “Escala de Rakin modificada” <sup>(1)</sup>, “Escala Canadiense” <sup>(2)</sup>, “Escala NIHSS” <sup>(3)</sup> y “Escala Cincinnati” <sup>(4)</sup>, anamnesis e historia clínica focalizada en relación con los signos y síntomas presentes en el paciente (7)(18).

Según la Guía de práctica clínica de atención primaria (6) el “National Institute of Neurological Disorders and Strokes” (NINDS) ha establecido cinco signos y/o síntomas con el de detectar de forma temprana la presencia de un ictus:

1. Pérdida de fuerza repentina en la cara, brazo o pierna, principalmente en un solo lado del cuerpo.
2. Confusión repentina o problemas en el habla o en la comprensión.
3. Pérdida repentina de visión en uno o en ambos ojos.
4. Dificultad repentina para caminar, sensación de mareo, pérdida del equilibrio o de la coordinación.
5. Dolor de cabeza fuerte, repentino y sin una causa aparente o conocida (9).

Cabe destacar, que la Australia’s National Stroke Foundation añade un sexto signo/síntoma:

6. Dificultad para tragar

Además, la Sociedad Española de Neurología (SEN), añade uno más:

7. Trastorno de la sensibilidad, sensación de “acorchamiento y hormigueo” de la cara brazo y/o pierna en un lado del cuerpo asociado con un inicio brusco (6)(19).

Es importante la realización de un TAC craneal urgente ya que permite diferenciar entre la clínica de ictus de origen hemorrágico de la de origen isquémico.

Entre los síntomas más prevalentes en la fase aguda del ictus se encuentran los déficits motores, datos recogidos de un estudio realizado en Holanda entre los años 1978-1980 cuyos datos específicos son:

- En un 80% de los casos presentaron déficits motores, siendo la hemiplejía la más común de todas con 78% de los casos.
- Un 62% de los casos presentaron alteración en el lenguaje junto con el déficit motor.
- Un 92% de los casos presentaron al menos uno de estos dos síntomas.

En la realización de un estudio descriptivo publicado en el año 2007 en el que se incluyeron 505 pacientes con sospecha de ictus isquémico incidente, es decir, primeros episodios de ictus. Los síntomas más frecuentes fueron:

- Debilidad
- Alteraciones del lenguaje

Además, en un 30.3% de los casos se produjeron también:

- Alteraciones sensoriales como adormecimiento o acorchamiento en las extremidades (6).

#### **1.4 Factores de riesgo**

Se define factor de riesgo (FR) según la OMS como cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión (20).

Es importante conocer e identificar los FR relacionados con el ictus, la prevención primaria se orienta en influir en los factores de riesgo modificables en los pacientes que no han sufrido la enfermedad, sin embargo son los factores de riesgo no modificables los que identifican a aquellos que pacientes con un mayor riesgo de sufrir un ictus y que por lo tanto son estos pacientes los que deben reducir los factores de riesgo modificables llevando un control más riguroso de estos (21).

##### 1.4.1 Factores no modificables

- Edad

La edad es el principal FR no modificable. Según estudios observacionales realizados se identifica que el riesgo se duplica cada 10 años a partir de los 55 años de edad. El 75% de los ictus se producen a partir de los 65 años. A partir de los 75 años, las tasas de mortalidad vascular por grupo de edad se sitúan en la primera causa de muerte (9)(17)(21).

- Sexo

Las muertes por ECV en España afectan en su mayoría a mujeres, aunque debo destacar que la tasa ajustada por edad y tipo de ECV es superior en hombres. Esto se explica ya que los hombres tienen mayor riesgo de padecer enfermedades vasculares para una misma edad, pero se incrementa con la edad, siendo las mujeres más longevas se explica que haya una mayor incidencia de ictus en mujeres (9)(17)(21).

- Antecedentes familiares

Tener antecedentes familiares de ictus supone un aumento del riesgo de padecerlo. Se cree según estudios realizados que se debe a la transmisión hereditaria de los FR clásicos, así como el hecho de compartir factores ambientales y o estilos de vida y la interacción entre todos ellos (9)(17).

#### 1.4.2 Factores modificables

- Hipertensión arterial

La HTA es el factor modificable más importante, después de la edad, estimándose que causa alrededor del 25 al 50% de los casos de ictus tanto en hombres como en mujeres.

El riesgo de cardiopatía isquémica e ictus aumenta de forma progresiva a partir de cifras de 115/75 mm Hg. Está contraindicado el tratamiento fibrinolítico en los pacientes con tensión arteria por encima de 185/110 (9)(17)(18)(21)(22).

- Tabaco

Estudios observacionales han demostrado que hay una relación directa entre el consumo de tabaco y la probabilidad de sufrir un ictus tanto en hombres como en mujeres. Siendo este riesgo un 50% mayor que en personas no fumadoras (9)(17)(18)(21)(22).

- Diabetes Mellitus

La DM produce una mayor susceptibilidad para desarrollar arterioesclerosis y mayor probabilidad de sufrir HTA, obesidad y dislipemia.

El riesgo en los hombres con diabetes aumenta la probabilidad de ictus entre un 2,5 y 4,1, y en mujeres aumenta entre 3,6 y 5,8 veces; en cambio, con otros factores de riesgo asociados este riesgo se duplica.

Es primordial en los pacientes diabéticos el control de la tensión arterial, ya que esta influye de forma directa en la aparición de ictus, siendo las cifras idóneas para los pacientes diabéticos inferiores a 130/80mmHg, ya que reduce la incidencia de ictus hasta en un 40% (9)(17)(18)(21)(22).

- Dislipemia

La hipercolesterolemia tiene un importante factor de riesgo en relación con las enfermedades coronarias. Sin embargo, tras realizar estudios hay resultados controvertidos sobre su influencia en el aumento de riesgo de ictus.

No obstante, en su tratamiento con estatinas se ha demostrado que reduce de forma significativa el riesgo.

En un estudio realizado a nivel internacional, el CTT Cholesterol Treatment Trialists se ha demostrado que la incidencia de ictus en un periodo de 5 años se redujo en un 17% con el uso de estatinas, de forma que por cada reducción de 39mg/dl en el colesterol LDL se observaron 8 episodios menos de ictus por cada 1000 pacientes tratados. Siendo el beneficio objetivable desde el primer año (9)(17)(18)(21)(22).

- Enfermedades cardíacas

Alrededor del 15-20% de los ictus isquémicos se relacionan con ictus de origen cardioembólico siendo la fibrilación auricular (FA) el 50% de todos los casos aproximadamente.

La FA de origen no valvular es una arritmia común en la población de edad avanzada. El riesgo de ictus en pacientes con FA aumenta con la edad y es hasta cinco veces superior que en personas sin esta enfermedad.

El riesgo de ictus en paciente con FA no valvular es de un 5% al año aproximadamente, este riesgo aumenta cuando se relaciona con otros factores de riesgo principalmente con la HTA, diabetes o insuficiencia cardiaca (9)(17)(18)(21)(22).

- Terapia hormonal sustitutiva (THS)

En las últimas dos décadas, se utilizaba la THS como prevención para la enfermedad vascular, osteoporosis y demencia en pacientes postmenopáusicas.

Tras la realización de una gran cantidad de estudios se llegó a la conclusión que la THS tanto con estrógenos solo o combinados con progestágenos supone un factor de riesgo de ictus y de otros episodios vasculares principalmente de tromboembolismo venoso (9)(17)(18)(21)(22).

### **1.5 Unidades de Ictus durante la fase aguda del ictus y Código Ictus**

El ictus es considerado como una emergencia médica vital (9), se juega en contra del tiempo tanto en la fase prehospitalaria como en la intrahospitalaria. Es imprescindible el diagnóstico precoz de signos y síntomas ya que de ello va a depender en gran medida la recuperación del paciente, es decir, es necesario que los recursos sanitarios disponibles se organicen de forma eficiente asegurando así la correcta accesibilidad a los tratamientos y la correcta aplicación de estos (1).

Es importante nombrar que una atención especializada realizada por neurólogos especialistas en enfermedades cerebrovasculares mejora la evolución de los pacientes con ictus y reduce los costes del proceso (4).

Las unidades de ictus se definen cómo unidades vinculadas con el servicio de neurología, y deben ser responsabilidad de un neurólogo que actúe como coordinador. Están situadas en Hospitales terciarios a lo largo de toda la geografía española. Estas unidades se encuentran en un área bien definido dentro del hospital que disponen de ellas. Son unidades dedicadas a los cuidados no intensivos o semicríticos con monitorización continua no invasiva (ECG, pulsioximetría y tensión arterial) en los pacientes con ictus en fase aguda (1)(4)(11). Están formadas por un equipo multidisciplinar coordinado y entrenado que se dedica en su totalidad al cuidado individualizado de los pacientes con ictus en fase aguda.

La mayoría de los pacientes que ingresan en la UI son pacientes con ictus transitorio o establecido de menos de 24 horas de evolución (4).

Destacar que, aunque estas unidades están dotadas de una alta calidad asistencial en los ictus agudos, en ciertos casos de ictus agudos complejos, con déficits neurológicos severos o con enfermedad multiorgánica pueden requerir de una atención más especializada y/o con recursos más específicos que en una unidad de ictus, siendo ubicados en otras áreas asistenciales (4).

El objetivo principal de las unidades de ictus es realizar una actuación lo más rápida posible ante un ictus agudo con el fin de estabilizar y reducir los posibles efectos adversos tras sufrir un ictus (4)(11).

Los recursos necesarios en una UI se han ido estableciendo según los conocimientos derivados de estudios realizados, así como de la trascendencia asistencial durante la práctica clínica. Se

han considerado dos categorías, imprescindibles e importantes. Siendo ambos importantes para el buen funcionamiento y desarrollo del trabajo en la unidad. En los *recursos imprescindibles* aparecen todos los elementos en relación con recursos humanos, infraestructuras, protocolos y técnicas) que son fundamentales para que una UI desarrolle sus funciones (1).

Dentro de los recursos *importantes* se encuentran: disponibilidad para disponer de resonancia magnética (RM) 24 horas durante los 7 días de la semana, coordinación con cirugía vascular para realizar endarterectomía carotídea, disponibilidad de terapia ocupacional, telemedicina, programas de formación o educación sanitaria, y el uso de registro informático de pacientes en bancos de datos (1) <sup>(5)</sup>.

#### → Código Ictus (CI)

El código ictus es un sistema de comunicación aceptado universalmente que coordinado permite la rápida identificación, notificación y traslado prioritario de los pacientes a un Hospital de referencia o a un Hospital con unidad de ictus (6)(12).

El CI tiene como objetivo primordial la actuación conjunta entre los servicios de emergencia extrahospitalarios e intrahospitalarios, con el fin de estabilizar, asignar el diagnóstico definitivo y el tratamiento en la fase aguda en el menor tiempo posible (13).

Este CI permite disminuir los tiempos de latencia tanto en la fase pre- como intrahospitalarios, permitiendo así el tratamiento de reperusión y el ingreso en una UI, para realizar el tratamiento trombolítico con el activador tisular recombinante del plasminógeno (rt-PA) a un mayor porcentaje de pacientes, de forma más precoz, lo que se traduce en una mejor evolución clínica del paciente (6)(12)(13).

*Los criterios de activación del CI son (11)(12)(13):*

- Paciente previamente independiente: Escala Rankin modificada (ERm)  $\leq 2$
- Tiempo de evolución  $\leq 8$  horas o tiempo de evolución desconocido (p.ej. ictus del despertar).
- Presencia de síntomas o signos sugestivos de ictus en el momento de la valoración.
- Paciente que no presente contraindicación para fibrinólisis.

*Criterios de no activación del CI son (11)(12)(13):*

- No cumple criterios diagnósticos de ictus.
- Tiempo de evolución  $> 8$  horas.
- Paciente dependiente: ERm  $> 2$ .
- Enfermedad terminal
- Daño cerebral irreversible
- Demencia

#### ❖ Procedimiento operativo del Código Ictus. Fase prehospitalaria

La fase prehospitalaria se inicia cuando el propio paciente u otra persona se pone en contacto con los servicios de emergencia extrahospitalarios y estos son quienes activan el CI (13).

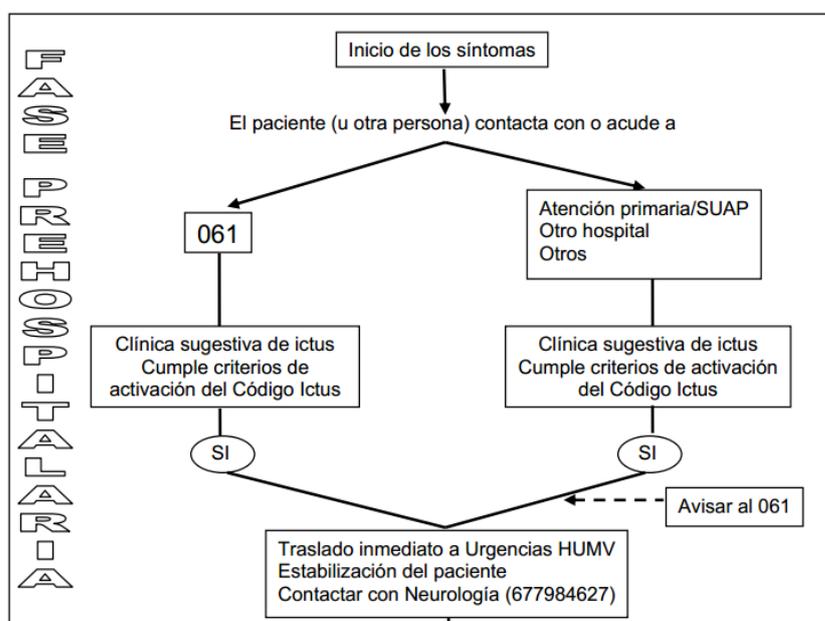
Cuando se realiza la activación del CI se debe disponer de una serie de procedimientos protocolizadas con el de ordenar y racionalizar los recursos existentes para permitir que el paciente sea atendido en el menos tiempo posible. Por ellos es necesario cumplir los siguientes requisitos (1)(6)(13):

- Coordinar la disponibilidad de los recursos existentes.
- Centralizar la información de las distintas unidades que pueden realizar la detección precoz de los pacientes candidatos a la activación del CI:
  - Atención primaria.
  - Centros Coordinadores de Urgencias.
  - Dispositivos de emergencias extrahospitalarios (061/SUAP).
  - Otros (por ejemplo residencias geriátricas).

- Ante una sospecha de ictus debe ponerse en conocimiento del Centro Coordinador de Urgencias de forma inmediata. Con el fin de poder activar el CI y trasladar al paciente en el menor tiempo posible al hospital más cercano que disponga de UI. Dicho coordinador informará al médico responsable de la atención al paciente en el hospital (habitualmente el neurólogo de la UI o el de guardia) de su traslado, características del episodio clínico y tiempo estimado de llegada al hospital (13).

Este médico informará a los servicios de Urgencias y Radiología sobre la llegada de un posible CI al hospital para asegurar la recepción directa y adecuada del paciente y la realización precoz de las distintas pruebas complementarias (13).

- Desactivar el CI si se detecta algún criterio de exclusión o por negativa del paciente o los familiares al traslado al hospital (1)(6)((13).



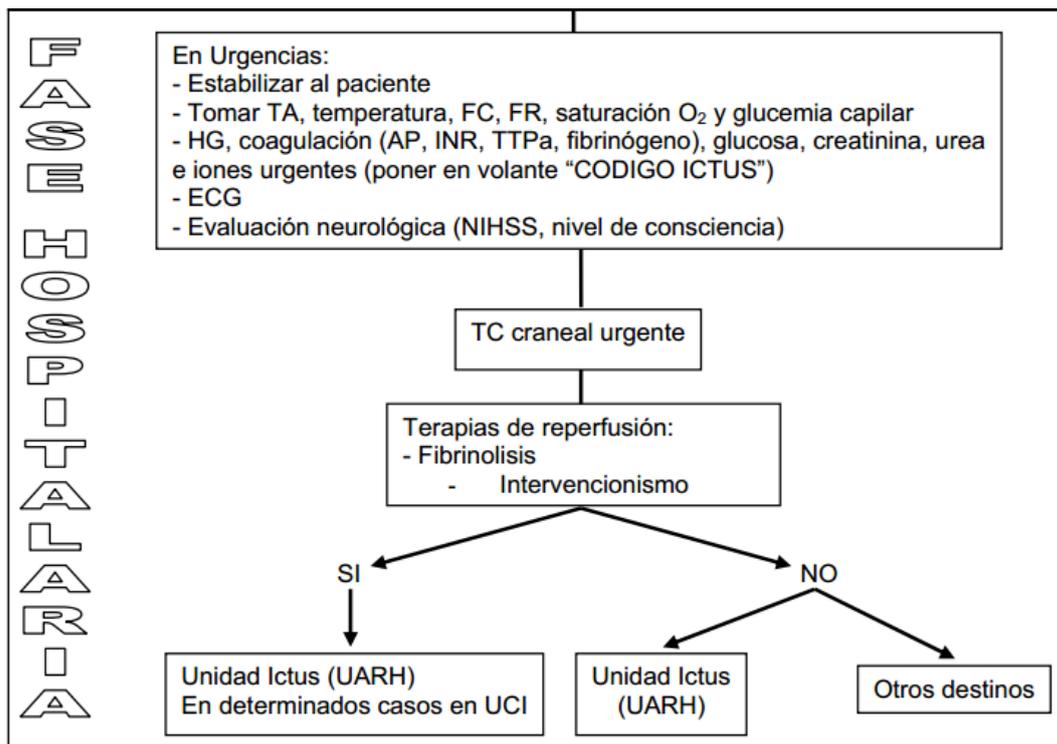
Subdirección de desarrollo y Calidad asistencial, Servicio Cántabro de Salud. Actualización en ictus. [Internet]. 2011 [citado 3 junio 2018]. Disponible en:

[https://sofos.scsalud.es/sofosdocs/ICTUS4/modulos/t03\\_2.pdf](https://sofos.scsalud.es/sofosdocs/ICTUS4/modulos/t03_2.pdf)

❖ Procedimiento operativo del Código Ictus. Fase intrahospitalaria

El hospital es avisado de la llegada de un CI a través de los servicios de urgencias o bien se activa en algunos casos de pacientes ingresados (6)(13).

Dentro del servicio de urgencias del propio hospital se puede activar también ya que algunos pacientes acuden allí directamente y en este caso de contacta de forma directa con el neurólogo responsable de coordinar a estos pacientes y poner en marcha las medidas diagnósticas y terapéuticas necesarias (13).



Subdirección de desarrollo y Calidad asistencial, Servicio Cántabro de Salud. Actualización en ictus. [Internet]. 2011 [citado 3 junio 2018]. Disponible en: [https://sofos.scsalud.es/sofosdocs/ICTUS4/modulos/t03\\_2.pdf](https://sofos.scsalud.es/sofosdocs/ICTUS4/modulos/t03_2.pdf)

El fármaco que se emplea actualmente para el tratamiento del ictus isquémico es el activador tisular del plasminógeno recombinante endovenoso (rt-PA) (23), cuyo objetivo principal es la revascularización de las arterias cerebrales ocluidas con el fin de reestablecer el flujo sanguíneo para intentar salvar el tejido cerebral isquémico que no haya experimentado un daño irreversible (1)(9).

Actualmente se sabe que el tratamiento fibrinolítico es totalmente seguro y eficaz hasta aproximadamente las primeras cuatro horas y media tras el inicio de la sintomatología sugestiva de ictus isquémico (1)(11).

Aun considerándose un tratamiento seguro y eficaz no consigue recanalizar las arterias cerebrales en un gran porcentaje de pacientes (1), se estima que solo entre el 40-66% de los pacientes tratados con rt-PA durante las 3 primeras horas tras el inicio ictus alcanzan una revascularización precoz y eficaz (6).

Destacar que hay escalas para medir el pronóstico de la eficacia de la fibrinólisis intravenosa, como son el índice iScore, índice DRAGON, índice NIHSS-time y el índice SPAN-100 (24).

Dentro de las contraindicaciones para el tratamiento se encuentra el uso de fármacos anticoagulantes orales (ACO), sin embargo en la actualidad los pacientes tratados con ACO pueden ser candidatos a tratamiento fibrinolítico si el International normalized ratio, es decir, el INR inferior o igual a 1,7 (23).

La principal complicación que puede surgir tras el tratamiento es la hemorragia intracraneal (23).

## CAPÍTULO 2: PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA INDIVIDUALIZADO PACIENTE CON ICTUS EN FASE AGUDA EN UNA UNIDAD DE ICTUS

### 2.1 Análisis de la situación

El ictus es considerado como la primera causa de invalidez o discapacidad permanente, y la segunda causa de demencia. Considerándose desde el inicio de los síntomas una emergencia vital. Es importante actuar en el menor tiempo posible ya que de ello va a depender en gran medida el grado de invalidez o discapacidad y secuelas a largo plazo (6).

Las principales secuelas tras sufrir un ictus provocan que la persona no pueda por si misma realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), principalmente: caminar, realizar el aseo, el vestido, así como la capacidad de hablar, leer y escribir, pensar claramente y tomar decisiones... (25)

Por ello es preciso actuar de forma organizada a través de protocolos, vías y guías clínicas de forma multidisciplinar con el fin de ofrecer calidad asistencial durante su estancia en las unidades de ictus.

La herramienta más eficaz para realizar cuidados de calidad asistencial son los denominados planes de cuidados estandarizados, ya que ellos son el motor a través de los cuales se desarrollan planes de cuidados individualizados realizando una clasificación de los diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes descritos que se relacionen con el proceso de enfermedad del paciente.

Los planes de cuidados estandarizados se caracterizan por tener un lenguaje común en el ámbito enfermero y estar disponibles en los soportes informáticos, en este caso concreto se encuentra dentro del programa Gacela Care <sup>(6)</sup>.

Mediante el proceso de atención de enfermería, se realiza una valoración holística e individualizada según el modelo de las 14 necesidades según Virginia Henderson (26) del paciente a su llegada a la unidad a través de las cual gracias a la taxonomía *North American Nursing Diagnosis Association*, es decir, NANDA , a la clasificación de resultados de enfermería NOC, y la clasificación de intervenciones de enfermería NIC se plantean una serie de diagnósticos enfermeros, objetivos y unas actividades destinadas a la gestión de los cuidados del paciente (27).

He de destacar, que el caso clínico es un caso real de la UI situada en la Unidad de Alta Resolución Hospitalaria (UARH) del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV), durante mis prácticas. Antes de realizar la entrevista así como el seguimiento diario del paciente le informe a ella y a sus familiares sobre mi trabajo, explicando que es totalmente anónimo.

## **2.2 Introducción al caso clínico**

### **Datos del paciente:**

Mujer de 73 años que ingresa en la Unidad de Ictus de forma urgente procedente del servicio de urgencias del HUMV el día 12/02/2018, con diagnóstico médico de ictus isquémico posiblemente de tipo lacunar hemisférico izquierdo.

Llega al servicio de urgencias acompañada de familia tras despertarse de la siesta con disartria, parálisis facial central derecha y claudicación de las extremidades del lado derecho.

Presenta una puntuación en la Escala Rankin modificada de 0 y Escala NIHSS con una puntuación de 8.

Tras la realización de TAC perfusión, se activa el código ictus.

La valoración es realizada en la Unidad de Ictus el día 14/02/2018, es decir, habiendo pasado un día tras el tratamiento fibrinolítico.

La paciente es alérgica al clopidrogel.

### **Antecedentes Personales:**

- Hipertensión
- Ataque isquémico transitorio (AIT) de repetición (2012,2014 y 2015)
- Diabetes Mellitus tipo 2
- Dislipemia
- Hipotiroidismo
- Osteoporosis
- Enfermedad reflujo gastroesofágico
- Trastorno depresivo no especificado
- Hemotransfundida

### **Intervenciones quirúrgicas**

- Legrado

**Tratamiento farmacológico habitual (26)**

<b>FÁRMACO</b>	<b>DOSIS</b>	<b>PRESENTACIÓN</b>	<b>VÍA ADMÓN.</b>	<b>POSOLOGÍA</b>	<b>USO TERAPÉUTICO</b>
Atorvastatina	20mg	Comprimidos	Oral	0-0-1	Dislipemia
Hidroferol	0.266mg	Cápsulas	Oral	Cada 15 días	Osteoporosis
Candesartan	16mg	Comprimidos	Oral	1-0-0	HTA
Eutirox	112mg	Comprimidos	Oral	1-0-0	Hipotiroidismo
Synjardy	5/1000	Comprimidos	Oral	1-0-1	DM II
Zolpidem	10mg	Comprimidos	Oral	0-0-1	Insomnio

**Tratamiento farmacológico según Prescripción Electrónica Asistida (PEA)**

<b>FÁRMACO</b>	<b>DOSIS</b>	<b>PRESENTACIÓN</b>	<b>VÍA ADMÓN.</b>	<b>POSOLOGÍA</b>	<b>USO TERAPÉUTICO</b>
Atorvastatina	40mg	Comprimidos	Oral	0-0-1	Dislipemia
Paracetamol	1gr	Comprimidos	Oral	Si precisa cada 8 horas	Dolor
Zolpidem	10mg	Comprimidos	Oral	0-0-1	Insomnio
Candesartan	16mg	Comprimidos	Oral	1-0-0	HTA
Levotiroxina	100mg	Comprimidos	Oral	1-0-0	Hipotiroidismo
Enoxaparina	40mg	Inyectable	Subcutáneo	0-0-1	Profilaxis antitrombótica
Metformina	850mg	Comprimidos	Oral	0-0.5-0.5	DM II
Esomeprazol	20mg	Comprimidos	Oral	1-0-0	ERGE
Gliclazida	30mg	Comprimidos	Oral	1-0-1	DM II



facial leve en la zona central. Se encuentra encamada, no deambula de forma autónoma. Realiza traslado cama-sillón con ayuda de otras personas.

Mantiene de forma dificultosa la postura alineada en la cama, donde se encontraba en el momento de la valoración.

No refiere dolor de tipo muscular.

No ha sufrido ninguna caída de importancia en los últimos meses.

En su vida diaria dice ser una persona poco activa, no le gusta realizar ejercicio aunque sale a pasear acompañando a su marido todos los días, aunque prefiere quedarse en su domicilio la mayoría del tiempo y realizar las actividades de la casa.

## **5. DORMIR Y DESCANSAR**

Patrón de sueño nocturno discontinuo, refiere no dormir toda la noche sin despertarse, en total duerme unas 6 horas aproximadamente. Sueño no suficiente ni reparador, refiere despertar cansada para afrontar el día desde que está en el hospital.

Duerme la siesta siempre que puede. Dentro de su rutina para conciliar el sueño ve la televisión o lee un libro. La paciente toma hipnótico para conciliar el sueño y descansar.

## **6. ESCOGER ROPA ADECUADA. VESTIRSE/DESVESTIRSE**

Presenta aspecto limpio y cuidado, en el momento de la valoración a la hora de vestirse/desvestirse es capaz de realizarlo de con ayuda parcial, es capaz de meterse la ropa pero no de atar botones/cremalleras o subir cremalleras.

Lleva la ropa y el calzado acorde con la temperatura y estación del año. Refiere gustarle llevar ropa cómoda, dice llevar siempre pantalones, no le gusta las faldas.

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

Mantiene la temperatura corporal dentro los límites normales, 36,4 °C. Le gusta más las estaciones cálidas, dice sentirse con más energía en esas estaciones.

La coloración de la piel es de aspecto normal, no tiene dificultades para mantener las manos y pies calientes.

Durante el ingreso no ha presentado irregularidades en relación con su temperatura.

## **8. NECESIDAD DE MANTENER LA HIGIENE CORPORAL Y LA INTEGRIDAD DE LA PIEL:**

La paciente presenta aspecto limpio y cuidado, piel hidratada, suave y nutrida, las uñas de manos y pies se encuentran cortas y limpias, presenta piel y mucosas de aspecto normal y de color rosadas, cabello limpio y en buen estado. Refiere ducharse a diario. Durante el ingreso la paciente es aseada en el baño con ayuda de una silla de baño, ya que no aguanta de pie.

Refiere usar crema hidratante a diario, para mantener la piel en perfecto estado.

No presenta acúmulo de cerumen en los oídos.

La paciente porta una vía periférica del calibre 20G en las venas dorsales de la mano izquierda, en buen estado. Salinizada.

## **9. NECESIDAD DE EVITAR LOS PELIGROS AMBIENTALES Y EVITAR LESIONAR A OTRAS PERSONAS:**

Se encuentra orientada en persona y espacio pero no en tiempo, resulta fácil mantener una conversación agradable con ella. Conoce perfectamente sus antecedentes personales y alergias. Muestra buena adherencia al tratamiento prescrito.

Refiere no sentir dolor en el momento de la valoración, EVA=0<sup>(8)</sup>.

Se realiza cribados según le corresponde por edad, calendario vacunal al día. Refiere no vacunarse de la gripe.

La paciente usa gafas para corregir la miopía, se encuentran en buen estado, adecuadamente graduadas y bien ajustadas.

No presenta ningún problema de audición.

Respecto al consumo de alcohol dice no consumir.

En su historia clínica se encuentra reflejado que la paciente ha sido transfundida.

## **10. NECESIDAD DE COMUNICARSE CON LOS DEMÁS EXPRESANDO EMOCIONES; NECESIDADES, TEMORES U OPINIONES:**

Tras el ictus presenta disartria leve por lo que su comunicación verbal no es totalmente clara ni precisa, además presenta dificultad para realizar varias órdenes sencillas de forma seguida. Muestra un tono adecuado, persona asertiva y con voluntad de comunicarse abiertamente. Refiere mantener una buena relación con su familia y entorno. Existe concordancia entre la comunicación verbal y no verbal mostrando expresividad en ambos casos.

Se define como una persona sencilla, vergonzosa y algo introvertida, le cuesta relacionarse y mantener una conversación con gente desconocida. Durante la entrevista estuvo presente en todo momento su hija y fue ella la que me aportó gran cantidad de datos necesarios durante la valoración.

La paciente tiene red de apoyo familiar, sus familiares se turnaban a diario para ayudar en su cuidado. Refiere tener una gran relación con su familia más directa y sentirse muy apoyada y protegida con ellos.

## **11. NECESIDAD DE VIVIR DE ACUERDO CON LOS PROPIOS VALORES Y CREENCIAS:**

Vive acorde a sus valores y creencias. Su principal valor es su familia, refiere que “lo más importante es que su familia esté unida y tengan buena salud”.

La paciente refiere haber sufrido episodios de depresión en el pasado, pero actualmente se encuentra tranquila y relajada y no toma ninguna medicación.

Refiere ser una persona pesimista y no ser capaz de afrontar la situación ni ver el lado positivo de las cosas, se encuentra en este momento tras el ictus triste, agobiada y muy nerviosa ya que en los días que lleva ingresada refiere no notar mejoría en su estado.

**12. OCUPARSE DE ALGO DE TAL FORMA QUE SU LABOR TENGA UN SENTIDO DE REALIZACIÓN PERSONAL Y 13. PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS:**

Actualmente se encuentra jubilada, refiere adaptarse bien a la jubilación. No realiza actividades de ocio dentro de la comunidad.

En su día a día refiere pasar el día con su marido y 4 días a la semana se encarga de cuidar a los nietos llevándolos al colegio, dándoles de comer y pasar la tarde con ellos ya que su hija trabaja y ella dice “me gusta quedármelos”.

Se entretiene realizando las labores de la casa y viendo la televisión por las tardes.

**14. APRENDER, DESCUBRIR O SATISFACER LA CURIOSIDAD QUE CONDUCE AL DESARROLLO NORMAL Y UTILIZAR LOS RECURSOS DISPONIBLES:**

La paciente refiere conocer su estado de salud actual ya que en años anteriores ha sufrido varios AIT de repetición. Además conoce sus antecedentes personales y las medicaciones correspondientes para cada una de ellas, así como su posología, dosis y horario de administración. No necesita ayuda para elaborar su pastillero semanal.

Es una paciente con total adherencia a sus tratamientos.

Muestra interés por su estado de salud y su evolución durante su estancia en el hospital. Durante dicha estancia se les facilita tanto a la paciente como a sus familiares un libro explicativo sobre el ictus y su rehabilitación tras el alta.

**2.4 Identificación de problemas**

Diagnósticos de enfermería (28)(29)

**1. [00102] Déficit de autocuidado: alimentación manifestado por deterioro de la habilidad para comer por sí solo de forma aceptable, deterioro para deglutir los alimentos relacionado con deterioro neuromuscular.**

Definición: Deterioro de la habilidad para realizar o completar las actividades de autoalimentación

- Resultados NOC

→ [0303] Autocuidados: comer

Definición: Acciones personales para preparar e ingerir comida y líquidos independientemente con o sin dispositivo de ayuda.

INDICADOR	PUNTUACIÓN ACTUAL	PUNTUACIÓN DIANA	TIEMPO ESTIMADO
[30311] Manipula la comida en la boca.	2.Sustancialmente comprometido	4.Levemente comprometido	5 días
[30313] Traga la comida de una sola vez.	1.Gravemente comprometido	3.Moderadamente comprometido	5 días
[30304] Coge comida con los utensilios.	3.Moderadamente comprometido	5.No comprometido	5 días
[30312] Mastica la comida.	3.Moderadamente comprometido	4.Levemente comprometido	5 días

- Intervenciones NIC

→ [1803] Ayuda con el autocuidado: alimentación

→ [1860] Terapia de deglución

Actividades enfermeras:

- Controlar la capacidad de deglutir del paciente, realizar test de texturas, por orden médica.
- Comprobar si traga la comida o se le quedan residuos en la boca.
- Vigilar la saturación de oxígeno durante la comida.
- Colocar al paciente erguido sentado a 90º a la hora de la comida.
- Ayudar al paciente a colocar la cabeza flexionada hacia delante, en preparación para la deglución "barbilla metida".
- Comprobar y enseñar a la familia/cuidador a comprobar si hay restos de comida en la boca después de comer.
- Ayudar al paciente hemipléjico a sentarse con el brazo afectado hacia delante sobre la mesa.
- Ayudar al paciente a colocar la comida en la parte posterior de la boca y en el lado no afectado.
- Enseñar a la familia/cuidador las medidas de emergencia para los atragantamientos.
- Enseñar al paciente a colocar la comida en la parte posterior de la boca y en el lado no afectado.
- Mantener al paciente 30 minutos sentado tras la ingesta.

**2. [00108] Déficit de autocuidado: baño m/p deterioro de la habilidad para acceder al baño, deterioro para lavar/secar el cuerpo r/c deterioro de la habilidad para percibir una parte del cuerpo.**

Definición: Deterioro de la capacidad para realizar o completar por uno mismo las actividades de baño.

- Resultados NOC

→ [0301] Autocuidados: baño

Definición: Acciones personales para lavar el propio cuerpo independientemente con o sin dispositivo de ayuda.

INDICADOR	PUNTUACIÓN ACTUAL	PUNTUACIÓN DIANA	TIEMPO ESTIMADO
[30109] Se baña en la ducha.	2. Sustancialmente comprometido	4. Levemente comprometido	4 días
[30111] Seca el cuerpo.	2. Sustancialmente comprometido	4. Levemente comprometido	4 días

[30114] Se lava la parte superior del cuerpo.	3. Moderadamente comprometido	5. No comprometido	5 días
[30115] Se lava la parte inferior del cuerpo.	3. Moderadamente comprometido	5. No comprometido	5 días
[30116] Se lava la zona perianal.	2. Sustancialmente comprometido	4. Levemente comprometido	5 días

- Intervenciones NIC

→ [1801] Ayuda con el autocuidado: baño/higiene

Actividades enfermeras:

- Controlar la integridad cutánea del paciente.
- Determinar la cantidad y tipo de ayuda necesitada.
- Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados.
- Facilitar que el paciente se bañe él mismo.
- Colocar toallas, jabón, desodorante y demás accesorios necesarios en el baño del paciente a su alcance.

**3. [00109] Déficit autocuidado: vestido/acicalamiento m/p deterioro para obtener la ropa, deterioro para ponerse/abrocharse la ropa r/c deterioro neuromuscular.**

Definición: Deterioro de la capacidad para realizar o completar por uno mismo las actividades de vestirse y arreglo personal.

- Resultados NOC

→ [0302] Autocuidados: vestir

Definición: Acciones personales para vestirse independientemente con o sin dispositivo de ayuda.

INDICADOR	PUNTUACIÓN ACTUAL	PUNTUACIÓN DIANA	TIEMPO ESTIMADO
[30204] Se pone la ropa en la parte superior del cuerpo.	1. Gravemente comprometido	3. Moderadamente comprometido	5 días
[30205] Se pone la ropa en la parte inferior del cuerpo.	1. Gravemente comprometido	3. Moderadamente comprometido	5 días
[30207] Se abrocha la ropa.	1. Gravemente comprometido	3. Moderadamente comprometido	5 días
[30211] Se quita la ropa de la parte superior del cuerpo.	2. Sustancialmente comprometido	4. Levemente comprometido	5 días

[30214] Se quita la ropa de la parte inferior del cuerpo.	2. Sustancialmente comprometido	4. Levemente comprometido	5 días
[30216] Coge la ropa del armario.	3. Moderadamente comprometido	5. No comprometido	5 días

- Intervenciones NIC

→ [1802] Ayuda con el autocuidado: vestirse/arreglo personal

→ [1630] Vestir

Actividades enfermeras:

- Estar disponible para ayudar en el vestir, si es necesario.
- Observar la capacidad del paciente de vestirse.
- Identificar las áreas en las que el paciente necesite ayuda para vestirse.
- Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea capaz de vestirse de forma autónoma.
- Ayudar con los cordones, botones y cremalleras, si es necesario.
- Mantener la intimidad mientras el paciente se viste.
- Reforzar los esfuerzos por vestirse solo.

**4. [00110] Déficit de autocuidado: uso del inodoro m/p deterioro de la habilidad para completar la higiene tras la evacuación, deterioro para llegar hasta el inodoro r/c deterioro neuromuscular.**

Definición: Deterioro de la capacidad para realizar o completar por uno mismo las actividades de evacuación.

- Resultados NOC

→ [0310] Autocuidados: uso del inodoro

Definición: Acciones personales para utilizar el inodoro independientemente con o sin dispositivo de ayuda.

INDICADOR	PUNTUACIÓN ACTUAL	PUNTUACIÓN DIANA	TIEMPO ESTIMADO
[31005] Usa el WC	1. Gravemente comprometido	3. Moderadamente comprometido	5 días
[31007] Se limpia después de orinar.	3. Moderadamente comprometido	5. No comprometido	5 días
[31012] Se limpia después de defecar.	2. Sustancialmente comprometido	5. No comprometido	5 días
[31013] Entra y sale del cuarto de baño	2. Sustancialmente comprometido	4. Levemente comprometido	5 días

- Intervenciones NIC

→ [1804] Ayuda con el autocuidado: micción/defecación

Actividades enfermeras:

- Proporcionar dispositivos de ayuda (bacinilla), siempre que sea necesario.
- Disponer de intimidad durante la eliminación.
- Facilitar la higiene del aseo después de la eliminación.

## 5. [00085] Deterioro de la movilidad física

Definición: Limitación del movimiento físico independiente e intencionado del cuerpo o de una o más extremidades.

- Resultados NOC

→ [0200] Ambular

Definición: Acciones personales para caminar independientemente de un lugar a otro con o sin dispositivos de ayuda.

INDICADOR	PUNTUACIÓN ACTUAL	PUNTUACIÓN DIANA	TIEMPO ESTIMADO
[20003] Camina a paso lento.	2. Sustancialmente comprometido	4. Levemente comprometido	5 días
[20014] Anda por la habitación.	3. Levemente comprometido	5. No comprometido	5 días
[20010] Camina distancias cortas.	2. Sustancialmente comprometido	4. Levemente comprometido	5 días

- Intervenciones NIC

→ [0221] Terapia de ejercicios: deambulación

→ [1912] Caídas

Definición: Estimular y ayudar al paciente a caminar para mantener o restablecer las funciones corporales autónomas y voluntarias durante el tratamiento y recuperación de una enfermedad o lesión.

Actividades enfermeras:

- Animar al paciente a que esté «levantado según le apetezca», si es apropiado.
- Fomentar una deambulación independiente dentro de los límites de seguridad.
- Ayudar al paciente a ponerse de pie y a deambular distancias determinadas y con un número concreto de personal.
- Ayudar al paciente con la deambulación inicial, si es necesario.
- Instruir al paciente/cuidador acerca de las técnicas de traslado y deambulación seguras.

- Proporcionar un dispositivo de ayuda (bastón, muletas o silla de ruedas, etc) para la deambulaci3n si el paciente tiene inestabilidad.
- Ayudar al paciente con la deambulaci3n inicial.
- Colaborar con el equipo de fisioterapeutas sobre los ejercicios prescritos.

**6. [00069] Afrontamiento ineficaz relacionado con crisis situacional manifestado por expresi3n de incapacidad de afrontar la situaci3n.**

Definici3n: Incapacidad para formular una apreciaci3n v3lida de los agentes estresantes, elecciones inadecuadas de respuestas que se pondr3n en pr3ctica y/o incapacidad para utilizar los recursos disponibles.

- Resultados NOC

→ [1302] Afrontamiento de problemas

Definici3n: Acciones personales para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo.

INDICADOR	PUNTUACI3N ACTUAL	PUNTUACI3N DIANA	TIEMPO ESTIMADO
[130201] Identifica patrones de superaci3n eficaces.	1. Nunca demostrado.	3. A veces demostrado.	5 d3as
[130203] Verbaliza sensaci3n de control.	1. Nunca demostrado.	3. A veces demostrado.	5 d3as
[130205] Verbaliza aceptaci3n de la situaci3n.	2. Raramente demostrado.	4. Frecuentemente demostrado.	5 d3as
[130208] Se adapta a los cambios en desarrollo.	2. Raramente demostrado.	4. Frecuentemente demostrado.	5 d3as
[130222] Utiliza el sistema de apoyo personal.	3. A veces demostrado.	5. Siempre demostrado.	5 d3as
[130223] Obtiene ayuda del profesional sanitario.	3. A veces demostrado.	5. Siempre demostrado.	5 d3as

- Intervenciones NIC

→ [5230] Mejorar el afrontamiento

Definici3n: Facilitaci3n de los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar los factores estresantes, cambios o amenazas percibidas que interfieran a la hora de satisfacer las demandas y papeles de la vida.

Actividades enfermeras:

- Ayudar al paciente a identificar los objetivos apropiados a corto y largo plazo.
- Ayudar al paciente a descomponer los objetivos complejos en etapas peque1as y manejables.

- Ayudar al paciente a resolver los problemas de forma constructiva.
- Valorar la aceptación del paciente a los cambios de imagen corporal.
- Valorar la comprensión del paciente del proceso de su enfermedad.
- Utilizar un enfoque sereno, tranquilizador.
- Alentar una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia.
- Favorecer situaciones que fomenten la autonomía del paciente.

#### Problemas de colaboración y complicaciones potenciales

Objetivos generales:

1. Prevenir las complicaciones
2. Detectar de forma temprana signos y síntomas del proceso de enfermedad, tanto en lo que respecta a la evolución del paciente, como a los efectos de pruebas diagnósticas y tratamiento.
3. Programar medidas de control y vigilancia del estado del paciente.
4. Administrar y aplicar tratamientos prescritos por orden médica, según proceda.

#### → **Problema de colaboración: Fibrinólisis secundaria a ictus isquémico.**

→ Complicación potencial: Hemorragia intracraneal

→ Complicación potencial: flebitis o extravasación secundario a catéter venoso periférico.

Actividades enfermeras:

- [6650] Vigilancia, [2620] Monitorización neurológica, [6650] Terapia intravenosa.
- Determinar los riesgos de salud derivados del tratamiento fibrinolítico.
- Establecer criterios de priorización en función del estado del paciente.
- Comprobar las cinco reglas de la administración correcta antes de iniciar la infusión o administración de medicaciones (fármaco, dosis, paciente, vía y frecuencia correctos).
- Realizar toma de constantes (TA + FC) cada 15 minutos durante la primera hora, cada 30 minutos durante las 6 siguientes horas, cada hora hasta cumplir 24 horas, en el brazo contralateral a la fibrinólisis.
- Comprobar el estado neurológico usando la Escala Canadiense.
- Vigilar signos y síntomas de sangrado como: palidez, disminución de conciencia, cefalea, HTA, náuseas y vómitos.

#### → **Problema de colaboración: Disfagia secundaria a ictus isquémico.**

→ Complicación potencial: Atragantamiento.

#### → **Complicación potencial: Hipoglucemia/hiperglucemia secundaria a diabetes mellitus**

Actividades enfermeras:

➤ [2120] Manejo de la hiperglucemia, [2130] Manejo de la hipoglucemia

- Detectar signos de hipoglucemia como: palidez, cansancio, confusión, escalofríos, dolor de cabeza,...
- Detectar signos de hiperglucemia como: poliuria, polidipsia, polifagia, debilidad, malestar, letargo, visión borrosa o cefaleas.
- Realizar toma de glucemia cada 6 horas, según pauta médica.
- Administrar medicación prescrita según orden médica.

## 2.5 Justificación

Una vez finalizada la valoración holística y analizados los datos recogidos, los objetivos se enfocan en los siguientes diagnósticos de enfermería.

Los diagnósticos enfermeros más relevantes en este caso son: “Déficit de autocuidado” debido a que es la principal secuela tras sufrir un ictus, decir que se les ha etiquetado como déficit ya que los objetivos van encaminados a reducir en todo lo posible las secuelas en este caso físicas y/o motoras que impiden a la paciente realizar las ABVD de forma autónoma.

He de destacar que las actividades destinadas a la alimentación ([1803] Ayuda con el autocuidado: alimentación [1860] Terapia de deglución), influyen de manera conjunta con el problema de colaboración disfagia.

Además, se ha incluido el diagnóstico de deterioro de movilidad física, proponiendo como objetivo principal que la paciente deambule distancias cortas debido al poco tiempo del que se dispone.

Por otro lado y cómo último diagnóstico de enfermería los objetivos se centran en el diagnóstico de afrontamiento ineficaz, ya que la paciente expresa sentirse “triste, agobiada y nerviosa” con la situación. Por ello durante los 5 días de los que se dispone el principal objetivo es que la paciente sea capaz de manejar y afrontar la situación acordando junto con la paciente pequeños objetivos y a corto plazo con el fin de aumentar la autoestima y la motivación.

Por último he propuesto una serie de intervenciones enfermeras en relación con los problemas de colaboración y las posibles complicaciones, destacando principalmente el tratamiento fibrinolítico, siendo de suma importancia realizar todas las actividades recogidas en el protocolo de fibrinólisis de la UI <sup>(9)</sup>, siendo mi principal objetivo la vigilancia la detección precoz de posibles signos y síntomas de hemorragia intracraneal.

### 3. Bibliografía

1. Masjuan J, Álvarez- Sabín J, Arenillas J, et all. Plan de asistencia sanitaria al ictus II. Revista neurología [Internet]. 2010 nov [citado 2 junio 2018]; 26:383-96. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-295-articulo-plan-asistencia-sanitaria-al-ictus-S021348531000201X>
2. Álvarez-Sabín J. Mortalidad hospitalaria por ictus. Revista española de Cardiología [Internet]. 2008 [citado 2 junio 2018]; 61:1007-1009. Disponible en: <http://www.revespcardiolog.org/es/mortalidad-hospitalaria-por-ictus/articulo/13126039/>
3. Ferrer Arnedo C. El paciente con ictus y el cuidado enfermero: un binomio de éxito para el siglo XXI. Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica [Internet]. 2014 [citado 2 junio 2018]; 40(1):2-3. Disponible en: <http://www.enfermeriaaps.com/portal/wp-content/uploads/2015/06/ictus.pdf>
4. Álvarez-Sabín J, Alonso de Leciñana M, Gallego J, et all. Plan de atención sanitaria al ictus. Neurología [Internet]. 2006 [citado 2 junio 2018]; 21(10):717-726. Disponible en: <http://www.ardacea.es/files/PASI-Plan-AtencionSanitaria-del-Ictus.pdf>
5. Abellán Alemán J, Ruilope Urioste JM, Leal Hernández M, et all. Control de los factores de riesgo cardiovascular en pacientes con ictus atendidos en Atención Primaria en España. Estudio ICTUSCARE. Revista Medicina Clínica [Internet]. 2011 [citado 2 junio 2018]; 136:329-35. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-control-los-factores-riesgo-cardiovascular-S0025775310009504>
6. Ministerio de Sanidad y Política Social, Gobierno de España. Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud. [Internet]. 2009 [citado 2 junio 2018]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EstrategiaIctusSNS.pdf>
7. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Ictus en Atención Primaria. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Ictus en Atención Primaria. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la Agencia Laín Entralgo de la Comunidad de Madrid [Internet]. 2009 [citado 2 junio 2018]; 2007/5-2. Disponible en: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_466\\_Ictus\\_AP\\_Lain\\_Entr\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_466_Ictus_AP_Lain_Entr_compl.pdf)
8. Organización Mundial de la Salud. Estrategia paso a paso de la OMS para la vigilancia de accidentes cerebrovasculares. [Internet]. 2006 [citado 2 junio 2018]. Disponible en: <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/manuales.pdf>
9. Consejo de estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la Sociedad Española de Neurología. Guía práctica ictus. [Internet]. 2017 [citado 2 junio 2018]. Disponible en: <http://www.portalfarma.com/Profesionales/campanas/categorias/Documents/2017-Guia-Prevencion-Ictus.pdf>
10. Masjuan J, Arenillas J, López-Fernández JC, Calleja S. Unidades de ictus: el mejor tratamiento para los pacientes con ictus. Med. Intensiva [Internet]. 2009 Nov [citado 2 junio 2018]; 33(8):407-407. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0210-56912009000800007&lng=e](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912009000800007&lng=e)
11. Díez-Tejedor E, Alonso de Leciñana M, Díaz Guzmán J, et all. Atención a los pacientes con ictus en la Comunidad de Madrid. [Internet]. 2014 [citado 3 junio 2018]. Disponible en:

[http://www.madrid.org/es/transparencia/sites/default/files/plan/document/910\\_639\\_plan\\_ictus\\_250614\\_0.pdf](http://www.madrid.org/es/transparencia/sites/default/files/plan/document/910_639_plan_ictus_250614_0.pdf)

12. Jiménez Hernández MD, Alcázar Romero PP, Alés Ontón E, et all. Plan andaluz de atención al ictus. [Internet]. 2011 [citado 3 junio 2018]. Disponible en:

[https://www.repositoriosalud.es/bitstream/10668/203/1/Plan\\_ICTUS\\_16\\_03\\_2011.pdf](https://www.repositoriosalud.es/bitstream/10668/203/1/Plan_ICTUS_16_03_2011.pdf)

13. Subdirección de desarrollo y Calidad asistencial, Servicio Cántabro de Salud. Actualización en ictus. [Internet]. 2011 [citado 3 junio 2018]. Disponible en:

[https://sofos.scsalud.es/sofosdocs/ICTUS4/modulos/t03\\_2.pdf](https://sofos.scsalud.es/sofosdocs/ICTUS4/modulos/t03_2.pdf)

14. Hospital General Universitario de Ciudad Real. Planes de cuidados/enfermería. [Internet]. 2018 [citado 3 junio 2018]. Disponible en: <http://www.hgucl.es/areas/area-de-enfermeria/planes-de-cuidados/>

15. Observatorio metodología enfermera. Planes de cuidados estandarizados y vías críticas. [Internet]. [citado 3 junio 2018]. Disponible en:

[http://www.ome.es/02\\_02\\_01\\_desa.cfm?id=96](http://www.ome.es/02_02_01_desa.cfm?id=96)

16. Díez-Tejedor E, Del Brutto O, Álvarez-Sabín J, et all. Clasificación de las enfermedades cerebrovasculares. Sociedad Iberoamericana de enfermedades cerebrovasculares. [Internet]. Rev Neurol. 2001 [citado 3 junio 2018]; 33:455-64. Disponible en:

[http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-logo/clasificacion\\_ave.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-logo/clasificacion_ave.pdf)

17. Grupo de trabajo de la Guía de prevención del ictus. Centro Cochrane Iberoamericano, coordinador. Guía de práctica clínica sobre la prevención primaria y secundaria del ictus. [Internet]. 2008 [citado 3 junio 2018]. Disponible en:

[http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_442\\_Prevenccion\\_Ictus.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_442_Prevenccion_Ictus.pdf)

18. Díez-Tejedor E. Guía oficial para el diagnóstico y tratamiento del ictus. [Internet]. 2004 [citado 3 junio 2018]. Disponible en:

<http://www.dep4.san.gva.es/contenidos/urg/archivos/guias/2004/Guia%20SEN%20ictus.pdf>

19. National Stroke Foundation. Know the signs of stroke. [Internet]. [citado 3 junio 2018]. Disponible en: [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/KnowTheSignsOfStroke\\_web1.pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/KnowTheSignsOfStroke_web1.pdf)

20. Organización Mundial de la Salud. Factores de riesgo. [Internet]. 2018 [citado 3 junio 2018]. Disponible en: [http://www.who.int/topics/risk\\_factors/es/](http://www.who.int/topics/risk_factors/es/)

21. Martínez-Vila E, Irimia P. Factores de riesgo del ictus. [Internet]. 2000 [citado 3 junio 2018]. Disponible en: <https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/viewFile/6726/5335>

22. Gállego J, Gil-Nuñez A, Morales A, et all. Guía para el tratamiento preventivo del ictus isquémico y AIT. Actuación sobre los factores de riesgo y estilos de vida. [Internet]. 2011 [citado 3 junio 2018]. Disponible en:

<https://www.redheracles.net/media/upload/research/pdf/218902411327418592.pdf>

23. Gómez-Choco Cuesta MJ, Obach Baurier V. Trombolisis en el ictus isquémico. Dialnet Plus [Internet]. 2008 [citado 4 junio 2018]. 20:419-427.

24. Gallardo Tur A, García Casares N, De la Cruz Cosme C. Análisis de factores asociados al pronóstico a largo plazo en el ictus isquémico fibrinolizado. Dialnet Plus [Internet]. 2015 [citado 4 junio 2018]. 27:34-38.

25. Arronte Sánchez M, Bouzas Pérez D, Fernández Iglesias S, et all. Rehabilitación tras un ictus: una guía para pacientes, cuidadores y familias. [Internet]. 2014 [citado 4 junio 2018]. Disponible en: [http://www.scsalud.es/c/document\\_library/get\\_file?uuid=24511f99-ff64-4d35-9ecc-2d622ff1af6d&groupId=2162705](http://www.scsalud.es/c/document_library/get_file?uuid=24511f99-ff64-4d35-9ecc-2d622ff1af6d&groupId=2162705)
26. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. [Internet]. Madrid. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS); [citado 5 junio 2018]. Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/cima/publico/home.html>
27. Benítez Leiva A. Departamento de Enfermería. Valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson. [Internet]. 2002 [citado 4 junio 2018]. Disponible en: [https://docs.google.com/document/d/10eTzrJKsrw78uEMJU\\_TmSMJ5eeex-7Z5mOTC2fW4woA/edit?hl=es&pli=1](https://docs.google.com/document/d/10eTzrJKsrw78uEMJU_TmSMJ5eeex-7Z5mOTC2fW4woA/edit?hl=es&pli=1)
28. NNNconsult: NANDA,NIC,NOC. [Internet]. 2014 [citado 4 junio 2018]. Disponible en: <https://vpnuc.unican.es/,DanaInfo=www.nnnconsult.com+nanda>
29. Luis Rodrigo MT. Los diagnósticos enfermeros. 9ª ed. Barcelona: España; 2013. 134-332p.

#### 4. Anexos

1. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Protocolo de atención al ictus en los servicios de urgencias. HUMV [Internet]. 2005 [citado 1 jun 2018]. Disponible en: [http://www.humv.es/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=1879](http://www.humv.es/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=1879)

<b>ESCALA DE RANKIN MODIFICADA</b>	
0.	Sin síntomas.
1.	Sin incapacidad importante a pesar de los síntomas; capaz de realizar todas las tareas y actividades habituales.
2.	Incapacidad leve; incapaz de realizar algunas de sus actividades previas, pero capaz de cuidar de sí mismo sin ayuda.
3.	Incapacidad moderada; requiere alguna asistencia, pero es capaz de andar sin ayuda.
4.	Incapacidad moderadamente severa; incapaz de andar y de atender satisfactoriamente sus necesidades corporales sin ayuda.
5.	Incapacidad severa; confinamiento en la cama, incontinencia y necesidad de cuidados y atenciones constantes.

2. Rivas Chéliz P. Escala neurológica Canadiense. [Internet]. 2018 [citado 6 junio 2018].  
 Disponible en: <http://www.tratamientoictus.com/2018/02/02/escala-neurologica-canadiense/>

**Fig 9**

**Tabla 1**

**ESCALA CANADIENSE**

<b>Estado mental</b>		
Nivel de conciencia		
Alerta		3
Obnubilado		1,5
Orientación		
Orientado		1
Desorientado o no aplicable		0
Lenguaje		
Normal		1
Déficit de expresión		0,5
Déficit de comprensión		0
<b>Funciones motoras. Sin defecto de comprensión</b>		
Cara		
Ninguna		0,5
Presente		0
Brazo proximal		
Ninguna		1,5
Leve		1
Significativa		0,5
Total o masiva		0
Brazo distal		
Ninguna		1,5
Leve		1
Significativa		0,5
Total o masiva		0
Pierna		
Ninguna		1,5
Leve		1
Significativa		0,5
Total o masiva		0
<b>Respuesta motora. Defecto de comprensión</b>		
Cara		
Simétrica		0,5
Asimétrica		0
Brazos		
Igual		1,5
Desigual		0
Piernas		
Igual		1,5
Desigual		0
<b>Puntuación total</b>		

Si no tiene defectos para comprender lo que se le pide

Si no comprende bien lo que se le pide

3. Díez-Tejedor E, Alonso de Leciñana M, Díaz Guzmán J, et all. Atención a los pacientes con ictus en la Comunidad de Madrid. [Internet]. 2014 [citado 3 junio 2018]. Disponible en: [http://www.madrid.org/es/transparencia/sites/default/files/plan/document/910\\_639\\_plan\\_ictus\\_250614\\_0.pdf](http://www.madrid.org/es/transparencia/sites/default/files/plan/document/910_639_plan_ictus_250614_0.pdf)

#### ESCALA NIHSS

- **1a. Nivel de conciencia:**
    - 0 Alerta.
    - 1 Somnoliento.
    - 2 Obnubilación.
    - 3 Coma.
  - **1b. Nivel de conciencia: mes y edad:**
    - 0 Responde bien ambas.
    - 1 Responde una pregunta.
    - 2 No responde ninguna pregunta.
  - **1c. Nivel de conciencia: órdenes:**
    - 0 Realiza ambas correctamente.
    - 1 Realiza una correctamente.
    - 2 No realiza ninguna orden.
  - **2. Mirada horizontal:**
    - 0 Normal.
    - 1 Parálisis parcial de la mirada.
    - 2 Parálisis total (desviación forzada).
  - **3. Campo visual:**
    - 0 Normal.
    - 1 Hemianopsia parcial.
    - 2 Hemianopsia completa.
    - 3 Hemianopsia bilateral.
  - **4. Parálisis facial:**
    - 0 Normal, movimientos simétricos.
    - 1 Parálisis menor (asimetría al sonreír).
    - 2 Parálisis parcial (macizo inferior).
    - 3 Parálisis completa uni o bilateral.
  - **5. Fuerza en extremidades superiores (se puntúa cada lado):**
    - 0 Mantiene 10 segundos.
    - 1 Cae lentamente antes de 10 segundos.
    - 2 Esfuerzo contra gravedad.
    - 3 Movimiento sin vencer gravedad.
    - 4 Ausencia de movimiento.
    - 9 No evaluable (amputación) no puntúa.
  - **6. Fuerza en extremidades inferiores (se puntúa cada lado):**
    - 0 Mantiene 5 segundos.
    - 1 Cae lentamente antes de 5 segundos.
    - 2 Esfuerzo contra gravedad.
    - 3 Movimiento sin vencer gravedad.
    - 4 Ausencia de movimiento.
    - 9 No evaluable (amputación) no puntúa.
  - **7. Ataxia de extremidades:**
    - 0 No ataxia.
    - 1 Ataxia en una extremidad.
    - 2 Ataxia en dos extremidades.
  - **8. Sensibilidad:**
    - 0 Normal.
    - 1 Déficit leve.
    - 2 Déficit total o bilateral.
  - **9. Lenguaje:**
    - 0 Normal.
    - 1 Afasia moderada (comunicación).
    - 2 Afasia grave (no comunicación).
  - **10. Disartria:**
    - 0 Normal.
    - 1 Leve o moderada (se comprende).
    - 2 Grave (no se comprende), anartria, mudo.
- 
- **11. Extinción:**
    - 0 Normal.
    - 1 Extinción en una modalidad.
    - 2 Extinción en más de una modalidad o hemiatención.
-

4. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Protocolo de atención al ictus en los servicios de urgencias. HUMV [Internet]. 2005 [citado 3 jun 2018]. Disponible en: [http://www.humv.es/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=1879](http://www.humv.es/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=1879)

### **ESCALA DE ICTUS DE CINCINNATI**

**Asimetría facial** (haga que el paciente sonría o muestre los dientes):

- normal: ambos lados de la cara se mueven de forma simétrica.
- anormal: un lado de la cara no se mueve tan bien como el otro.

**Descenso del brazo** (haga que el paciente cierre los ojos y mantenga ambos brazos extendidos durante diez segundos):

- normal: ambos se mueven igual o no se mueven (pueden ser útiles otros hallazgos, como presión de manos en pronación).
- anormal: un brazo no se mueve o cae respecto del otro.

**Lenguaje anormal** (haga que el paciente repita una frase popular similar a "más sabe el zorro por viejo que por zorro"):

- normal: el paciente utiliza palabras correctas sin farfullar.
- anormal: el paciente arrastra las palabras, utiliza palabras incorrectas o no puede hablar.

**Interpretación:** si uno de estos tres signos es anormal la probabilidad de ICTUS es del 72%.

---

5. . Masjuan J, Álvarez- Sabín J, Arenillas J, et all. Plan de asistencia sanitaria al ictus II. Revista neurología [Internet]. 2010 nov [citado 2 junio 2018]; 26:383-96. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-295-articulo-plan-asistencia-sanitaria-al-ictus-S021348531000201X>

<p><b>Recursos de personal</b></p> <p><i>En la Unidad de Ictus</i></p> <p>Neurólogo coordinador (miembro del Servicio de Neurología experto en ictus)</p> <p>Neurólogo de guardia de presencia física 24h/7d</p> <p>Enfermería (ratio 1 enfermera/4-6 camas; 8h por turno)</p> <p><i>En el Hospital</i></p> <p>Neurorradiólogos (diagnóstico)</p> <p>Neurocirujano accesible</p> <p>Intensivistas</p> <p>Servicio de Rehabilitación</p> <p>Trabajadores sociales</p> <p><b>Infraestructuras</b></p> <p><i>Servicio de Urgencias</i></p> <p><i>Existencia de camas específicas para ictus con monitorización multiparámetro no invasiva (ECG, oximetría, presión arterial)</i></p> <p><i>Monitorización neurológica</i></p> <p><i>Unidad de Cuidados Intensivos</i></p> <p><b>Protocolos</b></p> <p><i>Programa de trabajo coordinado con otros especialistas</i></p> <p><i>Vías clínicas y protocolos diagnóstico-terapéuticos</i></p> <p><i>Protocolos de enfermería</i></p> <p><i>Protocolos de acceso rápido y preferente a los hospitales de alta tecnología para la aplicación de técnicas diagnósticas y/o terapéuticas muy específicas</i></p> <p><b>Técnicas diagnósticas</b></p> <p><i>Tomografía computarizada cerebral 24 h/7d</i></p> <p><i>Ultrasonografía 24 h/7 d</i></p> <p><i>Servicio de laboratorio de urgencias 24 h/7d</i></p> <p><i>Ecocardiografía</i></p> <p><b>Técnicas terapéuticas</b></p> <p><i>Trombólisis intravenosa 24 h/7 d</i></p> <p><i>Drenaje ventricular 24 h/7 d</i></p> <p><i>Cirugía de la hipertensión intracraneal 24 h/7d</i></p> <p><i>Fisioterapia</i></p>
--

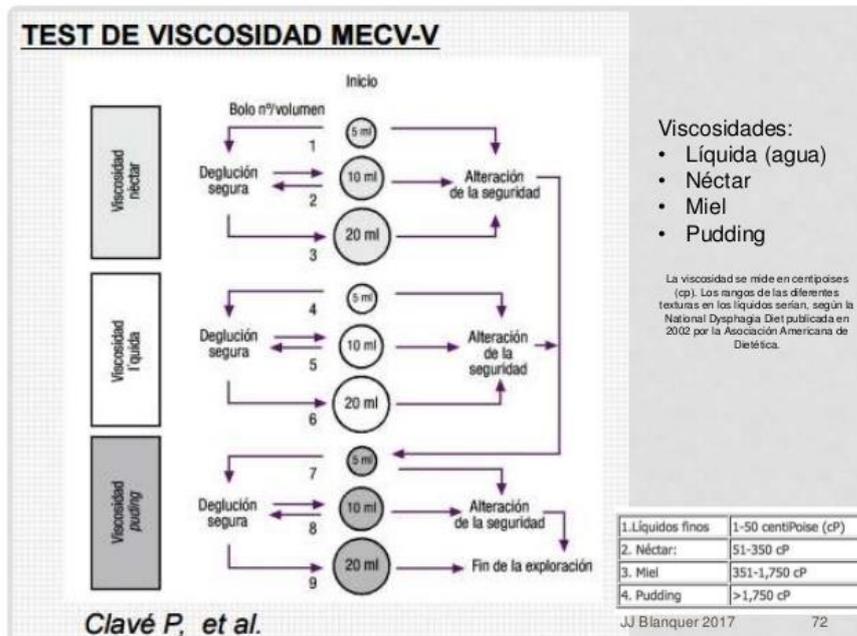
## 6. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Gacela Care: Plan de cuidados estandarizado paciente con ictus.

Planes estándar						
						
General Programación Estructura Plantillas Notas						
						
Estructura	Tipo programación	Programación	Frecuencia	Inicio	Fin	Recursos Humanos
Plan de cuidados estandarizado: paciente con ICTUS						1
D Déficit de autocuidado: uso del inodoro						1
D Problema de autonomía: eliminación fecal/urinaria.						1
D Déficit de autocuidado: baño						1
D Problema de autonomía: higiene y cuidado de la piel, mucosas y faneras.						1
D Déficit de autocuidado: alimentación						1
D Problema de autonomía: alimentación.						1
D Déficit de autocuidado: vestido						1
D Problema de autonomía: movilización/mantenimiento de una buena postura.						1
D Deterioro de la movilidad física						1
D Deterioro de la comunicación verbal						1
D Desatención unilateral						1
D Afrontamiento ineficaz						1
DR Riesgo de aspiración						1
DR Riesgo de estreñimiento						1
CP Insuficiencia respiratoria						1
CP Alteraciones neurológicas						1
CP Dolor						1
CP Arritmia						1
CP Hemorragia						1
CP Incontinencia Urinaria						1
CP Depresión						1
CP Ojo seco						1
CP Hombro doloroso (Especificar)						1
CP Insomnio						1
CP Alteración del nivel de glucemia						1
Monitorización de los signos vitales	Con horario	Por horas (día 1 [9:00, 17:00, 23:00])	Cada día			Enfermera(1)
Manejo de la terapia trombolítica	Con horario	Por horas (día 1 [9:00, 17:00, 23:00])	Cada día			Enfermera(1)
Administración de medicación	Con horario	Por horas (día 1 [9:00, 17:00, 23:00])	Cada día			Enfermera(1)
Cuidados de enfermería al ingreso	Con horario	Por horas (día 1 [9:00, 17:00, 23:00])	Cada día			Enfermera(1)
Control de infecciones	Con horario	Por horas (día 1 [9:00, 17:00, 23:00])	Cada día			Enfermera(1)
Informe de turnos	Con horario	Por horas (día 1 [9:00, 17:00, 23:00])	Cada día			Enfermera(1)
Alimentación enteral por sonda	Con horario	Por horas (día 1 [9:00, 17:00, 23:00])	Cada día			Enfermera(1)

7. Google. Test disfagia ictus. Disponible en:

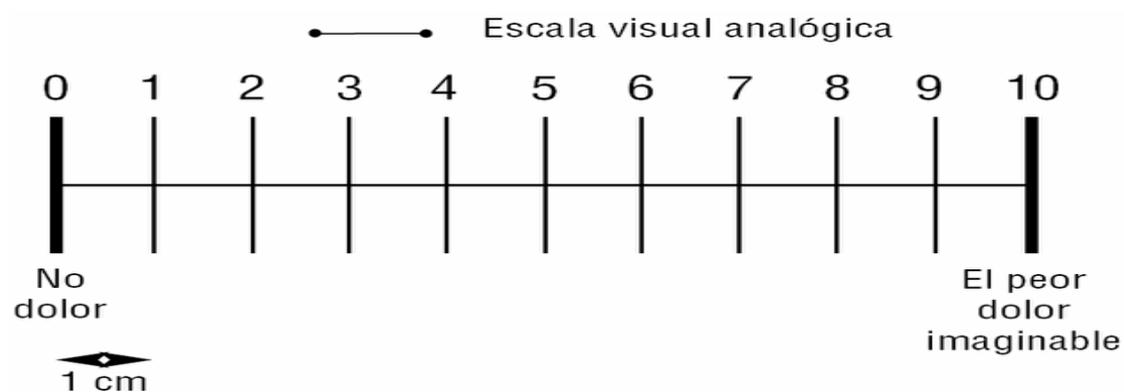
<https://www.google.es/search?q=test+disfagia+ictus&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKewjgx6->

[W97\\_bAhWMOBQKHUaPCDQQ\\_AUICigB&biw=1366&bih=613#imgdii=YhFlnBuOn3uCeM:&imgref=eglhUzmYbENPgM](https://www.google.es/search?q=test+disfagia+ictus&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKewjgx6-W97_bAhWMOBQKHUaPCDQQ_AUICigB&biw=1366&bih=613#imgdii=YhFlnBuOn3uCeM:&imgref=eglhUzmYbENPgM)



8. Google. Escala EVA. Disponible en:

[https://www.google.es/search?q=escala+eva+dolor&tbm=isch&source=iu&ictx=1&fir=GLotqo\\_I3NlnLM%253A%252CZN1d7NIWS6CqxM%252C%20&usq=85-tT3vvD1OUtDsQXWGDmW-SqTQ%3D&sa=X&ved=0ahUKewiT64\\_K97\\_bAhXMORQKHbIRCZ4Q9QEILzAA#imgsrc=GLotqo\\_I3NlnLM](https://www.google.es/search?q=escala+eva+dolor&tbm=isch&source=iu&ictx=1&fir=GLotqo_I3NlnLM%253A%252CZN1d7NIWS6CqxM%252C%20&usq=85-tT3vvD1OUtDsQXWGDmW-SqTQ%3D&sa=X&ved=0ahUKewiT64_K97_bAhXMORQKHbIRCZ4Q9QEILzAA#imgsrc=GLotqo_I3NlnLM)



9. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Protocolo fibrinólisis.