

ATAQUE CEREBROVASCULAR

En la actualidad el ataque cerebrovascular (ACV) es el proceso neurológico que ocasiona más ingresos hospitalarios y la primera causa de secuelas neurológicas permanentes en el adulto.

El siguiente plan de cuidados ha sido elaborado por enfermeras de Atención Especializada (AE), enfermeras de enlace y de Atención Primaria (AP), reflejando tanto los cuidados de enfermería que se aplican en las primeras fases del proceso, dentro del hospital, como los que reciben estos/as pacientes con necesidades de cuidados en su domicilio. La coordinación interniveles es fundamental para garantizar una continuidad de cuidados que beneficia tanto al/a la paciente como a sus familiares.

Se trata de un plan de cuidados estandarizado, que predice los cuidados genéricos que serán necesarios para la mayoría de los/las pacientes que se incluyan en este proceso. Este plan incluye una valoración mínima específica y se complementa con los cuestionarios / escalas clinimétricas más utilizados según el área a valorar. Se recogen aquellas etiquetas diagnósticas que con mayor frecuencia pueden aparecer en las situaciones que se contemplan, sin olvidar que el plan de cuidados se completará tras la valoración del individuo, cuidador/a y en el caso de AP, de su entorno.

Como característica de este proceso en cuanto al plan de cuidados está la posibilidad de existencia de diferentes problemas que requieren cuidados en niveles asistenciales diferentes. Es por ello que este plan contempla la presencia de siete posibles etiquetas diagnósticas que si bien pueden no repetirse en todos los pacientes, por su frecuencia merecen estar reflejadas en el documento.

No se han incluido las etiquetas diagnósticas relacionadas con problemas familiares en AP (afrontamientos, cansancio en el desempeño del rol...) ya que entendemos que estos problemas aparecen no en esta patología en concreto sino en aquellas que conllevan situaciones de dependencia prolongadas en el tiempo.

En el Plan de Cuidados se especifica:

- Cuándo es aconsejable el uso de la etiqueta diagnóstica propuesta
- Criterios de resultados con indicadores
- Intervenciones más frecuentes
- Actividades propuestas

Consideramos que el plan de cuidados requiere un registro adecuado en donde reflejar el quehacer diario de una forma estandarizada que nos permita una posterior evaluación del mismo. Se hace indispensable la utilización de un lenguaje unificado que permita además de comunicación interprofesional eficaz, investigar en cuidados y mejorar la calidad de éstos para el beneficio de los usuarios del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

EQUIPO DE TRABAJO

Begoña López López
M^a Dulce Suso López
Maria Teresa Brea Ruiz

ATAQUE CEREBROVASCULAR

Tabla 1: Valoración mínima específica de enfermería en el Proceso Asistencial Integrado Ataque Cerebrovascular.

NIVEL ASISTENCIAL	ITEMS	CUESTIONARIOS
Atención Primaria	03 Fumador/a	Escala neurológica canadiense
	04 Desea dejar de fumar	
Atención Especializada	65 Alcohol	Escala de Norton
	68 No sigue el plan terapéutico	
	15 Necesidad de ayuda para alimentarse	Indice de Barthel
	18 Sigue algún tipo de dieta	
	19 Total consumo líquidos diarios (1 vaso = 250 cc)	Escala de Lawton-Brody
	22 Nauseas	
	52 Temperatura	Test de Pfeiffer
	56 Estado de piel y mucosas	
	145 Peso	Escala de Goldberg
	146 Talla	
	147 IMC	Indice de esfuerzo del cuidador
	26 Número y frecuencia de deposiciones	
	29 Presencia en heces de (sangre)	Escala de valoración sociofamiliar
	30 Cambios en hábitos intestinales	
	25 Incapacidad de realizar por sí mismo las actividades del uso de WC	
	35 Síntomas urinarios	
	13 Ruidos respiratorios	
	05 Edemas	
	11 Frecuencia cardíaca	
	12 Tensión arterial	
	42 Pérdida de fuerza	
	43 Inestabilidad en la marcha	
	39 Situación habitual —deambulante, sillón, cama-	
	44 Falta o reducción de energía para tolerar la actividad	
	45 Limitación de amplitud de movimientos articulares	
	40 Nivel funcional para la actividad / movilidad	
	46 Cambios en el patrón del sueño...	
	48 Nivel de energía durante el día...	
	60 Nivel de conciencia	
	61 Nivel de orientación	
	74 Alteraciones sensorperceptivas	
	116 Presenta dificultad para el aprendizaje	
	117 Pérdidas de memoria	
	102 Tiene sensación de malestar o amenaza de origen inespecífico y sentimiento de aprensión	
103 Expresa desagrado con su imagen corporal		
105 Temor expreso		
111 No se siente útil		
81 Describe con quien comparte el hogar		
108 No conoce los recursos disponibles de la comunidad		
109 Tiene dificultad para realizar sus pasatiempos habituales		
75 Dificultad en la comunicación		
76 Comunicarse con los demás		
77 Su cuidador principal es...		
78 Su cuidador/a no proporciona apoyo, consuelo, ayuda y estímulo suficiente y efectivo		
80 Tiene dificultad o incapacidad para realizar tareas de cuidador/a		
72 El hogar no presenta condiciones de habitabilidad		
73 El hogar no presenta condiciones de seguridad		
110 Situación laboral		
91 Relaciones sexuales no satisfactorias		
114 Sensación habitual de estrés		
119 Desea más información sobre...		
96 Su situación actual ha alterado sus...		
97 No se adapta usted a esos cambios		



ATAQUE CEREBROVASCULAR

Tabla 2: Resumen del plan de cuidados enfermeros en el Proceso Asistencial Integrado Ataque Cerebrovascular

DIAGNÓSTICOS

- 00040 Riesgo de síndrome de desuso
- 00153 Riesgo de baja autoestima situacional
- 00123 Desatención unilateral
- 00039 Riesgo de aspiración
- 00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea
- 00051 Deterioro de la comunicación verbal
- 00155 Riesgo de caídas

RESULTADOS

- 0204 Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas
- 1305 Adaptación psicosocial: cambio de vida
- 1205 Autoestima
- 1200 Imagen corporal
- 1918 Prevención de la aspiración
- 1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas
- 0903 Comunicación: expresiva
- 0904 Comunicación: receptiva
- 1909 Conducta de prevención de caídas

INTERVENCIONES

- 0840 Cambio de posición
- 0740 Cuidados del/de la paciente encamado/a
- 0430 Manejo intestinal
- 3140 Manejo de las vías aéreas
- 1801 Ayuda con los autocuidados: baño/ higiene
- 1610 Baño
- 0620 Cuidados de la retención urinaria
- 4040 Cuidados cardiacos
- 5400 Potenciación de la autoestima
- 5220 Potenciación de la imagen corporal
- 2760 Manejo ante la anulación de un lado del cuerpo
- 7110 Fomento de la implicación familiar
- 7140 Apoyo a la familia
- 3200 Precauciones para evitar la aspiración
- 1860 Terapia de deglución
- 3540 Prevención de úlceras por presión
- 3500 Manejo de presiones
- 5820 Disminución de la ansiedad
- 4976 Mejorar la comunicación: déficit del habla
- 5520 Facilitar el aprendizaje
- 8100 Derivación
- 6490 Prevención de caídas
- 6486 Manejo ambiental: seguridad



ATAQUE CEREBROVASCULAR

Tabla 3. Desarrollo de los resultados e intervenciones enfermeras para cada uno de los diagnósticos enfermeros seleccionados

DIAGNÓSTICOS	RESULTADOS E INDICADORES	INTERVENCIONES	ACTIVIDADES (CUIDADOS ENFERMERÍA)
00040.-Riesgo de síndrome de desuso	0204.- Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas	0840.-Cambio de posición	- Explicar al/a la paciente que se le va a dar cambios de posición
R/C:	01. Úlceras de presión		- Animar al/a la paciente a participar en los cambios de posición
-Alteración del nivel de conciencia	02. Estreñimiento		- Colocar en posición de alineación corporal correcta
-Parálisis	08. Retención urinaria		- Colocar en una posición que facilite la ventilación, si resulta apropiado
(se aconseja usar esta etiqueta para centrar los cuidados en las actividades de prevención en conductas inapropiadas que puedan modificarse o en factores externos sobre los que se pueda incidir)	16. Articulaciones anquilosadas		- Poner apoyo en las zonas edematosas
	17. Hipotensión ortostática		- Observar si hay fuentes de presión y fricción
	18. Trombosis venosa		- Minimizar el roce al cambiar de posición
	19. Congestión pulmonar		- Utilizar dispositivos adecuados para el apoyo de los miembros
			- Colocar en la posición terapéutica especificada
			- Enseñar al/a la paciente a adoptar una buena postura y a utilizar una buena mecánica corporal mientras realiza cualquier actividad
		0740.-Cuidados del/de la paciente encamado/a	- Colocar al/a la paciente con una alineación corporal adecuada
			- Mantener la ropa de la cama limpia, seca y libre de arrugas
			- Utilizar dispositivos en la cama que protejan al/a la paciente
			- Subir las barandillas, si procede
			- Vigilar el estado de la piel
			- Cambiar de posición según indique el estado de la piel
		0430.-Manejo intestinal	- Tomar nota del último movimiento intestinal
			- Controlar los movimientos intestinales, incluyendo la frecuencia, consistencia, forma, volumen y color, si procede
			- Observar si hay signos y síntomas de diarrea, estreñimiento e impactación
			- Tomar nota de problemas intestinales, rutina intestinal y uso de laxantes con anterioridad
			- Instruir al/a la paciente y cuidador/a sobre los alimentos en alto contenido en fibras
			- Evaluar el perfil de la medicación para determinar efectos secundarios gastrointestinales
		3140.- Manejo de las vías aéreas	- Colocar al/a la paciente en la posición que permita que el potencial de ventilación sea el máximo posible



ATAQUE CEREBROVASCULAR

Tabla 3. Desarrollo de los resultados e intervenciones enfermeras para cada uno de los diagnósticos enfermeros seleccionados

DIAGNÓSTICOS	RESULTADOS E INDICADORES	INTERVENCIONES	ACTIVIDADES (CUIDADOS ENFERMERÍA)
			<ul style="list-style-type: none"> - Realizar fisioterapia torácica - Eliminar las secreciones fomentando la tos - Fomentar una respiración lenta y profunda, giros y tos - Enseñar a toser de manera efectiva - Ayudar estimulando al/ a la paciente durante la realización de la espirometría, si procede - Vigilar el estado respiratorio y de oxigenación, si procede
		1801.-Ayuda con los autocuidados: baño/higiene	<ul style="list-style-type: none"> - Colocar toallas, jabón, desodorante, equipo de afeitado y demás accesorios necesarios a pie de cama - Facilitar que el/ la paciente se bañe el/ella mismo/a, si procede - Proporcionar ayuda hasta que el/la paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados - Lavar el cabello, si es necesario o lo desea
		1610.-Baño	<ul style="list-style-type: none"> - Inspeccionar el estado de la piel durante el baño - Realizar el baño con el agua a temperatura agradable - Controlar la capacidad funcional durante el baño
		0620.-Cuidados de la retención urinaria	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar una observación exhaustiva centrándose en la incontinencia (producción urinaria, esquema de eliminación urinaria, función cognoscitiva y problemas urinarios anteriores) - Proporcionar intimidad para la eliminación - Insertar catéter urinario, si procede - Controlar la ingesta y la eliminación - Remitir al especialista, si procede
		4040.-Cuidados cardiacos	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluar el dolor torácico - Registrar disritmias cardiacas - Controlar los valores de laboratorio (enzimas cardiacas, niveles de electrolitos) - Reconocer la presencia de alteraciones de la presión sanguínea - Instaurar protocolo de actuación de la Unidad, si es necesario - Controlar el estado respiratorio por si se producen síntomas de insuficiencia cardiaca - Instruir al/a la paciente sobre la importancia del informar inmediato de cualquier molestia torácica



ATAQUE CEREBROVASCULAR

Tabla 3. Desarrollo de los resultados e intervenciones enfermeras para cada uno de los diagnósticos enfermeros seleccionados

DIAGNÓSTICOS	RESULTADOS E INDICADORES	INTERVENCIONES	ACTIVIDADES (CUIDADOS ENFERMERÍA)
00153.-Riesgo de baja autoestima situacional	1305.-Adaptación psicosocial: cambio de vida	5400.-Potenciación de la autoestima	- Observar las frases del/de la paciente sobre su propia valía
R/C	01. Establecimiento de objetivos realistas		- Ayudar al/ a la paciente a aceptar la dependencia de otros, si procede
-Alteración de la imagen corporal	1205.-Autoestima		- Observar la falta de seguimiento en la consecución de objetivos
-Cambios del rol social	02. Aceptación de las propias limitaciones		- Fomentar el aumento de responsabilidad de sí mismo/a, si procede
(se aconseja usar esta etiqueta en situaciones en que la persona tenía previamente una autoestima positiva)		5220.-Potenciación de la imagen corporal	- Abstenerse de realizar críticas negativas y de quejarse
			- Observar si el/la paciente puede mirar la parte corporal que ha sufrido el cambio
			- Determinar las expectativas corporales del/ de la paciente, en función del estadio de desarrollo
			- Ayudar al/ a la paciente a discutir los cambios causados por la enfermedad, si procede
			- Ayudar al/ a la paciente a identificar acciones que mejoren su aspecto
00123.-Desatención unilateral	1200.-Imagen corporal	2760.-Manejo ante la anulación de un lado del cuerpo	- Proporcionar afirmaciones realistas acerca del déficit perceptivo del/ de la paciente
R/C:	03. Descripción de la parte corporal afectada		- Asegurar que las extremidades afectadas estén en una posición correcta
Efectos de la alteración de las capacidades perceptivas	07. Adaptación a cambios en el aspecto físico		- Adaptar el ambiente al déficit, centrándonos en el costado no afectado durante el período agudo
(se debe abordar si es posible ayudar a la persona a desarrollar las capacidades adaptativas o protectoras necesarias para fomentar la toma de conciencia de la parte corporal afectada y protegerla de lesiones de todo tipo)			- Mantener las barandillas levantadas por el lado afectado
			- Enseñar al/a la paciente a explorar con la vista de izquierda a derecha
			- Realizar movimientos de amplitud y masajes del lado afectado
			- Centrar gradualmente la atención del/de la paciente en el lado afectado a medida que muestre capacidad de compensar la anulación
			- Mover gradualmente los objetos personales y la actividad al lado afectado, a medida que el/la paciente muestre capacidad de compensar la anulación
			- Situar en el lado afectado al deambular con el/la paciente a medida que muestre capacidad de compensar la anulación
			- Ayudar al/a la paciente a bañarse y arreglarse, del lado afectado primero, a medida que muestre capacidad de compensar la anulación

ATAQUE CEREBROVASCULAR

Tabla 3. Desarrollo de los resultados e intervenciones enfermeras para cada uno de los diagnósticos enfermeros seleccionados

DIAGNÓSTICOS	RESULTADOS E INDICADORES	INTERVENCIONES	ACTIVIDADES (CUIDADOS ENFERMERÍA)
			<ul style="list-style-type: none"> - Centrar los estímulos táctiles y verbales en el lado afectado, a medida que el/la paciente muestre capacidad de compensar la anulación
		7110.-Fomento de la implicación familiar	<ul style="list-style-type: none"> - Instruir a los/las cuidadores/as acerca de la causa, los mecanismos y el tratamiento de la anulación unilateral - Incluir a la familia en el proceso de rehabilitación, para apoyar los esfuerzos del/de la paciente y ayudar con los cuidados - Identificar la capacidad de los miembros de la familia para implicarse en el cuidado del/de la paciente - Ayudar al/a la cuidador/a principal a conseguir el material para proporcionar los cuidados necesarios - Favorecer los cuidados por parte de los miembros de la familia durante su hospitalización, cuando sea posible
		7140.-Apoyo a la familia	<ul style="list-style-type: none"> - Asegurar a la familia que al/a la paciente se le brindan los mejores cuidados posibles - Valorar la reacción emocional de la familia frente a la enfermedad - Ayudar a la familia a adquirir el conocimiento, técnica y equipo necesarios para apoyar su decisión acerca de los cuidados
00039.-Riesgo de aspiración R/C: -Deterioro de la deglución -Reducción del nivel de conciencia (se aconseja usar esta etiqueta únicamente cuando el riesgo tenga su origen en conductas inapropiadas de la persona o cuidador/a que puedan ser modificadas, o en factores externos sobre los que se pueda actuar)	1918.-Prevención de la aspiración 01. Identifica factores de riesgo 02. Evita factores de riesgo 08. Utiliza espesantes líquidos según precisa 03. Se incorpora para comer o beber	3200.-Precauciones para evitar la aspiración 1860.-Terapia de deglución	<ul style="list-style-type: none"> - Vigilar el estado de conciencia, reflejos de tos, reflejos de gases y capacidad deglutiva - Colocación vertical a 90° o lo más incorporado posible - Alimentación en pequeñas cantidades - Evitar líquidos y utilizar agentes espesantes - Trocear los alimentos en pequeñas porciones - Mantener el cabecero de la cama elevado durante 30 a 45 minutos después de la alimentación - Comprobar la colocación de la sonda nasogástrica o de gastrostomía antes de la alimentación - Ayudar al/a la paciente a sentarse en una posición erecta para la alimentación - Ayudar al/a la paciente a colocar la comida en la parte posterior del lado no afectado - Enseñar a la familia/cuidador/a las medidas de emergencia para los ahogos



ATAQUE CEREBROVASCULAR

Tabla 3. Desarrollo de los resultados e intervenciones enfermeras para cada uno de los diagnósticos enfermeros seleccionados

DIAGNÓSTICOS	RESULTADOS E INDICADORES	INTERVENCIONES	ACTIVIDADES (CUIDADOS ENFERMERÍA)
00047.-Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	1101.-Integridad tisular: piel y membranas mucosas	0740.-Cuidados del/ de la paciente encamado/a	-Colocar al/a la paciente sobre una cama/colchón terapéutico apropiado
R/C:	04. Hidratación		-Utilizar dispositivos en la cama que protejan al/a la paciente
-Humedad	13. Piel intacta		-Cambiarlo de posición, según lo indique el estado de la piel
-Factores mecánicos (cizallamiento, presiones)			-Realizar ejercicios de margen de movimiento pasivo y/o activo
-Inmovilización física			-Ayudar con las actividades de la vida diaria
(se aconseja usar esta etiqueta únicamente cuando el riesgo tenga su origen en conductas inapropiadas de la persona, del/de la cuidador/a que puedan ser modificadas o en factores sobre los que sea posible actuar eliminándolos, reduciéndolos o modificando sus efectos)		3540.-Prevención de úlceras por presión	-Aplicar medidas profilácticas antiembólicas
			-Utilizar herramienta de valoración de riesgo (escala de Braden; escala de Norton)
			-Vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida
			-Eliminar la humedad excesiva en la piel, causada por la transpiración, el drenaje de heridas y la incontinencia urinaria o fecal
			-Colocar al/a la paciente en posición ayudándose con almohadas para elevar los puntos de presión encima del colchón
		3500.-Manejo de presiones	-Vigilar las fuentes de presión y fricción
			-Aplicar protectores para codos y talones si procede
			-Asegurar una nutrición adecuada, especialmente proteínas, vitaminas, B y C, hierro y calorías por medio de suplementos, si es preciso
			-Vestir al/a la paciente con prendas no ajustadas
			-Abstenerse de aplicar presión a la parte corporal afectada
			-Comprobar la movilidad y actividad del/de la paciente
00051.-Deterioro de la comunicación verbal	0903.- Comunicación: expresiva	5820.- Disminución de la ansiedad	- Establecer metas realistas, objetivas con el/la paciente
R/C:	01. Utiliza el lenguaje escrito		- Tratar de comprender la perspectiva del/de la paciente sobre una situación estresante
Disminución de la circulación cerebral	02. Utiliza el lenguaje hablado: vocal		- Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico
	03. Utiliza el lenguaje hablado: esofágico		- Crear un ambiente que facilite la confianza
(se aconseja usar esta etiqueta cuando sea posible trabajar con la persona tanto en la articulación del lenguaje como en el uso de otros recursos para mejorar la comunicación, sean verbales o no)	05. Utiliza dibujos e ilustraciones		- Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos
	07. Utiliza el lenguaje no verbal		- Identificar los cambios en el nivel de ansiedad
	08. Dirige los mensajes de forma apropiada		



