



UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

Facultad de Enfermería de Soria



Facultad de Enfermería de Soria

GRADO EN ENFERMERÍA

Trabajo Fin de Grado

LA COMUNICACIÓN EN PACIENTES CON ICTUS

Estudiante: María Villafañez Valdespino

**Tutelado por: Ana María Fernández Araque y M^a Del
Carmen Ruíz Gómez**

Soria, 11 de junio de 2015

“Constantemente era testigo muda de conversaciones sobre mi vida, mi salud y mi futuro y no podía participar en ellas, eran otros quienes tomaban las decisiones”

Luis Ernesto Romera

ÍNDICE

RESUMEN	4
1. INTRODUCCIÓN	5
2. JUSTIFICACIÓN	6
3. OBJETIVOS	6
4. MARCO CONCEPTUAL	7
4.1. Definición	7
4.2. Clasificación	8
4.3. Epidemiología	9
4.4. Factores de riesgo	9
4.5. Síntomas de alarma	10
4.6. Secuelas y complicaciones	11
4.7. Recuperación	12
4.8. Diagnóstico	12
4.9. Tratamiento	12
4.10. Cuidados de enfermería	14
5. MATERIAL Y MÉTODOS	17
6. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	19
6.1. Identificar etiquetas diagnósticas en planes de cuidados estandarizados	19
6.2. Determinar intervenciones utilizadas por enfermería	25
6.3. Mostrar alternativas de comunicación entre el paciente y el profesional	28
7. CONCLUSIONES	32
8. BIBLIOGRAFÍA	33
ANEXOS	38
Anexo I. Factores de riesgo del ictus.	38
Anexo II. Escalas de valoración en el ictus.	39
Anexo III. Criterios de inclusión-exclusión en código ictus	44
Anexo IV. Sistema pictográfico de comunicación	47

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Clasificación del ictus según la etiología, inicio y duración	8
Tabla 2. Manifestaciones del ACVA izquierdo y derecho	11
Tabla 3. Necesidades según el Modelo de Virginia Henderson	16
Tabla 4. Búsquedas bibliográficas	17
Tabla 5. Criterios de exclusión e inclusión	18
Tabla 6. Etiquetas diagnósticas de enfermería en pacientes con accidentes cerebrovasculares	23
Tabla 7. Etiquetas diagnósticas de enfermería más frecuentes en pacientes con ictus, según planes de cuidados estandarizados.	24
Tabla 8. Intervenciones de enfermería tanto en Atención Primaria como en Especializada.	25

RESUMEN

Introducción: El ictus representa actualmente la segunda causa de mortalidad en España y la primera en mujeres. Una de las secuelas que puede producir son las alteraciones del lenguaje y la comunicación. El papel de enfermería es fundamental, ya que detecta, previene los problemas, fomenta la recuperación y disminuye las complicaciones.

Objetivos: Identificar las etiquetas diagnósticas más frecuentes en los planes de cuidados estandarizados en pacientes con ictus, determinar las intervenciones utilizadas por enfermería tanto en el ámbito hospitalario como en atención primaria para mejorar la comunicación y mostrar aquellas alternativas de comunicación que existen entre el paciente y el profesional sanitario.

Material y métodos: Se realiza una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos/motores de búsqueda, como Scielo, Cuide, Dialnet, Pubmed...; así como páginas web oficiales de sociedades científicas y en distintas instituciones sanitarias españolas. Se revisan planes de cuidados estandarizados de 9 instituciones sanitarias españolas que respondían al objeto de nuestro estudio y aquellos que cumplían los criterios de exclusión e inclusión.

Resultados: Existen diversas etiquetas diagnósticas para pacientes con ictus para mejorar la comunicación, siendo diferentes en los planes de cuidados analizados, de unos centros a otros. Algunas carecen de intervenciones en cuanto al deterioro de la misma, otras detallan intervenciones muy amplias y hay pocas que detallan el cómo actuar de manera explícita. Identificamos dos proyectos que trabajan nuevas alternativas de comunicación entre el paciente y el profesional mediante sistemas pictográficos y cuadernos de apoyo para a la comunicación en el entorno sanitario para el paciente.

Conclusiones: Como medida importante para abordar, de forma coordinada en nuestro sistema sanitario la necesidad de comunicación en pacientes con Ictus, se deberá elaborar, a nivel nacional, una guía de Práctica de Cuidados Estandarizados en pacientes con ictus, con intervenciones específicas y concretas que ayuden y suplan la necesidad de comunicación que evidencian estos pacientes.

1. INTRODUCCIÓN

En España, el ictus supone la segunda causa de mortalidad en la población general y la primera en mujeres^{1,2}, además de un gasto sociosanitario muy elevado, que se estima va a incrementarse en los próximos años debido al envejecimiento de nuestra población y al número de casos que aumenta con la edad³. La Organización Mundial de la Salud (OMS) va más allá en sus previsiones; según sus estimaciones y teniendo en cuenta que en el año 2050 la población mayor de 65 años representará el 46% del total, casi la mitad podría sufrir un accidente cerebrovascular⁴.

Los cuidados enfermeros están orientados a restaurar y mantener la salud física y social, logrando una independencia y una calidad de vida lo más óptima para el paciente y su familia. Por ello, nos vamos a centrar en una de las secuelas que puede producir el ictus: las alteraciones del lenguaje y la comunicación (afasia, disartria y mutismo).

Desde el inicio de la Enfermería como profesión, es bien conocido que uno de los aspectos más importantes de la atención al individuo sano o enfermo, es la comunicación, ya que permite establecer interacciones y relaciones terapéuticas encaminadas a la restauración de la salud. Sin embargo, hoy en día, continúa relegándose a un segundo plano⁵.

La alteración de la comunicación en el ictus puede asociarse a un riesgo importante de aislamiento social e individual, que influye no sólo en el estado de salud de la propia persona, sino en la mejoría y rehabilitación de la misma; debido al deterioro de la comunicación tanto con los profesionales sanitarios, como con los cuidadores o familiares, que son los pilares básicos para ayudar al paciente en su proceso de enfermedad.

Por lo tanto realizar una adecuada valoración en la necesidad de comunicación es algo, hasta el momento, no muy estudiado ni desarrollado en cuanto a técnicas específicas detalladas dentro de los planes de cuidados.

El papel de la enfermera es clave para detectar y prevenir los problemas asociados, fomentar la recuperación y disminuir las complicaciones ya que es el profesional que más tiempo pasa junto al paciente.

2. JUSTIFICACIÓN

Elaborar un correcto plan de cuidados encaminado a mejorar la comunicación en pacientes con ictus, debe pasar por conocer cuáles son las estrategias, técnicas, instrumentos o herramientas empleadas para ello. Quizás no de forma tan general, sino estructurándolas de una forma más específica, objetiva y pragmática para evidenciar los cuidados desde una perspectiva medible y organizada. En definitiva, las distintas alternativas que los profesionales de enfermería podemos utilizar para mejorar la calidad de vida de estos pacientes con intervenciones más desarrolladas e incluso la existencia de guías y procedimientos de las mismas, como anexos a los planes de cuidados que realizamos.

He elegido este tema, tanto por la alta incidencia que tiene el ACVA (Accidentes Cerebrovasculares), como por el alto coste que conlleva en cuidados y en atención a estas personas. Sin olvidar el interés que me ha generado este tema debido a la realización de mis prácticas el año pasado en Medicina Interna, donde pude observar cómo estos pacientes necesitan una atención importante y especializada por las dificultades que algunos presentaban en la comunicación.

3. OBJETIVOS

Los objetivos del este estudio son:

- Identificar las etiquetas diagnósticas, más frecuentes, en planes de cuidados estandarizados para pacientes diagnosticados de ictus.
- Determinar cuáles son las intervenciones utilizadas por enfermería en el ámbito hospitalario y en atención primaria para mejorar la comunicación en el paciente con ictus.
- Mostrar alternativas de comunicación entre el paciente y el profesional.

4. MARCO CONCEPTUAL

4.1 Definición

El **Daño Cerebral Adquirido (DCA)** es el resultado de una lesión súbita en el cerebro que produce diversas secuelas de carácter físico, psíquico y sensorial. Estas secuelas desarrollan anomalías en la percepción sensorial, alteraciones cognitivas y alteraciones en el plano emocional⁶. Sus causas más comunes son los traumatismos craneoencefálicos (TCE), los accidentes cerebrovasculares (ACVA o ictus), los tumores cerebrales, las anoxias cerebrales y las infecciones cerebrales⁷.

Las secuelas del Daño Cerebral Adquirido se pueden clasificar en seis grupos, según la Federación Española de Daño⁶:

- ✓ Problemas en el nivel de alerta.
- ✓ Problemas en la cognición y la comunicación.
- ✓ Problemas de control motor.
- ✓ Problemas en las emociones y la personalidad.
- ✓ Problemas en las Actividades Básicas de la Vida Diaria.
- ✓ Problemas en la recepción de información.

En nuestro caso, nos vamos a centrar en las enfermedades cerebrovasculares (ECV), accidentes cerebrovasculares (ACVA) o ictus, que son alteraciones transitorias o definitivas del funcionamiento de una o varias zonas del encéfalo (cerebro, cerebelo, tronco) ocasionadas por un trastorno de la circulación sanguínea cerebral. Sus manifestaciones derivan de un aporte inadecuado de oxígeno a las células del cerebro debido al déficit de flujo sanguíneo producido por la hemorragia de un vaso o la oclusión del mismo⁸.

Actualmente está más aceptado el término **ictus**⁹, por ser un término global que describe el carácter brusco y súbito del proceso.

4.2. Clasificación

A. Según el mecanismo etiopatogénico^{10,11} encontramos dos grandes grupos. El *ACVA isquémico*, es el producido por obstrucción parcial o completa de una arteria, como consecuencia del bloqueo por un coágulo de sangre. Representan alrededor del 80%. Y el *ACVA hemorrágico* es el resultado de un vaso debilitado que se rompe y sangra. La sangre se acumula y comprime el tejido cerebral circundante. Los dos tipos de accidentes cerebrovasculares hemorrágicos son intracerebral o subaracnoideo. Representan alrededor del 20%.

A continuación se muestra una clasificación más detallada, de los ictus isquémicos y transitorios.

Tabla 1. Clasificación según la etiología, inicio y duración.

Tipo de ACV	ETIOLOGÍA	SIGNO/SEÑAL	INICIO	CURSO
ISQUÉMICO				
1- Trombótico	Arterioesclerosis de las arterias coronarias.	Frecuentemente HTA.	Durante el sueño o al levantarse.	Súbito, progreso de minutos a horas.
2- Embólico	IAM, Enfermedad vascular, Fibrilación Auricular.	Ocasionalmente HTA.	Súbitamente durante la actividad.	Súbito. Máximo déficit a minutos del inicio.
HEMORRÁGICO				
1- intracerebral	HTA	Cefalea.	Durante la actividad.	Súbito. Progresa en 15 a 30 minutos.
2- Subaracnoideo	Aneurisma, Arteria-Vena con malformaciones.	Cefalea.	Durante la actividad.	Rápido deterioro de la función.

Fuente: Cometto MC. Manejo de la enfermería en el accidente cerebro vascular inicial¹⁰.

B. Según el perfil evolutivo^{10,11}, podemos dividirlo en otros dos grupos: El *AIT (ataque isquémico transitorio)*, definiéndose como un déficit neurológico focal que se resuelve por completo en menos de 60 minutos, sin evidencia de lesión en pruebas de neuroimagen. Los pacientes con AIT presentan un mayor riesgo de infarto cerebral y otros episodios vasculares. Y el *infarto cerebral*, correspondiéndose el déficit neurológico con un infarto en la neuroimagen.

4.3. Epidemiología

Desde un punto de vista epidemiológico, el ictus se caracteriza por una elevada incidencia y mortalidad, muchos de los que se recuperan presentan incapacidades e impedimentos significativos¹².

Los datos de la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria del Instituto Nacional de Estadística del año 2011 registraron 116.017 casos de accidentes cerebrovasculares (ACV) y 14.933 de ataques isquémicos transitorios, lo que correspondería, respectivamente, a una incidencia de 252 y 32 episodios por cada 100.000 habitantes.

A nivel mundial el ictus representa la tercera causa de muerte, la primera en invalidez adulta y la segunda de demencia después de la enfermedad de Alzheimer, además de ser una de las principales causas de morbilidad¹³. En España suponen la segunda causa de mortalidad en la población general, y la primera en las mujeres. Además de un gasto sociosanitario muy elevado, que se estima va a incrementarse en los próximos años debido al envejecimiento de nuestra población y al número de casos que aumenta con la edad.

4.4. Factores de Riesgo

Según la OMS, un factor de riesgo es “cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión”¹⁴. Por su forma de presentación súbita e inesperada puede parecer imprevisible, aunque en realidad es el resultado final del conjunto de hábitos de estilo de vida y circunstancias personales poco saludables.

En la actualidad, están bien identificados los factores de riesgo (Anexo I) que favorecen la predisposición a sufrir un episodio, incrementando aún más el riesgo de padecerlo si se asocian varios factores. Éstos pueden ser modificables, como la hipertensión, tabaco, sedentarismo, etc; o no modificables, como la edad el sexo, etc^{10,15,16}.

La detección y el manejo de dichos factores son la mejor manera para disminuir el verdadero riesgo, por lo que el personal sanitario debe mantener

una actitud de promoción y prevención de la salud. La Asociación Americana del Corazón ante la pregunta: “¿Cuál es el riesgo de tener un ataque cerebral?” responde así: “Si yo puedo tener un ACVA, usted también puede tenerlo”¹⁷. Lo que significa que cualquier persona es susceptible de padecerlo.

4.5. Síntomas de alarma.

Los síntomas de alarma pueden ser variados, sin que sea frecuente que la persona presente dolor, el síntoma que más se teme. Pero sus consecuencias pueden ser muy graves e invalidantes, de ahí la gran importancia del conocimiento de los mismos, tanto por el paciente como por las personas que les rodean.

La identificación inmediata de estos síntomas es crucial en la evolución del enfermo, los síntomas más frecuentes son^{18,19}:

- Pérdida de fuerza de la cara, brazo y/o pierna de un lado del cuerpo, de inicio brusco.
- Trastornos de la sensibilidad, sensación de «acorchamiento u hormigueo » de la cara, brazo y/o pierna de un lado del cuerpo, de inicio brusco.
- Pérdida súbita de visión, parcial o total, en uno o ambos ojos. Alteración repentina del habla, dificultad para expresarse, lenguaje que nos cuesta articular y ser entendido por quien nos escucha.
- Dolor de cabeza de inicio súbito, de intensidad inusual y sin causa aparente.
- Sensación de vértigo intenso, inestabilidad, desequilibrio o caídas bruscas inexplicadas, si se acompañan de cualquiera de los síntomas descritos con anterioridad.

Atendiendo al hemisferio afectado se dan distintas manifestaciones, casi siempre cruzadas al hemicuerpo contralateral²⁰, es decir, tienen lugar en la parte contraria al hemisferio dañado:

Tabla 2. Manifestaciones del ACVA izquierdo y derecho

ACVA CEREBRO DERECHO	ACVA CEREBRO IZQUIERDO
Hemiplejía izquierda	Hemiplejía derecha
Descuido parte izquierda	Descuido parte derecha
Déficit percepción espacial	Alteración habla, afasia del lenguaje
Tendencia a negar o minimizar la importancia a los problemas	Alteración de la percepción derecha o izquierda
Actos rápidos, periodos de atención cortos	Actos lentos, precavidos
Alteración del juicio	
Carácter impulsivo, problemas de seguridad	Consciencia de los déficits, depresión ansiedad
Alteración conceptos temporales	Alteración de la comprensión del lenguaje y matemáticas

Fuente: Moldes RM. Enfermedad cerebrovascular. Hemorragias¹⁷.

4.6. Secuelas y Complicaciones

Las secuelas y complicaciones de un ACVA van a depender en gran medida de la parte del cerebro que se encuentre dañada. Las más comunes que podemos encontrar son^{16,21} : Físicas, psicológicas, con afectación cognitiva y/o problemática social o familiar.

Dentro de las secuelas físicas se pueden producir déficits y alteraciones motoras, como pueden ser la ataxia o falta de coordinación, una pérdida selectiva de movimientos o del control y debilidad motora; déficits sensoriales que se deben al tacto, al sentido de la posición, etc; déficits visuales o del lenguaje como la afasia, la disartria y el mutismo. También podemos encontrar espasticidad; hombro doloroso, sobretodo en el paciente hemipléjico (relacionado con la espasticidad y la subluxación del hombro del miembro pléjico); dolor central post-ictus que empeora con el tacto, con agua o con movimientos; disfagia y caídas.

En las secuelas psicológicas encontramos depresión y/o ansiedad relacionada en gran parte con el miedo a las caídas o a posibles recurrencias del ictus y labilidad emocional.

Respecto a las afectaciones cognitivas las principales son la demencia, los déficits de atención, la alteración en la memoria, la apraxia y la agnosia.

En cuanto a la problemática social o familiar pueden producirse en actividades de la vida diaria (AVD), en el retorno al trabajo, la conducción y la sexualidad.

4.7. Recuperación

La recuperación es un fenómeno complejo y multidimensional que engloba aspectos físicos, emocionales y sociales; el cual está influido por factores como el lugar de la lesión, la severidad del daño cerebral y la salud global de la persona afectada²². La rehabilitación abarca distintas áreas y se requiere una asistencia multidisciplinar. Sin olvidar la gran importancia del apoyo y ayuda familiar. No hay que obviar el grado de discapacidad que afecta tanto al estilo de vida, al concepto de calidad de vida de la persona y al de sus familiares y cuidadores^{3, 23}.

4.8. Diagnóstico

El diagnóstico se realiza a través de una anamnesis del paciente, incluyendo los antecedentes personales y aquellos factores de riesgo asociados. También debe realizarse una exploración física y diversas pruebas diagnósticas: TAC, RMN y pruebas de laboratorio.

Así mismo, disponemos de escalas de valoración²⁴ (Anexo II), que son una herramienta muy útil para cuantificar de forma sencilla un déficit neurológico, la gravedad de un paciente o la magnitud de una secuela. Distinguimos principalmente dos tipos de escalas: las que miden la gravedad del déficit neurológico como la NIHSS o la Canadiense y aquellas que miden la repercusión funcional del ictus como la escala Rankin, Barthel o Katz

4.9. Tratamiento

El tratamiento va a depender del tipo, de la evolución y del paciente. Los objetivos principales serán evitar un nuevo episodio y conseguir la máxima rehabilitación funcional de las secuelas.

Podemos clasificar el tratamiento en: farmacológico⁹, administrando la fibrinólisis intravenosa, sueros o lo que requiera el paciente y no farmacológico, modificando los estilos de vida.

En los ictus isquémicos mediante la administración de fármacos por vía intravenosa, denominada trombolisis o fibrinólisis se permite restablecer la circulación cerebral y así mejorar la evolución y reducir las secuelas. Para ello se activa el denominado “*Código ictus*” que es el procedimiento de actuación pre-hospitalaria, basado en el reconocimiento precoz de los síntomas con la consiguiente priorización de cuidados y traslado a uno de los centros capacitados, lo que posibilita revertir o minimizar la lesión y secuelas clínicas.

El objetivo de la activación del código ictus es conseguir que el tiempo que transcurre entre el comienzo de los síntomas y el inicio del tratamiento se mantenga dentro de unos mínimos. A modo de ejemplo se exponen los criterios de inclusión y exclusión del código ictus en la Comunidad de Castilla y León¹⁴. (Anexo III)

El sistema asistencial debe identificar las funciones que tiene que desempeñar cada tipo de hospital y definir las responsabilidades inherentes a los mismos. Encontramos 3 niveles asistenciales en la red hospitalaria española²⁵:

- Hospital con unidades de ictus (UI). Se han convertido en el pilar fundamental para el tratamiento del ictus agudo. Son aquella estructura geográficamente delimitada, que tiene personal entrenado, específicamente dedicado, coordinado por un neurólogo experto, con servicios diagnósticos disponibles las 24 horas del día. Han demostrado una clara eficacia en reducción de mortalidad y mejor recuperación funcional; disminuye la estancia media de los pacientes y aumenta la supervivencia, con un mayor número de pacientes independientes
- Hospital con equipo de ictus (EI). Se definen como un grupo multidisciplinario de especialistas que colaboran en el diagnóstico y tratamiento del paciente con ictus, coordinados por un neurólogo

experto y que cuentan con protocolos de cuidados sistematizados, sin disponer de una estructura geográficamente delimitada, son una alternativa a considerar en los centros que no pueden ser dotados de una UI propiamente dicha.

Debe haber un sistema lo suficientemente bien organizado como para notificar y activar al equipo lo más rápidamente posible, de manera que, en 15 minutos un miembro del equipo esté a pie de cama.

- Hospital de referencia de ictus (HR). Son centros de máximo nivel, cuyos pacientes por su complejidad, gravedad o por precisar técnicas avanzadas de monitorización, estudio o tratamiento necesitan ser abordados en estos centros.

Es recomendable que haya disponible un neurólogo con experiencia en ictus, debiendo participar en el apoyo a niveles inferiores, así como organizar programas de educación y formación, dirigidos a ciudadanos y profesionales.

4.10. Cuidados de enfermería.

La importancia de los cuidados de enfermería en el ictus radica en que los pacientes con dicha patología son los que requieren un mayor nivel e intensidad de cuidados, debido a las secuelas, las complicaciones y la cronicidad que se deriva de ella.

Cuando una persona sufre un ictus, este accidente rompe la continuidad vital. El papel de enfermería está orientado a descubrir la necesidad, su estilo de vida, sus prácticas cotidianas, aquellas que se han deconstruido; y a evaluar las actitudes y los recursos de las personas, plantear estrategias de salud adaptativas para que la persona consiga sus elementos de normalidad y de cotidianidad, para con todo ello dar seguridad y calidad de vida²⁶.

Para ello aplicaremos el Proceso Enfermero, que es un método racional, sistemático para planificar y proporcionar los cuidados de enfermería. Su objetivo es identificar el estado de cuidados de salud de un paciente, los problemas de salud reales o potenciales, establecer planes destinados a

cumplir las necesidades identificadas, y proporcionar intervenciones de enfermería específicas²⁷. Las fases son: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

La valoración enfermera se define como, la obtención, organización, validación y registros sistemáticos y continuos de los datos (información). Así como un proceso continuo que se lleva a cabo durante todas las fases del proceso enfermero. Hay que centrarse en las respuestas de la persona a situaciones de salud, procesos vitales. Debiendo incluir las necesidades, los problemas sanitarios, las experiencias relacionadas, las prácticas de salud, los valores y los estilos de vida percibidos por el paciente

Para valorar debemos seguir un modelo. Los más utilizados son:

- Patrones Funcionales de M. Gordon
- Necesidades Básicas de Salud e Virginia Henderson

Para llevar a cabo este trabajo, el modelo conceptual a utilizar es el de las 14 necesidades básicas de salud de Virginia Henderson. En 1960 establece en su obra “Basic Principles of Nursing Care”, traducida al castellano como “Principios Básicos de los Cuidados de Enfermería”, las 14 necesidades básicas del ser humano, que constituyen los elementos esenciales del ser humano para mantener su vida o asegurar su bienestar. Estas necesidades, destacadas en la tabla 3, son comunes a todas las personas, aunque cada cultura y cada individuo las expresa de una forma diferente, y varían de forma constante ante la propia interpretación que cada ser humano realiza de las necesidades^{28,29}.

Tabla 3: Necesidades según el Modelo de Virginia Henderson

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber de forma adecuada.
3. Eliminar por todas las vías
4. Moverse y mantener posturas adecuadas.
5. Dormir y descansar.
6. Elegir ropa adecuada; vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal.
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
9. Evitar los peligros del entorno.
10. Comunicarse con los demás.
11. Actuar de acuerdo con la propia fe.
12. Ocuparse en algo para realizarse personalmente.
13. Participar en actividades recreativas.
14. Aprender.

Fuente: Benavent MA, Francisco C, Ferrer E. Corrientes del pensamiento I: modelos y teorías²⁸.

La décima necesidad de Virginia Henderson³⁰ es la comunicación, se define como la necesidad de la persona de intercambio con sus semejantes, con la finalidad de poner en común: sentimientos, opiniones, experiencias e información.

5. MATERIAL Y MÉTODOS

Este trabajo es una revisión bibliográfica, para la búsqueda de la actualización sobre el tema hemos analizado publicaciones científicas y bibliografía especializada siguiendo diversas estrategias de búsqueda realizadas en diversas bases de datos/motores de búsqueda como: SCIELO, CUIDEN, ELSEVIER, DIALNET, LILACS, PUBMED.

Las palabras claves utilizadas son: “ictus”, “comunicación”, “cuidados”, “enfermería”; incluyendo los mismos términos en inglés. También se utilizan combinaciones con los operadores booleanos “AND” y “OR”.

De la misma manera, se ha llevado a cabo búsquedas en libros, páginas web oficiales de sociedades científicas como: SEN (Sociedad Española de Neurología), SEDENE (Sociedad Española de Enfermería Neurológica)... Páginas web de información general como: EURODIDACTA

Para la obtención de los planes de cuidados, guías y/o protocolos en pacientes con Ictus y poder analizar las etiquetas e intervenciones relacionadas con la necesidad de comunicación hemos buscado en webs oficiales de los distintos organismos sanitarios españoles, contactando con alguno de ellos por vía e-mail y telefónicamente.

A continuación podemos observar la tabla de búsqueda, tabla 4; y la tabla con los criterios de exclusión e inclusión, tabla 5.

Tabla 4. Búsquedas bibliográficas

MOTORES DE BÚSQUEDA / BASES DE DATOS	PALABRAS CLAVE	RESULTADOS OBTENIDOS Y ÚTILES
Scielo	• Ictus	77 → 1
	• Ictus and comunicación	0
	• Ictus and plan de cuidados	0
	• Ictus and plan de cuidados and enfermería	0
	• Ictus and plan de cuidados and enferm*	0
	• Secuelas or complicaciones and ictus	19 → 1
Elsevier	○ Ictus	181 → 1
	○ Ictus and comunicación	563 → 3
Dialnet	• Enfermería and cuidados and ictus	11 → 0
	• Ictus cuid*	67 → 1

Google Académico	○ Ictus and cuidados and enfermería	678 → 0
	○ Ictus and comunicación and enfermería	554 → 1
	○ Plan de cuidados and ictus	876 → 6
	○ Sistemas alternativos de comunicación	874 → 4
Cuiden	• Enfermería and cuidados and ictus	10 → 1
	• Ictus cuid*	0
	• Ictus and comunicación	17 → 0
	• Comunicación and ictus and cuidados	2 → 0
	• Enfermería and ictus and cuidados	2 → 0
Lilacs	○ Enfermería and ictus and cuidados	59 → 1
	○ Ictus and proceso enfermero	1 → 0
Pubmed	• Communication and stroke and nursing	304 → 3
	• Plan of care and stroke and nurse	39 → 0
	• Nurse and communication	5098 → 0
Cinhal	• Communication and stroke	765 → 4

Tabla 5. Criterios de inclusión y exclusión de la búsqueda bibliográfica

INCLUSIÓN	EXCLUSIÓN
✓ Artículos desde 2005 a 2015.	➤ Artículos anteriores a 2005.
✓ Acceso a texto completo.	➤ Acceso no visible a textos completos.
✓ Publicaciones con evidencia científica.	➤ Publicaciones sin evidencia científica.
✓ Revisiones.	
✓ Idioma español o inglés.	
✓ Páginas web científicas o de asociaciones relacionadas.	

6. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Respondiendo a los objetivos de este estudio, comenzamos por identificar los diagnósticos enfermeros más frecuentes en los ictus, evidenciados y observados, en la distinta bibliografía encontrada.

6.1. Etiquetas diagnósticas más frecuentes en planes de cuidados estandarizados para pacientes de ictus.

Exponemos a continuación las etiquetas diagnósticas ^{16, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38,39} más frecuentes, en distintas instituciones hospitalarias de la geografía española que hemos obtenido de las páginas web oficiales, directamente solicitándolo a la unidad de cuidados de dichos centros o por estar en guías y protocolos sobre pacientes con ictus.

a) En el plan de cuidados de enfermería estandarizado del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla de Cantabria³¹, encontramos:

- Déficit de autocuidado: alimentación.
- Déficit de autocuidado: baño / higiene.
- Déficit de autocuidado: vestido / acicalamiento.
- Déficit de autocuidado: uso del baño (wc).
- Conocimientos deficientes.
- Riesgo de caídas.
- Afrontamiento inefectivo.

b) En la Guía de Práctica Clínica para el manejo de pacientes con ictus en Atención Primaria (AP) del Sistema Nacional de Salud¹⁶:

- Deterioro de la movilidad física.
- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.
- Desatención unilateral.
- Deterioro de la comunicación verbal.
- Deterioro de la deglución.
- Riesgo de lesión.
- Incontinencia urinaria funcional.
- Baja autoestima situacional.

- Ansiedad.
- Déficit para el autocuidado: alimentación/ baño / higiene /vestido y acicalamiento.
- Afrontamiento inefectivo.
- Disfunción sexual.
- Manejo inefectivo / efectivo del régimen terapéutico.
- Disposición para mejorar el afrontamiento familiar.

c) Dentro del plan estándar que dispone el Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid³², encontramos:

- Limpieza ineficaz de las vías aéreas.
- Deterioro de la eliminación urinaria.
- Riesgo de estreñimiento.
- Incontinencia fecal.
- Déficit para el autocuidado: alimentación/ baño / higiene /vestido y acicalamiento.
- Deterioro de la movilidad física.
- Deterioro del patrón del sueño.
- Desatención unilateral.
- Deterioro de la memoria.
- Ansiedad.
- Temor.
- Mantenimiento inefectivo de la salud.
- Riesgo de infección.
- Deterioro de la mucosa oral.
- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.
- Riesgo de caídas.
- Riesgo de aspiración.
- Interrupción de los procesos familiares.
- Deterioro de la comunicación verbal.

d) El plan de cuidados guía del paciente con ACV del Hospital Universitario

Lucus Augusti de Lugo³³:

- Déficit de autocuidados.
- Deterioro de la movilidad.
- Riesgo de integridad cutánea.
- Deterioro de la comunicación verbal.
- Cansancio en el desempeño del rol del cuidador.
- Riesgo de caídas
- Conocimientos deficientes.
- Afrontamiento inefectivo.

e) En los planes de cuidados estandarizados de enfermería, incluidos en el Hospital Regional universitario Carlos Haya de Málaga³⁴, podemos encontrar:

- Aislamiento social.
- Ansiedad.
- Afrontamiento inefectivo.
- Afrontamiento familiar comprometido.
- Baja autoestima situacional.
- Confusión aguda / confusión crónica.
- Conocimientos deficientes.
- Déficit de actividades recreativas.
- Desesperanza.
- Deterioro de la integridad cutánea.
- Duelo anticipado.
- Interrupción de la lactancia materna.
- Incontinencia urinaria funcional.
- Limpieza ineficaz de la vía aérea.
- Patrón sexual infectivo.
- Riesgo de soledad.
- Riesgo de aspiración.
- Riesgo de cansancio en el desempeño del rol del cuidador.
- Riesgo de estreñimiento.

- Riesgo de violencia autodirigida.
- Riesgo de violencia dirigida a otros.
- Trastorno de la imagen corporal.
- Temor.

f) El plan de cuidados estandarizados del complejo hospitalario de Jaén³⁵, comprende las siguientes etiquetas diagnósticas:

- Afrontamiento inefectivo.
- Afrontamiento familiar comprometido.
- Ansiedad.
- Temor.
- Deterioro de la movilidad física.
- Conocimientos deficientes.
- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.
- Riesgo de estreñimiento.
- Riesgo de cansancio en el desempeño del rol del cuidador.
- Manejo inefectivo del régimen terapéutico.
- Riesgo de caídas

g) El plan de cuidados estándar del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba³⁶:

- Desatención unilateral.
- Afrontamiento familiar comprometido.
- Ansiedad.
- Riesgo de aspiración
- Riesgo de infección.
- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.

h) El plan estándar del Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid³⁷:

- Limpieza ineficaz de las vías aéreas.
- Riesgo de aspiración.
- Déficit de autocuidado: alimentación, uso del wc, vestido/acicalamiento, baño e higiene.

- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.
- Riesgo de estreñimiento.
- Riesgo de infección
- Ansiedad.
- Deterioro de la comunicación verbal.
- Deterioro de la movilidad física.

i) El plan de cuidados de enfermería de la Gerencia Integrada de Soria^{38,39}:

- Manejo inefectivo del régimen terapéutico.
- Deterioro de la comunicación verbal.
- Deterioro de la deglución.
- Deterioro de la eliminación.
- Deterioro de la movilidad física.
- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.
- Déficits de autocuidados. Uso del baño / higiene.

En cuanto a la bibliografía consultada especializada de enfermería, encontramos las siguientes etiquetas diagnósticas de enfermería^{40, 41}, relacionados en la siguiente tabla 5:

Tabla 7. Etiquetas diagnósticas en pacientes con accidentes cerebrovasculares. (Elaboración propia)

LIBRO CONSULTADO	ETIQUETAS DIAGNÓSTICAS
Carpenito LJ. ⁴⁰	<ul style="list-style-type: none"> - Deterioro de la comunicación verbal. - Riesgo de lesión. - Incontinencia. - Déficit de autocuidado. - Deterioro de la deglución. - Riesgo de deterioro de la interacción social. - Desatención unilateral. - Incontinencia funcional. - Riesgo de gestión ineficaz de la propia salud. - Riesgo de cansancio del rol del cuidador.
Antón EV, Ayuso L. ⁴¹	<ul style="list-style-type: none"> - Alteración de la nutrición por defecto. - Riesgo de infección. - Deterioro de la integridad cutánea. - Deterioro de la deglución. - Estreñimiento. - Incontinencia.

- Deterioro de la movilidad.
- Déficit autocuidado.
- Alteración del patrón del sueño.
- Ansiedad.
- Trastorno de la imagen corporal.

Con todo lo obtenido, podemos observar que no se valora de igual modo a todos los pacientes que sufren un ictus. En hospitales como el de Valdecilla, el Lucas Augustu, el Reina Sofía y el de la Gerencia Integrada de Soria, sus etiquetas diagnósticas son mínimas; en contraposición encontramos la GPC, y los hospitales Ramón y Cajal, Carlos Haya, el complejo hospitalario de Jaén y el Río Hortega, donde se observa un abanico de etiquetas, pudiendo ofrecer más cuidados y más intervenciones derivadas del mismo. Si se altera una necesidad y ésta no se refleja en los planes estandarizados, ¿cuál es o sería la actuación? Deberían crearse planes estándar para toda España, que nos permitieran coordinar los diagnósticos e intervenciones en pacientes que se trasladan de un hospital a otro o incluso desde un nivel asistencial a otro.

A continuación, mostramos las etiquetas diagnósticas más frecuentes, de la bibliografía citada anteriormente. (Tabla 6)

Tabla 8. Etiquetas diagnósticas de enfermería más frecuentes (Elaboración propia)

Ansiedad
Afrontamiento inefectivo
Baja autoestima situacional
Déficit de autocuidado
Desatención unilateral
Deterioro de la comunicación verbal
Deterioro de la movilidad
Riesgo de deterioro de la integridad cutánea

La comunicación, objeto de nuestro estudio, se encuentra como etiqueta diagnóstica más frecuente en los planes de cuidados estandarizados. Pero incluso, siendo una de las más citadas, hay centros sanitarios donde ni la nombran^{29,32,33,34}. Esto nos hace plantearnos tanto la importancia que tiene, cómo la que debemos darle.

6.2. Intervenciones de enfermería en el ámbito hospitalario y en atención primaria para mejorar la comunicación en el paciente con ictus.

Una vez revisadas las etiquetas diagnósticas de enfermería más frecuentes encontradas en los planes de cuidados, guías y protocolos sobre pacientes con ictus en instituciones sanitarias, pasamos a responder el segundo de nuestros objetivos. Determinar cuáles son las intervenciones utilizadas por enfermería en el ámbito hospitalario y en atención primaria para mejorar la comunicación en estos pacientes (Tabla 7). Los datos extraídos, son los referidos a las intervenciones, que en sus planes de cuidados estandarizados, tienen establecidas para mejorar la comunicación en estos pacientes.

Tabla 8. Intervenciones de enfermería tanto en Atención Primaria como Especializada (Elaboración propia)

INSTITUCIÓN / FUENTE DE INFORMACIÓN	INTERVENCIONES A REALIZAR ENFERMERÍA
Guía de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud ¹⁶ para el manejo de pacientes con ictus en Atención Primaria.	Mejorar la comunicación: déficit del habla <ul style="list-style-type: none"> ○ Escuchar con atención. ○ Utilizar palabras simples y frases cortas, si procede. ○ Realizar terapias de lenguaje-habla prescritas durante los contactos informales con el paciente. ○ Utilizar cartones con dibujos o gestos con las manos, si procede. ○ Instruir al paciente y a la familia sobre el uso de dispositivos de ayuda del habla. ○ Animar al paciente a que repita las palabras. ○ Proporcionar un refuerzo y una valoración positivos, si procede. ○ Reforzar la necesidad de seguimiento con un foniatra después del alta.
Hospital Universitario Ramón y Cajal ³² / Grupo Planes de Cuidados	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Fomento de la comunicación: déficit del habla. ✓ Escucha activa.
Hospital Universitario Lucus Augusti de Lugo ³³ / Plan estándar de cuidados, guía del paciente con ACV	Encontrados Diagnósticos; aunque ninguna intervención

<p>Hospital Regional Universitario Carlos Haya de Málaga³⁴ / Plan de Cuidados Estandarizados de Enfermería</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Utilizar palabras simples y frases cortas, si procede ○ Abstenerse de gritar al paciente. ○ Elaborar junto con el paciente un listado de frases escritas que él considere básico para relacionarse con ese entorno. ○ Determinar con el paciente un gesto o acción sonora que él pueda realizar para llamar nuestra atención. ○ Informar a la familia el método de comunicación escrito que hemos elaborado conjuntamente. ○ Poner en práctica el método y verificar que es útil. ○ Aclarar el mensaje mediante el uso de preguntas y retroalimentación. ○ Estar atento a la propia actitud física en la comunicación de mensajes no verbales. ○ Centrarse en la interacción eliminando prejuicios, preocupaciones, etc. ○ Evitar barreras (minimizar sentimientos, soluciones sencillas, interrumpir). ○ Mostrar interés en el paciente y favorecer la expresión de sentimientos.
<p>Complejo Universitario Hospitalario de Jaén³⁵ / Plan de Cuidados Estandarizados</p>	<p>Encontrados Diagnósticos; aunque ninguna intervención.</p>
<p>Hospital Universitario Reina Sofía³⁶ de Córdoba</p>	<p>Encontrados Diagnósticos; aunque ninguna intervención.</p>
<p>Hospital Universitario Río Hortega³⁷ de Valladolid / Manual de Cuidados estandarizados</p>	<p>Mejorar la comunicación: déficit del habla</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Solicitar la ayuda de la familia en la comprensión del lenguaje, si procede. ✓ Utilizar palabras simples y frases cortas, si procede.
<p>Gerencia Integrada de Soria^{38,39} / Plan de Cuidados Estandarizados</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Escucharle con atención, sin prisas, ni gritarle para que le entienda. ○ Utilizar gestos con las manos, si procede. ○ Utilizar palabras simples y frases cortas, si procede.
<p>Libro de diagnósticos Enfermeros de Linda Carpenito⁴⁰</p>	<p>Identificar un método para comunicar las necesidades básicas</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Valorar la capacidad de comprender, hablar, leer y escribir. ✓ Proporcionar métodos alternativos de comunicación. <p>Identificar los factores que promueven la comunicación</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Crear un atmosfera de aceptación y privacidad. ✓ Proporcionar un ambiente tranquilo. ✓ Usar técnicas que incrementen la comprensión. ✓ Procurar que sólo hable una persona. Fomentar el uso de gestos. ✓ Confirmar que la persona comprende el mensaje. ✓ Dar información por escrito para reforzar.

Observamos, de forma muy general, que hay una controversia en qué hacer y cómo hacerlo. Algunos documentos, protocolos y/o guías de las analizadas en las distintas instituciones ni siquiera explican cómo actuar^{33,35,36,41}. Sí que aquellas guías más actuales, de los últimos tres o cuatro años, tienden a ser más exhaustivas en algunas intervenciones.

En la guía de práctica clínica¹⁶ se desarrolla de forma poco explícita la intervención enfermera, destacando en primer lugar la mejora del déficit del habla y especificando un poco más en cómo hacerlo. Pero incluso, se debería ser más específico. Porque, ¿cómo se realizan las terapias de lenguaje- habla?, ¿qué dispositivos existen de ayuda?, ¿cómo se proporciona el refuerzo positivo?

Por otro lado, podemos observar que en el Hospital Ramón y Cajal³², sólo se incluye en el grupo de planes de cuidados la intervención: “fomento de la comunicación y escucha activa; no explica en ningún momento qué hacer, ni cómo hacerlo”.

Uno de los centros que más intervenciones refleja, es el incluido en el plan de cuidados estandarizados de enfermería del Hospital Carlos Haya³⁴. Algunas de las que consideramos más útiles son “utilizar palabras simples y frases cortas, abstenerse de gritar al paciente, determinar junto a él gestos, evitar barreras, estar atento a la propia actitud física, etc.”. Sin embargo, creemos que otras de las intervenciones contempladas en este plan de cuidados estandarizados son complejas de llevar a cabo. Tales como “realizar preguntas y retroalimentación, elaborar junto al paciente un listado de frases escritas, favorecer la expresión de sentimientos...”, ello debido a que tanto la disartria como la afasia impiden dicha comunicación.

Los dos hospitales de la comunidad autónoma de Castilla y León, el Río Hortega³⁷ de Valladolid y la Gerencia Integrada^{38,39} de Soria, reflejan intervenciones para mejorar la comunicación, dos y tres respectivamente, un poco más específicas como “utilizar palabras simples y frases cortas; utilizar gestos; escuchar con atención, sin prisas, solicitar la ayuda de la familia”.

En contraposición, encontramos las intervenciones que se redactan en los libros. El de médico-quirúrgica⁴¹ no nos ofrece ninguna intervención y siendo un libro, con el que los futuros enfermeros estudiamos, se debería indicar qué hacer, y cómo debemos enfrentarnos a este déficit de comunicación. Ya que el aprendizaje es fundamental para poder ofrecer unos cuidados de calidad. Sin embargo, el libro de “Linda Carpenito”⁴⁰ nos ofrece intervenciones más detalladas, con las que podemos ofrecer aquello que necesite la persona. Aún así, proporcionar métodos alternativos de comunicación, sigue quedando en el aire, sin especificar cuáles o cómo.

Porque, ¿cuáles son los métodos alternativos de la comunicación?, ¿cómo se llevan a cabo en los pacientes con Ictus?

6.3. Alternativas de comunicación

Mostrar alternativas de comunicación entre el paciente –profesional, es nuestro tercer objetivo. La comunicación estándar comprende el lenguaje verbal y el no verbal, como los gestos, etc. Las recomendaciones que más frecuentemente encontramos y que destacan por su carácter general son^{42,43,44}:

- Limitar las distracciones y el ruido, como el ordenador, la televisión, poder acudir a un cuarto más silencioso...
- Disponer de una buena iluminación en el lugar donde se hable.
- Hablar con las personas en el lenguaje de adultos, sin hacerles sentir como si fueran niños. No finja entenderlos si no los comprende. Puede pedir que repita lo que ha dicho cuando no se entiende, pero no insista demasiado para evitar la frustración
- Si la persona no puede entenderlo, no grite. Gritar no ayudará, a menos que también tenga un problema de audición. Es fundamental establecer contacto visual cuando hablen.

- Cuando haga preguntas, hágalo de tal forma que le puedan contestar con un simple "sí" o "no". O en su defecto, de manera breve.
- Animarle en todos sus esfuerzos, los pequeños logros deben aceptarse como grandes
- Usted puede incentivar a la persona a usar otras maneras de comunicación.

Los Sistemas Aumentativos y Alternativos de Comunicación (SAAC) son formas de expresión distintas al lenguaje hablado, que tienen como objetivo aumentar (aumentativos) y/o compensar (alternativos) las dificultades de comunicación y lenguaje de muchas personas con discapacidad⁴⁵.

Analizando las alternativas que siguen en otros países, como Reino Unido, podemos observar que se están publicando estudios y protocolos donde analizan el problema de comunicación y las intervenciones e interacciones que deben realizar las enfermeras⁴⁶. Como bien se cita en uno de ellos: "comunicar de manera eficaz para entender las necesidades de los pacientes; es aumentar el bienestar de la persona y su autonomía"⁴⁷. Por otro lado, observamos artículos que hablan de la comunicación con pacientes, sólo destacando el papel del Logopeda, o siendo una implicación poco detallada del papel de la enfermería^{48,49}.

Si bien, en nuestro país; la calidad de los cuidados que preste la enfermera dependerá, en gran medida, del conocimiento que ésta tenga sobre el tema que esté abordando. Conocer las características básicas de los trastornos del lenguaje y comunicación que puede presentar la persona con ictus (afasia, disartria) nos permitirá interactuar de manera más eficaz y adaptada a sus posibilidades, aprovechando los recursos que el paciente conserva para sacar el máximo rendimiento a la interacción, favoreciendo la mayor autonomía e independencia comunicativa posible.

Por todo ello vamos a destacar dos proyectos^{50,51}:

1. Un sistema pictográfico que ha desarrollado el Servicio Andaluz de Salud que toma como origen una Tabla de Símbolos, elaborada por enfermeras de UCI del Hospital "Punta Europa" de Algeciras (Anexo v)

Esta herramienta tiene como objetivo facilitar la comunicación bidireccional entre profesionales y personas que tienen disminuida o alterada esta función por problemas físicos o por barreras del idioma (en caso de deterioro cognitivo no es válido). Siendo prioritario mantener las dos perspectivas: la del paciente, para poder dar a conocer a los profesionales cómo se siente y qué necesita y la del profesional que necesita conocer aspectos de índole física y emocional para poder cuidarle lo mejor posible.

Lo que se pretende es que durante el desarrollo del proceso que impide la comunicación verbal, se mantenga en la medida de lo posible la autonomía personal y la autoestima a través de cuidados basados en una comunicación, que permita además de plantear las necesidades físicas, abordar las emociones y sentimientos. Este es el valor añadido del panel de comunicación, ya que los sistemas pictográficos tradicionales están desarrollados para responder a preguntas determinadas, sin añadir esta otra dimensión emocional.

Viendo esta nueva alternativa que se desarrolla en UCI, ¿no podríamos extrapolarlo a cualquier otra unidad?

2. Un *cuaderno de apoyo a la comunicación en el entorno sanitario para el paciente con afasia*, denominado: "yo te cuento, cuenta conmigo". Su objetivo es facilitar la comunicación entre la persona con afasia y el profesional sanitario/ el familiar. Su uso puede favorecer la comprensión mutua de las necesidades y demandas que surjan durante el tratamiento de su enfermedad.

Este cuaderno está incluido en la Fase II del proyecto de apoyo a la comunicación con personas mayores y/o personas mayores con discapacidad, coordinado por el Centro de Referencia Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas (CEPAT)⁵² y el IMSERSO⁵³.

Con este cuaderno, podemos ofrecer a las personas que sufren un ictus y padecen afasia, una manera de no sentirse aislados y ofrecerles todos los recursos disponibles en nuestra mano.

Por lo tanto, mostramos estas dos nuevas alternativas de comunicación que podrían o deberían empezar a implantarse en todas las unidades de neurología, especialmente en aquellas denominadas unidades de ictus, por la estrecha relación que tiene. Y a partir de aquí, implantarlo a cualquier unidad.

7. CONCLUSIONES

- La bibliografía en cuanto a la patología del ictus está muy desarrollada; sin embargo, en cuanto a planes de cuidados, intervenciones y diagnósticos enfermeros, podemos observar que existe una gran carencia en la unificación y coordinación cuando se analizan distintos planes de cuidados en diferentes hospitales y/o instituciones sanitarias.
- Evidenciamos una multitud de etiquetas diagnósticas relacionadas con el ictus, siendo ocho las que más se repiten; pero a su vez, sin ser similares de unos centros a otros. Por lo que esto nos puede llevar a una dispersión en los planes de cuidados estandarizados.
- Las intervenciones a desarrollar por enfermería no son muy concretas y requieren de una mayor especificación y formación en su actuación respecto a la necesidad de comunicación.
- Aunque observamos un incremento de los nuevos sistemas alternativos de comunicación, mediante proyectos que trabajan sobre herramientas muy concretas para mejorar la calidad en la comunicación con estos pacientes, siendo necesario crear más sistemas adaptados a las necesidades de comunicación de cada persona.

Como conclusión final creemos que debería crearse una guía práctica de cuidados para mejorar la comunicación en pacientes con ictus a nivel nacional, con intervenciones específicas y concretas, que ayuden o suplan la necesidad de comunicación que evidencian estos pacientes, detallándose de forma más explícita las mejores herramientas disponibles y cómo llevarlas a cabo.

Para finalizar, como dijo Hipócrates: *“No existe daño cerebral demasiado leve para ser ignorado, ni demasiado severo para perder las esperanzas”*.

8. BIBLIOGRAFÍA

- ¹ Masjuan J et al. Plan de asistencia sanitaria al ICTUS II 2010. Neurología [revista en Internet] 2011 [acceso 28 de noviembre de 2014]; 26 (7). Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-295-articulo-plan-asistencia-sanitaria-al-ictus-90025345>
- ² López F, Jimenez Ma, Blanco Ma, Gavilán T, Portilla JC, Pedrera JD. Depresión postictus: factores que afectan el estado de ánimo. Revista científica de la sociedad española de enfermería neurológica [revista en Internet] 2011 [acceso 28 de diciembre de 2014]; 34(2): [32-38]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-cientifica-sociedad-espanola-enfermeria-319-articulo-depresion-postictus-factores-que-afectan-90036208>
- ³ Brea A, Laclaustra M, Martorell E, Pedragosa A. Epidemiología de la enfermedad vascular cerebral en España. Clínica e Investigación en Arteriosclerosis [revista en Internet] 2013 [acceso 20 de diciembre de 2014]; 25(5): [211-217]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-arteriosclerosis-15-articulo-epidemiologia-enfermedad-vascular-cerebral-espana-90259735>
- ⁴ Serrano F. Atención al paciente con accidente cerebrovascular. 1ª ed. Madrid: Formación continuada Logoss; 2008.
- ⁵ Landete L. La comunicación, pieza clave en enfermería. Enfermería dermatológica [revista en Internet] 2012 mayo – agosto [acceso 10 de enero de 2015] 6 (16): 16 – 19. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4069152>
- ⁶ Federación Española de Daño Cerebral [sede Web]. Madrid: FEDACE; 2013 [acceso 27 de diciembre de 2014]. Daño Cerebral Adquirido [2]. Disponible en: <http://fedace.org/dano-cerebral-adquirido-3/>
- ⁷ Daño cerebral [Internet]. Gipuzkoa: Red Menni; 2012 [acceso 27 de diciembre de 2014]. Lesión cerebral y sus causas. Disponible en: <http://xn--daocerebral-2db.es/el-dano-cerebral/la-lesion-cerebral-y-sus-causas/>
- ⁸ Antón EM, Ayuso L. Enfermedades cerebrovasculares. En: De la Fuente M. Enfermería médico-quirúrgica. 2ªes. Madrid: DAE; 2009.p.1008-1019.
- ⁹ Petidier R, Feliz MC. Accidente cerebrovascular agudo. En: Gil P, editor. Tratado de neuropsicogeriatría. Madrid: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología; 2010. p. 255-265.
- ¹⁰ Cometto MC. Manejo de enfermería en el accidente cerebrovascular inicial. Enfermería global [revista en Internet] 2009 noviembre [acceso 15 de diciembre de 2014]; 4(2). Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/479>
- ¹¹ Rodríguez N, Meis B, Blanco M, Castillo J. Patología cerebrovascular aguda. En: Vázquez MJ, Casal JR. Guía de actuación en urgencias. 4ª ed. Salamanca: Oftelmaga; 2012.p.165-172.
- ¹² Pérez J, Pérez S, Valderrama E, Caamaño L. Cuidados en el paciente con ictus. En: Guillén F, Pérez J, Petidier R. Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. 2ª ed. Barcelona: Masson; 2008.p.669-690.
- ¹³ Aguirrezabal A, Duarte E, Marco E, Rueda N, Cervantes C, Escalada F. Satisfacción de pacientes y cuidadores con el programa de rehabilitación seguido tras el ictus. Rev Cal Asist. 2010; 25(2): 90-96. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-calidad-asistencial-256-articulo-satisfaccion-pacientes-cuidadores-programa-rehabilitacion-seguido-ictus-13148452>

¹⁴ Organización mundial de la salud [sede Web]. Lugar de publicación: OMS; Fecha de publicación [acceso 14 de enero de 2015]. Factores de riesgo. Disponible en: http://www.who.int/topics/risk_factors/es/

¹⁵ Egido JA, Álvarez J, Díez E. Después del ictus. Guía práctica para el paciente y sus cuidadores. 2ªed. Barcelona: Edibe; 2009. Disponible en: http://www.ictussen.org/files3/Despues_del_ictus_guia_pacientes&cuidadores.pdf

¹⁶ Ministerio de Ciencia e Innovación. Guía de Práctica Clínica para el manejo de pacientes con ictus en Atención Primaria [monografía en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009 [acceso 18 de enero de 2015]. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_466_Ictus_AP_Lain_Entr_compl.pdf

¹⁷ Texas Heart Institute [sede Web]. Texas: THI; 2014 [acceso 26 de enero de 2015]. Factores de riesgo cerebrovasculares. Disponible en: http://www.texasheart.org/HIC/Topics_Esp/Cond/strokrsp.cfm

¹⁸ Sociedad Española de Neurología [sede Web]. España: SEN; [acceso 20 de enero de 2015]. Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la SEN. Disponible en: <http://www.ictussen.org/?q=node/91>

¹⁹ Federación Española de Ictus [sede Web]. Barcelona: FEI; [acceso 20 de enero de 2015]. El ictus. Disponible en: <http://www.ictusfederacion.es/el-ictus/>

²⁰ Moldes RM. Enfermedad cerebrovascular. Hemorragias. En: Díaz P. Manual CTO de Enfermería. 6ª ed. Madrid: Grupo CTO; 2014.p. 950-955.

²¹ Lombillo LM, Martínez S, Serra Y, Rodríguez L. Complicaciones en pacientes hemipléjicos por ictus. Revista cubana de medicina [revista en Internet] 2014 junio [acceso 28 de noviembre de 2014] ; 53(2): 134-143. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232014000200004&Ing=es.

²² Gárate L. et al. Ictus y recuperación: la perspectiva del paciente. Metas de enfermería [revista en Internet] 2009 [acceso 28 de noviembre de 2014]; 12(2): [20-25]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2912493>

²³ García N, Rodríguez A, Muñoz MJ, Parra S, Fernández A. Calidad de vida en pacientes con ictus. Un estudio fenomenológico. Enfermería clínica [revista en internet] 2010 [acceso 28 de noviembre de 2014]; 20(2): 80-87. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-pdf-13148264-S300>

²⁴ Neurodidacta [sede Web]. Madrid: García A, Sobrino P; 2014 [acceso 3 de marzo de 2015]. Manejo de la fase aguda del ictus. Disponible en: <http://www.neurodidacta.es/es/comunidades-tematicas/ictus/acercamiento-introduccion-enfermedad/mOdule-manejo-/escalas-valoracion-del-ictus>

²⁵ Díez-Tejedor E, Fuentes B. Situación asistencial del ictus en España. ¿Qué tenemos? ¿qué nos falta?. Neurología [revista en Internet] 2011 [acceso 28 de noviembre de 2014]; 26(8): 445-448. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-295-articulo-stroke-care-in-spain-what-90027251>

²⁶ Ferrer C. El paciente con ictus y el cuidado enfermero: un binomio de éxito para el siglo XXI. Revista científica de la sociedad española de enfermería neurológica [revista en Internet] 2014 [acceso 10 de diciembre de 2014]; 40(1): 2-3. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-cientifica-sociedad-espanola-enfermeria-319-articulo-el-paciente-con-ictus-el-90361312>

- ²⁷ Kozier B, Erb G, Berman A, Snyder S. Valoración. En: Kozier B, Erb G, Berman A, Snyder S. Fundamentos de enfermería: conceptos, proceso y prácticas. 8ª ed. Madrid: Pearson Educación; 2008.p.174-194.
- ²⁸ Benavent MA, Francisco C, Ferrer E. Corrientes del pensamiento I: modelos y teorías. En: García R. Fundamentos de enfermería. 2ª ed. Madrid: Difusión de avances de enfermería; 2009.p. 178-201.
- ²⁹ Observatorio de metodología enfermera [Internet]. Madrid: FUDEN; [acceso 20 de enero de 2015]. Necesidades básicas de Virginia Henderson. Disponible en: http://www.ome.es/04_01_desa.cfm?id=424
- ³⁰ Henderson V. The nature of nursing: a definition and its implication for practice, research and education. New York: McMillon; 1966.
- ³¹ Fernández RE, López N, Martín S, Zubilaga E. Plan de cuidados de enfermería estandarizado del paciente con ictus. Nuberos científica [revista en internet] 2012 [acceso 3 de marzo de 2015]; 1(7). Disponible en: <http://www.enfermeriacantabria.com/enfermeriacantabria/web/articulos/7/49>
- ³² Dirección de enfermería. Plan de cuidados estandarizados, paciente con accidente cerebrovascular [monografía en Internet]. Madrid: Hospital universitario Ramón y Cajal; 2005 [acceso 20 de abril de 2015]. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application/pdf&blobheaderna me1=Content-disposition&blobheaderna me2=cadena&blobheaderna me3=filename=pc4_ACV.pdf&blobheader value2=language=es&site=HospitalRamonCajal&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1202756185853&ssbinary=true
- ³³ Aranda M, García MA, Jabalero L, Canca JC. Plan de Cuidados Guía del paciente con ACV: una herramienta para la práctica enfermera. En: XXIII Reunión Ordinaria de la Sociedad Gallega de Medicina Interna. Lugo; 2009.
- ³⁴ Comisión asesor en planes de cuidados y enfermeras del hospital regional universitario Carlos Haya. Planes de cuidados estandarizados de enfermería [monografía en internet]. Málaga: Hospital regional universitario Carlos Haya; 2006 [acceso 20 de abril de 2015]. Disponible en: https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CCEQFjAA&url=http%3A%2F%2Fecaths1.s3.amazonaws.com%2Fpracticaintegradoraenfermeriauns1%2F1090162810.planes%2520de%2520cuidados%2520de%2520enfermeria.pdf&ei=401rVbPhOIX2UtPngcAF&usg=AFQjCNE66wwW6OA1vtEdLz3o_Nu70uokAw&sig2=awl6QVMHL146dizeLu-2Xg
- ³⁵ Ibañez J, Godoy MJ, Expósito R. Plan de cuidados estandarizado al paciente con acv accidente cerebro vascular. Inquietudes [revista en Internet] 2007 enero – junio [acceso 20 de abril de 2015]; (36). Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/chjfiles/pdf/1342104540.pdf>
- ³⁶ Dirección de enfermería. Plan de cuidados estándar: ictus [monografía en internet]. Córdoba: H.U. Reina Sofía; [acceso 20 de abril de 2015]. Disponible en: <http://www.agefec.org/Almacen/Manuales%20y%20guias/Plan%20cuidados%20ictus.pdf>
- ³⁷ Rodríguez MA, Tejedor A, Ramos MM, Aldanza C, Bilbao P, Galván MC et al. Manual de planes de cuidados de enfermería [monografía en Internet]. Valladolid: Hospital Universitario Río Hortega; [acceso 20 de abril de 2015]. Disponible en: <http://www.saludcastillayleon.es/HRHortega/es/publicaciones>

- ³⁸ Andrés C, Jiménez C, Gutiérrez AM, Alcalde JL, Álvarez MV. Plan de cuidados de enfermería [monografía]. Soria: Dirección general de asistencia sanitaria; 2012.
- ³⁹ Gómez LA, Fernández AM, Sanz ML, Álvarez MV. Plan de cuidados en Pacientes con Diagnóstico de ACVA al alta en AP [monografía]. Soria: Gerencia de AP y AE; 2011.
- ⁴⁰ Carpenito LJ Manual de diagnósticos enfermeros. 14ªed.Barcelona: Wolters Kluwer Health; 2013.
- ⁴¹ Antón EM, Ayuso L. Enfermedades cerebrovasculares. En: De la Fuente M. Enfermería médico-quirúrgica.2ªed. Barcelona: DAE; 2009.p.1008-1019.
- ⁴² MedlinePlus [sede Web]. Bethesda: Medline; 2014 [acceso 5 de abril de 2015]. Cuidados para la disartria. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/patientinstructions/000033.htm>
- ⁴³ MedlinePlus [sede Web]. Bethesda: Medline; 2014 [acceso 5 de abril de 2015]. Comunicarse con alguien con afasia. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/patientinstructions/000024.htm>
- ⁴⁴ Martín W, Sicilia I. La afasia. Características comunicativas para la intervención enfermera. ENE Revista de enfermería [revista en Internet] 2012 diciembre [acceso 17 de abril de 2014];6 (3). Disponible en: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/206/183>
- ⁴⁵ Portal aragonés de la comunicación aumentativa y alternativa [sede Web]. Aragón: Basil C; 2012 [acceso 25 de abril de 2015]. ¿qué son los sistemas aumentativos y alternativos de comunicación (saac)?. Disponible en: <http://www.catedu.es/arasaac/aac.php>
- ⁴⁶ Borthwick S. Communication impairment in patients following stroke. Nurs Stand [revista en Internet] 2012 [acceso 27 de abril de 2015]; 26 (19): [35-41]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22356064>
- ⁴⁷ McGilton KS, Sorin-Peters R, Sidan S, Boscart V, Fox M, Rochon E. Patient-centred communication intervention study to evaluate nurse-patient interactions in complex continuing care. BMC Geriatrics [revista en Internet] 2012. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/12/61>
- ⁴⁸ Stroke association [sede Web]. England: Stroke Association's Information Service; 2013 [acceso 26 de abril de 2015]. Communication problems after stroke. Disponible en: <http://www.stroke.org.uk/sites/default/files/Communication%20problems%20after%20stroke.pdf>
- ⁴⁹ McGilton K, Sorin-Peters R, Sidani S, Rochon E, Boscart V, Fox M. Focus on communication: increasing the opportunity for successful staff-patient interactions. International Journal of older people nurse [revista en Internet] 2011; 6(1): [13-24]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21303460>
- ⁵⁰ Plan Integral de cuidados en Andalucía [sede Web]. Andalucía: Servicio Andaluz de Salud; 2014 [acceso 2 de mayo de 2015]. La comunicación, siempre una prioridad. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=p_r_desa_Innovacion11&url=../contenidos/gestioncalidad/DICE/Paneles/Paneles.html

⁵¹ CEAPAT [sede Web]. Madrid: CEAPAT-IMSERSO; 2013 diciembre [acceso 25 de abril de 2015]. Cuaderno de afasia. Disponible en: <http://www.ceapat.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/cuadernoofasia.pdf>

⁵² Centro de Referencia Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas [sede Web]. Madrid: CEAPAT; [acceso 25 de abril de 2015]. Disponible en: http://www.ceapat.es/ceapat_01/index.htm

⁵³ Instituto de Mayores y Servicios Sociales [sede Web]. Madrid: IMSERSO; 2015 [acceso 25 de abril de 2015]. Disponible en: http://www.imserso.es/imserso_01/index.htm

ANEXOS

ANEXO I: Factores de riesgo del ictus^{10,14,15,16}

Factores de riesgo no modificables:

- **Edad**: es el principal factor no modificable. Las posibilidades de tener un ACV aumentan con la edad. La incidencia de ictus se duplica cada 10 años a partir de los 55 años.
- **El sexo**: Más frecuente en mujeres (probablemente por mayor número de mujeres en edad avanzada).
- **La raza**: las personas de raza negra tienen más predisposición a sufrir esta enfermedad en comparación con los de raza blanca.
- **Historia familiar**: los antecedentes familiares se asocian con mayor riesgo.

Factores de riesgo modificables: aquellos que se pueden modificar con tratamiento farmacológico o con el cambio de los hábitos de vida.

- **Hipertensión**: es el principal factor de riesgo del ictus. La hipertensión lesiona los vasos del organismo y también del cerebro. Las personas con hipertensión tienen un riesgo de cuatro a seis veces mayor que las que no lo tienen.
- **Ictus previo**: El riesgo de presentar un ictus isquémico recurrente y un nuevo evento vascular es especialmente elevado el primer año tras haber sufrido un AIT.
- **Tabaco**: duplica el riesgo de padecer un ictus isquémico y aumenta el de sufrir una hemorragia cerebral. Es directamente responsable de más ictus en las personas jóvenes.
- **Drogas y alcohol**: el consumo elevado incrementa el riesgo.
- **Sedentarismo**: La práctica de ejercicio físico se asocia a un menor riesgo de episodios vasculares. Se recomiendan 30 a 40 minutos de actividad aeróbica por lo menos 3 veces por semana. No sólo se reduce el riesgo de ACV, sino también de enfermedades cardiovasculares.

- Obesidad: las personas obesas tienen más riesgo de presentar enfermedades cerebrovasculares y cardíacas debido al aumento en las cifras de tensión arterial, glucemia y lípidos en la sangre. La dieta juega un rol muy importante, se recomienda disminuir el consumo de sal, grasas saturadas y colesterol.
- Diabetes Mellitus: provoca cambios vasculares tanto en la circulación general como cerebral y aumenta la prevalencia de HTA.
- Anticonceptivos Orales, Terapia Hormonal: Tanto los anticonceptivos orales como la terapia hormonal incrementan el riesgo.
- Cardiopatías: la fibrilación auricular aumenta el riesgo entre un 4% y 6%, ya que se pueden producir trombos con la posibilidad de oclusiones arteriales.
- Apnea del sueño: aumenta la presión arterial, causando la disminución del oxígeno y el aumento de dióxido de carbono en la sangre.

ANEXO II: Escalas

Escala de NIHSS

ESCALA DE LA NIHSS					
Evaluación	Respuesta	Puntaje	Evaluación	Respuesta	Puntaje
1a. Nivel de conciencia	Alerta	0	6a. Motor miembro inferior	Sin caída	0
	Somnoliento	1		Caída	1
	Estuporoso	2		No resiste la gravedad	2
	Coma	3		No ofrece resistencia	3
				No movimiento	4
			Amputación/artrodes.	NE	
1b. Preguntas (mes, edad)	Ambas correctas	0	6b. Motor miembro inferior	Sin caída	0
	1 rpta. Correcta	1		Caída	1
	Ambas incorrectas	2		No resiste la gravedad	2
				No ofrece resistencia	3
				No movimiento	4
			Amputación/artrodes.	NE	
1c. Ordenes (abra y cierre los ojos, haga puño y suelte)	Obedece ambas	0	7. Ataxia de miembros	Ausente	0
	Obedece 1 orden	1		Presente en 1 miembro	1
	No obedece ninguna	2		Presente en 2 miembro	2
				Amputación/artrodesis	NE
2. Mirada (sigue dedo/ examinador)	Normal	0	8. Sensibilidad	Normal	0
	Parálisis parcial	1		Hipoestesia leve-mod	1
	Desviación forzada	2		Hipoestesia mod-sev	2
3. Visión (presente estímulos/amenazas visuales a 4 campos)	Visión normal	0	9. Lenguaje	Normal	0
	Hemianopsia par	1		Afasia leve	1
	Hemianop. Comp	2		Afasia moderada	2
	Hemianop. Bilat.	3		Afasia global	3
4. Parálisis facial	Normal	0	10. Disartria	Normal	0
	Leve	1		Disartria leve – mod.	1
	Moderada	2		Disartria mod – severa	2
	Severa	3		Paciente intubado	NE
5a. Motor miembro superior	Sin caída	0	11. Extensión e inatención evaluar desatención / estimulación doble simultán	No desatención	0
	Caída	1		Desatención parcial	1
	No resiste gravedad	2		Desatención completa	2
	No ofrece resistencia	3			
	No movimiento	4			
		NT			
5b. Motor miembro superior	Sin caída	0			
	Caída	1			
	No resiste gravedad	2			
	No ofrece resistencia	3			
	No movimiento	4			
		NT			

Fuente: Asociación madrileña de neurología [sede Web]. Madrid: AMN; [acceso 3 de abril de 2015]. Escala NIHSS. Disponible en: http://www.amn-web.com/documentos/Escala_NIHSS.pdf

Escala Neurológica Canadiense

ESTADO MENTAL	
Nivel de conciencia	
Alerta	3
Obnubilado	1,5
Orientación	
Orientado	1
Desorientado o no aplicable	0
Lenguaje	
Normal	1
Déficit de expresión	0,5
Déficit de comprensión	0
FUNCIONES MOTORAS (Sin defecto de comprensión)	
Cara	
Ninguna	0,5
Presente	0
Brazo proximal	
Ninguna	1,5
Leve	1
Significativa	0,5
Total o máxima	0
>Brazo distal	
Ninguna	1,5

Leve	1
Significativa	0,5
Total o máxima	0
Pierna	
Ninguna	1,5
Leve	1
Significativa	0,5
Total o máxima	0
B.2) RESPUESTA MOTORA	
Cara	
Simétrica	0,5
Asimétrica (0)	0
>Brazos	
Igual (1,5)	1,5
Desigual (0)	0
Piernas	
Igual (1,5)	1,5
Desigual (0)	0
Nota: Si existe afectación del hemisferio derecho valorar extremidades izquierdas y viceversa	
Puntuación total:	

Fuente: Grupo de Estudios de Enfermedades Cerebrovasculares de la SEN [sede Web]. Madrid: SEN; [acceso 3 de abril de 2015]. Disponible en: <http://www.ictussen.org/?q=node/45>

Escala de Rankin

0.	Sin síntomas.	
1.	Sin incapacidad importante	Capaz de realizar sus actividades y obligaciones habituales.
2.	Incapacidad leve	Incapaz de realizar algunas de sus actividades previas, pero capaz de velar por sus intereses y asuntos sin ayuda.
3.	Incapacidad moderada	Síntomas que restringen significativamente su estilo de vida o impiden su subsistencia totalmente autónoma (p. ej. necesitando alguna ayuda).
4.	Incapacidad moderadamente severa	Síntomas que impiden claramente su subsistencia independiente aunque sin necesidad de atención continua (p. ej. incapaz para atender sus necesidades personales sin asistencia).
5.	Incapacidad severa	Totalmente dependiente, necesitando asistencia constante día y noche.
6.	Muerte	

Fuente: Grupo de Estudios de Enfermedades Cerebrovasculares de la SEN [sede Web]. Madrid: SEN; [acceso 3 de abril de 2015]. Disponible en <http://www.ictussen.org/?q=node/44>

ANEXO III: CRITERIOS DE INCLUSION-EXCLUSION EN CÓDIGO ICTUS

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Estos criterios varían dependiendo de la capacidad asistencial del hospital al que van a ser trasladados y/o su posible derivación a un hospital con Unidad de Ictus o Equipo de Ictus.

❖ Complejo Hospitalario de Burgos

- Ventana terapéutica de 0 - 4,5 horas
 - Edad: > 18 años pero sin límite superior de edad si el paciente tiene buena calidad de vida y ausencia de deterioro cognitivo (Escala de Rankin < 2).
 - Déficit neurológico no recuperado por completo espontáneamente
 - El paciente puede estar en tratamiento anticoagulante con Sintrom® (solo se excluyen pacientes con INR > 1,6)

❖ Complejo Hospitalario de León

- Ventana terapéutica de 0 – 4,5 horas (es posible que pueda ampliarse hasta 6 horas dependiendo de disponibilidad del hospital para realizar determinadas técnicas de imagen).
 - Edad: > 18 años sin límite superior de edad si el paciente tiene buena calidad de vida y ausencia de deterioro cognitivo (Escala de Rankin < 2).
 - Déficit neurológico no recuperado por completo espontáneamente.
 - El paciente puede estar en tratamiento anticoagulante® (solo se excluyen pacientes con INR > 1,6).

❖ Complejo Hospitalario de Salamanca

- Ventana terapéutica de 0 - 4,5 horas
 - Edad: > 18 años y < 80 años y ausencia de deterioro cognitivo (Escala de Rankin < 2).
 - Déficit neurológico no recuperado por completo espontáneamente.
 - El paciente puede estar en tratamiento anticoagulante® (solo se excluyen pacientes con INR > 1,6)

❖ Complejo Hospitalario de Segovia

- Ventana terapéutica de 0 - 3 horas
 - Edad: > 18 años sin límite superior de edad si el paciente tiene buena calidad de vida y ausencia de deterioro cognitivo (Escala de Rankin < 2).
 - Déficit neurológico no recuperado por completo espontáneamente
 - El paciente puede estar en tratamiento anticoagulante con Sintrom® (solo se excluyen pacientes con INR > 1,6).
- Ventana terapéutica de 0 - 4,5 horas
 - Edad: > 18 años y < 80 años si el paciente tiene buena calidad de vida y ausencia de deterioro cognitivo (Escala de Rankin < 2).
 - Déficit neurológico no recuperado por completo espontáneamente.
 - Los pacientes no deben estar en tratamiento anticoagulante.

❖ Hospital Clínico de Universitario de Valladolid

- Ventana terapéutica de 0 - 9 horas e inicio incierto
 - Edad: > 18 años pero sin límite superior de edad si el paciente tiene buena calidad de vida y ausencia de deterioro cognitivo (Escala de Rankin < 2).
 - Déficit neurológico no recuperado por completo espontáneamente

- El paciente puede estar en tratamiento anticoagulante con Sintrom® (solo se excluyen pacientes con INR > 1,6)

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

A nivel extrahospitalario se consideran criterios de exclusión los siguientes:

- Evidencia de traumatismo cráneo-encefálico reciente (aproximadamente 6 semanas)
- Presencia de demencia, enfermedad terminal o dependencia previa (escala de Rankin modificada > 2)
- Antecedente de cirugía mayor reciente (menos de dos semanas)
- Antecedente de Hemorragia Cerebral.

Fuente: Gerencia de Emergencias Sanitarias de Castilla y León [sede Web]. Valladolid: SACYL; 2012 [acceso 3 de julio de 2015]. Urgencias neurológicas: actuación en el ictus. Disponible en: <https://umearenas.files.wordpress.com/2015/01/cc3b3digo-ictus-2012.pdf>

ANEXO IV: PANEL DE COMUNICACIÓN⁵⁰

PANEL DE COMUNICACIÓN

Para cuidarle nos importa saber qué necesita y cómo se siente

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	Ñ	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ENFERMERO/A		MEDICO/A													
SÍ		NO		A VECES			¿CUÁNDO?		¿QUÉ HORA ES?		ENFERMERO/A		MEDICO/A													
PIJAMA		ZAPATILLAS		QUIERO PEINARME			¿QUÉ HA PASADO?		DÍA		NOCHE		ME ENCUENTRO MEJOR		PEOR		ESTOY EMOCIONADO/A									
CAMISÓN		PAÑUELOS DE PAPEL/CELULOSA		QUIERO ASEARME			¿DÓNDE ESTOY?		ENCENDER		APAGAR		ESTOY TRISTE		ME ENCUENTRO SOLO/A											
BATA		CAMBIO DE SÁBANAS		QUIERO AFEITARME			MI FAMILIA		ENCENDER		APAGAR		ESTOY ABURRIDO/A		ESTOY ENFADADO/A											
ROPA INTERIOR		CAMBIO DE PAÑAL O COMPRESAS		IR AL BAÑO			ATENCIÓN RELIGIOSA		QUIERO LEER		ESTOY PREOCUPADO/A		TENGO MIEDO													

JUNTA DE ANDALUCÍA
CONSEJERÍA DE SALUD
Servicio Asesor de Salud

PANEL DE COMUNICACIÓN

Para cuidarle nos importa saber qué necesita y cómo se siente

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	Ñ	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ENFERMERO/A		MÉDICO/A													
SÍ		NO		A VECES			¿CUÁNDO?	¿QUÉ HORA ES?																		
QUIERO BEBER		QUIERO ANDAR		SILENCIO			NO PUEDO TRAGAR	DOLOR		FRONTAL															ESPALDA	
QUIERO COMER		QUIERO SENTARME		QUIERO DORMIR			NO PUEDO RESPIRAR	PICOR																		
QUIERO ORINAR		QUIERO INCORPORARME		NO PUEDO DORMIR			ME MAREO	TENGO FRÍO																		
QUIERO HACER CACA		CAMBIAR DE POSICIÓN		QUIERO ACOSTARME			QUIERO VOMITAR	FIEBRE		QUIERO MIS GAFAS												QUIERO MI AUDÍFONO				

JUNTA DE ANDALUCÍA
COMISIÓN DE DIGNO
CUIDADO PERSONAL Y SOCIAL