



Universidad de Valladolid

Facultad de Enfermería

GRADO EN ENFERMERÍA

Curso académico 2013/14

TRABAJO DE FIN DE GRADO

**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE QUE HA
SUFRIDO UN ACV**

Autor/a: Sandra Lobo López

Tutor/a: Maria Carmen Navamuel Retuerto

INDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
OBJETIVOS	3
METODOLOGÍA.....	3
DESARROLLO DEL TEMA.....	4
DEFINICIÓN.....	4
EPIDEMIOLOGÍA.....	5
FACTORES DE RIESGO.....	5
SÍNTOMAS DE ALARMA DEL ICTUS	8
FOCALIDAD NEUROLÓGICA	8
COMPLICACIONES	10
VALORACIÓN Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA	11
CONCLUSIONES E IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA	20
BIBLIOGRAFÍA	21
ANEXOS	24

RESUMEN

El accidente cerebrovascular (ACV) o ictus es un trastorno brusco de la circulación cerebral que altera de forma transitoria o permanente la función de una determinada región del cerebro. Se puede producir por la oclusión de una arteria, disminuyendo el flujo de sangre que recibe una parte del cerebro (ictus isquémico) o por la rotura de una arteria cerebral (ictus hemorrágico).

Es una de las principales causas de mortalidad e invalidez. Es la segunda causa de muerte en España (la primera en la mujer), la primera causa de discapacidad en el adulto y la segunda causa de demencia.

Los pacientes con ACV se encuentran dentro de los que requieren un mayor nivel e intensidad de cuidados. La cronicidad, las secuelas, las complicaciones generales y la repetición de episodios representan los principales problemas que plantean estos pacientes.

La disfagia es una complicación frecuente tras el ictus y puede asociarse a complicaciones como malnutrición, infecciones pulmonares y broncoaspiración. Se debe realizar una adecuada valoración sobre la dificultad en la deglución.

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

Palabras clave: ACV, ictus, cuidados de enfermería, disfagia.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, las enfermedades cerebrovasculares constituyen uno de los problemas de salud pública más importantes y como tal deben ser consideradas¹.

En España son la segunda causa de muerte y la primera en la mujer. Cada 6 minutos se produce un ictus y cada 15 minutos fallece una persona en nuestro país. También es la primera causa de discapacidad física en la población adulta y la segunda causa de demencia tras la enfermedad de Alzheimer¹⁻⁴.

Además en nuestro país, la atención sanitaria al ictus consume un 3-4% del gasto sanitario^{1, 3, 5}.

Los pacientes que han sufrido un accidente cerebrovascular se encuentran dentro de los que mayores problemas tienen. En este trabajo se desarrollan los cuidados de enfermería de las alteraciones más frecuentes en la fase aguda del ictus (alteraciones de la deglución, movilización, perfusión cerebral, movilidad física, comunicación verbal y la eliminación urinaria e intestinal), sin olvidar que estos pacientes necesitan más cuidados.

La disfagia es una complicación frecuente en la fase aguda de los pacientes con ictus⁶. Entre un 42-76% sufren esta complicación. Mejora en las semanas siguientes al ictus, persistiendo en un 10-30% a los 2-3 meses⁴.

La disfagia neurológica se define como la dificultad para la deglución ocasionada por alteraciones estructurales o funcionales que provocan debilitamiento de la musculatura oral, faríngea o laríngea y producen una disfunción en los procesos que la conforman⁴.

Hay que prestar especial atención a la disfagia, tanto por la repercusión nutricional (deshidratación, desnutrición, pérdida ponderal), como por el riesgo a la broncoaspiración y al desarrollo de una neumonía aspirativa que es la principal causa de muerte en estos pacientes^{4, 6, 7}.

Los cuidados que necesitan estos pacientes han de ser suplidos por miembros de la familia o por instituciones públicas o privadas, lo que conlleva una importante inversión económica, sin olvidar la repercusión sobre la calidad de vida del paciente y sus cuidadores¹.

El ACV produce una gran repercusión a nivel social, familiar, económico y en el campo laboral y profesional.

La enfermera tiene un papel muy importante en el cuidado de estos pacientes, tanto a nivel físico como psicológico, ya que es el profesional que más tiempo pasa a su lado. Debe realizar una valoración constante del paciente para detectar cualquier anomalía funcional del mismo y evitar en lo posible las complicaciones y mejorar su calidad de vida. También tiene una importante función en la educación de estos pacientes y de sus familiares ante la nueva situación.

Por todo ello el ictus es uno de los problemas socio-sanitarios más importantes en la actualidad.

OBJETIVOS

Objetivo general

- Conocer los cuidados de enfermería necesarios para un paciente que ha sufrido un ACV.

Objetivos específicos

- Identificar las necesidades de pacientes con ACV.
- Dar a conocer los síntomas de alarma del ACV.
- Disminuir las complicaciones más frecuentes en pacientes con ACV.
- Reducir el riesgo de complicaciones asociadas a la disfagia.

METODOLOGÍA

Para la realización del trabajo, se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en las principales bases de datos científicas como Cuiden, Pubmed, Medline, Cinahl, Medes. También se han consultado libros especializados en enfermería, protocolos de enfermería de diferentes hospitales y artículos relacionados con los cuidados a pacientes que han sufrido un ictus.

Se han incluido documentos que abarcan desde el año 2003 al 2014.

DESARROLLO DEL TEMA

DEFINICIÓN

Un accidente cerebrovascular (ACV o ictus) es una situación en que los déficits neurológicos se producen por la disminución repentina del flujo sanguíneo en una zona localizada del cerebro. Los déficits neurológicos causados por la isquemia y necrosis resultante de las células cerebrales varían, según la zona del cerebro afectada, el tamaño del área lesionada y la duración de la disminución o interrupción del flujo sanguíneo⁸.

Los ictus pueden ser:

- Isquémicos: el aporte sanguíneo a una parte del cerebro se interrumpe repentinamente, por un trombo (coágulo sanguíneo), émbolo (coágulo u otro material transportado por la circulación) o estenosis (estrechamiento)⁸. Representan alrededor del 80% de los casos².
 - Trombóticos (60-70%)²: causado por un coágulo de sangre (trombo) que se forma en la pared de una arteria y como consecuencia se produce una disminución del flujo sanguíneo¹.
 - Embólicos (10-20 %)²: causado por la formación de un émbolo que se ha originado en un lugar proximal pero distinto a donde se produce la obstrucción, normalmente en el corazón o las grandes arterias del cuello¹.
 - AIT (ataque isquémico transitorio) (5-10%)²: período breve de isquemia cerebral localizada, que causa déficits neurológicos de duración inferior a 24 horas (normalmente entre 1 y 2 horas). Frecuentemente son señales de alerta de un ictus trombótico isquémico⁸.
- Hemorrágicos: cuando se rompe un vaso sanguíneo, provocando que la sangre se acumule y comprima el tejido cerebral circundante. Representan casi el 20 % de los casos⁸.

- Intracerebrales (10-15%)²: una arteria cerebral profunda se rompe dejando salir su contenido sanguíneo que se esparce entre el tejido cerebral circundante, presionándolo y dañándolo. La presión dentro del cráneo aumenta y afecta a encéfalo lo que pone en peligro la vida del paciente¹.
- Hemorragia subaranoidea (5-10 %) ²: hemorragia localizada entre la superficie del cerebro y la parte interna del cráneo. Su causa más frecuente es la rotura de un aneurisma arterial¹.

EPIDEMIOLOGÍA

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE) en 2012 se produjeron en España un total de 402950 defunciones, de las cuales, 29520 fueron consecuencia de enfermedades cerebro vasculares⁹ (Ver anexo I).

El tiempo que el paciente permanece ingresado supone el mayor de los costes directos atribuibles. En España, los días de estancia en hospital por ictus en el año 2006 fueron de 1.288.010 días con una media de 11 días de hospitalización por ingreso. Se calcula que el ingreso genera entre un 70% y un 80% del total de gastos sanitarios. El coste por episodio aumenta un 6,9% por cada día de estancia³.

La Organización Mundial de la Salud (OMS),teniendo en cuenta que en el año 2050 la población mayor de 65 años representará el 46% del total, estima que casi la mitad podría sufrir un accidente cerebrovascular².

FACTORES DE RIESGO

El ictus es el resultado final del acúmulo de una serie de hábitos de estilo de vida y circunstancias personales poco saludables (factores de riesgo) aunque por su forma de presentación súbita e inesperada pudiera parecer imprevisible¹.

En la actualidad, están bien identificados los factores de riesgo que favorecen la predisposición a sufrir un ictus y la asociación de varios de ellos aumenta el riesgo de padecerlo.

Los factores de riesgo pueden clasificarse como modificables y no modificables¹.

Es importante detectar pacientes con factores de riesgo no modificables ya que, aunque éstos no se puedan tratar, identifican sujetos de alto riesgo en los que la coexistencia de factores modificables exige un control preventivo más estricto¹⁰.

Factores de riesgo no modificables¹:

- La edad: es el principal factor de riesgo no modificable. El riesgo de padecer un ictus aumenta a partir de los 60 años, cada década dobla el riesgo de aparición.
- El sexo: los hombres tienen una incidencia mayor que las mujeres aunque la mortalidad es mayor en ellas.
- La raza: las personas de raza negra tienen más predisposición a sufrir esta enfermedad en comparación con los de raza blanca.
- La historia familiar de ictus: las personas con antecedentes familiares sobre todo padres y hermanos tienen un mayor riesgo.

Factores de riesgo modificables: aquellos que se pueden modificar con los cambios de hábitos de vida y con tratamiento farmacológico⁸.

- Hipertensión: es el principal factor de riesgo de ictus. La hipertensión lesiona los vasos sanguíneos del organismo y también del cerebro. Las personas hipertensas tienen un riesgo de ictus, de cuatro a seis veces superior a las personas sin hipertensión.
- Cardiopatía: la fibrilación auricular es el segundo factor de riesgo de ictus. Aumenta el riesgo de ictus entre un 4% y un 6%. Otros problemas que también aumentan el riesgo son la estenosis mitral, persistencia del agujero oval y cirugía cardíaca.
- Diabetes mellitus: provoca cambios vasculares tanto en la circulación general como cerebral y aumenta la prevalencia de hipertensión arterial

(40% superior en las personas con diabetes). Además tienen una probabilidad de manifestar un ictus tres veces superior a la de las personas no diabéticas.

- Apnea del sueño: aumenta la presión arterial, causando disminución de oxígeno y aumento de dióxido de carbono en la sangre.
- Hipercolesterolemia: aumenta el riesgo de arteriosclerosis.
- Tabaquismo: duplica el riesgo de una persona de padecer un ictus isquémico y aumenta el riesgo de hemorragia cerebral, hasta en un 3,5%. Es directamente responsable de más ictus en las personas jóvenes. El tabaco produce en el organismo una progresión de la placa de ateroma, así como un aumento de la viscosidad sanguínea, el fibrinógeno y la agregación plaquetaria; además, disminuye la cantidad de HDL, daña directamente el endotelio e induce a la hipertensión arterial.
- Toxicomanía: cocaína, heroína, anfetaminas, marihuana, esteroides anabolizantes.
- Obesidad: las personas obesas tienen más riesgo de presentar enfermedad cerebro vascular y enfermedad cardiaca debido a las cifras más elevadas que tienen de tensión arterial, de glucemia, y de lípidos en la sangre.
- Sedentarismo: la inactividad física aumenta el riesgo de enfermedad cerebro vascular ya que su realización regula la tensión arterial, el peso, la enfermedad cardiovascular y la diabetes; reduce el fibrinógeno y la actividad plaquetaria, y aumenta las concentraciones de HDL.

El paciente que ha tenido un ictus presenta un riesgo mayor de manifestar otro (denominado ictus recurrente); aproximadamente, entre un 5% y el 14% de las personas que han padecido un ictus y se han recuperado manifiestan otro en un año. El riesgo es superior inmediatamente después de un ictus; con el tiempo disminuye⁸.

Hay factores de riesgo específicos en mujeres como son los anticonceptivos orales, el embarazo y parto, menopausia, migrañas con aura, lupus, trastornos de la coagulación⁸.

SÍNTOMAS DE ALARMA DEL ICTUS

Hay que reconocer rápidamente los síntomas de alarma del ictus ya que es una urgencia médica y sus consecuencias pueden ser menores si se acude rápidamente al hospital. Hay tratamientos que sólo se pueden aplicar en las primeras horas.

Los síntomas más frecuentes son¹:

- Pérdida de fuerza de la cara, brazo y/ o pierna de un lado del cuerpo de inicio brusco.
- Trastornos de la sensibilidad de la cara, brazo y / o pierna de un lado del cuerpo, de inicio brusco.
- Pérdida repentina de visión, parcial o total, en uno o en ambos ojos o visión doble.
- Cefalea de intensidad inhabitual sin causa conocida.
- Alteración repentina del lenguaje, dificultad para hablar o entender.
- Sensación de vértigo intenso, inestabilidad, desequilibrio o caídas bruscas inexplicadas, si se acompañan de cualquiera de los síntomas descritos con anterioridad.

FOCALIDAD NEUROLÓGICA

Las secuelas y complicaciones de un accidente cerebro vascular van a depender en gran medida de la parte del cerebro que se encuentre dañada².

Existen varios síndromes:

- Síndrome frontal anterior
Alteración de las funciones cognitiva e intelectual, disminución progresiva de la actividad, indiferencia afectiva, relajamiento de la conducta social, cambios en la personalidad¹¹.

También pueden producirse crisis epilépticas, así como trastornos del equilibrio y alteraciones oculomotoras².

- Síndrome frontal posterior

Hemiparesia contralateral, ataxia y desviación ocular al lado afecto.

En la parte inferior se localiza el área de Broca cuya lesión (cuando se afecta el hemisferio dominante) produce afasia de expresión o motora¹¹.

- Síndrome parietal

Presenta principalmente trastornos sensitivos, práxicos y gnósicos².

Parestesias o hiperestésias, pérdida de la sensibilidad, alteración de la percepción, pérdida de la discriminación izquierda-derecha, asternognosia (incapacidad de reconocer los objetos, con los ojos cerrados, por el tacto), metamorfopsia (alteración de la percepción del tamaño o la forma de los objetos), agnosia, agrafia, acalculia, apraxia (ideomotora)¹¹.

- Síndrome temporal

Se manifiesta por trastornos olfatorios, gustativos, visuales y auditivos², crisis epilépticas, alteración de la atención y pérdida de memoria, afasia sensitiva o de Wernicke (incapacidad de comprender las palabras escritas o habladas con jergafasia), jamais-vu y deja-vu, hemianopsia homónima contralateral; en lesiones bilaterales: anosmia y sordera cortical¹¹.

- Síndrome occipital

Se manifiesta por trastornos de la visión: trastornos del campo visual, alucinaciones y agnosias visuales, trastornos oculomotores (desviación de la mirada)².

- Síndrome cerebeloso

Alteraciones en el mantenimiento del equilibrio, el tono muscular y postural y la coordinación de los movimientos voluntarios, provocando: hipotonía muscular generalizada, trastornos del equilibrio (marcha de ebrio y aumento de la base de sustentación), dismetría (dificultad para medir la ejecución de un movimiento y sobre todo, en acciones de precisión), ataxia (falta de coordinación de los movimientos), asinergia (incapacidad de realizar movimientos sencillos que integran uno más complejo), temblor intencional (aparece sólo al ejecutar un movimiento),

nistagmo (movimiento involuntario e incontrolable de los ojos)¹¹ y lenguaje difícil de comprender, lento, confuso y disártrico².

COMPLICACIONES⁸

Las complicaciones características incluyen deficiencias sensorio perceptivas, cambios cognitivos y conductuales, trastornos de la comunicación, déficits motores y trastornos de la eliminación.

- Déficits sensorio perceptivos

El paciente puede manifestar deficiencias en el oído, el equilibrio, el gusto y el olfato. La capacidad para percibir una vibración, el dolor, el calor, el frío y la presión puede quedar alterada.

Entre los déficits se incluyen hemianopsia, agnosia y apraxia.

El ictus puede acompañarse de dolor y molestias, y el paciente puede manifestar dolor agudo, entumecimiento o sensaciones extrañas.

- Cambios cognitivos y conductuales

Una manifestación frecuente es un cambio en el nivel de conciencia.

Los cambios conductuales comprenden inestabilidad emocional, pérdida de autocontrol y disminución de la tolerancia frente al estrés (que causa ira, frustración o depresión). Los cambios intelectuales pueden incluir pérdida de memoria, disminución del período de atención, juicio deficiente e incapacidad para pensar en abstracto.

- Déficits motores

Dependiendo de la región cerebral afectada, los ictus pueden causar debilidad, parálisis o espasticidad, o todo ello. Las deficiencias incluyen hemiplejía, hemiparesia, flacidez, espasticidad.

Los déficits motores pueden causar alteración de la movilidad y un mayor deterioro de la función corporal. Las complicaciones de la inmovilidad afectan a múltiples sistemas corporales e incluyen hipotensión ortostática, aumento de la formación de trombos, disminución del gasto cardiaco, alteración de la función respiratoria, osteoporosis, contracturas y formación de úlceras por presión.

- Trastornos de la comunicación

Afectan tanto al habla (acto mecánico de articular el lenguaje a través de la palabra hablada) como el lenguaje (formulación oral o escrita de las ideas, para comunicar pensamientos y sentimientos).

Estos trastornos incluyen:

- Afasia: incapacidad para utilizar o comprender el lenguaje y puede ser expresiva, receptiva o mixta.
- Disartria: alteración en la articulación de las palabras.

- Trastornos de la eliminación

Son frecuentes los trastornos de la eliminación urinaria y fecal. El control de la micción puede alterarse como resultado de déficits cognitivos. Es frecuente que se produzcan cambios en la eliminación fecal, causados por una alteración en el nivel de la conciencia, inmovilidad y deshidratación.

VALORACIÓN Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA

La valoración de los pacientes con trastornos neurológicos es el primer punto en el proceso de atención de enfermería y constituye la base para el diagnóstico de enfermería, para cubrir en la medida de lo posible esas necesidades perdidas, parcial o totalmente y llevarlo de la dependencia hacia la independencia en la realización de las actividades de la vida diaria.

La valoración constante de enfermería se mantiene enfocada en cualquier anomalía funcional del paciente, debido a que la calidad de vida tras el ictus se relaciona de forma estrecha con la condición funcional de la persona¹².

Hay escalas que permiten valorar el alcance y la gravedad del ictus, así como ir percibiendo y cuantificando la evolución (si existe una mejora o un empeoramiento de las funciones básicas). Deben ser aplicadas durante el ingreso y de forma periódica. En España, la más utilizada es la escala canadiense^{2, 13} (Anexo II).

Se debe realizar una valoración hemodinámica y neurológica del paciente de forma frecuente.

Valoración neurológica²:

- Función cerebral

Valorar el estado psíquico mental, las emociones (si hay cambios de humor, si está impaciente).

Valorar el lenguaje: dificultad para articular palabras, si estas son claras y comprensibles, si lo que dice es coherente, si muestra interés por la conversación que se está manteniendo.

Valorar la capacidad intelectual, evaluando su memoria, orientación y razonamiento.

Valorar el nivel de conciencia aplicando la escala de Glasgow² (Anexo III)

Exploración física, siguiendo siempre un orden, por ejemplo de la cabeza a los pies:

- Simetría y tamaño de la circunferencia craneal.
- Movilidad del cuello.
- Estado de la piel.
- Musculatura de la cara.
- Observar las pupilas (tamaño y simetría, reacción pupilar a la luz).
- Valoración de los pares craneales.

- Función motora

Para realizar la valoración, hay que palpar y medir ambos lados de la musculatura para ver si hay atrofia. Valorar la flacidez, rigidez, espasticidad y la fuerza que opone el paciente para flexionar o extender una extremidad cuando se le opone resistencia.

- Función sensitiva

Sensibilidad táctil, dolorosa superficial, térmica y propioceptiva o sentido de la posición.

- Constantes vitales

- Temperatura
- Frecuencia cardíaca

- Tensión arterial
- Triada de cushing: PAS elevada, PAD disminuida y bradicardia
- Frecuencia respiratoria
- Saturación
- Control de glucemias

Alimentación/ Deglución

La capacidad de deglución puede estar alterada (disfagia) debido a la alteración de la función de los nervios craneales, sobre todo IX (Nervio glossofaríngeo) y X (Nervio vago).

En cuanto al grado de severidad de la disfagia y lateralidad del ACV, los ACV derechos tienden a provocar una disfagia de grado más severo que los ACV izquierdos¹⁴.

Hay que proporcionar los nutrientes necesarios en cantidades adecuadas, de forma eficaz y segura para mantener un buen estado nutricional y evitar la broncoaspiración⁴.

Para comprobar la existencia de disfagia y su grado, se puede observar la presencia de los siguientes signos y síntomas⁴:

- Dificultad par deglutir secreciones orales, babeo.
- Disminución del reflejo tusígeno o aparición de tos en la deglución.
- Franco atragantamiento.
- Incapacidad de vaciar la cavidad oral o permanencia de la comida en la boca.
- Ausencia del reflejo de náusea.
- Salida del alimento por las fosas nasales.
- Necesidad de varios intentos para realizar una deglución
- Inadecuado cierre labial.
- Disminución del nivel de saturación de oxígeno basal.
- Molestias o dolor al tragar.
- Cambios en la voz.

Estas manifestaciones dependen de la causa de disfagia, fase del proceso de deglución afectado y grado de afectación⁴.

Además, a todos los pacientes se les debe realizar un test de deglución, el método clínico más utilizado es el “**Test del agua**” (Anexo IV).

Consiste en administrar al paciente diversos sorbos de agua y observar si presenta algunos signos clínicos^{4, 15, 16}.

Otro método que para valorar si hay disfagia es el **Método de Exploración Clínica Volumen- Viscosidad (MECV-V)** (ANEXO V). En él se valoran signos de alteración de la seguridad y de la eficacia de la deglución y permite diagnosticar la disfagia y orientar a la consistencia más adecuada de la dieta.

El criterio general de aplicación es que el riesgo de aspiración en pacientes con disfagia aumenta al disminuir la viscosidad de los fluidos que se administran al paciente y al incrementar el volumen del bolo. No se debe exponer al paciente a un bolo de viscosidad inferior o volumen superior (para la misma viscosidad) que aquel con que ya haya presentado signos de aspiración.

El método utiliza bolos de tres viscosidades y tres volúmenes diferentes. Consiste en administrar al paciente 5, 10 y 20 ml de alimento en texturas néctar, pudding y líquida. La exploración se inicia por la viscosidad media y un volumen bajo y progresivamente se administrarán bolos mayores hasta que el paciente presente signos de aspiración. Si el paciente presenta desaturación de oxígeno o signos clínicos de alteración de la seguridad, se interrumpe la serie y se pasa a una serie de viscosidad superior¹⁶.

En caso de disfagia leve:

- Modificar la textura de los alimentos, comida en puré o blanda, papillas, evitar líquidos y utilizar agentes espesantes^{1,12,16,17,18}.
- El tamaño de los alimentos tiene que ser similar al tamaño de una cucharada de café¹⁹.
- El paciente tiene que estar sentado en posición recta, con el cuello ligeramente flexionado y con buen nivel de conciencia^{1,4,12,16,17,18,19}.

- Poner la comida detrás de los dientes delanteros del lado sano de la boca e inclinar la cabeza ligeramente hacia atrás^{1,2,4}.
- Estimular el reflejo de la deglución administrando comidas frías y con sabor amargo^{1,19}.
- Reducir las distracciones y tomarse tiempo suficiente para la alimentación^{2,17}.

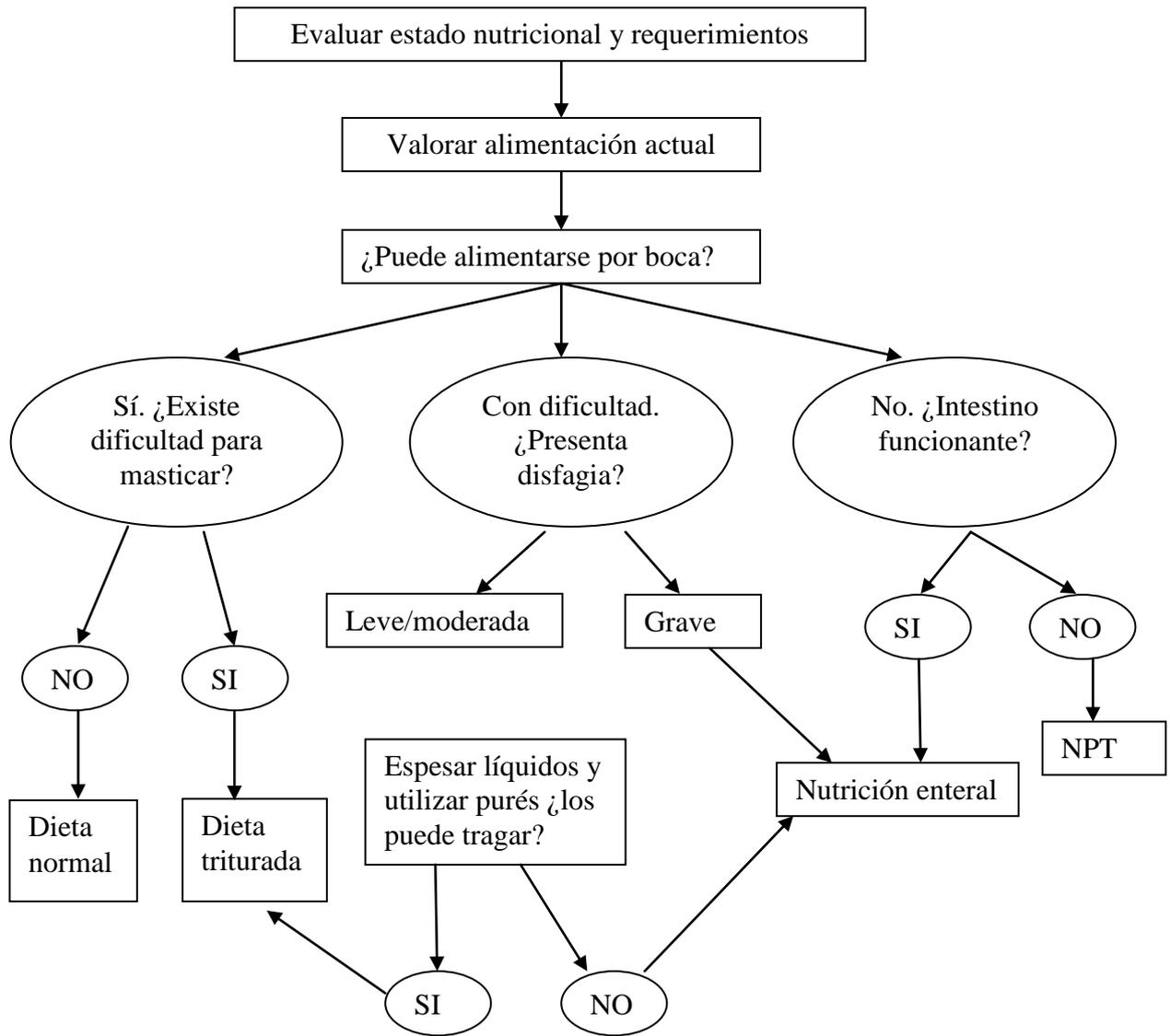
En caso de disfagia total, será alimentado mediante nutrición enteral adecuada a través de sonda, o gastrostomía cuando se prevea que la disfagia no mejorará en varias semanas (más de 6 semanas)⁴.

La nutrición enteral se define como el ingreso de nutrientes por vía digestiva (estómago o intestino delgado), mediante el empleo de sondas para su administración (sonda nasogástrica o gastrostomía percutánea endoscópica) y con la supresión de las etapas bucal y esofágica de la digestión⁴.

Hay que evitar las complicaciones de la nutrición enteral. Las más habituales son las relacionadas con la sonda y las gastrointestinales (erosiones de la mucosa, diarrea, estreñimiento, distensión abdominal, aumento del residuo gástrico, vómitos y regurgitación)⁴.

Para ello es importante:

- Identificar correctamente la nutrición prescrita⁴.
- Comprobar el estado de la fórmula⁴.
- Medir el residuo gástrico^{2,12}.
- Comprobar la permeabilidad de la sonda².
- Verificar la posición de la sonda antes de administrar un alimento^{2,12}.
- Administrar la cantidad correcta en hora y ritmo prescrito⁴.
- Elevar la cabecera de la cama hasta por lo menos 30° durante y una hora después de la administración de la fórmula^{2,4,12}.
- Higiene bucal varias veces al día¹.
- Mantener limpias las fosas nasales del paciente¹.



Algoritmo para el tratamiento nutricional ⁴

Perfusión cerebral⁸

Hay que mantener la perfusión tisular cerebral.

- Mantener la presión arterial en el nivel del límite superior normal del paciente. Evitar los cambios bruscos.
- Evitar la hipertensión craneal.
- Reposo en cama durante el período inicial después del ictus.
- En pacientes con trombosis, la cama puede estar plana.

- Si el paciente ha sufrido una hemorragia o hay riesgo de hipertensión intracraneal, se puede elevar la cabecera para reducir la presión intracraneal.

Movilidad física

Los objetivos de la asistencia de los pacientes con deterioro de la movilidad son mantener y mejorar sus capacidades funcionales (mantener una función y alineación normales, evitar el edema en las extremidades y reducir la espasticidad) y evitar las complicaciones como flebitis, úlceras por presión y neurovasculares^{8, 20}.

- Recomendar la realización de ejercicios de amplitud de movimiento activos en las extremidades sanas y pasivos en las extremidades afectadas cada cuatro horas durante el día. Al realizar los movimientos pasivos sostener la articulación^{8,12,20}.
- Realización de ejercicios de flexibilidad, coordinación y fuerza para evitar un mayor deterioro del sistema neuromuscular y de la circulación²⁰.
- Realizar cambios posturales cada 2 horas a lo largo de todo el día, disminuyendo al mínimo las fuerzas de desgarro y fricción para no dañar los tejidos y que no haya una pérdida de la integridad de la piel^{8,12,20}.
- Mantener la alineación corporal y sostener las extremidades en una posición adecuada con almohadas. La postura del paciente con hemiplejía es importante para evitar deformaciones en las extremidades afectadas⁸:
 - Paciente en decúbito supino: colocar una almohada en la axila (para evitar la aducción) y debajo de la mano y el brazo, colocando la mano por encima del codo (para evitar la flexión y la formación de edema). Otra almohada desde la cresta iliaca hasta la zona media del muslo para evitar la rotación externa de la cadera.
 - Paciente en decúbito prono, colocar una almohada debajo de la pelvis para favorecer la hiperextensión.

- Evitar el pie equino: posición del pie en un ángulo de 90° con una almohada o una férula para este fin.
- Controlar las extremidades inferiores por si aparecen signos de tromboflebitis (calor, rubor o dolor en pantorrillas o en muslos) ⁸.
- Colaborar con el fisioterapeuta, según vaya recuperando movilidad el paciente, mediante el uso de técnicas adecuadas para trasladar al paciente de la cama a la silla de ruedas, y para ayudarle a caminar ⁸.
- Tener siempre en cuenta la extremidad parética que tenga el paciente.

Comunicación verbal

Se deben planificar intervenciones para satisfacer las necesidades de comunicación del paciente. Es muy importante el apoyo emocional y la comprensión a estos pacientes para evitar la ansiedad y la frustración de los mismos.

- Acercarse al paciente por el lado sano ².
- Colocarse de frente al paciente y establecer un contacto visual con él ¹².
- Dirigirse y tratar al paciente como una persona adulta ⁸.
- Hablar en tono normal, no gritar ^{2,12}.
- Dar al paciente tiempo suficiente para responder ⁸.
- Mirar al paciente y hablarle despacio ⁸.
- Cuando no se comprenda al paciente hay que decírselo y que insista ⁸.
- Hacer preguntas cortas, sencillas y concretas ⁸.
- Aceptar la frustración e ira del paciente como una reacción normal a la pérdida funcional ⁸.
- Observar y comprender sus gesticulaciones y expresiones corporales ¹².
- Utilizar distintos métodos de comunicación: cuadernos, pizarras, tarjetas ^{2,12}.
- Al tiempo que el paciente utiliza y maneja un objeto, nombrarlo ya que es útil para hacer corresponder las palabras con el objeto o la acción ¹².

- Mantener al mínimo los ruidos y los sonidos extraños. El ruido ambiental excesivo puede distraer al paciente o dificultarle la interpretación del mensaje hablado¹².
- Se debe evitar completar las frases de los pacientes ya que esto crea más frustración al paciente¹².

Eliminación urinaria e intestinal

- Comprobar si el paciente tiene “síndrome miccional” (frecuencia urinaria, tenesmo vesical, incontinencia, nicturia y polaquiuria)^{1,8}.
- Valorar la capacidad del paciente para responder a la necesidad de orinar: capacidad para utilizar el botón de llamada, ir y usar el retrete⁸.
- Recomendar al paciente orinar según un horario establecido en lugar de hacerlo en respuesta a la necesidad de orinar^{1,8}.
- Enseñar al paciente los ejercicios de Kegel⁸.
- Hablar con el paciente sobre los hábitos de defecación previos al ictus, y del patrón de eliminación fecal desde el ictus⁸.
- Si el paciente puede tragar sin dificultad, recomendar que beba líquido (hasta 2L al día) y consuma una dieta rica en fibra^{1,2,8,12,21}.
- Aumentar la actividad física si fuera posible y tolerada (caminar)⁸.
- Ayudar al paciente a utilizar el retrete según el patrón habitual de defecación (a la hora habitual), garantizando intimidad, manteniendo posición erecta en lo posible^{8,12}.
- Vigilar la existencia de peristaltismo²¹.
- Comprobar las evacuaciones intestinales (frecuencia, consistencia, color)²¹.
- Administrar ablandadores de las heces prescritos, si el paciente sigue una rutina de eliminación fecal o no bebe líquido suficiente^{8,19}.

CONCLUSIONES E IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

El ACV es una enfermedad invalidante que afecta gravemente a la población por su gran morbilidad y mortalidad. Una adecuada atención temprana e individualizada evitará posibles complicaciones.

Los cuidados de enfermería son imprescindibles en este tipo de pacientes para conseguir que tengan una buena calidad de vida. Hay que evitar en lo posible los problemas que puede desencadenar un ACV como alteraciones de la deglución, de la perfusión cerebral, de la comunicación verbal, de la eliminación urinaria e intestinal y problemas de inmovilización.

La disfagia es un trastorno de la deglución frecuente en pacientes que han sufrido un ACV y con gran trascendencia clínica. Se debe realizar una valoración sobre el estado nutricional y sobre la presencia de disfagia a todo paciente ingresado en el hospital por este diagnóstico, para evitar complicaciones tanto nutricionales (desnutrición) como respiratorias (neumonía por aspiración o infecciones respiratorias).

El papel de enfermería es clave en la educación sanitaria tanto a los pacientes como a sus familias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Egido JA, Álvarez Sabín J, Díez-Tejedor E. Después del ictus. Guía práctica para el paciente y sus cuidadores. 2ª ed. Barcelona: EdiDe; 2009.
2. Serrano Martínez F. Atención al paciente con accidente cerebrovascular. 1ª ed. Madrid: Formación Continuada Logoss; 2008.
3. Leiva Rús A, Esteva Cantó M, Comas Díaz B, Frontera Juan G, Mir Pans MA, Vidal Thomás C. Factores predictores de días de hospitalización en pacientes con ictus. Med. Balear. 2011; 26 (2): 27-35.
4. López Espuela F, Bravo Fernández S, Jiménez Gracia MA, Rodríguez Ramos M, Luengo Morales E, Pedrera Zamorano JD. Valoración y manejo de la nutrición enteral en paciente con disfagia tras el ictus. Evidentia. 2012; 9 (39).
5. Rasero Álvarez L, Naharro Álvarez A, Rodríguez Alarcón J, Martínez Muñoz R, Mesa Calvo R, López García I. Ictus: la formación que salva vidas. Hygia. 2009; (71): 8-12.
6. Crary M, Humphrey J, Carnaby-Mann G, Sambandam R, Miller L, Silliman S. Dysphagia, nutrition, and hydration in ischemic stroke patients at admission and discharge from acute care. Dysphagia [serial on the Internet]. (2013, Mar) [cited April 11, 2014]; 28(1): 69-76. Available from: CINAHL.
7. Khan A, Carmona R, Traube M. Dysphagia in the elderly. Clinics In Geriatric Medicine [serial on the Internet]. (2014, Feb) [cited April 11, 2014]; 30(1): 43-53. Available from: CINAHL.
8. LeMone P, Burke K. En: Martín-Romo M, editor. Enfermería medicoquirúrgica. Pensamiento crítico en la asistencia del paciente. Vol. 2. 4ª ed. Madrid: Pearson Educación; 2009. p. 1580-1615.

9. Instituto Nacional de Estadística (INE). Notas de prensa [Internet]. Madrid: INE; 2012 [citado 4 febrero 2014]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np830.pdf>.
10. Ministerio de Sanidad y Política Social. Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud. Madrid: El Ministerio; 2009
11. Zarranz JJ. Neurología. 3ª ed. Madrid: Elviesier; 2003.
12. Bowman L. Manejo de los pacientes con trastornos cerebrovasculares. En: Smeltzer S, director. Enfermería medicoquirúrgica. Vol. 2. 12ª ed. Barcelona: Lippincott Williams & Wilking; 2012. p. 1895-1917.
13. Osakidetza. Procedimiento para los cuidados de enfermería en pacientes con enfermedad cerebrovascular aguda [monografía en Internet]. 2008 [acceso 16 de abril de 2014] Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.net/r85gkhgal03/eu/contenidos/informacion/hgal_neurologia_actividad_asis/eu_hgal/adjuntos/poAsistNeur01.pdf
14. Fernández Maqueda FJ. Seguridad del paciente con accidente cerebrovascular. En: Quinto Congreso Internacional virtual de enfermería y fisioterapia "Ciudad de Granada". Granada: FUDEN; 2014.
15. Saura E, Zanuy E, Jbilou A, Masferre M, Rodriguez S, Romeral G. Disfagia y broncoaspiración en pacientes con ictus agudo, ¿es suficiente el test del agua? Rev Cient Soc Esp Enferm Neurol. 2010; (31): 28-30.
16. Velasco M, Arreola V, Clavé P, Puiggrós C. Abordaje clínico de la disfagia orofaríngea: diagnóstico y tratamiento. Nutr Clin Med. Nov 2007; 1 (3): 174-202.
17. Cáceres M, Argüello R, Castro G, Galeano M, Figueredo Grijalba R. Protocolo de manejo nutricional en pacientes con accidente cerebrovascular. An. Fac. Cienc. Méd. 2011; 1 (44): 45-54.

18. Rodríguez Hernández JA, Martín Ávila B. Abordaje multidisciplinar en el tratamiento de la disfagia. ENE [revista en Internet] 2008 [acceso 6 de abril de 2014]; (4). Disponible en <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/viewFile/167/150>.
19. Chicote-Aylagas N, Gamarra- Lousa M, Cardós Martínez A, Gil de Diego C, Sanz Escribano M, Novo García C. Intervenciones de Enfermería en pacientes que han sufrido un accidente cerebro-vascular. Evidentia. 2013; 10 (44).
20. Paixao Teixeira C, Silva LD. Las incapacidades físicas de pacientes con accidente vascular cerebral: acciones de enfermería. Enferm Global [revista en Internet] 2009 febrero [acceso 14 de marzo de 2014]; 1 (15). Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/50421>.
21. Ibañez Muñoz J, Godoy Chiclana MJ, Expósito Godoy R. Plan de cuidados estandarizado del paciente con ACV (Accidente Cerebro Vascular). Inquietudes. 2007; (36): 29-36.

ANEXOS

ANEXO I

NÚMERO DE DEFUNCIONES SEGÚN LAS CAUSAS DE MUERTE MÁS FRECUENTES⁹

Año 2012	Total	Hombres	Mujeres
Total defunciones	402.950	205.920	197.030
Enfermedades isquémicas del corazón	34.751	19.973	14.778
Enfermedades cerebrovasculares	29.520	12.436	17.084
Cáncer de bronquios y pulmón	21.487	17.661	3.826
Insuficiencia cardiaca	18.453	6.412	12.041
Enf. Crónicas de las vías respiratorias inferiores (ECVRI)	16.964	12.557	4.407
Demencia	16.361	5.314	11.047
Enfermedad de Alzheimer	13.015	3.830	9.185
Cáncer de colon	11.768	6.937	4.831
Enfermedad hipertensiva	10.273	3.354	6.919
Diabetes mellitus	9.987	4.207	5.780
Neumonía	9.289	4.699	4.590
Insuficiencia renal	7.067	3.282	3.785
Cáncer de mama	6.375	93	6.282
Cáncer de próstata	6.045	6.045	-
Cáncer de páncreas	5.976	3.121	2.855

(INE 2012)

ANEXO II

ESCALA CANADIENSE²

Es una escala de valoración neurológica, en pacientes que no estén estuporosos o en coma. Se administra fácil y rápidamente y sirve para monitorizar la evolución del paciente en las primeras fases del ictus, fundamentalmente. Valora el nivel de conciencia, el lenguaje, la orientación y la respuesta motora, y contempla la posibilidad de pacientes afásicos o con imposibilidad de comunicarse.

ESTADO MENTAL	
Nivel de conciencia	
Alerta	3
Obnubilado	1.5
Orientación	
Orientado	1
Desorientado o no aplicable	0
Lenguaje	
Normal	1
Déficit de expresión	0.5
Déficit de comprensión	0
FUNCIONES MOTORAS (Sin defecto de comprensión verbal). Paresia	
Cara	
Ninguna	0.5
Presente	0
Brazo proximal	
Ninguna	1.5
Leve	1
Significativa	0.5
Total o máxima	0
Brazo distal	
Ninguna	1.5
Leve	1
Significativa	0.5
Total o máxima	0
Pierna	
Ninguna	1.5
Leve	1
Significativa	0.5
Total o máxima	0
B.2) RESPUESTA MOTORA (Defecto de comprensión verbal). Paresia	
Cara	

Simétrica	0.5
Asimétrica	0
Brazos	
Igual	1.5
Desigual	0
Piernas	
Igual	1.5
Desigual	0
Puntuación	

Cumplimentación de la Escala Canadiense¹³

A. Funciones mentales

- Nivel de conciencia: alerta o somnoliento
- Orientación:
 - Orientado: el paciente está orientado en espacio (ciudad y hospital) y en tiempo (mes y año). En los tres primeros días del mes se admite el mes anterior.
 - Desorientado: si el enfermo no puede responder a las preguntas anteriores, por desconocimiento o por alteración del lenguaje.
- Lenguaje:
 - Comprensión: el paciente debe obedecer las tres órdenes siguientes: *Cierre los ojos, Señale el techo y ¿Se hunde una piedra en el agua?*

Si el paciente obedece a las tres órdenes se continuará con la expresión; si el paciente obedece dos órdenes o menos, se anotará la puntuación correspondiente al déficit de comprensión y se procederá directamente a examinar la función motora.
 - Expresión. Objetos necesarios: bolígrafo, llave y reloj. En primer lugar pedir al paciente que nombre cada objeto (asegurarse que lo ve); si nombra dos objetos o menos se anotará la puntuación correspondiente al déficit de expresión y se pasará a la función

motora. Si nombra correctamente los tres objetos se preguntará al paciente: *¿Qué se hace con un bolígrafo? ¿Qué se hace con una llave? ¿Qué se hace con un reloj?* Si responde correctamente a las tres preguntas se anotará la puntuación de lenguaje normal; si responde a dos o menos se puntuará como déficit de expresión.

B. Funciones motoras

1. (Si no existen problemas de comprensión verbal)

- Cara: invitar al enfermo a mostrar los dientes y comprobar la simetría o asimetría facial.
- Extremidad superior (proximal): debe valorarse, si es posible, en sedestación, invitando a abducir los brazos a 90°. Si el paciente está tumbado, elevar los brazos entre 15 y 90°. Se examinarán ambas extremidades al mismo tiempo, aplicando resistencia en la mitad del brazo.
- Extremidad superior (distal): Se evaluará sentado o tumbado con los brazos elevados, indicando al enfermo que cierre los puños y extienda las muñecas. Si la extensión es simétrica, se procederá a examinar la fuerza muscular aplicando resistencia separadamente en ambas muñecas, mientras no estabiliza firmemente el brazo del paciente.
- Extremidad inferior: el paciente debe estar tendido en la cama. La puntuación debe ser la correspondiente al déficit más acusado a una de las dos maniobras siguientes:
 - Con las rodillas a 90° indicar al paciente que flexione el muslo sobre el abdomen.
 - Ordenar al paciente que flexione el pie y los dedos dorsalmente.

En ambos casos debe aplicarse resistencia alternativamente en el muslo y en el pie para evaluar el déficit motor, si el movimiento se completa en toda su amplitud.

- Graduación del déficit motor:
 - Sin paresia: no se detecta déficit motor
 - Paresia moderada: movimiento normal contra gravedad, pero no logra vencer la resistencia del examinador, sea parcial o total.
 - Paresia significativa: el movimiento no logra vencer la acción de la gravedad (movimiento parcial).
 - Paresia total: ausencia de movimiento o sólo contracción muscular sin desplazamiento.

2. (Si existen problemas en la compresión verbal)

- Se evaluará la capacidad del paciente para mantener una postura fija en las extremidades superiores o inferiores durante pocos segundos (3-6 segundos). El observador colocará alternativamente las extremidades en la posición deseada.
 - Cara: invitar al paciente a efectuar nuestro movimiento facial.
 - Extremidades superiores: colocar los brazos extendidos a 90° delante del paciente.
 - Extremidades inferiores: flexión de las caderas con las rodillas flexionadas a 90°.
 - Si el paciente no coopera se procederá a la comparación de la respuesta motora a estímulos nociceptivos (presionar los lagos ungueales con un lápiz). La respuesta facial se evaluará mediante la presión del esternón.
- Graduación del déficit motor:
 - Cara: mueca facial simétrica o asimétrica

- Extremidades superiores:
 - Respuesta motora simétrica: el paciente puede mantener la postura fija igual en las dos extremidades superiores, o las retira de igual forma a estímulos dolorosos.
 - Respuesta motora asimétrica: el enfermo no puede mantener los dos brazos en una postura fija y se observa debilidad en uno de los lados, o bien existe una retirada desigual al dolor.
- Extremidades inferiores: igual que en las extremidades superiores.

ANEXO III

ESCALA DE COMA DE GLASGOW²

Valoración del nivel de conciencia (3-15)

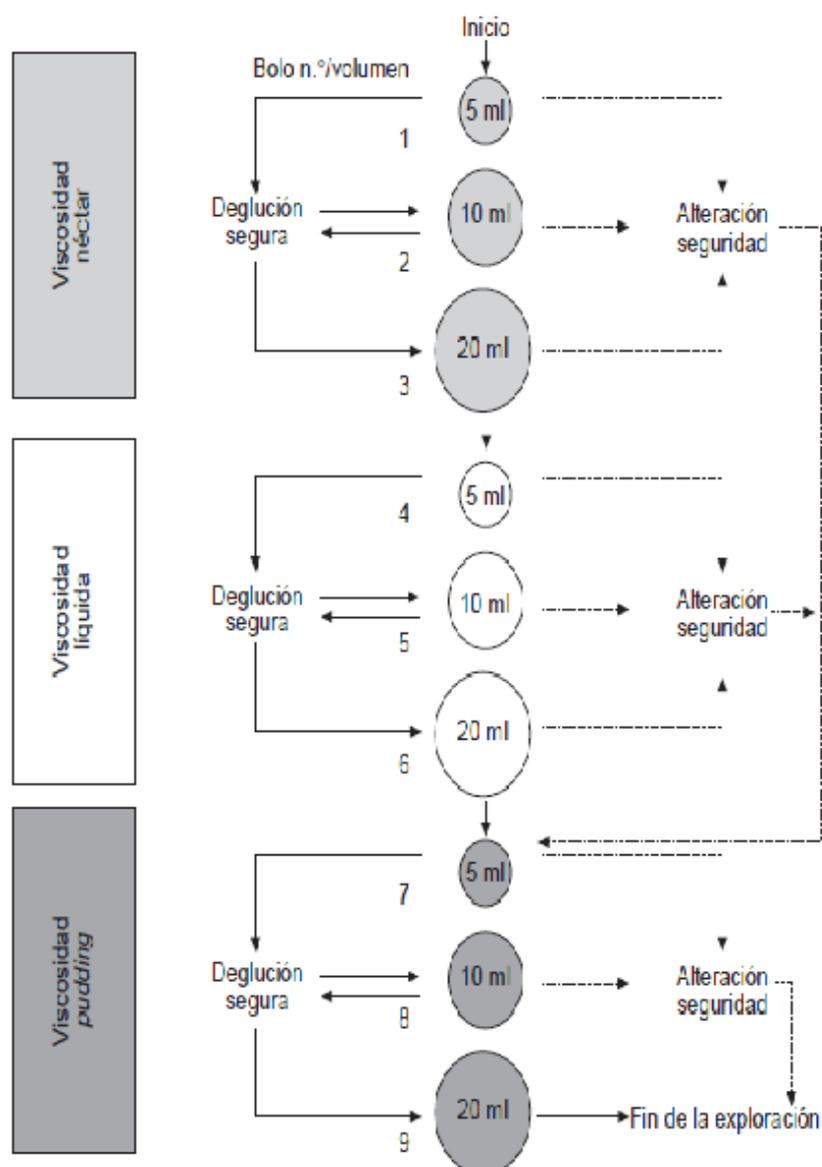
RESPUESTA	PUNTUACIÓN
Apertura ocular	
• Espontánea	4
• Al estímulo verbal	3
• Al estímulo doloroso	2
• No respuesta	1
Respuesta motora	
• Obedece órdenes	6
• Localiza el dolor	5
• Retirada al dolor	4
• Flexión anormal	3
• Extensión anormal	2
• No respuesta	1
Respuesta verbal	
• Orientada	5
• Confusa	4
• Lenguaje inapropiado	3
• Sonidos incomprensibles	2
• No respuesta	1

ANEXO IV**TEST DEL AGUA⁴**

FUNCIÓN DEGLUTORIA	NORMAL	DISFAGIA LEVE	DISFAGIA MODERADA/GRAVE
GOTEO BUCAL	No	Mínimo	Total
MOVIMIENTO LARINGEO	Sí	Sí	No existe
TOS AL DEGLUTIR	No	Al menos una vez	Dos o más veces
ESTRIDOR AL DEGLUTIR	No	No	No/ Sí

ANEXO V

MÉTODO DE EXPLORACIÓN CLÍNICA VOLUMEN-VISCOSIDAD (MECV-V)¹⁶



Secuencia de realización del método de exploración Clínica Volumen-viscosidad (MECV-V), según Clavé P.