



UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA

ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD

Grado en Enfermería

2011/2012

TRABAJO FIN DE GRADO

**ATENCIÓN Y CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL PACIENTE QUE
HA SUFRIDO UN ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR**

Autor/a: EDUARDO MARTÍNEZ PÉREZ

Tutor/a: JUAN FRANCISCO LEÓN PUY

Calificación:

INDICE

	Nº DE PÁGINA
RESUMEN	3
INTRODUCCIÓN	4, 5
OBJETIVOS	5
METODOLOGÍA	6
DESARROLLO	6 - 11
CONCLUSIONES	11
ANEXOS	12 - 19
BIBLIOGRAFÍA	19 - 21

RESUMEN

La finalidad de este trabajo es recopilar los cuidados y la atención requerida en un paciente que ha sufrido un Accidente Cerebro Vascular.

En gran medida, he focalizado el trabajo en las necesidades básicas enumeradas por Virginia Henderson, con modificaciones adaptadas a la patología a estudiar.

Así pues, este trabajo de Fin de Grado podría considerarse un protocolo básico de atención de enfermería, basado principalmente en una revisión bibliográfica sobre la patología.

He elegido el tema de Atención y Cuidados de Enfermería a Paciente con Enfermedad Cerebro Vascular puesto que opino que la mayor parte de la responsabilidad y la posible mejora de los pacientes ingresados con estos accidentes cerebro-vasculares recae sobre el personal de enfermería; no sólo a nivel bio-físico (como puede ser la mejora de las funciones motoras,...), sino a nivel psico-social, ayudando al paciente a comprender su enfermedad y sus posibles futuras limitaciones, e implicando y educando a sus familiares en el proceso de la enfermedad.

Palabras Clave:

Ictus, Cuidados de Enfermería, ACV, Accidente Cerebro Vascular, Protocolo Enfermería, Atención de Enfermería, Necesidades Básicas, Enfermedad Cerebro Vascular, ECV, Stroke.

INTRODUCCIÓN

La **Enfermedad Cerebro Vascular** (ECV) o **Ictus** consiste en una interrupción en el aporte de sangre al cerebro, que causa pérdida temporal o permanente de movimiento, pensamiento, memoria, lenguaje o sensación. (1)

Existe cierta controversia sobre la nomenclatura más idónea para designar esta patología. Se utilizan tanto las denominaciones de Accidente Vascular Cerebral (AVC) o **Accidente Cerebro Vascular** (ACV), así como otras más imprecisas como Ictus (de afectación aguda) o apoplejía (para designar una parálisis aguda).

El Accidente Cerebro Vascular agudo es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en la gran mayoría de los países, es la 3^a causa de mortalidad mundial y constituye la 1^a causa de invalidez. (1) La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que ocurren 20'5 millones de ictus anuales en todo el mundo, y que 5'5 millones resultan letales. (2) Una cifra que corresponde, según varios estudios realizados en diferentes países, con el 10 % de las defunciones totales a nivel mundial. (3)

El ACV se clasifica en diferentes tipos en función de su etiología y características definitorias: (1)

- Isquémico:
 - Trombosis
 - Embolia
- Hemorrágico

El conocimiento de la clasificación etiológica y diagnóstica de la enfermedad posee una gran importancia para el personal de enfermería, pues permite trazar las acciones encaminadas a la recuperación de los enfermos, tales como la prevención de complicaciones, recuperación y rehabilitación, indicadas en el plan de cuidados. (4)

No existen evidencias que puedan determinar con exactitud si la incidencia de la enfermedad es mayor en hombres o en mujeres, ni qué tipo de etiología tiene mayor mortalidad; depende del estudio y de la población diana elegida. (1)(4)

En cuanto a la edad, se ha demostrado una mayor susceptibilidad de sufrir tales accidentes en los pacientes que rebasan los 50 años, con un aumento de la incidencia y la mortalidad en todas las formas clínicas. (4)

El personal de enfermería que se encarga de atender y cuidar a estos pacientes y desempeña una labor fundamental, en estrecha coordinación con el resto del equipo de salud (fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, médicos,...)

No hay que olvidar que la base del proceso de Atención de Enfermería se corresponde con satisfacer las necesidades básicas (en este caso perdidas o alteradas) del paciente, de manera parcial o total. Este proceso consiste en llevar al paciente de la dependencia a la independencia en sus actividades de la vida diaria, en la medida de lo posible. (5)(6)

OBJETIVOS DEL TRABAJO

Objetivos Generales

- Dar a conocer los cuidados necesarios para un paciente con Enfermedad Cerebro Vascular. (Atención de Enfermería)
- Enseñar las posibles complicaciones más habituales en pacientes con ACV y cómo evitarlas. (Prevención)
- Dar a conocer los posibles factores de riesgo y maneras de evitarlos o prevenir algunos de ellos.
- Enumerar los principales diagnósticos de Enfermería (NANDA) más habituales en un paciente con ACV.

Objetivos Específicos

- Estudiar los resultados obtenidos en los estudios consultado y realizar una revisión bibliográfica del tema elegido, Atención Enfermera al Paciente con Accidente Cerebro Vascular (ACV)
- Presentar una herramienta protocolizada útil para la formación de profesionales respecto a la atención de pacientes que han sufrido un ictus o ACV.

METODOLOGÍA DEL TRABAJO

He realizado un estudio de revisión bibliográfica, utilizando, como principales herramientas de búsqueda, portales informáticos como Cuiden, Medline, Pubmed,... Así mismo también he revisado y utilizado planes y protocolos de atención de Urgencia y de Cuidados de Enfermería de diferentes hospitales de nuestro país y de otros países de habla hispana.

Así como diferentes protocolos estandarizados con sus correspondientes diagnósticos NANDA.

Los límites de búsqueda de artículos utilizados para esta revisión han sido de alrededor de 10 años de antigüedad, de la década del año 2000 al 2011.

El punto clave de las búsquedas ha sido la atención y cuidados de Enfermería, así como algún artículo médico para conocer más a fondo la enfermedad.

DESARROLLO

Punto Primero: El transporte rápido del enfermo hasta un punto de Atención Sanitaria (preferiblemente Servicio de Urgencias) es crítico.

En primera instancia, el enfermero/a deberá realizar una estricta **valoración neurológica** (nivel de conciencia y progresión del déficit motor) del paciente, lo cual corresponderá al primer punto en el **Proceso de Atención de Enfermería** y constituirá la base para el Diagnóstico de Enfermería.

Vamos a encontrar alteraciones en muchas de las funciones básicas del paciente, como puede ser: la función motora, la función respiratoria, la comunicación (verbal o escrita), orientación, pensamiento,...; que por derivación van a llevar al paciente a una alteración de sus necesidades básicas y a una serie de Diagnósticos Enfermeros como pueden ser:

- Riesgo de Deterioro de la Integridad Cutánea
- Riesgo de Aspiración
- Déficit de Autocuidado
- Deterioro de la Movilidad Física
- Riesgo de Estreñimiento
- Riesgo de Caídas
- Riesgo de Baja Autoestima Situacional
- Ansiedad
- Alteraciones de los Procesos Familiares

Es trabajo y deber de la Enfermería intentar solventar en la medida de lo posible las limitaciones de estos pacientes y suplir la ayuda que necesitan

para la realización de sus actividades de la vida diaria, en el proceso de su enfermedad hasta que consigan la mayor independencia posible.

Así pues, nos centraremos en las actividades e intervenciones de enfermería respecto a los Diagnósticos Enfermeros más comunes (según la bibliografía consultada).

Para el personal de enfermería el conocimiento de la clasificación diagnóstica de los ACV reviste importancia, pues en función del tipo de ACV se trazarán unas actividades encaminadas hacia la recuperación de los enfermos, tales como: prevención de complicaciones, recuperación y rehabilitación,...; indicadas en el plan de cuidados de Enfermería.

Evaluación Inicial (Servicio de Urgencias)

La Evaluación inicial debe empezar por una **Valoración rápida de la Función Respiratoria**, mediante inspección clínica, constantes vitales y pulsioximetría.

La **Valoración de la Función Cardiaca** se centra en el manejo de la Presión Arterial y la Monitorización del Ritmo Cardíaco. La PA está frecuentemente elevada en pacientes que han sufrido un ACV, normalmente de manera transitoria. La recomendación actual (según los estudios consultados) es no tratar la PA por el riesgo de disminuir la perfusión cerebral en la penumbra isquémica.

Valoración de la Función Neurológica: se evaluará el Nivel de Conciencia del paciente (normalmente mediante la Escala de Glasgow) (**ANEXO 1**) y la función motora (Escala de Rankin) (**ANEXO 2**).

Con frecuencia los enfermos que han sufrido un ictus están deshidratados, por lo que para mantener el equilibrio hidroelectrolítico (llevar un buen control de líquidos) se aconseja coger una vía parenteral y utilizar suero salino.

Una vez estabilizado el enfermo y monitorizado (T.A., pulso, saturación O₂,..) es necesaria una evaluación inicial para conocer los siguientes interrogantes: Hora de inicio del ictus, Factores de Riesgo y Enfermedades Concomitantes, historia clínica del paciente,...

Estancia Hospitalaria (Unidad de Ictus)

Después de la atención del paciente en el Servicio de Urgencias, aquellos con un ictus agudo que cumplan los criterios de admisión (**ANEXO 3**) deben ser trasladados hasta una cama de la **Unidad del Ictus** lo antes posible,

dónde se realizarán los siguientes procedimientos en el momento del ingreso:

- Mantener Permeable la Vía Respiratoria
- Determinar la Presión Arterial, Frecuencia Respiratoria, Frecuencia Cardíaca, Temperatura y Saturación de Oxígeno. Monitorización.
- Encamamiento con indicación de reposo absoluto, con elevación de la cabecera 20º a 30 º.
- Colocación de una vía venosa periférica (en el caso de que no se haya colocado en el Servicio de Urgencias), con llave de tres pasos, y administrar 1000 ml de Solución Salina Isotónica en 24 horas. (Dependerá de la pauta médica)
- Evaluar el Defecto Neurológico con la Escala NIH o la canadiense (**ANEXO 4**)
- Administrar (según pauta médica) heparina subcutánea en dosis de profilaxis de trombosis venosa, excepto si existe una indicación diferente.

Como regla general los pacientes permanecen las primeras 72 horas en la Unidad del Ictus. Durante estos días se siguen unas pautas generales de tratamiento que incluyen la monitorización continua y la aplicación de protocolos terapéuticos específicos.

Actividad / Movilidad Física

La valoración de la función motora se centrará en 3 aspectos fundamentales:

- Observación de movimientos motores involuntarios
- Evaluación del tono muscular (hipotonía, flacidez, hipertonia, espasticidad, rigidez)
- Estimulación de la fuerza muscular: Serie de movimientos de resistencia; la fuerza del movimiento se gradúa en una escala de 6 puntos.

Durante las primeras 24 horas el paciente estará encamado, con una inclinación de la cabecera de la cama de 15 a 30 grados; después, siempre que sea posible se inicia la sedestación y progresiva movilización. Importante atención al riesgo de Deterioro de la Integridad Cutánea (Úlceras por Presión).

Medidas Generales para la prevención de **Úlceras Por Presión** (UPP)

- Cambios posturales cada 4 horas.
- Protección de zonas de presión y prominencias óseas.
- Hidratación de la piel mediante masajes circulares y aplicación de ácidos grasos sobre la misma. (Corpitol)
- Protección de pliegues cutáneos

- Colocación de colchón anti escaras
- Si el paciente lo tolera, mantenerlo sentado durante el día el mayor tiempo posible.
- Mantener alineamiento anatómico

Medidas Generales para la prevención de **Caídas.**

- Mantener las barandillas arriba.
- Aplicar Protocolo de Prevención de Caídas. (**ANEXO 5**)
- Colocar al alcance del paciente artículos personales, timbre, teléfono,...
- Si se necesita, se valorará la contención mecánica.
- No hay que olvidar que alguno de estos pacientes puede estar recibiendo terapia antitrombótica y las caídas son uno de los factores de Riesgo de Sangrado.
- Se recomienda valorar el riesgo de caídas en todos aquellos pacientes que hayan sufrido un ictus. (Valoración Riesgo de Caídas) (**ANEXO 6**)

Así mismo, la movilización precoz nos ayudará a reducir el riesgo de otras posibles complicaciones como Infecciones Urinarias o algunas Afecciones Respiratorias.

Alimentación / Deglución

Durante la fase aguda del ictus, muchos pacientes tienen algún grado de disfagia, a la cual debe prestarse una atención especial, no sólo por la repercusión nutricional: malnutrición y deshidratación (el paciente no va a poder tragar, por tanto habrá que buscar otros medios de alimentación: sonda nasogástrica, gastrostomía,...), sino también por el riesgo a la broncoaspiración (Afecciones Respiratorias) y al desarrollo (complicación) de la consiguiente neumonía.

Para comprobar la existencia de disfagia y su grado, podemos basarnos en los signos clínicos que nos hagan sospechar de la presencia de disfagia, como pueden ser: nivel de conciencia disminuido, disfonía, parálisis facial,...; no obstante, a todos los pacientes se les debe realizar el **Test de Comprobación** al ingreso (**ANEXO 7**)

Hidratación

Se debe asegurar un aporte diario de agua de 2000 ml, en forma de sueros salinos isotónicos (no se recomienda el uso de sueros glucosados por su potencial para contribuir al daño neuronal mediado por la hiperglucemia). Tan pronto como sea posible, la administración de líquidos se realizará por vía oral o enteral, por sonda nasogástrica o gastrostomía.

Tensión Arterial

La monitorización y el tratamiento de la Presión Arterial es un aspecto de gran importancia, ya que se tiene que mantener una presión de perfusión cerebral adecuada, siendo ideal mantener cifras de presión ligeramente elevadas (sistólicas entre 160 y 180 mmHg y diastólicas entre 90 y 100 mmHg.).

La monitorización puede ser discontinua, usando repetidamente un esfigmomanómetro automático o un dispositivo portátil para medir la presión sanguínea. Se realizaran tomas cada hora durante las primeras 24 horas y luego cada 4 horas, a excepción de protocolos y casos específicos.

La hipertensión arterial se tratará con fármacos antihipertensivos únicamente si:

- La T.A. sistólica supera los 220 mmHg o la diastólica es mayor de 120 mmHg. En el ictus isquémico.
- Tensión Arterial de 180/100 en el ictus hemorrágico

Temperatura Corporal

La fiebre influye negativamente en el resultado neurológico después de un accidente cerebrovascular; según algunos estudios, se ha estimado que cada grado de aumento de la temperatura corporal supone 10% adicional de deterioro neurológico.

La Temperatura se tomará cada 4 horas los primeros días y al menos cada 8 horas después.

Se tratará la hipertermia superior a 37'5 °C

Problemas Psicológicos

Es muy frecuente que los pacientes que han sufrido un ictus presenten alguna alteración del estado de ánimo o del humor, especialmente depresión o ansiedad. Es una parte muy importante (y generalmente olvidada de la Atención de Enfermería).

La misma gravedad del ictus, asociada con la discapacidad física y el deterioro cognitivo son algunos de los factores de riesgo asociados a la depresión post-ictus.

A falta de evidencia consistente acerca de la eficacia de los antidepresivos para prevenir la depresión post- ictus, no se recomienda su utilización con fines preventivos; por otra parte, si se recomienda el uso de antidepresivos para el tratamiento de la depresión post-ictus, pero valorando individualmente el riesgo de efectos adversos (función médica)

Posibles Complicaciones Más Comunes y Actuación Enfermera

Medidas de Prevención de la Trombosis Venosa y el Embolismo Pulmonar en la fase aguda del ictus:

- Ambulación Precoz
- Hidratación adecuada
- Vendajes elásticos, colocados en las piernas, por debajo de la rodilla.
- Anticoagulación con heparina subcutánea a dosis bajas o antiagregación con aspirina.

CONCLUSIONES

Tras realizar el estudio y revisión bibliografía actual del tema, *Atención de Enfermería a un Paciente tras sufrir un Accidente Cerebro Vascular*; podemos llegar a la conclusión de que este tipo de Enfermedad Invalidante afecta gravemente a nuestra población y que la mayor parte del daño cerebral se produce en las horas inmediatas posteriores al incidente; en algunos casos pueden dejar secuelas que durarán toda la vida, por lo que creo que la **mejora de una atención temprana** y personalizada es uno de los puntos clave para evitar muchas de las complicaciones más comunes. Pienso que la atención intrahospitalaria del Paciente que ha sufrido un Accidente Cerebro Vascular, por lo general, suele tener “buenos resultados”.

El principal problema que veo es la **falta de información que posee la población**, respecto a los primeros signos y síntomas de la enfermedad, cuándo deben acudir al Servicio de Urgencias o su Centro de Atención Primaria; en qué consiste la enfermedad, factores de riesgo habituales, cómo intentar evitarlos,...

Pese a que es bastante inevitable o al menos hay un alto porcentaje de sufrir un Accidente Cerebro Vascular conforme la edad de una persona va aumentando, sí que es posible retrasar su llegada, siguiendo unas pautas a lo largo de nuestra vida o al menos tener una información básica y esencial para acudir de manera útil al Sistema Sanitario; por tanto también estaríamos frente a un **problema de Educación Sanitaria**

Finalmente, me gustaría recalcar la necesidad de una **mejora de la Atención, cuidado y apoyo Psicosocial del paciente** que ha sufrido un ictus (**y su familia**).

ANEXOS

ANEXO 1: Escala de Glasgow: Nivel de Conciencia

ESCALA DE GLASGOW (nivel de conciencia)	
OJOS:	
Abren espontáneamente (los ojos abiertos no implican conciencia de los hechos)	4
A una orden verbal (cualquier frase, no necesariamente una instrucción)	3
Al dolor (No debe utilizarse presión supraorbitaria como estímulo doloroso)	2
No responde	1
MEJOR RESPUESTA VERBAL:	
Orientado y conservado (en tiempo, persona, lugar)	5
Desorientado y hablando (Lenguaje confuso)	4
Palabras inapropiadas (Reniega, grita)	3
Sonidos incomprendibles (quejidos, gemidos)	2
Ninguna respuesta	1
MEJOR RESPUESTA MOTORA:	
A una orden verbal. Obedece a un estímulo doloroso	6
Localiza el dolor (movimiento deliberado o intencional)	5
Retirada y flexión	4
Flexión anormal (rigidez de decorticación)	3
Extensión (rigidez de decerebración)	2
No responde	1
TOTAL	3 - 15

Se divide en tres grupos puntuables de manera independiente que evalúan la apertura de los ojos sobre 4 puntos, la respuesta verbal sobre 5 y la motora sobre 6, siendo la puntuación máxima y normal 15 y la mínima 3. Se considera traumatismo craneoencefálico leve al que presenta un Glasgow de 15 a 13 puntos, moderado de 12 a 9 y grave menor o igual a 8.

ANEXO 2: Escala de Rankin Modificado

ESCALA DE RANKIN MODIFICADO

0. Asintomático.
1. Sin incapacidad importante.
2. Incapacidad leve de realizar alguna de sus actividades previas, que las realizadas con dificultad pero **sin precisar ayuda**.
3. Incapacidad moderada. **Necesita alguna ayuda**.
4. Incapacidad moderadamente grave. Sin necesidad de atención continua.
5. Incapacidad grave. Totalmente dependiente, necesitando asistencia constante día y noche..
6. Muerte.

Esta escala sería el equivalente en la práctica clínica a:

- (0-2): independiente para actividades básicas de la vida diaria.
- (3-4): semidependiente para las actividades básicas de la vida diaria.
- (5): dependiente para las actividades básicas de la vida diaria.
- (6): muerte.

ANEXO 3: Criterios de admisión Unidad del Ictus

Criterios de Admisión

Ictus isquémico o hemorrágico de < 24 h de evolución

Ictus de > 24 h con déficit fluctuante

ATI recurrente

Criterios de Exclusión

Necesidad de apoyo ventilatorio (UCI)

Rankin previo > 3 (sala de Neurología)

ANEXO 4: Defecto Neurológico con la Escala NIH o la canadiense

Escala para evaluación de la extensión del infarto cerebral del Instituto Nacional de Salud (NIH) de los Estados Unidos, la cual es fácil de aplicar y además es necesaria para la selección de candidatos a trombólisis.
PUNTUACION NIH PARA ECV: Puntuaciones mayores de 22 se correlacionan con infartos muy extensos.

Estado de conciencia

- 0 Alerta
- 1 Somnoliento
- 2 Estuporoso
- 3 Coma (con o sin decorticación o descerebración)

Orientación

- 0 Bien orientado en las 3 esferas
- 1 Orientado parcialmente
- 2 Totalmente desorientado o no responde

Obediencia a órdenes sencillas

- 0 Abre y cierra los ojos al ordenársele
- 1 Obedece parcialmente
- 2 No obedece órdenes

Mirada conjugada

- 0 Normal
- 1 Paresia o parálisis parcial de la mirada conjugada
- 2 Desviación forzada de la mirada conjugada

Campos visuales

- 0 Normal
- 1 Hemianopsia parcial
- 2 Hemianopsia completa
- 3 Hemianopsia bilateral completa (ceguera cortical)

Paresia facial

- 0 Ausente
- 1 Paresia leve
- 2 Paresia severa o parálisis total

Fuerza MSD

- 0 Normal (5/5)
- 1 Paresia leve (4/5)
- 2 Paresia moderada (3/5)
- 3 Paresia severa (2/5)
- 4 Paresia muy severa (1/5)
- 9 Parálisis (0/5) o no evaluable (amputación, sinartrosis)

Fuerza MSI

- 0 Normal (5/5)
- 1 Paresia leve (4/5)
- 2 Paresia moderada (3/5)
- 3 Paresia severa (2/5)
- 4 Paresia muy severa (1/5)
- 9 Parálisis (0/5) o no evaluable (amputación, sinartrosis)

Fuerza MID

- 0 Normal (5/5)
- 1 Paresia leve (4/5)
- 2 Paresia moderada (3/5)
- 3 Paresia severa (2/5)
- 4 Paresia muy severa (1/5)
- 9 Parálisis (0/5) o no evaluable (amputación, sinartrosis)

Fuerza MII

- 0 Normal (5/5)
- 1 Paresia leve (4/5)
- 2 Paresia moderada (3/5)
- 3 Paresia severa (2/5)
- 4 Paresia muy severa (1/5)
- 9 Parálisis (0/5) o no evaluable (amputación, sinartrosis)

Ataxia

- 0 Sin ataxia
- 1 Presente en un miembro
- 2 Presente en dos miembros

Sensibilidad

- 0 Normal
- 1 Hipoestesia leve a moderada
- 2 Hipoestesia severa o anestesia

Lenguaje

- 0 Normal
- 1 Afasia leve a moderada
- 2 Afasia severa
- 3 Mutista o con ausencia de lenguaje oral

Disartria

- 0 Articulación normal
- 1 Disartria leve a moderada
- 2 Disartria severa, habla incomprensible
- 9 Intubado o no evaluable

Atención

- 0 Normal
- 1 Inatención a uno o dos estímulos simultáneos
- 2 Hemi-inatención severa

ANEXO 5: Protocolo de Prevención de Caídas

1º.- VALORAR LA NECESIDAD BÁSICA DE SEGURIDAD, en relación a:

- Nivel de conciencia al ingreso y continuado.
- Nivel de Dependencia: MOVILIZACIÓN
- Nivel de Dependencia: RELACIÓN SOCIAL (ACOMPAÑANTE)
- Tratamiento Medicamentoso: Hipnóticos, Sedantes, Diuréticos,..
- Edad: Mayores de 65 años, analizando el grado de autonomía personal.

2º.- VERIFICAR LA SEGURIDAD AMBIENTAL

- Freno de la cama.
- Iluminación.
- Timbre de llamada.
- Mesilla de noche.
- Servicio accesible.
- Suelo seco.

3º.- INSTAURAR BARANDILLAS EN LA CAMA en los pacientes:

- Desorientados o confusos.
- Orientados, con procesos que pueden descompensar el nivel de conciencia (pacientes alcohólicos, con enfermedades neurológicas, encefalopatía.etc.)
- Tratados con sedantes o hipnóticos.
- En algunos casos en pacientes con diuréticos sin sonda permanente.

4º.- INSTAURAR SUJECCIONES:

Solamente en pacientes con estado de agitación, valorando de forma continuada la respuesta del paciente y siempre con consentimiento del facultativo responsable del paciente.

5º.- PACIENTES ACOMPAÑADOS

El acompañante tiene la misión de servir de soporte afectivo al paciente, por tanto, las medidas preventivas de riesgos de caídas, nunca se pondrán o se quitarán, por el hecho de que el paciente este solo o acompañado.

ANEXO 6: Valoración Riesgo de Caídas

ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS (J.H.DOWNTON) ALTO RIESGO >2 PUNTOS		
CAÍDAS PREVIAS	No	0
	Si	1
	Ninguno	0
	Tranquilizantes – sedantes	1
	Diuréticos	1
MEDICAMENTOS	Hipotensores (no diuréticos)	1
	Antiparkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Otros medicamentos	1
	Ninguno	0
DÉFICITS SENSORIALES	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades (ictus...)	1
ESTADO MENTAL	Orientado	0
	Confuso	1
	Normal	0
DEAMBULACIÓN	Segura con ayuda	1
	Insegura con ayuda / sin ayuda	1
	Imposible	1

ANEXO 7: Test de Comprobación Disfagia

Esta prueba consta de dos fases:

- Primera fase: con una jeringuilla se dan a tomar 10 ml de agua; Esta prueba se repite tres veces consecutivas y si el paciente es capaz de deglutar sin problemas se pasa a la segunda fase.
- Segunda fase: consiste en darle a tragar 50 ml de agua en un vaso. La prueba se da como positiva si ocurre goteo bucal de agua, tos o estridor al deglutir o ausencia de movimiento laríngeo.

Conclusiones:

En los pacientes en que el test con 10 ml de agua resulte positivo, se debe suspender la vía oral.

Aquellos capaces de deglutir 10 ml, pero no una cantidad mayor, se nutrirán con una dieta semisólida, utilizando técnicas de compensación deglutoria.

Los que tragan 50 ml sin problemas pueden recibir una alimentación oral normal.

ANEXO 8: Principales Diagnósticos de Enfermería

Diagnósticos de Enfermería (NANDA)

Problemas Físicos

- Deterioro de la Movilidad Física
- Riesgo de Deterioro de la Integridad Cutánea
- Deterioro de la Comunicación Verbal
- Deterioro de la Deglución
- Riesgo de Infección
- Riesgo de Aspiración
- Riesgo de Estreñimiento
- Riesgo de Caídas
- Riesgo de Incontinencia Urinaria

Problemas Psicológicos

- Baja Autoestima Situacional
- Depresión
- Ansiedad

Problemas Social-Familiares

- Déficit para el Autocuidado (Alimentación/Baño/Higiene/Vestido y Acicalamiento)
- Afrontamiento Inefectivo
- Disfunción Sexual
- Manejo Inefectivo del Régimen Terapéutico

BIBIOGRAFÍA

1. Lic. Enf. Mirna Vázquez Robles. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL ISQUÉMICA. Rev. Mexicana de Enfermería Cardiológica. 2002.; 10 (1): 33-37
2. Dr. Jesús Pérez Nellar, Dr. Héctor Roselló Silva, Dr. Cláudio Scherle Matamoros. ATENCIÓN DEL ICTUS AGUDO. Manual de Prácticas Médicas - Hospital Hermanos Ameijeiras; Cuba. Servicio de Neurología. 2005. 1-54
3. Dr. Rubén M. Bembibre Taboada, Dr. Carlos García Gómez y Dr. Moisés Santos Peña. EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR. Rev. Cubana Med. 2002;41(1):20-24
4. Lic. Rebeca de la Caridad Ferrer Pérez, Lic. Mercedes Aurora Ferrer Carrión y Dr. Jorge Alberto Miranda Quintana. ACCIONES DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON AFECCIONES CEREBROVASCULARES. Rev Cubana Enfermería 2002; 18(3):189-93.
5. Carmen Portillo Vega, Jenifer Wilson-Barnett, M. Isabel Saracíbar Razquin. ESTUDIO DESDE LA PERCEPCIÓN DE PACIENTES Y FAMILIARES DEL PROCESO DE PARTICIPACIÓN INFORMAL EN EL CUIDADO DESPUÉS DE UN ICTUS: METODOLOGÍA Y PRIMEROS RESULTADOS. Enfermería Clínica 2002; 12(3):94-103
6. Isidoro Sánchez Blanco. REHABILITACIÓN DEL ACCIDENTE CEREBROVASCULAR: ASISTENCIA CENTRADA EN LOS PROBLEMAS DE LA PERSONA. Rehabilitación (Madrid) 2000; 34(6): 393-395
7. Lic. Idalmis Carmenaty Díaz y Enf. Laudelina Soler Orozco. EVALUACIÓN FUNCIONAL DEL ANCIANO Rev .Cubana Enfermería. 2002; 18(3):184-8

8. MANEJO DEL ICTUS TRAS EL ALTA HOSPITALARIA. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Ictus en Atención Primaria. 57 – 90.
9. PLAN de CUIDADOS ESTÁNDAR: ICTUS. H.U. Reina Sofia; Córdoba. Dirección de Enfermería.
10. Dr. José Turrent, Dr. Leandro Talledo, Dr. Angel González, Dr. José Gundíán, Dra. Carmen Remuñán. COMPORTAMIENTO Y MANEJO DE LA ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS. Rev. Cub. Med Int Emerg 2004; 3(2) 32-43.
11. Pablo Barreiro Tella. UNIDAD DE ICTUS: MEJOR ATENCIÓN AL PACIENTE, MAYOR EFICACIA Y MENOR COSTE. Hospital Universitario La Paz. Art. 28.639. Med. Clin. (Barc) 2004; 122(14):537-8.
12. J.Roca Guiseris, J.M. Pérez-Villares, P. Navarrete-Navarro. ACCIDENTE CEREBROVASCULAR AGUDO. ¿AMPLIAMOS NUESTRA CARTERA DE SERVICIOS? Med. Intensiva 2003; 27(9): 596-7
13. Leiva Rus A., Esteva Cantó M., Comas Díaz B., Frontera Juan G. FACTORES PREDICTORES DE DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN EN PACIENTES CON ICTUS. Abril 2011. Mgf. SEMG. 132-137
14. T. Isasia Muñoz, J. Vivancos Mora, C. del Arco Galán. CADENA ASISTENCIAL DEL ICTUS. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN URGENCIAS HOSPITALARIAS. Emergencias 2001; 13: 178-187
15. Alcaraz Escribano, Mª. L., Ibáñez Nicolás, Mª. J., Medina Quijada, Mª. I. PLAN DE CUIDADOS EN EL ICTUS AGUDO: TROMBOLISIS ARTERIAL. Enfermería Global. Nº 3. Noviembre 2003. 1-6
16. J. Masjuan Vallejo, M. Alonso de Leciñana Cases, N. García Barragán y M. Díaz Sánchez. Servicio de Neurología. Hospital Ramón y Cajal. Madrid. España. TRATAMIENTO TROMBOLÍTICO DEL ICTUS ESQUÉMICO AGUDO EN UN CENTRO SIN EXPERIENCIA PREVIA. Rev. Clin. Esp. 2007;207 (6):310-3
17. Margarita Esteve, Mateu Serra-Prat, Carme Zaldívar, Albert Verdaguer, Joan Berenguer. EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE UNA TRAYECTORIA CLÍNICA SOBRE EL ICTUS ISQUÉMICO. Gac. Sanit. 2004; 18 (3): 197-204

18. Paixão Teixeira, C. Silva, LD. LAS INCAPACIDADES FÍSICAS DE PACIENTES CON ACCIDENTE VASCULAR CEREBRAL: ACCIONES DE ENFERMERÍA. Enfermería Global. Febrero 2009. Nº15. 1 - 12
- 19.Dra. Mendoza Wong Laura Shelina. REHABILITACIÓN DE LAS PERSONAS AFECTADAS POR LOS ACCIDENTES CEREBROVASCULARES. Revista de la Escuela de Medicina "Dr. José Sierra Flores". Vol. 14. Número 1; Enero-Junio 2002. 9 -11
- 20.Dr. Paul Barberousse. ANALISIS DE LOS TIEMPOS EN LA ATENCIÓN PREHOSPITALARIA DEL ATAQUE CEREBROVASCULAR. Universidad de la República. Facultad de Medicina. Hospital de Clínicas. Instituto de Neurología. Uruguay. 1-19