

Plan de cuidados al paciente con Ictus menor (Infarto lacunar y/o déficit menor) GRD 014.

Son lesiones isquémicas de pequeño tamaño < de 15mm, localizadas en el territorio profundo del encéfalo o del tronco cerebral, provocadas por la oclusión trombótica o embólica de una arteria perforante. Suele afectar a personas mayores de 55 años. La HTA es el factor de riesgo más importante de los infartos lacunares. La diabetes también tiene un importante papel, si bien es menos frecuente en la población general. Otros factores relevantes son las cardiopatías embolígenas, la aterosclerosis carotídea y el tabaquismo.

El 17% de los pacientes que sufren un infarto lacunar han presentado en las 24-72 horas previas uno o varios accidente isquémicos transitorios (AIT) que se manifiestan con síntomas similares a los del infarto lacunar y suelen durar unos 30 minutos.

Los infartos lacunares más frecuentes son:

- Hemiparesia motora pura: síndrome más frecuente y se manifiesta como hemiparesia facio-braquial sin síntomas sensitivos.
- Síndrome sensitivo puro: cursa con hipoestesia o parestesias, afectando a la boca y mano del mismo lado.
- Síndrome sensitivo motor: muestra síntomas de los dos anteriores.
- Disartria mano torpe: se caracteriza por disartria moderada o grave, paresia facial central y torpeza en la mano colateral a la lesión, sin pérdida de fuerza.
- Hemiparesia atáxica: consiste en síntomas piramidales.

La prevalencia de esta enfermedad es de un 60% de los afectados de enfermedad cerebrovascular (150-200 por 100.000 hab.). En el año 2003 ingresaron en el Servicio de Neurología 122 pacientes con ictus menor.

GRD 014: TRASTORNOS ESPECÍFICOS CEREBROVASCULARES.

Objetivos generales:

- Ayudar al paciente en la realización de los autocuidados y fomentar la participación de la familia
- Educar al paciente y su familia sobre el proceso de enfermedad que ha sufrido.
- Enseñar al paciente medidas de prevención, factores de riesgo y hábitos de vida saludables.

Criterios de aplicación del plan:

Este plan de cuidados estándar se aplicará a todos aquellos pacientes que presenten infarto lacunar y/o déficit menor.

En la Escala Neurológica canadiense la puntuación será mayor de 7,5

Escala Neurológica Canadiense

Puntuación máxima = 10 paciente normal

Puntuación mínima = 1,5 paciente con máxima incapacidad neurológica

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

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

Valoración estandarizada al ingreso según el modelo de D. Orem.**Respiración:**

- No alterada.
- Alterada.

Alimentación:

- Dependiente:* déficit de autocuidado en la alimentación.
 - Sistema Apoyo educativo.
 - Sistema Parcialmente compensatorio.

Eliminación:

- Dependiente:* déficit de autocuidado uso del WC.
 - Sistema Apoyo educativo.
 - Sistema Parcialmente compensatorio.

Descanso:

- Alterado:* alteración del ritmo de sueño habitual del paciente.
 - Sistema Apoyo educativo.
 - Sistema Parcialmente compensatorio.

Higiene personal:

- Dependiente:* déficit de autocuidado en el baño y la higiene, déficit de autocuidados en el vestido y acicalamiento.
 - Sistema Apoyo educativo.
 - Sistema Parcialmente compensatorio.

Movilidad:

- Dependiente:* limitación del movimiento parcial.
 - Sistema Apoyo educativo.
 - Sistema Parcialmente compensatorio.

- Sistema Totalmente compensatorio.

Seguridad:

- Alterada*: trastorno de la movilidad física.
 - Sistema Apoyo educativo.
 - Sistema Parcialmente compensatorio.
 - Sistema Totalmente compensatorio.

Estado de consciencia: confuso, obnubilado, consciente...

Riesgo de caídas elevado precisa elementos de seguridad.

Estatus funcional:

La puntuación será de 2-3.

2= Capaz de cuidarse pero no de llevar a cabo cualquier actividad. Permanece encamado durante menos del 50% de las horas de vigilia.

3 = Sólo puede cuidarse en parte. Permanece encamado durante más del 50% de las horas de vigilia.

Estado piel y mucosas:

- No alterada.

Riesgo UPP:

Valoración del riesgo de úlcera por presión a través de la escala de Braden:

- Riesgo moderado (13-14 puntos).

Capacidad sensorial:

- No alterada.
- Alterada: déficit auditivos y visuales, alteraciones sensoriales.
 - Sistema Parcialmente compensatorio.
 - Sistema Totalmente compensatorio

Aspectos psicológicos y sociales:

- Temor, duelo disfuncional, déficit de conocimientos.

Diagnósticos de Enfermería identificados en el paciente con Ictus Menor.**Requisitos de autocuidado universal:****◆ Alimentación:**

Déficit de autocuidados: alimentación r/c la afectación motora y/o sensitiva.

◆ Eliminación

Déficit de autocuidados: uso WC r/c la afectación motora y/o sensitiva.

◆ Movilidad

Deterioro de la movilidad física r/c la afectación motora y/o sensitiva.

◆ Descanso

Deterioro del patrón del sueño r/c desadaptación a cambios en el entorno: hospitalización y temor.

◆ Aislamiento e interacción social.

Duelo disfuncional pérdida o disminución de la capacidad funcional de partes del cuerpo.

◆ Prevención accidentes

Déficit de conocimientos r/c la falta de información.

Riesgo de caídas r/c hemiparesia.

◆ Promoción de la normalidad.

Temor r/c cambio o amenaza en el estado de salud.

Déficit de autocuidados: baño/higiene r/c la afectación motora y/o sensitiva.

Déficit de autocuidados: vestido/acicalamiento r/c la afectación motora y/o sensitiva.

Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c movilidad limitada.

Desarrollo del plan de cuidados estandarizado para el paciente con Ictus menor durante toda su estancia.

Intervenciones propias de la hospitalización	Actividades	COD	P.H.	ENF/AE	R/NR
Cuidados de enfermería al ingreso (7310)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Presentarse a sí mismo y su función en los cuidados. 2. Orientar al paciente y familia sobre las normas y funcionamiento de la unidad. 3. Realizar la valoración de enfermería al ingreso. 4. Establecer el plan de cuidados del paciente, los diagnósticos, resultados e intervenciones. 5. Establecer el procedimiento de identificación y protección de pacientes vulnerables (valoración de riesgos) del HGUA 				
Protección de los derechos del paciente.(7460)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Proporcionar al paciente la Carta de derechos y obligaciones del paciente. 2. Proteger la intimidad del paciente durante las actividades de higiene, eliminación y aseo personal. 3. Mantener la confidencialidad de la información sanitaria del paciente. 				
Intermediación cultural (7330)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Determinar la naturaleza de las diferencias conceptuales que tienen el paciente y el profesional de enfermería sobre los problemas de salud o el plan de tratamiento. 2. Identificar, con el paciente, las prácticas culturales que puedan afectar negativamente a la salud, de manera que el paciente pueda elegir de manera informada. 3. Facilitar la comunicación intercultural (uso de traductor, materiales/medios bilingües por escrito...) 4. Modificar las intervenciones convencionales (enseñanza al paciente) de manera culturalmente adecuada. 				
Informe de turnos (8140)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar las enfermedades y razones principales del ingreso, si procede. 2. Identificar los diagnósticos médico y de cuidados clave, si procede. 3. Dar la información de forma concisa, centrándose en los datos recientes e importantes necesarios para el personal que asume la responsabilidad en cuidados. 4. Describir el régimen de tratamiento. 5. Identificar las pruebas de laboratorio y de diagnóstico que deban completarse en las próximas 24 horas. 6. describir los datos del estado de salud, incluyendo signos vitales y los signos y síntomas presentes durante el turno. 				

	<ol style="list-style-type: none"> 7. Describir las intervenciones de enfermería llevadas a cabo. 8. Resumir los progresos en las metas fijadas. 				
<p>Planificación del alta (7370)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Determinar las capacidades del paciente para el alta 2. Colaborar con el médico, paciente/familiar/ser querido y demás miembros del equipo sanitario en la planificación de la continuidad de los cuidados. 3. Identificar la comprensión de los conocimientos o habilidades necesarios por parte del paciente y del cuidador principal para poner en práctica después del alta. 4. Registrar todos los cuidados al alta en el informe de enfermería al alta. 5. Establecer continuidad de cuidados al siguiente nivel asistencial de cuidados. 				

Dx / Problemas Enfermería	Criterios resultado	Intervenciones	Actividades	COD	P.H.	ENF/AE	R/NR
<p><input type="checkbox"/> Deterioro de la movilidad física r/c la afectación motora y/o sensitiva.</p> <p><u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p>	<p><i>Movilidad (0208)</i> 01.Posición corporal <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p> <p><i>Obj.: El paciente mantendrá la alineación corporal durante su estancia hospitalaria.</i></p>	<p><i>Terapia de Ejercicios: deambulación.(0221)</i></p> <p><i>Terapia de ejercicios: movilidad articular.(0224)</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Sistema Apoyo educativo/ parcialmente compensatorio:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Colocar el interruptor de posición de la cama al alcance del paciente. 2. Animar al paciente a sentarse en la cama, en un lado de la cama o en una silla, según tolerancia. 3. Instruir acerca de la disponibilidad de dispositivos de ayuda, si corresponde. 4. Instruir al paciente / cuidador acerca de la técnica de traslado y deambulación seguras. 5. Fomentar una deambulación independiente dentro de los límites de la seguridad. 6. Ayudar al paciente a sentarse en un lado de la cama para facilitar los ajustes corporales. 7. Enseñar al paciente a colocarse en la posición correcta durante el proceso de traslado. 8. Ayudar al paciente en el traslado, cuando sea necesario. 9. Aplicar/proporcionar un dispositivo de ayuda para la deambulación si el paciente no camina bien. 10. Ayudar al paciente con la deambulación inicial, si es necesario. <p>Poner en marcha medidas de control del dolor antes de comenzar el ejercicio de las articulaciones.</p> <p>Proteger al paciente de traumas durante el ejercicio.</p> <p>Fomentar la deambulación.</p>		C/precise	ENF/AE	
					C/precise	ENF	
					C/precise	ENF/AE	
					Continuo	ENF/AE	

<p><input type="checkbox"/> Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c movilidad limitada.</p> <p><u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p>	<p><i>Riesgo UPP Braden:</i> <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p> <p><i>Integridad tisular: piel y mucosas.(1101)</i> 15. piel intacta <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p> <p><i>Obj.: El paciente no presentará úlceras por presión o erosiones de la piel durante su estancia hospitalaria.</i></p>		<p>Actuación de enfermería en la prevención de la aparición de las úlceras por presión</p>	☰	c/turno	ENF/AE	
<p><input type="checkbox"/>Déficit de autocuidados: alimentación r/c la afectación motora y/o sensitiva.</p> <p><u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p>	<p><i>Nivel de autocuidados. (0313)</i> 04. Se alimenta <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p> <p><i>Obj.: el paciente mantendrá cubierta la necesidad de alimentación durante la estancia hospitalaria.</i></p>	<p><i>Manejo de la nutrición.(1100)</i></p>	<p><input type="checkbox"/>Sistema apoyo educativo/ parcialmente compensatorio: Administración de la dieta oral.</p>	☰			
			<p>Progresión de la dieta oral.</p>	☰	c/precise	ENF	
			<ol style="list-style-type: none"> 1. Preguntar al paciente si tiene alergia a algún medicamento. 2. Determinar las preferencias de comidas del paciente. 3. Fomentar la ingesta adecuada de caloría según el tipo corporal y estilo de vida. 4. Determinar la capacidad del paciente para satisfacer las necesidades nutricionales 				
<p><input type="checkbox"/>Déficit de autocuidados: baño / higiene r/c la afectación motora y/o sensitiva.</p> <p><u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p>	<p><i>Nivel de autocuidados. (0313)</i> 05.Mantiene higiene personal. <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p>		<p><input type="checkbox"/>Sistema apoyo educativo: Higiene del paciente autónomo.</p>	☰	c/24h	ENF/AE	
			<p>Cambio de ropa de la cama del paciente autónomo</p>	☰	c/24h.	ENF/AE	
			<p><input type="checkbox"/>Sistema parcialmente compensatorio: Higiene del paciente que requiere ayuda parcial, no encamado.</p>	☰	c/24h.	ENF/AE	

	Obj.:el paciente mantendrá cubierta la necesidad de higiene durante la estancia hospitalaria		Cambio de ropa de la cama del paciente autónomo.				
<input type="checkbox"/> Duelo disfuncional r/c pérdida o disminución de la capacidad funcional de partes del cuerpo. <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u>	<i>Afrontamiento de problemas.(1302)</i> 05.Verbaliza aceptación de la situación. 07.Modifica el estilo de vida cuando se requiere. <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u> Obj.: el paciente aceptará su nueva situación corporal y reconocerá la necesidad de adaptar su vida a esta nueva situación.	<i>Facilitar el duelo (5290)</i> <i>Apoyo a la familia (7140)</i> <i>Aumentar el afrontamiento (5230)</i>	<input type="checkbox"/> Sistema apoyo educativo/Parcial/Totalmente Compensatorio: 1. Identificar la pérdida. 2. Fomentar la expresión de sentimientos acerca de la pérdida. 3. Ayudar a identificar estrategias personales de resolución de problemas. 4. Animar al paciente a implementar costumbres culturales, religiosas y sociales asociadas con la pérdida. 5. Utilizar palabras claras, como muerte o muerto, en lugar de eufemismos. 6. Ayudar a identificar las modificaciones necesarias en el estilo de vida.		c/24h.	ENF/AE	
			1. Asegurara a la familia que al paciente se le brindan los mejores cuidados posibles. 2. Responder a todas las preguntas de la familia o ayudarles a obtener respuestas. 3. Proporcionar ayuda para cubrir las necesidades básicas de la familia como techo, comida... 4. Enseñar a la familia la planificación de cuidados.		c/precise	ENF/AE	
			1. Valorar el ajuste del paciente a los cambios de imagen corporal, si está indicado. 2. Valorar el impacto de la situación vital del paciente en el rol y relaciones. 3. Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad. 4. Ayudar al paciente a obtener la información que más le interese. 5. Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante. 6. Aceptar las limitaciones de los demás. 7. Fomentar situaciones que fomenten la autonomía del paciente.		c/precise	ENF/AE	
<input type="checkbox"/> Déficit de conocimientos sobre el proceso de su enfermedad r/c la falta de información.	<i>Conocimiento: proceso de enfermedad.(1803)</i> 06. Descripción de los signos y		<input type="checkbox"/> Sistema apoyo educativo: Educación sanitaria sobre el régimen terapéutico a seguir por el paciente en su domicilio.		Al alta	ENF	
			Educación sanitaria en el tipo de dieta		Al alta	ENF	
			Fomentar el abandono del tabaco y alcohol		Al alta	ENF	

<p><u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p>	<p>síntomas.</p> <p><u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p> <p>Obj.: El paciente/familia identificará al alta signos y síntomas de mejoría y empeoramiento de la enfermedad.</p>	<p><i>Enseñanza : proceso de enfermedad (5602)</i></p>	<p>Fomentar el ejercicio moderado</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico. 2. Describir los signos y síntomas comunes de la enfermedad, si procede. 3. Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de enfermedad. 		<p>Al alta c/precise</p>	<p>ENF ENF</p>	
<p><input type="checkbox"/> Riesgo de caídas r/c la hemiparesia.</p> <p><u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p>	<p><i>Conducta de prevención de caídas.(1909)</i></p> <p>01. Uso correcto de dispositivos de ayuda.</p> <p><u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p> <p>Obj.: El paciente no presentará caídas durante su estancia hospitalaria.</p>		<p><input type="checkbox"/> Sistema apoyo educativo:</p> <p>Actuación de enfermería en la prevención de las caídas</p>	<p>☰</p>	<p>c/turno</p>	<p>ENF/AE</p>	
<p><input type="checkbox"/> Temor r/c cambio o amenaza en el estado de salud.</p> <p><u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p>	<p><i>Autocontrol de la ansiedad.(1402)</i></p> <p>17. Controla la respuesta a la ansiedad.</p> <p><u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p> <p>Obj.: El paciente referirá ausencia de manifestaciones físicas y psíquicas de ansiedad .</p>	<p>.</p> <p><i>Disminución de la ansiedad.(5820)</i></p> <p><i>Potenciación de la seguridad.(5380)</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Sistema apoyo educativo/Parcial/Totalmente Compensatorio:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo. 2. Animar la manifestación de percepciones, sentimientos y miedos. 3. Identificar los cambios en el nivel de ansiedad. 4. Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones. 5. Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad. <ol style="list-style-type: none"> 1. Discutir los cambios que se avecinen antes de que ocurran. 2. Explicar al paciente / familia todas las pruebas y procedimientos. 3. Responder a las preguntas sobre su salud de una manera sincera. 4. Ayudar al paciente/familia a identificar los factores que aumentan el sentido de seguridad. 		<p>c/precise</p>	<p>ENF/AE</p>	

<p><input type="checkbox"/> Déficit de autocuidado: uso del WC r/c la afectación</p>	<p><i>Autocuidados : uso del inodoro.</i></p>	<p><i>Ayuda con los autocuidados</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Sistema Apoyo educativo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ayudar al paciente en el aseo/cuña. 		<p>c/precise</p>	<p>ENF/AE</p>	
--	---	--	--	--	------------------	---------------	--

<p>motora y/o sensitiva.</p> <p><u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p>	<p>(0310) 03. Entra y sale del cuarto de baño.</p> <p><u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p> <p><u>Obj.:</u>el paciente mantendrá cubierta la necesidad de eliminación durante la estancia hospitalaria. El paciente irá sólo al baño o ayudado por la familia al alta hospitalaria</p>	<p>WC(1800)</p>	<p>2. Enseñar al paciente o familia la rutina del aseo. 3. Proporcionar dispositivos de ayuda si es necesario.</p> <p><input type="checkbox"/>Sistema Parcialmente Compensatorio:</p> <p>Manejo del orinal tipo botella <input type="checkbox"/></p> <p>Manejo del orinal tipo cuña <input type="checkbox"/></p> <p>Higiene genitales. <input type="checkbox"/></p>		<p>c/precise</p>	<p>ENF/AE</p>	
<p><input type="checkbox"/>Déficit de autocuidados: vestido/ acicalamiento r/c la afectación motora y/o sensitiva.</p> <p><u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p>	<p>Nivel de autocuidados. (0313) 02. Se viste</p> <p><u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p> <p><u>Obj.:</u>el paciente mantendrá cubierta la necesidad de vestido durante la estancia hospitalaria Que el paciente consiga vestirse solo antes del alta hospitalaria..</p>	<p>Ayuda en el autocuidado: vestir/ acicalamiento (1802)</p>	<p><input type="checkbox"/>Sistema Parcialmente Compensatorio:</p> <p>1. Proporcionar las prendas personales de vestir y acicalamiento. 2. Ayudar en el vestir. 3. Mantener la intimidad. 4. Reafirmar los esfuerzos del paciente por vestirse a si mismo.</p>		<p>c/mañana</p>	<p>ENF/AE</p>	

Dx / Problemas Enfermería	Criterios resultado	Intervenciones	Actividades	COD	P.H.	ENF/AE	R/NR
<p><input type="checkbox"/> Deterioro del patrón del sueño r/c la ansiedad y la enfermedad.</p> <p><u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p>	<p><i>Descanso (0003)</i> 03. Calidad del descanso. <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p> <p><i>Sueño (0004)</i> 03. Patrón del sueño. <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p> <p>Obj.:El paciente dormirá las horas habituales durante la estancia hospitalaria.</p> <p>El paciente manifestará la sensación de sueño reparador.</p> <p>El paciente se mantendrá despierto durante el día.</p>	<p><i>Manejo de la energía (0180)</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Sistema apoyo educativo/Parcial/Totalmente Compensatorio: Cuidados de enfermería para favorecer el descanso del paciente.</p> <p><u>Aplicar según sea necesario:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hacer partícipe al paciente y familia en la planificación y ejecución de los cuidados. 2. Instruir al paciente en el uso de técnicas de relajación. 3. Ayudar al paciente para que manifieste sus sentimientos, miedos y percepciones negativas que influyen o pueden estar alterando su patrón de descanso. 	<p></p>	<p>c/noche</p> <p>c/precise</p>	<p>ENF/AE</p> <p>ENF/AE</p>	

Complicaciones potenciales

Complicaciones	Criterios resultado	Actividades	COD	P.H.	ENF/AE	R/NR
Crisis hipertensivas	Obj: Mantener las cifras de TA: Hasta el 4º día de ingreso < 220/120 mmHg. A partir del 5º día < 150/90 mmHg	<input type="checkbox"/> Sistema Totalmente Compensatorio: Valoración de la presión arterial	☐	c/precise	ENF	
		Administración de la medicación antihipertensiva prescrita	☐	c/precise	ENF	
		Dieta pobre en sal	☐	c/precise	ENF	
		Avisar al médico si persiste la crisis hipertensiva		c/precise	ENF	
Contracturas, luxaciones, lesiones de plexos	Obj: El paciente conocerá y utilizará dispositivos de ayuda. Sabrá mantener una correcta alineación corporal. Al alta habrá iniciado un programa de ejercicios en el servicio de rehabilitación.	<input type="checkbox"/> Sistema Totalmente Compensatorio: Movilizaciones periódicas de la articulación.		c/precise	ENF/AE	
		Cabestrillo para sujetar el hombro cuando tenga que caminar		c/precise	ENF/AE	

Anexo I: Tabla resumen Cuidados Generales en el paciente con Ictus Menor.

Diagnósticos de enfermería	Cuidados de enfermería
Déficit de autocuidados: alimentación, uso WC, baño/higiene, vestir	Ayuda en los autocuidados: <ul style="list-style-type: none"> - Higiene del paciente. - Ayuda en la alimentación. - Ayuda en el vestir. - Ayuda en la eliminación.
Deterioro de la movilidad física.	<ul style="list-style-type: none"> - Fomento de la deambulación y ejercicios pasivos. - Posiciones funcionales durante el reposo en cama.
Deterioro del patrón del sueño.	<ul style="list-style-type: none"> - Cuidados para favorecer el descanso del paciente. - Disminuir la ansiedad, temor... - Expresión de sentimientos. - Ambiente agradable y tranquilo. - Aliviar el dolor y otros síntomas.
Duelo disfuncional	<ul style="list-style-type: none"> - Facilitar el duelo. - Apoyo a la familia. - Aumentar el afrontamiento
Déficit de conocimientos	<ul style="list-style-type: none"> - Educación sanitaria en el régimen terapéutico a seguir por el paciente. - Educación sanitaria en hábitos de vida saludables y factores de riesgo.
Riesgo de caídas	<ul style="list-style-type: none"> - Cuidados de enfermería en la prevención de las caídas.
Temor	<ul style="list-style-type: none"> - Disminuir la ansiedad. - Aumentar el afrontamiento. - Potenciación de la seguridad.
Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	<ul style="list-style-type: none"> - Actuación de enfermería en la prevención de las úlceras por presión.

ANEXO II: GLOSARIO DE TÉRMINOS

Afasia de comprensión sensitiva o de Wernicke: lenguaje rico con abundantes parafasias. La comprensión está alterada.

Afasia de expresión motora o de broca: lenguaje pobre con abundantes repeticiones. La comprensión es normal.

Afasia global: afectación de la comprensión y expresión.

Anestesia: ausencia de sensibilidad.

Astenia: Falta o pérdida de fuerza.

Ceguera cortical: la ceguera se produce por la lesión cortical (el ojo no está dañado y el paciente ignora que no ve).

Diplopía: visión doble.

Disartria: dificultad para la formación y articulación del lenguaje.

Disdipsia: dificultad en la deglución de los líquidos.

Disfagia: dificultad en la deglución.

Embolia: Obstrucción brusca de una arteria del cerebro por un coágulo arrastrado por la corriente sanguínea.

Hemiparesia: Pérdida de fuerza (en distintos grados) del hemicuerpo contrario a la lesión.

Hemiplejia: parálisis total del hemicuerpo contrario a la lesión.

Hemianopsia: Pérdida de la visión de la mitad del campo visual.

Hiperestesia: aumento de la sensibilidad.

Hipoestesia: disminución de la sensibilidad.

Hiperreflexia: exageración de los reflejos.

Logoplejia: parálisis de los órganos del lenguaje.

Monoplejia: parálisis de un solo miembro.

Nistagmus: oscilación del globo ocular, involuntaria y repetitiva.

Parestesia: sensación anormal subjetiva de la sensibilidad.

Paresia: disminución de la movilidad voluntaria de un segmento del cuerpo.

Parafasia: cambio del significado de las palabras.

Trombosis: desarrollo de un coágulo o trombo.

Bibliografía:

1. Johnson M., Bulechek G., McCloskey J., Maas M., Moorhead S. Diagnósticos enfermeros, Resultados e Intervenciones. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Ed. Mosby-Harcourt. Barcelona 2002.
2. McCloskey, J.C. Bulechek, G.M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería. 4ª Ed. Mosby- Elsevier. Madrid. 2004.
3. Morread S, Johnson M, Maas M. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 3ª edición. Ed. Mosby- Elsevier. 2004
4. Aguilera Guzmán M., Abad Bassols A.. Desarrollo de planes de cuidados en la cartera de servicios de atención primaria. Ed. Instituto Nacional de salud. Subdirección General de coordinación administrativa. Madrid 2001.
5. Contreras Fernández E., Báez Cabeza A., Crossa Martín E., Guerrero González M. et al. Planes de cuidados enfermeros estandarizados en atención primaria. Primera edición. Ed. Distrito Sanitario Costa del sol. ,Málaga 2000.
6. Carpenito, L.J. Planes de cuidados y documentación en enfermería. Diagnósticos de enfermería y problemas asociados. Madrid. 1994.
7. Alfaro, R. Aplicación del proceso de Enfermería. Guía práctica. 3 Ed. Mosby. Madrid. 1996.
8. Alfaro, R. Aplicación del Proceso Enfermero. Guía paso a paso. 4 Ed. Springer-Verlang Ibérica. Barcelona. 1999.
9. Orem D. Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica. Ed Masson Salvat. Barcelona 1993
10. Planes de Cuidados del Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. A Coruña. Ed. Servicio Gallego de Salud. 2002.
11. Amatrian Artieda. MD. Araizoz Apeztequia J. Pilart Medina S. Inmovilidad en el anciano. Rev Rol de Enf. 1993; XVI (174): 33-43.
12. American Herat Association. Recovering from a Stroke. Dallas. Texas 1986.
13. Andorrà López M, García Rey, J. Absorbentes para la incontinencia urinaria en el adulto. Rev. Rol de Enf. 1993; XVI (181): 83-90.
14. Bardají Fandos, Teodosia. Revisión actualizada sobre la enfermedad cerebrovascular: estudio de un caso. Nursing 2003; 21 (3): 45-57.
15. Brumer L.S. Suddarth, D.S. Manual de Enfermería Médicoquirúrgica. Ed. Interamericana. Madrid 1984.
16. Callahan, Michael E. El cuidado de un enfermo con ictus... como yo. Nursing 3 (2): 59-61.
17. Camacho A., Llanes, E, García C , Romero M. Informe de enfermería hecho realidad. Rev. Rol de Enf. 235. Marzo 1998: 17-20.
18. Campbell C. Enfermería: Diagnósticos y métodos. Ed. Marín S.A. Barcelona 1994.
19. Carpenito, L.J. Manual de diagnóstico de enfermería. 5ª Ed. Interamericana- McGraw-Hill. Madrid 1995.
20. Castillo H, Noya M. Patología cerebrovascular isquémica. Ed. Facultad de Medicina Santiago de Compostela 1993.
21. Castillo J. Enfermedades vasculares cerebrales. J: R. Prous Editores S.A. Barcelona 1995.
22. Clemente Tirapu A. Ladrón Arana M. Paciente con ACV: atención inmediata. Inf. Cientif 2000 (224-225): 38-42.
23. Cochran, Ina, RN. CRRN, BSN. Flynn. Carol A. RN, C, MSN, Goetz Gail. RN, C, CRRN, MSN. Potts-Nulty, S.E., RN CRRN, CRNP, CYSW. Rece, J. RN. CRRN. MSN. Sensening. HO, RN, CRRN, BSN. Cuidado del enfermo con Ictus. Nursing 1995. 13(1): 10-17.
24. Chips E, Clanin N, Campbell V. Trastornos neurológicos. Mosby-Doyma. Enf. Clínica. Barcelona 1995.
25. Egado, J; Díez-Tejedor, E. Después del Ictus. Ed. Grupo de estudios de las enfermedades cerebrovasculares de la Sociedad Española de Neurología. Barcelona 1997.
26. Egado JA, González Gutiérrez, JH Varela de Seijas, E. Experiencia de una Unidad de Ictus en el Hospital Clínico de Madrid. Rev. Neurol. Barcelona 1995; 23(120): 381-384.

27. Fay Yocum. R. RN, BS, MSN. Registros de enfermería: cuidados de calidad. *Nursing* 2003; 21(3): 23-27.
28. Fernández Román J. F. Medrano López R, Delgado Benítez C, Díaz Ordóñez J. González Mateos AM. Naval del Val A. Incapacitados con A.C.V. Diagnósticos. Capacidad funcional y características. *Rev. Rol de Enf.* 2001; 24 (4): 251-255.
29. Foie A, Farreras P, Sánchez A, Martí A. Gestión de casos y planes de cuidados. *Rev. Rol de Enf.* 1998; 235: 23-31.
30. García Rey, José. Andorra López, Mercè. Dispositivos de incontinencia urinaria en el adulto. *Rev. Rol Enf.* 1993, 178 (XVI): 91-96.
31. Guimaraes de Andrade, Oseias; Partezani Rodrigues. Rosaline Apda. Representaciones del cuidado familiar ante el anciano con ACV. *Rev. Rol Enf.* 1999; 22 (6) 453-464. Artículo original.
32. Guirao I Goris, J.A. Cuesta Zambrano A. Benavent Garcés. A. Diagnóstico de Enfermería. Claves para su desarrollo. *Rev. Rol. Enf.* 1999; 22 (7-8): 554-558.
33. Hayn Margaret Am. RN, CCRN, MSN. Rehabilitación del Ictus. *Nursing* 97. Agosto-sep 14-20.
34. <http://svneurologia.org/fc/ictusenfermeria.htm>. Protocolo de enfermería.
35. <http://svneurologia.org/fc/ictustension.htm>. Protocolo de manejo de la tensión arterial.
36. Jiménez Navascués, Lourdes. Lafuente Mateo, Dolores. Hernández Romero, Belén. Fernández Rodríguez, Carmen. Hajar Ordovás, Carlos. Ancianos: calidad de vida y necesidades básicas. *Rev. Rol Enf* 1999; 22 (11): 743-746.
37. Kane Carlsen, P.A. RC, C, ANP, MSN. Tratamiento del enfermo con ataques isquémicos transitorios. *Nursing* 1992; 10 (9): 12-17.
38. Kaschak ,D. Jakobac D. Planes de cuidados en Geriatria. Barcelona 1994.
39. Lewis, Anne Marie. RN, CEN, M.A. Urgencia neurológica. *Nursing* 2000; 18 (3): 18-20.
40. Manual del residente de Neurología. Ed. Sociedad Española de Neurología. Madrid 2000. Coordinadores José M. Gran Veciano y Antonio Escartín Siquier.
41. Marriner. Modelos y teorías de enfermería. Ed. Rol. B. Braum. Barcelona 1989.
42. Matías-Guiu, J. Manejo del paciente con enfermedad cerebrovascular aguda. Ed. Grupo de Estudios de las enfermedades cerebrovasculares de la Sociedad Española de Neurología. Barcelona 1996.
43. Matías-Guiu, J. Las Unidades de Ictus. *Rev. Neurol.* Barcelona 1995; 23 (120): 324-325.
44. Martínez Riera, J.R. Informe de Enfermería al ingreso (I.E.I.). Instrumento específico de interrelación. *Rev. Rol Enf.* 1999; 22 (2): 133-139.
45. Mena F.J., Macías A.C., Romero, M. Valderrama A., Favia D. ¿Influyen los diagnósticos de Enfermería en la valoración del método de trabajo enfermero). *Rev. Rol Enf.* 2001; 24 (2): 137-139.
46. Mencía Seco. Víctor y Alonso González, E. Incontinencia fecal en un ictus. *Rev. Rol. Enf.* 1997; XX (232): 63- 65.
47. Mencía Seco, Víctor. Alonso González, Elvira. Alonso González, Isabel. Paciente hemipléjico: actuación enfermera en el domicilio. *Rev. Rol. Enf.* 1999; 22 (10): 673-676.
48. Mower Donno, M. RN. CRNR, CS. MS. Rehabilitación del Ictus. *Nursing* 1997; 15 (7): 9- 13.
49. North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2001-2002. Harcourt. Madrid 2001.
50. Pérez Trullen J. María. Tobajas Asensio, J.A. Vázquez André, Mª Luisa. Tobajas Asensio, Enrique. Manejo y cuidados de la enfermedad vasculo-cerebral. *Enferm. Cientif.* 184-185 (julio-agosto 1997); 14-22.
51. Sánchez, Sanz. Protocolizar las actividades de Enfermería. Revisión bibliográfica. *Rev. Rol. Enf.* 2001, 24 (1): 67-74.

52. Sociedad Española de Neurología: Grupo de Estudio de las Enfermedades Cerebrovasculares. Manejo del paciente con enfermedad vascular cerebral aguda. Recomendaciones 2001. Ed. Prous Science. Barcelona 2001.
53. Suñer, R; Jiménez, C. Nutrición enteral. Rev. Rol 1996; XIX (214): 69-72.
54. Suñer Soler, R. Vega Iñigo, R. García Garrido, L. García Gutiérrez, T. Mascort Toral, Z. Segura Martín et al. Incontinencia urinaria en el paciente con ictus agudo, Rev. Rol Enf 2000; 23(2): 105-110.
55. Urriza Huarte. Martín. Sexualidad en el paciente neurológico. Intervención enfermera. Rev. Rol. Enf. 233. Enero 1998; vol XXI: 56-60.
56. Vilà Prunés, Joan; Vélez Miranda, M^a Carmen. Quiñónez Gude, Concha. Dalmases Casulleras, Gloria. Ictus: necesidad de una educación sanitaria. Metas 32. Febrero 2001; pag. 38-43.
57. Wesley R.L. Teorías y modelos de enfermería. 2^a Ed. McGraw-Hill. Interamericano. México 1997.
58. Yáñez Biage I. González Nores C. Ruiz Domínguez O. Santos Romero R. Quintia Casares J. Tratamiento postural en el paciente hemipléjico. Rev. Rol Enf. 212 Abril 1996; XIX 19-25.
59. Swearingen P. Manual de enfermería Médico-Quirúrgica. Ed. Harcourt-Brace 3^a Edición. Madrid 1998.
60. Diccionario Mosby de la medicina y ciencias de la salud. Ed. Mosby-Doyma libres. Madrid 1995.
61. Codina Puiggros A. Tratado de neurología. Ed. Ela. Madrid 1994.
62. Calvo Mesa M., Riu Camps M., Villares García MG. Las caídas intrahospitalarias: una realidad. Rev. Rol de enf. 2001;24(1):25-30.
63. Guinot Bachero J, Martínez Calderón A, Vilar Fabia C. Guías de actuación clínica en Atención Primaria de la Comunidad Valenciana. Accidentes Cerebrovasculares. Ed. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Subsecretaria de la Agencia Valenciana de la Salud. 2003.
64. Mercedes Albaladejo Tello, Francisco Javier Ballesta López,, Francisco Vicente Blanes Compañ,, Catalina Cases Alarcón, Miguel Castells Molina, Manuela Domingo Pozo, Francisco Javier Gómez Robles, Nieves Izquierdo García, José Luis López Montes, Belén Payá Pérez, Mercedes Segura Cuenca, María Torres Figueiras .Guía de Actuación de enfermería: Manual de procedimientos. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Secretaría Autónoma para la Agencia Valenciana de la Salud. 2003