

Plan de cuidados al paciente con Ictus establecido (GRD 014).

Se denomina Infarto cerebral establecido (ICES) al que produce un déficit neurológico instaurado de una forma brusca, aguda o subaguda y que ya no se modifica o progresa, por tanto puede ocurrir tanto desde el comienzo de la sintomatología (instauración brusca o aguda) o bien cuando ICP (infarto cerebral progresivo) o ICEU (infarto en evolución) deja de progresar y no evoluciona. Para considerar que un infarto cerebral, que se ha producido en el territorio carotídeo, es establecido tiene que haber transcurrido al menos 24 horas sin que se haya modificado la sintomatología y 72 horas en el territorio vertebrobasilar.

El ICES según su evolución puede ser de dos clases:

1. Déficit neurológico isquémico reversible cuando la sintomatología dura más de 24 horas y la recuperación ocurre en menos de 21 días.
2. Infarto cerebral completo, establecido o permanente (ICC), sintomatología de más de 24 horas de duración que se prolonga después de la tercera semana del comienzo.

La población afectada en España de Ictus es de 150-200 por 100.000 habitantes. El ictus establecido supone un 20 % de los casos. El Ictus es la tercera causa de muerte en nuestro país y es más frecuente en hombres que en mujeres. Los factores de riesgo que predisponen al Ictus son: obesidad, hipertensión arterial, tabaquismo, sedentarismo, niveles altos de colesterol y triglicéridos y en la mujer el uso de anticonceptivos orales.

Este Ictus se le podría considerar un Ictus mayor por el mayor nivel de cuidados, los pacientes en la Escala Neurológica Canadiense marcarán puntuaciones inferiores a 7,5.

El GRD 014 es un GRD médico que agrupa a pacientes ingresados por una enfermedad cerebrovascular aguda.

<u>ICTUS</u>			
<u>Arteriales</u>		<u>Venosos</u>	
Isquémicos			Hemorrágicos
Ictus transitorios o AIT			Hemorragia cerebral
Infárticos	Aterotrombóticos		Hemorragia
	Embolia		

Signos y Síntomas más frecuentes en el Ictus establecido.

Sistemas	Signos y síntomas	
Neurológico	<ul style="list-style-type: none"> • Debilidad o parálisis del lado opuesto a la lesión cerebral. • Hemianestesia. • Inadecuada propiocepción. • Olvido de la mitad del cuerpo afectado y su espacio circundante. • Ataxia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Agnosia. • Afasia: total, parcial o global. • Disartria. • Parafasia. • Deterioro del movimiento voluntario. • Apraxia. • Dislexia
Respiratorio	Apneas. Respiración Cheyne-Stokes.	Hipoventilación. Hiperventilación.
Cardiovascular	Hipotensión. Hipertensión.	Arritmias.
Gastrointestinal	Deterioro del reflejo nauseoso. Deterioro del reflejo de deglución. Disfagia a líquidos o sólidos.	Estreñimiento. Hiperglucemia.
Músculo-esquelético	Disminución o pérdida de fuerza muscular. Contracturas. Dolor en hombro afecto.	Síndrome de distrofia. Incapacidad para deambular.
Alteraciones senso-cognitivas	<u>ACV derecho</u> : comportamiento impulsivo, alteraciones de las percepciones sensoriales, desorientación espacial o perceptual. <u>ACV izquierdo</u> : movimientos cautelosos y perseverantes, pérdida de memoria reciente.	<u>Ambos Hemisferios</u> : fatiga, inestabilidad emocional, depresión, pérdida de función cognitiva superior, cambio de personalidad, indiferencia eufórica.

--	--	--

Objetivos generales del plan:

- Ayudar al paciente y familia a conseguir la máxima autonomía en las actividades de la vida diaria.
- Educar al paciente y familia sobre el proceso de enfermedad y los factores de riesgo del ictus.
- Enseñar medidas de prevención y fomentar hábitos de vida saludable.

Criterios de aplicación del plan:

Este plan de cuidados estándar se aplicará a todos aquellos pacientes que presenten un Ictus establecido:

- Infarto territorial hemorrágico: Arteria cerebral media, derecha o izquierda.
- Infarto cerebeloso.
- Trombosis de la arteria basilar.
- Hemorragia intraparenquimatosa espontánea.

En la Escala Neurológica Canadiense la puntuación será menor de 7,5

Escala Neurológica Canadiense

Puntuación máxima = 10 paciente normal

Puntuación mínima = 1,5 paciente con máxima incapacidad neurológica

ESTADO MENTAL	
<i>Nivel de conciencia</i>	
Alerta	3
Obnubilado	1,5
<i>Orientación</i>	
Orientado	1
Desorientado o no aplicable	0
<i>Lenguaje</i>	
Normal	1
Déficit de expresión	0,5
Déficit de comprensión	0
FUNCIONES MOTORAS (Sin defecto de comprensión)	

Actualizado octubre 2010. Copyright: Unidad de Planes de Cuidados Hospital General Universitario de Alicante

<i>Cara</i>	
Ninguna	0,5
Presente	0
<i>Brazo proximal</i>	
Ninguna	1,5
Leve	1
Significativa	0,5
Total o máxima	0
<i>Brazo distal</i>	
Ninguna	1,5
Leve	1
Significativa	0,5
Total o máxima	0
<i>Pierna</i>	
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:

- Alterada:* tos, reflejo nauseoso, estertores, roncus, agitación, patrón respiratorio ineficaz, acúmulo secreciones.
- Sistema Parcialmente compensatorio.
- Sistema Totalmente compensatorio.

Alimentación:

- Dependiente:* dificultad de deglución, debilidad, parálisis, limitación para alimentarse.
- Sistema Parcialmente compensatorio.
- Sistema Totalmente compensatorio.

Eliminación:

- Dependiente:* estreñimiento, presencia de fecalomas, déficit de autocuidado uso del WC, retención urinaria, incontinencia urinaria, diarrea, problemas en la comunicación...
- Sistema Parcialmente compensatorio.
- Sistema Totalmente compensatorio.

Descanso:

- Alterado:* inquietud, ansiedad, depresión, alteración del ritmo de sueño habitual del paciente.
- Sistema Parcialmente compensatorio.
- Sistema Totalmente compensatorio.

Higiene personal:

- Dependiente*: déficit de autocuidado en la higiene y vestido.
- Sistema Parcialmente compensatorio.
 - Sistema Totalmente compensatorio.

Movilidad:

- Dependiente*: limitación del movimiento hemiparesia, hemiplejía, deficiencias sensoriales...
- Sistema Parcialmente compensatorio.
 - Sistema Totalmente compensatorio.

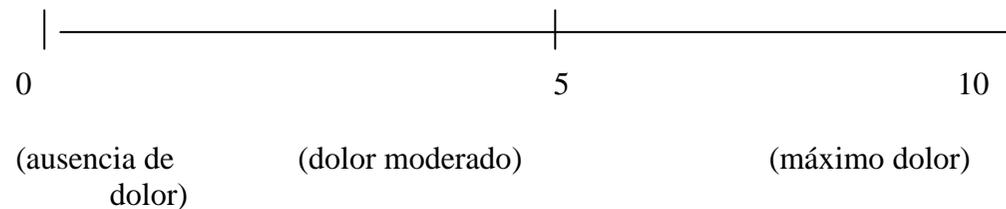
Seguridad:

- Alterada*: riesgo de traumatismo, deterioro de la movilidad, disminución de la sensibilidad, obnubilado, confusión, desorientado...
- Sistema Parcialmente compensatorio.
 - Sistema Totalmente compensatorio.

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

Riesgo de caídas elevado precisa elementos de seguridad.

Valoración del dolor a través de la escala analógica visual:



Estatus funcional:

La puntuación será de 3-4.

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

4 = *Totalmente inválido e incapaz de cuidarse. Encamado por completo.*

Estado piel y mucosas:

- No Alterada

- Alterada: eritemas cutáneos, úlceras por presión , laceraciones, deshidratación cutánea...
- Sistema Parcialmente compensatorio.
- Sistema Totalmente compensatorio

Riesgo UPP:

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

- Riesgo moderado (13-14 puntos).
- Riesgo alto (menor de 12 puntos).

Capacidad sensorial:

- Alterada: déficit visual, táctil, auditivas.
- Sistema Parcialmente compensatorio.
- Sistema Totalmente compensatorio

Aspectos psicológicos y sociales:

Ansiedad, impotencia, miedo...

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

Limpeza ineficaz de la vía aérea r/c retención de secreciones, inmovilidad, infecciones respiratorias.

◆ Alimentación.

Deterioro de la deglución r/c limitación de la conciencia y una afectación de los músculos deglutorios.

◆ Eliminación.

Riesgo de estreñimiento r/c inmovilidad y estrés.

Incontinencia urinaria funcional r/c limitación neuromuscular, deficiencias cognitivas, sensoriales o motoras.

Incontinencia fecal r/c deficiencias cognitivas, sensoriales o motoras.

◆ Movilidad.

Deterioro de la movilidad física r/c afectación neuromuscular, alteración perceptual sensorial.

Desatención unilateral r/c efectos de la alteración de las capacidades perceptivas y del deterioro neuromuscular.

◆ Descanso.

Deterioro del patrón del sueño r/c la ansiedad y la enfermedad.

◆ Aislamiento e interacción social.

Duelo disfuncional r/c la disminución de la funcionalidad de determinadas partes del cuerpo.

Ansiedad r/c las consecuencias de su enfermedad.

Disfunción de la sexualidad r/c limitación de la movilidad, sensibilidad, incontinencia, temor a padecer un nuevo episodio de la enfermedad.

Riesgo de afrontamiento ineficaz r/c la carencia del sistema de apoyo, falta de confianza en la capacidad para afrontar la situación.

Afrontamiento familiar comprometido r/c desorganización familiar, cambio de roles temporales.

◆ Prevención accidentes

Riesgo de deterioro de la mucosa oral r/c respiración bucal, ayuno de más de 24 horas, deshidratación, instauración de sonda nasogástrica.

Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c movilidad limitada e irritantes mecánicos, químicos.

Riesgo de infección r/c la enfermedad y estancia hospitalaria.

Riesgo de caídas r/c la debilidad y la reducción de la coordinación.

Riesgo de disfunción neurovascular periférica r/c inmovilidad y obstrucción vascular

◆ **Promoción de la normalidad.**

Deterioro de la comunicación verbal r/c lesión cerebral.

Déficit de conocimientos sobre su proceso de enfermedad y los autocuidados.

Termorregulación ineficaz r/c lesión cerebral.

Desarrollo del plan de cuidados estandarizado para el paciente con Ictus mayor 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 				

	<p>signos y síntomas presentes durante el turno.</p> <p>7. Describir las intervenciones de enfermería llevadas a cabo.</p> <p>8. Resumir los progresos en las metas fijadas.</p>				
Planificación del alta (7370)	<p>1. Determinar las capacidades del paciente para el alta</p> <p>2. Colaborar con el médico, paciente/familiar/ser querido y demás miembros del equipo sanitario en la planificación de la continuidad de los cuidados.</p> <p>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.</p> <p>4. Registrar todos los cuidados al alta en el informe de enfermería al alta.</p> <p>5. Establecer continuidad de cuidados al siguiente nivel asistencial de cuidados.</p>				

Dx / Problemas	Crterios	Intervenciones	Actividades	COD	P.H.	ENF/	R/NR
-----------------------	-----------------	-----------------------	--------------------	------------	-------------	-------------	-------------

Enfermería	resultado				AE		
<p><input type="checkbox"/> Limpieza ineficaz de las vías aéreas r/c retención secreciones, inmovilidad, infecciones respiratorias.</p> <p><u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p>	<p><i>Estado respiratorio permeabilidad vías respiratorias (0410).</i></p> <p>06. Movilización del esputo hacia fuera de las vías respiratorias.</p> <p><u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p> <p>Obj.:El paciente mantendrá libre de secreciones las vías aéreas en todo momento.</p>		<p><input type="checkbox"/> Sistema Parcialmente/ Totalmente Compensatorio:</p> <p>Respiración diafragmática</p> <p>Inspirómetro incentivado</p> <p>Tos asistida.</p> <p>Drenaje postural.</p> <p>Drenaje por percusión/vibración.</p> <p>Aspiración de secreciones orofaríngeas y nasofaríngeas.</p> <p>Administración de nebulizadores prescritos</p>	<p></p> <p>☰</p> <p>☰</p> <p>☰</p> <p>☰</p> <p>☰</p> <p>☰</p> <p>☰</p>	<p></p> <p>9-16-23</p> <p>c/hora</p> <p>9-16-23</p> <p>9-17-22</p> <p>9-17-22</p> <p>c/precise</p> <p>c/2-3h</p>	<p></p> <p>ENF</p> <p>ENF</p> <p>ENF</p> <p>ENF/AE</p> <p>ENF</p> <p>ENF</p> <p>ENF</p>	

<p><input type="checkbox"/>Deterioro de la deglución r/c los músculos de la deglución y con la limitación de la conciencia.</p> <p><u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p>	<p><i>Estado de deglución.(1010)</i> 04. Capacidad de masticación. 12. Atragantamiento, tos o náuseas.</p> <p><u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p> <p>Obj.: El paciente progresará la dieta ajustada a sus necesidades nutricionales durante la estancia hospitalaria y no presentará aspiración.</p>	<p><i>Terapia de deglución (1860)</i></p>	<p><input type="checkbox"/>Sistema Parcialmente/ Totalmente Compensatorio:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Determinar la capacidad del paciente para centrar su atención en el aprendizaje / realización de las tareas de ingesta y deglución. 2. Explicar el fundamento del régimen de deglución al paciente / familia. 3. Proporcionar / usar dispositivos de ayuda, si se precisa. 4. Evitar el uso de cañitas para beber. 5. Ayudar al paciente a sentarse en una posición erecta (lo más cerca posible de los 90º), para la alimentación o ejercicios deglutorios. 6. Ayudar al paciente a colocar la cabeza flexionada hacia delante en preparación para la deglución. 7. Ayudar al paciente a sentarse con el brazo afectado hacia delante sobre la mesa. 8. Ayudar a mantener una posición sentada durante 30 minutos después de terminar de comer. 9. Enseñar al paciente a que abra y cierre la boca en preparación para la manipulación de la comida. 10. Enseñar al paciente a no hablar mientras come. 11. Ayudar al paciente a colocar la comida en la parte posterior de la boca y en el lado no afectado. 12. Observar si hay signos y/o síntomas de aspiración. 13. Observar el sellado de labios al comer, beber y tragar. 14. Controlar si hay signos de fatiga al comer, beber y tragar. 15. Proporcionar un período de descanso antes de comer / hacer ejercicio para evitar una fatiga excesiva. 16. Observar la boca para ver si hay restos de comida después de comer. 17. Enseñar al cuidador a cambiar de posición, alimentar y vigilar al paciente. 18. Enseñar a la familia las medidas de emergencia para los atragantamientos. 19. Enseñar a la familia a comprobar si han quedado restos de comida después de comer. 20. Proporcionar recomendaciones escritas para el momento del alta. 21. Proporcionar / vigilar la consistencia de la comida / líquidos en función de los hallazgos de la valoración de la deglución. 		<p>c/precise c/comida</p>	<p>ENF/AE</p>	
			<p>Progresión de la dieta oral</p>	<p>☐</p>	<p>c/precise c/comida</p>	<p>ENF</p>	
			<p>Inserción del sondaje nasogástrico</p>	<p>☐</p>	<p>c/precise c/comida</p>	<p>ENF</p>	
			<p>Cuidados del sondaje nasogástrico</p>	<p>☐</p>	<p>c/precise c/comida</p>	<p>ENF</p>	
			<p>Alimentación enteral por sonda nasogástrica</p>	<p>☐</p>	<p>c/precise c/comida</p>	<p>ENF/AE</p>	
			<p>Prevención de la aspiración</p>	<p>☐</p>	<p>c/precise c/comida</p>	<p>ENF/AE</p>	

<p><input type="checkbox"/> Riesgo de Deterioro de la mucosa oral r/c respiración bucal y ayuno de más de 24 horas y deshidratación y presencia de sonda nasogástrica.</p> <p><u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p>	<p><i>Higiene bucal. (1100)</i> 12. Integridad de la mucosa oral. <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p> <p>Obj.: El paciente recuperará y mantendrá la mucosa oral limpia , hidratada y sin erosiones durante la estancia hospitalaria</p>	<p><i>Mantenimiento de la salud bucal (1710)</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Sistema Parcialmente/ Totalmente Compensatorio:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Establecer una rutina de cuidados bucales. 2. Aplicar lubricante para humedecer los labios y la mucosa oral, 3. Observar el color, el brillo y la presencia de restos alimenticios en los dientes. 4. Enseñar y ayudar al paciente a realizar la higiene bucal después de las comidas. 5. Observar si hay signos y síntomas de glositis y estomatitis. 6. Ayudar con los cuidados de la dentadura postiza, si procede. 		c/comida	ENF/AE	
<p><input type="checkbox"/> Desatención unilateral r/c efectos de la alteración de las capacidades perceptivas y del deterioro neuromuscular.</p> <p><u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p>	<p><i>Autocuidados: actividades de la vida diaria (0300)</i> 01. Come. 02. Se viste. 03. Uso inodoro. 06. Higiene <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p> <p>Obj.: el paciente mantendrá cubiertas sus necesidades de autocuidados en la alimentación, higiene, eliminación, actividad y descanso en la medida de sus limitaciones. El paciente utilizará el lado afectado.</p>	<p><i>Ayuda al autocuidado (1800)</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Sistema Parcial/Totalmente Compensatorio:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Comprobar la capacidad del paciente para realizar autocuidados independientes. 2. Observar la necesidad por parte del paciente de dispositivos de adaptación para la higiene personal, vestirse, el arreglo personal, el aseo y alimentarse. 3. Proporcionar los objetos personales deseados (desodorante, cepillo de dientes...). 4. Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea capaz de asumir los autocuidados. 5. Ayudar al paciente a aceptar las necesidades de dependencia. 6. Animar al paciente a realizar las actividades normales de la vida diaria ajustadas al nivel de capacidad. 7. Alentar la independencia, pero interviniendo si el paciente no puede realizar la acción dada. 8. enseñar a los padres / familia a fomentar la independencia, para intervenir solamente cuando el paciente no pueda realizar la acción dada. 9. Establecer una rutina de actividades de autocuidados. 		c/precise	ENF/AE	

		<p><i>Manejo ante la anulación de un lado del cuerpo (2760)</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Observar si hay respuestas anormales a los tres tipos principales de estímulos: sensoriales, visuales y auditivos. 2. Evaluar el estado mental guía, la comprensión, la función motora, la función sensorial, el grado de atención y las respuestas afectivas. 3. Proporcionar afirmaciones realistas acerca del déficit perceptivo del paciente. 4. Realizar el cuidado personal. 5. Asegurar que las extremidades afectadas están en posición correcta. 6. Adaptar el ambiente al déficit centrándose en el lado no afectado durante el período agudo. 7. Supervisar y/o ayudar en la transferencia y la deambulación. 8. Tocar el hombro no afectado al iniciar una conversación. 9. Colocar la comida y bebidas dentro del campo visual y girar el plato si es necesario. 10. Reordenar el ambiente para la utilización del campo visual derecho o izquierdo. 11. Proporcionar recordatorios frecuentes para reconducir la atención del paciente, orientando al paciente en el ambiente. 12. Evitar movimientos rápidos en la habitación. 13. Evitar mover objetos en el ambiente. 14. Mantener las barandillas levantadas por el lado afectado. 15. Enseñar al paciente a explorar con la vista de izquierda a derecha. 16. Realizar movimientos de amplitud y masajes del lado afectado. 17. Animar al paciente a que toque y utilice la parte corporal afectada. 18. Centrar gradualmente la atención del paciente en el lado afectado a medida que el paciente muestre capacidad de compensar la anulación. 19. Mover gradualmente los objetos personales y la actividad al lado afectado a medida que muestre capacidad de compensar la anulación. 20. Situarse al lado afectado al deambular con el paciente a medida que muestre capacidad de compensar la anulación. 21. Instruir a los cuidadores acerca de la causa, los mecanismos y el tratamiento de la anulación unilateral. 22. Incluir a la familia en el proceso de rehabilitación. 		c/precise	ENF/AE	
			<p>Higiene del paciente en cama</p>	☰	c/24h	ENF/AE	
			<p>Higiene del paciente que requiere ayuda parcial.</p>				
<p><input type="checkbox"/> Riesgo de estreñimiento r/c inmovilidad y el estrés.</p>	<p><i>Eliminación intestinal.(0501)</i></p>		<p><input type="checkbox"/> Sistema Parcial/Totalmente Compensatorio: Fomento de la eliminación fecal</p>	☰	c/24h	ENF/AE	

<p><u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p>	<p>01. Patrón de eliminación <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u> <i>Obj.: El paciente mantendrá su patrón habitual de defecación.</i></p>		<p>Control de heces</p>	<p>☰</p>	<p>c/24 h.</p>	<p>ENF/AE</p>	
<p><input type="checkbox"/> Incontinencia urinaria funcional r/c la limitación neuromuscular y deficiencias cognitivas, sensoriales y motoras. <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p>	<p><i>Continencia urinaria. (0502)</i> 07. Pérdidas de orina entre micciones. 12. Ropa interior mojada durante el día <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u> <i>Obj.: El paciente obtendrá su máximo nivel de capacidad de control de la micción.</i></p>		<p><input type="checkbox"/> Sistema Parcial/Totalmente Compensatorio: Cuidados en la incontinencia urinaria. Ejercicios de Kegel. Vigilancia de la piel (periné)</p>	<p>☰</p>	<p>c/24h</p>	<p>ENF/AE</p>	
<p><input type="checkbox"/> Incontinencia fecal r/c deficiencias cognoscitivas, sensoriales y motoras. <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p>	<p><i>Continencia intestinal.(0500)</i> 10. Utiliza la ayuda adecuada para conseguir la continencia. <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p>		<p><input type="checkbox"/> Sistema Parcial/Totalmente Compensatorio: Cuidados en la incontinencia intestinal. Vigilancia de la piel.</p>	<p>☰</p>	<p>c/turno</p>	<p>ENF</p>	
				<p>☰</p>	<p>c/turno</p>	<p>ENF</p>	

		<i>Manejo intestinal (0430)</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Controlar los movimientos intestinales, incluyendo la frecuencia, consistencia, forma, volumen y color, si procede. 2. Informar acerca de cualquier aumento de frecuencia y/o sonidos intestinales agudos. 3. Informar si hay disminución de sonidos intestinales. 4. Observar si hay signos y síntomas de diarrea, estreñimiento e impactación. 5. Evaluar la incontinencia fecal. 6. Tomar nota de problemas intestinales, rutina intestinal y uso de laxantes con anterioridad. 7. Disminuir la ingesta de alimentos que formen gases, si procede. 8. Instruir al paciente sobre los alimentos de alto contenido en fibras. 9. Evaluar el perfil de la medicación para determinar los efectos secundarios gastrointestinales. 		c/turno c/precise	ENF/AE	
<p><input type="checkbox"/> Deterioro de la movilidad física r/c la afectación neuromuscular y con la alteración perceptual sensorial.</p> <p><u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p>	<p><i>Movilidad.(0208)</i> 01.Mantenimiento del equilibrio. 02.Mantenimiento posición corporal. 03. Movimiento muscular. 04. Movimiento articular. 14. Se mueve con facilidad</p> <p><u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p> <p>Obj.: El paciente mantendrá su nivel de movilidad de la parte no afectada por el Ictus.</p> <p>Obj.: El paciente no presentará rigidez muscular y de las articulaciones, ni atrofia muscular durante la estancia</p>	<p><i>Terapia de ejercicios : deambulación (0221)</i></p> <p><i>Terapia de ejercicios: control muscular. (0226)</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Sistema Parcial/Totalmente Compensatorio: Cambios posturales. Posiciones de los pacientes encamados.</p>		c/turno	ENF/AE	
			<p>Normas generales en la movilización del paciente.</p>		c/turno	ENF/AE	
			<ol style="list-style-type: none"> 1. Colocar una cama de baja altura, si resulta oportuno. 2. Colocar el interruptor de posición de la cama al alcance del paciente. 3. Animar al paciente a sentarse en la cama, en un lado de la cama o en una silla, según tolerancia. 4. Instruir y proporcionar acerca de la disponibilidad de dispositivos de ayuda, si corresponde. 5. Enseñar al paciente a colocarse en la posición correcta durante el proceso de traslado. 6. Ayudar al paciente en el traslado, cuando sea necesario. 7. Fomentar una deambulación independiente dentro de los límites de la seguridad. 		c/precise	ENF/AE	
			<p><input type="checkbox"/> Sistema Apoyo educativo/Parcial y Totalmente Compensatorio: Enseñar al paciente a explorar visualmente el lado afectado del cuerpo para realizar las actividades de la vida diaria o los ejercicios.</p>		c/turno	ENF/AE	

hospitalaria. El paciente progresará en la movilidad y el uso de su lado afectado.	<i>Manejo de la energía. (0180)</i>	1. Determinar las limitaciones físicas del paciente. 2. Controlar la ingesta nutricional para asegurar recursos energéticos adecuados. 3. Observar al paciente por si aparecen indicios de exceso de fatiga física o emocional. 4. Vigilar la respuesta cardiorrespiratoria a la actividad (taquicardia, otras disritmias, disnea, diaforesis, palidez, presiones hemodinámicas y frecuencia respiratoria). 5. Observar la localización y naturaleza de la molestia o dolor durante el movimiento o actividad. 6. Disminuir las molestias físicas que puedan interferir con la función cognoscitiva y el autocontrol / regulación de la actividad. 7. Favorecer el reposo / limitación de actividades.		c/precise	ENF/AE		
		<i>Manejo ambiental: seguridad. (6486)</i>	1. Identificar las necesidades de seguridad, según la función física, cognoscitiva y el historial de conducta del paciente. 2. Eliminar los factores de peligro en el ambiente, cuando sea posible. 3. Proporcionar dispositivos de adaptación para aumentar la seguridad del ambiente.		c/precise	ENF/AE	
		<i>Estimulación cognoscitiva. (4720)</i>	1. Presentar los cambios de manera gradual. 2. Estimular la memoria repitiendo los últimos pensamientos expresados por el paciente. 3. Orientar con respecto al tiempo, lugar y personas. 4. Hablar con el paciente. 5. Utilizar la televisión, radio o música como parte del programa de estímulos planificado. 6. Disponer períodos de descanso. 7. Colocar objetos familiares en el ambiente del paciente. 8. Utilizar ayudas de memoria: listas, notas... 9. Reforzar o repetir la información. 10. Presentar la información a dosis pequeñas, concretas. 11. Solicitar al paciente que repita la información. 12. Disponer instrucciones orales y escritas.		c/precise	ENF/AE	

		<i>Terapia de actividad. (4310)</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Colaborar con los fisioterapeutas en la planificación y control del programa de actividades. 2. Ayudar a elegir actividades coherentes con sus posibilidades físicas, psicológicas y sociales. 3. Estimular al paciente para que se centre en los aspectos positivos de lo que puede hacer más que en los déficit. 4. Ayudar al paciente a identificar sus preferencias en cuanto a actividades. 5. Programar con el paciente períodos específicos de actividad recreativa en la rutina hospitalaria. 6. Ayudar al paciente y/o familia a identificar déficit del nivel de actividad. 7. Enseñar al paciente y/ familia a realizar la actividad deseada o prescrita. 		continuo	ENF/AE	
<p><input type="checkbox"/>Duelo disfuncional r/c pérdida o disminución de la capacidad funcional de partes del cuerpo.</p> <p><u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p>	<p><i>Afrontamiento de problemas.(1302)</i></p> <p>05. Verbaliza aceptación de la situación. 07. Modifica el estilo de vida cuando se requiere.</p> <p><u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p> <p>Obj.: El paciente acepte su nueva situación corporal y reconozca la necesidad de adaptar su vida a esta nueva situación.</p>	<i>Facilitar el duelo (5290)</i>	<p><input type="checkbox"/>Sistema apoyo educativo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. Apoyar los progresos conseguidos en el proceso de duelo. 5. Ayudar a identificar las modificaciones necesarias en el estilo de vida. 		c/precise	ENF/AE	
		<i>Apoyo a la familia (7140)</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Valorar la reacción emocional de la familia frente a la enfermedad terminal del paciente. 2. Responder a todas las preguntas de la familia o ayudarles a obtener respuestas. 3. Enseñar a la familia la planificación de cuidados para el alta. 		c/precise	ENF/AE	
		<i>Aumentar el afrontamiento (5230)</i>	<ol style="list-style-type: none"> 3. Valorar la adaptación del paciente a los cambios de imagen corporal. 4. Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad. 5. Disponer de un ambiente de aceptación. 6. Ayudar al paciente a obtener la información que necesite y demande. 7. Proporcionar al paciente elecciones realistas sobre ciertos aspectos de los cuidados de enfermería. 8. Fomentar un dominio gradual de la situación. 9. Fomentar situaciones que fomenten la autonomía del paciente. 10. Valorar las necesidades / deseos del paciente de apoyo social. 11. Instruir al paciente en el uso de técnicas de relajación, si resulta necesario. 		c/precise	ENF/AE	

Dx / Problemas Enfermería	Criterios resultado	Intervenciones	Actividades	COD	P.H.	ENF/AE	R/N R
<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>Aumentar el afrontamiento. (5230)</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"> Hacer partícipe al paciente y familia en la planificación y ejecución de los cuidados. Instruir al paciente en el uso de técnicas de relajación. 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/24 h. (noche)</p> <p>c/precise</p>	<p>ENF/AE</p> <p>ENF</p>	
<p><input type="checkbox"/> Ansiedad r/c los cambios y consecuencias del proceso de su enfermedad.</p> <p><u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p>	<p><i>Autocontrol de la ansiedad.(1402)</i> 17.Controla la respuesta a la ansiedad <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p> <p>Obj.: El paciente manifestará una disminución de su ansiedad.</p>	<p><i>Disminución de la ansiedad.(5820)</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Sistema apoyo educativo:</p> <ol style="list-style-type: none"> Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento. Proporcionar objetos que simbolizan seguridad. Escuchar con atención. Reforzar el comportamiento, si procede. Crear un ambiente que facilite la confianza. Animar la manifestación de percepciones, sentimientos y miedos. Identificar los cambios en el nivel de ansiedad. Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones. Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad. Determinar la capacidad de toma de decisiones del paciente. Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación. Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, si está prescrito. 		<p>c/precise</p>	<p>ENF/AE</p>	

<p><input type="checkbox"/>Riesgo de infección r/c la situación de enfermedad y estancia hospitalaria.</p> <p><u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p>	<p><i>Estado inmune (0702).</i> <i>01. Temperatura corporal.</i> <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p> <p>Obj.: El paciente no presentará infecciones nosocomiales durante la estancia hospitalaria.</p> <p>Detectar de forma precoz los signos y síntomas de infección.</p>		<p><input type="checkbox"/>Sistema apoyo educativo: Prevención de infecciones.</p> <p>Precauciones estándar.</p> <p>Valoración de la temperatura corporal</p>	<p>☰</p> <p>☰</p> <p>☰</p>	<p>c/turno</p> <p>c/turno</p> <p>c/turno</p>	<p>ENF/AE</p> <p>ENF/AE</p> <p>ENF/AE</p>	
<p><input type="checkbox"/>Riesgo de caídas r/c la debilidad y la reducción de la coordinación.</p> <p><u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p>	<p><i>Conducta de prevención de caídas. (1909)</i> <i>01. Uso correcto de dispositivos de ayuda.</i> <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: Actuación de enfermería en la prevención de las caídas</p>	<p>☰</p>	<p>c/turno</p>	<p>ENF/AE</p>	
<p><input type="checkbox"/> Disfunción de la sexualidad r/c las limitaciones de la movilidad, sensibilidad, incontinencia urinaria y fecal, temor a padecer un nuevo ictus.</p> <p><u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p>	<p><i>Funcionamiento sexual.(0119)</i> <i>18. Expresa conocimiento de las capacidades sexuales personales</i> <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p> <p>Obj.: El paciente acepte los nuevos patrones de movilidad y sensibilidad. El paciente describa verbalmente las adaptaciones que debe ejecutar en su funcionamiento</p>	<p><i>Asesoramiento sexual (5248)</i></p>	<p><input type="checkbox"/>Sistema apoyo educativo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Informar al paciente al principio de la relación que la sexualidad constituye una parte importante de la vida y que las enfermedades, los medicamentos y el estrés a menudo alteran el funcionamiento sexual. 2. Discutir el efecto de la situación de enfermedad/salud sobre la sexualidad. 3. Discutir el efecto de la medicación sobre la sexualidad. 4. Animar al paciente a manifestar verbalmente los miedos y a hacer preguntas. 5. Discutir la necesidad de modificaciones de la actividad sexual, si procede. 6. Remitir al paciente a un terapeuta sexual, cuando corresponda. 		<p>c/precise</p>	<p>ENF</p>	

	sexual.						
<p><input type="checkbox"/> Riesgo de afrontamiento ineficaz r/c la carencia de sistema de apoyo y la falta de confianza en la capacidad para afrontar la situación.</p> <p><u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p>	<p><i>Afrontamiento de problemas.(1302)</i> 12. Utiliza estrategias de superación efectivas. <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u> Obj.: Identificar los recursos de apoyo del paciente disponibles para el afrontamiento de la situación</p>	<p><i>Aumentar el afrontamiento. (5230)</i></p> <p><i>Aumentar los sistemas de apoyo (5440)</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Sistema apoyo educativo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad. 2. Ayudar al paciente a obtener la información que más le interese. 3. Proporcionar al paciente elecciones realistas sobre ciertos aspectos de los cuidados de enfermería. 4. Fomentar situaciones que fomenten la autonomía del paciente. 5. Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados. 6. Alentar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos. 7. Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes o capacidades. 8. Ayudar al paciente a identificar objetivos adecuados a largo y corto plazo. 9. Valorar las necesidades / deseos del paciente de apoyo social. 10. Animar la implicación familiar, si procede. 11. Alentar a la familia a manifestar sus sentimientos por el miembro familiar enfermo. <ol style="list-style-type: none"> 1. Determinar el grado de apoyo familiar. 2. Determinar los sistemas de apoyo social del paciente. 3. Observar la situación familiar actual. 4. Remitir a un grupo de autoayuda, si precisa. 		c/turno	ENF/AE	
<p><input type="checkbox"/> Deterioro de la percepción sensorial Táctil r/c la lesión cerebral.</p> <p><u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p>	<p><i>Función sensitiva: cutánea. (2400)</i> 12. Pérdida de sensación <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u> Obj.: el paciente conozca e identifique los riesgos que conllevan el deterioro de la percepción sensorial-táctil.</p>	<p><i>Manejo de la sensibilidad periférica alterada. (2660)</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Sistema apoyo educativo/Parcialmente Compensatorio:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Observar si hay parestesia: entumecimiento, hormigueos, hiperestesia e hipoestesia. 2. Animar al paciente a que utilice la parte corporal no afectada para determinar la temperatura de la comida, líquidos, agua del baño, etc. 3. Enseñar al paciente o familia a vigilar la posición de las partes corporales durante el baño, al sentarse, yacer o cambiar de posición. 4. Enseñar al paciente o familia a examinar la piel a diario para determinar si hay alteraciones en la integridad de la misma. 5. Observar si hay tromboflebitis y trombosis de venas profundas. 6. Comentar o identificar la causa de sensaciones anormales o cambios de sensibilidad. 7. Enseñar al paciente a comprobar visualmente la posición de las partes corporales si la propiocepción está deteriorada. 		c/precise	ENF/AE	

<p><input type="checkbox"/> Deterioro de la percepción sensorial visual r/c la lesión cerebral.</p> <p><u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p>	<p><i>Función sensitiva: visión. (2404)</i> 16. Responde a estímulos visuales</p> <p><u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p> <p>Obj.: el paciente conozca e identifique los riesgos que conllevan el deterioro de la percepción sensorial-visual</p>	<p><i>Mejorar la comunicación: déficit visual. (4979)</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Sistema apoyo educativo/Parcialmente Compensatorio:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identificarse al entrar a la habitación del paciente. 2. Observar la reacción del paciente a la disminución de la visión. 3. Aceptar la reacción del paciente a la disminución de la visión. 4. Potenciar lo que queda de visión en el paciente, si procede. 5. Describir el ambiente al paciente. 6. No mover los objetos de la habitación del paciente sin informar al mismo. 7. Identificar los objetos de la bandeja de la comida en relación a los números de un reloj. 		c/precise	ENF/AE	
<p><input type="checkbox"/> Deterioro de la comunicación verbal (disartria) r/c la lesión cerebral.</p> <p><u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p>	<p><i>Comunicación: expresiva.</i> 01. Utiliza el lenguaje escrito. 02. Utiliza el lenguaje hablado</p> <p><u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p> <p>Obj.: El paciente recuperará el mayor grado de comunicación oral. El paciente utilizará como apoyo estrategias de comunicación alternativas para lograr una comunicación efectiva.</p>	<p><i>Mejorar la comunicación: déficit del habla. (4976)</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Sistema apoyo educativo/Parcial/Totalmente Compensatorio:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Solicitar la ayuda de la familia en la comprensión del lenguaje del paciente, si procede. 2. Dar una orden simple cada vez si el caso. 3. Utilizar palabras simples y frases cortas, si procede. 4. Abstenerse de gritar al paciente con trastornos de comunicación. 5. Estar de pie delante del paciente al hablar. 6. Utilizar cartones con dibujos, si es preciso. 7. Utilizar gestos con las manos, si procede. 		c/precise	ENF	
<p><input type="checkbox"/> Conocimientos deficientes sobre el proceso de su enfermedad r/c la falta de información.</p> <p><u>Inicio:</u></p>	<p><i>Conocimiento: proceso de enfermedad. (1803)</i> 06. Descripción de los signos y síntomas</p>		<p><input type="checkbox"/> Sistema apoyo educativo: Educación sanitaria sobre el régimen terapéutico a seguir por el paciente en su domicilio.</p>		Al alta	ENF	

<p><u>Fin:</u></p>	<p><u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p> <p>Obj.: El paciente/familia identificará al alta signos y síntomas de la enfermedad.</p>	<p><i>Enseñanza : proceso de enfermedad (5602)</i></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>c/precise</p>	<p>ENF</p>	
<p><input type="checkbox"/>Termorregulación ineficaz r/c lesión cerebral.</p> <p><u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p>	<p><i>Termorregulación (0800)</i> <i>01. Temperatura aumentada.</i> <i>02. disminuye la temperatura.</i></p> <p><u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p> <p>Obj.: El paciente mantendrá la temperatura entre 36-37° C, durante su estancia hospitalaria.</p>		<p><input type="checkbox"/>Sistema Parcialmente/ Totalmente Compensatorio: Valoración de la temperatura corporal</p> <p>Valoración de la tensión arterial.</p> <p>Valoración de la frecuencia cardiaca.</p> <p>Valoración de la frecuencia respiratoria.</p> <p>Cuidados de enfermería ante un paciente con hipotermia</p> <p>Cuidados de enfermería ante un paciente con fiebre</p>		<p>c/8 h.</p> <p>c/8 h.</p> <p>c/8 h.</p> <p>c/8 h.</p> <p>c/precise</p> <p>c/precise</p>	<p>ENF/AE</p> <p>ENF</p> <p>ENF</p> <p>ENF</p> <p>ENF</p> <p>ENF</p>	
<p><input type="checkbox"/>Riesgo de disfunción neurovascular periférica r/c inmovilidad y obstrucción vascular</p> <p><u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p>	<p><i>Perfusión Tisular : periférica (0407)</i> <i>12.Edema periférico.</i> <i>13.Dolor localizado en extremidades.</i></p> <p><u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p> <p>Obj.: El paciente mostrará una perfusión periférica y cardiopulmonar adecuada.</p>		<p><input type="checkbox"/>Sistema Parcialmente/ Totalmente Compensatorio: Administración de terapia de anticoagulación prescrita.</p> <p>Valoración del dolor</p> <p>Vigilar la aparición de signos y síntomas de disfunción neurovascular.</p> <p>Elevar piernas del paciente con cojines</p> <p>Realizar movilizaciones periódicas de las extremidades inferiores.</p>	<p></p> <p></p>	<p>c/precise</p> <p>c/precise</p> <p>c/precise</p> <p>c/precise</p> <p>c/precise</p>	<p>ENF</p> <p>ENF</p> <p>ENF</p> <p>ENF/AE</p> <p>ENF/AE</p>	

<p><input type="checkbox"/> Afrontamiento familiar comprometido r/c desorganización familiar, cambio de roles temporales. <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u></p>	<p><i>Afrontamiento de problemas de la familia.(2600)</i> 05. Controla los problemas. <u>Inicio:</u> <u>Fin:</u> Obj.: Identificar los recursos de apoyo de la familia disponibles para el afrontamiento de la situación</p>	<p><i>Apoyo a la familia (7140)</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Sistema apoyo educativo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Valorar la reacción emocional de la familia frente a la enfermedad del paciente. 2. Ofrecer una esperanza realista. 3. Escuchar las inquietudes, sentimientos y preguntas de la familia. 4. Favorecer una relación de confianza con la familia. 5. Aceptar los valores familiares sin emitir juicios. 6. Responder a todas las preguntas de los miembros de la familia o ayudarles a obtener las respuestas. 7. Orientar a la familia sobre el ambiente de cuidados sanitarios. 8. Respetar y apoyar los mecanismos de adaptación utilizados por la familia para resolver problemas. 9. Proporcionar recursos espirituales a la familia según precisen. 10. Proporcionar información frecuente a la familia acerca de los progresos del paciente, de acuerdo con los deseos del mismo. 11. Enseñar a la familia los planes de cuidados. 12. Incluir a la familia junto con el paciente en la toma de decisiones en torno a los cuidados. 13. Ayudar a la familia a adquirir el conocimiento, técnica y equipo necesarios para apoyar su decisión acerca de los cuidados del paciente. 14. Facilitar oportunidades de visita a los miembros de la familia. 		c/precise	ENF	
--	---	---	---	--	-----------	-----	--

Complicaciones potenciales

Complicaciones	Criterios resultado	Intervenciones	Actividades	COD	P.H.	ENF/AE	R/NR
<input type="checkbox"/> Dolor agudo r/c la inmovilidad e inactividad. Inicio: Fin:	Control del dolor 11. Refiere dolor controlado Inicio: Fin: EVA: Inicio: Fin: Obj.: El paciente manifestará disminución o alivio total del dolor antes de las primeras 2 horas de aparición.		<input type="checkbox"/> Sistema Parcialmente/ Totalmente Compensatorio: Valoración del dolor	☰	c/presen te dolor	ENF	
			Cuidados de enfermería ante un paciente con dolor	☰	c/presen te dolor	ENF	
<input type="checkbox"/> Convulsiones	Obj.: Prevenir las posibles lesiones. Remitir el episodio convulsivo lo antes posible		<input type="checkbox"/> Sistema Totalmente Compensatorio: Actuación de enfermería ante un paciente con convulsiones	☰	c/presen te convulsi ón	ENF	
<input type="checkbox"/> Hiperglucemia	Obj.: Mantener las cifras de glucemia capilar en límites aceptables. Paciente diabético < 150 mg/dl Paciente no diabético < 100 mg/dl		<input type="checkbox"/> Sistema Totalmente Compensatorio: Cuidados de enfermería en la hiperglucemia	☰	c/comid a c/precis e	ENF	

<p><input type="checkbox"/> Tromboembolismo pulmonar</p>	<p>Obj.: Detectar precozmente los signos y síntomas de TEP</p>	<p><i>Cuidados del embolismo: pulmonar (4106)</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Sistema Totalmente Compensatorio:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluar el dolor torácico (intensidad, localización, radiación, duración y factores de intensificación o alivio). 2. Auscultar sonidos pulmonares para ver si hay crepitaciones u otros sonidos. 3. Observar la función respiratoria para ver si hay dificultad respiratoria (disnea, taquipnea y falta de aire). 4. Observar si hay síntomas de oxigenación tisular inadecuada(Palidez, cianosis y llenado capilar lento). 5. Observar si hay síntomas de insuficiencia respiratoria. 6. Favorecer una buena ventilación (incentivar inspirometría , tos y respiración profunda). 7. Obtener niveles de gases arteriales, si procede. 8. Administrar medicación anticoagulante si está prescrito. <p>Avisar al facultativo si aparecen signos o síntomas sospechosos de TEP</p>		<p>c/precise ENF</p>	
--	--	---	---	--	----------------------	--

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

Diagnósticos de enfermería	Cuidados de enfermería
Limpieza ineficaz de la vía aérea.	<ul style="list-style-type: none"> - Aspiración de secreciones. - Valoración de la frecuencia respiratoria y cardíaca. - Permanecer con el paciente. - Fisioterapia respiratoria.
Deterioro de la deglución.	<ul style="list-style-type: none"> - Prevención de la aspiración. - Terapia de la deglución.
Desatención unilateral	<p>Manejo ante la anulación de un lado del cuerpo</p> <p>Ayuda en los autocuidados:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Higiene del paciente. - Ayuda en la alimentación. - Ayuda en el vestir. - Ayuda en la eliminación.
Riesgo de estreñimiento.	<ul style="list-style-type: none"> - Dieta rica en fibras, verduras y frutas. - Adaptación horaria. - Intimidad para la defecación. - Control de defecaciones.
Incontinencia urinaria funcional.	<ul style="list-style-type: none"> - Ejercicios de Kegel. - Cuidados en la incontinencia urinaria.
Incontinencia fecal.	<ul style="list-style-type: none"> - Vigilancia de la piel. - Cuidados en la incontinencia intestinal. - Manejo intestinal.
Deterioro de la movilidad física.	<ul style="list-style-type: none"> - Cambios posturales. - Fomento de la deambulación y ejercicios pasivos. - Posiciones funcionales durante el reposo en cama. - Evitar atrofiar musculares. - Manejo de la energía. - Estimulación cognoscitiva. - Terapia de actividad. - Manejo ambiental: seguridad. - Terapia de ejercicios: control muscular
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.
Ansiedad.	<ul style="list-style-type: none"> - Disminución de la ansiedad. - Aumentar el afrontamiento. - Apoyo emocional
Disfunción de la sexualidad.	<ul style="list-style-type: none"> - Asesoramiento sexual
Riesgo de afrontamiento ineficaz.	<ul style="list-style-type: none"> - Aumentar el afrontamiento. - Aumentar los sistemas de apoyo. - Apoyo en la toma de decisiones

Riesgo de deterioro de la mucosa oral.	<ul style="list-style-type: none"> - Higiene de la boca. - Vigilar periódicamente la mucosa oral. - Seleccionar alimentos suaves, blandos, fríos y no ácidos. - Evitar los enjuagues comerciales. - Enjuagarse antes y después de las comidas con solución de bicarbonato sódico, solución salina o solución de peróxido de hidrógeno.
Riesgo de disfunción neurovascular periférica	<ul style="list-style-type: none"> - Administración de terapia anticoagulante. - Vigilar la aparición de signos y síntomas. - Valoración del dolor.
Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	<ul style="list-style-type: none"> - Valoración del riesgo de úlcera por presión. - Cambios posturales. - Higiene e hidratación de la piel. - Cama limpia y seca. - Alimentación equilibrada. - Vigilancia continua. - Actuación de enfermería en la prevención de las úlceras por presión.
Riesgo de aspiración.	<ul style="list-style-type: none"> - Aspiración de secreciones, si precisa. - Prevención de la aspiración. - Progresión de la dieta oral.
Riesgo de infección.	<ul style="list-style-type: none"> - Precauciones estándar. - Prevención de infecciones. - Valoración de la temperatura corporal.
Riesgo de caídas.	<ul style="list-style-type: none"> - Actuación en la prevención de las caídas. - Monitorización continua. - Vigilancia del nivel de conciencia. - Dispositivos de sujeción, si precisa.
Deterioro de la percepción sensorial: Táctil, visual.	<ul style="list-style-type: none"> - Fomento de la comunicación verbal: déficit visual. - Manejo de la sensibilidad periférica alterada.
Deterioro de la comunicación verbal.	<ul style="list-style-type: none"> - Fomento de la comunicación verbal: déficit de habla. - Solicitar ayuda a la familia.
Déficit de conocimientos sobre su proceso de enfermedad y los autocuidados.	<ul style="list-style-type: none"> - Enseñanza del proceso enfermedad.
Termorregulación ineficaz	<ul style="list-style-type: none"> - Valoración de las constantes vitales. - Cuidados de enfermería en la hipotermia e hipertermia.
Afrontamiento familiar comprometido	<ul style="list-style-type: none"> - Apoyo a la familia

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 Geriátría. 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.
2. Mencía Seco, Víctor. Alonso González, Elvira. Alonso González, Isabel. Paciente hemipléjico: actuación enfermera en el domicilio. Rev. Rol. Enf. 1999; 22 (10): 673-676.

3. Mower Donno, M. RN. CRNR, CS. MS. Rehabilitación del Ictus. *Nursing* 1997; 15 (7): 9- 13.
4. North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). *Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2001-2002*. Harcourt. Madrid 2001.
5. Pérez Trullen J. María. Tobajas Asensio, J.A. Vázquez André, M^a Luisa. Tobajas Asensio, Enrique. Manejo y cuidados de la enfermedad vásculo-cerebral. *Enferm. Cientif.* 184-185 (julio-agosto 1997); 14-22.
6. Sánchez, Sanz. Protocolizar las actividades de Enfermería. Revisión bibliográfica. *Rev. Rol. Enf.* 2001, 24 (1): 67-74.
7. 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.
8. Suñer, R; Jiménez, C. Nutrición enteral. *Rev. Rol* 1996; XIX (214): 69-72.
9. 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.

10. Urriza Huarte. Martín. Sexualidad en el paciente neurológico. Intervención enfermera. *Rev. Rol. Enf.* 233. Enero 1998; vol XXI: 56-60.
11. 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.
12. Wesley R.L. *Teorías y modelos de enfermería*. 2^a Ed. McGraw-Hill. Interamericano. México 1997.
13. 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.
14. Swearingen P. *Manual de enfermería Médico-Quirúrgica*. Ed. Harcourt-Brace 3^a Edición. Madrid 1998.
15. *Diccionario Mosby de la medicina y ciencias de la salud*. Ed. Mosby-Doyma libres. Madrid 1995.
16. Codina Puiggros A. *Tratado de neurología*. Ed. Ela. Madrid 1994.
17. Calvo Mesa M., Riu Camps M., Villares García MG. Las caídas intrahospitalarias: una realidad. *Rev. Rol de enf.* 2001;24(1):25-30.
18. 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.