



**Universidad de Valladolid**  
**Grado en Enfermería**  
**Facultad de Enfermería de Valladolid**

**UVa**

**Curso 2022-2023**  
**Trabajo de Fin de Grado**

**PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA  
AL PACIENTE EN FASE AGUDA TRAS  
ACCIDENTE CEREBROVASCULAR.**

**Carla Besga San Martín**

**Tutor: Juan Pablo Torres Andrés**

**Cotutor/a: María Teresa Moreno Duran**

## ***AGRADECIMIENTOS***

- A mis padres y a mi hermano por el apoyo y la paciencia durante toda la carrera.
- A los tutores de este trabajo por aceptar ayudarme y guiarme durante el proceso.
- A mis amigas por confiar siempre en mí y acompañarme.

## RESUMEN

**Introducción:** el accidente cerebrovascular es una urgencia neurológica que supone una de las mayores causas de morbilidad y discapacidad, llevando a un alto grado de mortalidad. Dada la gravedad, se requieren periodos indeterminados de hospitalización y asistencia sanitaria. Por lo que un conocimiento previo de los factores de riesgo y una detección precoz de síntomas disminuirá su aparición y favorecerá su evolución.

**Metodología:** para la realización de este trabajo se hace una búsqueda en diferentes bases de datos de artículos científicos o guías clínicas con el uso de palabras clave de acuerdo a unos criterios de inclusión y exclusión que favorecen la estrategia de selección para el desarrollo del trabajo.

**Objetivos:** el principal objetivo de esta revisión es conocer los cuidados de enfermería prestados durante la fase aguda o de hospitalización de personas que han sufrido un ACV, estudiar como suplir sus necesidades alteradas y realizar un adecuado abordaje terapéutico.

**Resultados y discusión:** en la búsqueda se realiza una revisión de 116 textos, de los cuales se seleccionan 28 para la elaboración del trabajo. Los artículos analizados determinan los principales cuidados de enfermería centrándose en la prevención de complicaciones y la efectividad de las diferentes intervenciones.

**Conclusiones:** Las intervenciones enfermeras son fundamentales durante esta fase para la recuperación del paciente y la prevención de complicaciones; por ello es necesario la realización de un protocolo con unificación de criterios y determinación de funciones que facilite el trabajo y reduzca los errores.

**Palabras clave:** cuidados de enfermería, fase aguda, hospitalización, accidente cerebrovascular.

## ABSTRACT

**Introduction:** Stroke is a neurological emergency that constitutes one of the main causes of morbidity and disability, and carries a high degree of mortality. Given its severity, it requires indeterminate periods of hospitalisation and health care. Therefore, prior knowledge of the risk factors and early detection of the symptoms will reduce its appearance and favour its evolution.

**Methodology:** in order to carry out this work, a search is carried out in different databases of scientific articles or clinical guidelines with the use of key words in accordance with inclusion and exclusion criteria that favour the selection strategy for the development of the work.

**Objectives:** the main objective of this review is to study the nursing care provided during the acute or hospitalisation phase of people who have suffered a stroke, to study how to meet their altered needs and to carry out an adequate therapeutic approach.

**Results and discussion:** the search included a review of 116 texts, 30 of which were selected for this paper. The articles analysed determine the main nursing care focusing on the prevention of complications and the effectiveness of the different interventions.

**Conclusions:** nursing interventions are fundamental during this phase for the patient's recovery and the prevention of complications, which is why it is necessary to draw up a protocol with unification of criteria and determination of functions that facilitates the work and reduces errors.

**Keywords:** nursing care, acute phase, hospitalisation, stroke.

## ÍNDICE

---

<b>1</b>	<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>1</b>
1.1	JUSTIFICACIÓN .....	4
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>4</b>
<b>3</b>	<b>METODOLOGÍA</b> .....	<b>5</b>
3.1	ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA .....	5
3.2	ESTRATEGIAS DE SELECCIÓN.....	6
<b>4</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	<b>7</b>
4.1	CUIDADOS EN LA FASE AGUDA.....	8
4.2	COMPLICACIONES DERIVADAS DEL ACV .....	11
4.3	VALORACIÓN DE ENFERMERÍA DE LAS NECESIDADES ALTERADAS POR VIRGINIA HENDERSON Y ELABORACIÓN DE PLAN DE CUIDADOS... 14	
<b>5</b>	<b>DISCUSIÓN</b> .....	<b>24</b>
5.1	ANÁLISIS DAFO .....	24
5.2	FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN .....	26
5.3	IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA .....	26
<b>6</b>	<b>CONCLUSIONES</b> .....	<b>27</b>
<b>7</b>	<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	<b>28</b>
<b>8</b>	<b>ANEXOS</b> .....	<b>33</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

---

<b>Tabla 1:</b> esquema PICO .....	5
<b>Tabla 2.</b> Anexo 1. Escala Cincinnati .....	33
<b>Tabla 3.</b> Anexo 2. Escala de Glasgow .....	33
<b>Tabla 4.</b> Anexo 3. Escala de NIHSS .....	34
<b>Tabla 5.</b> Anexo 4. Escala de Rankin modificada .....	36
<b>Tabla 6.</b> Anexo 5. Escala de Braden .....	37

## ÍNDICE DE FIGURAS

---

<b>Figura 1.</b> Diagrama de flujo para determinar la selección de textos.....	7
<b>Figura 2.</b> Anexo 6. Escala de exploración clínica volumen-viscosidad para detección de la disfagia.....	38

## ÍNDICE DE ABREVIATURAS

---

- ACV: accidente cerebrovascular
- IAM: infarto agudo de miocardio
- FA: fibrilación auricular
- ABVD: actividades básicas de la vida diaria
- HTA: hipertensión arterial
- UI: unidad de ictus
- UCI: unidad de cuidados intensivos
- PAE: proceso de atención de enfermería
- TA: tensión arterial
- SATO2: saturación de oxígeno
- LPM: latidos por minuto
- HDH: hombro doloroso hemipléjico
- IOT: intubación orotraqueal

## 1 INTRODUCCIÓN

El accidente cerebrovascular o ictus, se define como un proceso patológico tiempo-dependiente provocado por la disminución o ausencia de flujo sanguíneo en una región cerebral. Como consecuencia disminuye el aporte de oxígeno, glucosa y nutrientes, llevando al cerebro a un estado de hipoxia y posterior muerte celular, pudiendo causar daños irreversibles. (1)

Podemos distinguir dos tipos de accidentes:

- Accidente cerebrovascular isquémico: causado por la formación de un émbolo o coágulo de sangre provocando una obstrucción en una arteria cerebral y alterando el aporte circulatorio de esa región del encéfalo, produciendo isquemia durante al menos 24 horas. Son los de mayor incidencia en la población. (1)
- Accidente cerebrovascular hemorrágico: causado por la rotura de un vaso sanguíneo, provocando una extravasación de sangre en el parénquima cerebral. Por lo general tienen una incidencia menor y peor pronóstico, ya que las estructuras cerebrales afectadas son mayores. (1)

### Prevalencia

Los accidentes cerebrovasculares suponen un problema de salud pública debido a su alta incidencia en la población. Son la segunda causa de mortalidad y la primera causa de discapacidad a largo plazo en Europa. Además, la prevalencia de ACV tiene una tendencia ascendente a consecuencia del envejecimiento de la población, ya que la edad es uno de los factores de riesgo. (2)

El conocimiento de la epidemiología de esta afección nos permitirá desarrollar estrategias tanto de prevención como de tratamiento y rehabilitación.

### Sintomatología

Los accidentes cerebrovasculares cursan con una gran variedad de síntomas y afectación de múltiples funciones del cuerpo humano (habla, marcha, movilidad...). Las manifestaciones clínicas dependerán de la arteria afectada y de la extensión de la lesión en los tejidos cerebrales. (3)



Entre los síntomas más característicos podemos encontrar paresia, sensación de debilidad muscular afectando a un lado del cuerpo, diplopía, afasia motora o sensitiva, disartria, alteraciones en la marcha, dolor de cabeza de inicio súbito y alteración del estado de conciencia.

Para conseguir realizar una valoración completa y efectiva del ACV, se realizarán una serie de escalas que nos permiten llevar a cabo una evaluación del paciente en cuanto a su estado, su nivel de alteración y su evolución. (3)

Entre las escalas encontramos:

- **Escala de Cincinnati** (anexo 1): valoración de las funciones neurológicas para realización de una predicción prehospitalaria de sufrir un ACV. (4)
- **Escala de coma Glasgow con valoración pupilar** (anexo 2): valoración de estado de conciencia y de alteración neurológica para detección de posibles afectaciones cerebrales. (5,6)
- **Escala NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale)** (anexo 3): realiza una valoración de la gravedad del ictus con un valor pronóstico, con posibilidad de realizarse al inicio del episodio o durante su evolución. (7)
- **Escala de Rankin modificada** (anexo 4): realiza la medición del resultado funcional o grado de discapacidad y dependencia de las ABVD tras sufrir un ACV. (8)

### Factores de riesgo

Un factor de riesgo se define como una característica biológica presente en una persona que hace que haya una mayor predisposición a padecer o sufrir una afección. La identificación de los factores de riesgo puede fomentar el desarrollo de estrategias de prevención en dicha población. Los principales factores de riesgo pueden dividirse en modificables y no modificables. (9)

- Entre los factores de riesgo no modificables encontramos: edad avanzada > 55 años, sexo masculino y factores hereditarios.
- Entre los factores de riesgo modificables o potencialmente modificables se encuentran:

- Hipertensión arterial: el riesgo de ictus es proporcional al incremento de la presión arterial.
- Tabaquismo: el tabaco aumenta los niveles plasmáticos de fibrinógeno y factores de coagulación, así como la agregación plaquetaria y el hematocrito, lo que aumenta el riesgo de isquemia.
- Diabetes mellitus: esta enfermedad se asocia con un mayor riesgo de sufrir un accidente cerebrovascular isquémico debido a que esta se relaciona de manera directa con la cadena de coagulación.
- Cardiopatías: un gran porcentaje de los ictus son de origen cardioembólico, por lo que pueden suponer una complicación de lesiones cardiológicas como IAM, FA, endocarditis trombóticas, tumores...
- Otras: también podemos encontrar factores de riesgo modificables con menos evidencia científica entre ellos: dislipemia, obesidad, sedentarismo, dieta... (9)

### Diagnóstico y tratamiento

Realizar un adecuado diagnóstico y tratamiento de la enfermedad cerebrovascular es imprescindible para realizar un correcto abordaje terapéutico. Es muy importante en estos pacientes identificar los síntomas para esclarecer el diagnóstico que se confirmará mediante pruebas complementarias, y así determinar el tipo de ACV y su extensión. (10) El proceso de confirmación del diagnóstico médico debe realizarse en el menor tiempo posible, ya que el ACV es una lesión tiempo-dependiente, y que nos debe permitir establecer un correcto tratamiento y un pronóstico evolutivo. (10)

Dicho proceso se realizará mediante la historia clínica poniendo especial interés en la presencia de antecedentes vasculares, una exploración neurológica y general, y por último mediante una exploración clínica. (10)

Por un lado, se realiza una evaluación sistemática de los datos analíticos mediante la realización de una serie de pruebas hematológicas y bioquímicas, una radiografía de tórax y un estudio electrocardiográfico para descartar un posible origen cardiogénico. (10)

Por otro lado, se realizarán las pruebas de neuroimagen que incluyen una exploración neurorradiológica fundamental para excluir otro tipo de lesiones de origen no vascular, entre ellas podemos encontrar: tomografía computarizada craneal, resonancia magnética craneal y angiografía por tomografía computarizada. (10)

Tras la confirmación del tipo de la lesión y su alcance a nivel cerebral, es necesario establecer un tratamiento, ya que los ictus son una emergencia neurológica y para ello se ha implantado el conocido 'Código ictus'. (10,11)

En primer lugar, el objetivo será restablecer el flujo sanguíneo en el encéfalo de forma normal. Para ello se implantará un tratamiento revascularizador que consiste en realizar una trombólisis que puede ser endovenosa a través de medicación o mecánica. (10)

Posteriormente, el tratamiento ira dirigido a prevenir la aparición de un nuevo accidente cerebrovascular mediante cuidados relacionados con las principales complicaciones de dicha lesión.

### 1.1 *JUSTIFICACIÓN*

Los accidentes cerebrovasculares son lesiones de una elevada prevalencia, causando además un gran nivel de discapacidad en un alto porcentaje de los pacientes afectados. El conocimiento y educación en cuanto a la detección precoz de estas lesiones cerebrales, es esencial para realizar un abordaje terapéutico lo más inmediato posible, comenzando con una rehabilitación adecuada a su estado de salud.

En este trabajo, se pretende dar a conocer la importancia tanto de este problema de salud, como de los cuidados de enfermería aplicados durante la fase de hospitalización en función de las necesidades del paciente. El papel de la enfermera es fundamental en la recuperación y rehabilitación de la funcionalidad de estos pacientes, ya que es el personal que más tiempo pasa con el paciente y tiene la capacidad de observación y detección de posibles alteraciones o cambios en su estado de salud, permitiendo un ajuste adecuado en estos cuidados.

## 2 **OBJETIVOS**

### a. **GENERAL**

- i. Conocer y estudiar los principales cuidados prestados por el personal de enfermería en la fase aguda tras sufrir un accidente cerebrovascular.

### b. **ESPECÍFICOS**

- i. Estudiar la optimización del tiempo para la realización de intervenciones de enfermería en la fase aguda del ictus con el mayor

beneficio en el paciente.

- ii. Realizar un plan de cuidados en base a las necesidades alteradas como consecuencia de la pérdida funcionalidad tras sufrir un accidente cerebrovascular.
- iii. Realizar prevención primaria en aquellos factores modificables para evitar la posibilidad de complicaciones potenciales.
- iv. Realizar un adecuado abordaje terapéutico de todas las funciones alteradas (habla, marcha, deglución...)

### 3 METODOLOGÍA

En este trabajo de fin de grado se presenta un diseño de un plan de cuidados de enfermería con el fin de conocer y estudiar la evidencia a través de artículos científicos sobre los principales cuidados prestados al paciente durante la fase aguda tras sufrir un ACV, así como su impacto en la calidad de vida y recuperación de estos pacientes. Para llevar a cabo este trabajo se planteó una pregunta de investigación siguiendo el esquema **PICO** (tabla 1).

¿Cuáles son los principales cuidados de enfermería durante la fase aguda de los pacientes tras sufrir un accidente cerebrovascular para favorecer su recuperación y disminuir complicaciones?

**Tabla 1:** esquema PICO.

PACIENTE	INTERVENCIÓN	COMPARADOR	RESULTADO
Personas que han sufrido un ACV	Cuidados de enfermería durante la fase aguda	No valorable	Favorecer la recuperación y disminuir complicaciones

#### 3.1 ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA

Los estudios relevantes para llevar a cabo el trabajo fueron seleccionados por medio de una búsqueda electrónica en distintas bases de datos: PubMed, Cochrane, Dialnet, Medline, Scielo y Fistera.

La búsqueda se realizó de acuerdo con el uso de descriptores de ciencias de la salud MeHs, entre ellos, 'fase aguda', 'accidente cerebrovascular', 'enfermería', 'cuidados', 'tratamiento', 'complicaciones' utilizando además operadores booleanos como AND y OR logrando así obtener una mayor amplitud de resultados.

También destacamos el uso de filtros, entre los que podemos encontrar: fecha de publicación, idioma, acceso a texto completo y especie.

Tras la utilización de estas estrategias de búsqueda se obtienen resultados ajustados de manera general al tema planteado, que posteriormente serán revisados y seleccionados.

### 3.2 *ESTRATEGIAS DE SELECCIÓN*

Utilizaremos una serie de criterios de inclusión y exclusión, que nos permitirán seleccionar aquellos artículos que den una respuesta adecuada a nuestro tema de investigación.

#### ▪ **Criterios de inclusión:**

- Artículos publicados en los últimos 10 años.
- Artículos de publicación libre o que se pueda acceder a ellos a través de la Universidad de Valladolid.
- Estudios y artículos realizados con personas adultas > 55 años que hayan sufrido ACV.
- Textos en inglés y en español.
- Bibliografía relacionada con la fase aguda del accidente cerebrovascular que incluya actuaciones y cuidados.

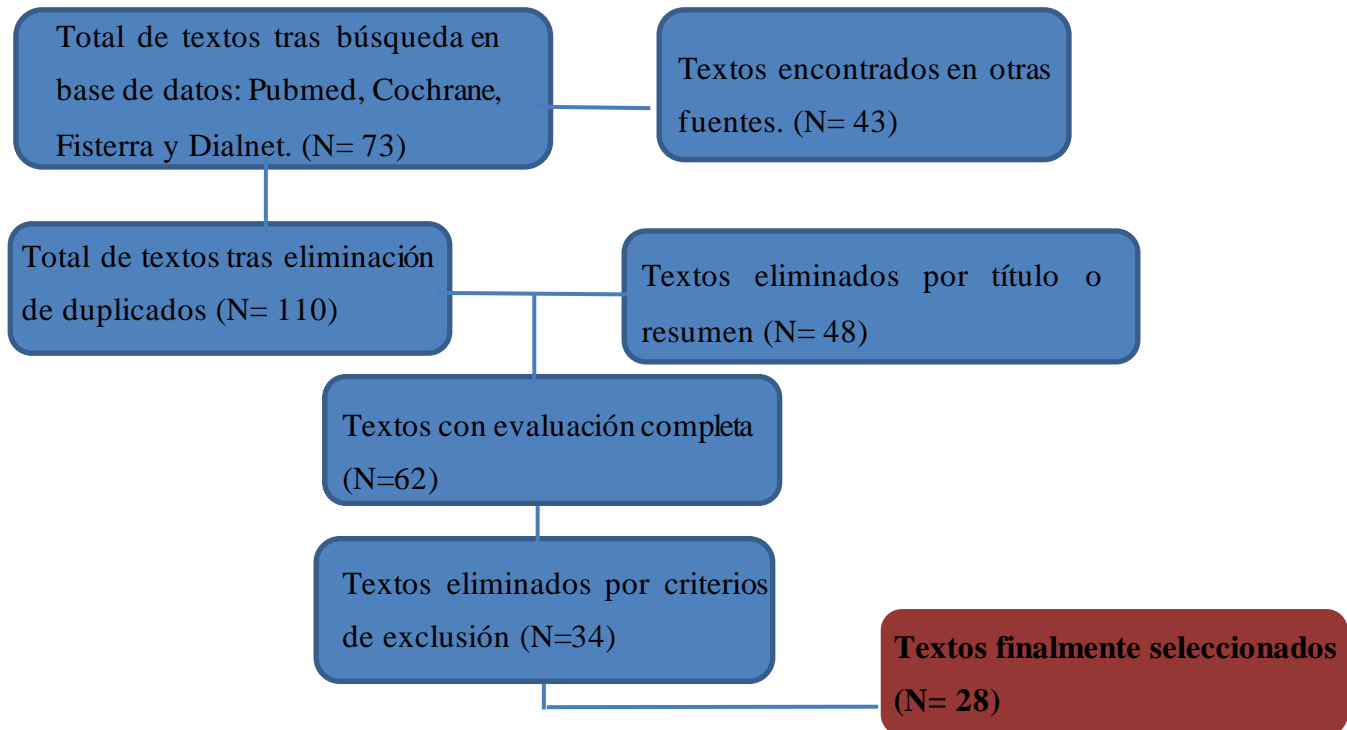
#### ▪ **Criterios de exclusión**

- Artículos publicados antes de los últimos 10 años
- Artículos en los que no se puede acceder al texto completo a través de la universidad de Valladolid, o sean de acceso restringido.
- Estudios o artículos realizados con población que no haya sufrido ACV, fuera de ese rango de edad o con animales.

- Textos de idiomas que no fueran en inglés o el español
- Bibliografía de cuidados de otras patologías específicas.

#### 4 RESULTADOS

Tras la realización de la búsqueda previamente descrita, se muestra a continuación el proceso de selección mediante un diagrama de flujo (figura 1)



**Figura 1.** Diagrama de flujo para determinar la selección de textos.

El ictus es una emergencia neurológica cuyos tratamientos tienen una estrecha ventana terapéutica, por lo que será fundamental una decisión coordinada y organizada del abordaje terapéutico a cada paciente (12).

Para ello el paciente recibirá asistencia en la Unidad de Ictus cuyo objetivo es la atención continua, integral, global y específica de pacientes tras recibir una notificación previa y traslado urgente, favoreciendo la disminución de los tiempos de espera denominado código ictus. La vigilancia de esta unidad es semi-intensiva y exclusiva de este tipo de pacientes por lo que mejora así la calidad de los cuidados (13,14).

Los cuidados muestran beneficios en la evolución del paciente independientemente de la edad, sexo y tipo de ictus y son aplicables a la mayoría de las personas que los sufren(15).

El objetivo principal del tratamiento es la restauración precoz de la circulación sanguínea en la zona ocluida y la recuperación del flujo sanguíneo a nivel cerebral y su eficacia

depende del tiempo terapéutico (16,17). Por ello durante y tras el tratamiento deben corregirse los niveles de hipotensión e hipovolemia para asegurar una adecuada perfusión cerebral y orgánica. (18)

Para la implementación de un tipo de tratamiento tras el diagnóstico será necesario realizar una previa valoración para determinar cuál es el adecuado. Por una parte, es importante determinar el momento de inicio de los síntomas y su gravedad, también otros criterios como el nivel de dependencia, la presencia de enfermedades graves, riesgo de hemorragia cerebral... (12,15,19). Entre los principales tratamientos encontramos:

- Trombólisis endovenosa: consiste en la administración de una medicación fibrinolítica a través de un acceso venoso único. La eficacia de este tratamiento aumenta si no pasan más de 4-5 horas hasta su administración. El fármaco de elección en la actualidad es la *Alteplasa*, y la manera de aplicación es un 10% de la dosis en bolo, y el 90% restante en infusión durante 1 hora por una vía periférica. La dosis se calcula en función del peso del paciente  $0,9 \text{ mg} \times \text{kg}$  del mismo. (7,17,20,21)
- Trombectomía mecánica: procedimiento médico que consiste en la retirada de la oclusión de una arteria de mayor calibre mediante la introducción a través de un acceso generalmente femoral de catéteres que llegan a dicha arteria, extrayendo el trombo mediante fragmentación. (14,17,21)

Este tratamiento estará indicado si el tiempo de evolución de los síntomas es superior a 4-5 horas y en función de unos criterios. (11)

Ambos tratamientos han resultado ser eficaces y seguros, además de contribuir a la disminución de la morbimortalidad en estos pacientes. (21)

En el caso de que el paciente no cumpla criterios para ninguno de los tratamientos disponibles, se realizará terapia de soporte con control de constantes vitales y administración de antiagregantes plaquetarios. (22)

#### 4.1 CUIDADOS EN LA FASE AGUDA

La fase aguda de este proceso patológico comprende desde el comienzo de los primeros síntomas hasta el alta del paciente. Los servicios y cuidados prestados durante esta fase deben ser específicos y continuos. Tienen como objetivo disminuir el daño a nivel cerebral evitando el aumento de las zonas de isquemia.

El equipo multidisciplinar de esta unidad seguirá unos protocolos y realizará los

procedimientos basados en la evidencia científica adecuados a la situación del enfermo con unos objetivos comunes. El uso de estos protocolos disminuye la variación en la práctica y mejora proporcionalmente la calidad asistencial. (23,24)

El personal de enfermería desempeña varias funciones que son clave en el ámbito sanitario del ACV, y que nos permitirán realizar un abordaje del deterioro funcional, además de una identificación y detección de pacientes en riesgo de aparición de complicaciones, y que nos aportarán información clínica del estado del paciente de manera continua (21,23,24). Entre ellas encontramos:

- Canalización de accesos venosos en el miembro no parético por riesgo de flebitis al existir compromiso del retorno venoso, y su posterior cuidado y mantenimiento. La canalización incluye la obtención de una analítica sanguínea de manera urgente (coagulación, hemograma y bioquímica) para la determinación de niveles de parámetros necesarios.

En caso de alteraciones hidroelectrolíticas estará indicado la administración de sueroterapia, evitando la administración de sueros glucosados que aumentan los niveles de glucemia. (17, 25)

- Asegurar la permeabilidad de la vía aérea en todo momento. Para ello es recomendable mantener al paciente en posición semiflower o 30° que favorezca la expansión pulmonar. Además, el paciente presentará monitorización constante con pulsioximetría y se administrará oxigenoterapia si la SatO<sub>2</sub> es inferior a 94%, estando contraindicada en pacientes que no estén hipoxémicos o de manera sistemática. (20,21,26)
- Monitorización de las constantes vitales durante las primeras horas de evolución y hasta conseguir la estabilización del paciente (12,26)
  - La tensión arterial y la frecuencia cardiaca se monitorizarán cada 15 minutos durante el tratamiento, y en las horas posteriores (25).

El pronóstico funcional y la mortalidad aumenta en función de las cifras de TA, por lo que se deben mantener entre 110-185/70-105. La TA debe mantenerse moderadamente alta para compensar el daño vascular durante la oclusión arterial, ya que los mecanismos reguladores de la circulación cerebral están alterados (16,22). Por ello la disminución excesiva puede estar contraindicada para evitar el aumento de la zona isquémica y del área de penumbra del cerebro. La hipotensión



es poco frecuente, pero su presencia puede indicarnos un fallo a nivel de flujo sanguíneo, por lo que será necesario tratar su causa y revertirla con la infusión de expansores de volumen (12,21).

En el caso de hipertensión mantenida durante varias tomas será necesario la administración de tratamiento farmacológico tras pauta del neurólogo, para disminuir las cifras y por consiguiente el riesgo de hemorragia o edema cerebral. Se recomienda el uso de antihipertensivos de corta duración en función de las necesidades del paciente. (20,21,25)

La frecuencia cardíaca no debe superar los 120 latidos por minuto, y nunca ser inferior a 50 lpm.

- La temperatura corporal será controlada y registrada con una frecuencia de una vez cada 4 horas en las primeras 48h-72h tras el ictus. (16,20,21)

En caso de presencia de hipertermia ( $> 37.5^{\circ}$ ) como síntoma del ictus debe ser controlada con antipiréticos como el Paracetamol o el Metamizol que disminuyan la temperatura corporal ya que se relaciona con una mayor afectación neuronal. (11,22)

En caso de sospecha de cuadro infeccioso está indicada la administración de antibioterapia de forma precoz. (25)

Hay evidencia de que, a pesar de existir la posibilidad de inducir a la hipotermia con medidas físicas y farmacológicas, esto está contraindicado en casos de presencia de fiebre por el riesgo de desarrollar procesos infecciosos.

- El control y manejo de los niveles de glucemia es elemental durante esta fase del ACV y se realizan a su llegada a la unidad y cada 4-6h durante las primeras 48h (21).

Los niveles superiores  $> 155$  mg/dl y el estado mantenido de hiperglucemia derivan en un aumento de la mortalidad y en un empeoramiento de la lesión cerebral. Existe evidencia de que la administración de insulina inicialmente subcutánea como tratamiento para revertir la hiperglucemia en pacientes críticos aumenta la supervivencia (12,25).

En caso de hipoglucemia, situación poco frecuente, se debe corregir con la administración de sueros glucosados, debido a que puede empeorar la

sintomatología existente o desencadenar una sintomatología focal. (11)

- Valoración del estado neurológico del paciente mediante el uso de las escalas mencionadas anteriormente cada 4h, para detectar cualquier signo o síntoma de deterioro cognitivo.

La disfagia es una de las principales consecuencias del ACV relacionada con un aumento de las tasas de mortalidad, pérdida sustancial de la calidad de vida y prolongación de la estancia hospitalaria (27). Los pacientes pueden recuperar su capacidad de deglución en las primeras semanas, o sufrir esta condición a largo plazo (28).

La función del personal de enfermería es conocer y comprender los signos y síntomas de la disfagia, que pueden ser detectados mediante observación y realizar una valoración y evaluación exhaustiva de la posibilidad de que el paciente presente disfagia, ya que puede desencadenar en un patrón nutricional y balance hídrico inadecuados, que aumentan potencialmente el riesgo de complicaciones (12, 21).

También es fundamental el papel educativo, para lograr una buena adaptación a la dieta. La detección de esta complicación se hace previa al inicio de la tolerancia oral, comprobando el reflejo facial, faríngeo y nauseoso (29). Posteriormente se realiza la escala de exploración clínica volumen- viscosidad MECV-V (anexo 6) dentro de las primeras 24 horas tras el ingreso y nunca después de las 72 horas. Tras la confirmación, la evaluación de la capacidad deglutoria debe realizarse de forma periódica (21,24,28). No hay evidencia suficiente de que las evaluaciones realizadas disminuyan la prevalencia de mortalidad y deterioro funcional, pero si son un método diagnóstico que determina el abordaje nutricional más adecuado. (27,30)

El tratamiento será individualizado para cada paciente, y requiere de la actuación de otros profesionales en especial un logopeda.

#### 4.2 *COMPLICACIONES DERIVADAS DEL ACV*

Estos pacientes requieren un alto grado de vigilancia y observación, especialmente durante las primeras horas tras la aplicación del tratamiento por el alto riesgo de sufrir complicaciones. Un rápido reconocimiento y determinación de las intervenciones reduce el riesgo de estas complicaciones y de un deterioro neurológico mayor.

Una de las principales complicaciones es la aparición de procesos infecciosos no asociados a afectación neurológica. Las más frecuentes son infecciones del tracto urinario

asociadas a la colocación de sondas vesicales. Es por ello por lo que esta técnica no se realizara de manera sistemática (12, 18)

Es necesario una vigilancia del patrón urinario del paciente observando posibles retenciones urinarias agudas o pacientes con necesidad de un control estricto de diuresis, casos en los que estará indicado el uso de sondas urinarias. (21)

Por otro lado, la neumonía asociada a un aumento de las tasas de mortalidad y dependencia a largo plazo, en muchas ocasiones es producida por aspiraciones en pacientes con un grado elevado de disfagia o con la función deglutoria deteriorada. La manifestación de esta complicación es más frecuente en la primera semana tras sufrir el ACV y dificulta la recuperación. (30,31)

Las principales medidas de prevención además de la detección de la disfagia, será el aislamiento de la vía aérea, aspiración de secreciones y evitar la aparición de vómitos que puedan afectar al sistema respiratorio (12)

Además, existe evidencia de que la higiene bucal que incluye cepillado y enjuague oral reduce el riesgo de colonización bacteriana en las vías respiratorias. Esta indicado el uso de colutorios de clorhexidina diluida además del uso de cepillos dentales adecuados como métodos efectivos para el mantenimiento del cuidado bucal. (24, 32,33)

Es común la aparición de lesiones cutáneas como úlceras por presión derivadas de la necesidad de inmovilidad prolongada. La higiene adecuada es un punto clave para evitar este tipo de lesiones especialmente en pliegues cutáneos o zonas de presión.

La enfermera realizará una valoración del riesgo de cada paciente de manera individualizada a través de la escala Braden (anexo 5) con alta frecuencia. (18)

Como prevención, será necesario minimizar la fricción de la piel y cambiar los puntos de apoyo para eliminar la presión mediante cambios posturales frecuentes, siendo a veces necesario la colocación de dispositivos de protección, así como mantener una correcta nutrición e hidratación evitando así la pérdida de continuidad de la piel (20, 24,29).

Por otra parte, también se hace una valoración de la estabilidad del paciente para determinar el inicio de la movilización precoz despues de las 24 horas, evitando el encamamiento prolongado y minimizando las complicaciones cutáneas. (21)

La tasa de prevalencia de desnutrición tras sufrir un ACV es elevada como consecuencia de la disfagia que puede desencadenar en un empeoramiento de la calidad de vida y aislamiento social. A causa de esto será necesario la valoración de implementación de un

soporte nutricional que mantenga un buen estado nutricional y determine las intervenciones adecuadas (28,31).

En el caso de presentar disfagia leve o moderada se podrá adaptar una dieta especial en cuanto a texturas y el uso de espesantes en los líquidos, administrada siempre bajo vigilancia estricta y en posición semi incorporada para evitar atragantamientos.

Es decir, las técnicas posturales y el uso de espesantes en los líquidos produce un aumento en la seguridad de la deglución y supone por tanto una disminución del riesgo de sufrir broncoaspiraciones (33)

En el caso de disfagia grave, con total incapacidad de tolerancia oral, la indicación será la alimentación vía enteral, o bien mediante la inserción de una sonda nasogástrica a corto plazo, o una sonda de gastrostomía endoscópica percutánea (PEG) cuando la indicación es a largo plazo (28,29)

Los pacientes a consecuencia de la inmovilidad y la afectación motora tienen un alto riesgo de sufrir caídas y lesiones, por lo que el personal de enfermería debe garantizar su seguridad y establecer las actividades adecuadas como prevención (retirada de obstáculos, iluminación adecuada, material de apoyo...)

Por otro lado, el hombro doloroso hemipléjico (HDH) es una secuela clínica frecuente y la segunda complicación en orden de frecuencia en cuanto a la inmovilización.

El movimiento pasivo temprano y el apoyo y protección del hombro en la etapa flácida se consideran medidas importantes para minimizar el riesgo de desarrollar este problema.

El mantenimiento de una postura adecuada de la extremidad superior en su eje con el tronco y la pelvis es el punto principal en el tratamiento. La colocación correcta del hombro sirve para minimizar la subluxación y más tarde las contracturas ya que una mala postura afecta de manera negativa a la simetría, el equilibrio y la imagen corporal (23,35).

A nivel emocional el paciente puede verse afectado llegando a desarrollar problemas de salud mental como depresión, ansiedad, o afrontamiento ineficaz de su nueva situación de incapacidad y dependencia física. La enfermera debe ser capaz de dar apoyo psicológico al paciente, brindarle seguridad y detectar la necesidad de tratamiento.

Por otro lado, el personal de enfermería además de los cuidados prestados al enfermo realiza un papel importante dando educación para salud tanto a pacientes de cara a continuar con su vida aceptando sus condiciones, y a la familia brindándole apoyo e información de manera clara para mejorar el afrontamiento.

Asimismo, la enfermería determina los recursos físicos y emocionales tanto del paciente como del cuidador, y marca unos objetivos comunes a ambos. Entre los objetivos encontramos la preparación del paciente y la familia para el alta, asegurar una adecuada prevención secundaria, determinar los tiempos de rehabilitación y evitar situaciones que requieran de reingresos hospitalarios (20, 36,37).

En aquellos pacientes que tras la fase aguda sufren un déficit neurológico, antes de regresar a su domicilio pueden precisar un ingreso transitorio en centros sociosanitarios donde se les brindará una atención individualizada e integral por parte de diferentes profesionales (terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, logopedas...) que fomentan la recuperación funcional de la persona.

Tras el periodo de hospitalización y al alta domiciliaria del paciente, la enfermera tiene la función de dar continuidad a los cuidados, favoreciendo la recuperación de la funcionalidad y autonomía del paciente, proponiendo estrategias de salud adaptativa para que la persona consiga vivir dentro de la normalidad. Por todo esto es fundamental mantener una adecuada coordinación y continua comunicación con los servicios de atención primaria, que tras el alta médica y de enfermería del paciente recibirán la información pertinente para seguir con los objetivos de cuidado (37).

#### 4.3 *VALORACIÓN DE ENFERMERÍA DE LAS NECESIDADES ALTERADAS POR VIRGINIA HENDERSON Y ELABORACIÓN DE PLAN DE CUIDADOS (38,39)*

Para realizar una valoración de enfermería basada en el PAE, utilizaremos el Modelo de Virginia Henderson que abarca las 14 necesidades físicas, psíquicas y sociales básicas del ser humano.

A continuación, se realiza un plan de cuidados de enfermería de un paciente que ha sufrido un ACV, siguiendo la taxonomía de diagnósticos enfermeros NANDA (40) obteniendo a su vez unos resultados de enfermería sobre los objetivos marcados basados en la clasificación NOC (41) y las intervenciones llevadas a cabo por el personal de enfermería según la clasificación NIC (42) que nos proporciona los conocimientos necesarios para la realización correcta de estas prácticas.

##### **Necesidad 1:** respiración.

En los pacientes con accidente cerebrovascular es fundamental asegurar la permeabilidad de la vía aérea, así como el riesgo potencial de posibles aspiraciones. Pueden precisar

soporte ventilatorio si el nivel de consciencia esta alterado.

- *NANDA*: [00031] Limpieza ineficaz de las vías aéreas
  - *NOC*→[0415] Estado respiratorio, [0802] Signos vitales, [0403] Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias
  - *NIC*
    - [6680] Monitorización de los signos vitales
      - Actividades: Monitorizar la presión arterial, pulso, temperatura y estado respiratorio, según corresponda e identificar las causas posibles de los cambios en los signos vitales.
    - [3390] Ayuda a la ventilación
      - Actividades: mantener una vía aérea permeable. Iniciar y mantener el oxígeno suplementario, según prescripción u controlar el estado respiratorio y de oxigenación.
    - [3320] Oxigenoterapia
      - Actividades: comprobar la posición del dispositivo de aporte de oxígeno y controlar la eficacia de la oxigenoterapia.
- *NANDA*: [00039] Riesgo de aspiración
  - *NOC*→[1902] Control del riesgo, [0912] Estado neurológico: consciencia, [1010] Estado de deglución
  - *NIC*
    - [3140] Manejo de la vía aérea
      - Actividades: vigilar el estado respiratorio y de oxigenación y colocar al paciente para maximizar el potencial de ventilación.
    - [6650] Vigilancia
      - Actividades: determinar los riesgos de salud del paciente y comprobar el estado neurológico.
    - [3160] Aspiración de las vías aéreas

- Actividades: determinar la necesidad de la aspiración oral y/o traqueal.

**Necesidad 2:** comer y beber.

En pacientes con disfagia o alteración de la deglución existe riesgo de aspiración. Además, puede haber un deterioro en aquellos pacientes con reducción de la movilidad o disminución del nivel de consciencia que dificulte cubrir adecuadamente esta necesidad. Pueden precisar administración vía enteral.

- *NANDA*: [00103] Deterioro de la deglución.
  - *NOC*→[1010] Estado de deglución, [1008] Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos, [0303] Autocuidados: comer
  - *NIC*
    - [1056] Alimentación enteral por sonda
      - Actividades: insertar una sonda nasogástrica si procede y explicar el procedimiento al paciente si está consciente.
    - [1860] Terapia de deglución
      - Actividades: colaborar con los miembros del equipo de cuidados (terapeuta ocupacional, logopeda y dietista) para dar continuidad al plan de rehabilitación y determinar la capacidad del paciente para el aprendizaje.

**Necesidad 3:** eliminación.

Hay posibilidad de presentar alteraciones en el patrón normal de eliminación. Pérdida de control de esfínteres, retención urinaria que precise sondaje vesical, estreñimiento a consecuencia de la alteración de la movilidad...

- *NANDA*: [00015] Riesgo de estreñimiento
  - *NOC*→[0501] Eliminación intestinal, [0208] Movilidad, [1015] Función gastrointestinal

- *NIC*
  - [430] Control intestinal
    - Actividades: monitorizar las defecaciones, incluyendo la frecuencia, consistencia, forma, volumen y color y monitorizar los signos y síntomas de diarrea, estreñimiento e impactación.
- *NANDA*: [00016] Deterioro de la eliminación urinaria
  - *NOC* → [0502] Continencia urinaria, [0914] Estado neurológico: función sensitiva/motora medular, [0503] Eliminación urinaria
  - *NIC*
    - [610] Cuidados de la incontinencia urinaria
      - Actividades: identificar las causas multifactoriales que producen incontinencia y monitorizar la eliminación urinaria.
    - [620] Cuidados de la retención urinaria
      - Actividades: determinar la cantidad y características de la orina, monitorizar el grado de distensión vesical e insertar y vigilar el uso de un catéter ureteral permanente.

**Necesidad 4:** movilidad.

Un gran porcentaje de estos pacientes sufren alteraciones en el sistema motor y en la marcha. Este deterioro puede desencadenar en un inadecuado manejo del dolor por posturas anormales, o riesgo potencial de caídas por una marcha débil e inadecuada. Por otro lado, algunos de ellos permanecen encamados tras la lesión.

- *NANDA*: [00085] Deterioro de la movilidad física
  - *NOC* → [0222] Marcha, [0202] Equilibrio, [0918] Atención al lado afectado, [0911] Estado neurológico: control motor central, [0208] Movilidad
  - *NIC*
    - [0180] Manejo de la energía



- Actividades: ayudar al paciente a priorizar las actividades para adaptar los niveles de energía y disminuir las molestias físicas que puedan interferir.
- [740] Cuidados del paciente encamado
  - Actividades: colocar al paciente sobre una cama o colchón terapéutico adecuado, cambiar la posición según lo indique el estado de la piel y vigilar la aparición de complicaciones del reposo en cama.

**Necesidad 5:** reposo/sueño.

El patrón de sueño del paciente puede verse trastornado tras el abordaje diagnóstico y terapéutico, además de por la percepción del empeoramiento del estado de salud.

- *NANDA*: [00198] Trastorno del patrón del sueño
  - *NOC* → [2002] Bienestar personal, [0003] Descanso, [0004] Sueño.
  - *NIC*
    - [5230] Mejorar el afrontamiento
      - Actividades: ayudar al paciente a identificar estrategias positivas para afrontar sus limitaciones y manejar los cambios de estilo de vida o de papel.
    - [2380] Manejo de la medicación
      - Actividades: determinar cuáles son los fármacos necesarios, monitorizar la eficacia de administración de la medicación.
    - [6482] Manejo ambiental: confort
      - Actividades: crear un ambiente tranquilo y de apoyo, evitar interrupciones necesarias y permitir periodos de reposo.

**Necesidad 6:** vestirse y desvestirse.

La capacidad de vestirse y desvestirse de manera adecuada puede estar alterada a consecuencia del deterioro cognitivo, el nivel de ansiedad y de la movilidad. Además, en algunas ocasiones puede haber pérdida de la capacidad visual que dificulta aún más esta

actividad básica de la vida diaria.

- *NANDA*: [00109] Déficit de autocuidado en el vestido
  - *NOC* → [0208] Movilidad, [0900] Cognición, [2404] Función sensitiva: visión, [1211] Nivel de ansiedad, [2102] Nivel del dolor, [0302] Autocuidados: vestir.
  - *NIC*
    - [5820] Disminución de la ansiedad
      - Actividades: explicar todos los procedimientos, incluidas las posibles sensaciones que han de experimentar y tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.
    - [1630] Vestir
      - Actividades: identificar las áreas en las que el paciente necesita ayuda para vestirse y observar su capacidad para hacerlo.
    - [5606] Enseñanza: individual
      - Actividades: determinar las necesidades de enseñanza del paciente.

**Necesidad 7:** temperatura.

Un control estricto de la temperatura es uno de los principales cuidados de enfermería durante la fase aguda ya que una alteración en la termorregulación (hipertermia) es un indicador de salud de los pacientes tras sufrir un ictus.

- *NANDA*: [00007] Hipertermia
  - *NOC* → [0909] Estado neurológico, [0802] Signos vitales, [0800] Termorregulación
  - *NIC*
    - [3900] Regulación de la temperatura
      - Actividades: comprobar la temperatura según corresponda, observar y registrar si hay signos y síntomas de hipertermia y administrar medicamentos antipiréticos si está indicado.

- *NANDA*: [00274] Riesgo de termorregulación ineficaz
  - *NOC*→[0800] Termorregulación
  - *NIC*
    - [3900] Regulación de la temperatura.

**Necesidad 8:** higiene/ piel.

Como consecuencia de la inmovilidad o la dificultad para realizar cambios de posición frecuentes se producen lesiones en la piel (úlceras por presión, heridas...) que comprometen la integridad cutánea de estos pacientes.

- *NANDA*: [00047] Riesgo de deterioro de la integridad cutánea
  - *NOC*→[0203] Posición corporal: autoiniciada, [0204] Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas, [0422] Perfusión tisular.
  - *NIC*
    - [840] Cambio de posición
      - Actividades: explicar al paciente que se le va a cambiar de posición y animarle a participar en estos cambios, colocar en posición de alineación corporal correcta.
    - [3590] Vigilancia de la piel
      - Actividades: observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel y las mucosas e instaurar medidas para evitar mayor deterioro
    - [3540] Prevención de úlceras por presión
      - Actividades: registrar el estado de la piel a diario, vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida e inspeccionar la piel de los puntos de presión, aplicar barreras de protección y controlar la movilidad del paciente.

**Necesidad 9:** seguridad.

Esta necesidad puede verse gravemente afectada tras un ACV, debido a el estado

neurrológico y físico de la persona. Presentan riesgo de caídas por la inestabilidad, y riesgo de infección por su mal estado de salud. Además de otras funciones que pueden verse alteradas.

- *NANDA*: [00004] Riesgo de infección
  - *NOC* → [0703] Severidad de la infección, [0702] Estado inmune
  - *NIC*
    - [6540] Control de infecciones
      - Actividades: mantener técnicas de aislamiento apropiadas y poner en práctica las precauciones universales.
    - [002440] Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso.
      - Actividades: Observar si hay signos de oclusión del catéter. Cambiar los sistemas, vendajes y tapones de acuerdo con el protocolo del centro.
- *NANDA*: [00303] Riesgo de caídas en el adulto
  - *NOC* → [1909] Conducta de prevención de caídas, [1939] Control del riesgo: caídas.
  - *NIC*
    - [6490] Prevención de caídas
      - Actividades: identificar déficits cognitivos o físicos del paciente que pueda aumentar la capacidad de caídas, identificar factores que afectan en las mismas y proporcionar dispositivos de ayuda para conseguir una marcha estable.
    - [6480] Manejo ambiental
      - Actividades: crear un ambiente seguro para el paciente identificando sus necesidades.

**Necesidad 10:** comunicación.

Algunos pacientes presentan dificultad para la comunicación o comprensión por la

presencia de una afasia sensitiva o motora.

- *NANDA*: [00051] Deterioro de la comunicación verbal
  - *NOC*→[0909] Estado neurológico, [0902] Comunicación, [0901] Orientación cognitiva.
  - *NIC*
    - [4976] Mejorar la comunicación: déficit del habla
      - Actividades: proporcionar métodos alternativos a la comunicación hablada y ajustar el estilo de comunicación a las necesidades del paciente.

**Necesidad 11:** creencias y valores.

Esta necesidad no es valorable en pacientes que sufren ACV, por ausencia de criterios para verse alterada.

**Necesidad 12:** trabajar/ realizarse.

Los pacientes sufren un deterioro general del estado de salud y presentan una serie de limitaciones que pueden dificultar su capacidad de realizar las actividades laborales y sociales de manera normal.

- *NANDA*: [00055] Desempeño ineficaz del rol
  - *NOC*→[1300] Aceptación: estado de salud, [1205] Autoestima, [1501] Desempeño del rol.
  - *NIC*
    - [5440] Aumentar los sistemas de apoyo
      - Actividades: animar al paciente a participar en las actividades sociales y comunitarias que este capacitado.
    - [5230] Mejorar el afrontamiento
      - Actividades: ayudar al paciente a identificar los objetivos adecuados y a evaluar los recursos para lograrlos.

- *NANDA*: [00062] Riesgo de cansancio del rol cuidador(a)
  - *NOC* → [2203] Alteración del estilo de vida del cuidador principal, [2508] Bienestar del cuidador principal.
  - *NIC*
    - [7040] Apoyo al cuidador principal
      - Actividades: determinar los conocimientos del cuidador y educar al cuidador durante el proceso.

**Necesidad 13:** ocio/recreo.

Las actividades de ocio del paciente se verán modificadas en función de sus limitaciones físicas y psicológicas, por lo que requerirá de un determinado grado de motivación e implicación.

- *NANDA*: [00097] Disminución de la implicación en actividades recreativas
  - *NOC* → [1209] Motivación, [1604] Participación en actividades de ocio
  - *NIC*
    - [4310] Terapia de actividad
      - Actividades: determinar la capacidad del paciente de participar en actividades específicas.

**Necesidad 14:** aprendizaje.

Esta necesidad puede verse alterada por el estado neurológico del paciente, por lo que será fundamental la realización de educación para la salud en estas personas y en sus familias y cuidadores.

- *NANDA*: [00075] Disposición para mejorar el afrontamiento familiar.
  - *NOC* → [2203] Alteración del estilo de vida del cuidador principal, [2013] Equilibrio en el estilo de vida.
  - *NIC*

- [5510] Educación para la salud.
  - Actividades: planificar un seguimiento a largo plazo para reforzar la adaptación a los nuevos estilos de vida.

## 5 DISCUSIÓN

### 5.1 *ANÁLISIS DAFO*

- Debilidades: el ACV continua en la actualidad siendo un problema de salud muy prevalente en la población adulta, con grandes consecuencias funcionales para aquellas personas que lo sufren.

Una de las principales debilidades en el abordaje de esta situación es la ausencia de prevención primaria. La prevención primaria se define como el conjunto de actividades destinadas a reducir la aparición de enfermedades y/o eliminación de aquellos factores que las desencadenan. Esta debe llevarse a cabo en todos los niveles de atención; por lo que es fundamental que enfermería reciba una adecuada formación en cuanto a estas intervenciones para poder realizar educación para la salud en los pacientes desde edades tempranas. Adquirir hábitos de vida saludables reduce proporcionalmente la manifestación de factores de riesgo modificables y supone una mejora en la calidad de vida de la persona.

Por otro lado, cabe destacar como una debilidad en el desarrollo de los planes de cuidados la falta de personal sanitario en el sistema actualmente. Las necesidades de un paciente que ha sufrido un ACV son muy amplias y variadas y requieren mucho tiempo y cualificación. Por lo tanto, la escasez de recursos humanos puede tener consecuencias en el paciente debido a la dificultad para cubrir todas aquellas necesidades que se han visto alteradas, traduciéndose finalmente en un empeoramiento y disminución de la calidad asistencial (43).

- Amenazas: a pesar de todos los avances conseguidos en materia de los accidentes cerebrovasculares que han permitido disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad, así como el número de pacientes con deterioro funcional esta situación continúa siendo una amenaza para las personas que lo sufren.

El tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta su atención y tratamiento es fundamental en los resultados tanto a corto como a largo plazo.

En muchas ocasiones la población no es capaz de detectar los signos y síntomas de un ACV, lo cual supone una amenaza, ya que la lesión es tiempo- dependiente.

El conocimiento e interpretación de estos signos de sospecha por parte de uno mismo o de su entorno favorecen una rápida detección reduciendo así al máximo los tiempos de actuación.

Esta disminución en los tiempos se traduce en una mayor tasa de recuperación funcional, reducción de complicaciones y una estancia hospitalaria mucho más corta.

- Fortalezas: la investigación, el desarrollo de nuevas técnicas de cuidado y tratamientos, y todos los recursos materiales que el personal sanitario tiene hoy en día a su alcance permiten estudiar el mecanismo lesional del Ictus a nivel cerebral, realizar una valoración adecuada, así como determinar las pruebas diagnósticas necesarias con el objetivo de brindar unos cuidados de calidad.

Hay una amplia variedad de pruebas que se pueden realizar para establecer con claridad el diagnóstico. Asimismo, permiten esclarecer la extensión y afectación de la lesión facilitando su abordaje.

Posteriormente hay un amplio abanico de posibilidades terapéuticas que facilitan al profesional elegir la opción más beneficiosa para el paciente en base a una serie de criterios.

Además, la gran variedad de opciones permite la realización de un plan de cuidados individualizado e integral hacia la persona.

- Oportunidades: los ACV tienen una alta incidencia, y suponen un gran porcentaje de las urgencias y emergencias que se reciben a diario en la asistencia sanitaria. Por ello el personal sanitario encargado de recibir estos pacientes tiene la oportunidad y obligación de mantenerse actualizado en cuanto al diagnóstico, cuidados y tratamiento de esta afección.

La práctica cotidiana y habitual permite realizar una determinación de las intervenciones y procedimientos adecuados, así como una eliminación de aquellos que son innecesarios, costosos o perjudiciales para el paciente.

Por otro lado, a medida que avanza el estudio y la investigación respecto a este



proceso clínico aumenta el desarrollo de nuevos recursos materiales y técnicos, suponiendo una mejora en la atención.

## 5.2 *FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN*

Tras la lectura y revisión de artículos científicos respecto a la atención de enfermería en pacientes en fase aguda o de hospitalización posterior a sufrir un ACV se observa la falta de evidencia en algunos aspectos relacionados con las áreas estudiadas en relación con los cuidados de enfermería durante dicha fase. Por lo tanto, se demuestra la necesidad de continuar con la investigación exhaustiva respecto a este tema (21,23).

El conocimiento de un adecuado abordaje diagnóstico y terapéutico, la prevención de complicaciones y los cuidados de enfermería unificados y basados en la evidencia científica permitirá mejorar la asistencia y reducir posibles complicaciones que puedan surgir durante el proceso clínico. El personal de enfermería es el encargado de la atención continuada e integral de los pacientes por lo que precisan de protocolos y guías de cuidados unificados para conseguir el mayor beneficio del paciente.

Uno de los patrones más afectados y deteriorados es el nutricional en aquellos pacientes que sufren disfagia. Los pacientes sufren un deterioro en la deglución que les impide alimentarse de manera normal y empeora significativamente su calidad de vida a largo plazo. Muchos de ellos son portadores de nutrición enteral, y aquellos con tolerancia oral llevan una dieta muy limitada con necesidad en muchas ocasiones de suplementos nutricionales.

Por ello una línea de investigación específica sería desarrollar métodos de mejora de la deglución a los pacientes en especial a la hora del alta hospitalaria, facilitándoles autonomía a la hora de realizar esta función en el día a día.

## 5.3 *IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA*

Los planes de cuidados de enfermería son una herramienta básica en la práctica clínica en base a la evidencia científica. Estos nos permiten valorar a la persona de manera integral, determinar las necesidades biológicas, físicas y psíquicas del paciente estableciendo así los cuidados e intervenciones necesarias, que serán cubiertas por un equipo multidisciplinar que garantice su seguridad y calidad.

Con el desarrollo de este trabajo se pretende conocer de forma protocolizada las

principales actuaciones de enfermería en aquellos pacientes que se encuentran en la fase aguda tras sufrir un ACV con el objetivo de poder utilizarse en la asistencia. Para ello se incluyen además la periodicidad de las intervenciones, los recursos materiales y humanos necesarios para llevarse a cabo y el grado de importancia de cada una de ellas.

## 6 CONCLUSIONES

- Durante la fase aguda de un ACV, es fundamental la vigilancia neurológica, control de constantes, así como detectar a tiempo la aparición de complicaciones. Todo ello contribuirá a la reducción de la morbimortalidad y favorecerá la evolución y mejoría en la calidad de vida de estos pacientes.
- A la hora de realizar las intervenciones mencionadas anteriormente se tiene en cuenta el tiempo de actuación. En primer lugar, es esencial conocer el tiempo de evolución de los signos o síntomas, para determinar el abordaje terapéutico más conveniente para el paciente. Además, el tiempo se tendrá en cuenta en el momento de realizar todos los procedimientos posteriores (control de constantes, inicio de movilización del paciente, prueba de deglución, cambios posturales...) buscando la optimización del mismo y determinando la evolución del estado clínico.
- Tras sufrir un ACV los pacientes encuentran dificultades para la realización de las ABVD debido a la pérdida de funcionalidad. Esta situación empeora significativamente la calidad de vida de los pacientes. Entre las competencias del personal de enfermería se encuentran la valoración del paciente y posterior elaboración de un plan de cuidados en función de las necesidades básicas alteradas y que haya que cubrir durante la fase de hospitalización.
- La presentación de complicaciones es muy frecuente como consecuencia del estado del paciente. La aparición de las mismas aumenta exponencialmente la tasa de mortalidad y alarga la estancia hospitalaria, retrasando así la recuperación. La prevención primaria en aquellos factores que pueden ser desencadenantes es necesaria para evitar llegar a ese deterioro de la salud. Por lo que enfermería determinará los riesgos de manera individualizada en cada paciente, y programará las intervenciones y cuidados apropiados.
- El ACV puede desencadenar una lesión cerebral como consecuencia del tiempo de isquemia. Las funciones controladas por el cerebro (respiración, movimientos voluntarios, marcha, habla...) pueden verse afectadas. Después de determinar el

alcance de los daños producidos tras el ACV se plantea un abordaje para intentar recuperar y desarrollar al máximo estas funciones. Este abordaje es realizado por un amplio equipo multidisciplinar formado por varios profesionales (fisioterapeutas, logopedas, enfermeras, médicos, terapeutas ocupacionales) que trabajan con objetivos comunes.

Por último, tras una amplia lectura y revisión de artículos relacionados con los cuidados de enfermería en la fase aguda tras sufrir un ACV, se evidencia la necesidad de implementación de un protocolo estandarizado y consensuado entre profesionales, basado en la evidencia científica más actual para determinar las intervenciones específicas y minimizar al máximo los errores en la práctica diaria.

## 7 BIBLIOGRAFÍA

1. Díez Tejedor E. Guía para el diagnóstico y tratamiento del ictus. Sociedad española de neurología [Internet]. 2006 [citado 13 de febrero de 2023]; 3:10-23. Recuperado a partir de: [https://www.sen.es/pdf/guias/Guia\\_oficial\\_para\\_el\\_diagnostico\\_y\\_tratamiento\\_del\\_ictus\\_2006.pdf](https://www.sen.es/pdf/guias/Guia_oficial_para_el_diagnostico_y_tratamiento_del_ictus_2006.pdf)
2. Soto Á, Guillén-Grima F, Morales G, Muñoz S, Aguinaga-Ontoso I, Fuentes-Aspe R. Prevalencia e incidencia de ictus en Europa: revisión sistemática y metanálisis. An Sist Sanit Navar.2022;45(1). <https://doi.org/10.23938/ASSN.0979>
3. Giménez Serrano S, Píera Fernández M. ¿Qué es el ataque cerebral, ictus cerebral o ACV agudo y cómo podemos prevenirlo? Fistera [Internet]. 2019 [citado 13 de febrero de 2023]. Recuperado a partir de: <https://www.fistera.com/ayuda-en-consulta/informacion-para-pacientes/ataque-cerebral-ictus-cerebral-acv-agudo/>
4. Zohrevandi B, Monsed Kasmaie V, Asadi P, Tajik H, Azizzade Roodpishi N. Diagnostic accuracy of Cincinnati Pre-hospital stroke scale. Emergency [Internet]. 2015 [citado 13 de febrero de 2023]; 3(3):95-98. Recuperado a partir de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26495392/>
5. Muñana-Rodríguez JE, Ramírez-Elías A. Escala de coma de Glasgow: origen, análisis y uso apropiado. Enfermería universitaria [Internet]. 2014 [citado 13 de febrero de 2023]; 11(1):24-35. Recuperado a partir de: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-universitaria-400-articulo-escala-coma-glasgow-origen-analisis-S1665706314726612>
6. Abelardo Berea-Mendoza J, Jompart Pou JA, Pérez Bárcena J, Quintana Díaz M, Serviá Goixart L, Guerrero López F et al. Validación externa de la Escala de Coma de Glasgow con valoración pupilar en pacientes con traumatismo craneoencefálico grave. Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias [Internet]. 2023 [citado 23 de febrero de 2023]; 35(1):39-43. Recuperado a partir de:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8730769>

7. Sanchez Zurita MA, Chisag Guamán MM, Quinatoa Caba GG, Sandoval Balarezo GM. Actuación de enfermería en el manejo de pacientes con ACV isquémico. Sapienza. 2022; 3(3). <https://doi.org/10.51798/sijis.v3i2.391>
8. Jiménez Yepes CM., Parada Zuluaga JS., Jiménez Obando M., Celis Mejía JI., Vargas AC., Naranjo Atehortúa LF et al. Papel pronóstico de factores asociados con lesión isquémica de la circulación anterior: estudio cohorte. Acta Neurol Colomb. 2021; 37(1): 12-19. <https://doi.org/10.22379/24224022356>
9. Berenguer Guarnaluses LJ, Pérez Ramos A. Factores de riesgo de los accidentes cerebrovasculares durante un bienio. Medisan[Internet]. 2016[citado 13 de febrero de 2023]; 20(5):621-629. Recuperado a partir de: <https://medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/679#:~:text=Las%20condiciones%20predisponentes%20que%20predominaron,riesgo%20la%20vida%20del%20afectado.>
10. Pedrosa Fraga C, Rodríguez Ameijeiras E, Ta boada Rivas S, Gómez Méndez R, García Trincado B, Ventura Valcárcel P. Guía clínica de ictus en fase aguda. Fisterra [internet]. 2020 [citado 13 de febrero de 2023]. Recuperado a partir de: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/ictus-fase-aguda/>
11. Valentí R, Irimia P. Ictus en fase aguda. Clínica Universidad de Navarra [Internet]. 2018 [citado 10 de mayo de 2023]. Recuperado a partir de: <https://www.cun.es/dam/cun/archivos/pdf/publicaciones-cun/urgencias/guia-actuacion-ictus>
12. Alonso de Leciana M, Egido JA, Casado M, Ribó A, Dávalos J, Masjuan JL et al. Revisión: Guía para el tratamiento del infarto cerebral agudo. Neurología. 2014;29(2):102-122. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2011.09.012>
13. Ayuso Álvarez E. Atención al paciente con accidente cerebrovascular [Internet]. Universidad de Valladolid: facultad de Enfermería. 2017 [citado 10 de mayo de 2023]. Recuperado a partir de: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/24511/TFG-H915.pdf?sequence=1>
14. García López D. Cuidados de enfermería para pacientes con ictus isquémico agudo [Internet]. Universidad de Santiago de Compostela. 2022 [citado 10 de mayo de 2023]. Recuperado a partir de: [https://dspace.usc.es/xmlui/bitstream/handle/10347/29717/2022\\_tfg\\_enfermaria\\_garcia\\_cuidados.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://dspace.usc.es/xmlui/bitstream/handle/10347/29717/2022_tfg_enfermaria_garcia_cuidados.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
15. Langhorne P, Ramachandra S. Organised inpatient (stroke unit) care for stroke: network meta-analysis. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2020; 4. <https://doi.org/10.1002/2F14651858.CD000197.pub4>

16. López del Rey G. Guía de práctica clínica del código ictus [Internet]. Universidad Internacional de Andalucía. 2013 [citado 10 de mayo de 2023]. Recuperado a partir de: [https://dspace.unia.es/bitstream/handle/10334/2692/0536\\_Lopez.pdf?sequence=3&isAllowed=y](https://dspace.unia.es/bitstream/handle/10334/2692/0536_Lopez.pdf?sequence=3&isAllowed=y)
17. García Dorta M. Cuidados de enfermería. Ictus isquémico y fibrinólisis [Internet]. Universidad de la Laguna: facultad de Ciencias de la Salud. 2018 [citado 14 de mayo de 2023]. Recuperado a partir de: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/9128/Cuidados%20de%20enfermeria%20ictus%20isquemico%20y%20fibrinolis..pdf;jsessionid=CB9AE9896E2D05DFEAF785BC0CF71C03?sequence=1>
18. Powers W, Rabinstein A, Ackerson T, Adeoye O, Bambakidis N, Becker K et al. Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2019; 50(12): 344-418. <https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000211>
19. Ashcraft S, Wilson S, Nyström K, Dusenbury W, Wira C, Burrus T. Care of the Patient With Acute Ischemic Stroke (Prehospital and Acute Phase of Care): Update to the 2009 Comprehensive Nursing Care Scientific Statement: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Stroke*. 2021;52(5):164-178. <https://www.ahajournals.org/doi/suppl/10.1161/STR.0000000000000356>
20. Prieto Pellitero MP. Protocolo de cuidados de enfermería para las unidades de Ictus de Castilla y León [Internet] Universidad de Valladolid: facultad de Enfermería. 2015 [citado 14 de mayo de 2023]. Recuperado a partir de: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/11835/TFG%20-H231.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
21. Sanjuan E, Pancorbo O, Santana K, Miñarro O, Sala V, Muchada M et al. Manejo del ictus agudo. Tratamientos y cuidados específicos de enfermería en la Unidad de Ictus. *Neurología*. 2020. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2020.07.025>
22. Pedrosa Fraga C, Rodríguez Ameijeiras E, Ta boada Rivas S, Gómez Méndez R, García Trincado B, Ventura Valcárcel P. Ictus en fase aguda. *Fisterra* [Internet]. 2020 [citado 14 de mayo de 2023]. Recuperado a partir de: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/ictus-fase-aguda/>
23. Vives Medina OT, Quintana Pereda R, Soto Páez N. Protocolo de actuación de Enfermería para pacientes con enfermedad cerebrovascular. *Revista de ciencias médicas* [Internet]. 2014 [citado 14 de mayo de 2023];18(3):414-429. Recuperado a partir de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942014000300006](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942014000300006)
24. Martín García MM. Revisión bibliográfica sobre cuidados enfermeros a pacientes hospitalizados con accidente cerebrovascular. *Enfermería Cuidándote*. 2022;5(3);2-12.

<https://doi.org/10.51326/ec.5.3.7459705>.

25. Acosta Ramirez P, Alegria Barrero E, Alvarez Rodriguez NE, Antolin Serna T, De Antonio Sanz E, Aranda Moreno S et al. Atención hospitalaria al paciente con Ictus [Internet]. Hospital Universitario de Torrejón. Madrid. 2015 [citado 14 de mayo de 2023]. Recuperado a partir de: <https://www.amn-web.com/documentos/manual-para-enfermeria-en-ictus.pdf>
26. Green T, McNair N, Hinkle J, Middleton S, Miller E, Perrin S et al. Care of the Patient With Acute Ischemic Stroke (Posthyperacute and Prehospital Discharge): Update to 2009 Comprehensive Nursing Care Scientific Statement: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Stroke*. 2021; 52(5):179-197. DOI: 10.1161/STR.0000000000000357
27. Bath PM, Lee HS, Everton LF. Swallowing therapy for dysphagia in acute and subacute stroke (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2018; 10. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000323.pub3>
28. Ojo O, Brooke J. The use of enteral nutrition in the management of stroke. *Nutrients* [Internet]. 2016 [citado 14 de mayo de 2023]; 8(12):827. Recuperado a partir de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5188480/>
29. Villagrasa Alloza M, Suarez Gorris MP, Sanz Rosa J, Heredia Diez VB, Torralba Elía L, Tomalba Elía M. Cuidados de enfermería al paciente con ictus. *Revista sanitaria de investigación* [Internet]. 2021; 2(12) [citado 14 de mayo de 2023] Recuperado a partir de: [Cuidados de enfermería al paciente con Ictus. \(revistasanitariadeinvestigacion.com\)](http://Cuidados de enfermería al paciente con Ictus. (revistasanitariadeinvestigacion.com))
30. Smith E, Kent D, Bulsara K, Leung L, Lichtman J, Reeves M et al. Effect of Dysphagia Screening Strategies on Clinical Outcomes After Stroke: A Systematic Review for the 2018 Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke. *Stroke*. 2018; 49(3):123-128. <https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000159>
31. Fang WJ, Zheng F, Zhang LZ, Yu CC, Shao J, Wu Y. Research progress of clinical intervention and nursing for patients with post-stroke dysphagia. *Neurological Sciences*. 2022; 43:5875-5884. <https://doi.org/10.1007/s10072-022-06191-9>
32. Frota Cavalcante T, Nemer Lima AP, Pesseoa Moreira R, Maciel Ferreira J. Nursing interventions to the patient with stroke in rehabilitation. *Journal of nursing UFPE online*. 2018; 12 (5):1430-1436. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i5a230533p1430-1436-2018>
33. Cohen D, Roffe C, Beavan J, Blackett B, Fairfield C, Hamdy S et al. Post-stroke dysphagia: a review and design considerations for future trials. *International Journal of stroke*. 2026; 11(4):399-411. DOI: [10.1177/1747493016639057](https://doi.org/10.1177/1747493016639057)
34. García Fernández FP, Pancorbo Hidalgo PL, Soldevilla Ágreda JJ, Blasco García C. Escalas de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión. *Gerokomos* [Internet]. 2008 [citado 15

- de mayo de 2023]; 19(3):213-144. Recuperado a partir de: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2008000300005](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2008000300005)
35. Lombillo Laferté LM, Martínez Segón S, Serra Valdés Y, Rodríguez Mutuberria L. Complicaciones en pacientes hemipléjicos por Ictus. Revista cubana de Medicina [Internet]. 2014 [citado 15 de mayo de 2023];53(2):134-143. Recuperado a partir de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75232014000200004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232014000200004)
36. Hinkle J, Miller E. Nursing scientific statements advancing stroke care. Stroke. 2021;52(4):1483-1485. DOI: [10.1161/STROKEAHA.121.033559](https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.121.033559)
37. Ferrer Arnedo C. El paciente con ictus y el cuidado enfermero: un binomio de éxito para el siglo XXI. Rev Cient Soc Esp Enfermería Neurológica.2014;40(1):2-3. <http://dx.doi.org/10.1016/j.sedene.2014.10.001>
38. NNNConsult [Internet]. [citado 15 de mayo de 2023]. Recuperado a partir de: <https://www-nnnconsult-com.ponton.uva.es/nanda/nec>
39. Blázquez Gómez N. Atención de enfermería en el paciente con ictus isquémico en fase aguda [Internet] Universidad de Salamanca. 2018 [citado 15 de mayo de 2023]. Recuperado a partir de: [https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/137573/TFG\\_BlazquezGomez\\_AtencionEnfermeriaIctus.pdf;jsessionid=75D94407F87A41930420292C9735F850?sequence=1](https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/137573/TFG_BlazquezGomez_AtencionEnfermeriaIctus.pdf;jsessionid=75D94407F87A41930420292C9735F850?sequence=1)
40. Suarez A. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación. Elsevier [Internet]. 2015 [citado 20 de mayo de 2023]. Recuperado a partir de: [Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación \(elsevier.com\)](https://www.elsevier.com/locate/9780128029292)
41. Moorhead S, Johnson M, Mass M, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Elsevier [Internet]. 2014 [citado 20 de mayo de 2023]. Recuperado a partir de: <https://www.consultadelsiglo21.com.mx/documentos/NOC.pdf>
42. Butcher H, Bulechek G, Dochterman J, Wagner C. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Elsevier [Internet]. 2018 [citado 20 de mayo de 2023]. Recuperado a partir de: [Clasificación de Intervenciones de Enfermería \(NIC\) - 7th Edition \(elsevier.com\)](https://www.elsevier.com/locate/9780128029292)
43. Ruiz Forner E. Un mejor nivel para nuestras enfermeras, para nuestro futuro. El norte de castilla [Internet]. 12 de mayo 2023 [citado 24 de mayo de 2023]. Recuperado a partir de: [Enrique Ruiz Forner, presidente del Consejo de Colegios de Enfermería de Castilla y León: Un mejor nivel para nuestras enfermeras, para nuestro futuro | El Norte de Castilla](https://www.elnortedecastilla.es/2023/05/12/un-mejor-nivel-para-nuestras-enfermeras-para-nuestro-futuro-12-05-2023/)

## 8 ANEXOS

**Tabla 2.** Anexo 1. Escala Cincinnati (4)

Asimetría facial	
<i>Normal:</i> ambos lados de la cara se mueven de igual manera.	<i>Anormal:</i> un lado de la cara se mueve de diferente manera al otro, o no se mueve.
Derivación asimétrica de los brazos	
<i>Normal:</i> ambos lados se mueven de igual manera.	<i>Anormal:</i> un brazo deriva respecto al otro brazo.
Función del habla	
<i>Normal:</i> el paciente utiliza adecuadamente el lenguaje sin balbucear.	<i>Anormal:</i> el paciente utiliza un lenguaje confuso o no habla.

**Tabla 3.** Anexo 2. Escala de Glasgow (5)

Ocular					
		4 espontánea	3 orden verbal	2 dolor	1 no responde
Verbal					
	5 orientado y conversando	4 desorientado y hablando	3 palabras inapropiadas	2 sonidos incompresibles	1 ninguna respuesta
Motor					
6 obedece orden verbal	5 localiza el dolor	4 retirada y flexión	3 flexión anormal	2 extensión	1 ninguna respuesta



Reactividad pupilar					
			2 reactividad bilateral	1 reactividad unilateral	0 ninguna pupila

15-13: Sin lesión/lesión cerebral leve, 12-9: lesión cerebral moderada, 3-8: lesión cerebral grave

Para la obtención del resultado final, se restará la puntuación de la reactividad pupilar a la puntuación total de la escala. (6)

**Tabla 4.** Anexo 3. Escala de NIHSS (7)

<b>1. NIVEL DE CONSCIENCIA</b>	
<b>1a. Alerta</b>	
Alerta con respuestas normales	0
No alerta, pero responde a mínimos estímulos verbales	1
No alerta, pero responde a estímulos repetidos o dolorosos (no reflejos)	2
No responde a estímulos dolorosos o sólo con movimientos reflejos	3
<b>1b. Preguntas orales</b>	
Ambas respuestas son correctas	0
Sólo una respuesta es correcta, IOT, muy disártrico o barrera idiomática	1
Ninguna es correcta	2
<b>1c. Órdenes motoras</b>	
Ambas respuestas son correctas	0
Sólo una respuesta es correcta	1
Ninguna es correcta	2
<b>2. MIRADA CONJUGADA</b>	
Normal	0
Paresia parcial de la mirada o paresia periférica de un nervio ocular	1

motor	
Paresia total o desviación forzada de la mirada conjugada	2
<b>3. CAMPOS VISUALES POR CONFRONTACIÓN</b>	
Visión no alterada	0
Hemianopsia parcial o extinción visual	1
Hemianopsia completa	2
Ceguera total	3
<b>4. PARESIA FACIAL</b>	
Movimiento normal (simetría de las hemicaras)	0
Mínima asimetría	1
Parálisis de la zona inferior de una hemicara	2
Parálisis de las zonas inferior y superior de una hemicara	3
<b>5. PARESIA MIEMBROS SUPERIORES</b>	
Mantiene la posición durante 10 segundos, amputación o inmovilización	0
Claudica en menos de 10 segundos sin tocar la cama	1
Claudica en menos de 10 segundos y la extremidad toca la cama	2
Existe movimiento pero no alcanza la posición o cae inmediatamente	3
Parálisis de la extremidad	4
<b>6. PARESIA MIEMBROS INFERIORES</b>	
Mantiene la posición durante 5 segundos, amputación proximal o inmovilización	0
Claudica en menos de 5 segundos sin tocar la cama	1
Claudica en menos de 5 segundos y la extremidad toca la cama	2
Existe movimiento pero no alcanza la posición o cae inmediatamente	3
Parálisis de la extremidad	4
<b>7. DISMETRÍA/ATAXIA</b>	

Ausente, amputación, déficit motor o fusión de la articulación	0
Ataxia en una extremidad	1
Ataxia en dos extremidades	2
<b>8. SENSIBILIDAD</b>	
Normal	0
Leve hipoestesia (lo nota)	1
Anestesia o paciente en coma	2
<b>9. LENGUAJE</b>	
Normal	0
Afasia leve o moderada (se puede entender)	1
Afasia grave (no se puede entender)	2
Comprensión nula o en coma	3
<b>10. DISARTRIA</b>	
Normal o IOT	0
Leve o moderada (se puede entender)	1
Grave, ininteligible o mudo	2
<b>11. EXTINCIÓN E INATENCIÓN, NEGLIGENCIA</b>	
Sin alteraciones	0
Inatención o extinción en una modalidad (visual, táctil, espacial o corporal)	1
Inatención o extinción en más de una modalidad. No reconoce su propiamano o sólo reconoce una parte del espacio	2

0-4: déficit leve, 5-16: déficit moderado, 17-25: déficit severo, 26-42: déficit muy severo.

**Tabla 5.** Anexo 4. Escala de Rankin modificada (8)

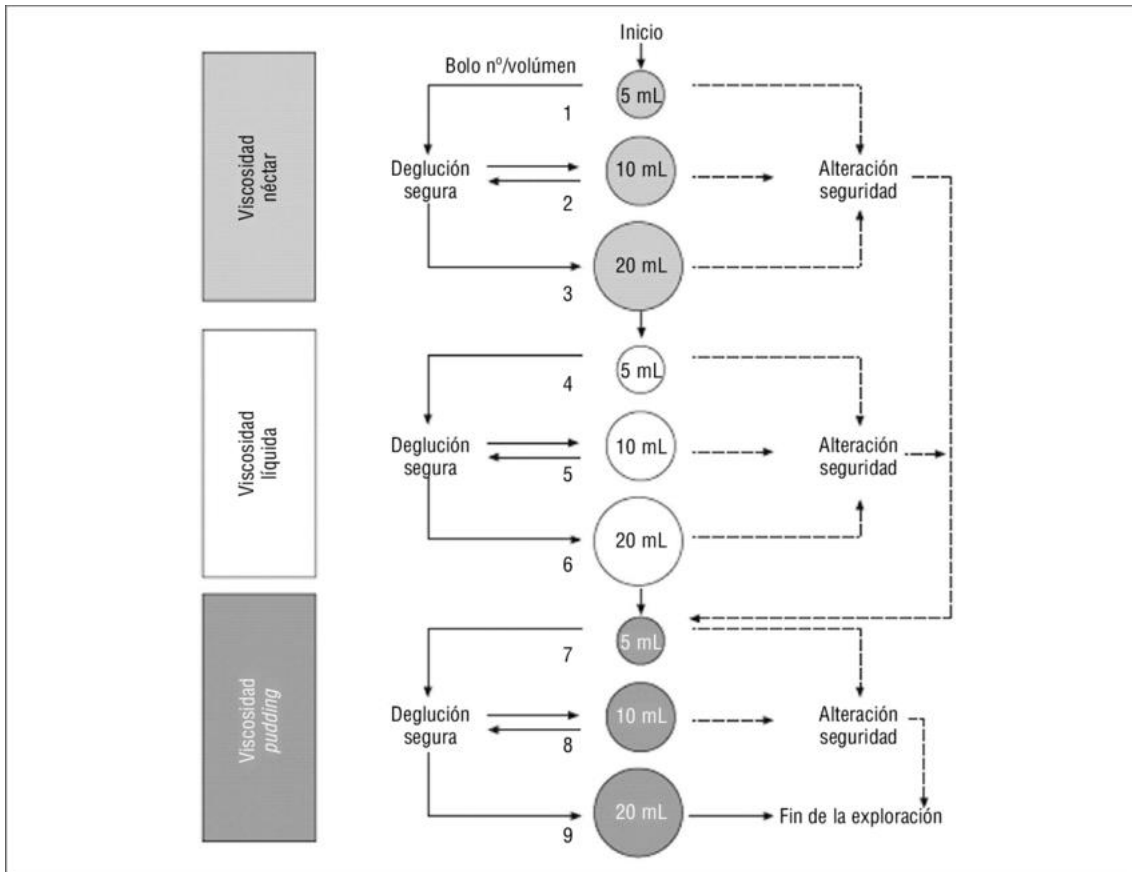
0	Asintomático
1	Discapacidad no significativa. Puede llevar a cabo las actividades de la vida diaria.

2	Discapacidad leve. Incapaz de realizar las actividades, pero capaz de ocuparse de su autocuidado.
3	Discapacidad moderada. Necesidad de asistencia, pero independencia para caminar.
4	Discapacidad moderadamente severa. Incapaz de caminar sin ayuda, y de satisfacer sus necesidades de autocuidado.
5	Discapacidad severa. Paciente inmovilizado y requerimiento de cuidados continuos.
6	Exitus

**Tabla 6.** Anexo 5. Escala de Braden (34)

Percepción sensorial	Completamente limitada	Muy limitada	Ligeramente limitada	Sin limitaciones
Exposición a la humedad	Constantemente húmeda	A menudo húmeda	Ocasionalmente húmeda	Raramente húmeda
Actividad	Encamado	En silla	Deambula ocasionalmente	Deambula frecuentemente
Movilidad	Completamente inmóvil	Muy limitada	Ligeramente limitada	Sin limitaciones
Nutrición	Muy pobre	Probablemente inadecuada	Adecuada	Excelente
Roce y peligro de lesiones	Problema	Problema potencial	No existe problema	

## Anexo 6



**Figura 2.** Escala de exploración clínica volumen-viscosidad para detección de la disfagia. (13)