

## Plan de cuidados al paciente con accidente isquémico transitorio (A.I.T.). GRD nº 015

Es una interrupción temporal de sangre en un área del cerebro, de comienzo brusco y breve duración, con recuperación completa de la función neurológica en menos de 24 horas tras el inicio del cuadro clínico.

Muchos de los accidentes isquémicos transitorios (AIT) son las primeras manifestaciones de la existencia de factores de riesgo para desarrollar una afectación isquémica cerebral irreversible.

Existen dos tipos de AIT:

- Menor: dura unos 10-20 minutos la causa suele ser aterotrombótica.
- Mayor: dura más de una hora, siendo más frecuente su asociación a embolismo.

La clínica viene definida por el territorio afectado, en función de que sea: Transitorio carotídeo (amaurosis fugaz, alteraciones sensitivo-motoras), territorio vertebrobasilar (diplopía, vértigo con afasia, síncope por isquemia vascular vertebrobasilar). Siendo el primero dos veces más frecuente que el segundo.

La prevalencia de esta enfermedad es el 20 % de todos los pacientes afectados de enfermedad cerebrovascular (150-200 por 100.000 hab.). Un 15 % de los infartos cerebrales van precedidos por un AIT.

GRD 015: Es un GRD médico que agrupa a pacientes ingresados por isquemia cerebral transitoria, oclusión de arteria carótida, vertebral, basilar o de arterias precerebrales sin infarto cerebral o síndrome vertebrobasilar.

### *Objetivos:*

- Educar al paciente y su familia sobre el proceso de enfermedad que ha sufrido.
- Enseñar al paciente medidas de prevención y los factores de riesgo de su enfermedad.
- Fomentar hábitos de vida saludables.

### *Criterios de aplicación del plan:*

Este plan de cuidados estándar se aplicará a todos aquellos pacientes que presenten un accidente isquémico transitorio GDR nº 015 con los siguientes diagnósticos médicos:

- Accidente isquémico transitorio y la oclusión precerebral.
- Oclusión de la arteria carótida.
- Oclusión de la arteria vertebrobasilar o de arterias precerebrales sin infarto cerebral.

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

**Respiración:**

- No *Alterada*

**Alimentación:**

- Autónomo.

**Eliminación:**

- Autónomo.

**Descanso:**

- Alterado*: insomnio, miedo, alteración del ritmo de sueño habitual del paciente.  
 Sistema Apoyo educativo.

**Higiene personal:**

- Autónomo.

**Movilidad:**

- Autónomo.

**Seguridad:**

- Alterada*: uso de dispositivos de ayuda para la movilidad.  
 Sistema Apoyo educativo.

Estado de consciencia: consciente y orientado.

Riesgo de caídas moderado precisa elementos de seguridad.

**Estatus funcional:**

La puntuación será de 0-1.

*0 = actividad completa.*

*1= tiene que limitar las actividades que requieren esfuerzos, pero sigue siendo ambulatorio.*

**Estado piel y mucosas:**

No alterada.

**Riesgo UPP:**

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

Riesgo bajo.

**Capacidad sensorial:**

No alterada.

**Aspectos psicológicos y sociales:**

Ansiedad, temor, falta de información...

*Diagnósticos de Enfermería identificados en el paciente con AIT.*

**Requisitos de autocuidado universal:**

◆ **Descanso.**

Riesgo de deterioro del patrón del sueño r/c la desadaptación a cambios en el entorno (hospitalización), temor.

◆ **Prevención accidentes**

Déficit de conocimientos r/c la falta de información.

Riesgo de caídas r/c repetición de un nuevo episodio de AIT.

◆ **Promoción de la normalidad.**

Ansiedad r/c amenaza de repetición de un nuevo episodio o cambio en el estado de salud.

Riesgo de baja autoestima situacional r/c sentimiento de pérdida de salud y de cambios de rol.

## Desarrollo del plan de cuidados estandarizado para el paciente con AIT durante toda su estancia.

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

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

Dx / Problemas Enfermería	Criterios resultado	Intervenciones	Actividades	COD	P.H.	ENF/AE	R/NR
<p><input type="checkbox"/> Déficit de conocimientos r/c la falta de información.</p> <p><u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p>	<p><i>Conocimiento: proceso de enfermedad. (1803)</i></p> <p>02.Descripción del proceso de enfermedad.</p> <p>03.Descripción de la causa o factores contribuyentes.</p> <p>04.Descripción de los factores de riesgo.</p> <p>11.Descripción de las precauciones para prevenir las complicaciones.</p> <p><u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p> <p><i>Obj.: El paciente al alta aumentará el grado de comprensión sobre su proceso de enfermedad en relación al ingreso.</i></p>	<p><i>Enseñanza: proceso de enfermedad.(5602)</i></p>	<p><input type="checkbox"/> <b>Sistema apoyo educativo:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Proporcionar información al paciente y familia sobre la enfermedad.</li> <li>2. Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y controlar el proceso de la enfermedad.</li> </ol>		c/precise	ENF	
			<p>Educación sanitaria sobre el régimen terapéutico a seguir por el paciente en su domicilio.</p>	☰	A demanda	ENF	
<p><input type="checkbox"/> Ansiedad r/c amenaza de repetición de un nuevo episodio o cambio 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><i>Disminución de la ansiedad.(5820)</i></p>	<p><input type="checkbox"/> <b>Sistema apoyo educativo:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Escuchar con atención.</li> <li>2. Reforzar el comportamiento, si procede.</li> <li>3. Crear un ambiente que facilite la confianza.</li> <li>4. Animar la manifestación de percepciones, sentimientos y miedos.</li> <li>5. Ayudar al paciente a que identifique las situaciones que precipiten la ansiedad.</li> </ol>		c/precise	ENF/AE	

	<i>Obj.:El paciente manifestará una disminución de la ansiedad durante la estancia hospitalaria.</i>	<i>Aumentar el afrontamiento.(5230)</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Valorar el ajuste del paciente a los cambios de imagen corporal si está indicado.</li> <li>2. Valorar la comprensión del paciente del proceso de la enfermedad.</li> <li>3. Disponer de un ambiente de aceptación.</li> <li>4. Instruir al paciente en técnicas de relajación, si resulta necesario.</li> <li>5. Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.</li> </ol>		c/precise	ENF	
		<i>Potenciación de la seguridad.(5380)</i>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Disponer de un ambiente no amenazador y mantener la calma.</li> <li>2. Permanecer con el paciente para fomentar su seguridad durante los períodos de ansiedad.</li> <li>3. Escuchar los miedos del paciente y familia.</li> <li>4. Explicar al paciente y familia todas las pruebas y procedimientos.</li> <li>5. Responder a las preguntas sobre su salud de una manera sincera.</li> </ol>		c/precise	ENF/AE	
<b>Dx / Problemas Enfermería</b>	<b>Crterios resultado</b>	<b>Intervenciones</b>	<b>Actividades</b>	<b>COD</b>	<b>P.H.</b>	<b>ENF/AE</b>	<b>R/NR</b>
<input type="checkbox"/> Riesgo de deterioro del patrón del sueño r/c la desadaptación a cambios en el entorno (hospitalización), temor.  <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u>	<i>Descanso.(00039</i> 03. Calidad del descanso <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u>  <i>Sueño.(0004)</i> 03. Patrón sueño <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u>  <i>Obj.:El paciente mantendrá su patrón de sueño habitual durante la estancia hospitalaria.</i>  <i>El paciente dormirá de 6-8 h. durante la noche.</i>	<i>Manejo de la energía.(0180)</i>	<input type="checkbox"/> <b>Sistema apoyo educativo:</b> Cuidados de enfermería para favorecer el descanso del paciente  <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Observar y registrar el esquema del número de horas de sueño del paciente.</li> <li>2. Facilitar la alternancia de períodos de reposo y actividad.</li> <li>3. Ayudar al paciente a limitar el sueño diurno proporcionando las actividades que fomenten el estar despierto, de forma plena, si procede.</li> </ol>	☰	c/noche	ENF/AE	
					c/precise	ENF/AE	

<p>❑Riesgo de caídas r/c repetición de un nuevo episodio de AIT. <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p>	<p><i>Conducta de prevención de caídas.(1909)</i> 01. Uso correcto de los dispositivos de ayuda. <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u>  <i>Obj.:El paciente presentará una disminución o minimización de los factores de riesgo que podrían provocarle una caída durante la estancia hospitalaria.</i></p>	<p><i>Manejo ambiental: seguridad.(0180)</i></p>	<p>❑<b>Sistema apoyo educativo:</b> 1. Identificar los riesgos respecto a la seguridad en el ambiente. 2. Eliminar los factores de peligro del ambiente cuando sea posible. 3. Disponer de dispositivos de adaptación para aumentar la seguridad del ambiente. 4. Observar si se producen cambios en el estado de seguridad del ambiente.</p>		<p>Ingreso. c/precise</p>	<p>ENF/AE</p>	
			<p>Actuación de enfermería en la prevención de las caídas.</p>	<p>☰</p>	<p>c/precise</p>	<p>ENF/AE</p>	
<p>❑Riesgo de baja autoestima situacional r/c sentimiento de pérdida de salud y de cambio de rol. <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p>	<p><i>Afrontamiento de problemas (1302)</i> 05. Verbaliza aceptación de su situación. 07. Modifica el estilo de vida cuando se requiere.. <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u>  <i>Obj.: El paciente manifestará su aceptación al cambio de vida</i></p>	<p><i>Apoyo emocional (5270)</i></p>	<p>❑<b>Sistema apoyo educativo:</b> 1. Comentar la experiencia emocional con el paciente. 2. Apoyar el uso de mecanismos de defensa apropiados. 3. Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza. 4. Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias. 5. Facilitar la identificación por parte del paciente de esquemas de respuesta habituales a los miedos. 6. Proporcionar apoyo durante la negación, ira, negociación y aceptación de las fases del proceso de duelo. 7. Favorecer la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional. 8. Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los períodos de más ansiedad. 9. Proporcionar ayuda en la toma de decisiones. 10. No exigir demasiado el funcionamiento cognoscitivo o cuando el paciente esté enfermo o fatigado</p>		<p>c/precise</p>	<p>ENF</p>	

***Complicaciones potenciales***

Complicación	Criterios resultado	Actividades	COD	P.H.	ENF/ AE	R/NR
<b>Crisis Hipertensivas</b>	Obj.: Mantener cifras de TA: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hasta el 4º día de ingreso &lt; 220/120 mmHg.</li> <li>- A partir del 5º día de ingreso &lt;150/90 mmHg.</li> </ul>	<input type="checkbox"/> <b>Sistema parcialmente compensatorio:</b> Control de la TA	☐	Según pauta	ENF	
		Administración de la medicación prescrita.	☐	Según pauta	ENF	
		Establecer dieta pobre en sal.	☐		ENF	

**Anexo I: Tabla resumen Cuidados Generales en el paciente con Accidente Isquémico Transitorio.**

<b>Diagnósticos de enfermería</b>	<b>Cuidados de enfermería</b>
Déficit de conocimientos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Proporcionar información al paciente y familia sobre la enfermedad.</li> <li>- Comentar cambios en el estilo de vida para evitar futuras complicaciones y controlar el proceso de enfermedad.</li> </ul>
Ansiedad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ayudar al paciente a que identifique las situaciones que precipitan la enfermedad.</li> <li>- Instruir al paciente en técnicas de relajación, si resulta necesario.</li> <li>- Permanecer con el paciente para fomentar la seguridad durante los períodos de ansiedad.</li> </ul>
Riesgo de deterioro del patrón del sueño.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ayudar al paciente a limitar el sueño diurno proporcionando actividades que fomenten el estar despierto.</li> <li>- Cuidados de enfermería para favorecer el descanso</li> </ul>
Riesgo de caídas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Eliminar los factores de peligro del ambiente.</li> <li>- Disponer de dispositivos de adaptación para aumentar la seguridad del ambiente.</li> <li>- Actuación de enfermería en la prevención de las caídas.</li> </ul>
Riesgo de baja autoestima situacional	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apoyo emocional</li> <li>- Aumentar el afrontamiento</li> <li>- Disminuir la ansiedad.</li> <li>- Potenciación de la autoestima.</li> </ul>

## ***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. 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. Secretaria Autonómica para la Agencia Valenciana de la Salud. 2003.
12. Amatrian Artieda. MD. Araizoz Apeztequía J. Pilart Medina S. Inmovilidad en el anciano. Rev Rol de Enf. 1993; XVI (174): 33-43.
13. American Herat Association. Recovering from a Stroke. Dallas. Texas 1986.
14. Andorrà López M, García Rey, J. Absorbentes para la incontinencia urinaria en el adulto. Rev. Rol de Enf. 1993; XVI (181): 83-90.
15. Bardají Fandos, Teodosia. Revisión actualizada sobre la enfermedad cerebrovascular: estudio de un caso. Nursing 2003; 21 (3): 45-57.
16. Brumer L.S. Suddarth, D.S. Manual de Enfermería Médicoquirúrgica. Ed. Interamericana. Madrid 1984.
17. Callaham, Michael E. El cuidado de un enfermo con ictus... como yo. Nursing 3 (2): 59-61.
18. Camacho A., Llanes, E, García C , Romero M. Informe de enfermería hecho realidad. Rev. Rol de Enf. 235. Marzo 1998: 17-20.
19. Campbell C. Enfermería: Diagnósticos y métodos. Ed. Marín S.A. Barcelona 1994.
20. Carpenito, L.J. Manual de diagnóstico de enfermería. 5ª Ed. Interamericana- McGraw-Hill. Madrid 1995.
21. Castillo H, Noya M. Patología cerebrovascular isquémica. Ed. Facultad de Medicina Santiago de Compostela 1993.
22. Castillo J. Enfermedades vasculares cerebrales. J: R. Prous Editores S.A. Barcelona 1995.
23. Clemente Tirapu A. Ladrón Arana M. Paciente con ACV: atención inmediata. Inf. Cientif 2000 (224-225): 38-42.

24. 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.
25. Chips E, Clanin N, Campbell V. Trastornos neurológicos. Mosby-Doyma. Enf. Clínica. Barcelona 1995.
26. Egido, J; Díez-Tejedor, E. Después del Ictus. Ed. Grupo de estudios de las enfermedades cerebrovasculares de la Sociedad Española de Neurología. Barcelona 1997.
27. Egido 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.
28. Fay Yocum. R. RN, BS, MSN. Registros de enfermería: cuidados de calidad. Nursing 2003; 21(3): 23-27.
29. 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.
30. Foie A, Farreras P, Sánchez A, Martí A. Gestión de casos y planes de cuidados. Rev. Rol de Enf. 1998; 235: 23-31.
31. García Rey, José. Andorra López, Mercè. Dispositivos de incontinencia urinaria en el adulto. Rev. Rol Enf. 1993, 178 (XVI): 91-96.
32. 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.
33. 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.
34. Hayn Margaret Am. RN, CCRN, MSN. Rehabilitación del Ictus. Nursing 97. Agosto-sep 14-20.
35. <http://svneurologia.org/fc/ictusenfermeria.htm>. Protocolo de enfermería.
36. <http://svneurologia.org/fc/ictustension.htm>. Protocolo de manejo de la tensión arterial.
37. 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.
38. Kane Carlsen, P.A. RC, C, ANP, MSN. Tratamiento del enfermo con ataques isquémicos transitorios. Nursing 1992; 10 (9): 12-17.
39. Kaschak ,D. Jakobac D. Planes de cuidados en Geriatria. Barcelona 1994.
40. Lewis, Anne Marie. RN, CEN, M.A. Urgencia neurológica. Nursing 2000; 18 (3): 18-20.
41. Manual del residente de Neurología. Ed. Sociedad Española de Neurología. Madrid 2000. Coordinadores José M. Gran Veciano y Antonio Escartín Siquier.
42. Marriner. Modelos y teorías de enfermería. Ed. Rol. B. Braum. Barcelona 1989.
43. 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.
44. Matías-Guiu, J. Las Unidades de Ictus. Rev. Neurol. Barcelona 1995; 23 (120): 324-325.
45. Martínez Riera, J.R. Informe de Enfermería al ingreso (I.E.I.). Instrumento específico de interrelación. Rev. Rol Enf. 1999; 22 (2): 133-139.
46. 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.

47. Mencía Seco, Víctor y Alonso González, E. Incontinencia fecal en un ictus. *Rev. Rol. Enf.* 1997; XX (232): 63- 65.
48. Mencía Seco, Víctor. Alonso González, Elvira. Alonso González, Isabel. Paciente hemipléjico: actuación enfermera en el domicilio. *Rev. Rol. Enf.* 1999; 22 (10): 673-676.
49. Mower Donno, M. RN. CRNR, CS. MS. Rehabilitación del Ictus. *Nursing* 1997; 15 (7): 9- 13.
50. North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). *Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2001-2002*. Harcourt. Madrid 2001.
51. Pérez Trullen J. María. Tobajas Asensio, J.A. Vázquez André, M<sup>a</sup> Luisa. Tobajas Asensio, Enrique. Manejo y cuidados de la enfermedad vasculo-cerebral. *Enferm. Cientif.* 184-185 (julio-agosto 1997); 14-22.
52. Sánchez, Sanz. Protocolizar las actividades de Enfermería. Revisión bibliográfica. *Rev. Rol. Enf.* 2001, 24 (1): 67-74.
53. 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.
54. Suñer, R; Jiménez, C. Nutrición enteral. *Rev. Rol* 1996; XIX (214): 69-72.
55. 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.
56. Urriza Huarte. Martín. Sexualidad en el paciente neurológico. Intervención enfermera. *Rev. Rol. Enf.* 233. Enero 1998; vol XXI: 56-60.
57. Vilà Prunés, Joan; Vélez Miranda, M<sup>a</sup> Carmen. Quiñónez Gude, Concha. Dalmases Casulleras, Gloria. Ictus: necesidad de una educación sanitaria. *Metas* 32. Febrero 2001; pag. 38-43.
58. Wesley R.L. Teorías y modelos de enfermería. 2<sup>a</sup> Ed. McGraw-Hill. Interamericano. México 1997.
59. 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.
60. Swearingen P. Manual de enfermería Médico-Quirúrgica. Ed. Harcourt-Brace 3<sup>a</sup> Edición. Madrid 1998.
61. Diccionario Mosby de la medicina y ciencias de la salud. Ed. Mosby-Doyma libres. Madrid 1995.
62. Codina Puiggros A. Tratado de neurología. Ed. Ela. Madrid 1994.
63. Calvo Mesa M., Riu Camps M., Villares García MG. Las caídas intrahospitalarias: una realidad. *Rev. Rol de enf.* 2001;24(1):25-30.
64. 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.