



TÍTULO: Plan de Cuidados Estándar de Enfermería en pacientes con un Ictus Subagudo.

TITLE: *Nursing's Standard Care Plan in a patient with Subacute Stroke's diagnoses.*

AUTOR: Alain Fernández Álvarez.

DIRECTORA: Dra. Ana Rosa Alconero Camarero.

FECHA: Julio, 2015.

TITULACIÓN: Grado en Enfermería.

ESCUELA UNIVERSITARIA "CASA SALUD VALDECILLA"

ÍNDICE

	<u>Página:</u>
Resumen.	2
Introducción.	3
Objetivos.	4
Metodología.	4
Capítulo 1: Conceptos generales de la enfermedad cerebrovascular.	5-6
1.1. Factores de riesgo asociados.	6
Capítulo 2: Epidemiología del ictus y su repercusión socioeconómica.	7-8
2.1. Incidencia y prevalencia del Ictus.	7
2.2. Costes del Ictus.	8
Capítulo 3: El cuidador informal en el Ictus Subagudo.	9-11
3.1. La salud del cuidador; las consecuencias del cuidado.	9
Capítulo 4: Plan de Cuidados Estándar de Enfermería en pacientes con un Ictus Subagudo.	11-29
4.1. Valoración.	14
4.2. Problemas de Autonomía.	16
4.3. Diagnósticos de Enfermería.	18
4.4. Problemas de Colaboración.	25
5. Reflexiones.	30
6. Agradecimientos.	30
7. Bibliografía.	31-36
8. Anexos.	37-46

Resumen.

El Ictus constituye en nuestro país la primera causa de invalidez en el adulto y la segunda causa de muerte, siendo la primera en mujeres, suponiendo unos costes sociosanitarios muy elevados. La familia es clave en el cuidado y está asociado al género femenino.

Objetivo general: Identificar las necesidades de salud del paciente y su familia en la fase subaguda del Ictus mediante la realización de un plan de cuidados estandarizado. Objetivos específicos: Describir la fisiopatología del Ictus y su diferenciación clínica; definir su epidemiología y su impacto socioeconómico; describir la carga que sufren los cuidadores informales en el transcurso de la enfermedad.

Con el fin de ofrecer unos cuidados de excelencia, se ha realizado un Plan de Cuidados Estandarizado (PCE) en la fase subaguda del Ictus, identificando los principales problemas de autonomía, diagnósticos de enfermería (Taxonomías NANDA, NIC, NOC), y los problemas interdependientes más frecuentes.

La realización del PCE en estos pacientes, es importante, ya que va a permitir mejorar la calidad y seguridad en los cuidados prestados, ayudará al personal de nueva incorporación a trabajar de forma ordenada y facilitará la utilización del proceso enfermero como método sistemático para proporcionar y planificar cuidados.

PALABRAS CLAVE: ICTUS, ENFERMERÍA, PLAN DE CUIDADOS, CUIDADOR, SUBAGUDO.

Abstract.

The stroke is, in our country, the leading cause of disability in adults and the second leading cause of death in general population, being the first one in women, supposing a very high socio-sanitary cost. The relatives take part of the key process of caring and this practice is often associated with the female gender.

General objective: To Identify patients and relatives' health needs in the Stroke's subacute phase by the enhancement of the nursing care process implementing a specific standardized care plan.

In order to provide excellence care, there has been implemented a Standardized Care Plan (SCP) in the subacute phase of the stroke, identifying the main autonomy problems, nursing diagnoses (Taxonomies NANDA, NIC and NOC), and the interdependent problems that happen more frequently.

The realization of the SPC in these patients, it's so important, since it is going to allow the enhancement of the quality, it will help the new staff to work in an orderly manner and it will facilitate the use of the nursing process as a systematic method to provide and plan good quality care.

KEY WORDS: STROKE, NURSING, CARE PLAN, CARE GIVER, SUBACUTE.

Introducción.

“El ictus constituye en nuestro país y en todo el mundo occidental la primera causa de invalidez permanente en adultos, suponiendo unos costes sociosanitarios muy elevados. El 90% de los pacientes permanecen con secuelas; el 30% es incapaz de realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) de forma independiente, precisando un cuidador; aproximadamente un 20% no es capaz de caminar de forma independiente, y sin asistencia física más de seis metros ⁽¹⁾”. El aumento de la dependencia para la realización de las ABVD es una de las connotaciones más negativas que refieren los supervivientes a los accidentes cerebrovasculares, originando grandes cambios en su calidad de vida ⁽²⁾.

El principal órgano dañado es el encéfalo, que es una estructura anatómica alojada dentro de la cavidad craneal, y junto con la médula espinal constituye el sistema nervioso central. Está formado por más de 100 millones de neuronas y alrededor de 40 billones de células de la neuroglía, alcanzando un peso en el adulto de unos 1300 gramos. El encéfalo es el encargado, entre otras cosas, de registrar las sensaciones y relacionarlas entre sí, de tomar las decisiones y de realizar las acciones (Figura 1), además de realizar las funciones superiores en el ser humano, como la memoria, el lenguaje, los sentimientos y las emociones ⁽³⁾.

Dicho órgano está diferenciado en cuatro estructuras; descrito de proximal a distal, se encuentra en primer lugar, el tronco del encéfalo, que conecta esta estructura con la médula espinal; detrás de éste se encuentra el cerebelo y justo por encima el diencefalo, donde reposa a su vez el cerebro, la porción más grande. La sangre llega al encéfalo a través de las arterias carótideas internas y

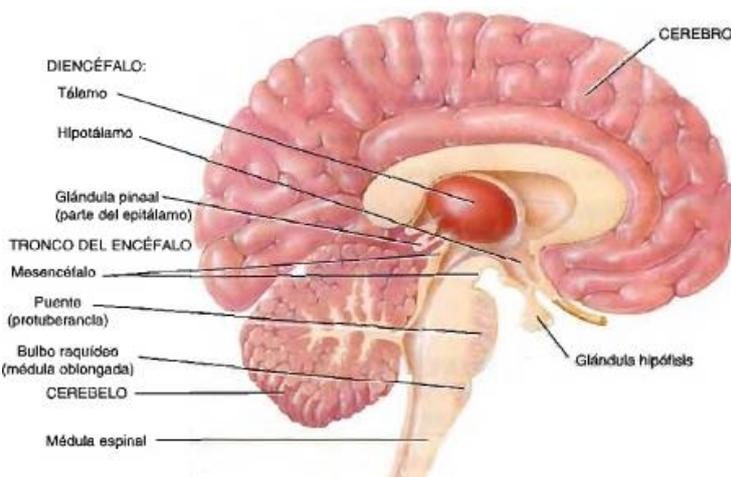


Figura 1: Anatomía cerebral (Tortora GJ, Derrickson B. 2006)

las arterias vertebrales, que se anastomosan en la parte inferior del encéfalo formando el “Polígono de Willis”, del que salen numerosas ramificaciones que nutren al cerebro. Cuando hay un aporte insuficiente de sangre por dichas arterias, bien por una oclusión o por una rotura, se produce un accidente cerebrovascular, o más comúnmente Ictus ⁽³⁾.

Las enfermedades cerebrovasculares son la principal causa de invalidez ⁽¹⁾, provocando una mayor dependencia del paciente al medio sanitario o al sustento familiar de apoyo. Por este motivo, la figura de la enfermera en el manejo de esta enfermedad es primordial, tanto en la detección de los signos y síntomas agudos como en la educación a la familia y al paciente en la fase subaguda ⁽²⁾.

Se ha elegido este tema por varios motivos, el primero de ellos por el aumento en España de la prevalencia y de la dependencia, siendo superada por la enfermedad de Alzheimer ^(4, 5). El segundo, por los ínfimos recursos tanto económicos como sociales de los que disponen los cuidadores informales, para el cuidado de los enfermos. Y el tercero y último por el que he escogido este tema, ha sido por las vivencias experimentadas y el sufrimiento que sobrellevé cuidando a mi madre hasta su fallecimiento por un Ictus.

Objetivos.

Los objetivos planteados en este trabajo fin de grado (TFG) son los siguientes:

- **OBJETIVO GENERAL:** Identificar las necesidades de salud del paciente y su familia en la fase subaguda del Ictus mediante la realización de un plan de cuidados estandarizado.
- **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**
 - Describir la fisiopatología del Ictus y su diferenciación clínica.
 - Definir su epidemiología y su impacto socioeconómico.
 - Describir la carga que sufren los cuidadores informales en el transcurso de la enfermedad.

Metodología.

La búsqueda bibliográfica se ha realizado entre el mes de noviembre del año 2014 a enero de 2015, colocando los filtros básicos, los textos completos en línea y los textos gratuitos. Se ha colocado como Descriptores de la Salud (DeCS) las siguientes palabras: ictus, enfermería, plan de cuidados, cuidador y subagudo y como Medical SubjectHeading (MeSH) las siguientes palabras: stroke, nursing, care plan, caregiver, subacute. Para la realización de la búsqueda se han utilizado en las bases de datos los booleanos “AND”, “NOT”, y “OR”, para delimitar los archivos ofertados. La Tabla 1, muestra los textos revisados para la realización del trabajo, y las bases de datos consultadas, tanto en castellano como en inglés. Además, se ha complementado la búsqueda con libros obtenidos de la biblioteca de la Universidad de Cantabria y datos obtenidos de páginas web. Son escasas las publicaciones relacionadas con los planes de cuidados sobre el paciente con ictus; la mayoría de los artículos encontrados van orientados hacia la atención precoz en la fase aguda, la neurorrehabilitación precoz, guías de atención temprana y prevención de la enfermedad cerebrovascular.

TABLA 1. Bases de datos consultadas y artículos recopilados (Elaboración propia).

Bases de datos	Archivos disponibles	Archivos seleccionados	Archivos utilizados
Google Académico	12.200	53	24
PubMed	331	16	12
CUIDENplus	164	21	8
Cochrane Library Plus	32	2	1
Instituto Joanna Briggs	4	1	1

Capítulo 1: Conceptos generales de la enfermedad cerebrovascular.

Según el Sistema Nacional de Salud (SNS) el ictus es un “trastorno brusco del flujo sanguíneo cerebral que altera de forma transitoria o permanente la función de una determinada región del encéfalo, utilizándose este término para referirse de forma genérica a la isquemia cerebral y a la hemorragia intracerebral o a la subaracnoidea” (6). La Figura 2 muestra la clasificación que realiza la literatura científica de la enfermedad cerebrovascular (ECV). Según su etiología, se puede dividir en dos grandes familias (7):

A. Ictus isquémico: Se define cuando hay un aporte insuficiente de sangre al cerebro debido a una obstrucción en el sistema arterial que irriga dicha estructura, bien por una estenosis arterial o por un émbolo de cualquier etiología (7, 8). Esta clase de Ictus representa el 80-85% de los casos totales (9) y puede ser a su vez (6, 7, 10):

- **Global:** provocado por un descenso súbito en el aporte sanguíneo cerebral, similar a lo que ocurre en una parada cardíaca, pudiendo ocasionar lesiones difusas en los hemisferios y lesiones en el tronco del encéfalo y cerebelo (6, 7).
- **Focal:** según su duración se clasifican en Accidente Isquémico Transitorio (AIT) e Infarto cerebral y sólo afectan a una parte concreta del cerebro.
 - ❖ **AIT:** proceso de origen brusco y de menos de 24 horas de evolución, en el que el daño es reversible (6, 7).
 - ❖ **Infarto cerebral:** de duración mayor de 24 horas, producido por un aporte insuficiente de nutrientes y oxígeno a una parte concreta del cerebro y que causa daños irreversibles (6, 10, 11). Según su etiología pueden ser: aterotrombótico, cardioembólico, lacunar, de causa rara o de causa indeterminada (7). También se pueden clasificar según el vaso afectado (7): infarto total de la circulación anterior (TACI), Infarto parcial de la circulación anterior (PACI), Infarto lacunar (LACI), infarto de la circulación posterior (POCI).

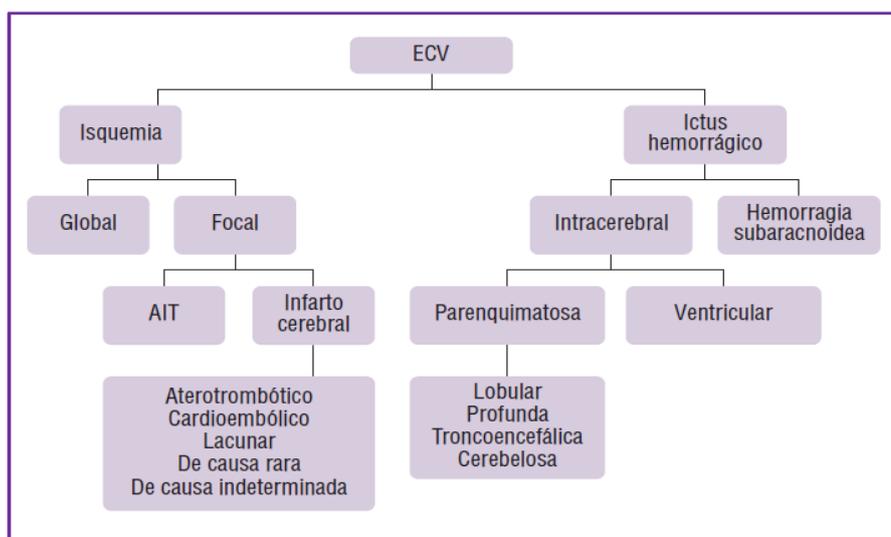


Figura 2. Clasificación de la enfermedad cerebrovascular según su naturaleza. (E. Díez Tejedor et al, 1999).

B. Ictus Hemorrágico: Se debe al 15-20% de los casos (9). Se trata de una invasión de sangre en el parénquima cerebral o en sus cubiertas protectoras (meninges) por una ruptura de los vasos sanguíneos que lo irrigan (arterias o venas), que suele ser provocado en la mayoría de los casos

a una hipertensión arterial ^(6, 7, 12). Según la localización de la hemorragia, se clasifican en hemorragia subaracnoidea y hemorragia intraparenquimatosa.

Cronológicamente, la enfermedad cerebrovascular se puede clasificar en tres etapas ⁽¹⁾:

1. **Fase aguda:** este período comprende desde el inicio de los síntomas hasta el alta hospitalaria (alrededor de cuatro a siete días) ⁽¹⁾.
2. **Fase subaguda:** en esta etapa el paciente presenta una mejoría funcional progresiva, y comprende el período de entre tres y seis meses ⁽¹⁾.
3. **Fase crónica:** hay una estabilización de la mejoría funcional y comprende desde los doce meses post-ictus hasta el final de la vida del paciente ⁽¹⁾.

1.1. Factores de riesgo asociados.

Un factor de riesgo (FR) se define como “una característica biológica, hábito o enfermedad que permite identificar a un grupo de personas con mayor riesgo de presentar una determinada enfermedad a lo largo del tiempo en comparación con el resto de la población” ⁽¹³⁾. El ictus es una enfermedad multifactorial, en la que interactúan los FR no modificables, los cuales van ligados a la genética del individuo, (edad, sexo, enfermedad vascular previa, etnia) ^(6, 10) con los FR modificables, (diabetes mellitus tipo II, obesidad, dislipemias, tabaquismo...) ⁽¹³⁾. A su vez, los factores de riesgo se pueden dividir también en causales, condicionales y predisponentes ⁽¹⁴⁾:

- **FACTORES DE RIESGO CAUSALES:** se definen como desencadenantes de la enfermedad. Entre ellos se encuentran :
 - **La edad:** factor de riesgo no modificable. El informe sobre el Impacto Social de los Enfermos Dependientes por Ictus (ISEDIC) ⁽¹⁴⁾ afirma que la incidencia de sufrir un ictus se duplica con cada década de la vida a partir de los 55 años.
 - **Hipertensión arterial:** es el factor de riesgo modificable que más se asocia a padecer un Ictus. Numerosos estudios demuestran ^(13, 15) que la reducción en la población de los niveles de tensión arterial disminuyen el riesgo de padecer un ictus.
 - **Aumento del colesterol total y LDL:** por cada mmol/L. que aumentan la concentración de lípidos séricos en sangre aumenta un 25% el riesgo de padecer un ictus isquémico ⁽¹⁵⁾.
 - **Hiper glucemia:** el riesgo de padecer un ictus aumenta entre 2 y 6 veces en pacientes diabéticos ⁽¹⁵⁾. Además, la enfermedad de diabetes predispone a su vez de otras enfermedades como la aterosclerosis, la hipertensión y la obesidad ⁽¹⁵⁾.
- **FACTORES DE RIESGO CONDICIONALES:** no causan la enfermedad directamente pero aumentan las posibilidades de desarrollarla si se detectan, aunque no hay evidencias científicas de ello ⁽¹⁴⁾. En este grupo se encuentran la concentración sérica de triglicéridos, homocisteína, factores de coagulación y la lipoproteína a.
- **FACTORES DE RIESGO PREDISONENTES:** Dentro de estos factores se incluyen: sexo masculino, raza, factores psicosociales, obesidad e historia familiar de enfermedad coronaria prematura ⁽¹⁴⁾.

Capítulo 2: Epidemiología del Ictus y su repercusión socioeconómica.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) cuantifica en 15 millones el número de Ictus que suceden en el mundo cada año, de las cuales 5 millones mueren a causa de la enfermedad y otros 5 millones quedan con secuelas irreversibles, resultando dependientes de sus familias y de los sistemas sanitarios ⁽¹⁶⁾.

En España, las ECV suponen la segunda causa de muerte en la población general, por detrás de la cardiopatía isquémica. Disgregado por sexos, es la primera causa de muerte en mujeres y la tercera causa de muerte en los hombres (por detrás de la isquemia cardíaca y los tumores respiratorios) ^(4, 6, 14, 17-19). A partir de los 79 años desaparece esta estratificación, liderando la primera causa de muerte en esta franja de edad ⁽¹⁷⁾. Los datos más recientes del Instituto Nacional de Estadística (INE) revelan que, durante el año 2012 las enfermedades cerebrovasculares aumentaron un 2,3%, causando un total de 29.520 muertes, tal y como se refleja en la Tabla 2. Sin embargo, se observa que desde hace 32 años la mortalidad por enfermedades cerebrovasculares ha disminuido en el territorio español en todos los grupos de edad y sexo ⁽¹⁸⁾.

En la Comunidad Autónoma de Cantabria, las enfermedades cerebrovasculares causaron un total de 423 de muertes en el año 2012. Obteniendo un total de 172 muertes para los hombres y 257 muertes para las mujeres ⁽²⁰⁾.

TABLA 2. Número de defunciones según la causa de muerte (Elaboración propia. Fuente: INE).

Número de defunciones según las causas de muerte más frecuentes.			
Año 2012	Total	Hombres	Mujeres
TOTAL DEFUNCIONES	402.950	205.920	197.030
Enfermedades isquémicas del corazón.	34.751	19.973	14.778
Enfermedades cerebrovasculares.	29.520	12.436	17.084
Cáncer de bronquios y pulmón.	21.487	17.661	3.826
Insuficiencia cardíaca.	18.453	6.412	12.041
Enfermedades crónicas del tracto inferior respiratorio.	16.964	12.557	4.407
Demencia.	16.361	5.314	11.047
Cáncer de colon.	11.786	6.937	4.831
Enfermedad hipertensiva.	10.273	3.354	6.919
Diabetes Mellitus.	9.987	4.207	5.780
Neumonía.	9.289	4.669	4.590
Insuficiencia renal.	7.067	3.282	3.785
Cáncer de mama.	6.375	93	6.282
Cáncer de próstata.	6.045	6.045	
Cáncer de páncreas.	5.976	3.121	2.855

2.1. Incidencia y prevalencia del Ictus.

Se define como prevalencia al número de individuos de una población que padecen en el momento de estudio la condición a estudiar; e incidencia al número de casos nuevos de la condición a estudiar en un período de tiempo determinado ⁽²¹⁾.

En España el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, refiere en la Guía de Estrategia para el Ictus que los estudios epidemiológicos son escasos, debido a la heterogeneidad de la enfermedad ⁽⁶⁾. La modificación en los estilos de vida y el aumento

progresivo del nivel socioeconómico ha posibilitado en la población un descenso en la incidencia del ictus en Europa ⁽¹⁴⁾. Diversas publicaciones revelan que entre los años 1980 y 2011 las tasas de mortalidad de enfermedades cerebrovasculares han disminuido en varios países, entre ellos España ⁽¹⁸⁾. En España las tendencias han sido similares a Europa, en lo que respecta a niveles de incidencia, obteniendo unos valores de incidencia anual de 138-200 casos por cada 100.000 habitantes, lo que se traduce en un número total de 85.000 nuevos casos por año ⁽²²⁾. Tanto la incidencia como la prevalencia de esta enfermedad dependen de la edad de los pacientes, duplicándose la incidencia cada década a partir de los 55 años ⁽¹⁴⁾. Antes de los 65 años, la incidencia acumulada es del 3%, aumentando esta cifra hasta el 24% a partir de los 85 años ⁽⁹⁾.

Sin embargo, aunque las tasas de mortalidad y de incidencia hayan descendido en nuestro país, la OMS predice que entre el año 2000 y el 2025 la incidencia aumentará en un 27% debido al envejecimiento de la población ⁽¹⁸⁾. Además los datos de prevalencia han aumentado ⁽¹⁸⁾ por varios motivos, entre los que se encuentran una mayor longevidad de la población ^(12, 14) debido a una mejor asistencia sanitaria, originado por la implantación en los hospitales de la unidades de ictus (UI), previniendo la muerte de un paciente por cada 33 tratados ⁽²³⁾. Las UI tienen como objetivo llevar a cabo cuidados no intensivos o semicríticos en pacientes que sufren la enfermedad aguda, disminuyendo la mortalidad en un 17% y la dependencia funcional en un 25% ⁽²⁴⁾.

Los últimos datos publicados por el Ministerio sitúan la prevalencia en 6,4% ^(6, 25, 26); estratificándolo por sexo, se vislumbra que afecta al 7,3% de la población masculina y al 5,6% de la población femenina, aunque este último dato aumenta con la edad.

2.2. Costes del Ictus.

Los costes de una patología van asociados al concepto de Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD), los cuales clasifican y agrupan a las enfermedades en relación con el gasto esperado ^(27,28). Los datos ofrecidos por el Ministerio de Sanidad en 2010, sitúan al Ictus entre los 20 GRD's más frecuentes, posicionándolo en quinto lugar ⁽²⁸⁾ con un coste medio de 3.229,66€ ⁽²⁷⁾, aunque esta cifra sólo corresponde al episodio agudo. Los enfermos que sobreviven a un Ictus consumen el 4% de los recursos sanitarios ^(6, 29) y se prevé que dicho gasto aumente en las próximas décadas debido al progresivo envejecimiento de la población ^(4,30).

Sin embargo, el estudio de una cohorte fija histórica de base poblacional formada por los casos incidentes de un primer caso agudo entre el 1 de abril del 2006 y el 31 de marzo del 2008 (EBRICTUS) ⁽²⁹⁾ señala que "se trata de un problema que no sólo afecta a la persona incapacitada, sino también a la familia por la necesidad de cuidados informales, con un coste medio estimado de 21.500€/enfermo/año" ⁽²⁹⁾. Actualmente, una alta cantidad de estudios empíricos muestran que el cuidado informal es el mayor componente del gasto social en el cuidado del ictus y otras enfermedades crónicas ⁽³¹⁾. Dependiendo del nivel de dependencia a suplir, estos costes varían oscilando en un rango de entre 6.490€/año y 89.818€/año (esta cifra varía si el paciente es dependiente para las ABVD o para las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)). Se puede observar con estas cifras que el cuidado formal participa mínimamente en la asunción del coste económico de dicha enfermedad, haciendo que el sistema informal de cuidados sea "un sistema invisible de atención a la salud" ⁽³⁰⁾.

Capítulo 3: El cuidador informal en el Ictus Subagudo.

Actualmente, en España existen dos sistemas de cuidados. En primer lugar, los cuidados formales que son realizados por profesionales sanitarios de forma retribuida ⁽²⁶⁾; y el cuidado informal que son los cuidados prestados por la familia o por personas allegadas por el paciente. En este tipo de cuidados existe la figura de cuidador principal, cuya actividad no está reglada, no tiene capacitación profesional cualificada y no hay una remuneración por dichos servicios ^(26, 30-33). Los cuidados ofrecidos a personas dependientes son realizados en la mayor parte de las ocasiones en sus hogares, ya que, una elevada proporción de la población no dispone de recursos económicos suficientes para poder contratar cuidados formales ⁽³⁴⁾. Traducido en datos nacionales, un 12% corresponde al sistema formal de carga y el 88% restante al sistema informal de cuidados ⁽³⁵⁾. El cuidado llevado a cabo por parte de las familias es la parte invisible del llamado “iceberg del bienestar”, en el que los cuidados formales están en el pico de dicho iceberg ⁽³⁶⁾.

En España, la familia es un proceso clave a la hora de suplir la dependencia de un enfermo dependiente por Ictus y en la mayoría de los casos, es el entorno familiar quien asume el apoyo emocional y los cuidados de las ABVD del enfermo ⁽²⁶⁾. Este suceso ocurre en el resto de países del mundo, pero con más intensidad en el nuestro, debido a la baja tasa de incorporación de la mujer al mundo laboral ^(26, 30, 32). La buena predisposición de la familia en el cuidado, aumenta las posibilidades de éxito en la recuperación del paciente. El momento del ingreso hospitalario es el ideal para captar al cuidador principal, ya que, es cuando están más receptivos y más ganas tienen de participar en el cuidado de su familiar ⁽³⁷⁾.

La literatura científica que investiga éste área, muestra una radiografía bastante uniforme de la tipología del cuidador principal. Todos los estudios consultados muestran la figura de una mujer, de edad comprendida entre los 53 y 58 años de edad, la cual suele ser la pareja en un número elevado de ocasiones, y si no es así, la hija; el desempeño de la actividad del cuidado suele ser de dedicación total o parcial, sin recibir ayuda social en la práctica totalidad de los casos, aun refiriéndola necesaria. Numerosos estudios, muestran un perfil de estas cuidadoras con una formación básica de estudios primarios, lo que conlleva a ingresos económicos medios mensuales inferior a mil euros ^(2, 14, 25, 26, 33, 34, 38). En nuestra sociedad, el hábito de cuidar ha sido asociado al género femenino, incluso considerándose otra tarea doméstica más ^(26, 32). En este sentido, cuando el cuidador no es el esposo o esposa, y esta responsabilidad recae en los hijos, el sexo femenino suele ser un factor determinante a la hora de asumir este rol ^(26,39).

3.1. La salud del cuidador informal: las consecuencias del cuidado.

Los cuidados requeridos por un paciente dependiente por un Ictus hacen que el cuidador asuma una gran cantidad de tareas y responsabilidades que previamente no tenía, lo que le puede llevar a desbordarse; ha de adaptarse a una nueva vida y a unas nuevas rutinas ⁽⁴⁰⁾, habiendo una negociación continua entre el enfermo y cuidador ⁽¹⁴⁾. Las incapacidades que provoca la enfermedad no las sufre sólo el enfermo del ictus, sino también la familia que convive con él ^(33, 40). En un estudio descriptivo realizado mediante cuestionarios, se explicaron los motivos más frecuentes por los que los cuidadores principales cuidaban. En primer lugar, el motivo principal por el que se cuidaba era “por ser el familiar más próximo” y no por un sentimiento de obligación. En segundo lugar, opinaban que “el deber moral” y por último, contestaban que “lo hacían voluntariamente” ⁽¹⁴⁾.

En los últimos años ha habido un aumento en el número de investigaciones ligadas a la salud del cuidador informal, demostrando un deterioro en la salud mental y el bienestar emocional del cuidador. La persona tiene que prescindir de su tiempo para dedicarlo

plenamente al enfermo ⁽²⁶⁾. Varios estudios realizados demuestran que la depresión del cuidador afecta negativamente en el enfermo, pues hay un aumento de la institucionalización y un empeoramiento en el proceso de rehabilitación. Sin embargo, si hay un aumento de ayudas a los cuidadores por parte de las instituciones aumenta la probabilidad de que el enfermo siga en el domicilio ⁽²⁶⁾.

A lo largo de los años, los profesionales sanitarios han sido capaces de reconocer el sufrimiento por el que tienen que pasar estos cuidadores, los cuales deben de estar incluidos en el plan de cuidados ⁽⁴⁰⁾, además de dotarles de herramientas para prevenir su claudicación, creando para ello programas de intervención específicos para cuidadores y para atender a sus necesidades ⁽⁴⁰⁾. Diversos estudios han demostrado la eficacia del aprendizaje por parte de los cuidadores de técnicas de enfermería ⁽²⁵⁾, y sólo el 3% de los cuidadores informales refiere tener conocimientos para el cuidado de estos pacientes en el momento del alta hospitalaria ⁽³⁵⁾. Los profesionales sanitarios tenemos que facilitar las herramientas al cuidador para ser capaz de cuidarse a sí mismo mientras dure el proceso del cuidado, y los profesionales debemos reconocer los síntomas que les afectan, como son la angustia, tristeza, aflicción, desgaste físico, etc. ⁽³⁵⁾.

Históricamente, los efectos del cuidado en el cuidador se han clasificado en un ámbito económico para un fin analítico, predominando siempre las consecuencias negativas que tiene para el cuidador dicha actividad. No obstante, hay un creciente número de publicaciones científicas que clasifica los efectos del cuidado en tres áreas: el área de la salud, el económico y las relaciones sociales, dando también un punto de vista positivo al cuidado. En la Tabla 3 se muestran los efectos positivos y negativos en estos ámbitos para el cuidador ⁽³⁶⁾.

Además de los efectos citados en la tabla, hay otros, sobre todo negativos, en la vida del cuidador, como son:

Aumento de la sobrecarga. Este aspecto se cuantifica mediante la “Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit, la cual muestra el grado de claudicación que sufren los cuidadores ⁽²⁶⁾. Varios estudios ^(14, 26) revelan un aumento de la sobrecarga del cuidador, manifestando que el 23,4% de los encuestados sufrían casi siempre sobrecarga y 31,2% bastantes veces ⁽²⁶⁾. Esta sobrecarga es sobrevenida, entre otros factores, por las largas jornadas a las que se enfrentan los cuidadores, que oscilan entre 60 horas ^(31, 32) a 115 horas ^(14, 26) semanales. Además los sentimientos de los cuidadores referentes a la completa disponibilidad en el cuidado a lo largo de todo el día lo describen como “desgastante” aunque lo tienen asumido como “necesario” ⁽⁴⁰⁾. Generalmente los cuidadores no tienen relevo en sus funciones ni alternancia. El informe ISEDIC publica que el 81,1% de los cuidadores no cesa la actividad de cuidar ^(14, 26).

Disminución de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS). A través del cuestionario Short Form 36 (SF-36) se valoran cuatro dimensiones: física, funcional, psicológica y emocional. Numerosos estudios publicados muestran que la repercusión del cuidado no es la misma en las mujeres que en los hombres, siendo inferior en éstos ^(14, 25, 38), debido a que la dependencia del enfermo suele ser menor ^(14, 25, 38). Además, se ha observado que cuanto mayor sea la dependencia del paciente enfermo, peor será la calidad de vida percibida por el cuidador ^(25, 38). Los cuidadores que desempeñan cuidados prolongados en el tiempo, es el origen de una disminución de la calidad de vida, presentado problemas de salud del tipo de la depresión y enfermedad osteoarticular degenerativa cónica ^(25, 38).

TABLA 3. Efectos del cuidado en el cuidador informal (Elaboración propia. Fuente ⁽³⁹⁾).

	SALUD	ECONOMÍA	RELACIONES SOCIALES
E. POSITIVOS	<u>-Son de carácter psicosocial:</u> ◦Satisfacción por ayudar al otro. ◦Mayor seguridad en sí mismo. ◦Desarrollo de empatía. ◦Aprendizaje vital. ◦Estrechamiento positivo de las relaciones.	◦Prestaciones monetarias públicas. ◦Contraprestación monetaria esporádica del receptor al cuidador. ◦Uso de la vivienda por parte del cuidador.	◦Puede mejorar la cohesión familiar. ◦Gran potencial para el establecimiento de relaciones sociales y mantenimiento de la comunidad.
E. NEGATIVOS.	<u>-Afectaciones psicosociales:</u> ◦Estrés psicológico. ◦Estados de bajo ánimo. ◦Depresión. ◦Sentimientos de culpa. ◦Frustración. <u>-Afectaciones físicas:</u> ◦Aumento de las tasas de morbilidad. ◦Cansancio físico. ◦Déficit de autocuidado del cuidador por falta de tiempo.	<u>-Costes directos:</u> ◦Gastos para paliar la enfermedad. ◦Adaptación de la vivienda. <u>-Costes indirectos:</u> ◦Disminución de horas laborales. ◦Pérdida de la actividad laboral remunerada del cuidador.	◦Confinamiento del cuidador al hogar. ◦Imposibilidad de mantener relaciones sociales. ◦Alteración de la vida familiar.

Sensaciones subjetivas del cuidador. Entre las que se encuentran: “sufrimiento por cansancio”, “perdida de independencia”, “sufrimiento provocado por la propia situación del enfermo y la escasa posibilidad de ayuda”, “insomnio” y “miedo al futuro” ⁽¹⁴⁾.

Capítulo 4: Plan de Cuidados Estándar de Enfermería en pacientes con un Ictus Subagudo.

El plan de cuidados de enfermería, o proceso de atención de enfermería (P.A.E), es un método sistematizado y organizado para brindar cuidados eficaces y eficientes, orientados al logro de los objetivos. Consta de cinco etapas estrechamente interrelacionadas: Valoración-Diagnóstico-Planificación-Ejecución-Evaluación (esta última etapa es constante, puesto que se evalúa continuamente cada etapa del plan de cuidados), en las cuales el profesional de enfermería lleva a cabo acciones deliberadas para alcanzar la máxima eficiencia en los cuidados y conseguir a largo plazo los resultados marcados ⁽⁴¹⁾. Con el fin de utilizar un lenguaje común, a finales del siglo XX se unificaron criterios, creando tres taxonomías diferentes, donde poder etiquetar de forma uniforme las respuestas humanas, los objetivos planteados por el personal de enfermería y las intervenciones a realizar con el usuario:

- Taxonomía North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), para identificar y describir las respuestas humanas ⁽⁴²⁾.
- La clasificación de las intervenciones de enfermería o Nursing Interventions Classification (NIC), clasificación normalizada completa de las intervenciones que realizan los profesionales de enfermería ⁽⁴³⁾.
- La clasificación de criterios de resultados enfermeros o Nursing Outcomes Classification (NOC), son conceptos, definiciones y medidas estandarizadas, que describen los resultados de los pacientes tratados con las intervenciones enfermeras ⁽⁴⁴⁾.

En 1983, Carpenito publica el Modelo Bifocal para la práctica clínica, que identifica las situaciones clínicas en las que intervienen los enfermeros; este modelo no sólo organiza la práctica enfermera sino que ayuda a diferenciarla de otras disciplinas. El modelo bifocal divide las responsabilidades específicas de la enfermería en dos componentes ⁽⁴⁵⁾:

- Los **Diagnósticos de Enfermería (DxE)**. “El diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas de un individuo, familia o comunidad a los problemas de salud reales o potenciales y a los procesos vitales” ^(41, 42, 45). El DxE proporciona los fundamentos para la selección de las intervenciones de enfermería necesarias para la consecución de los resultados que son responsabilidad de enfermería ^(41, 42, 45, 46).
- Los **Problemas Interdisciplinarios (PI) o Problemas de Colaboración (PC)**. Son determinadas complicaciones fisiológicas que las enfermeras vigilan para detectar su aparición o cambios en el estado. Se abordan mediante intervenciones prescritas por el facultativo e intervenciones autónomas de enfermería ⁽⁴⁵⁾.

Además de las situaciones definidas por Carpenito en el Modelo bifocal, hay un tercer tipo de problemas en el que la enfermera debe actuar, que son:

- Los **Problemas de Autonomía (PA)**, que muestran una falta total o parcial, temporal o permanente, de las capacidades físicas o intelectuales de una persona para llevar a cabo por sí misma las acciones apropiadas que satisfacen sus necesidades básicas. Esta carencia es suplida por otra persona de su entorno (familiar, cuidador, o personal de enfermería), y su objetivo no es modificar las respuestas humanas del paciente ^(47, 48).

Para la realización del Plan de Cuidados estandarizado (PCE) se ha tomado los textos científicos y planes de cuidados estandarizado de otros estudios ^(49, 50, 51). El PCE nos permite optimizar el trabajo asistencial enfermero. Sin embargo, debe individualizarse para cada paciente, añadiendo o eliminando nuevos diagnósticos, resultados y/o intervenciones específicas para cada problema de salud específico. Las indicaciones del PCE van encaminadas hacia pacientes que han sido diagnosticados de Ictus isquémicos, debido a que es la forma de presentación más frecuente ⁽⁹⁾. El PCE se centra en la atención sanitaria prestada previa al alta del paciente y primeros días en el domicilio, donde la adaptación al nuevo medio y a su nuevo estado de salud hace que sea un momento crítico en la nueva vida del paciente y cuidador. El perfil del paciente al que va dirigido es un paciente adulto, consciente y orientado en tiempo, persona y espacio, que se encuentra en el último día de su hospitalización, posterior a la sintomatología aguda de la enfermedad, con unos parámetros neurológicos y hemodinámicos estables que sugieren su traslado al hogar. Se trata de una situación de riesgo en el que el paciente va a tener múltiples respuestas a su nueva situación clínica (respuestas que en un 99% de los casos serán problemas interdependientes o de colaboración) y que la enfermera y cuidador tienen que tratar de minimizar lo máximo posible. La Tabla 4 muestra las principales secuelas que puede sufrir el enfermo ⁽⁵²⁾. El paciente será incapaz de satisfacer sus necesidades

de forma autónoma y en consecuencia será el personal de enfermería o su cuidador los encargados de solventar los problemas de autonomía.

TABLA 4. Secuelas más prevalentes en la fase subaguda (Elaboración propia. Fuente ⁽⁵²⁾).

	<u>ALTERACIONES FÍSICAS.</u>	<u>ALTERACIONES DEL HUMOR.</u>	<u>ALTERACIONES COGNITIVAS.</u>	<u>ALTERACIONES DE LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA.</u>
<u>MÁS FRECUENTES.</u>	<ul style="list-style-type: none"> .-Déficit motor total/parcial. .-Alteración sensorial. .-Alteraciones lenguaje. .-Fatiga. .-Osteoporosis. .-Dolor hombro (72%). .-Caídas/fracturas (73%). .-Espasticidad (19-30%). .-Incontinencia urinaria. .-Contracturas. .-Déficit sexual. .-Subluxación hombro hemipléjico. 	<ul style="list-style-type: none"> .-Depresión (33%). .-Ansiedad. 	<ul style="list-style-type: none"> .-Demencia. .-Déficit de atención. .-Alteración de la memoria. 	<ul style="list-style-type: none"> Dificultad para: .-Subir escaleras. .-Vestirse. .-Ir al baño. .-Asearse. .-Alimentarse. .-Pasear.
<u>MENOS FRECUENTES.</u>	<ul style="list-style-type: none"> .-Alteración visual. .-Epilepsia. .-Dolor central post-ictus. .-Trombosis venosa profunda. .-Incontinencia fecal. .-Úlceras por presión. .-Infección urinaria. .-Infección pulmonar. .-Estrés. .-Disfagia. 	<ul style="list-style-type: none"> .-Labilidad emocional. 	<ul style="list-style-type: none"> .-Apraxia. .-Alteración de las funciones ejecutivas superiores. .-Negligencia espacial. .-Agnosia visual. .-Anosognosia. 	

El PCE se ha dividido en cuatro apartados: valoración, PA, DxE y PC. A continuación, se han formulado simultáneamente PA y DxE del tipo de “Déficit de Autocuidado”. Se ha planteado de esta forma debido al grado de afectación y a la capacidad funcional que presente el paciente durante el proceso de rehabilitación, ya que no todos los pacientes podrán volver a su situación basal pre-Ictus.

Las pruebas diagnósticas y los tratamientos en esta fase está orientado a prevenir las posibles recidivas de un nuevo ictus isquémico y a paliar las secuelas que han quedado. Con respecto a las pruebas diagnósticas complementarias:

- .-Tomografía axial computarizada (TAC), para evaluar el daño neurológico en el momento del alta ⁽²⁴⁾.

- .-Resonancia magnética (RM), indicada en discordancias entre la clínica y el TAC craneal, además de ser utilizada en pacientes con alergia a los contrastes yodados ⁽²⁴⁾.

.-Electrocardiograma (ECG) del tipo del holter, Indicado al alta si el Ictus ha sido embólico o si hay una posible fibrilación auricular (24).

.-Pruebas de laboratorio: Hemograma completo, perfil de coagulación, parámetros bioquímicos (niveles de colesterol total y LDL, triglicéridos, iones)(24).

Con respecto al tratamiento, se divide en tratamiento farmacológico y tratamiento rehabilitador (53,54) (Tabla 5).

TABLA 5. Modalidades de tratamiento (Elaboración propia. Fuente (7, 15, 49, 53,54)).

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:	TRATAMIENTO REHABILITADOR:
<p>.-<u>Antiagregantes plaquetarios</u>: como el Ácido Acetil Salicílico (AAS), Ticlopidina, Clopidogrel o Trifusal.</p> <p>.-<u>Anticoagulantes orales</u>: como la Warfarina o el Acenocumarol.</p> <p>.-<u>Inhibidores de la Enzima Convertidora de la Angiotensina (IECA's)</u>: como el Ramipril o el Perindopril.</p> <p>.-<u>Estatinas</u>: Rosuvastatina.</p> <p>.-<u>Relajantes musculares de acción central</u>:Baclofeno, Tizanidina</p> <p>.-Toxina Botulínica tipo A.</p> <p>.-<u>Antiinflamatorios no Esteroides (AINE's)</u>: Ibuprofeno, Naproxeno.</p> <p>.-<u>Antidepresivos tricíclicos</u>: Amitriptilina.</p> <p>.-<u>Inhibidores selectivos de la recaptación de Serotonina (ISRS)</u>: Fluoxetina.</p> <p>.-<u>Antiepilépticos</u>: Gabapentina o Pregabalina.</p> <p>**La mayor parte de los fármacos aquí citados son marcas registradas®**</p>	<p>.-Corrección de deformidades ortopédicas ya instauradas con indicación de órtesis.</p> <p>.-Técnicas de regulación de la espasticidad.</p> <p>.-Cinesiterapia: continuar con movilizaciones pasivas, progresando a movimientos activos-asistidos del lado parético y potenciación muscular.</p> <p>.-Reeducación propioceptiva y de la coordinación.</p> <p>.-Reeducación del equilibrio en bipedestación.</p> <p>.-Electroterapia para prevenir el hombro doloroso, con fines analgésicos.</p> <p>.-Estimulación sensorial del hemicuerpo afectado.</p> <p>.-Ejercicios para la parálisis facial.</p> <p>.-Terapia ocupacional orientada a las ABVD y AIVD.</p>

4.1 Valoración.

Como la enfermedad es de origen multifactorial, su tratamiento y su rehabilitación se aborda por un equipo multidisciplinar, formado por médicos, enfermeras, fisioterapeutas, logopedas, terapeutas ocupacionales y trabajadores sociales (49). El personal de enfermería, realizará una valoración exhaustiva, mediante el modelo de "Valoración de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson":

- Necesidad respiración-circulación.

-El paciente puede presentar estenosis en alguno de los vasos que irrigan el cerebro, además de problemas de hipertensión arterial. Puede presentar abundantes secreciones secundarias al encamamiento y problemas relacionados con la afectación del reflejo de la tos.

- Necesidad de comer y beber.

-El paciente podrá presentar algún signo de disfagia asociada, como tos, dificultad en la masticación y en la deglución, lentitud en el proceso en deglución, intentos de varias degluciones para producir una deglución efectiva, además de problemas relacionados con el

reflejo nauseoso ⁽⁵⁵⁾. Debido a todos estos signos el paciente podrá presentar signos de deshidratación y pérdida de peso asociada ⁽⁵⁴⁾.

- Necesidad de eliminación.

-El paciente puede manifestar incontinencia urinaria y/o fecal, por pérdida del tono muscular, aunque también estreñimiento ⁽⁵³⁾. Además puede haber dificultad en el traslado hacia el W.C. y en la manipulación de la ropa y la realización del aseo después de utilizarlo ⁽⁵⁶⁾.

- Necesidad de moverse y mantener una buena postura.

-El paciente puede presentar alteraciones motoras parciales o totales (hemiparesia, hemiplejía), alteraciones del tono muscular (espasticidad, hipotonía), alteración de los reflejos (abolición de los reflejos superficiales en el lado de la lesión, reflejo de Babinski (-), hiperreflexia), alteraciones en el mantenimiento de la postura, el equilibrio y la coordinación (ataxia, apraxia), además de parálisis facial ⁽⁵⁷⁾.

- Necesidad de sueño y descanso.

-Sin alteraciones.

- Necesidad de vestirse y desvestirse.

-El paciente podrá presentar dificultades en el vestido debido a déficits motores: apraxia en el vestido, agnosia visual, alteraciones del esquema corporal ⁽⁵⁸⁾.

- Necesidad de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales.

-Sin alteraciones.

- Necesidad de higiene y mantenimiento de la piel.

-Puede presentar alteraciones debido al déficit motor, lo cual le impide la correcta realización de la higiene o la incapacidad para realizarla. Puede haber alteraciones en la superficie cutánea debido a un mal soporte nutricional y a un mantenimiento excesivo de la postura, pudiendo aparecer úlceras por presión (UPP) ^(53, 58,59).

- Necesidad de evitar los peligros.

-Debido a alteraciones en el equilibrio, en la marcha y en la movilidad, el paciente puede tener mayor susceptibilidad a las caídas. Puede haber una mala adherencia al tratamiento, ya sea por desconocimiento del mismo o por rechazo. Además el paciente puede tener hábitos tóxicos como consumo de drogas, hábito alcohólico, fumador, etc. ⁽⁵³⁾.

- Necesidad de comunicarse.

-El paciente puede tener problemas causados por alteraciones en la codificación y transmisión del mensaje (afasia y disartria), problemas de ansiedad y labilidad emocional ante la nueva situación y disfunción sexual ^(53, 58, 60).

- Necesidad de vivir según valores y creencias.

-Sin alteraciones.

- Necesidad de estar ocupado.

-Puede presentar alteraciones debido a que probablemente vaya a cambiar su rol en su núcleo familiar y en sus círculos más cercanos, debido a la pérdida de capacidad previa a la enfermedad para realizar actividades en el hogar o funciones en el trabajo ⁽⁵⁷⁾.

- Necesidad de participar en actividades recreativas.

-Puede presentar alteraciones debido a la pérdida de funciones que le permitían anteriormente realizar actividades recreativas ⁽⁵⁷⁾.

- Necesidad de aprender.

-El paciente tendrá un déficit de conocimientos en cuanto a su tratamiento, tanto médico como rehabilitador ⁽⁵⁷⁾.

Además de la realización de una valoración holística del paciente utilizando como modelo la valoración por 14 necesidades de Virginia Henderson, el personal de enfermería deberá realizar valoraciones focalizadas en aquellas necesidades que el paciente tenga más afectadas. Para ello, se enumeran las siguientes escalas de valoración necesarias para poder complementar la fase de valoración:

Índice de Barthel: evalúa el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de las ABVD como es comer, lavarse vestirse y arreglarse. La puntuación global oscila de 0 (máxima dependencia) a 100 (máxima independencia) ⁽⁶¹⁾.

Índice Lawton y Brody: evalúa la autonomía física y las actividades instrumentales a través de ocho ítems: capacidad para utilizar el teléfono, hacer compras, preparación de la comida, cuidado de la casa, lavado de la ropa, uso de medios de transporte, responsabilidad de su medicación y administración de su economía. La puntuación global abarca de 0 (dependiente total) a 8 (independiente total) ⁽⁶²⁾.

Escala de Braden: evalúa el riesgo de desarrollar una UPP evaluando 6 parámetros: percepción sensorial, humedad, actividad, movilidad, nutrición y fricción y cizallamiento. Los ítems se puntúan del 1 al 4, salvo la cizalla del 1 al 3, pudiéndose obtener un máximo total de 23 puntos. Cuanto menor sea la puntuación obtenida mayor será el riesgo de padecer una UPP ⁽⁶³⁾.

Cuestionario del estado mental de Pfeiffer: screening para detectar la presencia de deterioro cognitivo. Consta de 10 ítems y detecta tanto la presencia como el grado de deterioro ⁽⁶⁴⁾.

Escala de depresión geriátrica de Yesavage: Permite cuantificar los síntomas depresivos. Es una escala autoadministrada de 15 ítems. Con un rango de puntuación del 0 al 15, siendo el corte de riesgo de depresión a partir de 5 ⁽⁶⁵⁾.

Escala de sobrecarga en el cuidador de Zarit: Valora el nivel de claudicación del cuidador, que se traduce como la situación de insuficiencia del cuidador para prestar las necesidades solicitadas por el enfermo. Valora 22 ítems sobre el estado de ánimo del cuidador y de sus sensaciones al cuidar, puntuándolos del 1 al 5. Una puntuación por encima de 47 se consideraría sobrecarga ⁽⁶⁶⁾.

4.2. Problemas de Autonomía

Se han estandarizado un total de cinco PA, en los que, el objetivo de la enfermera es hacer que el paciente mantenga el mismo nivel de autonomía del que disponía hasta la realización de la intervención, y en ningún momento disminuya el nivel (Tabla 6).

TABLA 6. Problemas de Autonomía asociados al Ictus Subagudo (Elaboración propia. Fuente: (43)).

PROBLEMA DE AUTONOMÍA: Alimentación.	
SUPLENCIA: PARCIAL/TOTAL	<p>ACTIVIDADES</p> <p>La enfermera suplirá total o parcialmente las siguientes actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> .-Proporcionar alivio adecuado del dolor antes de las comidas. .-Abrir los alimentos empaquetados. .-Colocar al paciente en una posición cómoda. .-Proteger con un babero. .-Proporcionar una pajita al beber. .-Suministrar los alimentos a la temperatura más apetitosa. .-Proporcionar los alimentos y bebidas preferidos. .-Proporcionar dispositivos adaptados para facilitar que el paciente se alimente por sí mismo (mangos largos, mangos con circunferencias grandes/pequeñas, correas en los utensilios). .-Colocar la comida en el lado no afectado de la boca. .-Comprobar que no quedan restos de comida en la boca al final de la comida. .-Facilitar la higiene bucal después de las comida.
PROBLEMA DE AUTONOMÍA: Baño/higiene	
SUPLENCIA: PARCIAL/TOTAL	<p>ACTIVIDADES</p> <p>La enfermera suplirá total o parcialmente las siguientes actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> .-Colocar o proporcionar los objetos personales deseados (desodorante, cepillo de dientes, jabón...) a la cabecera del paciente o en el baño. .-Realizar y comprobar limpieza de uñas. .-Proporcionar un ambiente terapéutico que garantice una experiencia cálida, relajante, privada y personalizada. .-Implicar al paciente en la realización de su higiene teniendo en cuenta sus limitaciones. .- Vigilar la integridad de la piel durante el acto de la ducha. .- Secar minuciosamente la piel, principalmente zona interdigital y pliegues cutáneos. .- Aplicar crema hidratante tras la higiene personal. .-Mantener las rutinas de higiene.
PROBLEMA DE AUTONOMÍA: Ambulación/ Translación.	
SUPLENCIA: PARCIAL/TOTAL	<p>ACTIVIDADES</p> <p>La enfermera suplirá total o parcialmente las siguientes actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> .-Proporcionar al paciente un calzado cómodo y seguro. .-Colocar una cama a baja altura. .-Ayudar al paciente a sentarse en la cama, en un lado de la cama o en una silla. .-Proporcionar dispositivos de ayuda. .-Utilizar cinturón para caminar con el fin de ayudar en el traslado y la deambulación. .-Utilizar la mecánica corporal adecuada durante los movimientos. .- Trasladar al paciente utilizando una tabla de transferencia. .-Ayudar al paciente a caminar utilizando el cuerpo del profesional como muleta humana.

PROBLEMA DE AUTONOMÍA: Uso del W.C.	
SUPLENCIA: PARCIAL/TOTAL	<p>ACTIVIDADES</p> <p>La enfermera suplirá total o parcialmente las siguientes actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> .-Quitar la ropa esencial para permitir la eliminación. .-Vestir al paciente con ropa cómoda para facilitar su retirada en la eliminación. .-Ayudar al paciente en el inodoro a intervalos especificados. .-Disponer de intimidad durante la eliminación. .-Facilitar la higiene tras miccionar/defecar después de terminar con la eliminación. .-Tirar de la cadena/limpiar el utensilio de la eliminación. .-Cambiar la ropa del paciente después de la eliminación. .- Vigilar la integridad cutánea.
PROBLEMA DE AUTONOMÍA: Vestido/Acicalamiento.	
SUPLENCIA: PARCIAL/TOTAL	<p>ACTIVIDADES</p> <p>La enfermera suplirá total o parcialmente las siguientes actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> .- Disponer las prendas del paciente en una zona accesible. .-Proporcionar ropa personal. .-Ayudar/ estar disponible durante el proceso de vestido del paciente. .-Mantener la intimidad mientras el paciente se viste. .-Ayudar con los botones, cordones y cremalleras. .-Facilitar/ayudar en el proceso de peinado. .-Facilitar/ayudar en el proceso de afeitado. .-Proporcionar maquillaje.

4.3. Diagnósticos de enfermería.

A través de la Taxonomía NANDA se han estandarizado un total de 12 diagnósticos, para abordar al paciente, familia y cuidador principal (Tabla 7). Con respecto a los objetivos de resultado NOC, debido a que es un estándar no aparece la puntuación diana de resultados, que no es más que una escala Likert con cinco posibles opciones.

TABLA 7: Criterios de resultados e intervenciones siguiendo la taxonomía NOC y NIC propuestos para los diagnósticos de enfermería propuestos (Elaboración propia. Fuente: (42-44,46).

ETIQUETA DIAGNÓSTICA 00102. Déficit de autocuidado: alimentación.		
<p>DIAGNÓSTICO NANDA: Relacionado con (r/c):</p> <ul style="list-style-type: none"> -Debilidad. -Deterioro de la movilidad. <p>Manifestado por (m/p):</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦Incapacidad para: -Abrir los recipientes. - Coger la taza o el vaso. -Coger los alimentos con los utensilios. -Llevar los alimentos de un receptáculo a la boca. -Manejar los utensilios. 	<p>OBJETIVOS NOC:</p> <p>0303: Autocuidados: comer.</p> <p><u>Indicadores:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> 30302: Abre envases. 30303: Maneja utensilios. 30312: Mastica la comida. 30313: Traga la comida. 30317: Traga líquidos. <p>1010: Estado de deglución.</p> <p><u>Indicadores:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> 101001: Mantiene la comida en la boca. 101004: Capacidad de masticación. 101012: Atragantamiento, tos, 	<p>INTERVENCIONES NIC:</p> <p>1803: Ayuda con el autocuidado: Alimentación.</p> <p><u>Actividades:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Evitar colocar la comida en el lado ciego de una persona. -Colocar al paciente en posición cómoda. -Proporcionar dispositivos adaptados para facilitar que el paciente se alimente por sí mismo. .-Proporcionar pajita para beber. -Controlar la capacidad de

<p>-Usar dispositivos de ayuda.</p>	<p>náuseas. 101013: Esfuerzo deglutorio aumentado.</p>	<p>deglutir del paciente. -Asegurar la posición adecuada del paciente para facilitar la masticación y la deglución. 1860: Terapia de deglución. <u>Actividades:</u> -Explicar el régimen de deglución al paciente/familia. -Enseñar a la familia/cuidador a cambiar de posición, alimentar y vigilar al paciente. -Enseñar a la familia/cuidador las medidas de emergencia para los atragantamientos. Enseñar al paciente a no hablar mientras come.</p>
<p>ETIQUETA DIAGNÓSTICA 00108. Déficit de autocuidado: baño/higiene.</p>		
<p>DIAGNÓSTICO NANDA: Relacionado con (r/c): -Debilidad. -Deterioro de la movilidad. -Deterioro musculoesquelético. Manifestado por (m/p): ◦Incapacidad para: -Acceder al cuarto de baño. -Lavarse el cuerpo. -Obtener y regular una fuente de agua. -Secarse el cuerpo.</p>	<p>OBJETIVOS NOC: 0301: Autocuidados: Baño. <u>Indicadores:</u> 30101: Entra y sale del cuarto de baño. 30103: Obtiene agua para el baño. 30105: Regula la temperatura. 30108: Se baña en la bañera. 30109: Se baña en la ducha. 30111: Seca el cuerpo. 0305: Autocuidados: higiene. <u>Indicadores:</u> 30506: Mantiene la higiene oral. 30510: Se afeita. 30511: Se maquilla. 30514: Mantiene una apariencia pulcra.</p>	<p>INTERVENCIONES NIC: 1801: Ayuda con el autocuidado: baño/higiene. <u>Actividades:</u> -Determinar la cantidad y tipo de ayuda necesitada. -Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados. -Proporcionar los objetos deseados. -Mantener rituales higiénicos.</p>
<p>ETIQUETA DIAGNÓSTICA 00110. Déficit de autocuidado: uso del inodoro (WC).</p>		
<p>DIAGNÓSTICO NANDA: Relacionado con (r/c): -Debilidad. -Deterioro de la movilidad. Manifestado por (m/p): ◦Incapacidad para: -Llegar hasta el WC o el orinal. -Sentarse en el WC o el orinal. -Levantarse del WC o</p>	<p>OBJETIVOS NOC: 0310: Autocuidados: uso del inodoro. <u>Indicadores:</u> 31001: Responde a la repleción vesical oportunamente. 31002: Responde a la urgencia para defecar oportunamente. 31004: Se quita la ropa. 31005: Se coloca en el inodoro o en el orinal. 31006: Vacía la vejiga.</p>	<p>INTERVENCIONES NIC: 1804: Ayuda con el autocuidado: micción/defecación. <u>Actividades:</u> -Quitar la ropa esencial para permitir la eliminación. -Ayudar al paciente en el inodoro/inodoro portátil/ cuña de fractura /orinal a intervalos frecuentes. -Facilitar la higiene tras la</p>

<p>del orinal. -Limpiar el WC o el orinal después de su uso. -Realizar la higiene adecuada tras la evacuación.</p>	<p>31008: Se levanta del inodoro u orinal. 31011: Vacía el intestino. 31012: Se limpia después de defecar. 3013: Entra y sale del cuarto de baño.</p>	<p>eliminación. -Disponer de intimidad durante la eliminación.</p>
ETIQUETA DIAGNÓSTICA 00109. Déficit de autocuidado: Vestido.		
<p>DIAGNÓSTICO NANDA: Relacionado con (r/c): -Debilidad. -Deterioro neuromuscular. Manifestado por (m/p): -Deterioro de: La capacidad para obtener y abrocharse las prendas de vestir. ◦Incapacidad de : -Vestirse y desvestirse. -Elegir la ropa.</p>	<p>OBJETIVOS NOC: 0302: Autocuidados: Vestir. <u>Indicadores:</u> 30201: Escoge la ropa. 30204: Se pone la ropa en la parte superior del cuerpo. 30205: Se pone la ropa en la parte inferior del cuerpo. 30206: Se abotona la ropa. 30207: Se abrocha la ropa. 30211: Se quita la ropa de la parte superior del cuerpo. 30214: Se quita la ropa de la parte inferior del cuerpo.</p>	<p>INTERVENCIONES NIC: 1802: Ayuda con el autocuidado: vestirse/arreglo personal. <u>Actividades:</u> -Disponer las prendas del paciente en una zona accesible. -Estar disponible para ayuda en el vestir. -Mantener la intimidad mientras el paciente se viste. 1630: Vestir <u>Actividades:</u> -Identificar las áreas en las que el paciente necesita ayuda para vestirse. -Vestir la extremidad afectada primero. -Proporcionar asistencia hasta que el paciente sea capaz de vestirse por sí mismo.</p>
ETIQUETA DIAGNÓSTICA 00126. Conocimientos deficientes.		
<p>DIAGNÓSTICO NANDA: .-Proceso de la enfermedad.</p>	<p>OBJETIVOS NOC: 1863: Conocimiento: Manejo de la enfermedad cerebrovascular. <u>Indicadores:</u> 186301: Tipo específico de accidente cerebrovascular. 183602: Causa y factores contribuyentes. 186303: Curso habitual de la enfermedad isquémica. 186304: Signos y síntomas de la enfermedad isquémica. 186307: Efectos psicosociales de la enfermedad. 186308: Relación del estrés físico y emocional con el trastorno.</p>	<p>INTERVENCIONES NIC: 5602: Enseñanza: Proceso de enfermedad. <u>Actividades:</u> -Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad. -Reconocer el conocimiento del paciente sobre su afección. -Describir el proceso de enfermedad. -Identificar las etiologías posibles. -Proporcionar información a la familia acerca de los progresos del paciente. -Identificar cambios en el</p>

	<p>186312: Efectos terapéuticos de la medicación. 186313: Efectos secundarios de la medicación. 186314: Efectos adversos de la medicación. 186317: Efectos sobre el estilo de vida. 186318: Pautas para la actividad sexual.</p>	<p>estado físico del paciente. -Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de enfermedad. -Describir las complicaciones crónicas. -Enseñar al paciente medidas para controlar/minimizar síntomas. -Instruir al paciente sobre cuáles son los signos y síntomas de los que debe informarse al cuidador. -Reforzar la información suministrada por otros miembros del equipo de cuidados.</p>
ETIQUETA DIAGNÓSTICA 00120. Baja autoestima situacional.		
<p>DIAGNÓSTICO NANDA: Relacionado con (r/c): -Cambio en el rol social. -Alteración de la imagen corporal. -Deterioro funcional. Manifestado por (m/p): -Expresa inutilidad. -Expresa impotencia. -Evaluación de sí mismo como incapaz de afrontar los acontecimientos.</p>	<p>OBJETIVOS NOC: 1308: Adaptación a la discapacidad física: <u>Indicadores:</u> 130801: Verbaliza capacidad para adaptarse a la discapacidad. 130803: Se adapta a las limitaciones funcionales. 130804: Modifica el estilo de vida para adaptarse a la discapacidad. 130810: Identifica un plan para cumplir las ABVD. 130811: Identifica un plan para realizar las AIVD. 130823: Obtiene ayuda de un profesional sanitario.</p>	<p>INTERVENCIONES NIC: 5230: Mejorar el afrontamiento: <u>Actividades:</u> -Ayudar al paciente a identificar los objetivos a corto y largo plazo. -Valorar el ajuste del paciente a los cambios de imagen corporal. -Valorar el impacto de la situación vital del paciente del proceso de enfermedad. -Ayudar al paciente a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento. -Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico. -Fomentar un dominio gradual de la situación. -Alentar la verbalización de sentimientos, percepciones y miedos. -Ayudar al paciente a identificar estrategias positivas para afrontar sus limitaciones y manejar los cambios de estilo</p>

		de vida.
ETIQUETA DIAGNÓSTICA 00061. Cansancio del rol de cuidador.		
<p>DIAGNÓSTICO NANDA: Relacionado con (r/c): - Alta domiciliaria se algún miembro de la familia con importantes necesidades de cuidados. -Brindar los cuidados durante años -Responsabilidad de cuidados durante las 24 horas. Manifestado por (m/p): -Cambio disfuncional en las actividades del cuidador. -Preocupación por los cuidados habituales. -Expresa sentirse deprimido.</p>	<p>OBJETIVOS NOC: 2210: Resistencia del Papel del Cuidador: <u>Indicadores:</u> 221001: Relación mutuamente satisfactoria entre el cuidador familiar y el destinatario de los cuidados. 221002: Dominio de las actividades de cuidados directos. 221003: Dominio de las actividades de cuidados indirectos. 221005: Descanso para el cuidador familiar. 2203: Alteración del estilo de vida del cuidador principal: <u>Indicadores:</u> 220302: Realización del rol. 220303: Flexibilidad del rol. 220306: Interacciones sociales. 220308: Actividades de ocio. 220309: Actividad laboral. 220319: Cargas económicas a causa del papel del cuidador.</p>	<p>INTERVENCIONES NIC: 7040: Apoyo al cuidador principal. <u>Actividades:</u> -Admitir las dificultades del rol de cuidador principal. -Realizar afirmaciones positivas sobre los esfuerzos del cuidador. -Apoyar las decisiones tomadas por el cuidador principal. -Monitorizar los problemas de interacción con la familia en relación con los cuidados del paciente. -Enseñar al cuidador la terapia del paciente de acuerdo con las preferencias de éste. -Proporcionar ayuda sanitaria de seguimiento al cuidador mediante llamadas de teléfono o cuidados de enfermería comunitarios. -Animar al cuidador a participar en grupos de apoyo. -Apoyar al cuidador a establecer límites y a cuidar de sí mismo. -Actuar en lugar del cuidador si se hace evidente una sobrecarga de trabajo.</p>
ETIQUETA DIAGNÓSTICA 00060. Interrupción de los procesos familiares.		
<p>DIAGNÓSTICO NANDA: Relacionado con (r/c): -Cambio de los roles familiares. -Cambio en el estado de salud de un miembro de la familia. -Modificación de las finanzas familiares. Manifestado por (m/p): -Cambios en el apoyo mutuo. -Cambios en la disponibilidad para el</p>	<p>OBJETIVOS NOC: 2602: Funcionamiento de la familia. <u>Indicadores:</u> 260202: Cuida de los miembros dependientes de la familia. 260204: Distribuye las responsabilidades entre los miembros. 260205: Los miembros desempeñan los roles esperados. 260222: Los miembros se apoyan entre sí.</p>	<p>INTERVENCIONES NIC: 7100: Estimulación de la integridad familiar. <u>Actividades:</u> -Determinar la comprensión familiar de la dolencia. -Ayudar a la familia a resolver los sentimientos irreal de culpa o responsabilidad. -Identificar los mecanismos de afrontamiento típicos de la familia. -Determinar los sentimientos de la familia respecto a su</p>

<p>apoyo emocional. -Cambios en la intimidad. -Cambios en las tareas asignadas. -Cambios en los patrones de comunicación.</p>	<p>2604: Normalización de la familia. <u>Indicadores:</u> 260405: Adapta las rutinas familiares para satisfacer las necesidades del miembro afectado. 260406: Satisface las necesidades físicas de los miembros de la familia. 260407: Satisface las necesidades psicosociales de los miembros de la familia.</p>	<p>situación. -Colaborar con la familia en la solución de problemas y en la toma de decisiones. 7130: Mantenimiento de procesos familiares. <u>Actividades:</u> -Identificar los efectos derivados del cambio de papeles en los procesos familiares. -Comentar las estrategias de normalización de la vida familiar con la familia. -Minimizar la ruptura de la rutina familiar facilitando hábitos y rutinas familiares. -Identificar las necesidades de cuidado del paciente en casa y la incorporación de estos cuidados en el ambiente familiar y en su estilo de vida. -Establecer programas de actividades de cuidado en casa para el paciente que minimicen la alteración de la rutina familiar.</p>
<p>ETIQUETA DIAGNÓSTICA 00069. Afrontamiento ineficaz.</p>		
<p>DIAGNÓSTICO NANDA: Relacionado con (r/c): -Crisis situacionales. -Incertidumbre. -Alto grado de amenaza. Manifestado por (m/p): -Expresa incapacidad para el afrontamiento. -Solución inadecuada de los problemas. -Falta de resolución de los problemas.</p>	<p>OBJETIVOS NOC: 1302: Afrontamiento de problemas. <u>Indicadores:</u> 130201: Identifica patrones de superación eficaces. 130203: Verbaliza sensación de control. 130205: Verbaliza aceptación de la situación 130208: Se adapta a los cambios en desarrollo. 1300: Aceptación: Estado de salud. <u>Indicadores:</u> 130008: Reconoce la realidad de la situación de salud. 130010: Afrontamiento de la situación de salud. 130013: Expresa que la vida es digna de ser vivida.</p>	<p>INTERVENCIONES NIC: 5330: Control del estado de ánimo. <u>Actividades:</u> -Evaluar el estado de ánimo inicialmente y con regularidad a medida que avanza el tratamiento. -Animar al paciente que tome decisiones cada vez más complejas según sea capaz. -Animar al paciente a que adopte un papel activo en la rehabilitación. -Relacionarse con el paciente a intervalos regulares para darle la oportunidad de hablar acerca de sus sentimientos. -Enseñar nuevas técnicas de afrontamiento y de resolución de problemas.</p>

	<p>130017: Se adapta al cambio en el estado de salud.</p>	<p>5400: Potenciación de la autoestima. <u>Actividades:</u> -Observar las afirmaciones del paciente sobre su autovalía. -Ayudar al paciente a aceptar la dependencia de otros. -Animar al paciente a que acepte nuevos desafíos. -Realizar afirmaciones positivas sobre el paciente. -Ayudar al paciente a encontrar la autoaceptación.</p>
ETIQUETA DIAGNÓSTICA 00146. Ansiedad.		
<p>DIAGNÓSTICO NANDA: Relacionado con (r/c): -Cambio en el estado de salud. -Cambio en el estatus del rol. -Cambio en la función del rol. -Necesidades no satisfechas. Manifestado por (m/p): - Temor a consecuencias inespecíficas. -Angustia de insuficiencia. -Persistente aumento de la impotencia.</p>	<p>OBJETIVOS NOC: 1402: Autocontrol de la ansiedad. <u>Indicadores:</u> 140201: Monitoriza la intensidad de la ansiedad. 140204: Busca información para reducir la ansiedad. 140205: Planea estrategias para superar situaciones estresantes. 140207: Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad.</p>	<p>INTERVENCIONES NIC: 5820: Disminución de la ansiedad. <u>Actividades:</u> -Animar a la familia a permanecer con el paciente. -Escuchar con atención. -Reforzar el comportamiento. -Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos. -Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación. -Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad.</p>
ETIQUETA DIAGNÓSTICA 00155. Riesgo de caídas.		
<p>DIAGNÓSTICO NANDA: Relacionado con (r/c): -Uso de dispositivos de ayuda (andador/bastón) -Factores ambientales: alfombras, condiciones climatológicas, entorno desordenado, falta de material antideslizante en la bañera/ducha.</p>	<p>OBJETIVOS NOC: 0918: Atención al lado afectado: <u>Indicadores:</u> 91801: Reconoce el lado afectado como parte integral de sí mismo. 91802: Protege el lado afectado cuando camina. 91804: Protege el lado afectado cuando se traslada. 91807: Organiza el entorno para comendar las deficiencias físicas o sensoriales. 1828: Conocimiento:</p>	<p>INTERVENCIONES NIC: 2760: Manejo de la desatención unilateral. <u>Actividades:</u> -Supervisar y/o ayudar en los traslados y la deambulación. -Evitar movimientos rápidos en la habitación. -Enseñar al paciente a explorar con la vista de izquierda a derecha. -Situarse en el lado afectado al deambular con el paciente a medida que éste muestre capacidad de compensar la</p>

	<p>Prevención de caídas. <u>Indicadores:</u> 182801: Uso correcto de dispositivos de ayuda. 182803: Calzado adecuado. 182808: Cuándo pedir ayuda personal. 182809: Uso de procedimientos seguros de traslado. 182821: Cómo mantener las superficies del suelo seguras.</p>	<p>anulación. 6490: Prevención de caídas. <u>Actividades:</u> -Controlar la marcha, el equilibrio y el cansancio al deambular. -Ayudar a la deambulación de las personas inestables. -Enseñar al paciente a utilizar un bastón o andador. -Instruir al paciente para que pida ayuda al moverse.</p>
ETIQUETA DIAGNÓSTICA 00047. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.		
<p>DIAGNÓSTICO NANDA: Factores relacionados (r/c): -Factores mecánicos (fuerzas de cizallamiento, presión, sujeciones). -Inmovilización física.</p>	<p>OBJETIVOS NOC: 1101: Integridad tisular: Piel y membranas mucosas. <u>Indicadores:</u> 110101: Temperatura de la piel. 110102: Sensibilidad. 110104: Hidratación. 110106: Transpiración. 110111: Perfusión tisular. 110121: Eritema. 110122: Palidez. 110123: Necrosis.</p>	<p>INTERVENCIONES NIC: 0740: Cuidados del paciente encamado. <u>Actividades:</u> -Colocar la paciente sobre una cama o colchón terapéutico adecuado. -Colocar al paciente con una alineación corporal adecuada. -Evitar utilizar ropa de cama con texturas ásperas. -Mantener la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas. -Cambiar de posición al paciente, según lo indique el estado de la piel. -Girar la paciente inmovilizado al menos cada dos horas, de acuerdo con un programa específico. -Vigilar el estado de la piel.</p>

4.4. Problemas de Colaboración.

Los PC se abordan mediante intervenciones prescritas por el facultativo y las intervenciones autónomas de enfermería ⁽⁴⁶⁾. Éstos pueden sobrevenir de la propia enfermedad, relacionados con la prescripción médica y con las pruebas diagnósticas. La Tabla 8 recoge los principales PC, secundarios al Ictus, y a las secuelas que éste origina ^(52, 67).

TABLA 8. PC secundarias al Ictus (Elaboración propia. Fuente ^(49, 67)).

PC: Incontinencia Urinaria.	PC: Disartria.
PC: Espasticidad.	PC: Apraxia.
PC: Dolor de hombro.	PC: Estreñimiento.
PC: Depresión.	PC: Neumonía por aspiración.
PC: Tromboembolismo.	PC: Caída.
PC: Subluxación del hombro.	PC: Negligencia espacial.
PC: Deterioro de la movilidad física: hemiplejía, hemiparesia, hipotonía muscular, alteración del equilibrio, control postural y coordinación	

La Tabla 9 muestra las Complicaciones Potenciales (CP) relacionadas con la prescripción médica y las pruebas diagnósticas.

TABLA 9. CP derivadas de la prescripción médica y pruebas diagnósticas (Elaboración propia).

CP: Riesgo de hemorragia secundario a la administración de antiagregantes plaquetarios y anticoagulantes orales ⁽⁶⁸⁾ .
CP: Riesgo de ulcus gastroduodenal secundario a la terapia con AINE's ⁽⁶⁹⁾ .
CP: Hipotensión secundaria a la terapia con IECA's ⁽⁷⁰⁾ .
CP: Trastornos del sistema nervioso (mareos, cefalea, somnolencia) secundarios a la administración de antiepilépticos ⁽⁷¹⁾ .
CP: Riesgo de suicidio secundario a la terapia con antidepresivos ⁽⁷²⁾ .
CP: Riesgo de síndrome metabólico secundario a la terapia con psicofármacos (ISRS, antidepresivos tricíclicos, antiepilépticos ⁽⁷³⁾ .
CP: Shock anafiláctico secundario a la administración de contrastes yodados en el TAC ⁽⁷⁴⁾ .

OBJETIVOS DE ENFERMERÍA:

1. Detectar signos y síntomas de inestabilidad fisiológica, tanto en lo que respecta a la evolución del estado del paciente como a los efectos de pruebas diagnósticas y tratamientos.
2. Consultar con el médico para obtener las intervenciones apropiadas.
3. Ejecutar de forma segura las órdenes y protocolos médicos para controlar o reducir la gravedad del hecho.

4.4.1. Intervenciones de enfermería (NIC).

Las intervenciones NIC pueden ser iniciadas por la enfermera para tratar un DxE o pueden ser iniciadas por el facultativo para paliar un problema médico, pero son realizadas por el personal de enfermería en respuesta a “una orden médica” (48). La Tabla 10 recoge las intervenciones autónomas de enfermería a realizar.

TABLA 10. Intervenciones de enfermería en los Problemas de Colaboración (Elaboración propia. Fuente: (43)).

NIC 4976. MEJORAR LA COMUNICACIÓN: DÉFICIT DE HABLA.	
Actividades	<ul style="list-style-type: none"> -Monitorizar la velocidad, presión, el ritmo, la cuantía el volumen y la dicción del habla. -Instruir al paciente o la familia sobre los procesos cognitivos, anatómicos y fisiológicos en las capacidades del habla. - Proporcionar métodos alternativos a la comunicación hablada (p. ej. tableta escritura, imágenes, señales con la mano, gestos, ordenador, etc). -Ajustar el estilo de comunicación para cubrir las necesidades del paciente (p. ej. situarse frente a él al hablar, escuchar con atención, hablar despacio evitando gritar, etc.) -Repetir lo que dice el paciente para asegurar la precisión. -instruir al paciente para que hable despacio. -Enunciar las preguntas para que el paciente pueda responder con un simple sí o no, sabiendo que los pacientes con afasia pueden proporcionar respuestas automáticas que son incorrectas. -Proporcionar refuerzo positivo.
NIC 3200. PRECAUCIONES PARA EVITAR LA ASPIRACIÓN.	
Actividades	<ul style="list-style-type: none"> -Evaluar la presencia de disfagia. -Colocación erguida a más de 30º (alimentación por SNG) a 90º, o lo más incorporado posible. -Mantener la cabecera de la cama elevada 30-45 minutos después de la alimentación. -Supervisar la comida o ayudar, según corresponda. -Proporcionar la alimentación en pequeñas cantidades. -Evitar líquidos o usar agentes espesantes. -Usar medicación en forma de elixir. -Romper o desmenuzar las pastillas antes de su administración.
NIC 0226. TERAPIA DE EJERCICIOS: CONTROL MUSCULAR.	
Actividades	<ul style="list-style-type: none"> -Colaborar con fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y recreacionales en el desarrollo y ejecución de un programa de ejercicios, según corresponda. -Evaluar las funciones sensoriales (visión, audición y propiocepción). -Poner en marcha medidas de control del dolor antes de comenzar el ejercicio/actividad. -Vestir al paciente con prendas cómodas. -Reorientar al paciente sobre las funciones de movimiento de su cuerpo. -Ayudar al paciente a desarrollar el protocolo de ejercicios para conseguir fuerza, resistencia y flexibilidad). -Ayudar al paciente a conseguir objetivos realizas y mesurables. -Proporcionar un refuerzo positivo a los esfuerzos del paciente en la actividad física y en los ejercicios.

NIC 1400. MANEJO DEL DOLOR.	
Actividades	<ul style="list-style-type: none"> -Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o gravedad y factores desencadenantes. -Observar signos no verbales de molestia, especialmente en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente. -Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes. -Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida (sueño, apetito, actividad, función cognitiva, estado de ánimo, etc.) -Explorar con el paciente los factores que alivian/ empeoran el dolor. -Integrar a la familia en la modalidad de alivio del dolor, si fuera posible. -Enseñar los principios del manejo del dolor. -Enseñar métodos farmacológicos de alivio del dolor por parte del paciente. -Animar al paciente a utilizar la medicación analgésica pautada. -Notificar al médico si las medidas no tienen éxito.
NIC 0590. MANEJO DE LA ELIMINACIÓN URINARIA.	
Actividades	<ul style="list-style-type: none"> -Monitorizar la eliminación urinaria. -Observar si hay signos y síntomas de retención urinaria. -Explicar al paciente los signos y síntomas de infección del tracto urinario. -Enseñar al paciente/familia a registrar la diuresis, según corresponda. -Remitir al médico si se producen signos y síntomas de infección del tracto urinario. -Enseñar al paciente a responder inmediatamente a la urgencia de orinar. -Ayudar al paciente con el desarrollo de la rutina de ir al baño, según corresponda.
NIC 0440. ENTRENAMIENTO INTESTINAL.	
Actividades	<ul style="list-style-type: none"> -Planificar un programa intestinal personalizado con el paciente y demás personas relacionadas. -Consultar al médico y al paciente respecto al uso de supositorios. -Enseñar al paciente y familia los principios de la educación intestinal. -Instruir al paciente acerca de los alimentos con alto contenido en fibra. -Asegurar una ingesta adecuada de líquidos. -Programar un momento sistemático y sin interrupciones para la defecación. -Enseñar al paciente o familia la dilatación rectal digital. -Evaluar el estado intestinal a intervalos regulares. -Usar un supositorio de bisacodilo basado en polietilenglicol, si lo tolera el paciente. -Utilizar un enema de pequeño volumen, según sea necesario.

NIC 4978. MEJORAR LA COMUNICACIÓN: DÉFICIT VISUAL.	
Actividades	<ul style="list-style-type: none"> -Realizar y organizar evaluaciones y cribados rutinarios de la visión. -Monitorizar las implicaciones funcionales de la disminución de la visión (p.ej., riesgo de lesiones, depresión, ansiedad, etc). -Identificarse al entrar al espacio del paciente. -Proporcionar textos con letra grande. -Describir el entorno al paciente. -Identificar los objetos de una bandeja de comida en relación con los números de un reloj. -Ayudar al paciente o a la familia a identificar recursos disponibles para la rehabilitación visual.
NIC 4010. PREVENCIÓN DE HEMORRAGIAS.	
Actividades	<ul style="list-style-type: none"> -Vigilar de cerca al paciente por si se producen hemorragias. -Realizar estudios de coagulación, incluidos el tiempo de protrombina (TP), tiempo de tromboplastina parcial (TTP), fibrinógeno, productos de degradación/escisión de la fibrina y recuento de plaquetas, según corresponda. -Proteger al paciente de traumatismos que puedan ocasionar hemorragias. -Utilizar cepillos de dientes blandos en la higiene bucal. -Utilizar afeitadora eléctrica, en lugar de hoja de afeitar. -Evitar procedimientos invasivos, si fueran necesarios, vigilar de cerca por si se produce una hemorragia. -Indicar al paciente que aumente la ingesta de alimentos ricos en vitamina K. -Instruir al paciente y/o a la familia acerca de los signos de hemorragia y sobre las acciones apropiadas (p. ej., avisar al personal de enfermería), si se producen hemorragias.
NIC 6650. VIGILANCIA.	
Actividades	<ul style="list-style-type: none"> --Determinar los riesgos de salud del paciente. -Preguntar la paciente por sus signos, síntomas o problemas recientes. -Facilitar la reunión de pruebas de diagnóstico, si procede. -Interpretar los resultados de las pruebas de diagnóstico, si procede. -Vigilar signos vitales. -Comparar el estado actual con el estado previo para detectar las mejorías y deterioros en la condición del paciente. -Iniciar y/o cambiar el tratamiento médico para mantener los parámetros del paciente dentro de los límites ordenados por el médico mediante los protocolos establecidos. -Consultar con el médico cuando los datos del paciente indiquen una necesidad de cambio de terapia médica. -Establecer el tratamiento adecuado. -Analizar las órdenes médicas junto con el estado del paciente para garantizar la seguridad del mismo.
NIC 8100. DERIVACIÓN.	
Actividades	<ul style="list-style-type: none"> - Comentar el plan de cuidados del paciente con el siguiente proveedor de cuidados (médico).

5. Reflexiones.

La profesión enfermera se halla en constante evolución, enfrentándose cada día a nuevos retos. Es el caso del Ictus subagudo, enfermedad que produce una gran discapacidad, donde la persona sufre cambios importantes a nivel físico, funcional, psicosocial y familiar; la implementación de los diagnósticos de enfermería, la detección de las complicaciones, la colaboración multidisciplinar (médicos, fisioterapeutas, psicólogos, etc.) y las intervenciones van a ir enfocadas hacia la recuperación de la salud.

El estado de dependencia que muestra la persona diagnosticada de Ictus subagudo hace que debamos prestar especial atención y apoyo a la familia, incluyendo a esta en el plan de cuidados, con el fin de dotarles de herramientas para prevenir el abandono, estableciendo programas de intervención específicos para cuidadores y atender sus necesidades. Durante la hospitalización se debe captar a los cuidadores principales, ya que, están más receptivos y con ganas de participar en el cuidado del familiar. Sólo el 3% de los cuidadores informales refieren tener conocimientos para el cuidado de los pacientes en el momento del alta hospitalaria.

La eficacia y la efectividad de los planes de cuidados están demostradas, sin embargo, las enfermeras más expertas y con más capacidad para identificar y tratar problemas de salud, son las menos familiarizadas con el uso de las herramientas informáticas, los planes de cuidados y las taxonomías de lenguaje enfermero. Los profesionales han de concienciarse en asumir una nueva etapa en la profesión, de cambio y evolución, donde se relacionen los conocimientos teóricos con los prácticos, y no legitimen el antiguo modelo de “órdenes médicas”.

En definitiva, la realización del PCE en los pacientes con un ictus subagudo, va a permitir mejorar la calidad y seguridad en los cuidados prestados, ayudará al personal de nueva incorporación a trabajar de forma ordenada y a los que están, a analizar los planes, valorar las necesidades y detectar las complicaciones derivadas de la enfermedad, y de las consecuencias en la familia y cuidadores.

6. Agradecimientos.

Me gustaría agradecer de manera encarecida a mi tutora, la Dra. Ana Rosa Alconero por guiarme en este camino. A lo largo de mis años en la escuela de enfermería, ha sido para mí un referente, como persona y como profesional. La realización del Trabajo de Fin de Grado junto a ella ha sido un placer, ya que me ha motivado en todo momento en los días donde compatibilizar estudios y trabajo ha sido complicado. Juntos, nos hemos marcado objetivos y metas, que se han ido alcanzado etapa tras etapa, y fruto de éstas ha nacido este trabajo.

7. Bibliografía.

- (1) Durà-Mata MJ, Molleda-Marzo M, García-Almazán C, Mallo-Badellino J, Calderón-Padilla V. De la fase aguda a los tres años. *Rehabilitación (Madr)*. 2011;45:18-23.
- (2) 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 Calid Asist*. 2010;25:90-96.
- (3) Tortora GJ, Derrickson B. Principios de anatomía y fisiología. 11ª ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2006.
- (4) Brea A, Laclaustra M, Martorell E, Pedragosa À. Epidemiología de la enfermedad vascular cerebral en España. *Clin Invest Arterioscl*. 2013;25:211-217.
- (5) Carod-Artal F. Neurorehabilitación y continuidad en los cuidados tras el ictus. *Neurología*. 2011;26:190.
- (6) Matías-Guiu J. Estrategia en ictus del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad; 2009.
- (7) Díez-Tejedor E. Guía para el diagnóstico y tratamiento del ictus. Guías oficiales de la Sociedad Española de Neurología. Barcelona: Prous Science; 2006.
- (8) Jiménez-Hernández MD, Alcázar-Romero PP, Alés Ontón E, Aranda Aguilar F, Arraez Sánchez MA, Carrillo Badillo E, et al. Plan Andaluz de atención al Ictus 2011-2014. Sevilla: Junta de Andalucía; 2011.
- (9) López-Espuela F, Jiménez-García E, Luengo-Morales A, Blanco-Gazapo A, Márquez-Caballero J, Bravo-Fernández S, et al. Estudio descriptivo de los pacientes asistidos en una unidad de ictus en la Comunidad de Extremadura. *Enferm Intensiva*. 2011; 22:138-143.
- (10) Toril-Sánchez M. Plan de cuidados individualizado para una paciente con ictus. *REDUCA*. 2014; 6:416-460.
- (11) Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la SEN [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Neurología; 2005 [Acceso el 17 de febrero de 2015]. ¿Qué es el Ictus?, ¿Cuáles son sus causas?. [4 pantallas]. Disponible en: <http://www.ictussen.org/?q=node/90>.
- (12) Mendis S, Puska P, Norrving B. Global Atlas on Cardiovascular Disease Prevention and Control. Geneva: World Health Organization in collaboration with the World Heart Federation and the World Stroke Organization; 2011.
- (13) Moreno VP, García-Raso A, García-Bueno MJ, Sánchez-Sánchez C, Meseguer E, Mata R, et al. Factores de riesgo vascular en pacientes con Ictus isquémico. Distribución según edad, sexo y subtipo de ictus. *Rev Neurología* [Internet] 2008 mayo. [Acceso el 19 febrero 2015], 46: 593-598. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-doc/ictus factores de riesgo.pdf>
- (14) Durán MA. Informe sobre el impacto social de los enfermos dependientes por ictus. Informe ISEDIC [Internet]. 2ª ed. Madrid: Merck Sharp & Dome; 2004. [Acceso el 19 febrero 2015]. Disponible en: [http://digital.csic.es/bitstream/10261/100684/1/Informe%20ISEDIC MSD 2005 2%C2%AA%20edici%C3%B3n.pdf](http://digital.csic.es/bitstream/10261/100684/1/Informe%20ISEDIC%20MSD%202005%20C2%AA%20edici%C3%B3n.pdf)

- (15) Fuentes B, Gallego J, Gil-Nuñez A, Morales A, Purroy F, Roquer J, et al. Guidelines for the preventive treatment of ischemic stroke and TIA (I). Update on risk factors and life style. *Neurología (English Edition)*. 2012;27:560-574.
- (16) Mackey J, Mensah G. The atlas of heart disease and stroke. 1ª ed. Hong Kong: World Health Organization; 2004.
- (17) Instituto Nacional de Estadística [Internet]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2014 [Acceso el 19 de febrero 2015]. Nota de Prensa: Defunciones según la Causa de Muerte. Año 2012. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np830.pdf>.
- (18) Cayuela A, Cayuela L, Escudero-Martínez I, Rodríguez-Domínguez S, González A, Moniche F, et al. Análisis de las tendencias en la mortalidad por enfermedades cerebrovasculares en España 1980-2011. *Neurología [Internet]*. 2014.74(1):79-80.[Acceso el 20 de febrero 2015]. Disponible en : http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pidet_articulo=0&pidet_usuario=0&p_contactid=&pidet_revista=295&ty=0&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=S0213-4853%2814%2900179-0.pdf&eop=1&early=si.
- (19) Mar J, Álvarez-Sabín J, Oliva J, Becerra V, Casado M, Yébenes M, et al. Los costes del ictus en España según su etiología. El protocolo del estudio CONOCES. *Neurología*. 2013; 28:332-339.
- (20) Instituto Nacional de Estadística [internet]. Madrid: Instituto Nacional de estadística; 2014 [Acceso el 20 de febrero 2015]. Defunciones por causas (lista reducida, sexo y edad). Año 2012. Cantabria. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do>.
- (21) Fisterra.com [Internet]. La Coruña: Fisterra, Atención primaria en la red; 2004 [Acceso el 21 de febrero de 2015]. Pita Fernández S, Pértegas Díaz S, Valdés Cañedo F. Medidas de Frecuencia de enfermedad. [6 pantallas]. Disponible en: https://www.fisterra.com/mbe/investiga/medidas_frecuencia/med_frec.asp#incidencia%29.
- (22) Masjuan J, Álvarez-Sabín J, Arenillas J, Calleja S, Castillo J, Dávalos A, et al. Plan de asistencia sanitaria al ICTUS II. 2010. *Neurología*. 2011;26:383-396.
- (23) Fernández JL, Lara JA, Puerta SC, Paniagua EB, Naranjo IC, Arbona ED, et al. Recursos asistenciales en ictus en España 2010: análisis de una encuesta nacional del Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares. *Neurología*. 2011; 26:449-454.
- (24) Fernández RE, López N, Martín S, Zubillaga E. Plan de cuidados de enfermería estandarizado del paciente con Ictus. *Nuber Cientif*. 2012; 1:60-69.
- (25) Pinedo S, Erazo P, Miranda ZM, Lizarraga N, Gamio A, Tejada PI, et al. Calidad de vida del paciente con ictus y de su cuidador. Pronóstico y resultados del tratamiento rehabilitador. Investigación comisionada. Departamento de Salud. Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz. 2013. Informe OSteba D-13-06.
- (26) Pinedo S, Miranda M, Suárez A, Ortiz MG, Quirós M, Herrero A. Sobrecarga del cuidador informal del paciente con ictus a largo plazo. *Rehabilitación*. 2010; 44:345-350.
- (27) González-Chordá VM, Maciá-Soler ML. Grupos de pacientes Relacionados por el Diagnóstico (GRD) en los hospitales generales españoles: variabilidad en la estancia media y el coste medio por proceso. *Enferm Global*. 2011; 10:125-143.

- (28) Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [Internet]. Madrid: MSSSI, 2010. [Acceso el 1 de marzo 2015]. Principales resultados y nota metodológica del proceso de estimación de costes y pesos por GRD para el SNS. Año 2010. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/RES_nota_metod_pesos_y_costes_2010.pdf.
- (29) Clua-EspunyJI, Piñol-Moreso J, Panisello-Tafalla A, Lucas-Noll J, Gil-Guillen V, Orozco-Beltran D, et al. Estudio Ebrictus. Resultados funcionales, supervivencia y años potenciales de vida perdidos después del primer episodio de ictus. *Aten Primaria*. 2012;44:223-231.
- (30) Moreno J, Guerrero R. Los costes de los cuidados informales en España. *Presupuesto y Gasto Público*. 2009; 56:163-181.
- (31) Torbica A, Calciolari S, Fattore G. Does informal care impact utilization of healthcare services? Evidence from a longitudinal study of stroke patients. *Soc Sci Med*. 2015; 124:29-38.
- (32) Hervás A, Cabasés J, Forcén T. Coste del cuidado informal del ictus en una población general no institucionalizada. *Gac Sanit*. 2007; 21:444-451.
- (33) León J, Font L, Ballesteros E. Implantación de programa personalizado de educación sanitaria a cuidadores: proyecto «Pie de cama». *Rev Cient Soc Esp Enferm Neurol*. 2014; 39:11-21.
- (34) Morais HC, Soares AM, Oliveira AR, Carvalho CM, da Silva MJ, de Araujo TL. Burden and modifications in life from the perspective of caregivers for patients after stroke. *Rev Lat Am*. 2012; 20:944-953.
- (35) Moreno A, De la Fuente A, Caro R, Suso D, Duran A. Programa de educación a cuidadores informales de pacientes con ictus, para favorecer la continuidad de los cuidados al alta hospitalaria. *Rev Cient Soc Esp Enferm Neurol*. 2007; 25:14-27.
- (36) Rogero-García J. Las consecuencias del cuidado familiar sobre el cuidador: Una valoración compleja y necesaria. *Index Enferm*. 2010; 19:47-50.
- (37) Benito ML, García AI, López-Sagospé I, Benito RM, Peláez R, Rojas Á. Detección de necesidades de los familiares de pacientes ingresados en la Unidad de Ictus. *Rev Cient Soc Esp Enferm Neurol*. 2012; 35:6-11.
- (38) Marco E, Duarte E, Santos J, Aguirrezabal A, Morales A, Belmonte R, et al. Deterioro de la calidad de vida en cuidadores familiares de pacientes con discapacidad por ictus: una entidad a considerar. *Rev Calidad Asistencial*. 2010; 25:356-364.
- (39) González-Muñoz MI, López-Galiano MC, González-Muñoz IM. Cuidar, un hábito familiar. La satisfacción de cuidar a los seres queridos. *Arch Memoria*. 2013;10:7.
- (40) López-Espuela F, González-Gil T, Jiménez-García MA, Bravo-Fernández S, Luengo-Morales E, Amarilla-Donoso J. ¿Y después del ictus? Reconstrucción de la biografía de pareja. *Rev Cient Soc Esp Enferm Neurol*. 2013; 38:35-41.
- (41) Alfaro Lefevre R. Aplicación del proceso de enfermería. Fundamento del razonamiento clínico. 8ª ed. Madrid: Wolters Kluwer; 2011.
- (42) Heardman TH. NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2012-2014. Madrid: Elsevier; 2013.

- (43) Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey-Dochterman J, editoras. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 6ª edición. Barcelona: Elsevier; 2014.
- (44) Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E, editoras. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 5ª edición. Barcelona: Elsevier; 2014.
- (45) Carpenito LJ. Diagnósticos de enfermería. Aplicaciones a la práctica clínica. 9ª ed. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana; 2003.
- (46) Luis Rodrigo MT. Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. 7ª edición. Barcelona: Elsevier; 2006.
- (47) García-Navarro S, Alfonso-Pérez D, Cumbreña-Díaz E, Morano-Torrescusa MJ, Contreras-Pérez I, Fernández-Vázquez M. Plan de Cuidados al Paciente Coronario. Biblioteca Lascasas [Internet] 2008. [Acceso el 2 de abril 2015]. Disponible en: <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0378.php>.
- (48) Luis-Rodrigo MT, Fernández-Ferrín C, Navarro-Gómez MV. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 3ª ed. Barcelona: Elsevier; 2005.
- (49) Alconero-Camarero AR, Arozamena-Pérez J, García-Garrido LL. El paciente con insuficiencia cardiaca aguda: caso clínico. *Enferm Clin*. 2014; 24: 248-253.
- (50) Gutierrez-Torre E, Alconero-Camarero AR, Torres-Manrique B, Rodríguez-Martín E. Primer Contacto con una bomba de insulina. Caso Clínico. *Enferm Clin*. 2011; 21: 110-114.
- (51) Alconero-Camarero AR, Cobo-Sánchez JL, Casaus-Pérez M, García-Campo ME, García-Zarrabeitia MJ, Calvo-Díez M, et al. Paciente intervenido de aneurisma de aorta abdominal por técnica quirúrgica endovascular. Caso clínico. *Enferm Clin*. 2008; 18: 96-103.
- (52) 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. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la Agencia Laín Entralgo de la Comunidad de Madrid; 2009 [Acceso 22 de marzo 2015]. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_466_Ictus_AP_Lain_Entr_compl.pdf.
- (53) Arias-Cuadrado A. Rehabilitación del ACV: evaluación, pronóstico y tratamiento. *Galicia Clin*. 2009; 70: 25-40.
- (54) Fuentes B, Gallego J, Gil-Nuñez A, Morales A, Purroy F, Roquer J, et al. Guidelines for the preventive treatment of ischemic stroke and TIA (II). Recommendations according to aetiological sub-type. *Neurología (English Edition)*. 2014; 29: 168-183.
- (55) Joanna Briggs. Identificación y manejo de la disfagia en adultos con afectación neurológica [base de datos en Internet]. North Terrace: Instituto Joanna Briggs; 2000, [actualizado en Marzo de 2007]; [acceso 15 de mayo 2015]. Disponible en: <http://www.joannabriggs.edu.au/>
- (56) Besora I, Castillo E, Chaure C, Giménez AM, Inarejos M, Luis MT, et al. Los diagnósticos enfermeros hasta la decimosexta conferencia. En: Luis-Rodrigo MT, directora. Los Diagnósticos enfermeros. 7ª ed. Barcelona: Elsevier; 2003.
- (57) Arana-Echevarría JL, Prado-González M, López-Alcorocho F, Urraca-Gesto A. Manifestaciones clínicas y complicaciones potenciales. En: Jose Luis Arana Echevarría Morales. Ictus guía de práctica clínica. 1ª ed. Madrid: Dykinson; 2004.

- (58) Domingo-García AM. Tratamiento de terapia ocupacional en el accidente cerebrovascular. Revista Gallega de Terapia Ocupacional TOG [Internet] 2006 [Acceso 14 de mayo 2015]; 3: 1-24. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num3/pdfs/num2.pdf>
- (59) Daviet C, Dudognon PJ, Salle JY, Munoz M, Lissandre JP, Rebeyrotte I, et al. Rehabilitación en caso de accidente cerebrovascular: Estudio general y tratamiento. En: Département de médecinephysique et de réadaptation, centre hospitalier universitaire, hôpital Jean Rebeyrol, Enciclopedia médico-quirúrgica. 1ª ed. París: Scientifiques et Médicales Elsevier SAS; 2002.
- (60) Arana-Echevarría JL, Prado-González M, López-Alcorocho F, Urraca-Gesto A. Manifestaciones clínicas y complicaciones potenciales. En: Jose Luis Arana Echevarría Morales. Ictus guía de práctica clínica. 1ª ed. Madrid: Dykinson; 2004.
- (61) Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the barthel index. Md State Med J. 1965;14:61-5.
- (62) Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist. 1969;9:179-86.
- (63) Bergstrom B, Braden N, Laguzza A, Hollman V. The Braden scale for predicting pressure sore risk. Nursing Research. 1987;36:205-10.
- (64) Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficits in the elderly. J Am Geriatr Soc. 1975;23:433-41.
- (65) Martí D, Miralles R, Llorach I, García-Palleiro P, Esperanza A, Guillén J, et al. Trastornos depresivos en una unidad de convalecencia: experiencia y validación de una versión española de 15 preguntas de la escala de depresión geriátrica de Yesavage. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2000; 35:7-14.
- (66) Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the Impaired Elderly: Correlates of feelings and Burden. Gerontologist. 1980; 20: 649-655.
- (67) Chicote-Aylagas N, Gamarra-Lousa M, Cardós-Martínez A, Gil de Diego C, Sanz Escribano M, Novo García C. Intervenciones de Enfermería en pacientes que han sufrido un accidente cerebro-vascular. Evidentia. 2013; 10(44): 1-14.
- (68) Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad [Internet]. Madrid. Agencia española del medicamento; 2012 [Acceso el 15 mayo 2015]. Agencia española del medicamento. Ficha técnica Adiro 100/300mg. Disponible en: http://www.aemps.gob.es/cima/pdfs/es/ft/62824/FT_62824.pdf
- (69) Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad [Internet]. Madrid. Agencia española del medicamento; 2008 [Acceso el 15 mayo 2015]. Agencia española del medicamento. Ficha técnica Ibuprofeno. Disponible en: http://www.aemps.gob.es/cima/pdfs/es/ft/66375/FT_66375.pdf
- (70) Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad [Internet]. Madrid. Agencia española del medicamento; 2004 [Acceso el 15 mayo 2015]. Agencia española del medicamento. Ficha técnica Enalapril. Disponible en: http://www.aemps.gob.es/cima/pdfs/es/ft/61623/FT_61623.pdf
- (71) European Medicines Agency [Internet]. Science Medicines Health; 2015 [Acceso el 15 mayo 2015]. European Medicines Agency. Anexo I. Ficha Técnica o resumen de las características del producto (Lyrica 25mg). Disponible en:

[http://www.ema.europa.eu/docs/es_ES/document_library/EPAR -
_Product_Information/human/000546/WC500046602.pdf](http://www.ema.europa.eu/docs/es_ES/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/000546/WC500046602.pdf)

(72) Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad [Internet]. Madrid. Agencia española del medicamento; 2013 [Acceso el 15 mayo 2015]. Agencia española del medicamento. Ficha técnica Amitriptilina. Disponible en: http://www.aemps.gob.es/cima/pdfs/es/ft/43523/FT_43523.pdf

(73) Cortés B. Síndrome metabólico y antipsicóticos de segunda generación. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. [Internet] 2011 [Acceso el 16 mayo 2015]. 21: 303-320. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v31n2/09.pdf>

(74) MedlinePlus. [Internet]. Rockville Pike. Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU; 2012 [Acceso el 16 mayo 2015]. MedlinePlus. Tomografía computarizada. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003330.htm>

8. Anexos.

ANEXO 1: Escala de Barthel Para Valoración de ABVD.

			FECHA				
1. CONTROL HECES	0	Incontinente, se mancha de forma casi diaria					
	2	Requiere ayuda para mantener pauta de excreción satisfactoria					
	5	Presenta accidentes frecuentes. Precisa pañales u otros elementos absorbentes					
	8	Requiere vigilancia de control intestinal y puede tener algún accidente ocasional					
	10	Buen control intestinal					
2. CONTROL ORINA	0	Incontinente total o portador sonda					
	2	Incontinencia frecuente (se orina involuntariamente casi a diario)					
	5	Seco por el día, pero no por la noche					
	8	Generalmente seco día y noche, con algún episodio incontinencia accidental					
	10	Buen control vesical (si utiliza sonda, prepara el equipo sin ayuda)					
3. ASEO PERSONAL	0	Dependencia total					
	1	Requiere máxima ayuda, aunque realiza intentos de colaboración					
	3	Requiere alguna ayuda, en una o más etapas de la higiene personal					
	4	Requiere vigilancia (indicación o estímulo) o mínima ayuda (abrir botes, ...)					
	5	Independiente. Puede lavar sus manos, cara, peinarse, lavarse los dientes...					
4. USO RETRETE	0	Dependencia total					
	2	Dependencia máxima					
	5	Requiere ayuda moderada					
	8	Requiere mínima ayuda (proporción útiles de aseo) o vigilancia (presencia o estímulo)					
	10	Independiente					
5. COMER	0	Dependencia total					
	2	Necesita máxima ayuda, aunque puede llevarse cuchara a la boca					
	5	Requiere ayuda en ciertas tareas como poner azúcar en café, desmenuzar comida...					
	8	Independiente para comer alimentos preparados. Requiere ayuda para abrir tarro,...					
	10	Independiente. Capaz de comer solo y en tiempo razonable					
6. TRASLADARSE SILLA-CAMA	0	Dependencia total (requiere ayuda de dos personas o de una grúa)					
	3	Requiere la máxima ayuda de otra persona					
	8	Dependencia moderada: participa de algún modo en las transferencias					
	12	Vigilancia o mínima ayuda: requiere la presencia de otra persona					
	15	Independencia (si utiliza silla de ruedas se aproxima cama, frena, puede volver silla...)					

		FECHA							
7. VESTIRSE	0	Dependencia total. El paciente no colabora en el vestido							
	2	Dependencia máxima, aunque el paciente intenta colaborar							
	5	Requiere ayuda para ponerse y/o quitarse la ropa							
	8	Requiere supervisión o una mínima ayuda en atar botones, cremalleras, o colocarse corsé, si precisa							
	10	El paciente es capaz de vestirse por sí mismo, adecuadamente y en tiempo razonable							
8. BAÑARSE/ DUCHARSE	0	Dependencia total							
	1	Dependencia máxima, a pesar de los intentos de colaboración del paciente							
	3	Requiere de ayuda para entrar y salir de bañera, o para lavarse, aplicar la esponja o secarse entero							
	4	Requiere una vigilancia o supervisión en aspectos como preparar Tª agua o útiles de aseo							
	5	Independiente. El paciente es capaz de bañarse solo, sin presencia de terceras personas							
9. DEAMBULACIÓN	0	Incapaz							
	3	Dependencia máxima: requiere la ayuda constante de una o dos personas							
	8	Dependencia moderada: precisa de otra persona para la colocación y manejo de ayudas externas: muletas, bastón... y para caminar							
	12	El paciente camina solo, pero es incapaz de caminar más de 50 m sin ayuda o requiere la supervisión de otra persona para mayor seguridad							
	15	Independiente. Si utiliza ortesis para la deambulación, es capaz de ponérsela correctamente o quitársela solo. Puede utilizar cualquier ayuda externa. Es capaz de caminar más de 50 m. sin ayuda o supervisión de otra persona							
9. MANEJO SILLA RUEDAS Alternativa a la deambulación si el paciente no puede caminar	0	Dependencia total: precisa ser empujado por otro							
	1	Dependencia máxima: sólo puede andar solo, cortas distancias por terreno llano							
	3	Precisa ayuda para acercar la silla a una mesa, cama,...							
	4	Presenta dificultad para manejar la silla solo, más de 50 m. Requiere ayuda de otra persona para ciertas situaciones como «doblar esquinas»							
	5	Se maneja en silla de ruedas sin menor dificultad. Capaz de manejarse con la silla en diferentes situaciones: dar vueltas, andar para atrás, ir al baño con ella, ...							
10. ESCALERAS	0	Incapaz							
	2	Requiere el apoyo continuo en otra persona y su ayuda máxima							
	5	El paciente es capaz de subir y bajar un piso pero requiere la supervisión y ayuda de otra persona para sujetar sus ayudas externas (muleta, bastón, ...)							
	8	Requiere mínima ayuda o vigilancia de otra persona para mayor seguridad							
	10	Independiente. No precisa la supervisión o ayuda de otra persona. Puede apoyarse en barandilla al subir y bajar un piso, pero es capaz de sujetar sus ayudas externas							
PUNTUACIÓN TOTAL: 0-20: dependencia total; 21-60: dependencia severa.; 61-90: dependencia moderada; 91-99: dependencia leve; 100: independiente en AVD.									

ANEXO 2: Cuestionario del estado mental de Pfeiffer.

	Correcto	Incorrecto
¿Qué día es hoy? (día/mes/año)		
¿Qué día de la semana es hoy?		
¿Dónde estamos ahora?		
¿Cuál es su número de teléfono?		
¿Cuál es su dirección? (Preguntar sólo si el paciente no tiene teléfono)		
¿Cuántos años tiene?		
¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Día /mes/año)		
¿Quién es ahora el presidente del gobierno?		
¿Quién fue el anterior presidente del gobierno?		
¿Cuáles son los dos apellidos de su madre?		
Restar de 3 en 3 desde el número 20 hasta llegar al 0		
SUMA ERRORES		
Valoración: 0-2 errores: normal, 3-4 errores: deterioro leve, 5-7 errores: deterioro moderado, 8-10 errores: deterioro severo		

ANEXO 3: Escala de depresión geriátrica de Yesavage

	SI	NO
1. ¿Está usted básicamente satisfecho con su vida?	0	1
2. ¿Ha abandonado muchas de sus actividades e intereses?	1	0
3. ¿Siente que su vida está vacía?	1	0
4. ¿Se aburre a menudo?	1	0
5. ¿Está usted animado casi todo el tiempo?	0	1
6. ¿Tiene miedo a que le vaya a pasar algo malo?	1	0
7. ¿Está usted contento durante el día?	0	1
8. ¿Se siente usted desamparado o abandonado?	1	0
9. ¿Prefiere quedarse en casa o en la habitación en vez de salir y hacer cosas nuevas?	1	0
10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	1	0
11. ¿Cree que es estupendo estar vivo?	0	1
12. ¿Se siente inútil tal y como está ahora?	1	0
13. ¿Se siente lleno de energía?	0	1
14. ¿Cree que su situación es desesperada?	1	0
15. ¿Cree que la mayoría de la gente está mejor que usted?	1	0
PUNTUACIÓN TOTAL		
Escoger la respuesta más adecuada sobre cómo se ha sentido en las dos últimas semanas Si el Mini-Mental es ≤ 14 puntos la aplicación de la escala puede no ser valorable Puntuación: <5 = no depresión, ≥ 5 = probable depresión. El diagnóstico se debe confirmar evaluando los criterios DSM-IV		

ANEXO 4: Escala de valoración de Zarit.

INSTRUCCIONES PARA LA PERSONA CUIDADORA A continuación se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, debe indicar con qué frecuencia se siente Vd. así: nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo y casi siempre. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia. (Señale con una X la columna correspondiente)	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre
	0	1	2	3	4
1. ¿Siente que su familiar <i>solicita más ayuda de la que realmente necesita?</i>					
2. ¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar <i>ya no dispone de tiempo suficiente para usted?</i>					
3. ¿Se siente <i>agobiado por intentar compatibilizar</i> , con otras responsabilidades, el cuidado de su familiar (trabajo, familia)?					
4. ¿Siente <i>vergüenza por la conducta de su familiar?</i>					
5. ¿Se siente <i>enfadado cuando está cerca</i> de su familiar?					
6. ¿Piensa que el cuidar de su familiar <i>afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros</i> de su familia?					
7. ¿Tiene <i>miedo por el futuro</i> de su familiar?					
8. ¿Piensa que <i>su familiar depende de Vd.?</i>					
9. ¿Se siente <i>tenso, agotado cuando está cerca</i> de su familiar?					
10. ¿Piensa que <i>su salud ha empeorado</i> debido a tener que cuidar de su familiar?					
11. ¿Piensa que <i>no tiene tanta intimidad como le gustaría</i> debido a tener que cuidar de su familiar?					
12. ¿Piensa que <i>su vida social se ha visto afectada negativamente</i> por tener que cuidar a su familiar?					
13. ¿Se siente <i>incómodo por distanciarse de sus amistades</i> debido a tener que cuidar de su familiar?					
14. ¿Piensa que su familiar <i>le considera a usted la única persona</i> que le puede cuidar?					
15. ¿Piensa que <i>no tiene suficientes ingresos económicos</i> para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					
16. ¿Piensa que <i>no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?</i>					
17. ¿Siente que <i>ha perdido el control de su vida</i> desde que comenzó la enfermedad de su familiar?					
18. ¿Desearía <i>poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?</i>					
19. ¿Se siente <i>indeciso sobre qué hacer</i> con su familiar?					
20. ¿Piensa que <i>debería hacer más</i> por su familiar?					
21. ¿Piensa que <i>podría cuidar mejor</i> a su familiar?					
22. Globalmente, ¿qué grado de «carga» experimenta por el hecho de cuidar a su familiar? 0 = Nada, 1 = Poco; 2 = Moderada; 3 = Mucha, 4 = Extrema					
PUNTUACIÓN TOTAL					

ANEXO 5: Cuestionario Short Form-36.

1. En general, usted diría que su salud es:

<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala

2. ¿Cómo diría usted que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

Mucho mejor ahora que hace un año <input type="checkbox"/> ¹	Algo mejor ahora que hace un año <input type="checkbox"/> ²	Más o menos igual que hace un año <input type="checkbox"/> ³	Algo peor ahora que hace un año <input type="checkbox"/> ⁴	Mucho peor ahora que hace un año <input type="checkbox"/> ⁵
--	---	--	--	---

3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
a. Esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
b. Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
c. Coger o llevar la bolsa de la compra	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
d. Subir varios pisos por la escalera	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
e. Subir un solo piso por la escalera	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
f. Agacharse o arrodillarse	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
g. Caminar un kilómetro o más	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
h. Caminar varios centenares de metros	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
i. Caminar unos 100 metros	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³
j. Bañarse o vestirse por sí mismo	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³

4. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca
a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer? ...	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
c. ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
d. ¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal)?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵

5. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?

	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca
a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas por algún problema emocional?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer por algún problema emocional?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵
c. ¿Hizo su trabajo o sus actividades cotidianas menos cuidadosamente que de costumbre, por algún problema emocional?	<input type="checkbox"/> ¹	<input type="checkbox"/> ²	<input type="checkbox"/> ³	<input type="checkbox"/> ⁴	<input type="checkbox"/> ⁵

6. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

- | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Nada | Un poco | Regular | Bastante | Mucho |
| <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ | <input type="checkbox"/> ⁴ | <input type="checkbox"/> ⁵ |

7. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

- | | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| No, ninguno | Sí, muy poco | Sí, un poco | Sí, moderado | Sí, mucho | Sí, muchísimo |
| <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ | <input type="checkbox"/> ⁴ | <input type="checkbox"/> ⁵ | <input type="checkbox"/> ⁶ |

8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

- | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Nada | Un poco | Regular | Bastante | Mucho |
| <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ | <input type="checkbox"/> ⁴ | <input type="checkbox"/> ⁵ |

9. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas ¿con qué frecuencia...

- | | Siempre | Casi siempre | Algunas veces | Sólo alguna vez | Nunca |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| a. ¿Se sintió lleno de vitalidad? | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ | <input type="checkbox"/> ⁴ | <input type="checkbox"/> ⁵ |
| b. ¿Estuvo nervioso? | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ | <input type="checkbox"/> ⁴ | <input type="checkbox"/> ⁵ |
| c. ¿Se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle? | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ | <input type="checkbox"/> ⁴ | <input type="checkbox"/> ⁵ |
| d. ¿Se sintió calmado y tranquilo? | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ | <input type="checkbox"/> ⁴ | <input type="checkbox"/> ⁵ |
| e. ¿Tuvo mucha energía? | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ | <input type="checkbox"/> ⁴ | <input type="checkbox"/> ⁵ |
| f. ¿Se sintió desanimado y deprimido? | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ | <input type="checkbox"/> ⁴ | <input type="checkbox"/> ⁵ |
| g. ¿Se sintió agotado? | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ | <input type="checkbox"/> ⁴ | <input type="checkbox"/> ⁵ |
| h. ¿Se sintió feliz? | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ | <input type="checkbox"/> ⁴ | <input type="checkbox"/> ⁵ |
| i. ¿Se sintió cansado? | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ | <input type="checkbox"/> ⁴ | <input type="checkbox"/> ⁵ |

10. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

- | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Siempre | Casi siempre | Algunas veces | Sólo alguna vez | Nunca |
| <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ | <input type="checkbox"/> ⁴ | <input type="checkbox"/> ⁵ |

11. Por favor diga si le parece CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases:

- | | Totalmente cierta | Bastante cierta | No lo sé | Bastante falsa | Totalmente falsa |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| a. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ | <input type="checkbox"/> ⁴ | <input type="checkbox"/> ⁵ |
| b. Estoy tan sano como cualquiera | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ | <input type="checkbox"/> ⁴ | <input type="checkbox"/> ⁵ |
| c. Creo que mi salud va a empeorar | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ | <input type="checkbox"/> ⁴ | <input type="checkbox"/> ⁵ |
| d. Mi salud es excelente | <input type="checkbox"/> ¹ | <input type="checkbox"/> ² | <input type="checkbox"/> ³ | <input type="checkbox"/> ⁴ | <input type="checkbox"/> ⁵ |

ANEXO 6: Índice de Lawton & Brody

CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO	
Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1
Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1
Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar	1
No es capaz de usar el teléfono	0
HACER COMPRAS	
Realiza independientemente todas las compras necesarias	1
Realiza independientemente pequeñas compras	0
Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra	0
Totalmente incapaz de comprar	0
PREPARACIÓN DE LA COMIDA	
Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente	1
Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	0
Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0
Necesita que le preparen y sirvan las comidas	0
CUIDADO DE LA CASA	
Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional para trabajos pesados	1
Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas	1
Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	1
Necesita ayuda en todas las labores de la casa	1
No participa en ninguna labor de la casa	0
LAVADO DE LA ROPA	
Lava por sí solo toda su ropa	1
Lava por sí solo pequeñas prendas	1
Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otra persona	0
USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE	
Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1
Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1
Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	1
Solo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros	0
No viaja	0
RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN	
Es capaz de tomar su medicación a la hora y con la dosis correcta	1
Toma su medicación si la dosis le es preparada previamente	0
No es capaz de administrarse su medicación	0
MANEJO DE SUS ASUNTOS ECONÓMICOS	
Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo.	1
Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos...	1
Incapaz de manejar dinero	0

ANEXO 7: Escala de Braden

<p><i>Percepción sensorial</i> Capacidad para responder significativamente al disconfor relacionado con la presión.</p>	<p>1. Completamente limitada No responde (no se queja, no se defiende ni se agarra) ante estímulos dolorosos, por un nivel disminuido de conciencia o sedación o capacidad limitada para sentir dolor sobre la mayoría de la superficie corporal.</p>	<p>2. Muy limitada Responde solamente a estímulos dolorosos. No puede comunicar el disconfor excepto por quejido o agitación o tiene un deterioro sensorial que limita la capacidad para sentir dolor o disconfor sobre la mitad del cuerpo.</p>	<p>3. Levemente limitada Responde a órdenes verbales pero no siempre puede comunicar el disconfor o la necesidad de ser volteado o tiene alguna alteración sensorial que limita la capacidad para sentir dolor o disconfor en una o dos extremidades.</p>	<p>4. No alterada Responde a órdenes verbales. No tiene déficit sensorial que limite la capacidad de sentir o manifestar dolor o disconfort.</p>
<p><i>Humedad</i> Grado en el cual la piel está expuesta a la humedad.</p>	<p>1. Constantemente húmeda La piel permanece húmeda casi constantemente por sudoración, orina o líquidos corporales. Cada vez que es movilizado o girado, se encuentra mojado.</p>	<p>2. Muy húmeda La piel está frecuentemente húmeda, las sábanas deben cambiarse por lo menos una vez en el turno (cada ocho horas).</p>	<p>3. Ocasionalmente húmeda La piel está ocasionalmente húmeda, requiere un cambio extra de sábanas aproximadamente una vez al día (cada 12 horas).</p>	<p>4. Rara vez húmeda La piel está usualmente seca, las sábanas requieren cambio con intervalos de rutina (cada 24 horas).</p>
<p><i>Actividad</i> Grado de actividad física.</p>	<p>1. En cama Confinado a la cama</p>	<p>2. En silla Capacidad para caminar severamente limitada o inexistente. No puede soportar su propio peso o debe ser asistido en la silla común o silla de ruedas.</p>	<p>3. Camina ocasionalmente Camina ocasionalmente durante el día pero muy cortas distancias con o sin asistencia. Pasa la mayor parte del turno (8 horas) en la silla o en la cama.</p>	<p>4. Camina con frecuencia Camina fuera del cuarto por lo menos dos veces en el día y dentro de él por lo menos una vez cada dos horas.</p>
<p><i>Movilidad</i> Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo.</p>	<p>1. Completamente inmóvil No realiza ni ligeros cambios en la posición del cuerpo o las extremidades sin asistencia.</p>	<p>2. Muy limitada Realiza cambios mínimos y ocasionales de la posición del cuerpo o las extremidades, pero es incapaz de realizar en forma independiente, cambios frecuentes o significativos.</p>	<p>3. Ligeramente limitada Realiza frecuentes aunque ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades en forma independiente.</p>	<p>4. Sin limitaciones Realiza cambios mayores y frecuentes en la posición sin asistencia.</p>
<p><i>Nutrición</i> Patrón usual de consumo alimentario.</p>	<p>1. Muy pobre Nunca come una comida completa. Rara vez come más de un tercio de cualquier comida ofrecida. Come dos porciones o menos de proteínas (carne o lácteos) por día. Toma poco líquido. No toma un suplemento alimenticio líquido o está sin vía oral o con dieta líquida clara o intravenosa por más de cinco días.</p>	<p>2. Probablemente inadecuada Rara vez come una comida completa y generalmente come solo la mitad de cualquier comida ofrecida. La ingesta de proteínas incluye solamente tres porciones de carne o productos lácteos por día. Ocasionalmente toma un suplemento alimenticio o recibe menos de la cantidad óptima de dieta líquida o alimentación por sonda.</p>	<p>3. Adecuada Come más de la mitad de la mayoría de las comidas. Come el total de cuatro porciones de proteína por día. Ocasionalmente rechaza una comida pero usualmente toma un suplemento alimenticio si se la ofrece o está siendo alimentado por sonda o nutrición parenteral.</p>	<p>4. Excelente Come la mayoría de todas las comidas, nunca rechaza una comida, usualmente come un total de cuatro o más porciones de carne y productos lácteos, ocasionalmente come entre comidas. No requiere suplemento alimenticio.</p>
<p><i>Fricción y deslizamiento</i></p>	<p>1. Es un problema Requiere asistencia de moderada a máxima al movilizarlo. Levantarlo completamente sin deslizarlo sobre las sábanas es imposible. Frecuentemente se desliza en la cama o en la silla y requiere constantes cambios de posición con un máximo de asistencia. La espasticidad y contracturas llevan a fricción casi constante.</p>	<p>2. Es un problema potencial Se mueve torpemente o requiere mínima asistencia. Durante un movimiento, la piel probablemente se desliza en algún grado contra las sábanas, la silla o los objetos de restricción. Mantiene relativamente buena posición en la silla o en la cama la mayoría del tiempo, pero ocasionalmente se desliza hacia abajo.</p>	<p>3. Sin problema aparente Se mueve en la cama o en la silla y tiene suficiente fuerza muscular para sostenerse completamente durante el movimiento. Mantiene buena posición en la cama o en la silla en todo momento.</p>	

ANEXO 8: Cuidados de la afasia.

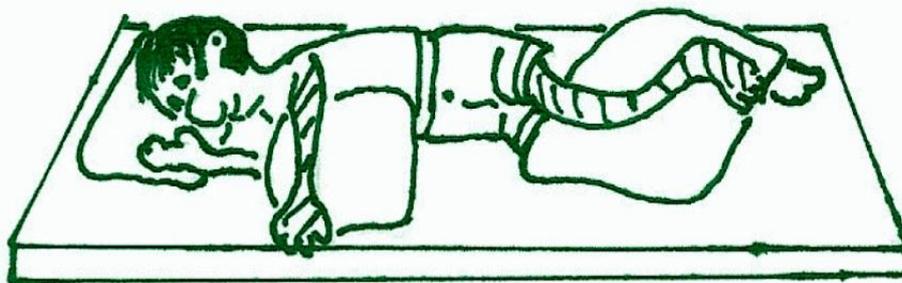
¿QUÉ ES LA AFASIA?	ACTITUD ANTE UNA AFASIA	QUÉ DEBEMOS HACER
<p>Es un trastorno de la comunicación provocado por una lesión cerebral. Se manifiesta por una pérdida o dificultad de la capacidad para expresarse y/o para comprender el lenguaje oral, escrito o por gestos ...</p>	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Llamarle por su nombre. ☞ Hablarle de forma que nos vea la cara - buscar su mirada - ☞ Hablarle con tono y volumen normal. ☞ Hablarle claro, con frases cortas y vocabulario sencillo. ☞ Usar gestos y mímica, si se precisa ☞ Establecer un diálogo adecuado a sus posibilidades. ☞ Si se contraría o agota, dejarle descansar dándole siempre una explicación (podría interpretar que estamos enfadados con él). ☞ Evitar comentarios negativos. ☞ Tranquilizarle respecto a su recuperación. ☞ Ser pacientes en la comunicación, necesita tiempo para expresarse. ☞ Mantenerle ocupado mientras no se cansa. ☞ Estimular su independencia. ☞ Ofrecerle las ayudas que necesite (gafas, audífonos y dentadura postiza...) ☞ Dejar a su alcance los útiles de primera necesidad (timbre, botella ...) 	<ul style="list-style-type: none"> ☞ NO Hablarle en tono alto. ☞ NO Mostar actitudes paternalistas, ni infantiles. ☞ NO Hablarle de forma autoritaria. ☞ NO Hablarle varias personas a la vez. ☞ NO Cambiar bruscamente de tema. ☞ NO Corregir constantemente. ☞ NO Reirse ante expresiones erróneas o sin significado.
	<p>"MOLDEAR EL DISCURSO MÁS QUE CORREGIR"</p>	
<p>ACTITUD ANTE UNA AFASIA</p>		
<ul style="list-style-type: none"> ☞ Hablarle despacio. ☞ No fingir que entendemos si no es así. ☞ Su nivel de comprensión puede variar de un día a otro. 		

ANEXO 9: Manipulación del paciente hemipléjico en la cama.

Colocado sobre el lado afectado.

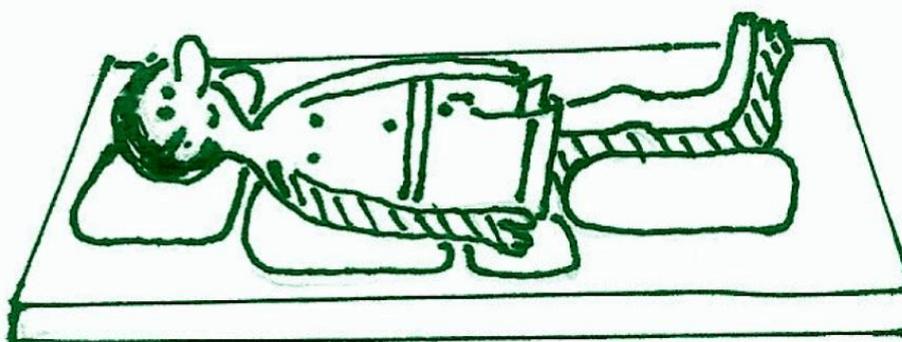
- Cabeza descansa sobre la almohada.
- Miembros inferiores descansan en una posición de paso, con el miembro sano en flexión de cadera y rodilla de unos 80° y apoyado en una almohada. La extremidad pléjica se sitúa debajo con extensión de cadera y ligera flexión de rodilla.

Colocado sobre el lado sano



- Cabeza descansa sobre la almohada.
- Miembro superior pléjico descansa en elevación de 90° sobre un almohadón grande, que debe abarcar todo el brazo hasta la axila y mantener la cintura escapular a la misma altura que el tórax.
- Otra almohada debajo de la escápula del lado sano.
- Miembros inferiores separados por una almohada y en semiflexión, la pierna pléjica algo adelantada y con cuidado de que no se salga del borde y cuelgue en supinación.

Decúbito supino



- Cabeza bien apoyada en la almohada con la columna cervical superior en flexión y evitando la flexión de la columna dorsal que dificulta la respiración.
- Almohada debajo del glúteo y muslo pléjico para conseguir anteversión pélvica e impedir la rotación interna de la extremidad para evitar úlceras.
- Almohada debajo de la escápula pléjica para mantener la protracción del hombro.