

ACV: Actuación de enfermería en código Ictus. A propósito de un caso

Autores: Kalle El Hajoui, Magda (DUE (Diploma Universitario Enfermería)); Flores Medina, Pino Magdalena (Licenciada en Enfermería, Enfermera Asistencial).

Público: Diplomados Universitarios de Enfermería. **Materia:** Neurología. **Idioma:** Español.

Título: ACV: Actuación de enfermería en código Ictus. A propósito de un caso.

Resumen

El accidente cerebrovascular (ACV) es uno de los motivos más frecuentes de asistencia neurológica urgente, provocado por un trastorno de la circulación cerebral. Es una de las causas más importantes de incapacidad permanente del adulto y la tercera causa de muerte. Además, puede provocar secuelas que afecten de manera importante la calidad de vida. Por todo esto, es vital acudir de manera precoz a un centro hospitalario para instaurar el tratamiento cuanto antes y aprovechar la neuroplasticidad del cerebro que hace que, en esas primeras horas, sea más fácil recuperar las funciones cerebrales afectadas.

Palabras clave: ACV, diagnósticos, urgencias, código Ictus, valoración sistemática, proceso enfermero.

Title: CVA: Nursing action in the Ictus code. About a case.

Abstract

Stroke (CVA) is one of the most frequent reasons for urgent neurological assistance, caused by a cerebral circulation disorder. It is one of the most important causes of permanent disability of the adult and the third cause of death. In addition, it can cause sequelae that significantly affect the quality of life. For all this, it is vital to go to a hospital early to establish treatment as soon as possible and take advantage of the neuroplasticity of the brain that makes it easier in those early hours to recover the affected brain functions.

Keywords: CVA, diagnosis, emergencies, Ictus code, systematic assessment, nursing process.

Recibido 2018-03-09; Aceptado 2018-03-15; Publicado 2018-04-25; Código PD: 094059

1. INTRODUCCION

La enfermedad cerebrovascular (ECV), también denominada accidente cerebrovascular (ACV) o ictus es un conjunto heterogéneo de distintos trastornos que hacen referencia a la circulación cerebral. Se producen por la interrupción o disminución del aporte sanguíneo al cerebro¹. Además de producir diferentes déficits funcionales y estructurales, origina diversos tipos de limitaciones funcionales y restricción en la participación social². La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo define como: "Síndrome clínico caracterizado por el rápido desarrollo de síntomas y/o signos correspondientes usualmente a función neurológica focal, y a veces global que persisten más de 24 horas o conducen a la muerte sin otra causa aparente más que la de origen vascular". Esta definición excluye al accidente isquémico transitorio (AIT) ya que este se resuelve en menos de 24 horas³.

En la mayoría de los países desarrollados los ICTUS constituyen la tercera causa de muerte y generan una notable incapacidad física y laboral, responsable de un importante gasto sanitario. Esta situación es más evidente en España, que ocupa un puesto elevado en la mortalidad por ICTUS en Europa occidental.

La incidencia de los ACV aumenta con la edad; por eso aunque la mortalidad por esta causa haya descendido en la mayoría de los países desarrollados en las últimas décadas, el envejecimiento creciente de las poblaciones determina que la prevalencia de este padecimiento y su carga social no disminuyan. Al descenso de mortalidad por ACV ha contribuido un mejor control de los factores de riesgo y la creciente calidad de vida; sin embargo, los logros en el tratamiento del episodio ictal han sido muy limitados.

La incidencia de ACV depende, entre otros, de los siguientes factores: raza, sexo, situación geográfica, porcentaje de ciudadanos ancianos y tipo de estudio epidemiológico.

Los registros de mortalidad por ACV son relativamente fiables, dado que el diagnóstico clínico de esta entidad es sencillo. Esta epidemiología ha permitido estudiar la evolución de esta enfermedad a lo largo del siglo XX en muchos

países. Estos estudios han puesto de manifiesto el progresivo descenso de la mortalidad por ACV en los países desarrollados a partir del primer cuarto siglo. Esta disminución de la mortalidad se atribuye a un descenso de la incidencia, a una menor gravedad de los cuadros ictales y a una mayor supervivencia de los pacientes. En otras palabras, resulta claro que la mortalidad por ACV disminuye en el mundo civilizado, pero no su morbilidad. Es más, ésta tenderá a incrementarse debido al envejecimiento progresivo de las poblaciones. El papel de enfermería es significativo tanto en la prevención, tratamiento durante el ICTUS y post-ictus⁴. Ante la pérdida brusca de una función cognitiva, sensorial o mecánica se debe sospechar de la presencia de un accidente cerebrovascular⁵.

Debido a la gran magnitud de esta patología existen numerosos estudios y datos epidemiológicos. Según el estudio de mayor base población hasta ahora en nuestro país, el estudio IBERICTUS, presenta unos resultados preliminares que muestran unas altas incidencias de casos para la población total, 155 casos por 100.000 habitantes/año. Al separar las tasas por edad podemos observar que para los grupos de edad comprendidos de 18 a 64 años las tasas de incidencia son de 39 casos por 100.000 habitantes/año mientras que los mayores de 64 años superan las tasas de 591 casos por 100.000 habitantes/año. Según la OMS, teniendo en cuenta las proyecciones entre el 2000 y 2015 aumentará la incidencia de casos Ictus en un 27%⁶.

Los ACV isquémicos varían según la gravedad del episodio, intensidad, seguimiento, capacidad del cerebro para la recuperación y la atención recibida. La mayoría de los cuadros clínicos están causados por isquemia cerebral focal y, raras veces, por hemorragia cerebral⁴. Según el informe ISEDIC realizado en nuestro país, el 45% de los pacientes afectados por Ictus presentan discapacidad moderada o severa a los tres meses produciendo un deterioro tanto físico como mental. Se estima que en España hay hasta 350.000 personas discapacitadas por ictus⁶.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo principal

- Elaborar un plan de cuidados de urgencias en pacientes con ICTUS, desde el triaje hasta su alta en el servicio.

2.2. Objetivos específicos

- Elaboración de un checklist para la seguridad del paciente.
- Conocer el papel de la enfermería en dichos cuidados.
- Ampliación de conocimientos en el área de enfermería, aplicables en la vida profesional.
- Poner en práctica, de forma segura, las órdenes y protocolos médicos.

3. DESARROLLO DEL TEMA

Para el desarrollo del trabajo se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica en diversas bases de datos: Elsevier, Pubmed, Lilacs, Cochrane y Cuiden. También se ha consultado directamente páginas web de asociaciones científicas relacionadas con la Neurología y/o metodología enfermera.

Para la búsqueda en bases de datos se han utilizado los siguientes descriptores:

- Accidente cerebrovascular o Stroke.
- Diagnóstico enfermero o nursing diagnosis.
- Atención en enfermería o nursing care.
- Planificación de enfermería o patient care planning.
- NANDA⁷
- NOC⁸ (Nursing outcomes classification)
- NIC⁹ (Nursing interventions classification)

Además de artículos y documentos vía Internet, también se han consultado libros sobre el ACV y cuidados de enfermería y los manuales NANDA II⁷, NOC⁸ y NIC⁹.

En el caso clínico se ha seguido el modelo de Virginia Henderson, basado en las 14 necesidades que nos aporta por un lado un marco conceptual sobre el cual asentar la base de los cuidados y por otro una guía para realizar la valoración.

En la identificación de los diagnósticos de enfermería se ha utilizado la taxonomía NANDA II⁷ para enunciar las etiquetas de diagnósticos enfermeros.

Para cada diagnóstico se han seleccionado los resultados NOC⁸ e indicadores que se consideraron adecuados a la situación. Y por último, se establecieron las intervenciones de enfermería en base a la taxonomía NIC⁹, con las actividades necesarias para la consecución de los resultados.

La taxonomía NANDA II⁷ tiene tres niveles: dominios, clases y diagnósticos enfermeros:

- Un dominio es una esfera de conocimiento, estudio o interés (13 dominios).
- Una clase es un grupo, género o clase que comparte atributos comunes (46 clases).
- Un diagnóstico es un juicio clínico que formulan los enfermeros sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad a las afecciones o procesos vitales (167 DE).

La vinculación de las taxonomías NANDA, NIC y NOC, permite homologar el lenguaje dentro de la práctica clínica y genera ciertas capacidades como la reflexión, razonamiento clínico, toma de decisiones y autonomía, incluso confianza en sí mismo y motivación profesional, por mencionar algunas.

Entre las ventajas que pueden considerarse se encuentran las siguientes:

- Emplear un lenguaje común para dar prioridad y planificar los cuidados.
- Adquirir autonomía y seguridad para hacer juicios clínicos que generan motivación al comprobar su utilidad.
- Describir la cultura enfermera.
- Estructurar el pensamiento y el proceso en la toma de decisiones.
- Facilitar la memorización y la comunicación del profesional de enfermería, al proporcionar consistencia a los cuidados.
- Adaptar a los nuevos modelos de cuidados y a las exigencias de los cambios y demandas sociales.

Su empleo en conjunto facilita y en buena medida garantiza la planificación de los cuidados, debido a que el razonamiento clínico que utiliza la enfermera al determinar un diagnóstico debe coincidir con los resultados y el estado real del paciente, de tal forma que se asegura un plan dirigido e individualizado con el objetivo de dar respuesta a las necesidades humanas del individuo, de la familia y la comunidad.

Con el uso de las taxonomías se espera agilizar el trabajo en los distintos niveles de la salud como: prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación, así como en las áreas hospitalarias, en las comunidades, en las escuelas y hasta en las áreas laborales con el autocuidado, es por eso que enfermería tiene un reto importante que lograr.

3.1. Atención en Urgencias. Código Ictus^{10, 11}



Se denomina activación del código Ictus al proceso de actuación pre-hospitalaria basándose en el reconocimiento precoz de los signos y síntomas del accidente cerebrovascular. Priorizando en los cuidados y traslado del paciente a un centro hospitalario de referencia capacitado para el tratamiento.

Sus objetivos son los siguientes:

- Reducir al máximo las secuelas de los ictus, la dependencia de los pacientes para realizar las actividades de la vida diaria y la necesidad de cuidados permanentes.
- Disminuir en lo posible el tiempo de inicio del ictus y el acceso a un diagnóstico y tratamiento adecuado.
- Poder aplicar la terapia de fibrinólisis al mayor número posible de pacientes.

Por la gran variedad de manifestaciones clínica y por la necesidad de hacerlo rápido, el diagnóstico correcto del ictus no suele ser fácil. Por eso se debe conocer todos los signos de alarma que nos pueden llevar a sospechar en la posibilidad de un ACV¹⁰.

Tras una valoración inicial del paciente se debe proceder a la anamnesis:

- Edad y sexo del paciente
- Alergias a fármacos
- Antecedentes personales: es importante conocer las enfermedades y fármacos que consume el paciente, así como los factores de riesgo de ictus (tabaco, consumo de alcohol, hipertensión arterial, cardiopatías, diabetes mellitus, dislipemia)
- Preguntar por la hora de inicio de los síntomas, este es un dato fundamental.
- Investigar si existe pérdida de conciencia previa o crisis comiciales.
- Podemos utilizar la escala de Rankin, GCS y NIHSS para conocer la situación del paciente en el momento de la llegada a urgencias. Esta escala valora el resultado funcional tras producirse un ictus.
- Para que sea posible una activación precoz del código ictus es necesario conocer y valorar los síntomas:
 - Parálisis unilateral, a veces se expresa como debilidad o torpeza. Puede aparecer en mano, brazo, mitad de la cara o de la pierna, de forma aislada o en combinación.
 - Alteración de la sensibilidad, se manifiesta como una pérdida o disminución de la sensación táctil, en mano, brazo, mitad de la cara o pierna, aislada o en combinación y del mismo lado de la parálisis.
 - Confusión o desorientación de comienzo agudo.
 - Afasia repentina.
 - Alteración de la mitad del campo visual del mismo lado o en los dos ojos.
 - Alteración de las funciones cognitivas.
 - Alteración de la marcha y/o del equilibrio. No coordina los movimientos.
 - Diplopía.
 - Dolor de cabeza de inicio brusco, que no se puede atribuir a otras causas aparentes.
- Existen unos criterios de inclusión y de exclusión de la terapia antitrombótica a tener en cuenta.

3.2. Intervención de enfermería⁴.

Los cuidados de enfermería se inician en el momento en que el paciente llega a urgencias y continúan durante todo el proceso de atención.

- ABC: mantener vía aérea y evaluar respiración, determinar la necesidad de IOT y ventilación mecánica.
- ABC: obtener signos vitales, monitorizar TAM y tratar agresivamente la hipotensión o hipovolemia.
- Cabecera 30º-45º.
- Dieta absoluta.
- Oxígeno con gafas nasales entre 2-3litros por minuto.

- Canalización de vía venosa de gran calibre, como mínimo 18G a ser posible, en el brazo no parético ya que en el brazo con disminución de la movilidad o de la sensibilidad se incrementa el riesgo de flebitis por estar comprometido el retorno venoso.
- Realizar una glucemia, debe prevenirse y tratar la hiperglucemia ya que esta aumenta la mortalidad y las secuelas.
- Protección gástrica.
- Obtención de peso.
- Escala Glasgow, Rankin o NIHSS.
- Obtención muestra sanguínea.
- Monitorización continua Fc y TA.
- Realizar TAC craneal y radiografía (Rx).

3.3. Tratamiento de Ictus isquémico con trombolisis^{10,12,13}

La trombolisis intravenosa consiste en la recanalización de un vaso mediante la lisis del trombo; El fibrinolítico de elección es el rtPA o Alteplasa (Actilyse®) y se presenta en viales de 20 y 50 mg.

Esta terapia en el ACV se centra en el área de penumbra isquémica y está dirigida a revertir la causa inmediata del 80% de los ACV isquémicos: la oclusión de una arteria cerebral por un trombo.

La trombolisis ha demostrado reducir significativamente la discapacidad debida a ACV isquémico, pero se asocia a un 6% de riesgo de hemorragia intracerebral. Este riesgo es aún mayor si los pacientes no cumplen estrictamente los criterios de inclusión¹².

Sin embargo el porcentaje de pacientes a los que puede llegar a aplicar esta terapia es pequeño debido a las limitaciones de tiempo, ya que la ventana terapéutica es corta como se expondrá más adelante¹⁰.

4. MATERIAL Y MÉTODO

Se plantea la elaboración de una intervención de enfermería a una paciente con Ictus isquémico activando el código ICTUS en el hospital de referencia en Gran Canaria. La intervención comienza en el servicio de urgencias hasta su alta hospitalaria tras evolución en planta. Para la elaboración del plan de atención de enfermería se ha empleado la metodología enfermera, basándose en las necesidades básicas de Virginia Henderson para la fase de valoración y se han realizado los diagnósticos enfermeros mediante la taxonomía de la NANDA⁷. También se ha empleado la clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)⁸ para la elaboración de los objetivos y la clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)⁹ para establecer las actividades a llevar a cabo. Para la obtención de otros datos se ha recurrido a las escalas que se emplean en la unidad de urgencias y en planta:

- La escala Rankin valora el grado de discapacidad física tras un Ictus. Se divide en 7 niveles, desde 0 (sin síntomas) hasta 6 (muerte).
- La escala neurológica de Glasgow para medir el nivel de consciencia en pacientes extubados.
- La escala NIHSS es la más empleada para la valoración de funciones neurológicas básicas en la fase aguda del Ictus.
- La escala de valoración de riesgo de caídas Downton.
- La escala de Braden que mide el riesgo de aparición de úlceras por presión.
- La escala Barthel valora la autonomía para las actividades básicas de la vida diaria. Se puntúa de 0 (total dependencia) a 100 (total independencia).

4.1. Presentación del caso

Día 15/05/2017 a las 16:00h Paciente mujer de 68 años que acude al servicio de urgencias del Hospital Universitario Insular G.C. acompañada por su marido. El marido refiere que sobre 13:30h presenta su mujer brusca pérdida de fuerza en lado izquierdo, desviación comisura bucal, dificultad para hablar y desorientación.

Como antecedentes personales presenta hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM) controlada, dislipemia, hipotiroidismo e independiente para actividades básicas de la vida diaria. NAMC.

Tratamiento actual:

- Simvastatina 20mg/vo/24h.
- Omeprazol 20mg/vo/24h.
- Eutirox 75mg/vo/24h.
- Amlodipino 10mg/vo/24h.

Exploración en urgencias:

- Consciente, orientada parcialmente y colaboradora. Obedece órdenes simples.
- Tensión arterial 165/92mmHg, frecuencia cardiaca 63lpm, Tº 36.5ºC, frecuencia respiratoria 16rpm, glucemia capilar 115mg/dl, peso 70kg.
- Hemiplejía izquierda, disartria moderada con desviación de la comisura bucal, parálisis parcial de la mirada conjugada y bradipsiquia.
- No edemas en MMII ni signos de TVP (trombosis venosa profunda).
- NIHHS14

Pruebas complementarias:

- Análíticas de sangre (Hb 11.5g/dl, coagulación normal).
- Rx Tórax normal.
- Electrocardiograma (Fc 63lpm)
- TAC craneal (se evidencia placas de ateroma calcificadas en carótidas internas intracraneales y arterias vertebrales)

Se activa código ICTUS. Criterios de inclusión:

- Déficit focal sensitivo-motor.
- Alteración del lenguaje.
- Déficit visual unilateral.
- <6horas del inicio de los síntomas.
- Independiente para actividades básicas de la vida diaria.

Actuación de enfermería:

- Se debe verificar los criterios de inclusión y de exclusión de la terapia.
- Asegurarnos de que el consentimiento informado esté firmado, si pudiese por el propio paciente y sino por la familia.
- El tratamiento se administra por una sola vía, por lo que se debe comprobar que se hayan canalizado correctamente dos vías periféricas.

17:30h Se inicia tratamiento con terapia antitrombótica Alteplasa con un bolo inicial 7mg y perfusión 70mg (la dosis nunca superará 90mg). Tras fibrinólisis se mantiene una estrecha vigilancia durante 24horas controlando la TA, evitando

colocar catéteres centrales ni SNG, no administrar antiagregantes plaquetarios o anticoagulantes, controlar sangrado con compresión mecánica cuando sea posible si presenta sangrado en puntos de punción venosa y arterial....

Tras 24 horas en observación con una TA 152/64mmHg Fc 78lpm, pupilas isocóricas y normorreactivas, de NIHSS 14 pasa a NIHSS 2, GCS 15 puntos, disartria leve, mirada conjugada normal, continua con hemiplejía izquierda, obedece órdenes simples y complejas y continua con desorientación en espacio.

Se decide traslado a la unidad de ictus del hospital, generalmente ubicada en la planta de neurología, que está dedicada exclusivamente al tratamiento del ictus agudo. La vigilancia en esta unidad es semi-intensiva, y se caracterizan por tener un sistema de trabajo muy estructurado, con personal entrenado y criterios de ingreso preestablecidos. La atención del paciente en esta unidad va desde el tratamiento agudo, hasta la rehabilitación funcional y social del paciente.

Una vez llegada a planta se realiza la recepción y acogida de la paciente según protocolo. La enfermera referente realiza un plan de cuidados estandarizado para llevar a cabo una serie de intervenciones que puedan mejorar la calidad de vida de la paciente.

4.2. Valoración de Enfermería según las necesidades de Virginia Henderson

Este es el modelo que se ha consensuado como referente en la práctica hospitalaria en nuestro centro:

- Respiración:
 - Aporte de oxígeno con cánulas nasales a 2litros, eupnéica con SaO₂ 97-99%. Sin alteración patológica.
- Nutrición-hidratación:
 - No presenta problemas de deglución, pero necesita ayuda para coger la comida con los cubiertos y dificultad para llevarse la comida a la boca. Precisa de dieta blanda fácil masticación.
 - Previo a Ictus refiere mantener una dieta equilibrada por su dislipemia, dieta diabética e hiposódica.
- Eliminación:
 - Micción positiva en planta, no presenta incontinencia.
 - No refiere dificultad intestinal, sin gran esfuerzo. No estreñimiento.
- Movilización:
 - Independiente para las actividades de la vida diaria antes del ACV.
 - Actualmente presenta hemiplejía izquierda precisando ayuda para los autocuidados. Presenta 20 en la escala Barthel (dependencia grave)
- Reposo-sueño:
 - Refiere que descansa en la noche, aunque presenta episodios de ansiedad de vez en cuando.
- Vestirse:
 - Necesita ayuda total para vestirse y desvestirse. Colabora con el brazo derecho.
- Termorregulación:
 - Afebril 36.2°C
- Higiene-piel:
 - Buena hidratación. Buen aspecto de piel, mucosas, cabellos y uñas. Presenta 14 en la escala Braden (riesgo medio de UPP)
 - Aseo en cama, se muestra incómoda.
- Seguridad:
 - Consciente y orientada en tiempo y persona. Desorientada en espacio.

- Preocupada por su estado de salud y las posibles secuelas a largo plazo. No reconoce sus extremidades izquierdas.
- Valoración de riesgo de caídas con puntuación 3 (riesgo alto)
- Comunicación:
 - Mínima disartria.
 - Dificultad para comprender la realidad de la situación, se muestra irritada.
- Creencias:
 - Católica practicante.
- Realización y trabajo:
 - Administrativa. Tras jubilación realiza las tareas del hogar, cuida de sus nietos.
- Ocio:
 - Tras jubilación se dedica a cuidar de sus nietos y a viajar con su marido.
- Aprendizaje:
 - Presenta buen nivel de aprendizaje, pero en estos momentos se niega aceptar la situación.

4.3. Planificación de cuidados

A continuación se exponen los diagnósticos de enfermería (según la NANDA⁷⁾, seguidos de los objetivos e intervenciones que a mi criterio y según las bibliografías consultadas, son más susceptible de presentar la paciente afectada con ACV.

Para los indicadores NOC se utiliza la escala Likert de cinco puntos:

1=extremadamente comprometido a 5=no comprometido

1=nunca manifestado a 5=siempre demostrado

NANDA	00128 Confusión aguda Relacionado con ACV, delirio, hospitalización y edad avanzada, manifestado por agitación creciente y percepciones erróneas.		
NOC	0900 Cognición		
INDICADORES		Resultado inicial	Resultado final
090013 Comprende el significado de situaciones		2	4
09005 Está orientado		1	5
09006 Memoria inmediata		1	4
NOC	0916 Nivel de delirio		
INDICADORES			
090601 Desorientación espacial		1	5
091602 Desorientación personal		5	5

090612 Verbalizaciones sin sentido	2	5
090616 Agitación	2	5
090619 Empeoramiento al anochecer	2	5
090621 Delirios	2	5
NIC	4720 Estimulación cognitiva	
ACTIVIDADES (Inicio: 1º día, frecuencia: diaria, duración: continua) <ul style="list-style-type: none"> - Consultar con la familia para establecer el nivel basal cognitivo de la paciente. - Informar a la familia sobre noticias de sucesos recientes que no supongan amenazas. - Estimular la memoria repitiendo los últimos pensamientos expresados por el paciente. - Orientar a la paciente en lugar; ya que en persona y tiempo está orientada. - Hablar con la paciente, facilitando la expresión de sentimientos y percepciones. - Colocar en la habitación objetos familiares, como fotos de sus nietos. - Reforzar o repetir la información, dándola siempre en dosis pequeñas, concretas y de fácil entendimiento, solicitándole que lo repita, para asegurarnos de que lo haya entendido. 		
NIC	6440 Manejo del delirio	
ACTIVIDADES (Inicio: 1º día, frecuencia: diaria, duración: continua) <ul style="list-style-type: none"> - Identificar y descartar los factores etiológicos que causan el delirio. Comprobar saturación, comprobar que no exista retención urinaria... - Cuando esté acompañada, utilizar a los acompañantes para que la vigilen en caso de agitación en lugar de recurrir a sujeciones mecánicas. - Fomentar las visitas de sus familiares, incluso de sus nietos. - No validar las percepciones incorrectas o interpretaciones imprecisas de la realidad debidas al delirio. Situarla explicándole calmadamente la realidad de la situación. - Disponer de un ambiente de baja estimulación, retirando aquellos estímulos que pueda suponer una estimulación sensorial excesiva como la televisión, ruidos fuertes... - A la hora de acercarse a la paciente hacerlo lentamente y de frente, de manera que no se sobresalte, dirigiéndonos a la paciente por su nombre. 		

NANDA	00123 Desatención unilateral		
	Relacionado hemiplejía izquierda causad por ACV en el hemisferio derecho manifestado por parece no tener conciencia de la posición de las extremidades desatendidas.		
NOC	0918 Atención al lado afectado		
INDICADORES		Respuesta inicial	Resultado final
091801 Reconocer el lado afectado como parte integral de sí mismo.	1	4	
091803 Protege el lado afectado cuando se coloca.	1	4	
091804 Protege el lado afectado cuando se traslada	1	3	

091805	Protege el lado afectado durante el sueño o reposo.	1	3
091806	Realiza actividades de la vida diaria con el lado afectado	1	4
091807	Organiza el entorno el entorno para compensar las deficiencias físicas o sensoriales.	1	3
091808	Cambia la orientación del cuerpo para permitir que el lado no afectado compense los déficits físicos o sensoriales.	1	4
091809	Utiliza el examen visual como estrategia compensadora	1	4
091810	Estimula la fuerza y destreza de la extremidad afectada	1	4
091811	Evita la infrautilización de la extremidad afectada	1	3
091812	Mantiene el control postural	1	5
NIC	2760 Manejo de la desatención unilateral		
<p>ACTIVIDADES (Inicio: 1º día, frecuencia: diaria, duración: continua)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observar si hay respuestas anormales a los tres tipos de estímulos: visual, auditivo y sensitivo. - Explicar a la paciente en todo momento el cuidado que se le va a realizar, y hacerlo de manera que ella sea consciente de toda actividad que se le realice - Asegurar que las extremidades afectadas estén en una posición correcta y segura. - Ayudar en los traslados de la paciente a la cama al sillón, asegurando la seguridad del lado afectado. - Se intentará centrar la atención del paciente en el lado afectado mediante recordatorios frecuentes. - Mantener las barandillas laterales levantadas cuando está sola. - Enseñar a la paciente a realizar un examen visual completo, explorando su alrededor de izquierda a derecha, para que no mire solo el lado no afectado. - Realizar ejercicios pasivos de amplitud y masajes en el lado afectado. - Animar a la paciente a tocar y utilizar la parte corporal afectada. - Centrar gradualmente la atención del paciente en el lado afectado a medida que esta muestra capacidad de compensar la anulación. Animarla a que cuando esté comiendo con la mano derecha coloque su brazo izquierdo apoyado en la mesa, con la vista que controle la posición de su brazo y pierna izquierdos. - Animar a la paciente a asearse con el brazo derecho los miembros izquierdos (los afectados) a medida que vaya mostrando capacidad para compensar la anulación. A su vez, decirle que intente coger la esponja con la mano izquierda. - Centrar los estímulos táctiles y verbales en el lado afectado a medida que la paciente muestra capacidad para compensar la anulación. - Incluir a la familia en el proceso de rehabilitación para apoyar los esfuerzos del paciente y ayudar con los cuidados, enseñándoles a realizar los ejercicios pasivos y hacer que la paciente centre su atención en el lado afectado. 			

NANDA	00155 Riesgo de caídas Relacionado con hemiplejía izquierda manifestado por disminución de la fuerza en las extremidades izquierdas.		
NOC	1912 Caídas		
INDICADORES		Respuesta inicial	Respuesta final
191201	Caídas en bipedestación	1	4
191202	Caídas caminando	1	4
191203	Caídas sentada	2	5
191204	Caídas de la cama	1	4
191209	Caídas al ir al servicio	1	4
NIC	6490 Prevención de caídas		
ACTIVIDADES (Inicio: 1º día, frecuencia: diaria, duración: continua) <ul style="list-style-type: none"> - Identificar déficits cognoscitivos o físicos del paciente que puedan aumentar la posibilidad de caídas en un ambiente dado. - Ayudar al paciente a adaptarse a las modificaciones sugeridas de la manera de caminar. - Identificar conductas y factores que afectan al riesgo de caídas. - Controlar la marcha, el equilibrio y el cansancio en la deambulación. - Proporcionar dispositivos de ayuda (bastón o barra de apoyo para caminar) para conseguir una deambulación estable. - Enseñar al paciente como caer para minimizar el riesgo de lesiones. - Utilizar barandillas laterales de longitud y altura adecuadas para evitar caídas de la cama, si es necesario. - Disponer de una iluminación adecuada para aumentar la visibilidad. - Establecer un programa de ejercicios físicos de rutina que incluya el andar. 			

NANDA	00126 Conocimientos deficientes Relacionado con confianza inadecuada en la habilidad para manejar la situación manifestado por inseguridad y ansiedad.		
NOC	1824 y 1803. Conocimiento: cuidados en la enfermedad y proceso de la enfermedad		
INDICADORES		Respuesta inicial	Respuesta final
180302	Proceso de la enfermedad.	1	5
180306	Signos y síntomas de la enfermedad.	1	5
180314	Efecto psicosocial de la enfermedad sobre uno mismo	1	5
NIC	5606 Enseñanza individual.		
ACTIVIDADES (Inicio: 1º día, frecuencia: diaria, duración: continua) <ul style="list-style-type: none"> -Establecer una relación empática. -Establecer la credibilidad del educador. 			

<ul style="list-style-type: none"> -Determinar las necesidades de enseñanza de la paciente. -Valorar el nivel actual de conocimientos y comprensión de contenidos de la paciente. -Valorar el nivel educativo de la paciente. -Valorar las capacidades/incapacidades cognoscitivas, psicomotoras y afectivas de la paciente -Determinar la motivación de la paciente para asimilar información específica (creencias sobre la salud, incumplimientos pasados, malas experiencias con cuidados/aprendizaje de salud y metas conflictivas). -Establecer metas de aprendizaje mutuas y realistas con la paciente. -Identificar los objetivos de enseñanza necesarios para conseguir las metas. -Seleccionar los métodos/estrategias de enseñanza de la paciente. -Seleccionar los materiales educativos adecuados. -Corregir las malas interpretaciones de la información si procede. -Dar tiempo a la paciente para que haga preguntas y discuta sus inquietudes. 	
NIC	5602 Enseñanza: proceso de la enfermedad.
<p>ACTIVIDADES (Inicio: 1º día, frecuencia: diaria, duración: continua)</p> <ul style="list-style-type: none"> -Evaluar el nivel actual de conocimientos de la paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico. -Explicar la fisiopatología de la enfermedad y su relación con la anatomía y la fisiología, según cada caso. -Revisar el conocimiento de la paciente sobre su estado. -Reconocer el conocimiento de la paciente sobre su estado. -Describir los signos y síntomas comunes de la enfermedad. -Identificar la etiología posible, si procede. -Proporcionar información a la paciente acerca de la enfermedad, si procede. -Identificar cambios en el estado físico de la paciente. -Evitar las promesas tranquilizadoras vacías. -Dar seguridad sobre el estado del paciente, si procede. -Comentar los cambios en el estilo de vida que pueda ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de enfermedad. -Describir las posibles complicaciones crónicas, si procede. -Reforzar la información suministrada por los otros miembros del equipo de cuidados, si procede. 	

4.4. Evolución

Transcurrieron 15 días de ingreso hospitalario desde la primera etapa de inicio de la intervención hasta la segunda etapa a evaluar correspondiendo al final de la intervención con alta a domicilio. La evolución de la paciente en relación a las intervenciones realizadas han sido favorables como podemos observar en los indicadores.

En un principio se encontraba agitada, desorientada en lugar, con delirios, y sin apenas memoria inmediata; tras la última medición de resultados ésta se encontraba completamente orientada, recordaba la información que se le daba, no manifestaba ningún pensamiento delirante y tampoco se mostraba agitada. Lo que además influyó en una mejora de la relación con su familia y de la socialización en general.

En el momento de la valoración inicial ignoraba por completo sus extremidades izquierdas; cuando se realiza la última medición de resultados la paciente muestra interés en mantener en correcta posición sus extremidades izquierdas, les

dedica tiempo a la hora del aseo, coloca la mano afectada encima de la mesa a la hora de comer, o del reposabrazos cuando está en el sillón...

Además, a medida que la paciente mejoraba en esta dimensión se observó una mejora en su autonomía en relación a los autocuidados, ya que era capaz de enjabonarse la parte superior del cuerpo o manejar el tenedor y el vaso a la hora de la comida.

5. DISCUSIÓN

La calidad de vida para el paciente que sobrevive a un ictus se afecta en más de un aspecto. Además de las discapacidades físicas, se evidencian problemas en la esfera emocional, ya que cerca de un tercio de los sobrevivientes a un ictus padecen un síndrome depresivo, tanto en la fase aguda como en la crónica, la cual puede tener un efecto adverso sobre la recuperación funcional, la supervivencia y la esfera cognitiva.

El mejor tratamiento para el ictus es su prevención, por lo que los esfuerzos clínicos y de investigación deben ir dirigidos, principalmente, hacia la población de alto riesgo. Hemos de tener presente que hay una diferencia muy clara en la probabilidad de sufrir un ictus entre los pacientes sintomáticos y los asintomáticos: en las personas con estenosis carotídea severa asintomática el riesgo anual de ictus es del 2-2.5% mientras que en la estenosis carotídea severa sintomática se eleva hasta el 13%; en los pacientes con fibrilación auricular (FA) sin episodios previos de embolia cerebral el riesgo anual de ictus es del 4.5% y asciende al 12% en las personas con FA e ictus; en la población general mayor de 70 años es del 0.6% anual mientras que en los que han sufrido un ictus isquémico es de un 9%.

Diversos tratamientos son útiles en la prevención del ictus entre la población asintomática (profilaxis o prevención primaria). De forma similar disponemos de medidas efectivas para la prevención de nuevos eventos cerebrovasculares en aquellos pacientes que ya han presentado un ictus isquémico o hemorrágico, transitorio o establecido.

Toda acción que contribuya al mejoramiento del manejo en la comunidad del paciente en riesgo o en fases iniciales del evento, el manejo del ictus como una urgencia médica, la rehabilitación del paciente con apoyo a la familia, la mejoría continua de la calidad de la atención en todos los escenarios, la eficiencia en el uso de los recursos disponibles, la introducción de tecnologías apropiadas, requieren mayor esfuerzo por parte de los componentes implicados en este fenómeno.

6. CONCLUSIÓN

La solución de este problema de salud exige continuar perfeccionando y complementando los programas y acciones específicas, dirigidas tanto a la percepción de riesgo por la población como la competencia y desempeño del equipo de salud en las áreas de promoción de salud, prevención y manejo del evento en fase aguda y rehabilitación integral del paciente con atención a la familia.

Podemos concluir con los siguientes puntos clave:

- La identificación oportuna y su cuantificación de dichos factores permite planificar e implementar medidas de prevención primarias y secundarias más específicas e individualizadas.
- El abordaje actual del ictus isquémico agudo es multidisciplinario.
- El manejo y la activación del Código Ictus deben iniciarse desde el primer contacto con el sistema sanitario.
- Mejorar la accesibilidad a los centros hospitalarios adecuados constituye el principal reto: tiempo es cerebro.
- La monitorización precoz de la oxigenación, la temperatura, la presión arterial y la glucemia, como concepto básico de neuroprotección fisiológica, mejora los resultados.
- La TC sin contraste es el estándar del diagnóstico actual, la eficacia de técnicas de neuroimagen que cuantifican el área de penumbra isquémica reversible está en evaluación.

La trombólisis intravenosa con rtPA es la intervención terapéutica con mayor beneficio probado.

Bibliografía

1. Bardaji Fandos T. Revisión actualizada sobre enfermedad cerebrovascular: estudio de un caso. *Nursing*. 2003;21(3):45-56.
2. Suárez-Escudero JC, Restrepo Cano SC, Ramírez EP, Bedoya CL, Jiménez I. Clinical, social, occupational and of self – perception description of stroke patients. *Rev Acta Neurol Colomb*. 2011;27(2): 97-105.
3. Serrano Martínez FJ, coordinador. *Atención al paciente con accidente cerebrovascular*. [Jaén]: Logos; 2008.
4. M^a Ángeles Arnau Barragán, Miguel Ángel Serrano-Sánchez Lozano y Magdalena Jordán Valenzuela. Enfermería ante la isquemia cerebrovascular. En: Ángela Comas Hermoso, coordinadora. *Patología vascular*. Jaén: Logos;2012.p. 115-169.
5. Patricia Bazán Báez, Natalia Herrera Moreno y Miguel Ángel Rico Corral. Valoración y cuidados de enfermería a personas con problemas neurológicos. Vol. 3. Sevilla: MAD;2008.p.102-126.
6. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social. *Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con ictus en atención primaria* [internet]; 2009. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_466_Ictus_AP_Lain_Entr_compl.pdf
7. Luis Rodrigo, M^a Teresa (Rev.), *NANDA, Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación*, Madrid. Elsevier, S.A. 298 págs. ISBN: 84-8174-893-5.
8. Johnson, Marion; Maas, Merodean y Moorhead, Sue. *Clasificación de resultados de enfermería (NOC): medición de resultados en salud*. 5^a ed. Barcelona: Elseiver;2014.
9. McCloskey, Joanne C. y Bulechek, Gloria M. *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)*, Traducción de la 4^a ed. en inglés, Madrid. Elsevier, S.A. 1.072 págs. ISBN: 84-8174-787-4.
10. Jiménez-Murillo L, Montero FJ. *Medicina de urgencias y emergencias*. 4th ed.: Elsevier.
11. Alvarez-Sabín J, Alonso De Leciñana M, Gallego J, Gil-Peralta A. *Plan de atención sanitario del ictus*. Sociedad Española de Neurología.
12. Zarco LA, González F, Coral Casas J. *Tratamiento actual del ataque cerebrovascular isquémico (ACV) agudo*. Universidad Bogotá. ; 4(49).
13. Oyanguren B, González. *Atención hospitalaria del ictus*. 2015.
14. José Castillo Sánchez, coordinador. *Plan de formación en neurología. Ictus*. Madrid: Ediciones Ergon;2000.