



UNIVERSIDAD DE JAÉN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

TRABAJO FIN DE GRADO

Papel de la enfermera en
la recuperación tras
ACVA: prevención de la
dependencia.

Alumno/a: Isabel María Gordo Cerezo

Tutor/a: Prof. D. María José Calero García
Departamento: Enfermería

Jaén, Junio de 2015



UNIVERSIDAD DE JAÉN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

TRABAJO FIN DE GRADO

Papel de la enfermera en
la recuperación tras
ACVA: prevención de la
dependencia.

Alumno/a: Isabel María Gordo Cerezo

Tutor/a: Prof. D. María José Calero García
Departamento: Enfermería

Jaén, Junio de 2015

ÍNDICE

1. RESUMEN.....	4
2. INTRODUCCIÓN.....	5
3. JUSTIFICACIÓN.....	10
4. PRESENTACIÓN DEL CASO.....	11
5. DESARROLLO.....	13
5.1 VALORACIÓN.....	13
5.2 DIAGNÓSTICO Y OBJETIVOS.....	16
5.3 PLANIFICACIÓN.....	18
5.4 EJECUCIÓN.....	20
5.5 EVALUACIÓN.....	25
6. DISCUSIÓN.....	26
7. CONCLUSIONES.....	28
8. BIBLIOGRAFÍA.....	29

1. RESUMEN

PAPEL DE LA ENFERMERA EN LA RECUPERACIÓN TRAS ACVA: PREVENCIÓN DE LA DEPENDENCIA, A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.

El Accidente Cerebro Vascular Agudo (ACVA) supone actualmente una de las primeras causas de mortalidad en el mundo y la primera causa de dependencia, con una incidencia creciente en las mujeres menores de 65 años. El objetivo de este trabajo es proponer una serie de cuidados y actuaciones de forma coherente y estructurada que contribuyan a la consecución de una meta que ya es común entre todos los profesionales de enfermería que tratan a pacientes con ACVA: prevenir la dependencia y/o discapacidad que se produce tras un ictus.

La metodología para la resolución del caso clínico que se presenta en este trabajo se basó en un Proceso de Atención de Enfermería fundamentado en el modelo de Virginia Henderson, con sus correspondientes cinco fases: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación; usando las taxonomías NANDA, NOC y NIC.

Palabras clave: accidente cerebro vascular, ictus, rehabilitación, dependencia, enfermería.

ABSTRACT

NURSE'S ROLE IN RECOVERY AFTER ACUTE STROKE: PREVENTION OF DEPENDENCE, REGARDING A CLINICAL CASE.

Nowadays, acute stroke is considered one of the first causes of death around the world and also the first cause of dependence, with an increasing incidence in women under the age of 65. The aim of this article is to propose a line of care and activities in a consistent and structured way to contribute to a goal that is already common among nursing professionals who work with acute stroke patients: to prevent the dependence and/or disability that occurs after an acute stroke.

The methodology to resolve the clinical case reflected in this article, consisting in a nursing care plan based in Virginia Henderson's model and its five phases: assessment, diagnosis, planning, implementation and evaluation; using the NANDA, NOC and NIC taxonomies.

Key words: acute stroke, cerebrovascular disease, rehabilitation, dependence, nursing.

2. INTRODUCCIÓN

El Accidente Cerebro Vascular Agudo (ACVA) se define como un trastorno de la circulación cerebral que altera, de forma transitoria o definitiva, el funcionamiento de una o varias partes del cerebro¹. Se considera una emergencia médica neurológica capaz de poner en riesgo la viabilidad de las células cerebrales. El déficit se produce por una falta de oxígeno que impide que las células del cerebro realicen sus funciones correctamente².

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el Ictus como un “síndrome clínico, presumiblemente de origen vascular, que se caracteriza por el desarrollo rápido de signos de afectación neurológica focal y que duran más de 24 horas o llevan a la muerte”³.

La fase aguda del ACV se define como el período de tiempo inmediatamente posterior al ACV, más o menos una semana, durante el cual puede producirse la vuelta del cerebro a sus funciones normales tras la isquemia⁴.

EL ACVA puede estar causado por una trombosis cerebral, una hemorragia cerebral, una hemorragia subaracnoidea o émbolos cerebrales (lo más frecuente). Normalmente, la obstrucción de los vasos cerebrales pequeños se produce por émbolos originados en las placas ateroscleróticas de los vasos proximales del cuello y el tórax⁵.

Así, podemos mencionar dos tipos de ACVA según su etiología: el ACVA isquémico (el que con más frecuencia se produce), que se caracteriza por una isquemia cerebral con síntomas que duran más de 24 horas y que puede deberse a factores como aterosclerosis, trombos en las arterias que salen del corazón (Fibrilación auricular, Flutter, endocarditis, etc) o un infarto lacunar (de pequeñas arterias cerebrales); y el ACVA hemorrágico, que se produce cuando alguna arteria o vena cerebral se rompen y se produce una hemorragia que puede ser intracerebral, subaracnoidea o intraventricular².

En la producción del ACVA podemos mencionar también factores de riesgo relacionados con el estilo de vida y circunstancias personales poco saludables como el tabaquismo, alcoholismo, sedentarismo o una dieta inadecuada; además de ciertas patologías que incrementan el riesgo de sufrirlo como pueden ser la HTA (factor de riesgo por excelencia), diabetes, IAM o Fibrilación Auricular⁶ (Tabla 1). En algunos casos, aunque menos

frecuentes, el ACVA también puede producirse por anomalías anatómicas del cerebro o de alguna arteria cerebral. Por ejemplo, en algunas personas puede encontrarse, en la Arteria Cerebral Posterior (ACP), una “configuración fetal” del segmento P1 (que abarca desde el origen de la ACP hasta la unión con la Arteria Comunicante Posterior (ACoP)). En esta situación el diámetro del segmento P1 es menor que el de la ACoP. Este hecho se considera normal durante el desarrollo fetal, revirtiéndose normalmente en la persona adulta, aunque en algunos casos puede observarse en edades avanzadas⁷. Esta anomalía puede dar lugar a fallos en la circulación cerebral que lleven finalmente a un ACVA.

Tabla 1: Principales factores de riesgo en el ACVA.

FACTORES DE RIESGO DEL ACVA			
Factores intrínsecos	Biológicos	Edad	Superior a 65 años
		Sexo	Varones
		Raza	Raza negra
		Genética	Antecedentes familiares
	Antecedentes personales	Fibrilación auricular	Trombos
		Diabetes	Rigidez arterial
		Anomalías anatómicas	Riesgo de hemorragia
		Antecedentes de cardiología	IAM o valvulopatías
		Alteraciones de la sangre	Hiperviscosidad o hipercoagulabilidad
		Episodios de ACV previos	Predisposición
Factores extrínsecos	Ajenos a la persona, pueden tratarse o evitarse	HTA	Principal FR
		Sedentarismo	Predispone a diabetes y obesidad
		Tabaquismo	Predispone a aterosclerosis

		Aterosclerosis	Endurecimiento de las arterias
		Obesidad	Relacionada con HTA y diabetes
		Alcoholismo y drogas	Predisponen a aterosclerosis
		Anticonceptivos orales	Asociados a hipercoagulabilidad

Fuente: Elaboración propia, 2014.

Los síntomas o manifestaciones del ACVA dependen de la zona afectada y del grado de afectación de dicha zona. Algunos de los síntomas generales son: alteración de la conciencia, hemiparesia o parálisis de un hemicuerpo, lateralización de la sonrisa, afasia, disartria, ataxia o cefalea de comienzo brusco, entre otros.

También es importante señalar que según el hemisferio afectado tendremos distintas manifestaciones que, casi siempre, se darán en el hemisferio contralateral. De esta manera, si el paciente sufre un ACVA del hemisferio izquierdo probablemente presentará síntomas como hemiplejía derecha, alteración del habla, afasia del lenguaje, actos lentos y precavidos y alteración de la comprensión del lenguaje y matemáticas.

De la misma manera, dependiendo del tipo de ACVA que sufra la persona, tendrá unas manifestaciones características que nos orientarán precisamente al diagnóstico del tipo de ictus al que nos enfrentamos. Así, una cefalea brusca, rigidez de nuca o presencia de tratamiento anticoagulante nos harán pensar en un ACVA hemorrágico, mientras que si los síntomas aparecen por la noche, progresan muy rápido y, además, el paciente tiene antecedentes personales de riesgo como HTA, probablemente estemos tratando con un ACVA isquémico².

SITUACIÓN ACTUAL:

Según la OMS, en la actualidad, un tercio de las muertes que se producen en el mundo son a causa de enfermedades cerebro-vasculares, siendo también estas la primera causa de discapacidad física en personas adultas; con una incidencia promedio mundial de 200 casos nuevos por cada 100.00 habitantes. En EEUU, hay aproximadamente tres millones de personas que sufren algún tipo de discapacidad tras sobrevivir a un ACVA, siendo dicha

patología la primera causa de discapacidad y la tercera causa de muerte en el país americano. En Europa, cada año ocurren aproximadamente un millón de casos, convirtiéndose así el ACVA en la patología neurológica más común^{8,11}.

Se tiene constancia de que la incidencia del ictus es mayor en personas de edad avanzada y de sexo masculino, aunque esta tendencia está cambiando y la tasa de mortalidad por ACVA y la incidencia en menores de 65 años es superior en las mujeres⁹; y, aunque es cierto que los estudios epidemiológicos sobre el ictus en España son escasos, se estima que la incidencia de ACVA en nuestro país oscila entre 120-350 casos por cada 100.000 habitantes; siendo también en la Comunidad Autónoma de Andalucía las tasas superiores a 100 casos por cada 100.000 habitantes^{6,10, 11}. Las comunidades en las que la tasa de mortalidad por ACVA es más alta son, por orden, Andalucía, Levante y Galicia¹². Según Plakht Y, también influye el nivel socioeconómico: está demostrado que en los lugares en los que el Índice de Desarrollo Humano es más bajo la incidencia y mortalidad del ACVA es mayor⁹.

Aunque el ACVA está considerado como una patología de adultos mayores (>65 años), lo cierto es que; cada año, alrededor de 4600 personas entre los dieciocho y los cuarenta y cinco años sufren un ictus en EEUU. El principal factor diferenciador del ACVA en “adultos jóvenes” es que en estos casos el ictus suele ser hemorrágico en lugar de isquémico¹³.

De los 5,7 millones de muertes que se produjeron en 2007 en todo el mundo a causa del ACVA, un tercio fue en personas menores de 70 años. Una mayor proporción de las muertes causadas por ACVA corresponde a las mujeres (11% mujeres frente a 8,4% hombres); además, un 25% de las mujeres que sufren un ictus tienen menos de 65 años¹⁴. En España, a pesar de la falta de estudios sobre este tema, se conoce que el ACVA es la primera causa de mortalidad específica en mujeres.

Con respecto a la dependencia tras un ACVA, a los 6 meses del ictus, el 26,1% de los pacientes han fallecido, el 41,5% son independientes y el 32,4% son dependientes, estimándose de forma global que entre los supervivientes del ictus el 44% quedan con una dependencia funcional¹⁰ y que alrededor del 11% de los pacientes que han sufrido un ACVA terminan en una residencia o institución especializada cuando salen del hospital¹⁵. Se ha demostrado que la rehabilitación precoz tras un ACVA es eficaz, ya que el 64% de los pacientes que recibe el alta tras realizar rehabilitación vuelve a su domicilio, frente al 15% que es institucionalizado¹²

DEPENDENCIA TRAS ACVA Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

Se dice que una persona es dependiente cuando no es capaz de desarrollar actividades de la vida diaria y, por tanto, depende de otra persona para ello. De acuerdo con la Clasificación del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF), las actividades de la vida diaria pueden dividirse en nueve grupos: Aprendizaje, tareas generales, comunicación, movilidad, autocuidado, tareas domésticas, relaciones personales, educación y trabajo y vida comunitaria. Siempre que exista dependencia habrá también discapacidad, aunque puede haber personas con un cierto grado de discapacidad que no necesariamente tienen que ser dependientes. Podemos concluir, por tanto, que la dependencia es la situación de discapacidad en la que la persona necesita ayuda, ya sea personal o técnica¹⁶.

El nivel de funcionalidad física de los pacientes y la habilidad de llevar a cabo actividades de la vida diaria son factores clave en la rehabilitación tras ACVA, aunque también están ligados a factores psicológicos como el dolor, la fatiga o síntomas depresivos¹⁷.

Las intervenciones de enfermería en el ACVA irán encaminadas fundamentalmente al mantenimiento de la función corporal y a evitar complicaciones.

Como parte de los cuidados generales y comunes a todos los pacientes con ACVA, independientemente del tipo, es importante controlar de manera continua la respiración, la circulación y el estado neurológico del paciente para identificar los posibles cambios que indiquen una perfusión de los tejidos cerebrales ineficaz. También es importante controlar la temperatura, ya que la hipertermia puede indicar que existe un daño cerebral extenso².

Además, dado que el ACVA suele producir deterioro de la movilidad, entre otras funciones, será también muy importante actuar en este campo para evitar así la dependencia posterior en la medida de lo posible, mediante la realización de ejercicios de amplitud de movimiento, activos o pasivos. Los movimientos activos sirven para ganar fuerza muscular, mientras que los pasivos no dan fuerza pero mantienen las articulaciones flexibles¹⁸.

Igualmente, el ACVA provoca limitación de otras funciones que se manifiestan en problemas como la afasia o la disartria². La enfermera también tendrá, por tanto, que actuar para

disminuir o evitar la situación de dependencia en esos campos dependiendo de las características de cada caso clínico.

En definitiva, prevenir la dependencia posterior al ACVA, o reducir el grado de ésta todo lo posible será el eje del trabajo que la enfermera (junto con el resto del equipo multidisciplinar) desarrollará con y para estos pacientes. También será fundamental, y así lo demuestran estudios como el de Korpershoek et Al., promover la propia autonomía del paciente, ya que la autonomía en su propia rehabilitación está relacionada de manera positiva con la capacidad para realizar actividades de la vida diaria, mientras que reduce el riesgo o la posibilidad de depresión; un problema que también afecta, y mucho, a los pacientes que sufren un ACVA; de hecho, la depresión y la ansiedad son problemas muy comunes, aunque muchas veces no sean reconocidos, asociados al ACVA; con una prevalencia de 24-30% y 22-25% respectivamente en los seis meses posteriores al ACVA¹⁹.

3. JUSTIFICACIÓN:

Hoy en día, las enfermedades cardiovasculares constituyen probablemente el grupo de patologías más importante, en lo que a incidencia, mortalidad y dependencia se refiere. Dentro de ellas, el ACVA es una patología que causa un gran impacto en la sociedad actual, tanto española como europea. Dado que el ACVA supone la primera causa de discapacidad en España, resulta muy pertinente el estudio de las medidas que las enfermeras puedan tomar con el fin de disminuir la probabilidad de sufrir tal dependencia y, al fin y al cabo, mejorar en la medida de lo posible la calidad de vida de las personas que sufren un accidente cerebro vascular¹⁰.

Además, el ACVA supone también un gran coste económico a los estados de países desarrollados. Dada la crisis económica que atraviesa el Estado Español actualmente y teniendo en cuenta que, debido al progresivo envejecimiento de la población española, se espera que este coste económico siga creciendo en las próximas dos décadas; parece bastante útil el estudio de las medidas que se puedan tomar, en este caso desde los equipos de enfermería, para reducir el número de pacientes que serán dependientes a largo plazo (y que, por consiguiente, precisarán cuidados por un largo tiempo) tras sufrir un ACVA⁸.

OBJETIVO

El objetivo de este trabajo es proponer una serie de cuidados y actuaciones de forma coherente y estructurada que contribuyan a la consecución de una meta que ya es común entre todos los profesionales que tratan a pacientes con ACVA: prevenir la dependencia y/o discapacidad que se produce tras este.

Otros objetivos específicos planteados son:

- Analizar los cuidados de enfermería que actualmente se realizan a pacientes con ACVA en las unidades de hospitalización.
- Proponer una línea de trabajo organizada y orientada hacia la recuperación de la paciente mujer menor de 50 años que sufre un ACVA.
- Abrir el camino a la realización de más estudios e investigaciones en el campo de la dependencia posterior al ACVA.

METODOLOGÍA

La metodología seguida es la de un Proceso de Atención de Enfermería con sus cinco fases correspondientes: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Todo el trabajo se desarrolla según el modelo de Virginia Henderson, realizando una valoración según las catorce necesidades humanas y una clasificación de los problemas en diagnósticos de enfermería siguiendo la taxonomía NANDA, NIC y NOC.

Para la realización de este TFG se ha solicitado previamente el consentimiento firmado del paciente, explicándole en qué consistía este trabajo y su finalidad.

4. PRESENTACIÓN DEL CASO

Antonia (nombre no real, con el objetivo de preservar la intimidad de la paciente), mujer de 44 años de edad que acude, acompañada por su marido, al servicio de Urgencias del Hospital Neuro-traumatológico de Jaén el día 19/03/15 por desviación de la comisura bucal, pérdida de fuerza en el lado derecho del cuerpo y pérdida del habla de inicio brusco. Se activa el código ictus y se desestima fibrinólisis por mejoría en la reevaluación en urgencias. La paciente es trasladada el mismo día 19 al servicio de Neurología General, siendo ingresada en la planta de Medicina Interna del Hospital Médico-Quirúrgico de Jaén.

Los antecedentes personales de la paciente incluyen: neutropenia benigna familiar, trastorno de ansiedad generalizada y una meniscopatía.

Antes del episodio por el que ingresa el tratamiento que seguía la paciente era: Naproxeno, Lormetazepam y Fluticasona nasal. El tratamiento que sigue la paciente durante su ingreso se resume en la tabla 2:

Tabla 2: Tratamiento de la paciente durante el ingreso

FÁRMACO	VÍA	DOSIS	HORARIO	PAUTA
AAS	Oral	300 mg	C/24h. (09:00)	Diaria
Atorvastatina	Oral	80 mg	C/24h. (21:00)	Diaria
Bemiparina	Subcutánea	2500 UI	C/24h. (21:00)	Diaria
Captoprilo	Oral	25 mg	A demanda	Si TAS>210 o TAD>110
Citicolina	Oral	1000 mg	C/12h	Diaria
Lorazepam	Oral	1 mg	C/24h. (23:00)	Si precisa
Omeprazol	Oral	20 mg	C/24h. (09:00)	Diaria
Paracetamol	Intravenoso	1gr./100ml	C/8h.	Si precisa

Fuente: Elaboración propia, 2015.

El estudio de perfusión que se realiza a la paciente muestra una disminución discreta del flujo sanguíneo con aumento de tránsito medio en el hemisferio cerebral izquierdo, en un área extensa de dominio periférico. En el estudio de angio se identifica un origen fetal de la arteria cerebral posterior del lado izquierdo con hipoplasia del segmento P1.

Finalmente, el juicio clínico es ACVA hemisférico izquierdo en paciente joven sin factores de riesgo cardiovascular conocidos.

5. DESARROLLO

5.1 VALORACIÓN INTEGRAL POR NECESIDADES BÁSICAS DE VIRGINIA HENDERSON

Los datos se han recogido mediante la revisión de la historia clínica de la paciente, informes médicos y de enfermería y el testimonio de la propia paciente y su cuidador principal. La valoración se realiza según el modelo de las catorce necesidades básicas de Virginia Henderson. Aunque esta valoración podría haberse hecho también en base a los patrones funcionales de Marjory Gordon, se ha escogido el modelo de Virginia Henderson puesto que en el hospital donde se encontraba ingresada la paciente trabajan con este modelo y, además, el resto del plan de cuidados se lleva a cabo mediante el mencionado modelo de Virginia Henderson.

Respiración y circulación: La vía aérea está permeable. La FR es de quince respiraciones por minuto y la saturación de oxígeno es del 98%. Los movimientos respiratorios son normales, no hay tos y no hay secreciones ni ruidos respiratorios anormales. No existe disnea ni coloración anormal. La paciente fuma aproximadamente 5 cigarrillos al día desde los 20 años (Fagerström = 4; dependencia leve).

La FC es de 90 latidos por minuto y la TA de 132/84 mmHg. El ECG muestra ritmo sinusal. El pulso periférico es palpable y la coloración de las extremidades es normal.

Alimentación: La paciente lleva una dieta normal, hace 4 comidas al día. Afirma que en su casa cocina ella y que a veces abusa de los fritos por falta de tiempo para cocinar.

El estado de la boca es normal, no hay problemas para masticar y el reflejo de la deglución está intacto. Desde que está ingresada no tiene apetito y come muy poco. Tras sufrir el episodio por el que es ingresada, su marido la ayuda a comer porque le cuesta mucho usar la mano derecha para cortar los alimentos, usar los cubiertos, etc. No tiene sonda nasogástrica. Su Índice de Masa Corporal (IMC) es normal, de 23.88 (Peso = 65 kg y Talla = 165 cm)

Eliminación: La paciente va sola al baño, lo hace casi todo con la mano y el brazo izquierdos porque con el derecho le cuesta un poco.

Orina unas cuatro veces al día y la orina es de características normales. Tiene incontinencia urinaria de esfuerzo desde que dio a luz a su segundo hijo (hace 8 años).

Su patrón habitual de defecación es de una vez al día. Lleva sin defecar desde que ingresó (dos días). Antes del ingreso las características de las heces eran normales en cuanto a color, olor y consistencia. No utiliza ningún medio para favorecer la defecación. Tiene hemorroides que trata con pomada local.

Su ciclo menstrual es de 5 días de menstruación cada 28-30 días normalmente. No presenta síntomas de menopausia.

La sudoración es normal.

Movimiento y postura adecuada: La paciente es capaz de deambular por sí misma y mantiene una postura adecuada. No suele realizar ejercicio físico, cuando puede sale a pasear, pero afirma que tiene poco tiempo.

Tiene dificultad para controlar y utilizar la mano derecha. Puede mover el brazo pero no controlar el movimiento que realiza con la mano y los dedos. No existe deformidad de manos ni dedos. La paciente no usa ningún tipo de prótesis.

El Índice de Barthel es de 80 puntos, lo cual indica dependencia leve.

Necesidad de dormir y descansar: Normalmente duerme unas 7 horas diarias. Desde que está ingresada no ha dormido bien, afirma que se despierta muy a menudo y que está bastante preocupada por lo que le cuesta estar tranquila y conciliar el sueño. No toma ninguna medicación para favorecer o inducir el sueño en su vida diaria, aunque desde que está ingresada tiene pautado Lorazepam que está tomando cada noche a las 23:00 por voluntad propia de la paciente. Tampoco tiene hábitos no farmacológicos ligados al sueño.

Vestirse/desvestirse: La ropa que utiliza cuando acude a urgencias es adecuada tanto a la época del año como a la situación.

Actualmente necesita ayuda de su marido para vestirse y desvestirse, ya que acciones como abrochar botones o atarse los zapatos le cuestan bastante al no controlar del todo la mano derecha.

Mantener la temperatura: La temperatura axilar en el momento de la valoración es de 36,8° C. La paciente no refiere sensación de frío, calor ni escalofríos. La temperatura de miembros superiores e inferiores (dedos de las manos y los pies) es adecuada.

Higiene: La piel está íntegra e hidratada, turgente y de color rosado. Normalmente se ducha cada día y se lava el pelo en días alternos. La nariz, los ojos y la boca presentan un aspecto limpio. La uñas también están limpias y bien cortadas.

Necesita ayuda de su marido para lavarse y secarse el pelo. Actividades que hasta ahora había hecho con la mano derecha como lavarse los dientes, ahora lo está haciendo con la mano izquierda.

Seguridad: Comenta que normalmente está bastante estresada por el trabajo. Ahora está preocupada porque es autónoma y debe volver a su trabajo cuanto antes. No entiende por qué le ha pasado una cosa así siendo tan joven.

No tiene dolor en el momento de la valoración.

Tiene todas las vacunas que le corresponden puestas y afirma que se realiza una citología anual.

Presenta alergia a la Codeína.

Comunicación: Tras el episodio por el que ingresa, tiene problemas para vocalizar y emitir algunas palabras. Tiene voluntad de comunicar, entiende y sabe perfectamente lo que dice. Utiliza pocos gestos y expresiones a la hora de hablar, solo cuando realmene no puede pronunciar algo intenta usar el lenguaje no verbal.

Solicita información sobre lo que le está pasando a los trabajadores de la planta y se muestra receptiva y colaboradora.

El oído, el gusto, el tacto y el olfato están intactos. Tiene miopía desde los diecinueve años, por lo que usa gafas desde esa edad.

Creencias y valores: La paciente es cristiana pero no practica la religión. Afirma la religión no es importante en su vida y que tiene otras prioridades y valores que intenta inculcar también a sus dos hijos.

Realización/ocio: Es autónoma, regenta una peluquería. Cuenta que le gusta su trabajo y que desde que era muy joven quería tener su propia peluquería. Ahora mismo el negocio está a cargo de la empleada y es algo que le preocupa mucho. Trabaja 5 días a la semana.

Cuando descansa del trabajo le gusta leer y estar con su familia y sus amigos.

Aprendizaje: Conoce su estado de salud y su diagnóstico, pero no está demasiado informada del régimen terapéutico ni la medicación que está tomando en el hospital, por lo que se interesa y pide información a los trabajadores de la planta. Se muestra muy receptiva a los consejos y las orientaciones y su marido y su hija mayor también se muestran muy colaboradores.

5.2 DIAGNÓSTICO Y OBJETIVOS^{20,21}

Tras la valoración integral del estado y las necesidades de la paciente, se proponen los siguientes diagnósticos de enfermería (NANDA) junto con sus correspondientes objetivos (NOC), resumidos en la tabla 3, seguidos de las intervenciones (NIC) y actividades de enfermería que completan el plan de cuidados.

Tabla 3: Diagnósticos de enfermería y objetivos (NOC)

DIAGNÓSTICO (NANDA)	OBJETIVO (NOC)	INDICADORES	PUNTUACIONES (EVOLUCIÓN)		
			Actual	Diana	Final
00085 Deterioro de la movilidad física r/c disminución del control muscular y deterioro neuromuscular m/p limitación de la capacidad para habilidades motoras finas	0206 Movimiento articular	020603 Dedos derechos	2 Desviación sustancial del rango normal	4 Desviación leve del rango normal	4 Desviación leve del rango normal
		020607 Muñeca derecha	3 Desviación moderada del rango normal	5 Sin desviación del rango normal	5 Sin desviación del rango normal
	0212 Movimiento coordinado	021205 Control del movimiento	4 Levemente comprometido	5 No comprometido	5 No comprometido

		021212 Movimiento con la precisión deseada	3 Moderadamente comprometido	5 No comprometido	5 No comprometido
00146 Ansiedad r/c cambio en el estado de salud m/p nerviosismo e insomnio	1211 Nivel de ansiedad	121105 Inquietud	2 Sustancial	4 Leve	4 Leve
		121108 Irritabilidad	2 Sustancial	4 Leve	4 Leve
	1402 Autocontrol de la ansiedad	140207 Utiliza técnicas de relajación para reducir la ansiedad	1 Nunca demostrado	4 Frecuentemente demostrado	4 Frecuentemente demostrado
		140217 Controla la respuesta de ansiedad	2 Raramente demostrado	4 Frecuentemente demostrado	3 A veces demostrado
00051 Deterioro de la comunicación verbal r/c disminución de la circulación cerebral m/p disartria leve	0902 Capacidad de comunicación	090204 Utiliza el lenguaje hablado	3 Moderadamente comprometido	5 No comprometido	5 No comprometido
		090205 Utiliza el lenguaje no verbal	4 Levemente comprometido	5 No comprometido	5 No comprometido
00120 Baja autoestima situacional r/c deterioro funcional y cambio en el rol social m/p expresa impotencia	1308 Adaptación a la discapacidad física	130801 Expresa verbalmente capacidad para adaptarse a la discapacidad	3 A veces demostrado	5 Siempre demostrado	5 Siempre demostrado
		130817 Informa de la disminución del estrés relacionado con la discapacidad	3 A veces demostrado	5 Siempre demostrado	5 Siempre demostrado
	1205 Autoestima	120511 Nivel de confianza	3 A veces positivo	4 Frecuentemente positivo	4 Frecuentemente positivo
		120501 Verbalización de la autoaceptación	3 A veces positivo	5 Siempre positivo	5 Siempre positivo

Fuente: Elaboración propia, 2015.

5.3 PLANIFICACIÓN ²²

Diagnóstico 1: 00085 Deterioro de la movilidad física r/c disminución del control muscular y deterioro neuromuscular m/p limitación de la capacidad para habilidades motoras finas.

Objetivo: Aumentar/recuperar la movilidad articular en muñeca y dedos de la mano derecha.

- 0224 Terapia de ejercicios: movilidad articular
 - Determinar las limitaciones del movimiento articular en la mano derecha y realizar ejercicios pasivos, ampliando progresivamente el arco de movimiento de las articulaciones.
 - Enseñar a la paciente a realizar de forma sistemática los ejercicios activos de dedos y muñeca.
 - Explicar a la paciente y a sus familiares el objeto y el plan de ejercicios de dedos y muñeca.

- 0226 Terapia de ejercicios: control muscular
 - Colaborar con fisioterapeutas en el desarrollo y ejecución de un programa de ejercicios.
 - Reorientar al paciente en cuanto a la conciencia de su cuerpo, especialmente su mano derecha.
 - Ayudar al paciente a desarrollar el protocolo de ejercicios.

Diagnóstico 2: 00146 Ansiedad r/c cambio en el estado de salud m/p nerviosismo e insomnio

Objetivo: La paciente aprenderá a relajarse y a disminuir su ansiedad, identificando sus miedos y verbalizando sentimientos positivos.

- 5820 Disminución de la ansiedad
 - Animar a la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
 - Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad.
 - Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.

- 5270 Apoyo emocional
 - Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.
 - Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza.
 - Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados.

Diagnóstico 3: Deterioro de la comunicación verbal r/c disminución de la circulación cerebral y m/p disartria leve

Objetivo: La paciente identificará las situaciones en las que más le pronunciar y articular el lenguaje hablado y aprenderá a usar la comunicación no verbal para reforzar su mensaje.

- 4946 Mejorar la comunicación: déficit del habla.
 - Desarrollar una terapia de lenguaje-habla haciendo hincapié en las sílabas que más le cuestan.
 - Animar al paciente a que repita las palabras.
 - Animar a la paciente a que utilice gestos y expresiones para clarificar y reforzar el mensaje que desea transmitir mediante la comunicación no verbal.

- 4920 Escucha activa
 - Aclarar el mensaje de la paciente mediante preguntas y retroalimentación y hacerle ver que entendemos lo que nos quiere decir.
 - Estar atento a las expresiones y al intento de comunicación mediante lenguaje no verbal.
 - Mostrar interés en entender lo que nos dice la paciente para que ella vea que su esfuerzo tiene resultado.

Diagnóstico 4: Baja autoestima situacional r/c deterioro funcional y cambio en el rol social y m/p expresión de impotencia

Objetivo: La paciente aprenderá a aceptar su nueva situación y aumentará su autoestima, reconociéndose a sí misma cuando consigue sus metas.

- 5400 Potenciación de la autoestima
 - Animar al paciente a identificar y potenciar sus virtudes.
 - Establecer objetivos realistas para poder alcanzarlos y conseguir una autoestima más alta.
 - Mostrar confianza en la capacidad de la paciente para controlar la situación.
- 5240 Asesoramiento
 - Ayudar al paciente a identificar sus puntos fuertes y reforzarlos.
 - Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto mutuo.
 - Reforzar nuevas habilidades como por ejemplo la comunicación no verbal o las técnicas de relajación aprendidas.

5.4 EJECUCIÓN

El plan de cuidados se lleva a cabo durante los seis días que la paciente permanece ingresada mediante una sesión de aproximadamente una hora de duración cada dos días, es decir, tres sesiones en total. El marido de la paciente permanece presente durante las sesiones para así aprender los ejercicios que hacemos y ayudarla a hacerlos en casa una vez que reciba el alta. La paciente se muestra conforme y contenta de que su marido la apoye.

A continuación se describe el proceso y la ejecución del plan de cuidados establecido en forma de diario:

- **Primera sesión:** Visito a la paciente el día 20/03/2015 por la mañana, en la planta en la que está ingresada. Tras hablar con su enfermera, comentarle lo que quiero hacer y contar con su aprobación; le explico a la paciente el trabajo que quiero hacer y cómo se desarrollaría el plan de cuidados. Vamos a priorizar en la recuperación de la movilidad de la muñeca y dedos de la mano derecha, puesto que ella es peluquera y lo que más le preocupa ahora mismo es no poder volver a trabajar como antes. También vamos a trabajar para mejorar o eliminar el pequeño déficit del habla que tiene tras sufrir el ACVA, así como en técnicas para disminuir su ansiedad y potenciar su autoestima, puesto que la paciente se encuentra bastante desanimada y no siente que la situación la supera a veces.

Ella se muestra conforme aunque no confía demasiado en que vaya a funcionar. Su marido en cambio se muestra muy animado e intenta animarla a ella diciéndole que con estos ejercicios va a volver a estar bien pronto.

Esa misma tarde comenzamos a trabajar. Lo primero que hago es enseñarle los ejercicios que puede hacer para mejorar la movilidad de su mano. Son ejercicios amenos que puede realizar durante el día:

- Jugar a las cartas (acompañada o sola). La única condición es que ella sea quien baraje y reparta las cartas. Puede empezar barajando media baraja y en unos días barajarla entera.
- Hacer bolitas de papel pequeñas y meterlas en una botella vacía.
- Crear distintos ritmos golpeando con los dedos de la mano. Su acompañante puede ayudarle creando el los ritmos y ella repitiendo.
- Realizar movimiento de pinza con el pulgar y el resto de dedos. Una vez por cada dedo. Puede poner un bolígrafo por ejemplo en la mesa e ir cogiéndolo haciendo pinza con el pulgar y los diferentes dedos.

Le explico que puede hacer estos ejercicios todas las veces que quiera durante el día y le aconsejo que los vaya alternando para que no se aburra.

Por otra parte, también le doy algunos consejos para mejorar el pequeño déficit del habla que tiene: debe de utilizar mucho las manos y la expresión de la cara; le explico la importancia de la comunicación no verbal. Le propongo un juego: debe de intentar decirle algo a su acompañante sin hablar, solo con gestos.

También le enseño dos ejercicios para mejorar la calidad articulatoria del habla: repetimos de forma aislada algunos fonemas en los que he identificado dificultad y después los combina con distintas sílabas para formar palabras. También repetimos frases enteras y practicamos con trabalenguas.

Por último, converso con la paciente acerca de cómo se siente al vivir esta situación que es nueva para ella, animándole a expresar sus sentimientos y sensaciones. Me cuenta que está un poco deprimida y que no puede dormir, no sabe si será capaz de superar los problemas que tiene. Por mi parte, le cuento las virtudes que tiene e intento animarla. Le digo que por su juventud tiene más posibilidades de recuperar todas sus funciones y que además hoy haciendo los ejercicios la he notado muy dispuesta y concentrada, y que si sigue así seguro que le va a ir bien. Además, practicamos una técnica de relajación con ejercicios respiratorios para que la realice antes de dormir y cada vez que sufra episodios de ansiedad.

Para finalizar la sesión le pido que practique los ejercicios que hemos ensayado tantas veces como quiera y que en la próxima sesión me pregunte todas las dudas que tenga. También hablo con su marido, que me cuenta que el va a estar todos los días con ella puesto que le han dado días libres en su trabajo. Me cuenta que está preocupado porque la nota decaída y me asegura que va a apoyarla todo lo que pueda en su recuperación.

- **Segunda sesión:** Día 22/03/2015. La paciente se encuentra en su habitación acompañada por su marido y su hija mayor.

Lo primero que hago es preguntarle a la paciente como se encuentra y si ha ido haciendo los ejercicios que vimos el primer día. Se muestra más animada y dice que va notando un poco de mejoría tanto en la movilidad y el control de su mano derecha como en a la hora de hablar. Me cuenta que el ejercicio que más le cuesta es el de introducir las bolitas de

papel en la botella y que por eso es el que más está practicando; y que practica todo lo que puede porque además así se aburre menos. También me cuenta que se ha dado cuenta de que cuando más nerviosa se pone es cuando hay mucha gente en la habitación, es en esos momentos cuando le cuesta más pronunciar las palabras y le produce bastante ansiedad el tener a muchos visitantes a la vez en la habitación.

Repaso con ella todos los ejercicios y efectivamente compruebo que ha avanzado bastante. La movilidad de la muñeca está casi intacta y el movimiento de pinza con pulgar, índice y corazón lo realiza bien; por el contrario, sigue teniendo algunos problemas con la movilidad del dedo anular y meñique.

Con respecto al déficit del habla, compruebo que utiliza bastante las manos, expresiones faciales y en definitiva el lenguaje no verbal, siempre acompañado del lenguaje hablado. El déficit es muy pequeño, ya solo se le nota un pequeño problema a la hora de pronunciar la “r”, pero se le entiende perfectamente lo que quiere decir. Su marido me cuenta que ha notado que cuando se pone más nerviosa es cuando “tartamudea” más, por lo que quizás los episodios de ansiedad estén relacionados con una mayor dificultad a la hora de hablar.

Anímicamente la paciente se encuentra mejor. Me cuenta que conforme tiene la mano derecha ahora podría volver a trabajar en su peluquería perfectamente, aunque le gustaría recuperar la movilidad y el control total. Me muestro muy contenta y la felicito por su gran progreso.

Para finalizar la sesión realizo un balance general con la paciente y sus dos acompañantes sobre lo que creen que es más prioritario que trabajemos en la próxima sesión. Todos creen que es importante que trabajemos en el tema de los episodios de ansiedad, puesto que es lo que más problema le causa ahora mismo. Acordamos trabajar prioritariamente en ese tema en la siguiente sesión y realizar una evaluación general de los demás temas. Le pido que siga haciendo los ejercicios y que mantenga la buena actitud que ha tenido hasta ahora y que tan buen resultado le está dando.

- **Tercera sesión:** Día 24/03/2015. En el turno de mañana el enfermero que lleva a la paciente me comenta que va a recibir el alta esta misma tarde. La paciente se encuentra en su habitación junto a su marido.

La paciente se encuentra animada, especialmente porque ya sabe que le van a dar el alta esta tarde. Le pregunto si sigue teniendo muchos episodios de ansiedad y reconoce que está mejor en ese sentido porque ha pedido a sus familiares que no vayan a verla todos a la vez, y porque cuando sabe que va a recibir visitas hace un esfuerzo por tranquilizarse a través de las técnicas de relajación que aprendió. Compruebo por tanto que la paciente reconoce los momentos en los que sufre ansiedad y activa mecanismos de defensa para evitarlos. Le felicito porque lo está haciendo muy bien en ese sentido y le explico que lo más importante es que ella identifique esas situaciones que le hacen estar más nerviosa e intentar controlar la situación por sí misma.

También noto que la paciente tiene la autoestima más alta. Se siente más preparada para volver a trabajar pronto y tomar el control de su vida como hacía antes. Reconoce cuando lo hace bien y también cuando necesita mejorar, pero no se hunde cuando no le salen bien los ejercicios, si no que lo intenta con más fuerza.

Con respecto al trastorno del habla, prácticamente está solucionado y la paciente se comunica perfectamente. Solamente queda una pequeña dificultad a la hora de pronunciar la “r” en algunos casos, no siempre. Le explico a la paciente que cuando reciba el alta puede acudir a un foniatra o un logopeda si desea seguir trabajando en ese aspecto con un profesional.

Finalmente, el problema de la movilidad de la muñeca y dedos de la mano derecha, que era lo que en principio más preocupaba a la paciente, también compruebo que está casi solucionado. La movilidad de la muñeca es buena y controla bastante bien el movimiento. Los dedos pulgar, índice y corazón los controla perfectamente, mientras que anular y meñique también los controla pero con mayor dificultad. Se muestra especialmente contenta con el avance en este sentido, ya que para ella una de las cosas más importantes era volver a trabajar y está segura de que tal y como está ahora mismo no tendrá problemas para llevar bien su peluquería y utilizar todas las herramientas que necesita para hacer su trabajo como tijeras, peines, pinzas, etc.

En general la paciente y su acompañante se muestran bastante satisfechos con la evolución que ha tenido. Me dan las gracias y yo los felicito porque la actitud ha sido excelente y le aseguro que eso ha contribuido mucho a los buenos resultados que ha obtenido.

5.5 EVALUACIÓN Y RESULTADOS DEL PLAN DE CUIDADOS

Tras llevar a cabo las actividades que se habían propuesto en la planificación, a continuación se presenta la evaluación de dichas intervenciones, es decir, la demostración de que el plan de cuidados que hemos llevado a cabo ha sido finalmente efectivo y beneficioso para la paciente.

Para demostrar lo dicho, se utilizaron los indicadores correspondientes a cada resultado NOC y expuestos anteriormente en la tabla 3, a través de las puntuaciones obtenidas en la escala Likert antes y después de la intervención, y comparándolas con las puntuaciones que nos habíamos marcado como objetivo (puntuaciones diana).

Si vamos haciendo la comparación diagnóstico por diagnóstico, podemos afirmar que el plan de cuidados ha sido efectivo, puesto que en todos los indicadores se ha obtenido una puntuación final más alta que la inicial, siendo solo en uno de ellos la puntuación final inferior a la diana.

En el primer diagnóstico, “deterioro de la movilidad”, los indicadores de movimiento articular de los dedos y muñeca de la mano derecha han pasado de 2 a 4 y de 3 a 5, respectivamente. Los indicadores de movimiento coordinado: control de movimiento y movimiento con la precisión deseada han pasado respectivamente de 4 a 5 y de 3 a 5 puntos.

En el diagnóstico “ansiedad”, los indicadores inquietud e irritabilidad pasan ambos de 2 a 4 puntos, mientras que el uso de técnicas de relajación sube desde 1 hasta 4 puntos y el

indicador “controla la respuesta de ansiedad”, sube de 2 a 3 puntos, siendo éste el único que no alcanza la puntuación diana.

Con respecto al “deterioro de la comunicación verbal” también han subido las puntuaciones de los indicadores. En concreto, el indicador “utiliza el lenguaje hablado” pasa de 4 a 5 puntos de la misma forma que “utiliza el lenguaje no verbal” pasa de 3 a 5 puntos.

Por último, dentro del diagnóstico “baja autoestima situacional”, los indicadores “expresa verbalmente capacidad para adaptarse a la discapacidad” e “informa de una disminución del estrés relacionado con la discapacidad”, así como el indicador “verbalización de la autoaceptación” pasan de 3 a 5 puntos; mientras que el indicador “nivel de confianza sube de 3 a 4 puntos.

De esta manera, comprobamos que hemos resuelto todos los diagnósticos que identificamos en la fase de planificación. Además, la paciente seguirá realizando consultas de enfermería en su centro de salud referente, por lo que podrá, con la ayuda de su enfermera de familia, seguir manteniendo estas buenas puntuaciones y mejorar el indicador que nos ha quedado más bajo.

6. DISCUSIÓN

El ACVA es una patología que afecta profundamente a la dimensión biopsicosocial de los pacientes que lo sufren. La atención de enfermería en estos casos es fundamental: la realización de planes de cuidados individualizados, a través del Proceso de Atención de Enfermería, como el que se propone en este trabajo, valoran las necesidades fundamentales del paciente y además previenen complicaciones, ya sean reales o potenciales, identificando posibles conductas, situaciones o factores de riesgo. Todo esto hace que el paciente y sus familiares confíen más en su enfermera, conocedora del problema; y que la relación con esta esté basada en la confianza y la seguridad, lo cual lleva a una mayor toma de partido por parte del paciente en su propia recuperación, fomentando la autonomía del paciente.

Además, favorece el desarrollo de la propia profesión enfermera, favoreciendo la continuidad de los cuidados, estableciendo objetivos comunes y garantizando una atención de una mayor calidad.

En nuestro caso, que coincide con la afirmación de Plakht, Y, de que la incidencia en mujeres menores de 65 años está aumentando, se añade que la paciente es una mujer trabajadora, autónoma y menor de cincuenta años, lo que hace que la dimensión psicológica juegue un papel fundamental en este caso, puesto que la ansiedad (que puede derivar en depresión) y la baja autoestima, si no se tratan con la prioridad que merecen, entorpecerán bastante la rehabilitación de las funciones físicas alteradas como pueden ser la movilidad de extremidades y el habla⁹. En nuestro caso, la paciente presenta todas estas complicaciones: deterioro de la movilidad, el cual se refleja en una disminución de la movilidad y el control de la mano derecha (muy importante para la paciente, diestra y con un trabajo en el que la destreza manual es clave); trastorno del habla, en concreto disartria; ansiedad y también baja autoestima. Será por tanto de vital importancia en nuestro caso centrar la atención, como hemos dicho, en ambas dimensiones: física y psicológica.

De esta manera, tras aplicar nuestro plan de cuidados, vemos que se cumple lo expuesto en el artículo de Arias Cuadrado: las actuaciones en la fase aguda del ACV, es decir en la semana inmediatamente posterior al episodio, pueden reducir notablemente las complicaciones posteriores, así como la dependencia; y pueden favorecer la vuelta del cerebro a sus funciones normales tras la isquemia¹².

Es lógico, por tanto, que si, como afirman autores como Korpershoek et al, el ACVA es la primera causa de dependencia, las intervenciones de enfermería y las de nuestro caso en concreto estén orientadas precisamente a prevenir dicha dependencia. Haciendo especial hincapié en la ansiedad y la baja autoestima, síntomas que están estrechamente ligados a la depresión y, lo que es más importante, también al nivel de funcionalidad física. Es decir, si se actúa sobre los factores psicológicos a la vez que sobre los factores físicos el nivel de funcionalidad física del paciente será mucho más alto al final de la rehabilitación¹⁹. Como se puede observar esto coincide con uno de los dogmas de la enfermería, que a veces por motivos injustificados pasamos por alto: la atención al paciente debe ser integral, atendiendo a todas sus dimensiones y no sólo a la dimensión física.

Es por ello que me parece muy interesante y necesaria la creación o la instauración de unidades especiales de ACVA en los hospitales, puesto que la atención especializada puede ser la llave hacia la disminución de las cifras de dependencia y mortalidad por ACVA actuales y mejoraría exponencialmente los cuidados que hasta ahora se vienen dando en los hospitales. Además, los recursos económicos que se necesitan para llevar a cabo la rehabilitación de estos pacientes no son demasiado elevados, de hecho, el coste económico del plan de cuidados que se ha llevado a cabo en este caso ha tenido coste cero. Lo único que se necesita es un equipo de profesionales bien formados en el tema y un paciente que quiera recuperarse.

Igualmente, llama la atención los pocos estudios acerca de este tema que se han publicado en España. Se necesitan más investigaciones acerca de la epidemiología y la rehabilitación del ACVA en España, puesto que la mayoría de los datos con los que se puede trabajar actualmente provienen de otros países como EEUU, Reino Unido, Holanda o Escandinavia.

7. CONCLUSIONES

Tras desarrollar y analizar toda la información y el trabajo contenido en este caso, se obtienen las siguientes conclusiones:

- La atención de enfermería, a través de planes de cuidados individualizados, es fundamental en la recuperación del ACVA.
- En mujeres jóvenes que sufren un ACVA, será especialmente importante actuar sobre la ansiedad y para mejorar la autoestima de la paciente, puesto que dicha ansiedad y el miedo a no poder seguir con su vida normal entorpecen notablemente la recuperación.
- En ACVA de hemisferio izquierda, será importante recuperar cuanto antes la movilidad de la mano derecha (en caso de estar afectada), dado que de lo contrario el paciente pierde la capacidad de realizar Actividades Básicas de la Vida Diaria tales como la alimentación o el autocuidado.

A pesar de que el tema del trabajo es complejo, para mí ha sido muy gratificante puesto que he podido comprobar cómo la paciente realmente ha mejorado gracias a este plan de cuidados en aspectos que para ella eran muy importantes. Además, este trabajo me ha hecho aumentar mucho mi capacidad a la hora de valorar de manera integral a un paciente,

analizar la información obtenida y elaborar un plan de cuidados individual, adquiriendo más destreza en el uso de las taxonomías NANDA, NIC y NOC, así como aumentar mis habilidades de contacto con el paciente y, por último pero no por ello menos importante, adquirir gran cantidad de conocimientos sobre un tema tan interesante como el ACVA.

Por último, como futuras líneas de trabajo e investigación se propone el uso del Proceso de Atención de Enfermería, así como la instauración de unidades de ACVA en los hospitales; todo acompañado de más estudios e investigaciones relacionadas con la rehabilitación y la epidemiología del ACVA en España.

8. BIBLIOGRAFÍA

¹ López Espuela F, Jiménez Gracias MA, Luengo Morales E, Blanco Gazapo A, Márquez Caballero J, Bravo Fernández S et al. Estudio descriptivo de los pacientes asistidos en una unidad de ictus en la Comunidad de Extremadura. *Enferm Intensiva* [Internet]. 2011 [consultado 20/03/2014]; 22(4):138-143.

Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-estudio-descriptivo-los-pacientes-asistidos-90035659>

². Moldes Moro RM. Enfermería médico-quirúrgica III: Sistema Neurosensorial, Enfermedad cerebrovascular. Manual CTO de Enfermería. 6ª ed. Madrid: CTO Editorial; 2014. p. 950-955.

³ Fernández Benito RE, López Lojo N, Martín Toral S, Zubillaga Cué E. Plan de cuidados de enfermería estandarizado del paciente con ictus. *Nuber Científ* [Internet]. 2012 [consultado 20/03/2014]; 1(7): 60. Disponible en:

http://www.enfermeriacantabria.com/web_enfermeriacantabria/docs/NC_7.pdf

⁴Kroeders R, Bernhard J, Cumming T. Physical inactivity, depression and anxiety in acute stroke. *INT J THER REHABIL* [Internet]. 2013 [consultado 21/03/2014]; 20 (6): 289-293. Disponible en:

<http://0-web.b.ebscohost.com/avalos.ujaen.es/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=c71a9b85-282d-4f3c-8c89-5bbc74106524%40sessionmgr198&vid=9&hid=118>

⁵ Drake RL, Wayne A, Mitchell A. Cabeza y cuello: anatomía regional, encéfalo e irrigación. *Gray Anatomía para estudiantes*. 2ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2010. p. 839

⁶Palanco González E, Vázquez Hachero G, Rodrigo Mata MT, Quintero Leandro M, Ponce Domínguez J. Prevención secundaria y rehabilitación tras sufrir un Accidente Cerebro Vascular (ACV). *Rev Paraninfo Digital* [Internet]. 2008 [Consultado 21/03/2015]; 3. Disponible en: <http://0-www.index-f.com/avalos.ujaen.es/para/n3/p167.php>

⁷Ravera Franco U, Valenzuela F, Yáñez A. Microanatomía de la arteria cerebral posterior. Rev. chil. neuro-psiquiatr [Internet] 2002 [Consultado 21/03/2015]; 40(2):57-68. Disponible en :

http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272002000200007&script=sci_arttext

⁸Doyle S, Bennett S, Fasoli SE, McKenna KT. Interventions for sensory impairment in the upper limb after stroke. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet] 2010 [Consultado 23/03/2015]; Issue 6.

Disponible en: <http://www.bibliotecacochrane.com/PDF/CD006331.pdf>

⁹ Plakht, Y. Stroke Hospitalizations Over Three Decades: Lower for Men, Unchanged for Women: A Population-Based Study. J Women's Health [Internet]. 2014 [consultado 23/03/2015]; 23(4): 296-301 .

Disponible en: <http://online.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/jwh.2013.4591>

¹⁰ Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008. Disponible en:

<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EstrategiaIctusSNS.pdf>

¹¹ Diaz-Guzmán J, Egido Herrero JA, Gabriel Sánchez R, Barberá G, Fuentes B, Fernández Pérez C et al. Incidencia de ictus en España. Bases metodológicas del estudio Iberictus. REV NEUROL [Internet]. 2008 [Consultado 23/03/2015]; 47(12):617-623.

Disponible en: <http://www.neurologia.com/pdf/Web/4712/ba120617.pdf>

¹²Arias Cuadrado A. Rehabilitación del ACV: evaluación, pronóstico y tratamiento. Galicia Clin [Internet]. 2009 [consultado 23/03/2015]; 70(3):25-40.

Disponible en: <http://galiciaclinica.info/PDF/5/81.pdf>

¹³ Lawrence M. Young adults experience of stroke: a qualitative review of the literature. British Journal of Nursing [Internet]. 2010 [Consultado 27/03/2015]; 19(4):241-250.

Disponible en:

<http://0-web.b.ebscohost.com/avalos.ujaen.es/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=c71a9b85-282d-4f3c-8c89-5bbc74106524%40sessionmgr198&vid=23&hid=118>

¹⁴Ennen K, Beamon E. Women and stroke knowledge: influence of age, race, residence location and marital status. Health Care for Women Int [Internet]. 2012 [Consultado 27/03/2015]; 33:922-942.

Disponible en: <http://0-dx.doi.org/avalos.ujaen.es/10.1080/07399332.2012.673662>

¹⁵Norman L. Stroke rehabilitation: promoting physical recovery. NRC [Internet]. 2014 [Consultado 27/03/2015];16(12):699-702.

Disponible en:

<http://0-web.b.ebscohost.com/avalos.ujaen.es/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=c71a9b85-282d-4f3c-8c89-5bbc74106524%40sessionmgr198&vid=28&hid=118>

¹⁶Querejeta González M. Discapacidad/dependencia: Unificación de criterios de valoración y clasificación [Internet]. Madrid: IMSERSO; 2004 [Consultado 27/03/2015]. Disponible en: <http://usuarios.discapnet.es/disweb2000/cif/discapacidad-dependencia.pdf>

¹⁷Bakken L, Kim H, Finset A, Lerdal A. Stroke patients functions in personal activities of daily living in relation to sleep and sociodemographic and clinical variables in the acute phase after first time stroke and at six months of follow-up. *Journal of Clinical Nursing* [Internet]. 2012 [Consultado 27/03/2015]; 21:1886-1895.
Disponible en: <http://0-dx.doi.org/avalos.ujaen.es/10.1111/jan.12228>

¹⁸Lemone P, Burke K. Asistencia de Enfermería de los pacientes con trastornos cerebrovasculares y de la médula espinal. En: Martín-Romo M, Martínez M, editores. *Enfermería médicoquirúrgica: pensamiento crítico en la asistencia del paciente*. Vol. II. 4ª ed. Ed: Person Educación; 2009. p. 1578-1616.

¹⁹Korpershoek C, Van der Bijl J, Hafsteindóttir T . Self-efficacy and its influence on recovery of patients with stroke: a systematic review. *JAN* [Internet] 2011 [Consultado 31/03/2015]; 67(9):1876-1894.
Disponible en: <http://0-dx.doi.org/avalos.ujaen.es/10.1111/j.1365-2648.2011.05659.x>

²⁰Herdman TH, editora. *NANDA international. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2012-2014*. Barcelona: Elsevier; 2013.

²¹Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E, editoras. *Clasificación de resultados de enfermería (NOC)*. 4ª ed. Madrid: Elsevier; 2009.

²²Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey-Dochterman J, editoras. *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)*. 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2009.