



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

ICTUS: el daño cerebral invisible.
Caso clínico de la atención de un ictus hemorrágico
en el Hospital Universitario Miguel Servet.

Autor/es

Javier Cabrejas Cabrejas

Director/es

Dra. Ana Anguas Garcia

Universidad de Zaragoza
Facultad de Ciencias de la Salud
2019

INDICE

RESUMEN	2
INTRODUCCIÓN	4
OBJETIVOS	10
METODOLOGIA.....	11
DESARROLLO	12
1. Valoración	12
2. Necesidades Virginia Henderson.....	13
3. Diagnosticos Enfermería.....	15
4. Ejecución	16
5. Evaluación.....	17
CONCLUSIONES	19
BIBLIOGRAFIA.....	20
Anexo 1-Activación código ictus.....	23
Anexo 2-Atención al ictus isquémico en urgencias.....	24
Anexo 3-Atención al ictus hemorrágico en urgencias.	25
Anexo 4- Búsquedas encontradas, desechadas, y útiles de cada una de las bibliotecas, repositorios, revistas y páginas web.	26
Anexo 5-Tratamiento farmacológico del paciente antes de sufrir el accidente cerebrovascular.	27
Anexo 6- Diagnósticos (NANDA) y planificación de los cuidados (NIC-NOC) del paciente en su ingreso en el hospital.....	28
Anexo 7-Diagnósticos (NANDA) y planificación de los cuidados (NIC-NOC) del paciente en el alta.	31
Anexo 8-Tratamiento del paciente en planta de Neurología.....	36
Anexo 9-Tratamiento crónico del paciente tras su alta del hospital.....	37

RESUMEN

El ICTUS es un trastorno cardiovascular brusco y súbito, producido en los vasos sanguíneos cerebrales. Se puede diferenciar en dos tipos principales: Hemorrágico que produce la extravasación de sangre de los capilares, e Isquémico que produce la falta de riego del cerebro.

El tratamiento de estos trastornos viene en dependencia del tipo y se basa en, estabilizar la tensión arterial y mantener la vía aérea permeable.

La actuación temprana en estos trastornos es fundamental ("Código Ictus"), por ello es tan importante el saber reconocerlo para la actuación, tanto extrahospitalaria como intrahospitalaria. Para ello podemos actuar sobre la población educando e informando, sobre cómo detectarlo y cómo prevenirlo actuando sobre sus principales factores de riesgo modificables (Hipertensión arterial, tabaquismo, obesidad y dieta). Así cómo educar sobre los cambios en los hábitos, que deben realizar las personas que hayan sufrido alguno de estos trastornos.

El Objetivo principal de este trabajo es Desarrollar una herramienta capaz de implicar a la población en su autocuidado para modificar los factores de riesgo relacionados con un ictus e implicarlos en el desarrollo de la prevención secundaria de la enfermedad que permita un diagnóstico y tratamiento precoz de las personas implicadas.

Para este trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica utilizando como fuentes de información primarias diversas revistas científicas y como fuentes secundarias las bases de datos de PubMed, Cuiden, IBECS, Dialnet y Science Direct.

Se desarrolló un caso clínico de un paciente afectado por un ictus hemorrágico, en el Hospital Universitario Miguel Servet, y todo el proceso desde su detección, hasta el abandono de este hospital para comenzar con actividades de rehabilitación.

El Ictus tiene unas características clínicas concretas, pero no toda la población tiene conocimientos, o está familiarizadas con ellas. El personal sanitario debe

de ser capaz de informar y educar sobre estos trastornos, además de conocer y saber cómo actuar rápidamente ante alguna de estas situaciones.

Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS): Accidente Cerebrovascular, Embolia y Trombosis Intracraneal, Hemorragia Cerebral, Promoción de la Salud, Servicios Médicos de Urgencia.

Palabras clave: Ictus, Infarto, Urgencia, Sangre, Embolia, Tensión arterial y Prevención.

SUMMARY

A stroke is a sudden cardiovascular failure, produced in the cerebral blood vessels. Two main types can be distinguished: Hemorrhagic, which produces the extravasation of blood from the capillaries, and Ischemic, which produces the lack of irrigation of the brain.

The treatment of these disorders is dependent on the type and is based on stabilizing blood pressure and maintaining a permeable airway.

Early action in these disorders is fundamental ("Stroke Code"), which is why it is so important to know how to recognize it and take action, both outside and inside a hospital. In this regard we can act on the population by educating and informing about how to detect it and how to prevent it by acting on its main modifiable risk factors (arterial hypertension, smoking, obesity and diet). As well by educating about changes in habits, which should be made by people who have suffered any of these disorders.

The main objective of this work is to develop a tool capable of involving the population in their self-care in order to modify the risk factors related to a stroke and to involve them in the development of secondary prevention of the disease that allows a diagnosis and early treatment of the people involved.

For this work, a bibliographical review has been made using as primary sources of information various scientific journals and as secondary sources the databases of PubMed, Cuiden, IBECs, Dialnet and Science Direct.

A clinical case of a patient affected by a hemorrhagic stroke was developed at the Miguel Servet University Hospital, and the entire process from detection to hospital discharge to begin rehabilitation activities was covered.

Strokes have specific clinical characteristics, but not all the population has knowledge, or is familiar with them. The health personnel must be able to inform and educate about these disorders, as well as knowing how to act quickly in any of these situations.

Medical Subject Headings (MeSH): Stroke, Intracranial Embolism and Thrombosis, Cerebral Hemorrhage, Health Promotion, Emergency Medical Services

Key words: Stroke, Heart attack, Urgency, Blood, Embolism, Blood pressure and Prevention.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) incluyen un conjunto de trastornos del sistema cardiocirculatorio altamente prevenibles si se actúa sobre los factores de riesgo que los producen (1).

En su clasificación encontramos, entre otras, las enfermedades cerebrovasculares, destacando para este trabajo el ICTUS (1).

El término ictus procede del latín y significa golpe o ataque. Su traducción al inglés "*stroke*" tiene el mismo significado y describe el carácter brusco y súbito del proceso (1).

Su principal mecanismo de acción se debe en el 85% de los casos a una obstrucción del paso de sangre hacia el cerebro y en el 15% restante a la presencia de una hemorragia (1-4).

- El ictus isquémico se clasifica en dependencia del tiempo y afectación en:
 - Ataque isquémico transitorio (AIT): caracterizado por periodos transitorios de falta de riego cerebral lo que puede ocasionar lesiones cerebrales por muerte celular. Estos se producen por la oclusión de una arteria por un émbolo o por un trombo, lo que determinaría ictus isquémico trombótico en el primer caso y un ictus isquémico embólico en el segundo (5,6).
 - Ictus isquémico hemodinámico por bajo gasto cardíaco, por hipotensión arterial o bien durante una inversión en la dirección del flujo sanguíneo por fenómeno de robo (5,6).

Como ya se ha indicado, la fisiopatología del Ictus isquémico deriva de la falta de oxígeno en región cerebral y, dependiendo de las características, duración y localización de la isquemia, se producirán unas manifestaciones clínicas u otras (5).

No hay que olvidar, que además del área de infarto o núcleo del infarto también hay que prestar atención a las áreas circunscriptas de penumbra isquémica o áreas en riesgo de muerte celular, aún viables. La excesiva presencia de iones Ca^{2+} y Na y de las sustancias derivadas de los procesos catabólicos que se producen durante la isquemia, dan como resultado una permeabilización de la Barrera Hematoencefálica (BHE) lo que permite el paso de estas sustancias tóxicas a su interior produciendo edema (5).

En función de la extensión, duración e intensidad de la isquemia cerebral se han descrito dos tipos de edemas:

- Edema citotóxico en el que existe un aumento de líquido intracelular por alteraciones en la permeabilidad, con entrada de sodio al interior celular, con el consiguiente arrastre de agua.
- Vasogénico, producido en el intersticio celular e inducido por mecanismos inflamatorios, lo que provocará la liberación de metaloproteasas capaces de lesionar el endotelio vascular y con ello de alterar la BHE (5,6).

Para evitar que la zona de la penumbra se convierta en una zona de muerte celular, se debe recuperar el flujo sanguíneo cerebral en el menor tiempo posible, siendo este periodo la « ventana terapéutica ». Sin embargo, la no correcta reperusión del tejido dañado puede desencadenar una respuesta inflamatoria e inmunológica aumentada que a su vez puede ser pernicioso, por lo que cobra especial importancia la técnica utilizada y los cuidados enfermeros de estos pacientes (5,6).

- El ictus hemorrágico o hemorragia intracraneal se produce por la extravasación de sangre fuera del torrente vascular, pudiendo producirse en sustancia blanca o sustancia gris. Dependiendo de su localización podemos diferenciar en:

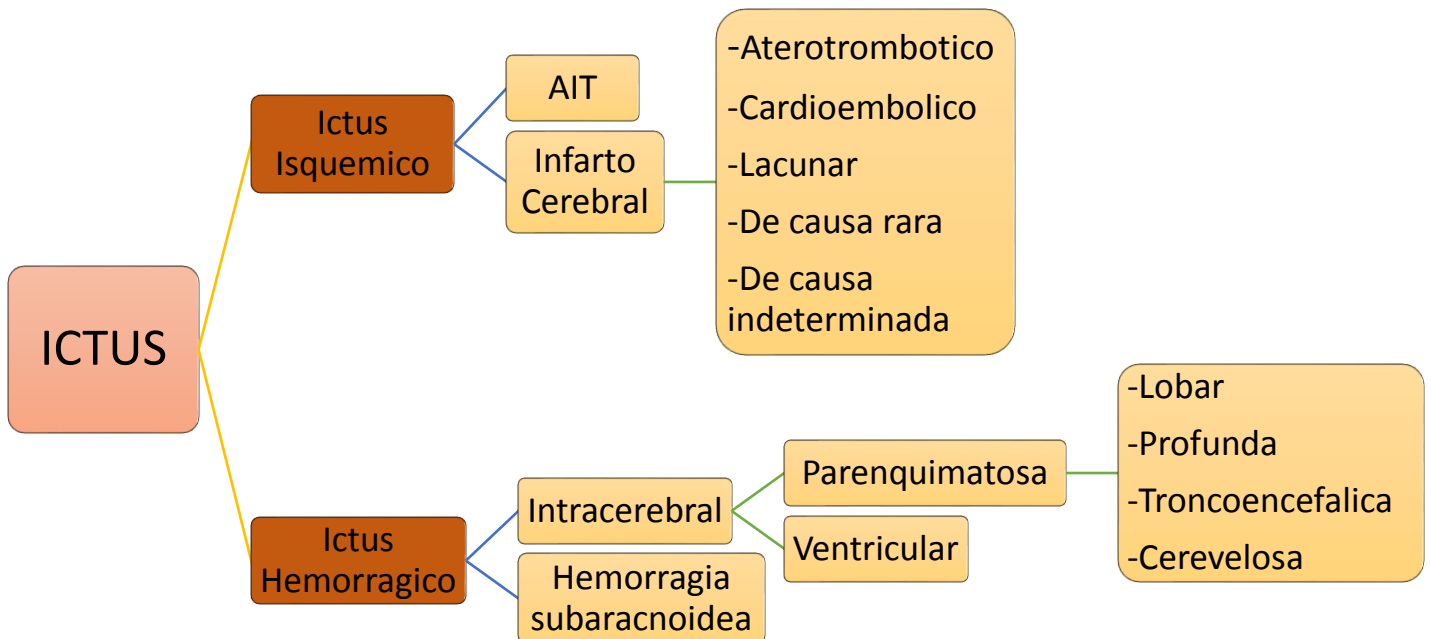
- Hemorragia intracerebral: Pudiendo ser primaria, la más frecuente, o secundaria. La primaria se produce por la rotura de cualquier vaso de la red vascular normal del encéfalo, cuya pared se ha debilitado por procesos degenerativos secundarios como la HTA o la angiopatía

amiloide. La secundaria se produce como consecuencia de tumores, malformaciones vasculares o enfermedades arteriales que provocan la rotura de vasos congénitamente anormales. Otras causas secundarias incluyen coagulopatías, enfermedad hepática, vasculitis, trombosis venosa cerebral, uso de fármacos (antiagregantes, anti-coagulantes, trombolíticos) y consumo de drogas (cocaína, anfetaminas). En niños están producidas con mayor frecuencia por malformaciones vasculares.

- Hemorragia subaracnoide: Puede ser de origen traumático o espontaneo.
- Hematoma subdural y hematoma epidural: Secundarios en la gran mayoría de los casos a un traumatismo craneal (7).

Secundario al proceso hemorrágico la fisiopatología del Ictus hemorrágico deriva de, la producción de edemas en las primeras 24 horas y alcanzando su pico máximo a los 5-6 días, alteración del flujo sanguíneo, efectos tóxicos de algunos elementos sanguíneos, y liberación de mediadores proinflamatorios (6,7).

En el siguiente gráfico se puede apreciar con más claridad la clasificación de los diferentes tipos de ictus.



Fuente: Elaboración propia

El Ictus es la primera causa de incapacidad en población adulta en los países desarrollados y la segunda en cuanto a mortalidad a nivel mundial (3).

Su distribución epidemiológica varía mucho entre países, demostrándose en los últimos estudios una reducción en su incidencia en países con altos ingresos y, por el contrario, un aumento notable en países con bajos recursos (8).

La tendencia en Europa no ha sido uniforme, estudios europeos determinan un aumento de los casos en personas con edades comprendidas entre los 30 y los 65 años. Esta tendencia también se observa en países como Estados Unidos. Una causa probable de esto son los hábitos de vida insanos que cada vez se adquieren a edades más tempranas, debido a la mala educación, aumentando los factores de riesgo asociados con esta patología (8).

En España el Ictus es la mayor causa de casos de dependencias e incapacidades. En los hombres representa la tercera causa de muerte y la primera entre las mujeres. En el año 2017, las personas ingresadas por un accidente cerebrovascular fueron 1.151.373. De los cuales, 609.092 fueron hombres y 542.281 mujeres (9-11).

Los principales factores de riesgo modificables del Ictus comunes a hemorrágicos e isquémicos y sobre los que podemos actuar son; hipertensión arterial (HTA), tabaquismo, obesidad y dieta, diabetes mellitus, estrés, dislipemias, alcohol y drogas (5,7).

Los síntomas de presentación y clínica son la base para el diagnóstico del Ictus. El paciente debe ser evaluado de forma urgente, documentándose en la historia clínica una descripción detallada de los síntomas, así como su comienzo y su duración. Utilizándose también como ayuda: antecedentes personales, factores de riesgo, pruebas neurológicas (tomografía computarizada (TC) o resonancia magnética (RM)), pruebas generales (glucemia, electrolitos, hemograma, plaquetas), tiempo de protrombina, tiempo de tromboplastina parcial activado, estudios de función renal, estudios de función hepática, pruebas complementarias y electrocardiograma (9,11).

Según la OMS el síntoma más común del accidente cerebrovascular es la pérdida repentina, generalmente unilateral, de fuerza muscular o entumecimiento en los brazos, piernas o cara. Otros síntomas consisten en: confusión, dificultad para hablar o comprender lo que se le dice, problemas visuales en uno o ambos ojos, dificultad para caminar, mareos, pérdida de equilibrio o coordinación, dolor de cabeza intenso de causa desconocida y debilidad o pérdida de conciencia (1).

Para conocer la naturaleza, isquémica o hemorrágica del ictus, son utilizadas pruebas de laboratorio y determinados estudios. Por ejemplo, el estudio Doppler es un método rápido y no invasivo para el diagnóstico del ictus isquémico. Además, esta técnica aporta datos sobre algunas características de la placa de ateroma como su morfología, la presencia de su cápsula fibrosa, ulceración y trombosis. Otro ejemplo, es el estudio cerebral por neuroimagen, que permite confirmar la naturaleza hemorrágica del ictus y, puede aportar información sobre su origen.

Los métodos de contraste son otra técnica útil, al utilizarse para ver el árbol vascular (11-13).

En la evaluación clínica de un paciente con Ictus se debe utilizar la escala de Glasgow (nivel de conciencia). Es también aconsejable conocer la puntuación del "*National Institute of Health Stroke Scale*" (NIHSS) para establecer la gravedad del déficit neurológico. Esta escala puntúa la gravedad del ictus y se debe aplicar al inicio y durante el proceso de evolución.

Puntuación mínima 0, puntuación máxima 42.

1. Gravedad del ictus: Leve < 4, Moderado < 16, Grave < 25, Muy grave ≥ 25
2. Necesidad de tratamiento revascularizador: NIHSS entre 4 y 25
3. Tiene un valor pronóstico.
4. Limitaciones: puntúa más alto en los territorios de la izquierda que en los de la derecha (mayor afectación de las funciones corticales) y no valora adecuadamente la afectación del territorio vértebro-basilar (7,5,12,14).

Los casos de accidentes cerebrovasculares deben ser atendidos en un hospital que cuente con unidad de Ictus, o al menos un neurólogo y neurocirujano las 24 horas al día. Siguiendo el "código ictus" (Ver Anexo

1), todo paciente con en fase aguda, salvo que requiera ventilación asistida, debe ser ingresado en una unidad de ictus, dependiente del servicio de neurología. La detección y el tratamiento precoz son fundamentales para controlar tanto su gravedad como su evolución terapéutica (13,14,16).

El tratamiento general se basa en controlar la tensión arterial, mantener la vía aérea permeable y saturación de oxígeno superior al 92%, tratarse las cifras de glucemia mayores de 155 mg/dl, e instaurarse lo antes posible la alimentación. Preferiblemente por vía enteral, para evitar la desnutrición, alteraciones inmunológicas y alteraciones tróficas de la piel como úlceras de decúbito (6,13,14).

El tratamiento de revascularización en el ictus isquémico, debe administrarse lo antes posible, en general en menos de 4/5 horas en el caso de la fibrinólisis intravenosa y, en menos de 6 horas en el caso de la trombectomía mecánica. Aunque, en los últimos estudios se ha demostrado la posibilidad de ampliar la ventana de tiempo hasta 16 y 24 horas para el caso de la trombectomía mecánica, si la neuroimagen demuestra la existencia de tejido salvable (Ver Anexo 2) (5-13).

El tratamiento del ictus hemorrágico es fundamentalmente médico. La indicación de tratamiento quirúrgico se limita a un seleccionado número de casos, como son las hemorragias de tamaño intermedio. Los pacientes con hemorragias pequeñas, sin hipertensión intracraneal, no suelen requerir tratamientos específicos y tienen buena evolución. Por último los pacientes en coma o con grandes hematomas tienen muy mal pronóstico, y no suelen responder al tratamiento médico, ni quirúrgico (Ver Anexo 3) (7,15,16).

La prevención secundaria es un punto fundamental para evitar nuevos casos. Se basa en la actuación sobre el estilo de vida, los factores de riesgo vascular, así como en medidas terapéuticas específicas, según el subtipo etiológico de ictus. Como medidas generales se recomienda que los pacientes sigan una dieta basada en la dieta mediterránea, perder peso si existe sobrepeso u obesidad y realizar 3-4 sesiones semanales de por lo menos de 40 minutos de ejercicio aeróbico de intensidad moderada-importante. En el caso de pacientes con discapacidad tras el ictus, se recomienda iniciar un programa de ejercicio bajo la supervisión de un profesional de salud (5-7,17-18).

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Desarrollar una herramienta capaz de implicar a la población en su autocuidado para modificar los factores de riesgo relacionados con un ictus e implicarlos en el desarrollo de la prevención secundaria de la enfermedad que permita un diagnóstico y tratamiento precoz de las personas implicadas.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Concienciar a la población sobre la importancia de una rápida identificación en los casos de ictus de ámbito extrahospitalario.
- Informar sobre los signos y síntomas precoces que pueden llevar a pensar que se encuentra ante una situación de un paciente que está sufriendo un Ictus.
- Dar a conocer el protocolo "código ictus" a la población para hacerles partícipes de la importancia del tiempo de reacción.

METODOLOGIA

Para este trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica utilizando como fuentes de información primarias diversas revistas científicas y como fuentes secundarias las bases de datos de PubMed, Cuiden, IBECS, Dialnet y Science Direct. (Ver Anexo 4)

Los Descriptores en ciencias de la salud (DeCS) utilizados han sido: Accidente Cerebrovascular, Embolia y Trombosis Intracraneal, Hemorragia Cerebral, Promoción de la Salud, Servicios Médicos de Urgencia, junto a los términos en inglés MeSH: Stroke, Intracranial Embolism and Thrombosis, Cerebral Hemorrhage, Health Promotion, Emergency Medical Services.

Utilizando los operadores booleanos ``AND/OR/NOT `` para construir la estrategia de búsqueda.

Para la selección de los artículos más adecuados se han aplicado filtros de antigüedad, texto completo de acceso libre en español e inglés. Así, se han incluido los artículos publicados desde 2014, con la excepción de la ``Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Ictus en Atención Primaria`` de 2009 y la ``Guía de información al paciente con ICTUS`` de 2007, incluidos por su especial relevancia.

El presente trabajo consiste en un Proceso de Atención de Enfermería (PAE) a propósito de un paciente afectado por Ictus hemorrágico, tratado en el Hospital Universitario Miguel Servet.

Para el desarrollo del caso clínico se utilizó el Modelo enfermero de Virginia Henderson, Taxonomías NANDA, Clasificación de Resultados de Enfermería NOC y Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC (19-21).

Aspectos Éticos:

Este trabajo ha proporcionado la confidencialidad de la información del participante de acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999 del 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y solicitando la firma del consentimiento informado en virtud de la Ley 41/02 del 14 de noviembre, en virtud del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, del 27 de abril de 2016, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y libre circulación de documentación clínica.

DESARROLLO

Los datos para la realización de este trabajo han sido obtenidos a partir de la revisión de la historia clínica, evolución enfermera, exploración física inicial, entrevista y observación del paciente en el proceso de su atención en los servicios sanitarios de Hospital Universitario Miguel Servet.

1. VALORACIÓN:

Varón de 78 años que acude a Urgencias del Hospital Universitario Miguel Servet el día 06/11/2014 por llevar 3 o 4 días en los que la familia lo nota confuso, posteriormente presenta vómitos y cefalea con empeoramiento progresivo del estado clínico, mayor somnolencia, confusión y dificultades para sostenerse en pie.

Vive en Zaragoza domiciliado en el barrio de Torrero con su mujer. Tiene dos hijas de 50 y 42 años, viviendo una de ellas en la ciudad y la otra a 1 hora de Zaragoza.

El paciente presenta como antecedentes personales: HTA, dislipemia, cardiopatía isquémica, fibrilación auricular, adenoma de próstata, pancreatitis aguda edematosa, coledocistitis, con intervenciones quirúrgicas de apendicetomía y amigdalotomía. Tratamiento médico crónico y alergias no conocidas (Ver Anexo 5).

En urgencias, el paciente es enviado al triaje, donde por las explicaciones y datos preguntados tampoco se le reconoce como un caso de posible accidente cerebrovascular. Es mandado a la sala de espera y a boxes, donde tras la puesta de una vía y analítica, los médicos deciden realizarle un ECG, un Rx de torax y un TAC craneal, en el cual observan una hemorragia cerebral, occipital derecha (hematoma parietooccipital lobar derecho). En este momento se activa el código ictus.

VALORACIÓN FÍSICA INICIAL

-TA: 145/100 mmHg

-FC: 105 p.m/rítmico

-Saturación de Oxígeno: 97%

-Temperatura: 39.00°C

-Paciente consciente orientado. Bien hidratado y con buena perfusión. Eupnetico.

- Auscultación cardiaca: tonos arrítmicos con frecuencia normal, no se auscultan soplos.
- Auscultación pulmonar: normoventila en todos los campos.
- Abdomen: blando y depresible. No doloroso a la palpación, sin apreciarse masas ni visceromegalias. Peristaltismo normal.
- Sin edemas en extremidades inferiores.
- Neurológico: pares craneales normales, fuerza conservada en las 4 extremidades y, desviación de la comisura del labio hacia la derecha.

2. VALORACION DE LAS 14 NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

-Valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson a la llegada del paciente al Hospital Universitario Miguel Servet.

1. **Oxigenación:** Presenta vías aéreas permeables y respiración normal. No fuma ni tiene necesidad de ningún tipo de oxigenoterapia.
2. **Nutrición e Hidratación:** Conserva los dientes y tiene una buena alimentación vía oral. Lleva unos días con vómitos.
3. **Eliminación:** Presenta buena eliminación aunque en ocasiones presenta estreñimiento, por las noches se despierta 3 veces a orinar.
4. **Moverse y mantener posturas adecuadas:** Va a pasear todos los días, sale a comprar al supermercado y a leer el periódico todas las mañanas, y por las tardes pasa a casa de su hija que vive en la misma calle, a ver a su nieto y dar una vuelta por el barrio.
5. **Descanso/Sueño:** Suele dormir 8 horas diarias, y duerme la siesta tras la comida los fines de semana, en el sofá después de la película de la tarde.
6. **Vestirse y usar prendas de vestir adecuadas:** Se viste y elige su propia ropa sin problema.
7. **Termorregulación:** Temperatura de 39°C a la llegada, el paciente percibe cuando tiene calor y frío y cuando se encuentra con fiebre como en la situación actual.
8. **Higiene e integridad de la piel:** Higiene adecuada, el paciente se ducha 3 veces por semana, sin problemas. Presenta a veces la piel

- seca y descamada sobretodo en la zona de las piernas, donde se da crema un par de veces por semana.
9. **Evitar peligros:** Actualmente desorientado y obnubilado, pero en su día a día, consciente y orientado, con buena memoria, toma de forma autónoma su medicación sin problemas y muy colaborador.
 10. **Comunicarse:** Comunicativo respetuoso y formal. Vive en casa con su mujer y pasa todos los días a ver a su hija y nieto que viven en su calle, y los fines de semana acude al bar a ver los partidos de futbol con los amigos del barrio y come con su familia.
 11. **Vivir según creencias y valores:** No cree en dios, y se considera un ateo respetuoso.
 12. **Ocuparse y realizarse:** Actualmente jubilado, trabajó de repartidor, jugador de futbol de 3ª división y tocaba el clarinete en una banda.
 13. **Participar en actividades recreativas:** Jubilado, le gusta ver las películas de vaqueros de por las tardes, leer el periódico y hacer cálculos matemáticos. Los fines de semana ve varios partidos de futbol y le gusta tomarse una copa de vino mientras los ve.
 14. **Aprendizaje:** Sabe leer y escribir, le gustan mucho leer el Heraldo y hacer cuentas. Suele mostrar interés por aprender, y saber para qué sirve cada medicación que toma.

-Valoración de las 14 necesidades de Virginia Henderson tras el alta del paciente del Hospital San Juan de Dios.

1. **Oxigenación:** Presenta vías aéreas permeables y respiración normal. No fuma ni tiene necesidad de ningún tipo de oxigenoterapia.
2. **Nutrición e Hidratación:** Conserva los dientes y puede comer por el mismo, aunque con dificultades y supervisión, dieta normal (blanda).
3. **Eliminación:** Presenta sonda vesical, Foley nº 16, permanente. Eliminación intestinal normal.
4. **Moverse y mantener posturas adecuadas:** Movilización con ayuda y utiliza silla de ruedas, necesita ayuda para deambulación, movimientos en cama, alimentación, higiene y vestirse.
5. **Descanso/Sueño:** No duerme seguido, se despierta varias veces por agitación y delirios, muchas veces gritando.

6. **Vestirse y usar prendas de vestir adecuadas:** Necesita ayuda para vestirse y desvestirse.
7. **Termo regulación:** Adecuada, presenta las manos siempre frías.
8. **Higiene e integridad de la piel:** Presenta riesgo de alguna Ulceras por presión (UPP), por lo que se necesita prevención en talones y sacro. Necesita ayuda para asearse.
9. **Evitar peligros:** Se encuentra desorientado, y necesita barandillas en la camilla y cinturón en la silla de ruedas.
10. **Comunicarse:** Comunicativo, y dicharachero. A veces dice cosas sin sentido o se enfada y grita al agitarse.
11. **Vivir según creencias y valores:** El paciente no sabe en lo que cree, discursos diferentes según el momento en el que se le pregunta por la demencia.
12. **Ocuparse y realizarse:** Actualmente jubilado, trabajó de repartidor, jugador de futbol de 3ª división y tocaba el clarinete en una banda.
13. **Participar en actividades recreativas:** Jubilado, realiza alguna actividad de manualidades, o algún juego sencillo.
14. **Aprendizaje:** Sabe leer y escribir, pero lo hace con mucha dificultad y sin entender del todo lo que lee.

3. DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA (NANDA) Y PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS (NOC-NIC)

A partir de los datos obtenidos se elaboran varios diagnósticos de enfermería.

-Diagnósticos de enfermería a la llegada del paciente al Hospital Universitario Miguel Servet. (Ver anexo 6)

00131- Deterioro de la memoria r/c desequilibrio de líquidos y electrolitos y trastornos neurológicos m/p incapacidad para recordar acontecimientos recientes o pasados.

00132- Dolor agudo r/c aumento de presión intracraneal m/p quejas continuas de dolor de cabeza.

00134- Náuseas r/c hemorragia cerebral m/p mal estar continuo, con episodios de vómito en escopeta.

-Diagnósticos de enfermería tras el alta del paciente en el Hospital San Juan de Dios. (Ver Anexo 7)

00108- Déficit del autocuidado: baño/higiene r/c deterioro de la movilidad m/p lavar total o parcialmente el cuerpo.

00102-Deficit del autocuidado: alimentación r/c deterioro cognitivo m/p incapacidad para manejar correctamente los utensilios.

00016-Deterioro de la eliminación urinaria r/c retención urinaria m/p incapacidad para controlar la vejiga y expulsar la orina.

00051-Deterioro de la comunicación verbal r/c deterioro cognitivo m/p discurso incoherente.

00035-Riesgo de lesión o caídas m/p disminución de la fuerza de extremidades inferiores.

4. EJECUCIÓN

Tras la puesta en marcha del `` código Ictus´´ se traslada al paciente a la sala de observación, para subirlo a la planta de neurología lo antes posible. En ese momento el paciente llevaba en urgencias unas 5/6 horas.

Se le realiza una valoración clínica radiológica en la que se descarta cualquier tratamiento neuroquirúrgico de urgencia en esos momentos. El paciente evoluciona hacia una hemihipoestesia, fuerza 5/5 en las 4 extremidades y desviación de la mirada hacia la derecha. En la planta de neurología, el paciente has sido medicado (Ver Anexo 8) y ha recibido cuidados de enfermería, con el objetivo de estabilizar su situación. Intentando evitar el mayor número de secuelas.

Durante la estancia del paciente en la planta de neurología sufre diferentes complicaciones:

- Tromboemboliapulmonar bilateral con signos de hipertensión pulmonar leve que motivo un traslado a UCI.
- Retención urinaria que ha precisado mantener sondaje vesical.
- Infecciones urinarias de repetición.
- Delirium
- Episodios de vagotonía con la sedestación.

Desde el punto de vista funcional permanece en una situación de demencia causado por el daño cerebral, con un cuadro de desorientación temporoespacial, discurso incoherente, trastorno grave de memoria, deterioro de habilidades visuoperceptivas en la coordinación, delirium hiperactivo, alucinaciones visuales...

Tras su estabilización, el día 16/12/2014 se le manda al Hospital San Juan de Dios, para un intento de rehabilitación.

Tras su alta definitiva, el paciente sale del hospital consciente, desorientado, obedece órdenes con dificultad, responde a preguntas incoherentemente (demencia). Camina con ayuda de dos personas trayectos muy cortos, que si no se sigue realizando se perderán. Presenta tendencia a la somnolencia por las mañanas y posibles episodios de agitación. Índice de Barthel al ingreso 5/100 y al alta 20/100, con lo cual es un paciente muy dependiente.

Se le explica a la familia y paciente los cambios y régimen que debe hacer en su vida así como su tratamiento crónico (Ver Anexo 9). Así se le recomienda una dieta blanda, en dependencia de cómo vaya comiendo y caminar con la familia insistiendo en la elevación de las piernas. Es portador de sonda vesical fija con sus cambios y bragapañal por incontinencia, necesitará ayuda en la higiene de la piel y cuidados para la prevención de UPP. Se recomienda toda la rehabilitación y ejercicios de mantenimiento neurológico posible para mejorar y no perder lo que se ha conseguido. Y se expone como realizar todas las tareas que la dependencia del paciente exige.

5. EVALUACIÓN

Para realizar la evaluación de este caso clínico, tras informar a los familiares de la situación de Ictus y explicar sus signos para identificarlo, se preguntó sobre la situación acerca de los días anteriores. Los familiares confirman aspectos que les parecían raros, pero que pasaron por alto, al ser preguntados por el médico del centro de salud y no considerarlos o reconocerlos como síntomas de alarma.

El paciente se olvidaba de cosas que sabía bien desde hace tiempo, como por ejemplo: poner la televisión o como cambiar el canal, en un restaurante llego

a preguntar que eran los canelones (siendo estos una comida que él solía comer a menudo), habla de cosas sin sentido de repente, o incluso no saber en qué día de la semana se encuentra.

También había sufrido una caída en la calle hacia una semana con lo cual su cara estaba edematizada y no se apreciaban signos de parálisis, solo una desviación de la comisura bucal hacia la derecha que pensaron que se trataba por el hinchazón. El paciente presentaba dolor de cabeza muy fuerte, mareos y descoordinación, llegando a tener alguna caída en casa, dando como excusa un "un tropiezo tonto con una esquina".

También se compararon las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson y las secuelas de dependencia que presentó el paciente tras el proceso, en forma de diagnósticos de enfermería.

Como hemos citado anteriormente, el paciente presenta un Índice de Barthel que indica que es un paciente muy dependiente y no puede valerse por sí mismo. Presenta varias necesidades básicas afectadas y un alto grado de déficit de auto cuidados, eliminación y riesgo de lesión por caídas, a parte de una reducción muy importante en la movilidad, al pasar a tener que desplazarse en silla de ruedas.

CONCLUSIONES

1. En Aragón el incremento de los casos de Ictus, han hecho que pasé a ser uno de los principales problemas de salud, incrementando la relevancia de una adecuada actuación y formación de los profesionales sanitarios.
2. La aparición de Ictus a edades cada vez más tempranas, hace que no se trate de una patología que únicamente deba prevenirse o tenerse en cuenta en edades avanzadas y obviarla de las generaciones más jóvenes.
3. El Accidente Cerebrovascular tiene unas características clínicas concretas con las que se puede identificar, pero para ello es necesario conocerlas y saber interpretarlas.
4. Poder facilitar información por parte de los profesionales sanitarios o determinadas campañas, podría ayudar a la población que desconoce estas características concretas y hacerlos más participes de estos problemas de salud.

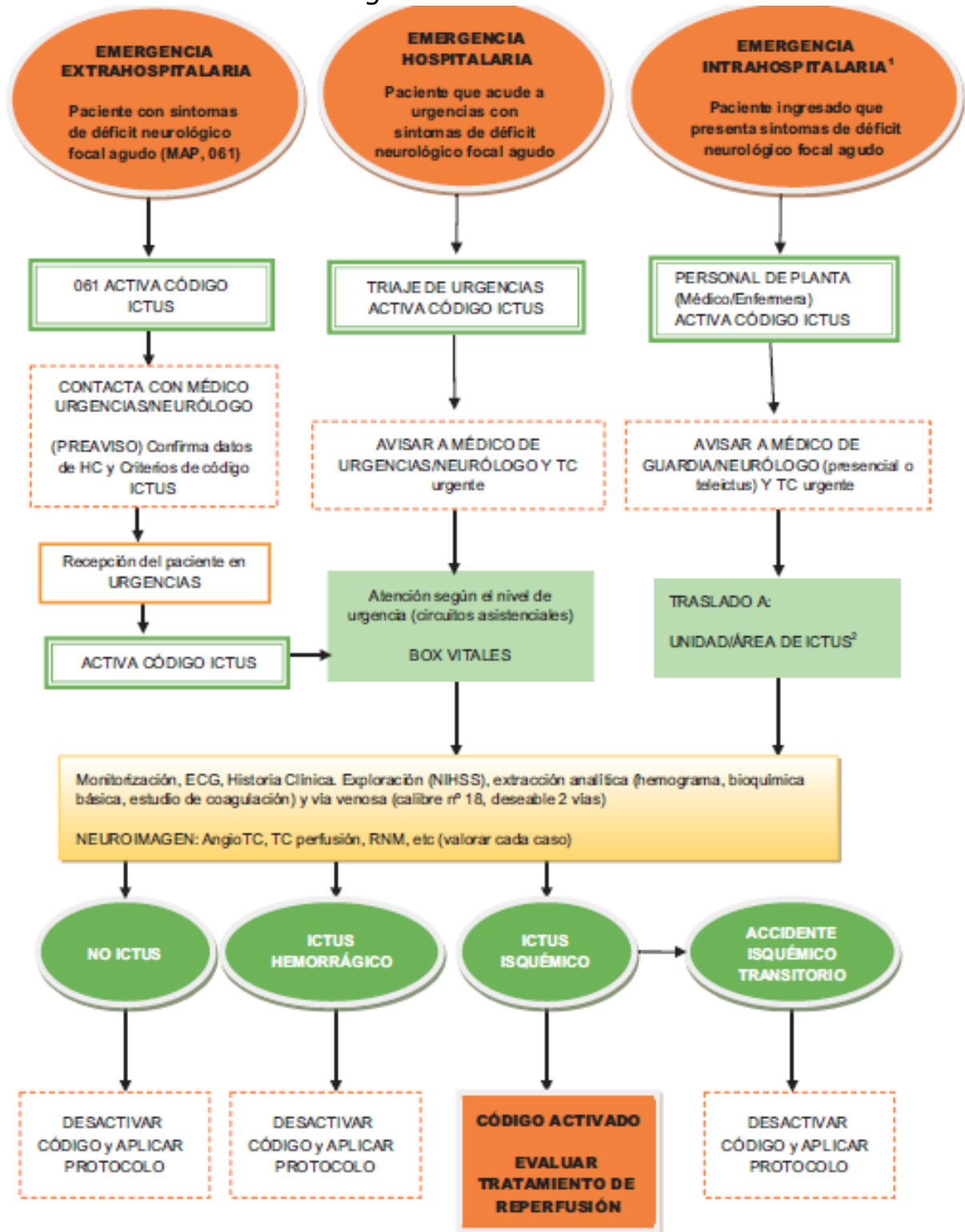
BIBLIOGRAFIA

1. OMS: Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra, Suiza. Enfermedades cerebrovasculares. 2017 ;[Consultado 18 de febrero de 2019]. Disponible en: https://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/es/
2. La Sociedad Valenciana de Neurología. Guía del tratamiento del ictus isquémico en fase aguda [Internet]. Valencia: SVN; 2019 [Consultado 18 de febrero de 2019] Disponible en: <https://www.svneurologia.org/wordpress/wp-content/uploads/2018/03/Gui%CC%81a-ictus-isquemico-agudo-2018.pdf>
3. Dra. Inmaculada Plaza. ¿Qué es un Ictus?. En: Conselleria de Sanidad. Guía de información al paciente con ICTUS. 1ª ed. Valencia: Generalitat Ilustraciones; 2015. P.13- 16.
4. Consenso de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC) y del Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la Sociedad Española de Neurología (GEECV-SEN) A. Gil Núñez y M. Domínguez Sardiña. Manejo coordinado y prevención del ictus [Internet]. Volumen3.2ed. Madrid: Ars Media; 2007[consultado el 18 de febrero de 2019] Disponible en: <https://www.semfyec.es/wp-content/uploads/2016/05/ictus.pdf>
5. Gutiérrez Zúñiga R, Fuentes B, Díez Tejedor E. Ictus isquémico. Infarto cerebral y ataque isquémico transitorio. MEDICINE. 2019; 12(70): p.4085-4096.
6. Ministerio de sanidad y política social. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Ictus en Atención Primaria. Ed 2009. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación;2009.
7. Irimia Sieira P, Esparragosa I, Valentí R y Martínez-Vila. Enfermedades cerebrovasculares. Hemorragia cerebral.MEDICINE.2019;12(70): p.4075-4084.
8. Ramírez-Morenoa J.M, Felix-Redondo F.J, Fernández-Bergésd D, Lozano-Mera L. Tendencias en las tasas de hospitalización por ictus en Extremadura en el periodo 2002-2014. Cambiando la idea del ictus

- como una enfermedad propia de la senectud. NEUROLOGIA. 2018; 33(9): p.561-569.
9. Sociedad Española de Neurología. Guía para el tratamiento preventivo del ictus isquémico y AIT (II). Recomendaciones según subtipo etiológico. NEUROLOGIA. 2014; 29(3): p.168-183.
 10. INE. Defunciones según la causa de muerte. Año 2017. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2017.
 11. Comité técnico plan de Ictus, Gobierno de Aragón. Plan de atención al ictus en Aragón. Aragón: Gobierno de Aragón, Dirección general asistencia sanitaria; 2018.
 12. González Canoa María, Gómez-Hontanilla Mercedes, Gómez-Fernández Isabel. Factores influyentes en el pronóstico funcional tras sufrir un ictus.SEDENE.2015; 43(c): p.17-22.
 13. Pampliega Pérez Ana. La trombolisis sistémica y su aplicación, el código ictus [tesis doctoral]. Elche.Universidad Miguel Hernández de Elche; 2015.
 14. González Cano María, Gómez-Hontanilla Mercedes, Gómez-Fernández Isabel. Factores influyentes en el pronóstico funcional tras sufrir un ictus.2016.SEDENE; 43(c): p.17-22.
 15. González-Molinero Álvaro, Casal-Angulo M.C, Martínez-Sabater Antonio, Ballestar-Tarín M.L. Plan de cuidados en el paciente con ictus hemorrágico en la unidad de soporte vital avanzado. Ciber revista [Internet]. 2015 noviembre-diciembre. [acceso 22 de febrero de 2019]; 4(46). Disponible en: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/noviembre2015/pagina5.html>
 16. Masjuan Jaime, Vera Rocío. Anticoagulación tras una hemorragia cerebral. MED CLIN. BARCELONA. 2018; 150(1): p.1-37
 - 17.Soto Cámara Raúl, González Bernal Jerónimo Javier, Trejo Gabriel, Galán José María, González Santos Josefa. Atención extrahospitalaria en el ictus agudo: Análisis de situación. Paraninfo digital [Internet]. 2018 julio-noviembre. [acceso 28 de febrero de 2019]; 12(28). Disponible en: <http://www.index-f.com.roble.unizar.es:9090/para/n28/pdf/e053.pdf>

18. Yea Hwong Wen, L. Bots, Selvarajah Sharmini , Jaap Kappelle L, Abdul Aziz Zariah. Use of a Diagnostic Score to Prioritize Computed Tomographic (CT) Imaging for Patients Suspected of Ischemic Stroke Who May Benefit from Thrombolytic Therapy. PLOS ONE [Internet]. 2016 Oct 21. [acceso 28 de febrero de 2019]; 11(10). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5074585/pdf/pone.0165330.pdf>
19. Herdman TH. (Ed) NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación, 2012-2014. Barcelona: Elsevier; 2012.
20. Morhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ª ed. Barcelona: Elsevier Mosby; 2009.
21. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey J. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª ed. Barcelona: Elsevier Mosby; 2009

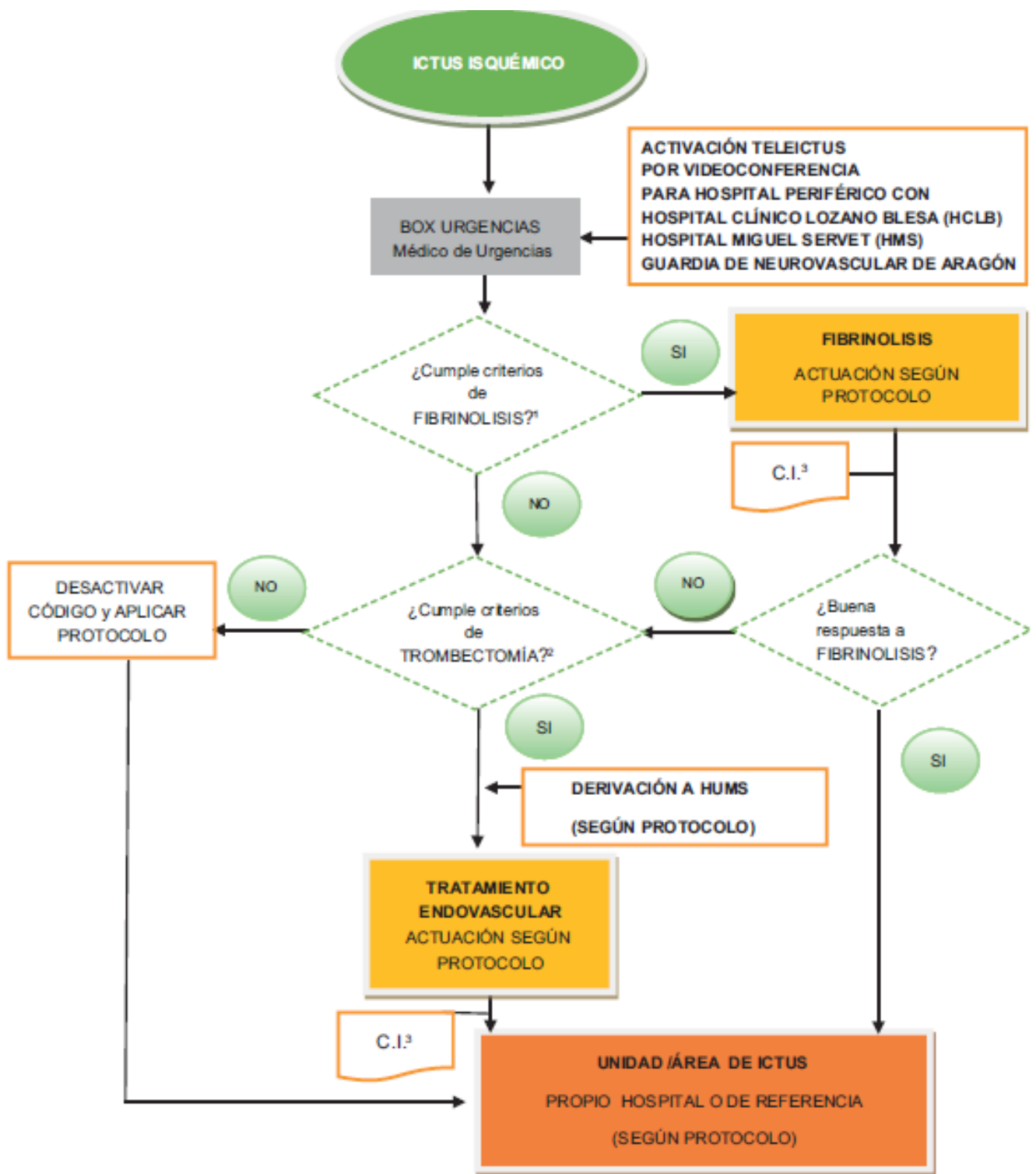
Anexo 1-Activación código ictus.



Fuente: Plan de atención al ictus en Aragón 2019.

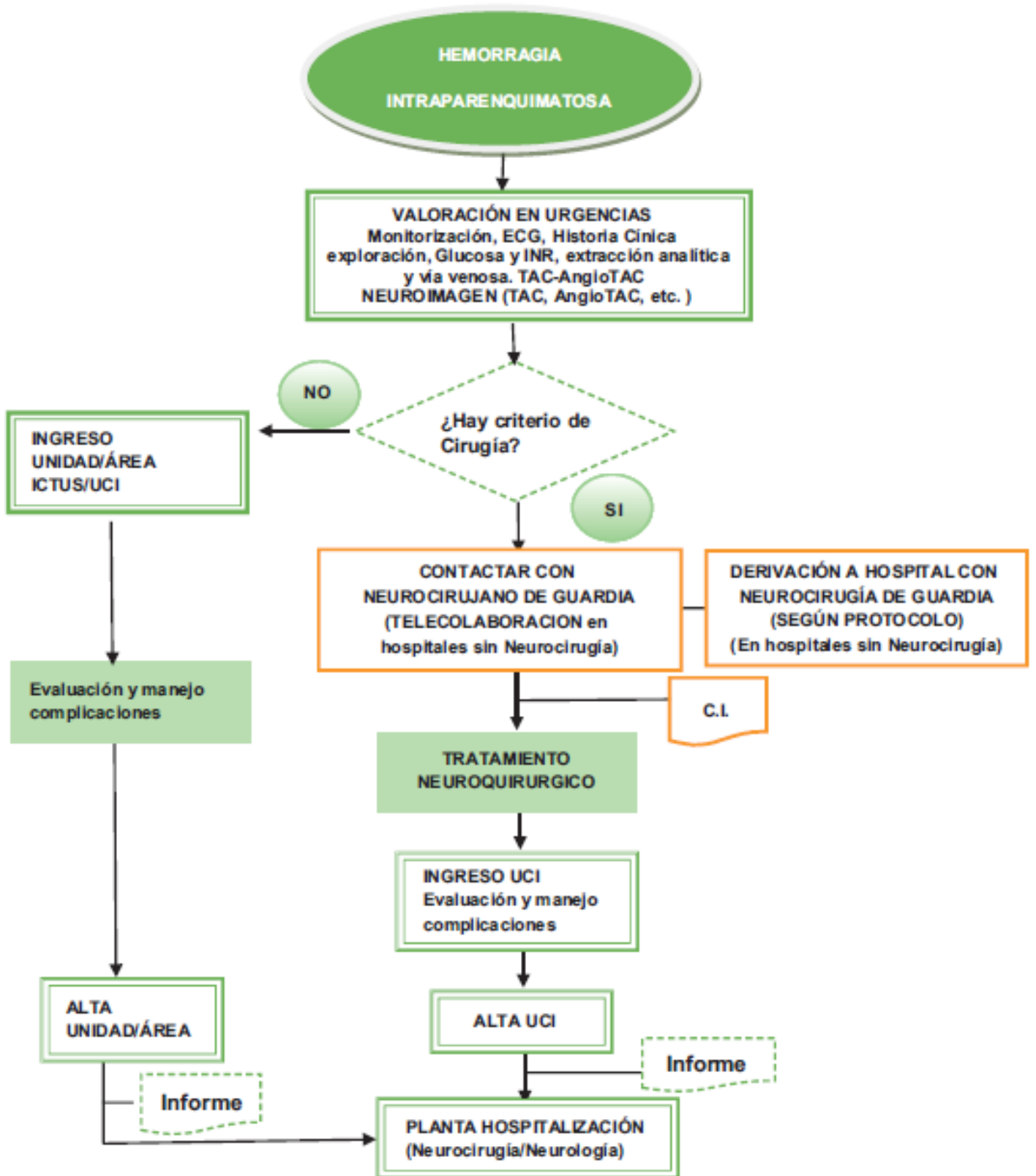
- Responsables de activarlo: Enfermería triaje, Equipos asistenciales urgencias, Neurólogos, Personal del TC, Celador.

Anexo 2-Atención al ictus isquémico en urgencias.



Fuente: Plan de atención al ictus en Aragón 2019.

Anexo 3-Atención al ictus hemorrágico en urgencias.



Fuente: Plan de atención al ictus en Aragón 2019.

Anexo 4- Búsquedas encontradas, desechadas, y útiles de cada una de las bibliotecas, repositorios, revistas y páginas web.

Base de datos	Nº artículos encontrados	Nº artículos desechados	Nº artículos utilizados
PubMed	13	10	3
Cuiden	4	2	2
IBECS	20	18	2
Dialnet	6	4	2
Science Direct	17	12	5
Gobierno de Aragón	2	1	1
Sitios web	2	0	2
Biblioteca CCSS Unizar	7	4	3

Fuente: Elaboración propia

Anexo 5-Tratamiento farmacológico del paciente antes de sufrir el accidente cerebrovascular.

FARMACO	DESAYUNO	COMIDA	CENA
Angiodrox 90mg	1	0	1
Adiro 100mg	0	1	0
Orfidal	1/2	1/2	1
Sintrom (S/P)	S/P	S/P	S/P
Paracetamol	1	0	1
Anagasta	1	0	0
Duodart	1	0	0
Sinvastatina 20	0	0	1

Fuente: Informe de Urgencias del Hospital Universitario Miguel Servet.

Anexo 6- Diagnósticos (NANDA) y planificación de los cuidados (NIC-NOC) del paciente en su ingreso en el hospital.

00131- Deterioro de la memoria: Incapacidad para recordar acontecimientos presentes o pasados.

00131- Deterioro de la memoria	NOC	Indicadores	NIC	Actividades
	0900- Cognición	(090001) Atiende	4760- Entrenamiento de la memoria	-Repetir todos los días preguntas sencillas -Realizar todos los días ejercicios rememorando momentos y preguntando sobre ellos, utilizando fotos, documentos...
		(090008) Manifiesta memoria remota	4820- Orientación de la realidad	-Utilizar signos, relojes, calendarios..... para estimular la memoria, reorientar y fomentar una conducta adecuada
	0901- Orientación cognitiva	(090101) Se autoidentifica	7140- Apoyo familiar	-Orientar a la familia sobre el ambiente de cuidados sanitarios -Enseñar cómo realizar ejercicios de rehabilitación cognitivos
		(090102) Identifica a seres queridos	4720- Estimulación cognoscitiva	-Orientar con respecto al tiempo, lugar y personas -Reforzar o repetir la información

Fuente: Elaboración propia.

00132- Dolor agudo: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o descrita en tales términos.

00132- Dolor agudo	NOC	Indicadores	NIC	Actividades
	1605-Control del dolor	(160502)Reconoce el comienzo del dolor	2210-Administración analgésicos	-Colaboración con el medico si se indican fármacos, dosis, vías o cambios de intervalo -Comprobar historia de alergias y ordenes medicas
		(160509)Reconoce síntomas de dolor	1400-Manejo del dolor	-Alentar al paciente a que exprese la experiencia del dolor -Asegurarse que reciba los cuidados analgésicos correspondientes -Evaluar la eficacia de las medidas de alivio del dolor

Fuente: Elaboración propia.

00134- Náuseas: Sensación subjetiva desagradable, como oleadas, en la parte posterior de la garganta, epigastrio o abdomen que puede provocar la urgencia o necesidad de vomitar.

00134- Náuseas	NOC	Indicadores	NIC	Actividades
	1618-Control de náuseas y vómitos	(161812)Informar de nauseas, esfuerzos de vómito y vómitos	1570-Manejo del vomito	-Aconsejar llevar bolsas de plástico -Controlar equilibrio fluidos -Colocar al paciente en posiciones adecuadas para evitar bronco aspiración
		(161801)Reconocer el inicio de las nauseas	1450-Manejo de nauseas	-Administrar alimentos fríos, líquidos, incoloros... -Administrar antieméticos -Animar a avisar si se continua con las nauseas
	0602-Hidratación	(060205)Sed	2080-manejo de líquidos/electrolitos	-Ajustar perfusión IV -Observar si existe perdida de líquidos -Proporcionar dieta prescrita
		(060211)Diuresis	2380-manejo medicación	-Observar eficacia medicación -Administración de fármacos con técnica y vía adecuadas -Calcular balances de líquidos infundidos y expulsados por diuresis

Fuente: Elaboración propia.

Anexo 7-Diagnósticos (NANDA) y planificación de los cuidados (NIC-NOC) del paciente en el alta.

00108- Déficit del autocuidado: baño/higiene: Deterioro de la habilidad de la persona para realizar o completar por sí misma las actividades de baño / higiene

00108- Déficit del autocuidado: baño/higiene	NOC	Indicadores	NIC	Actividades
	0301-Baño	(030111)Seca el cuerpo	1610-Baño	-Aplicar aceite y ungüentos en la piel seca -Inspeccionar el aspecto de la piel durante el baño
		(03013)Se lava la cara	1801- Ayuda con los autocuidados: higiene	-Alentar la independencia, pero interviniendo si el paciente lo necesita -Proporcionar los objetos deseados para que participe en los autocuidados
	0308- Autocuidados: Higiene bucal	(030801)Se cepilla los dientes	1710- Cuidado salud bucal	-Utilizar pastas y enjuagues de sabor agradable -Acompañar siempre para la supervisión
		(030804)Limpia o cepilla las prótesis dentales	5606- Enseñanza individual	-Determinar la capacidad del paciente para asimilar la información -Incluir a la familia y seres queridos

Fuente: Elaboración propia.

00102-Deficit del autocuidado: alimentación: Deterioro de la habilidad para realizar o completar las actividades de alimentación.

00102-Deficit del autocuidado: alimentación	NOC	Indicadores	NIC	Actividades
	00303-Cuidados personales: comer	(030303)Maneja utensilios	1050-Alimentación	-Evitar distraer al paciente -Alimentación sin prisa
		(030308)Bebe de taza o baso	5606-Enseñanza individual	-Paja si es necesario -Selección métodos de enseñanza -Babero si es necesario
	01010-Estado de deglución	(101004)Capacidad de masticación	1100-Manejo de nutrición	-Conocer las alergias alimenticias -Conocer las preferencias de comida del paciente -Dar comidas blandas, en puré si procede -Seleccionar las comidas que vamos a dar al paciente
		(101012)Ausencia de atragantamientos, tos o nauseas	1860-Terapia de deglución	-Retirada de distracciones -Ayudar al paciente a colocarse en una posición erecta -Recomendar al paciente no hablar durante las comidas

Fuente: Elaboración propia.

00016-Deterioro de la eliminación urinaria: Trastorno de la eliminación urinaria.

00016- Deterioro de la eliminación urinaria	NOC	Indicadores	NIC	Actividades
	0503- Eliminación urinaria	(050303)Cantidad de orina	0580- Sondaje vesical	-Conectar el catéter urinario a la bolsa de drenaje de la cama o la pierna -controlar la ingesta y eliminación -Explicar el procedimiento y funcionamiento de la intervención
		(050301)Patrón de eliminación en el rango esperado	0590-Manejo de la eliminación urinaria	-Anotar hora de la última eliminación y cantidad -regular la ingesta de líquidos si procede -Controlar a parte de la cantidad, la consistencia, color, olor...
	0502- Continencia urinaria	(050212)Ropa seca durante el día	4120-Manejo de líquidos	-Controlar o pesar pañales -Observar si hay inicios de sobrecarga/retención de líquidos -Controlar la ingesta de líquidos en función de las perdidas
		(050201)Reconocer la urgencia miccional	0620- Cuidados de la retención urinaria	-Estimular la vejiga con frio en el abdomen -Proporcionar intimidad y tiempo para la eliminación -Vigilar la distensión de la vejiga periódicamente mediante la palpación

Fuente: Elaboración propia.

00051-Deterioro de la comunicación verbal: Disminución, retraso o carencia de la capacidad para recibir, procesar, transmitir y usar un sistema de símbolos

00051- Deterioro de la comunicación verbal	NOC	Indicadores	NIC	Actividades
	0904- Comunicación: capacidad receptiva	(090401) Interpretación del lenguaje escrito	5520-Facilitar el aprendizaje	<ul style="list-style-type: none"> -Disponer de un ambiente adecuado -Utilizar un lenguaje familiar -Simplificar las instrucciones, siempre que sea posible
		(090402) Interpretación del lenguaje hablado	4920-Escucha activa	<ul style="list-style-type: none"> -Manejo de la conducta: falta de atención -Mostrar interés en el paciente -Verificar la comprensión de los mensajes

Fuente: Elaboración propia.

00035-Riesgo de lesión: Riesgo de lesión como consecuencia de la interacción de condiciones ambientales con los recursos adaptativos y defensivos de la persona

00035-Riesgo de lesión	NOC	Indicadores	NIC	Actividades
	1909-Control seguridad: caídas	(190901)Uso correcto de dispositivos de ayuda (190903/4)Uso de contenciones y barreras	6490-Prevención de caídas	-Proporcionar dispositivos de ayuda -Instruir sobre los dispositivos de ayuda -Identificar ambientes que puedan propiciar caídas -Utilizar barandillas en la cama y sujeciones en silla de ruedas
	01910-Conducta seguridad: ambiente físico y del hogar	(191002)Desecho medicamentos no utilizados (191009)Provisión de equipamiento que cumpla las normas de seguridad	2380-Manejo de la medicación	-Determinar correctamente fármacos del tratamiento con el médico o protocolo -Vigilar eficacia y modalidad de administración de los fármacos
			6486-Manejo ambiental	-Controlar los dispositivos de ayuda presentes y conocerlos -Mantener los equipos de ayuda en buen estado

Fuente: Elaboración propia.

Anexo 8-Tratamiento del paciente en planta de Neurología.

FARMACO	VIA	DOSIS	SECUENCIA
Fosfomicina	OR	3 gr	Merienda
Furosemida	OR	40mg	Desayuno
Haloperidol	IM	2.5mg	Si precisa
Hierro (II) sulfato	OR	256.3mg	Cada 24h
Paracetamol	IV	1gr	Si precisa
Diltiazem	OR	30mg	Desayuno/Cena
Terazosina	OR	5mg	Cena
Lansoprazol	OR	30mg	Desayuno
Quetiapina	OR	50mg	Cena
Levetiracetam	OR	500mg	Cada 24h
Apixaban	OR	2.5mg	Cada 24h

Fuente: Informe de evolución de la planta de Neurología del Hospital Universitario Miguel Servet.

Anexo 9-Tratamiento crónico del paciente tras su alta del hospital.

FARMACO	SECUENCIA	ACCIÓN
Sinemet Plus 25/100mg	0.5 comprimido cada 8h	Antiparkinsoniano
Dolocatil 1gr	1 comprimido cada 12h (a Demanda)	Analgésicos y antipiréticos
Levetiracetam 100mg/1ml 150ml + 1 jeringa 1ml solución/suspensión oral	3ml cada 12h	Anticonvulsivo
Bolsa recogida orina urogras 2000 2L	1 unidad cada 24 h	
Absorbente incontinencia orina incopack elast t grande	1 unidad cada 6h	
Bolsas recogida orina pierna hollister tubo 50cm 750ml (válvula antiretorno y vaciado)	1 unidad cada 24h	
Lansopazol 15mg	1 capsula a las 8:00	Reflujo y acidez gástrica
Furosemida 40mg	1 comprimido cada 24h (por la mañana con el estomago bacio)	Diurético
Eliquis 2.5mg	1 comprimido cada 12h	Anticoagulante
Nimodipino 30mg	1 comprimido cada 24h	Bloqueador de canales de calcio para HTA
Sonda vesical silicona Foley ch16 b10	1 unidad cada 60 dias	
Finasterida 5mg	1 comprimido tras desayuno	Antiandrogénico
Quetiapina 25mg	1-2-2 con comidas cada 6 horas	Neuroléptico

Fuente: Informe de alta del paciente del Hospital San Juan de Dios.

