



Universidad de Valladolid



GRADO EN ENFERMERÍA

Trabajo Fin de Grado

INFLUENCIA DE LOS TIEMPOS EN LA ATENCIÓN AL ICTUS Y EL PAPEL DE ENFERMERÍA EN SU CUIDADO

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA NARRATIVA

Presentado por: Sergio Yuste Sanz

Tutelado por: Claudia Ollauri Ibáñez

Soria, 25 de mayo de 2022

“La salud no lo es todo, pero sin ella, todo lo demás es nada”. Arthur Schopenhauer

RESUMEN

Introducción. El ictus es una enfermedad que actualmente se produce en nuestro país con gran frecuencia, siendo la responsable de una gran morbimortalidad en pacientes que lo sufren y causando además graves consecuencias que perduran en el tiempo. Esto lo convierte en un grave problema de salud que influye en todo el mundo. Se caracteriza por tener una presentación variable que en muchos casos ocurre sin previo aviso, de evolución progresiva y de mayor gravedad a medida que avanza. Por ello, la atención y cuidados por enfermería es fundamental en el estado y recuperación del paciente, influyendo de manera positiva en su estilo de vida y evitando posibles secuelas.

Objetivos. Se ha establecido como objetivo general analizar si una atención rápida, adecuada y eficaz mejora el pronóstico del paciente y disminuye sus consecuencias. Como objetivos específicos, establecer que factores intervienen en su atención, la importancia de enfermería en sus cuidados e identificar las intervenciones más efectivas para prevenir su riesgo.

Metodología. Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica narrativa en diversas bases de datos, con criterios de inclusión y exclusión y estrategias de búsqueda. Fueron seleccionados 24 artículos para la revisión.

Resultados y discusión. Una adecuada atención del ictus, el rápido reconocimiento de los síntomas, el manejo eficaz del paciente y la educación para la salud sobre el control y prevención de los factores de riesgo permite tener un estilo de vida más beneficioso para el paciente y una reducción de las consecuencias que pudiesen aparecer. El profesional de enfermería, tanto en el medio extra como intrahospitalario, es clave en este proceso, así como en la prestación de cuidados una vez iniciado el diagnóstico, siendo necesarios unos conocimientos y actitudes desarrollados sobre el tema analizado.

Conclusión. El tiempo es el principal influyente en la atención al ictus, por lo que unos conocimientos adecuados y actualizados por parte del personal de enfermería acerca del cuidado y manejo del paciente son clave para el diagnóstico precoz y pronóstico final, consiguiendo así una reducción de las secuelas a largo plazo.

Palabras clave. Ictus, cuidados de enfermería, prevención, manejo del paciente.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. Definición y clasificación	1
1.2. Epidemiología	1
1.3 Síntomas	2
1.4 Factores de riesgo	2
1.5. Código Ictus	2
1.6. Enfermería y atención sanitaria	3
2. JUSTIFICACIÓN	3
3. OBJETIVOS	4
4. METODOLOGÍA	4
5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	5
5.1 Factores que intervienen en la atención al ictus.	6
5.2 La importancia de una correcta prevención	8
5.3 El papel de la enfermería en la atención de pacientes con ECV	9
6. CONCLUSIONES.....	12
7. BIBLIOGRAFÍA	14
8. ANEXOS	I
8.1 ANEXO I: ESCALA CINCINNATI PREHOSPITAL	I
8. 2 ANEXO II: NATIONAL INSTITUTE OF HEALTHB STROKE SCALE (NIHSS).	I
8.3 ANEXO III: ESCALA MODIFIED RANKIN SCALE.	II
8. 4 ANEXO IV: RECOMENDACIONES GENERALES DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA UI.	II

INDICE DE FIGURAS Y TABLAS

<i>Figura 1. Diagrama de flujo sobre la búsqueda bibliográfica</i>	5
<i>Tabla 1. Tiempos en el proceso de atención al ictus</i>	6
<i>Figura 2. Atención al paciente con ictus</i>	7
<i>Figura 3. Control de parámetros en la UI</i>	11
<i>Tabla 2. Contraindicaciones al tratamiento de reperusión</i>	12

GLOSARIO DE ABREVIATURAS

AIT. *Accidente isquémico transitorio*

CI. *Código ictus*

DeCS. *Descriptores en ciencias de la salud*

DM. *Diabetes mellitus*

ECG. *Electrocardiograma*

ECV. *Enfermedad cerebro vascular*

FA. *Fibrilación auricular*

FBL. *Fibrinólisis intravenosa*

HIC. *Hemorragia intracraneal*

HSA. *Hemorragia subaracnoidea*

HTA. *Hipertensión arterial*

IC. *Infarto cerebral*

IRN. *Índice internacional normalizado*

MAP. *Médico de atención primaria*

MeSH. *Medical Subject Heading*

MRS. *Modified Rankin Scale*

NIHSS. *National Institute of Health Stroke Scale*

PA. *Presión arterial*

SEM. *Servicio de emergencias médicas*

SEN. *Sociedad Española de Neurología*

TA. *Tensión arterial*

TC. *Tomografía computarizada*

TD. *Tiempo de decisión*

TPA. *Tiempo puerta-aguja*

TPH. *Tiempo prehospitalario*

TR. *Tiempo de reacción*

TSU. *Transporte sanitario urgente*

TT. *Tiempo de transporte*

UI. *Unidad de ictus*

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Definición y clasificación

Las enfermedades o accidentes cerebrovasculares (ECV), también conocidas como ictus, hacen referencia a un grupo de patologías caracterizadas por cualquier alteración de la circulación cerebral, especialmente cuando se ve afectado el flujo sanguíneo cerebral (FSC) (1).

El FSC puede detenerse en distintas partes del cerebro, lo que dificulta la llegada de nutrientes y oxígeno. Esta interrupción se produce por la rotura de un vaso o la formación de un coágulo en el mismo (1).

Dependiendo de la naturaleza de la lesión producida y si la causa es la obstrucción del flujo sanguíneo o la rotura de un vaso, los ictus pueden clasificarse en:

- Ictus isquémico o accidente cerebrovascular isquémico: Ocurre cuando un vaso es obstruido por un coágulo, produciendo un descenso inmediato del aporte de sangre a esa parte del cerebro. Las principales causas de esta complicación se relacionan con problemas circulatorios, como presentar una disminución del gasto cardíaco o hipertensión arterial (HTA) (1,2). Podemos encontrarnos dos tipos dentro de este grupo:
 - Isquemia cerebral global, en el caso de que la lesión afecte al encéfalo completo (1).
 - Isquemia cerebral, que solo afecta a una parte del encéfalo. Dependiendo de la duración, puede ser un accidente isquémico transitorio (AIT) o un infarto cerebral (IC). El primero se caracteriza por presentar síntomas neurológicos leves con duración inferior a una hora, mientras que el IC, puede llegar a producir un déficit neurológico marcado o necrosis tisular, con duración superior a 24 horas. Su diagnóstico se realiza mediante una prueba de neuroimagen (1,4).
- Ictus hemorrágico o hemorragia cerebral: se debe a la rotura de un vaso sanguíneo en el interior de la cavidad craneal, ya sea arterial o venoso (1,2). Existen diferentes tipos de ictus hemorrágico según el lugar del cerebro donde se produzcan:
 - La hemorragia intracraneal (HIC) cuando la rotura del vaso es en el interior del encéfalo, causada principalmente por la HTA, o con menor frecuencia por malformaciones vasculares, fármacos o tóxicos (1,2).
 - La hemorragia subaracnoidea (HSA), debida a la presencia de sangre en el espacio subaracnoideo (2).

1.2. Epidemiología

Las ECV año afectan anualmente a unos 15 millones de personas en el mundo, produciendo el fallecimiento de alrededor de un tercio de estas personas y otra gran parte de los afectados quedan con secuelas permanentes (4).

La Sociedad Española de Neurología (SEN) define el ictus como una de las ECV de mayor impacto en la sociedad y en la Sanidad, debido a su marcada incidencia y prevalencia, siendo la primera causa de discapacidad en el adulto y la segunda de demencia por detrás del Alzheimer. Las ECV afectan de forma muy importante tanto a las personas que lo sufren como a sus cuidadores, causando un gran impacto sanitario, social y familiar (3).

Además, son las responsables del 10% de muertes en todo el mundo, lo que conlleva el gasto de grandes cantidades de recursos económicos de los sistemas sanitarios y la hospitalización de un número importante de pacientes (1).

Los ictus presentan una morbimortalidad importante, ya que, como se ha comentado anteriormente, el 29% de los pacientes fallece, más del 30% no tienen la capacidad de vivir por sí solos y hasta el 16% requiere la institucionalización en centros sociosanitarios de larga estancia (1).

De esta manera, en España y en otros países desarrollados representa una de las principales causas de muerte y de invalidez o discapacidad permanente en el adulto, junto con la parálisis, la falta de equilibrio, la alteración del habla o los trastornos emocionales. En cuanto al tipo, el 80% de los casos corresponde a ictus isquémico y el resto a hemorragia cerebral (1,2).

1.3 Síntomas

Los síntomas dependen de la zona donde se produzcan las ECV. Por lo general aparecen de forma repentina y sin previo aviso, existiendo casos en los cuales las personas que lo sufren no son conscientes de ello (2).

Las principales manifestaciones del ictus son la pérdida espontánea de fuerza muscular en brazos, piernas o cara, además de mareos, confusión e incontinencia, entre otros (2).

Si el origen del ictus es hemorrágico, se presenta como un dolor intenso, que empeora con los cambios de posición y llega a despertar al paciente si está dormido (2).

1.4 Factores de riesgo

Para ambos tipos de ictus, existen una serie de factores de riesgo comunes, los cuales se pueden clasificar en modificables y no modificables. Entre estos últimos están la edad, el sexo, los antecedentes familiares de ECV o la raza negra (1,2).

En cuanto a los factores que se pueden abordar y prevenir, encontramos la HTA, la Diabetes Mellitus (DM), la fibrilación auricular (FA), la hipercolesterolemia, el alcohol, el tabaco, la obesidad y el sedentarismo, entre otros (1,2).

1.5. Código Ictus

Se denomina Código Ictus (CI) al conjunto de estrategias encaminadas al abordaje inmediato de los síntomas de ECV y el traslado del paciente al hospital en el menor tiempo posible. Por ello, con la activación del CI se tiene como objetivo identificar y tratar a la mayor parte de los pacientes que sufren un ictus en el menor tiempo posible, siendo necesario una correcta y eficaz organización y coordinación de los servicios de emergencias médicas (SEM), centros de atención primaria y hospitales de la zona, así como de la Unidad de Ictus (UI) de referencia (1,4).

Una vez detectado un posible caso de ictus, se pone en marcha el CI extrahospitalario, el cual, desencadena la alerta de los servicios de emergencias extrahospitalarios y seguido al servicio de urgencias del hospital. Además, se produce la llamada al neurólogo de guardia para preparar todo lo necesario a la llegada del paciente (1).

El CI intrahospitalario se activa cuando el paciente llega al hospital con una ECV manifiesta o en el caso de que se produzca en pacientes que ya estaban hospitalizados por otra causa (1).

Los criterios que llevan a la activación de este proceso son pacientes con síntomas de ictus de menos de 4 horas y treinta minutos de evolución, déficit neurológico leve o moderado, pacientes con AIT y que no padezcan enfermedad terminal o demencia (1,4).

1.6. Enfermería y atención sanitaria

Aun conociendo los síntomas manifiestos del ictus y los tratamientos que se deben aplicar, la mejor intervención para reducir las consecuencias de las ECV es realizar una prevención adecuada, dirigida a tratar especialmente los factores de riesgo modificables, reconociendo los síntomas en el momento que aparecen y estabilizando clínicamente al paciente (1,4).

La atención prehospitalaria del paciente es imprescindible para la cadena asistencial del ictus. Esto se basa en conocer los puntos básicos de abordaje y estabilización, además de los criterios para poder activar el CI, consiguiendo la llegada temprana del paciente al hospital de referencia y la activación del protocolo (2,4).

La enfermería tiene un papel muy importante en todo el proceso de atención temprana al paciente con ictus, interviniendo prácticamente en todo su desarrollo, así como la educación y cuidado de todos los pacientes con ictus, incluyendo a los familiares (2,22).

2. JUSTIFICACIÓN

Las ECV son un grave problema de salud de larga duración que ocasiona un gasto importante de recursos sanitarios y provoca consecuencias desde el momento en el que existe daño cerebral y que puede llegar a producir la muerte o prolongarse a lo largo de toda la vida del paciente, dejando secuelas importantes.

Una de las razones por las que se ha llevado a cabo este trabajo es la falta de conocimientos tanto de los profesionales sanitarios como de la población en general a la hora de saber cómo actuar ante la aparición de síntomas relacionados con el ictus, ya que las diferentes formas con las que aparece esta enfermedad y el tipo de paciente que la presentan dificultan su atención, ocasionando en general un deterioro de su estado.

Es clave en la atención del paciente con ictus una correcta coordinación y comunicación de los servicios de urgencia extrahospitalarios con el SEM del hospital de la zona, así como la activación del Código Ictus cuando sea necesario. Llevar a cabo esta cadena es imprescindible para identificar y controlar los signos y síntomas que manifieste el paciente, notificarlo al servicio de Neurología y tratar el problema lo más rápido posible.

Es de gran importancia que el personal de enfermería esté actualizado e informado acerca del daño cerebral para mejorar el proceso de atención y tratamiento del ictus. El objetivo en este aspecto es reconocer las necesidades del paciente, identificar y prevenir las complicaciones de la fase aguda y proporcionar ayuda a los pacientes para que se adapten a las incapacidades que causa esta enfermedad, ofreciendo apoyo y cuidados durante la recuperación del suceso y conocimientos acerca de las precauciones que deben tener para que no ocurra de nuevo.

3. OBJETIVOS

- **Objetivo general:**
 - Analizar cómo una atención rápida, adecuada y eficaz puede evitar complicaciones y mejorar el estado de salud en pacientes que están sufriendo un ictus.
- **Objetivos específicos:**
 - Identificar qué factores intervienen en la atención de las ECV.
 - Establecer qué intervenciones son más efectivas para prevenir el riesgo de ECV y disminuir sus consecuencias
 - Determinar las actividades que se deben llevar a cabo por parte del profesional de enfermería ante un paciente con Ictus.

4. METODOLOGÍA

En dicho trabajo se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de carácter narrativo acerca de las estrategias para disminuir la incidencia de una de las principales causas de muerte en los últimos años, las ECV.

La búsqueda de información para esta revisión comenzó en el mes de marzo de 2022. Se utilizaron diferentes bases de datos para esta búsqueda, como fueron Dialnet, Scopus, PubMed, CINAHL, Elsevier. Para completarla, el lenguaje utilizado se obtuvo mediante los tesauros MeSH (Medical Subject Heading) y DeCS (Descriptor de ciencias de la salud), permitiendo una búsqueda más limitada:

- DeCS: Ictus, Servicios de emergencias médicas, Cuidados de enfermería, Manejo de atención al paciente y prevención.
- MeSH: Stroke, Emergency medical services, Nursing care, Patient care management y prevention.

Una vez seleccionados los tesauros, la estrategia de búsqueda se llevó a cabo con estos términos, además de la combinación con los operadores booleanos "AND" y "OR", adaptándola a cada base de datos.

En la búsqueda se incluyeron tanto revisiones bibliográficas como ensayos clínicos, estudios descriptivos y observacionales y algunas referencias bibliográficas citadas en algunos de ellos.

Para hacer una búsqueda más focalizada, se aplicaron una serie de filtros:

- Artículos publicados entre 2015 y 2022, tanto para la introducción como para los resultados y la discusión, para que la información obtenida sea lo más actualizada posible.
- Idiomas: español, inglés y portugués, si fuese preciso.
- Especie: Seres humanos en cualquier rango de edad.
- Áreas temáticas: Enfermería, neurología.

Una vez delimitada la búsqueda, se determinaron los siguientes criterios con el fin de seleccionar los artículos más precisos acordes a la investigación:

- Criterios de inclusión:

- Artículos que traten sobre la atención al ictus.
- Prevención y disminución de las consecuencias del ictus.
- Estudios sobre cuidados e intervenciones de enfermería en la atención al ictus.
- Abordaje de los factores de riesgo para prevenir el ictus.
- Criterios de exclusión:
 - Rehabilitación de pacientes tras sufrir una ECV.
 - Fallecimiento por ictus.
 - Tratamiento del ictus

Del total de los artículos obtenidos de las bases de datos empleadas y de la diferentes búsquedas realizadas, la selección se hizo en función de los títulos y los resúmenes, descartando aquellos artículos que no tuvieran relación con dicho tema. Tras ello, se realizó una lectura de los artículos escogidos previamente, seleccionando los que tenían relación directa con los objetivos planteados en el trabajo. De todos ellos, finalmente se escogieron para la realización de la investigación 22 artículos. En la siguiente figura se describe como se ha llevado a cabo la búsqueda bibliográfica.

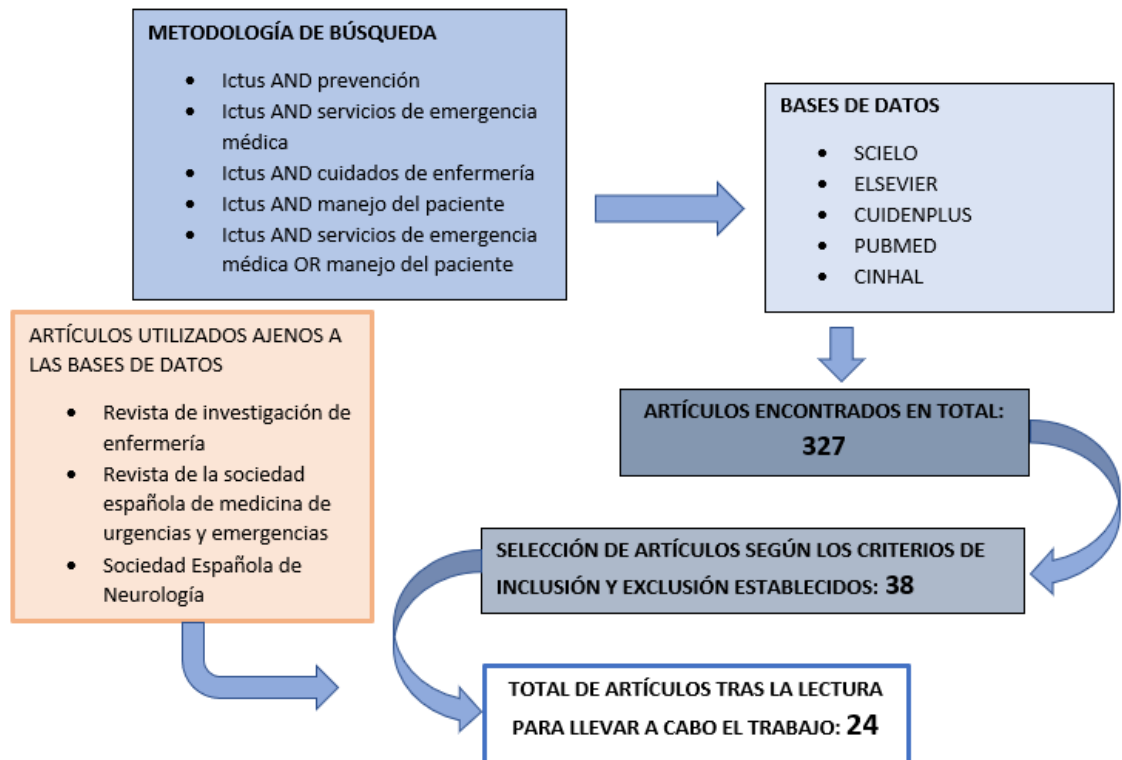


Figura 1. Diagrama de flujo sobre la búsqueda bibliográfica

Fuente: Elaboración propia

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tras finalizar la lectura detallada de los artículos revisados y comentados anteriormente, se describieron tres apartados para su posterior análisis y discusión:

- Factores que intervienen en la atención al ictus.
- La importancia de una correcta prevención.

- El papel de enfermería en la atención de pacientes con ECV.

5.1 Factores que intervienen en la atención al ictus.

El ictus es considerado una emergencia médica, debido a que es una enfermedad tiempo-dependiente, y que con cada minuto que pasa, las consecuencias producidas se vuelven más graves e irreversibles (5,6).

Una de las principales razones que influye en la gravedad del diagnóstico es que el paciente o el testigo no solicitan asistencia sanitaria inmediatamente, provocando un aumento del tiempo prehospitalario (TPH), definido como el tiempo entre el inicio de los síntomas y la llegada del paciente al hospital (5). Además, hay que tener en cuenta una serie de intervalos de tiempo que también van a influir en que el TPH sea de una mayor o menor duración, estos vienen reflejados en la siguiente tabla (5-7):

*Tabla 1. Tiempos en el proceso de atención al ictus
Fuente: Elaboración propia*

Tiempo de reacción (TR)	Intervalo entre el inicio de los síntomas y la decisión en solicitar ayuda a los servicios médicos bien por el paciente o los testigos, con una duración media de 140 minutos
Tiempo de decisión (TD)	Tiempo que transcurre entre el inicio de los síntomas y la petición de ayuda
Tiempo de transporte (TT)	Intervalo entre la solicitud de asistencia y la llegada al hospital
Tiempo puerta-aguja (TPA)	Tiempo transcurrido entre la llegada al hospital y la administración del tratamiento fibrinolítico

Una vez que el paciente o los testigos identifican y reconocen los síntomas característicos de una ECV, piden ayuda sanitaria, ya sea directamente al SEM o a través de su médico de atención primaria (MAP), aunque en otros casos son los propios pacientes los que acuden al hospital. Una vez solicitada la petición de ayuda, el SEM se encarga de notificar el caso de ictus al neurólogo de guardia del hospital y al personal que se encuentra en el servicio de urgencias, para preparar las medidas necesarias a su llegada. El uso del SEM favorece una llegada más temprana y un abordaje precoz de la situación que los otros dos casos nombrados anteriormente. Existen una serie de factores que ayudan a reducir los intervalos en la atención sanitaria y con ello a mejorar el pronóstico final. Entre estos se encuentran (5-7):

- Estar acompañado de familiares o testigos.
- Ser joven y tener una mayor facilidad para acceder al hospital
- Estar informado sobre los síntomas y la aparición de las ECV.
- Reconocer el problema como una urgencia.
- Haber sufrido episodios anteriores, tanto de ictus como de AIT.
- Residir en una zona cercana y bien comunicada con el hospital.
- Padecer otras patologías que les mantengas alerta, como en el caso de la FA, donde los pacientes son más conscientes de su problema.

La petición de ayuda se puede retrasar cuando el paciente tiene una edad avanzada, debido a que su estado funcional y el deterioro cognitivo que sufre le dificulta reconocer los síntomas, el confundir el ictus con otra patología como es el caso de la diabetes mellitus (DM), asociando los síntomas a una hiperglucemia o el tener dudas al solicitar la asistencia médica (6,7).

Tras esto, el paciente llega al hospital a través del transporte sanitario urgente (TSU), el cual permite controlar parámetros vitales hasta su llegada, como son la oxigenación, la presión arterial, la glucemia, la temperatura y la función cardíaca. El no usar este medio se asocia con pacientes que utilizan su propio transporte para llegar al hospital o el no tener información sobre estos servicios (7,9).

Una vez que los pacientes lleguen al hospital, deben de ser tratados en los primeros 60 minutos, con el fin de mejorar su atención y pronóstico. Con ello se obtienen mejores resultados en los tiempos puerta-aguja (TPA) (7). Este depende además de la presencia del neurólogo, el cual aplica el tratamiento según las condiciones en las que acude el paciente y si cumple con los criterios de reperusión. La manera en la que ocurre la atención del paciente con ictus se refleja en el siguiente esquema (8,10):

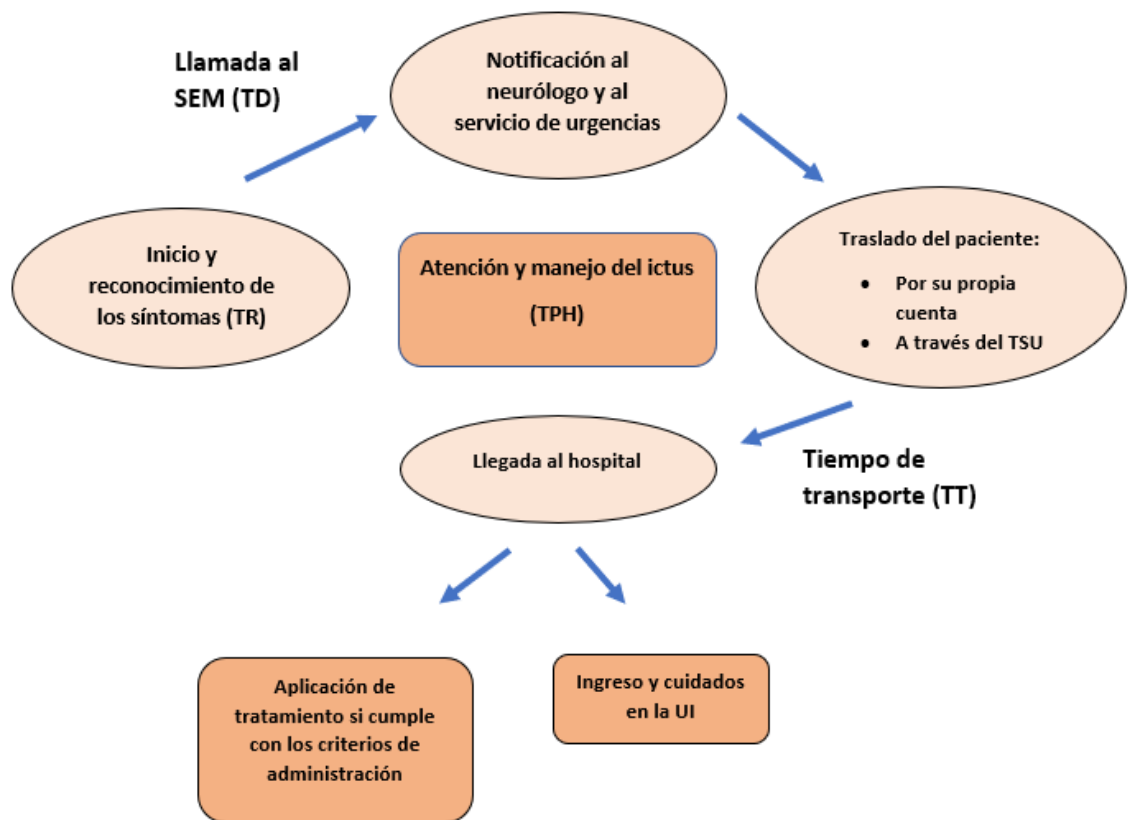


Figura 2. Atención al paciente con ictus

Fuente: Elaboración propia

Tiempo de reacción (TT); Servicio de emergencia médicas (SEM); Tiempo de decisión (TD); Transporte sanitario urgente (TSU); Tiempo prehospitalario (TPH); Unidad de ictus (UI).

Todo ello, consigue mejorar la calidad de la atención, con un rápido reconocimiento y abordaje de los síntomas y sabiendo cómo actuar dependiendo de las condiciones del paciente (7-9). La eficacia del proceso recae mayoritariamente sobre el personal de enfermería, por lo que deben estar adecuadamente preparados y tener conocimientos acerca de las maneras de presentarse una ECV, consiguiendo reducir los tiempos de atención y manteniendo al paciente en las mejores condiciones hasta su llegada al hospital (4,15,22).

Es imprescindible que la población, tanto pacientes como familiares adquieran información relacionada con los síntomas alarma y que tengan consciencia de que el ictus es una urgencia sanitaria, donde el tiempo es el principal factor en su atención y que deben solicitar ayuda en el mismo momento en el que se presenta el episodio. Teniendo en cuenta y llevando a la práctica todos estos aspectos, el proceso de atención del ictus tendrá una mayor eficacia y unos mejores resultados en cuanto a la evolución y recuperación del paciente (4,22).

5.2 La importancia de una correcta prevención

Como se ha dicho anteriormente, la principal medida para evitar que un paciente sufra un ictus o tenga posibilidades de que ocurra otro, es actuar sobre los factores de riesgo modificables, como el consumo de alcohol y tabaco, la alimentación y la HTA, entre otros (11-13).

El consumo de cigarrillos, además de ser un problema sociosanitario a nivel global, es una causa importante de producción de las ECV. Las personas fumadoras tienen dos veces más riesgo de sufrir un ictus y mayores posibilidades de padecer un hemorragia cerebral. El humo del tabaco es el principal causante del daño arterial temprano, así como incrementar el riesgo de sufrir FA (11,14,21).

Esto se debe a que el riesgo aumenta cuanto mayor es el número de cigarrillos que se consume, afectando también a las personas que inhalan humo de manera pasiva, aunque el riesgo de éstas es menor. Disminuyendo o abandonando el consumo de cigarrillos se reduce las posibilidades de que ocurra una ECV, bien por voluntad propia del paciente o mediante ayuda psicológica, fármacos, parches de nicotina o el uso de cigarrillos electrónicos (11,21).

Otro de los factores a tener en cuenta es el consumo de alcohol. Diversos autores defienden que el consumo moderado de alcohol puede tener efecto protector sobre el sistema cardiovascular, pero un consumo excesivo se relaciona con un mayor riesgo de ictus, ya que aumenta la presión arterial y la aparición de arritmias cardiacas como la FA (11,12). Por ello se recomienda abandonar o al menos disminuir el consumo de alcohol por debajo de los 30 g diarios (11,14,21).

La obesidad y el sedentarismo son factores de riesgo establecidos tanto para enfermedades cardiovasculares como para el ictus. El sedentarismo puede provocar obesidad y sobrepeso, así como otros factores que tiene relación directa con el ictus, como son la DM y la HTA (11,12,21).

Conseguir bajar de peso puede llevarse a cabo con hábitos de vida saludables, como modificar la dieta actual y combinarla con la práctica de deporte adaptada a cada persona. La actividad física de al menos 150 minutos a la semana junto con una dieta sin sal, rica en frutas y vegetales ayuda en la pérdida de peso y en el control de la HTA, mejorando los niveles de colesterol y reduciendo el riesgo de sufrir eventos vasculares (11,14,16).

La HTA es el factor de mayor impacto tanto en la prevención primaria como secundaria del ictus. El riesgo de sufrir un ictus disminuye considerablemente con un control estricto de la presión arterial (PA), si se mantiene dentro de los niveles recomendados. La mejor manera de evitarlo es que la PA se mantenga por debajo de los 140/90 mm Hg mediante fármacos antihipertensivos solos o de manera combinada (12,13).

En la prevención secundaria del ictus, la utilización de tratamiento antihipertensivo está indicado en (12,13):

- Pacientes sin tratamiento previo, que tras sufrir un ictus comienzan con una PA superior a 140/90 mm Hg.
- Pacientes con tratamiento antihipertensivo antes del ictus se les reiniciará la misma pauta tanto para la prevención de ECV recurrente como para otros episodios vasculares.

Se debe iniciar el tratamiento antihipertensivo pasadas las primeras 24 horas del inicio del episodio, una vez que el paciente esté hemo-dinámicamente estable, ya que la elevación de la PA puede ser un síntoma del ictus y desaparecer al poco de producirse el evento. Sólo en el caso de que la PA tenga un incremento importante o complicaciones vitales asociadas se iniciará previamente la pauta, teniendo como objetivo reducir la PA de forma efectiva, con unos valores por debajo de 140/90 mm Hg y mantener un control continuo de la tensión de manera ambulatoria a corto o a largo plazo, según el riesgo del paciente (12,13).

Todas estas medidas deben combinarse con la voluntad del paciente para cumplir y llevar a cabo las actividades necesarias para prevenir la producción de un ictus ya sea por primera vez o de manera recurrente. Es necesaria la implantación de campañas de educación acerca de los hábitos de vida que pueden causar la aparición de una ECV o aquellos factores de riesgo que pueden predisponer el padecerlas (2,22). Con esto, además de una correcta reducción y prevención de estos factores, permite llevar una vida más segura y saludable, disminuyendo las posibilidades de producirse un ictus, además de otros eventos vasculares (2,14,22).

Esto se ve potenciado con la atención y seguimiento por parte de los profesionales de enfermería, siendo los responsables de comprobar que los pacientes están cumpliendo con el plan terapéutico establecido, transmitir conocimientos suficientes acerca de los buenos hábitos de vida, actividades educativas, ya sea de manera individual o colectiva, y llegando a establecer una relación estable y de confianza enfermería-paciente. Por ello, enfermería tiene como objetivo conseguir motivar a los pacientes en relación con un estilo de vida saludable, prevención de otras enfermedades relacionadas, hacerles conscientes de que deben de cambiar su modo de vida y hacerlo de una manera continua, a través de un control rutinario y de forma prolongada (14,22).

5.3 El papel de la enfermería en la atención de pacientes con ECV

Antes de comenzar con el desarrollo del apartado, hay que destacar la función de la enfermería en el paciente con ictus, ya que son el primer contacto con el paciente, controlan y estabilizan su estado hasta la llegada al hospital, y aplican el tratamiento y los cuidados necesarios durante la duración del ingreso, así como la educación y evaluación de su estado de salud una vez superado el evento vascular. Por lo tanto, todo profesional de enfermería que interviene en la atención al paciente con ECV debe estar dotado de habilidades y conocimientos relacionados con los síntomas principales, el manejo y atención de las ECV (2,14,22).

Esta atención comienza por parte de los equipos extrahospitalarios, ya que son los primeros que atienden a los pacientes con síntomas de ECV, y su reconocimiento temprano favorece la activación del CI, el contacto con el neurólogo y el personal de urgencias, mejorando el proceso diagnóstico y terapéutico (14,15). En la identificación de los síntomas es clave la utilización de una serie de escalas neurológicas, ayudando a detectar la enfermedad, disminuyendo las complicaciones y su gravedad. La escala *Cincinnati*, compuesta por tres ítems de los cuales hay que cumplir al menos uno para que sea sospechoso de ictus: desviación facial, debilidad del brazo o alteración del lenguaje (ANEXO 1) (17,18).

Otra escala que se puede utilizar de manera prehospitolaria es la *National Institute of Health Stroke Scale* (NIHSS), basada en doce elementos los cuales pueden puntuarse de 0 a 2, de 0 a 3, o de 0 a 4, hasta una puntuación máxima de 42, en la cual cuanto mayor sea el resultado más grave será el ictus (ANEXO 2) (16-18). Y, por último, la *Modified Rankin Scale* (MRS), una escala de discapacidad de 6 puntos, donde se valora la situación funcional previa del paciente, tiempo de evolución y gravedad del ictus con una puntuación de 0 a 5 (ANEXO 3) (18).

Una vez realizadas las escalas y con la sospecha de un posible caso ictus, se llevará a cabo una anamnesis con datos clave sobre el paciente. Esta información será proporcionada por el personal de enfermería que forma parte del SEM al servicio de urgencias, antes de la llegada al hospital, ayudando a preparar todas las medidas que sean necesarias (16,17,19). Estos datos incluyen, la hora de inicio de los síntomas, el tratamiento habitual y las enfermedades previas que puedan acortar y dificultar sus expectativas de vida (17,19).

Si se confirma clínicamente que se trata de un ictus, se llevarán a cabo técnicas de neuroimagen con el fin de evaluar al paciente de una forma más precisa. Estas pruebas constan de una tomografía computarizada (TC) cerebral, simple o multimodal, que ofrece más información sobre el tratamiento a utilizar (16). Si durante el traslado a la sala se realiza una atención directa de paciente, se reducen los tiempos de tratamiento, con la estabilización por parte del personal de enfermería (15,16).

Además del manejo y atención del paciente, el equipo de enfermería llevará a cabo una serie de medidas que ayudarán a reducir los tiempos de diagnóstico y cuidados, como son (16,17,19,20):

- Control de parámetros como la TA, la glucosa, la frecuencia cardíaca y la respiración.
- Valorar presencia de otras complicaciones como úlceras por presión (UPP), traumatismos externos.
- Canalización de una vía venosa periférica en el miembro no parético y extraer una analítica de sangre completa.
- Electrocardiograma (ECG) con las 12 derivaciones.
- Prueba rápida de índice internacional normalizado (IRN) en aquellos pacientes con ictus agudo que estén anticoagulados.

Si se realizan en el primer contacto con el paciente, durante su traslado al hospital, se consiguen mejores resultados en su evolución, disminuyendo el intervalo de los factores nombrados anteriormente (Figura 1), así como la atención intrahospitalaria, ya que se evitan

realizar estas actividades una vez este el paciente en urgencias y enfocarse en el tratamiento específico para el paciente (5,16,19).

Tras los resultados obtenidos de las pruebas, el paciente es trasladado inmediatamente a la unidad de ictus (UI), si cumple los criterios precisos para su ingreso, ya que pacientes con un nivel muy bajo de consciencia y discapacidad funcional severa, se valora su ingreso en la UCI (15,16).

Las UI evidencian una disminución de la estancia hospitalaria e institucionalización, siendo el cuidado más efectivo para el ictus y con menores índices de mortalidad. Están formadas por enfermeras capacitadas y con una formación específica sobre la atención del paciente con ictus. El cuidado consiste principalmente en la prevención e identificación de complicaciones y el aplicar el tratamiento correspondiente a cada uno. Que los hospitales dispongan de una UI disminuye el número de secuelas en los pacientes, mejora los tiempos en la aplicación de los tratamientos, la calidad de vida y proporciona resultados óptimos en el pronóstico final (15,16,24).

El personal de enfermería de la UI se encarga de mantener controlados los parámetros vitales, ya que en muchos casos se produce una alteración de estos que empeora el estado del paciente y hace que la gravedad del caso sea mayor. Este control se basa en tres actividades que se resumen en la siguiente figura (16,17,19,23):

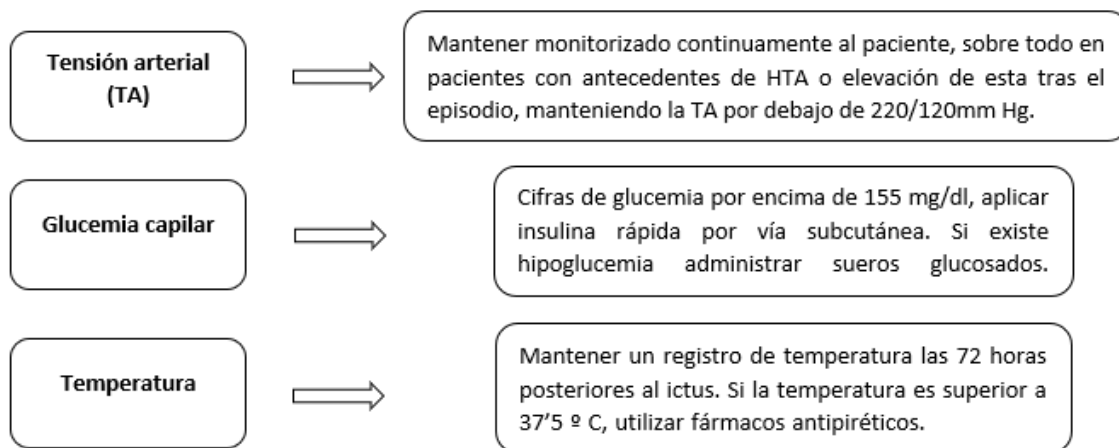


Figura 3. Control de parámetros en la UI

Fuente: Elaboración propia

Además, durante su ingreso en la UI se deben aplicar unos cuidados de enfermería y tratamientos específicos para los pacientes, con el objetivo de tratarlos de la manera más correcta y precisa posible, llevando a cabo aquellas necesidades que no pueden realizar por ellos mismos y evitando las complicaciones que pudiesen ocurrir. Estás se basan en la posición de la cabeza, la función cardíaca, la función respiratoria, la eliminación urinaria y fecal, la movilidad y la seguridad, la profilaxis de la trombosis venosa profunda, la higiene y el balance hídrico (ANEXO 4) (15,16,19,23).

En aquellos pacientes con ictus que durante la fase aguda se encuentren en una situación de mayor gravedad, se podrá aplicar el tratamiento de reperfusión, basado en la fibrinólisis intravenosa (FBL) o en la trombectomía con el fin de evitar la extensión del daño cerebral,

siempre y cuando cumpla ciertos criterios, como son que hayan pasado menos de 4'5 horas en caso de la FBL o menos de 6 horas para la trombectomía. En ambos tipos, el resultado será más beneficioso para el paciente cuanto más precoz se inicie, reduciendo con ellos la estancia hospitalaria y el grado de incapacidad, observando continuamente su estado neurológico, si responde bien al tratamiento, si la evolución es óptima o si por el contrario se observa empeoramiento (19,20,21,24).

Existen una serie de contraindicaciones a tener en cuante antes de iniciar el tratamiento, como vienen reflejadas en la siguiente tabla (15,20,21).

*Tabla 2. Contraindicaciones al tratamiento de reperfusión
Fuente: Elaboración propia*

Tiempo superior al indicado anteriormente	Paciente con sangrado importante
Tratamiento anticoagulante las 48 horas previas al episodio	Esperanza de vida reducida o muy deteriorada
Inicio de los síntomas desconocido	Historia previa de hemorragia intracraneal

La aplicación de estos tratamientos y un cuidado continuo y mantenido, observando y controlando la evolución del paciente en cada momento, evidencia una evolución mejorable del paciente, una recuperación óptima, temprana y más satisfactoria y una reducción de las secuelas que puedan existir a lo largo de la vida (19,20,21,24).

Se dará el alta cuando hayan superado la fase aguda y no requieran un seguimiento en el hospital. Es importante involucrar y animar a la familia o cuidadores en la atención y cuidado del paciente, sobre todo en aquellos que necesiten más ayuda, proporcionando información sobre el ictus y la prevención secundaria (12,14,22,23), siendo el profesional de enfermería el que se encarga de controlar el estado y evolución de manera periódica del paciente tras el alta, que esté siempre bien informado acerca de su enfermedad y de controlar los parámetros y la aparición de algún síntoma o factor de riesgo que predisponga a la aparición de otro episodio (3,22,24).

6. CONCLUSIONES

Tras el análisis de los artículos seleccionados y el desarrollo del proyecto se puede concluir que:

- Entre las ECV, el ictus es una de las principales causas de muerte en nuestro país, y uno de los mayores causantes de discapacidad y deterioro del estilo de vida de las personas que lo sufren, ocasionando secuelas importantes e irreversibles a largo plazo.
- Enfermería es clave en la detención temprana de los signos y síntomas del ictus, así como de la educación para la salud de los pacientes y los familiares en relación con los mismos aspectos, informando sobre cuándo, cómo y porqué pueden producirse.
- La atención del paciente con ictus dependerá de la gravedad en cada caso, donde el tiempo juega un papel crucial en el resultado del diagnóstico, ya que se

deben optimizar las medidas de la mejor manera posible con el fin de obtener mejoras en la evolución y recuperación de la persona que presenta o que haya superado un ictus.

- La reducción de los factores de riesgo contribuye a una mejora en el estado del paciente y a una menor posibilidad de que se produzca un ictus por primera o por segunda vez. Esto es responsabilidad tanto de enfermería como del paciente, estableciendo una relación estable y de confianza, llegando a un acuerdo entre el control y prevención de aquellos factores que aumentan el riesgo.

- El control de la TA en pacientes hipertensos previos o tras producirse el ictus debe ser de manera continua y rutinaria, teniendo presentes las pautas que hay que mantener para no correr riesgo.

- Hay evidencia en cuanto a los resultados y mejoras a cerca del cuidado de la profesión de enfermería del paciente con ictus, debido al trato humanizado, cercano y continuo, siendo fundamental y necesario el desarrollo de conocimientos, habilidades y actitudes para poder llevarlo a cabo.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Ruiz-Ares G, Martínez-Sánchez P, Fuentes B. Cerebrovascular diseases. Med [Internet]. 2015;11(71):4221–9. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0304-5412\(15\)30001-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0304-5412(15)30001-9)
2. de Torres Ferrero A. Importancia De La Educación Para La Salud En La Detección Precoz Del Ictus. NPunto Vol IV Número 36 Marzo 2021 [Internet]. 2021; Available from: <https://www.npunto.es/revista/36/importancia-de-la-educacion-para-la-salud-en-la-deteccion-precoz-del-ictus>
3. Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares. Sociedad Española de Neurología. El Atlas del Ictus España. Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares. Sociedad Española de Neurología. Soc Española Neurol. 2019;55.
4. Mercado NC, Porras BL, Antonio J, Caballero A. CÓDIGO ICTUS: ACTIVACIÓN Y ATENCIÓN PREHOSPITALARIA.
5. Soto-Cámara R, González-Bernal J, Aguilar-Parra JM, Trigueros R, López-Liria R, González-Santos J. Factors related to prehospital time in caring for patients with stroke [Análisis de los factores relacionados con el tiempo prehospitalario en la atención al ictus]. Emergencias [Internet]. 2021;33(6):454–63. Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85119277266&partnerID=40&md5=07c31571e6997e09bb5e53ced2dd916c>
6. Soto-Cámara R, González-Santos J, González-Bernal J, Trejo-Gabriel-Galán JM. Factors associated with a rapid call for assistance for patients with ischemic stroke | Factores asociados a una rápida petición de ayuda en los pacientes con ictus isquémico. Emergencias. 2020;32(1):33–9.
7. Soto-Cámara R, Trejo-Gabriel-Galán JM, González-Bernal J, González-Santos J, Cubo E. Factores asociados con la activación del servicio de emergencias médicas en el paciente con ictus agudo : un estudio prospectivo. Emergencias. 2019;31:86–90.
8. Tejada Meza H, Saldaña Inda I, Serrano Ponz M, Ara JR, Marta Moreno J. Impact of a series of measures for optimisation hospital code stroke care on door-to-needle times. Neurología. 2020;
9. Olascoaga Arrate A, Freijo Guerrero MM, Fernández Maiztegi C, Azkune Calle I, Silviriño Fernández R, Fernández Rodríguez M, et al. Use of emergency medical transport and impact on time to care in patients with ischaemic stroke. Neurología. 2019;34(2):80–8.
10. Gallardo-Tur A, Carazo-Barrios L, de la Cruz-Cosme C. Tiempo puerta-aguja entre neurólogo presencial y localizado en ictus isquémico tratado con alteplasa. Estudio PRISA. Neurología [Internet]. 2019; Available from: <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2019.08.002>
11. García Pastor A, López-Cancio Martínez E, Rodríguez-Yáñez M, Alonso de Leciñana M, Amaro S, Arenillas JF, et al. Recommendations of the Spanish Society of Neurology for the prevention of stroke. Interventions on lifestyle and air pollution. Neurología. 2021;36(5):377–87.
12. Sierra C, Castilla-Guerra L, Masjuan J, Gil-Nuñez A, Álvarez-Sabín J, Egocheaga MI, et al. Recommendations on the treatment of hypertension in the secondary prevention of ischemic stroke. Hipertens y Riesgo Vasc. 2018;35(4):e11–8.
13. Rodríguez-Yañez M, Gómez-Choco M, López-Cancio E, Amaro S, Alonso de Leciñana M, Arenillas JF, et al. Stroke prevention in patients with arterial hypertension: Recommendations of the Spanish Society of Neurology's Stroke Study Group. Neurología. 2021;36(6):462–71.
14. Martínez Uceda JL, Llovet Romero LE, Ariza Riera T. Enfermería y educación: Adherencia al tratamiento en la hipertensión arterial. Eur J Heal Res. 2018;4(1):31.
15. Sanjuan E, Pancorbo O, Santana K, Miñarro O, Sala V, Muchada M, et al. Management of acute stroke. Specific nursing care and treatments in the stroke unit. Neurología. 2020;
16. Leal JS. Protocol of diagnosis and management of acute stroke in emergency unit. Med [Internet]. 2019;12(70):4124–9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.med.2019.01.006>

17. Iglesias Mohedano AM, Núñez AG. Protocol for suspected stroke and prehospital care. *Med* [Internet]. 2019;12(70):4120–3. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.med.2019.01.005>
18. Rodríguez Vico A, Sánchez Hernández F. Triage por enfermería en el ictus agudo. *Enfermería Glob Rev electrónica Trimest enfermería* [Internet]. 2021;20(4):108–30. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=8151897%0Ahttps://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8151897&orden=0&info=link>
19. Otero FD, Alen PV, Fernández-Bullido Y, Núñez ACG. Management of stroke in the emergency department setting. *Med* [Internet]. 2015;11(89):5324–30. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.med.2015.10.017>
20. Madurga Revilla P R del OIGÍJ. Accidente cerebrovascular no hemorrágico:ictus isquémico. Diagnóstico, prevención y tratamiento. *Protoc diagn ter pediatri*. 2021;1:836–62.
21. Gutiérrez-Zúñiga R, Fuentes B, Díez-Tejedor E. Ischemic stroke. Cerebral infarction and transient ischemic attack. *Med* [Internet]. 2019;12(70):4085–96. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.med.2019.01.002>
22. Jiménez Gracia MA, Amarilla Donoso J, Güesta Guerra E, Leno Díaz C, Portilla Cuenca JC. Conocimiento y actitud de la población general frente al ictus. *Rev Cient la Soc Esp Enferm Neurol*. 2015;41(1):15–21.
23. Villagrasa Alloza M, Suarez Gorris M del P, Sanz Rosa J, Heredia Díez VB, Torralba Elía L, Torralba Elía M. Cuidados de enfermería al paciente con ictus. [Internet]. 2021 [cited 2022 May 16]. Available from: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/cuidados-de-enfermeria-al-paciente-con-ictus/>
24. Morales Tent B, Moltó Perez R, Pérez Molto FJ. Rol de enfermería en la rehabilitación de pacientes con secuelas de ictus. Revisión. *Rev electrónica Ciencias Multidiscip* [Internet]. 2022 [cited 2022 May 16];18:8–17. Available from: <https://www.majorensis.info/single-post/rol-de-enfermeria-en-la-rehabilitacion-de-pacientes-con-secuelas-de-ictus-revision>

8. ANEXOS

8.1 ANEXO I: ESCALA CINCINNATI PREHOSPITAL

Fuente: Iglesias Mohedano AM, Núñez AG. Protocol for suspected stroke and prehospital care. Med [Internet]. 2019;12(70):4120–3. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.med.2019.01.005>

<p>Desviación facial (se le pide al paciente que sonría o enseñe los dientes)</p> <ul style="list-style-type: none">• Normal: los dos lados de la cara se mueven de forma simétrica• Anormal: un lado de la cara se mueve peor que la contralateral <p>Debilidad del brazo (se le pide al paciente que cierre los ojos y mantenga los brazos estirados durante 10 segundos)</p> <ul style="list-style-type: none">• Normal: los dos brazos se mueven de forma similar y no caen durante la maniobra• Anormal: un brazo no se mueve o cae de forma progresiva durante la maniobra <p>Alteración del lenguaje (se le pide al paciente que repita una frase)</p> <ul style="list-style-type: none">• Normal: repite la frase sin problemas• Anormal: presenta habla entrecortada, articula mal las palabras, cambia unas palabras o sílabas por otras o es incapaz de hablar o comprender <p>Para la sospecha de ictus deberá haber al menos un ítem presente</p>
--

8.2 ANEXO II: NATIONAL INSTITUTE OF HEALTH STROKE SCALE (NIHSS).

Fuente: Rodríguez Vico A, Sánchez Hernández F. Triage por enfermería en el ictus agudo. Enfermería Glob Rev electrónica Trimest enfermería [Internet]. 2021;20(4):108–30. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=8151897%0Ahttps://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8151897&orden=0&info=link>

<p>1.- Nivel de consciencia</p> <p>1a.- Capacidad de respuesta del paciente (valorada de 0 a 3)</p> <p>1b.- Preguntas: Se pide a los pacientes que indiquen el mes y su edad (valoradas de 0 a 2)</p> <p>1c.- Órdenes: Se pide al paciente que abra y cierre los ojos y luego que agarre y suelte la mano no parética (mano no afectada por parálisis motora parcial) (valorado de 0 a 2)</p> <p>2.- Mejor mirada</p> <p>Movimientos oculares horizontales del paciente (valorados de 0 a 2)</p> <p>3.- Prueba de campo visual</p> <p>Evaluar la presencia de hemianopsia (puntuación de 0 a 3)</p> <p>4.- Parálisis facial</p> <p>Se pide a los pacientes que muestren los dientes o levanten las cejas y cierren los ojos. Busque simetría (clasificada de 0 a 3)</p> <p>5.- Función motora extremidad superior</p> <p>Extremidad izquierda: la extremidad está extendida (palmas hacia abajo) 90 grados (si está sentado) o 45 grados (si está en decúbito supino). Se puntúa si el brazo se cae antes de los 10 segundos (valorado de 0 a 4, o UN si está amputada o fusionada la articulación)</p> <p>Extremidad derecha: Igual que en el izquierdo</p> <p>6.- Función motora extremidad inferior</p> <p>Extremidad izquierda: la extremidad se levanta a 30 grados (supina). Se puntúa si la pierna cae antes de los 5 segundos (valorada de 0 a 4, o UN si está amputada de la articulación)</p> <p>Extremidad derecha: Igual que en la izquierda</p> <p>7.- Ataxia de extremidades</p> <p>Prueba de dedo a nariz y talón a espinilla (calificación de 0 a 2, o UN si es amputación o fusión articular)</p> <p>8.- Función sensorial</p> <p>Si el nivel de consciencia está alterado, puntúe si se observa una mueca o un retraimiento asimétrico (clasificado de 0 a 2)</p> <p>9.- Mejor habla (afasia)</p> <p>Las imágenes estándar se nombran (clasificadas de 0 a 3)</p> <p>10.- Disartria</p> <p>Se le pide al paciente que lea o repita palabras de una lista (clasificada de 0 a 2)</p> <p>11.- Extinción y desatención (antes llamado negligencia)</p> <p>Se puede obtener información suficiente para detectar negligencia a partir de pruebas previas (clasificadas de 0 a 2)</p> <p>12.- Función motora distal</p> <p>Que el paciente extienda sus dedos (valorado de 0 a 2). Izquierda y derecha</p>
--

8.3 ANEXO III: ESCALA MODIFIED RANKIN SCALE.

Fuente: Rodríguez Vico A, Sánchez Hernández F. Triaje por enfermería en el ictus agudo. Enfermería Glob Rev electrónica Trimest enfermería [Internet]. 2021;20(4):108–30. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=8151897%0Ahttps://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8151897&orden=0&info=link>

0: Sin síntomas/Sin discapacidad
1: Sin discapacidad significativa Capaz de realizar todas las tareas y actividades habituales
2: Discapacidad leve No puede realizar todas las actividades anteriores, pero puede ocuparse de sus propios asuntos sin ayuda
3: Discapacidad moderada Necesita ayuda, pero puede caminar
4: Discapacidad moderadamente grave No puede caminar y atender sus necesidades corporales sin ayuda
5: Discapacidad grave Postrado en cama, incontinente y que requiere cuidados y atención de enfermería constantes
6: Fallecido

8.4 ANEXO IV: RECOMENDACIONES GENERALES DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA UI.

Fuente: Elaboración propia

Posición de la cabeza	Inicialmente reposo absoluto. Mantener el cabecero de la cama con una elevación de 30-45 °.
Función cardíaca	Realizar ECG al ingreso en caso de no tener previamente y monitorización continua durante al menos las primeras 24 horas.
Función respiratoria	Controlar la saturación de oxígeno (SatO2) cada 4 horas inicialmente manteniendo concentraciones de 94-98%.
Función vesical y eliminación	Sondar en aquellos casos en los que existan retención aguda de orina o sea preciso y control estricto de diuresis. Los sondajes permanentes son un riesgo de infección del tracto urinario.
Movilidad	Tras pasar 24 horas desde el ingreso, se debe valorar si el paciente puede iniciar la sedestación, según la estabilidad que presente y su tolerancia a la deambulación posterior al ictus.
Profilaxis trombosis venosa profunda	Iniciar tratamiento con heparina de bajo peso molecular en pacientes inmovilizados
Seguridad	Prevenir lesiones o caídas proporcionando un entorno tranquilo y seguro, aplicando medidas de sujeción si son necesarias.
Higiene y cuidado de la piel	El cuidado intensivo y buen tratamiento de la piel reduce los episodios de neumonía por aspiración. Se debe evitar la fricción de la piel, sobre todo en pacientes con escasa movilidad. Realizar movilizaciones y cambios posturales con frecuencia, mantener la piel hidratada y sin humedad excesiva. Vigilar signos de infección en aquellas zonas propensas a la formación de heridas.
Balance hídrico	Realizar un correcto control de entradas y salidas de líquidos sobre todo durante las primeras 24 horas, ya que los pacientes permanecen en dieta absoluta y con sueroterapia.