



XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE SANIDADE



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

GRADO EN ENFERMARÍA

Curso académico 2013-2014

TRABAJO FIN DE GRADO

Cognición/percepción en el ACV: a propósito de un caso

Uxía López Sobrino

Tutora:

Inés Fernández Fraga

Presentación del trabajo en Mayo/2014

ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA A CORUÑA

UNIVERSIDADE DA CORUÑA

Índice

Resumen	1
Introducción	3
Desarrollo	8
Discusión y conclusión	19
Consideraciones ético-legales	22
Agradecimientos	23
Bibliografía	24
Anexos	26

RESUMEN

El ACV (accidente cerebrovascular) es un conjunto heterogéneo de distintos trastornos que hacen referencia a la circulación cerebral. Además de producir diferentes déficits funcionales y estructurales, origina diversos tipos de limitaciones funcionales y restricción en la participación social. Los déficits cognitivo perceptuales suponen un incremento de la morbi-mortalidad.

Objetivos: Los objetivos de este trabajo son realizar un plan de cuidados de un paciente con ACV centrándonos en el dominio 5 de la taxonomía NANDA II, concretamente los diagnósticos Desatención unilateral y Confusión aguda; y evaluar la eficacia de dicho plan.

Discusión y conclusión: El plan de cuidados establecido ha demostrado su eficacia en la resolución de los problemas seleccionados. Así mismo la resolución de estos problemas ha incidido positivamente en la recuperación general de la paciente.

Palabras clave: Accidente cerebrovascular; NANDA; NOC; NIC; Atención en enfermería; planificación en enfermería; diagnóstico enfermero, Desatención unilateral, Confusión aguda.

RESUMO

O ACV (accidente cerebrovascular) é un conxunto heteroxéneo de distintos trastornos que fan referencia á circulación cerebral. Ademais de producir diferentes déficits funcionais e estruturais, orixina diversos tipos de limitacións funcionais e restricción na participación social. Os déficits cognitivo perceptuais supoñen un incremento da morbi-mortandade.

Obxectivos: Os obxectivos deste traballo son realizar un plan de coidados dun paciente con ACV centrándonos no dominio 5 da taxonomías NANDA II, concretamente nos diagnósticos Desatención unilateral e Confusión aguda, e avaliar a eficacia de dito plan.

Discusión e conclusión: O plan de cuidados establecido demostrou a súa eficacia na resolución dos problemas seleccionados. Así mesmo a resolución destes problemas incidiu positivamente na recuperación xeral da paciente.

Palabras clave: Accidente cerebrovascular; NANDA; NOC; NIC; atención en enfermaría; planificación en enfermaría; diagnóstico enfermeiro; desatención unilateral; confusión aguda.

ABSTRACT

Stroke is a group of different disorders concerning the brain's circulation. It produces functional and structural defects, furthermore it makes different kinds of functional limitations and restrictions in social life. The cognitive perceptual defects involve an increment of morbidity and mortality.

Objective: The objective of this essay are the realization of a care planning of a patient diagnosed stroke, focusing the 5 domain in NANDA II's domain 5th, specifically in the diagnosis Unilateral neglect and Acute confusional state, and appraising that care planning.

Discussion and conclusión: The established care planning proved its efficacy solving the selected problems. Also solving those problems helped the general recovery.

Key words: Stroke; NANDA; NOC; NIC; nursing care; nursing diagnosis; patient care planning; unilateral neglect; acute confusional state.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad cerebrovascular (ECV), también denominada accidente cerebrovascular (ACV) o ictus es un conjunto heterogéneo de distintos trastornos que hacen referencia a la circulación cerebral. Se producen por la interrupción o disminución del aporte sanguíneo al cerebro¹. Además de producir diferentes déficits funcionales y estructurales, origina diversos tipos de limitaciones funcionales y restricción en la participación social². La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo define como: "Síndrome clínico caracterizado por el rápido desarrollo de síntomas y/o signos correspondientes usualmente a función neurológica focal, y a veces global que persisten más de 24 horas o conducen a la muerte sin otra causa aparente más que la de origen vascular". Esta definición excluye al accidente isquémico transitorio (AIT) ya que este se resuelve en menos de 24 horas³.

Representa el 90% de las enfermedades neurológicas y constituye la tercera causa de muerte en la mayoría de los países desarrollados; en España representa la primera causa de muerte en mujeres de 75 años o más de edad¹. En Europa mueren 650.000 personas anualmente por esta causa y, de ellos, 40.000 son españoles. Al año se detectan unos 120.000 casos nuevos, cada seis minutos se produce un ictus en España⁴.

Así mismo según datos de la OMS, el ACV afecta a 15 millones de personas al año, de las cuales un tercio fallece y otro tercio queda discapacitado de manera permanente⁵. Existen numerosos estudios y datos epidemiológicos debido a la gran magnitud de esta patología^{1,2,4,5,6}.

Los resultados preliminares del estudio IBERICTUS, el estudio de mayor base poblacional hasta la fecha en nuestro país, muestran unas tasas crudas de incidencia de 155 casos por 100.000 habitantes/año para la población total, pero al desagregar las tasas por edad se observa que para los grupos de edad de 18 a 64 años las tasas de incidencia de ictus son de 39 casos por 100.000 habitantes/año mientras que para mayores de 64 años la tasa alcanza los 591 casos por 100.000 habitantes/año. Teniendo en cuenta las proyecciones

demográficas de la OMS, entre el 2000 y el 2025 la incidencia de ictus aumentará un 27% en los países europeos⁵.

Según la naturaleza de la lesión el ACV puede ser isquémico o hemorrágico.

En el hemorrágico existe extravasación de sangre intracranalmente, por la ruptura de un vaso, mientras que en la isquémica hay una importante disminución del flujo sanguíneo cerebral, produciéndose necrosis tisular por daño neuronal irreversible (también conocido como infarto cerebral)⁷.

Las ECV también pueden ser asintomáticas. Éste es el caso de pequeños infartos o hemorragias cerebrales localizados en zonas que apenas expresan sintomatología; o de estenosis u oclusiones arteriales que no llegan a provocar isquemia gracias a la existencia de una buena circulación colateral⁷.

Las hemorragias cerebrales (HC) se producen cuando la interrupción de sangre al tejido cerebral es ocasionada por la rotura de un vaso (p. ej., rotura de un aneurisma). La sangre se extravasa al interior del parénquima encefálico (ganglios basales, tálamo y lóbulos frontales) y/o al espacio subaracnoideo. Acostumbran a producirse de forma súbita, dando lugar a una intensa afección neurológica, destruyendo las neuronas de la zona hemorrágica. Las HC se clasifican en intracerebrales (HIC) y subaracnoideas (HSA), y a partes iguales, representan el 20% de las ECV¹.

Las HIC se localizan, fundamentalmente, en los ganglios basales, el tálamo, el cerebelo y el tronco encefálico. A menudo, la causa directa es la HTA (hipertensión arterial), aunque pueden existir otras causas¹.

Se observa, la existencia de un marcado gradiente norte-sur. En la mitad sur de España la tasa de mortalidad por estas causas es mayor al promedio del total del país, mientras que las regiones del norte se encuentran por debajo de dicho promedio. Además España presenta una mortalidad inferior para ambos sexos si se compara con los países del norte de Europa, como los Países Bajos, Suiza, Irlanda, Islandia y los países nórdicos^{5,6}.

Al margen de la alta incidencia, prevalencia o tipo, el ACV es un episodio grave, que en un elevado porcentaje de pacientes deja secuelas permanentes; de

hecho es la primera causa de discapacidad aguda en mayores de 65 años y la segunda causa de demencia tras el Alzheimer⁵.

Las secuelas derivadas de los ACV varían según la gravedad del episodio, seguimiento y atención recibida. En un estudio realizado en nuestro país hasta el 45% de los pacientes vivos a los tres meses presentaban discapacidad moderada o severa. Entre la población dependiente por ictus lo más frecuente (45%) es que se haya producido un deterioro tanto físico como mental, según el informe ISEDIC (impacto social de los enfermos dependientes por ictus). El 57,4% de los enfermos dependientes estudiados padecía secuelas mentales tras el episodio y el 79,1% secuelas físicas. Se estima que en España hay hasta 350.000 personas discapacitadas por ictus⁵.

Las consecuencias del ACV, son citadas en numerosos artículos, en los que se aprecia la magnitud del problema^{1,2,3,5,6,8,9}. Debemos tener en cuenta que son múltiples y de diversos ámbitos:

- Socioeconómico: Es una de las cuestiones más importantes en la evaluación de las consecuencias originadas por el ACV. Se necesitaran diversos materiales para los cuidados de paciente crónico y a su vez, en muchas ocasiones el paciente quedará incapacitado para ejercer su actividad laboral habitual, viéndose afectada la economía familiar por la incapacidad laboral y en ocasiones por la necesidad que se crea de un aumento de personal para el cuidado del paciente que es parcial o totalmente dependiente. También se ve muy afectada la economía del sistema sanitario que da soporte al usuario. Se origina un incremento del gasto sanitario sobre todo cuando se deriva en una cronificación de un problema en principio agudo³.

En nuestro país consumen cerca del 4% del gasto sanitario total^{4,5,6,10}, con unos costes sanitarios directos aproximados de entre 5.000-5.800 euros por paciente durante el primer año posterior⁵.

- Familiar: La mayoría de la veces la familia actuara como nexo de unión entre el equipo sanitario y el paciente. De modo que la vida familiar se ve afectada siempre, aún más cuando el problema se perpetúa, que será cuando la dependencia, en mayor o menor medida, precise de otras personas para el

cuidado, motivo por el cual se deberá llevar a cabo una reestructuración en las actividades familiares para adaptarlas a las nuevas circunstancias^{3,8}.

- Personal: Alrededor del 75% de los supervivientes del accidente cerebrovascular, presentará disfunción ejecutiva⁹.

Cuando el paciente queda en un estado de dependencia tras sufrir un ACV, se ve inmerso en una situación que en principio no acepta o lo hace con mucha dificultad debido a la pérdida de autonomía en sus actividades básicas de la vida diaria (ABVD), a la necesidad de implicación de otras personas en su cuidado y al sufrimiento que origina el problema en sí. Así pues, se verán afectadas una gran cantidad de las necesidades básicas, siempre dependiendo del grado de afectación o tipo de ACV³.

La recuperación del ictus es compleja y multidimensional, ya que engloba aspectos físicos, emocionales y sociales, además de estar influida por el lugar de la lesión, la severidad del daño cerebral y la salud global de la persona afectada. Un tercio de los pacientes con ECV son capaces de volver a trabajar al año del episodio, la mitad no necesita ayuda para sus actividades cotidianas, el 20% necesita ayuda en determinadas ocasiones y otro 20% es dependiente en mayor o menor medida^{6,11}.

Son numerosos los problemas que presentan estos pacientes que las enfermeras identifican y tratan de manera independiente o colaborando con otros profesionales de la salud. Consideramos que el grado de recuperación tiene una relación directa con la adecuación de los cuidados administrados. Con frecuencia estos pacientes presentan problemas de cognición/percepción, como son la Confusión aguda y la Desatención unilateral, que observamos en el caso motivo de estudio, ambos incluidos en el dominio 5 de la taxonomía diagnóstica de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) II¹².

Los problemas que afectan a la dimensión cognitivo perceptual suponen un obstáculo en la evolución de los pacientes con ACV, ya que éstos aumentan la morbi-mortalidad y se relacionan con un aumento de la estancia hospitalaria¹². Además constituyen una dificultad en la resolución de otros problemas que puedan presentar. La recuperación o mejoría del paciente en esta dimensión

contribuirá significativamente a la recuperación de su máximo grado de independencia.

Por ello nos hemos propuesto como objetivos de este trabajo realizar:

- El plan de cuidados de un paciente con ACV hemorrágico en relación a los diagnósticos Desatención unilateral y Confusión aguda.
- La valoración de la efectividad de dicho plan mediante la medición de resultados.

DESARROLLO

Para el desarrollo del trabajo se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica en diversas bases de datos: Elsevier, Pubmed, Lilacs, Cochrane y Cuiden. También se ha consultado directamente páginas web de asociaciones científicas relacionadas con la Neurología y/o metodología enfermera.

Para la búsqueda en bases de datos se han utilizado los siguientes descriptores:

- Accidente cerebrovascular o Stroke.
- Diagnóstico enfermero o nursing diagnosis.
- Atención en enfermería o nursing care.
- Planificación de enfermería o patient care planning.
- NANDA¹²
- NOC¹⁴ (Nursing outcomes classification)
- NIC¹⁵ (Nursing interventions classification)

Además de artículos y documentos vía Internet, también se han consultado libros sobre el ACV y cuidados de enfermería y los manuales NANDA II¹², NOC¹⁴ y NIC¹⁵.

En el caso clínico se ha seguido el modelo de Virginia Henderson, basado en las 14 necesidades que nos aporta por un lado un marco conceptual sobre el cual asentar la base de los cuidados y por otro una guía para realizar la valoración.

En la identificación de los diagnósticos de enfermería se ha utilizado la taxonomía NANDA II¹² para enunciar las etiquetas de diagnósticos enfermeros. Para cada diagnóstico se han seleccionado los resultados NOC¹⁴ e indicadores que se consideraron adecuados a la situación. Y por último, se establecieron las intervenciones de enfermería en base a la taxonomía NIC¹⁵, con las actividades necesarias para la consecución de los resultados.

La taxonomía NANDA II¹² tiene tres niveles: dominios, clases y diagnósticos enfermeros:

- Un dominio es una esfera de conocimiento, estudio o interés.
- Una clase es un grupo, género o clase que comparte atributos comunes.
- Un diagnóstico es un juicio clínico que formulan los enfermeros sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad a las afecciones o procesos vitales.

El dominio 5, percepción/cognición, se define como “Sistema de procesamiento de la información humana que incluye atención, orientación, sensación, percepción, cognición y comunicación”. Este dominio se divide en 5 clases.

La clase 1. **Atención:** Disponibilidad mental de percibirse de algo. Es en la que está incluido el diagnóstico:

00123 Desatención Unilateral: Deterioro de la respuesta sensorial y motora, la representación mental y la atención del cuerpo y el entorno correspondiente, caracterizados y la falta de atención a un lado y una atención excesiva al lado opuesto.

La desatención del lado izquierdo es más persistente y severa que la del lado derecho.

En la Clase 4. **Cognición:** Uso de la memoria, el aprendizaje, el pensamiento, la solución de problemas, la abstracción, el juicio, la introspección, la capacidad intelectual, el cálculo y el lenguaje. Es aquí donde encontramos el diagnóstico:

00128 Confusión aguda: Inicio brusco de trastornos reversibles de la conciencia, atención, conocimiento y percepción que se desarrollan en un corto período de tiempo.

La elección del modelo de Virginia Henderson y la utilización de la taxonomía NANDA II¹², se han basado en su implantación y aceptación en nuestro entorno enfermero tanto profesional como académicamente.

La taxonomía NOC¹⁴ es una organización sistemática de resultados en grupos o categorías basadas en semejanzas, diferencias y relaciones entre los resultados. Su estructura tiene cinco niveles: dominios, clases, resultados, indicadores y medidas.

Entenderemos por resultado “un estado, conducta o percepción de un individuo, familia o comunidad medida a lo largo de un continuo en respuesta a intervenciones de enfermería”. Cada resultado tiene asociado un grupo de indicadores que son utilizados para determinar el estado del paciente en relación al resultado.

La medición de los resultados se hace mediante Escala tipo Likert de cinco puntos que cuantifica el estado del resultado o indicador de un paciente en un continuo desde el menos al más deseable y proporciona una puntuación en un momento dado. La medición reflejará un continuo, como por ejemplo 1 = gravemente comprometido; 2 = sustancialmente comprometido; 3 = moderadamente comprometido; 4 = ligeramente comprometido; 5 = no comprometido.

La taxonomía de la NIC¹⁵ es una organización sistemática de las denominaciones de las intervenciones en función de las similitudes de lo que puede considerarse como estructura conceptual. La estructura de taxonomía de la NIC¹⁵ tiene tres niveles: campo, clases e intervenciones.

Las intervenciones están definidas como: Todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente. Las intervenciones de enfermería incluyen tanto cuidados directos como indirectos, dirigidos a la persona, la familia y la comunidad, como tratamientos puestos en marcha por profesionales de enfermería, médicos y otros proveedores de cuidados. Cada NIC¹⁵ se desglosa en diversas actividades, para poner en práctica una intervención se requiere una serie de actividades.

Las actividades son acciones que realiza la enfermería para llevar a cabo una intervención y que ayudan al paciente / cliente a avanzar hacia el resultado deseado. Las actividades de enfermería se traducen en una acción concreta.

La elección de la taxonomía NOC¹⁴ y NIC¹⁵ viene justificada por su reconocimiento a nivel internacional en la planificación enfermera. Si bien en la actualidad no se utiliza ampliamente en la práctica clínica asistencial en nuestro entorno, sí se utiliza en el ámbito académico y científico.

Presentación del caso: Mujer de 70 años que acude al servicio de urgencias del hospital tras sufrir un episodio de hemiparesia izquierda.

Presenta además de la hemiparesia; bradipsiquia, ligera desviación oculocefálica hacia la derecha y disartria con desviación de la comisura bucal llamativa. C.O.C. (Consciente, Orientada y Colaboradora)

Exploración física en el servicio de urgencias:

TA (Tensión Arterial):153/101

FC (Frecuencia Cardíaca):98 lpm

Tº (Temperatura): 36,4ºC (axial)

Glasgow 15

Se le realiza TAC (Tomografía Axial Computerizada) craneal que evidencia hemorragia intraparenquimatosa occipito-parietal derecha. Tras el manifiesto por parte del servicio de neurocirugía de que no necesitaba intervención quirúrgica, es ingresada en el servicio de UCI (Unidad de Cuidados Intensivos).

La paciente ingresa hemodinámicamente estable en la UCI.

TA :172/99-PNI:141/81

FC: 93 lpm

FR (Frecuencia respiratoria):18 rpm

Saturación: 98%

Tº: 36,3ºC

Pupilas isocóricas y normoreactivas. Desviación oculocefálica hacia la derecha, dudosa hemianopsia derecha, desviación bucal derecha y hemiplejía izquierda.

Durante su estancia en la UCI la paciente permanece hemodinámicamente estable sin precisar medicación para control de la TA.

Neurológicamente estable sin presentar deterioro del Glasgow (oscilaciones entre 14-15), aunque con tendencia al sueño y con dificultades para despertar.

En cuanto al TAC realizado el sexto día, en comparación con el primero, no se evidencian modificaciones significativas.

En su ingreso en la planta de neurología viene con el siguiente tratamiento:

- ✓ Metilprednisolona 20 mg/8h.
- ✓ Sulfato de Zinc 300mg/24h.
- ✓ Lactulosa 10gx2/24h.
- ✓ Enalapril 10 mg/12h.
- ✓ Clexane 40 mg/ 24h.
- ✓ Ranitidina 150 mg (x2)/24h.
- ✓ Afol 5 mg al desayuno.
- ✓ Bromuro de ipatropio 500mcg/6h.
- ✓ Oxígeno (mantener saturación >93%)

La valoración enfermera inicial de la paciente se realiza en las primeras 24 horas de su ingreso en la unidad; los datos recabados se recogen en la tabla 1.

Para la elaboración del plan de cuidados (tablas 2 y 3) de ambos diagnósticos de enfermería hemos utilizado las taxonomías NOC¹⁴ y NIC¹⁵, y apoyándonos además, en aquellas referencias bibliográficas que nos aportaron información de interés para la situación que presenta nuestra paciente^{1,3,5,6,7,16,17}.

VALORACIÓN

Tabla 1.

<u>Oxigenación:</u>	Respiración eupnéica y vías permeables. Saturación de 98% con gafas nasales a 2 lpm.
<u>Nutrición-Hidratación:</u>	<p>Fumadora (6 cigarrillos al día antes de ingresar).</p> <p>Peso de 90 kg y altura de 1,70 aproximadamente. IMC: 30,5 (obesidad grado I).</p> <p>Dice que suele beber poco, solo toma agua con las comidas y con la medicación; le gusta comer de todo. Sus hijos comentan que le gustan mucho la coca-cola y que en casa tiende a abusar mucho de ésta.</p> <p>No presenta problemas para la deglución. Dieta blanda, de fácil masticación. A la hora de comer necesita ayuda para coger la comida con el tenedor, es capaz de llevar la comida a la boca, pero con dificultad.</p> <p>Su piel está bien hidratada.</p>
<u>Eliminación:</u>	<p>Sube de la UCI con sonda urinaria que se le retira en planta. Tras su retirada presenta cierta incontinencia por lo que se le deja colocado un pañal. Orina clara y transparente.</p> <p>Hábito de eliminación intestinal diario, de consistencia media y realizada sin gran esfuerzo. Está administrándosele lactulosa.</p>
<u>Movimiento:</u>	<p>Antes del ACV la paciente movilizaba todas las partes del cuerpo sin problemas. Realizaba las tareas de casa e iba a la compra, no solía practicar ninguna actividad física.</p> <p>Presenta hemiplejía izquierda, necesita ayuda para los autocuidados. En la escala Barthel, puntuación 20 (dependencia grave).</p> <p>Está encamada y necesita ayuda para pasar de la cama al sillón. Debido a su peso se necesita la utilización de una grúa.</p> <p>No tiene control del tronco en sedestación, no mantiene bipedestación ni puede ejecutar la marcha.</p>

<u>Sueño-descanso:</u>	Por la noche no duerme bien y se muestra alterada. A primera hora de la mañana se muestra somnolienta, y posteriormente a medio día vuelve con los episodios de alteración (coincidiendo con el momento en el que se la levanta al sillón).
<u>Vestido:</u>	Requiere ayuda total para vestirse. Es capaz de colaborar con el brazo derecho pasándolo por el hueco de la manga, pero no con el izquierdo, no lo reconoce.
<u>Termorregulación:</u>	Es friolera, duerme con dos mantas y cuando está en el sillón nos pide que le tapemos los pies. Febrícula de 37,3°C.
<u>Higiene:</u>	Piel, mucosas, cabello y uñas en buenas condiciones. La valoración en la escala de Braden adultos es de 14 (riesgo medio de generación de úlceras por presión). Se le realiza aseo en cama. Durante este se muestra irritada, profiriendo algún insulto al personal de enfermería y pidiendo que se la deje en paz.
<u>Evitar peligros:</u>	Ingresa somnolienta y con tendencia al sueño los primeros días. Conforme va estando más despierta se muestra desconfiada y expresa pensamientos incoherentes (“estoy en el hospital, esta es mi casa, vivo aquí”; “la enfermera no quiere que venga mi familia a verme, no los avisó de que estoy aquí y me tiene retenida”). Está consciente y orientada en cuanto a persona y a tiempo, pero no en lugar. Se realiza la valoración de riesgo de caídas con puntuación global de 3 (riesgo alto). No reconoce sus extremidades izquierdas, ignorándolas a la hora de colocarse o moverse.
<u>Comunicación:</u>	Mínima disartria apenas perceptible. Está casada, tiene una hija de 37 años, dos hijos de 40 y 32, y 3 nietos. Por las mañanas no recibe visitas; a la hora de comer viene la hija y por la tarde los hijos y el marido. Se muestra irritada con su familia, sobre todo cuando estos intentan explicarle la realidad de su situación, dice que le mienten.

<u>Creencias:</u>	Católica practicante.
<u>Realización y trabajo:</u>	Es ama de casa, realiza las tareas del hogar y cuida de sus nietos durante la semana.
<u>Ocio:</u>	Sus hijos comentan que suele ver “programas del corazón” y todos los partidos del Deportivo, del que es muy forofa. También disfruta cuidando de sus nietos.
<u>Aprendizaje:</u>	No valorable debido a su estado delirante.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Tabla 2

00128 CONFUSIÓN AGUDA¹²

Relacionado con ACV, delirio, hospitalización y edad avanzada, Manifestado por agitación creciente y percepciones erróneas.

NOC¹⁴: 0900 Cognición

Indicadores	Resultado inicial	Resultado final
090013 Comprende el significado de situaciones	2	4
09005 Está orientado	1	5
09006 Memoria inmediata	1	4

NOC¹⁴: 0916 Nivel del delirio

090601 Desorientación espacial	1	5
091602 Desorientación personal	5	5
090612 Verbalizaciones sin sentido	2	5
090616 Agitación	2	5
090619 Empeoramiento al anochecer	2	5
090621 Delirios	2	5

NIC¹⁶: 4720 Estimulación cognitiva

Actividades

- Consultar con la familia para establecer el nivel basal cognitivo de la paciente.
- Informar a la paciente sobre noticias de sucesos recientes que no supongan amenazas. Cómo por ejemplo comentar el tiempo, o hablar de fútbol con ella.
- Estimular la memoria repitiendo los últimos pensamientos expresados por el paciente.
- Orientar a la paciente en lugar; ya que en persona y tiempo está orientada.
- Hablar con la paciente, facilitando la expresión de sentimientos y percepciones.
- Colocar en la habitación objetos familiares, como fotos de sus nietos, o el cojín que tiene en la cama de su casa.
- Reforzar o repetir la información, dándola siempre en dosis pequeñas, concretas y de fácil entendimiento, solicitándole que lo repita, para asegurarnos de que lo haya entendido.

NIC¹⁶: 6440 Manejo del delirio

Actividades

- Identificar y descartar los factores etiológicos que causan el delirio. Comprobar saturación, comprobar que no exista retención urinaria...
- Cuando esté acompañada, utilizar a los acompañantes para que la vigilen en caso de agitación en lugar de recurrir a sujeciones mecánicas.
- Fomentar las visitas de sus familiares, incluso de sus nietos.
- No validar las percepciones incorrectas o interpretaciones imprecisas de la realidad debidas al delirio. Situarla explicándole calmadamente la realidad de la situación.
- Disponer de un ambiente de baja estimulación, retirando aquellos estímulos que pueda disponer una estimulación sensorial excesiva como la televisión, ruidos fuertes,...
- A la hora de acercarse a la paciente hacerlo lentamente y de frente, de manera que no se sobresalte, dirigiéndonos a la paciente por su nombre.

Tabla 3

00123 DESATENCIÓN UNILATERAL¹²

Relacionado hemiplejía izquierda causada por ACV en el hemisferio derecho manifestado por parece no tener conciencia de la posición de las extremidades desatendidas.

NOC¹⁴: 0918 Atención al lado afectado

Indicadores	Resultado inicial	Resultado final
091801 Reconocer el lado afectado como parte integral de sí mismo.	1	4
091803 Protege el lado afectado cuando se coloca.	1	4
091804 Protege el lado afectado cuando se traslada	1	3
091805 Protege el lado afectado durante el sueño o reposo	1	3
091806 Realiza actividades de la vida diaria con el lado afectado	1	4
091807 Organiza el entorno para compensar las deficiencias físicas o sensoriales	1	3
091808 Cambia la orientación del cuerpo para permitir que el lado no afectado compense los déficits físicos o sensoriales	1	4
091809 Utiliza el examen visual como estrategia compensadora	1	4
091810 Estimula la fuerza y destreza de la extremidad afectada	1	4
091811 Evita la infrautilización de la extremidad afectada	1	3
091812 Mantiene el control postural	1	5

NIC¹⁵: 2760 Manejo de la desatención unilateral

Actividades

- Observar si hay respuestas anormales a los tres tipos de estímulo; visual, auditivo y sensitivo.
- Explicar a la paciente en todo momento el cuidado que se le va a realizar, y hacerlo de manera que ella sea consciente de toda actividad que se le realice.
- Asegurar que las extremidades afectadas estén en una posición correcta y segura.
- Ayudar en los traslados de la paciente de cama al sillón, asegurando la seguridad del lado afectado.
- Se intentará centrar la atención del paciente en el lado afectado mediante recordatorios frecuentes.
- Mantener las barandillas laterales levantadas cuando está sola
- Enseñar a la paciente a realizar un examen visual completo, explorando su alrededor de izquierda a derecha, para que no mire solo el campo visual del lado no afectado.
- Realizar ejercicios pasivos de amplitud y masajes en el lado afectado.
- Animar a la paciente a tocar y utilizar la parte corporal afectada.
- Centrar gradualmente la atención del paciente en el lado afectado a medida que esta muestre capacidad de compensar la anulación. Animarla a que cuando esté comiendo con la mano derecha coloque su brazo izquierdo apoyado en la mesa, con la vista que controle la posición de su brazo y pierna izquierdos.
- Animar al paciente a asearse con el brazo derecho los miembros izquierdos (los afectados) a medida que vaya mostrando capacidad para compensar la anulación. A su vez, decirle que intente coger la esponja con la mano izquierda.
- Centrar los estímulos táctiles y verbales en el lado afectado a medida que la paciente muestre capacidad para compensar la anulación.
- Incluir a la familia en el proceso de rehabilitación para apoyar los esfuerzos del paciente y ayudar con los cuidados, enseñándoles a realizar los ejercicios pasivos y a hacer que la paciente centre su atención en el lado afectado.

Evolución: desde el inicio de la ejecución del plan hasta la última medición de resultados (transcurrieron 19 días) la evolución de la paciente en relación a las intervenciones realizadas, como podemos observar a través de los indicadores de las tablas 2 y 3, ha sido favorable.

En un principio se encontraba agitada, desorientada en lugar, con delirios, y sin apenas memoria inmediata; tras la última medición de resultados ésta se encontraba completamente orientada, recordaba la información que se le daba, no manifestaba ningún pensamiento delirante y tampoco se mostraba agitada. Lo que además influyó en una mejora de la relación con su familia y de la socialización en general.

En el momento de la valoración inicial ignoraba por completo sus extremidades izquierdas; cuando se realiza la última medición de resultados la paciente muestra interés en mantener en correcta posición sus extremidades izquierdas, les dedica tiempo a la hora del aseo, coloca la mano afectada encima de la mesa a la hora de comer, o del reposabrazos cuando está en el sillón...

Además, a medida que la paciente mejoraba en esta dimensión se observó una mejora en su autonomía en relación a los autocuidados, ya que era capaz de enjabonarse la parte superior del cuerpo o manejar el tenedor y el vaso a la hora de la comida.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El ACV es una patología de gran repercusión sanitaria, lo que ha sido de mucha ayuda a la hora de hacer la búsqueda bibliográfica ya que existe una cantidad significativa de publicaciones sobre el tema. Sin embargo, si bien hay un gran número de publicaciones, en concreto de planes de cuidados de enfermería, apenas se encontraron referencias de los diagnósticos Desatención unilateral y Confusión aguda; en general se centran en el déficit de autocuidados^{1,3,6,7,11}, riesgo de deterioro de la integridad cutánea^{3,6,11}, deterioro de la comunicación^{1,6,11} o deterioro de la movilidad física^{3,6,7,11}.

En cuanto al diagnóstico de desatención unilateral en relación a un paciente con ACV, es relativamente fácil encontrar literatura^{6,13} si lo comparamos con la confusión aguda, sobre la cual no se encontró un solo artículo que tratara el tema, aunque existe literatura que cita lo común del delirio en pacientes de neurología¹⁸ o de edad avanzada^{13,17,18}; problema que la enfermera puede y debe tratar desde la etiqueta diagnóstica de confusión¹⁷ aguda o crónica. Dentro del ámbito de la búsqueda de bibliografía ha supuesto una limitación la imposibilidad de acceder al contenido de las bases de datos que no permite libre acceso.

El ACV es una patología que tiene una gran afectación sobre la persona que lo padece en relación a su desenvolvimiento personal y social debido a la dependencia que conlleva. Consideramos de gran importancia la recuperación de la paciente en la dimensión de cognición/percepción por la importancia que tiene en su capacidad de implicación en el proceso de recuperación y seguridad.

Sobre la utilización de las taxonomías es importante subrayar que el uso y desarrollo continuado de un lenguaje uniforme y estandarizado captan la esencia de la práctica enfermera y ayudan a aumentar el conocimiento enfermero además de proporcionar el marco apropiado para la práctica¹⁴. La coherencia entre los diagnósticos, las intervenciones y los resultados expuestos como vínculos basados en la evidencia es crucial para asegurar una mejora en la calidad de los cuidados¹⁴.

Es importante el uso de resultados en intervenciones con poblaciones específicas de pacientes y su investigación, así como la identificación de los factores personales que influyen en el logro del resultado para un diagnóstico específico o la efectividad de una intervención para pacientes con distintas características y circunstancias de vida. Este conocimiento permitirá a las enfermeras proporcionar la más alta calidad de cuidado posible¹⁴.

Además de esto, para el análisis de datos sería interesante que se siguiesen las líneas de iniciadas por Brokel y Hoffman¹⁹, los cuales desarrollaron las características a observar en un resultado concreto para cada puntuación de cada indicador, para alcanzar un desarrollo más completo de las escalas de puntuación de los indicadores de resultados¹⁴.

En líneas generales, las intervenciones realizadas tanto para la Desatención unilateral como para la Confusión aguda han demostrado su eficacia para mejorar los resultados de la paciente, necesitándose no obstante, nuevas investigaciones para incrementar los niveles de evidencia en este grupo de pacientes²⁰.

A través del tratamiento de los diagnósticos seleccionados hemos podido observar la importancia de estos sobre la esfera completa de la persona y su incidencia en la mejora de resultados relativos otros problemas como el déficit de autocuidados. Según la paciente iba prosperando en los diagnósticos de cognición y percepción, se observó mejoría tanto en su relación con la familia y el entorno como a la hora de realizar los autocuidados. Así, podemos afirmar que el tratamiento de estos diagnósticos favoreció significativamente la independencia de la paciente.

La elección de un caso clínico para el trabajo de fin de grado ha sido porque considero que el caso clínico permite aunar y aplicar la mayoría de las competencias adquiridas a lo largo del grado en las diferentes asignaturas.

A través de la realización de este trabajo he podido incrementar mis habilidades en el contacto con los pacientes durante el proceso enfermero y he adquirido la capacidad de realizar una valoración sistemática y analizarla de manera crítica.

Además he podido aumentar mis conocimientos gracias a la extensa búsqueda de información realizada, y he obtenido una mayor destreza en la utilización de las taxonomías de planificación enfermera NOC¹⁴ y NIC¹⁵.

CONSIDERACIONES ÉTICO-LEGALES

En el desarrollo del caso se han respetado las normas de buena práctica, así como los requisitos establecidos en la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal (Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre) y la Ley 41/2002, de 14 de Noviembre (reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica).

Asimismo, se declara no tener ningún conflicto de intereses.

AGRADECIMIENTOS

A mi tutora Inés Fernández Fraga el haber estado ahí en todo momento, obligándome a esforzarme y a darle vueltas a todo para alcanzar la máxima armonía en el trabajo.

A Carmen Méndez Pazos, quién sin figurar oficialmente como tutora, ha estado presente en la mayoría de mis tutorías, otorgando una visión más amplia al trabajo.

A Cira Febles y a Cristina Rey por haberme ayudado a seguir cuando me quedaba atascada. A ellas y a Alejandro Mansilla por el apoyo moral.

A todo el personal de la unidad de neurología por tratarme tan bien, y ayudarme a realizar el plan de cuidados.

A Javier Uranga Mariño, por su ayuda con la bibliografía.

Por último gracias a mi padres, sin los cuales no habría podido empezar la carrera y mucho menos acabarla.

BIBLIOGRAFIA

1. Bardaji Fandos T. Revisión actualizada sobre enfermedad cerebrovascular: estudio de un caso. *Nursing*. 2003;21(3):45-56.
2. Suárez-Escudero JC, Restrepo Cano SC, Ramírez EP, Bedoya CL, Jiménez I. Clinical, social, occupational and of self – perception description of stroke patients. *Rev Acta Neurol Colomb*. 2011;27(2): 97-105.
3. Serrano Martínez FJ, coordinador. Atención al paciente con accidente cerebrovascular. [Jaén]:Logos; 2008.
4. FEI: Federación Español del Ictus [internet] Sant Boi (Barcelona): FEI. 2012 [Citado 2014 abril]. Disponible en <http://www.ictusfederacion.es/>
5. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social. Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con ictus en atención primaria [internet]; 2009 [Citado 2014 abril]. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_466_Ictus_AP_Lain_Entr_compl.pdf
6. Valero Freige B,. Plan de cuidados: enfermedad cerebrovascular. *Reduca*. 2012; 4(1): 675-716.
7. Garzas Cejudo EM. Accidentes cerebrovasculares: qué, cómo y por qué. Jaén: Formación Alcalá; 2006.
8. Ayuda a los cuidadores de personas con demencia. *Best Practice*. 2010:14(9).
9. Rehabilitación cognitiva para la disfunción ejecutiva en adultos con accidente cerebrovascular u otro daño cerebral adquirido no progresivo (Revision Cochrane traducida). 2013. *Cochrane Database of Systematic Reviews*[internet] 4.N: CD008391 DOI: 10.1002/14651858 CD008391
Disponible en: <http://summaries.cochrane.org/es/CD008391/rehabilitacion-cognitiva-para-la-disfuncion-ejecutiva-en-adultos-con-accidente-cerebrovascular-u-otro-dano-cerebral-adquirido-no-progresivo>
10. Murie-Fernandez M, Ortega-cuber S, Carmona-Abellán M, Meyer M, Teasell R. “Tiempo es cerebro” ¿solo en la fase aguda del ictus?. *Neurología*. 2012;27(4):197-201

11. Suñes Soler R, dir. Tratado de enfermería neurológica: la persona, la enfermedad y los cuidados. 3º ed. Barcelona: Elsevier; 2013.
12. NANDA International: diagnósticos enfermeros: definición y clasificación: 2012-2014. Madrid: Elsevier; 2013.
13. González M, Carrasco M. Delirium: marcador de estado del paciente geriátrico. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2008;43: 38-41.
14. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (NOC): medición de resultados en salud. 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014.
15. Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM. Clasificación de Intervenciones de enfermería (NIC). 6ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014.
16. Díez Tejedor E, ed. Guía para el diagnóstico y tratamiento del ictus [internet]. Barcelona: Sociedad Española de Neurología; 2006 [internet] [Citado 2014 abril]. Disponible en: http://www.ictussen.org/files3/23145_GuiaSen_32.pdf
17. Gray-Vickerey P. Perlas de conocimiento para la valoración de los ancianos. Nursing; 2010;28(7): 24-31.
18. Ruiz Bajo B, Roche Bueno JC, Seral Moral M, Martín Martínez J. Incidencia y factores predictivos del delirium en pacientes neurológicos hospitalizados [internet]. Neurología. 2013 [Citado 2014 abril].28(6): 356-360.
19. Brokel J, Hoffman F. Hospice methods to measure and analyze nursing-sensitive patient outcomes. Journal of hospice and Palliative Nursing.2005;7(1):37-44.
20. Martín-García A, Oter-Quintana C, Ruymán Brito-Brito P, Martín-Iglesias S, Alcolea-Cosín M. Patrón sexual ineficaz en un adolescente: abordaje enfermero en atención primaria. Enferm Clin. 2013;23(5):231-235.

ANEXOS

- ❖ Cognición (NOC)
- ❖ Nivel del delirio (NOC)
- ❖ Atención al lado afectado (NOC)
- ❖ Estimulación cognitiva (NIC)
- ❖ Manejo del delirio (NIC)
- ❖ Manejo de la desatención unilateral (NIC)

Definición: Capacidad para ejecutar los procesos mentales complejos.

PUNTUACIÓN DIANA DEL RESULTADO: Mantener a _____ Aumentar a _____

		Gravemente comprometido	Sustancialmente comprometido	Moderadamente comprometido	Levemente comprometido	No comprometido	
PUNTUACIÓN GLOBAL DEL RESULTADO		1	2	3	4	5	
Indicadores:							
090014	Comunicación clara según la edad	1	2	3	4	5	NA
090015	Comunicación adecuada según la edad	1	2	3	4	5	NA
090013	Comprende el significado de situaciones	1	2	3	4	5	NA
090003	Atiende	1	2	3	4	5	NA
090004	Se concentra	1	2	3	4	5	NA
090005	Está orientado	1	2	3	4	5	NA
090006	Memoria inmediata	1	2	3	4	5	NA
090007	Memoria reciente	1	2	3	4	5	NA
090008	Memoria remota	1	2	3	4	5	NA
090009	Procesa la información	1	2	3	4	5	NA
090010	Compara las alternativas al tomar decisiones	1	2	3	4	5	NA
090011	Toma decisiones apropiadas	1	2	3	4	5	NA
090016	Habilidades de cálculos complejos	1	2	3	4	5	NA

Dominio: Salud fisiológica (II) **Clase:** Neurocognitiva (J) 1.ª edición 1997; revisado 2004, 2008

BIBLIOGRAFÍA:

- Abraham, I., & Reel, S. (1993). Cognitive nursing interventions with long-term care residents: Effects on neurocognitive dimensions. *Archives of Psychiatric Nursing*, 6(6), 356-365.
- Dellasega, C. (1992). Home health nurses' assessments of cognition. *Applied Nursing Research*, 5(3), 127-133.
- Erlanger, D. M., Kaushik, T., Broshok, D., Freeman, J., Feldman, D., & Festa, J. (2002). Development and validation of a web-based screening tool for monitoring cognitive status. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 17(5), 458-476.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-Mental State"—A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198.
- Foreman, M., Gilles, D., & Wagner, D. (1989). Impaired cognition in the critically ill elderly patient: Clinical implications. *Critical Care Nursing Quarterly*, 12(1), 61-73.
- Gerdner, L. A., & Hall, G. R. (2001). Chronic confusion. In M. Maas, K. Buckwalter, M. Hardy, T. Tripp-Reimer, M. Titler, & J. Specht (Eds.), *Nursing care of older adults: Diagnoses, outcomes & interventions* (pp. 421-441). St. Louis: Mosby.
- Inaba-Roland, K., & Maricle, R. (1992). Assessing delirium in the acute care setting. *Heart & Lung*, 21(1), 48-55.
- Kupferer, S., Uebele, J., & Levin, D. (1988). Geriatric ambulatory surgery patients: Assessing cognitive functions. *AORN Journal*, 47(3), 752-766.
- Mason, P. (1989). Cognitive assessment parameters and tools for the critically injured adult. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 1(1), 45-53.
- Shih, R. A., Glass, T. A., Bandeen-Roche, K., Carlson, M. C., Bolla, K. I., Todd, A. C., & Schwartz, B. S. (2006). Environmental lead exposure and cognitive function in community-dwelling older adults. *Neurology*, 67(9), 1556-1562.
- Souder, E., & O'Sullivan, P. S. (2000). Nursing documentation versus standardized assessment of cognitive status in hospitalized medical patients. *Applied Nursing Research*, 13(1), 29-36.
- Strub, R. L., & Black, F. W. (2000). *The mental status examination in neurology* (4th ed.). Philadelphia: F. A. Davis.
- Vellinga, A., Smit, J. H., van Leeuwen, E., van Tilburg, W., & Jonker, C. (2004). Instruments to assess decision-making capacity: An overview. *International Psychogeriatrics*, 16(4), 397-419.
- Wakefield, B., Menten, J., Mobily, P., Tripp-Reimer, T., Culp, K. R., Rapp, C. G., Gaspar, P., Kundrat, M., Wadle, K. R., & Akins, J. (2001). Acute confusion. In M. Maas, K. Buckwalter, M. Hardy, T. Tripp-Reimer, M. Titler, & J. Specht (Eds.), *Nursing care of older adults: Diagnoses, outcomes & interventions* (pp. 442-454). St. Louis: Mosby.

Definición: Gravedad del trastorno de la conciencia y la cognición que se desarrolla durante un corto período de tiempo y que es reversible.

PUNTUACIÓN DIANA DEL RESULTADO: Mantener a _____ Aumentar a _____

PUNTUACIÓN GLOBAL DEL RESULTADO	Grave	Sustancial	Moderado	Leve	Ninguno		
	1	2	3	4	5		
Indicadores:							
091601	Desorientación temporal	1	2	3	4	5	NA
091602	Desorientación espacial	1	2	3	4	5	NA
091603	Desorientación personal	1	2	3	4	5	NA
091604	Actividad psicomotora	1	2	3	4	5	NA
091605	Deterioro cognitivo	1	2	3	4	5	NA
091606	Deterioro de la memoria	1	2	3	4	5	NA
091607	Dificultad para seguir órdenes complejas	1	2	3	4	5	NA
091608	Dificultad para interpretar estímulos del entorno	1	2	3	4	5	NA
091609	Dificultad para mantener la atención	1	2	3	4	5	NA
091610	Dificultad para mantener una conversación	1	2	3	4	5	NA
091611	Interpretación errónea de indicaciones	1	2	3	4	5	NA
091612	Verbalizaciones sin sentido	1	2	3	4	5	NA
091613	Alteración del nivel de conciencia	1	2	3	4	5	NA
091614	Reducción del razonamiento abstracto	1	2	3	4	5	NA
091615	Inquietud	1	2	3	4	5	NA
091616	Agitación	1	2	3	4	5	NA
091617	Trastorno del patrón sueño-vigilia	1	2	3	4	5	NA
091618	Estado de ánimo lábil	1	2	3	4	5	NA
091619	Empeoramiento al anochecer	1	2	3	4	5	NA
091620	Alucinaciones	1	2	3	4	5	NA
091621	Delirios	1	2	3	4	5	NA

Dominio: Salud fisiológica (II) **Clase:** Neurocognitiva (J) 4.ª edición 2008; revisado 2013

BIBLIOGRAFÍA:

Foreman, M. D., Mion, L. C., Tryostad, L., & Fletcher, K. (1999). Standard of practice protocol: Acute confusion/delirium. *Geriatric Nursing*, 20(3), 147-152.

Johnson, M. (2001). Assessing confused patients. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 71(Suppl. 1), i7-i12.

Miller, J., Neelon, V., Champagne, M., Bailey, D., Ng'andu, N., Belyea, M., Jarrell, E., Montoya, L., & Williams, A. (1997). The assessment of acute confusion as part of nursing care. *Applied Nursing Research*, 10(3), 143-151.

Rapp, C. G., Wakefield, B., Kundrat, M., Mentés, J., Tripp-Reimer, T., Culp, K., Mobily, P., Akins, J., & Onega, L. L. (2000). Acute confusion assessment instruments: Clinical versus research usability. *Applied Nursing Research*, 13(1), 37-45.

Trzepacz, P. T. (1999). The delirium rating scale: Its use in consultation-liaison research. *Psychosomatics*, 40(3), 193-204.

Wakefield, B., Mentés, J., Mobily, P., Tripp-Reimer, T., Culp, K. R., Rapp, C. G., Gaspar, P., Kundrat, M., Wadle, K. R., & Akins, J. (2001). Acute confusion. In M. Maas, K. Buckwalter, M. Hardy, T. Tripp-Reimer, M. Titler, & J. Specht (Eds.), *Nursing care of older adults: Diagnoses, outcomes & interventions* (pp. 442-454). St. Louis: Mosby.

Definición: Acciones personales para reconocer, proteger e integrar cognitivamente la(s) parte(s) afectada(s) del cuerpo en uno mismo.

PUNTUACIÓN DIANA DEL RESULTADO: Mantener a _____ Aumentar a _____

PUNTUACIÓN GLOBAL DEL RESULTADO		Nunca demostrado	Raramente demostrado	A veces demostrado	Frecuentemente demostrado	Siempre demostrado	
		1	2	3	4	5	
Indicadores							
091801	Reconoce el lado afectado como parte integral de sí mismo	1	2	3	4	5	NA
091802	Protege el lado afectado cuando camina	1	2	3	4	5	NA
091803	Protege el lado afectado cuando se coloca	1	2	3	4	5	NA
091804	Protege el lado afectado cuando se traslada	1	2	3	4	5	NA
091805	Protege el lado afectado durante el reposo o el sueño	1	2	3	4	5	NA
091806	Realiza actividades de la vida diaria con el lado afectado	1	2	3	4	5	NA
091807	Organiza el entorno para compensar las deficiencias físicas o sensoriales	1	2	3	4	5	NA
091808	Cambia la orientación del cuerpo para permitir que el lado no afectado compense los déficits físicos o sensoriales	1	2	3	4	5	NA
091809	Utiliza el examen visual como estrategia compensadora	1	2	3	4	5	NA
091810	Estimula la fuerza y destreza de la extremidad afectada	1	2	3	4	5	NA
091811	Evita la infrautilización de la extremidad afectada	1	2	3	4	5	NA
091812	Mantiene el control postural	1	2	3	4	5	NA

Dominio: Salud fisiológica (II) **Clase:** Neurocognitiva (I) 4.ª edición 2008; revisado 2013

BIBLIOGRAFÍA:

- Duncan, P. W., Zorowitz, R., Bates, B., Choi, J. Y., Glasberg, J. J., Graham, G. D., Katz, R. C., Lamberty, K., & Reker, D. (2005). Management of adult stroke rehabilitation care: A clinical practice guideline. *Stroke*, 36(9), e100-143.
- Intercollegiate Stroke Working Party (2004). *National clinical guidelines for stroke* (2nd ed.). London: Clinical Effectiveness and Evaluation Unit of the Royal College of Physicians.
- Perennou, D. A., Leblond, C., Amblard, B., Micallef, J. P., Herisson, C., & Pelissier, Y. (2001). Transcutaneous electric nerve stimulation reduces neglect-related postural instability after stroke. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 82(4), 440-448.
- Punt, T. D., & Riddoch, M. J. (2006). Motor neglect: Implications for movement and rehabilitation following stroke. *Disability and Rehabilitation*, 28(13-14), 857-864.
- Ringman, J. M., Saver, J. L., Woolson, R. F., Clarke, W. R., & Adams, H. P. (2004). Frequency, risk factors, anatomy, and course of unilateral neglect in an acute stroke cohort. *Neurology*, 63(3), 468-474.
- Slater, D. I., Curtin, S., Johns, J. S., Schmidt, C., Tipton, J. L., & Newbury, R. E. (2006). Middle cerebral artery stroke. Retrieved January 22, 2007 from <http://www.emedicine.com/pmr/topic77.htm>.
- Weitzel, E. A. (2001). Unilateral neglect. In M. Maas, K. Buckwalter, M. Hardy, T. Tripp-Reimer, M. Titler, & J. Specht (Eds.), *Nursing care of older adults: Diagnoses, outcomes, and interventions* (pp. 492-502). St. Louis: Mosby.

Definición: Favorecer la conciencia y comprensión del entorno por medio de la utilización de estímulos planificados.

Actividades:

- Consultar con la familia para establecer el nivel basal cognitivo del paciente.
- Informar al paciente sobre noticias de sucesos recientes que no supongan amenazas.
- Proporcionar estimulación ambiental a través del contacto con distintas personas.
- Presentar los cambios de manera gradual.
- Proporcionar un calendario.
- Estimular la memoria repitiendo los últimos pensamientos expresados por el paciente.
- Alentar la estimulación cognitiva fuera del trabajo, como la lectura o la participación activa en actividades culturales y artísticas.
- Fomentar el uso de un programa de multiestimulación (p. ej., cantar y escuchar música, actividades creativas, ejercicio, conversación, interacciones sociales o resolución de problemas) para estimular y proteger la capacidad cognitiva.
- Solicitar opiniones y puntos de vista en lugar de respuestas objetivas.
- Proporcionar una estimulación sensorial planificada.
- Utilizar la televisión, radio o música como parte del programa de estímulos planificados.
- Proporcionar períodos de descanso.
- Colocar objetos familiares y fotografías en el ambiente del paciente.
- Utilizar la repetición en la presentación de materiales nuevos.
- Variar los métodos de presentación de materiales.
- Utilizar ayudas de memoria: listas, programas y notas recordatorias.
- Reforzar o repetir la información.
- Presentar la información en dosis pequeñas, concretas.
- Solicitar al paciente que repita la información.
- Utilizar el contacto de manera terapéutica, según corresponda.
- Proporcionar instrucciones orales y escritas.

- Orientar con respecto al tiempo, lugar y persona.
- Hablar con el paciente.
- Mostrar sensibilidad por parte del cuidador, respondiendo con rapidez y de forma apropiada a las indicaciones del paciente.
- Estimular el desarrollo participando en actividades para aumentar los logros y el aprendizaje satisfaciendo las necesidades del paciente.
- Proporcionar estimulación cognitiva en el trabajo, como oportunidades de formación, riqueza cognitiva del contenido del trabajo, oportunidades para el crecimiento y la realización de multitaareas.

Bibliografía:

- Albers, E. M., Riksen-Walraven, J. M., & Weerth, C. D. (2010). Developmental stimulation in child care centers contributes to young infants' cognitive development. *Infant Behavior and Development*, 33(4), 401-408.
- Karatay, G., & Akkus, Y. (2010). The effectiveness of a stimulation program on cognitive capacity among individuals older than 60. *Western Journal of Nursing Research*, 33(1), 26-44.
- Livingston, G., Johnston, K., Katona, C., Paton, J., & Lyketsos, C. G. (2005). Systematic review of psychological approaches to the management of neuropsychiatric symptoms of dementia. *American Journal of Psychiatry*, 162(11), 1996-2021.
- Marquié, J. C., Duarte, L. R., Bessières, P., Dalm, C., Gentil, C., & Ruidavets, J. B. (2010). Higher mental stimulation at work is associated with improved cognitive functioning in both young and older workers. *Ergonomics*, 53(11), 1287-1301.
- Pearson, G. (2006). Psychopharmacology. In W. K. Mohr (Ed.), *Psychiatric-mental health nursing* (6th ed., pp. 243-286). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Spector, A., Orrell, M., & Woods, B. (2010). Cognitive stimulation therapy (CST): Effects on different areas of cognitive function for people with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25(12), 1253-1258.
- Niu, Y. X., Tan, J. P., Guan, J. Q., Zhang, Z. Q., & Wang, L. N. (2010). Cognitive stimulation therapy in the treatment of neuropsychiatric symptoms of Alzheimer's disease: A randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 24, 1102-1111.

Definición: Disposición de un ambiente seguro y terapéutico para el paciente que experimenta un estado confusional agudo.

Actividades:

- Identificar los factores etiológicos que causan delirio (p. ej., comprobar la saturación de oxígeno de la hemoglobina).
- Poner en marcha terapias para reducir o eliminar los factores causantes del delirio.
- Identificar y documentar el subtipo motor del delirio (p. ej., hipoactivo, hiperactivo y mixto).
- Monitorizar el estado neurológico de forma continua.
- Aumentar la vigilancia con una escala de evaluación del delirio que sea comprendida por todo el personal de enfermería cuando aparezca el delirio la primera vez para que se puedan seguir los cambios agudos con facilidad.
- Utilizar a los familiares o a voluntarios del hospital para vigilar a los pacientes agitados en lugar de usar sujeciones.
- Reconocer los miedos y sentimientos del paciente.
- Proporcionar una seguridad optimista pero realista.
- Permitir que el paciente mantenga rituales que limiten la ansiedad.
- Proporcionar información al paciente sobre lo que sucede y lo que puede esperar que suceda en el futuro.
- Evitar exigencias de pensamiento abstracto si el paciente sólo puede pensar en términos concretos.
- Limitar la necesidad de toma de decisiones si frustra o confunde al paciente.
- Administrar medicamentos a demanda para la ansiedad o agitación, pero limitar los que tengan efectos secundarios anticolinérgicos.
- Reducir la sedación en general, pero controlar el dolor con analgésicos, según corresponda.
- Fomentar las visitas de allegados, según corresponda.
- No validar las percepciones incorrectas o las interpretaciones imprecisas de la realidad de los pacientes con delirio (p. ej., alucinaciones o ideas delirantes).
- Declarar la propia percepción de forma calmada, que dé seguridad y sin discusiones.
- Responder al tono, en lugar de al contenido, de la alucinación o idea delirante.
- Retirar los estímulos, cuando sea posible, que creen una estimulación sensorial excesiva (p. ej., televisión o anuncios de intercomunicación por megafonía).
- Mantener un ambiente bien iluminado que reduzca los contrastes marcados y las sombras.
- Ayudar en las necesidades relacionadas con la nutrición, excreción, hidratación e higiene personal.
- Mantener un ambiente libre de peligros.
- Colocar un brazalete de identificación al paciente.
- Proporcionar un nivel adecuado de supervisión/vigilancia para controlar al paciente y permitir la implementación de acciones terapéuticas, si es necesario.
- Utilizar sujeciones físicas, si es necesario.

- Evitar frustrar al paciente con preguntas de orientación que no puede responder.
- Informar al paciente sobre persona, tiempo y lugar, si es necesario.
- Proporcionar un ambiente físico y una rutina diaria constantes.
- Disponer cuidadores que resulten familiares al paciente.
- Utilizar pistas ambientales (signos, cuadros, relojes, calendarios y código de colores del ambiente) para estimular la memoria, reorientar y promover una conducta adecuada.
- Disponer un ambiente de baja estimulación para el paciente cuya desorientación aumenta con la sobreestimulación.
- Fomentar el uso de dispositivos de ayuda que aumenten la activación sensorial (gafas, audioprótesis y dentaduras postizas).
- Acercarse al paciente lentamente y de frente.
- Dirigirse al paciente por su nombre al iniciar la interacción.
- Reorientar al paciente hacia el cuidador en cada contacto.
- Comunicarse con frases simples, directas y descriptivas.
- Preparar al paciente para los cambios de rutina y de ambiente habituales que se avecinan antes de que se produzcan.
- Proporcionar la información nueva de forma lenta y en pequeñas dosis, con frecuentes períodos de descanso.
- Centrar las interacciones personales en lo que resulta familiar y tiene sentido para el paciente.

1.ª edición 1992; revisada en 2013

Bibliografía:

- Culp, K. R., & Cacchione, P. Z. (2008). Nutritional status and delirium in long-term care elderly individuals. *Applied Nursing Research*, 21(2), 66-74.
- Lemiengre, J., Nelis, T., Joosten, E., Braes, T., Foreman, M., Gastmans, C., et al. (2006). Detection of delirium by bedside nurses using the confusion assessment method. *Journal of the American Geriatric Society*, 54(4), 685-689.
- Meagher, D. (2009). Motor subtypes of delirium: Past, present and future. *International Review of Psychiatry*, 21(1), 59-73.
- McCaffrey, R. (2009). The effect of music on acute confusion in older adults after hip or knee surgery. *Applied Nursing Research*, 22(2), 107-112.
- Moyer, D. D. (2011). Review article: Terminal delirium in geriatric patients with cancer at end of life. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 28(1), 44-51.
- Nelson, L. S. (2009). Teaching staff nurses the CAM-ICU for delirium screening. *Critical Care Nursing Quarterly*, 32(2), 137-143.
- Wang, J., & Mentes, J. C. (2009). Factors determining nurses' clinical judgments about hospitalized elderly patients with acute confusion. *Issues in Mental Health Nursing*, 30(6), 399-405.
- Yang, F. M., Marcantonio, E. R., Inouye, S. K., Kiely, D. K., Rudolph, J. L., Fearing, M. A., et al. (2009). Phenomenological subtypes of delirium in older persons: Patterns, prevalence, and prognosis. *Psychosomatics*, 50(3), 248-254.

Definición: Protección y recuperación segura de la parte corporal afectada de un paciente a la vez que se le ayuda a adaptarse a capacidades perceptivas perturbadas.

Actividades:

- Observar si hay respuestas anormales a los tres tipos principales de estímulos: sensitivos, visuales y auditivos.
- Evaluar el estado mental, la comprensión, la función motora, la función sensorial, las respuestas afectivas y el período de atención basales.
- Proporcionar una retroalimentación realista acerca del déficit perceptivo del paciente.
- Realizar el cuidado personal de una forma consistente, con explicaciones detalladas.
- Asegurar que las extremidades afectadas estén en una posición correcta y segura.
- Adaptar el ambiente al déficit centrándose en el lado no afectado durante el período agudo.
- Supervisar y/o ayudar en los traslados y la deambulación.
- Tocar el hombro no afectado al iniciar una conversación.
- Colocar los alimentos y bebidas dentro del campo visual y girar el plato, si es necesario.
- Reordenar el ambiente para la utilización del campo visual derecho o izquierdo, como por ejemplo la colocación de objetos personales, la televisión o los materiales de lectura dentro del campo visual del lado no afectado.
- Proporcionar recordatorios frecuentes para reconducir la atención del paciente, orientándolo en el entorno.
- Evitar movimientos rápidos en la habitación.
- Evitar mover objetos en el entorno.
- Colocar la cama en la habitación para que las personas se aproximen y cuiden al paciente por el lado no afectado.
- Mantener las barandillas levantadas en el lado afectado, según corresponda.
- Enseñar al paciente a explorar con la vista de izquierda a derecha.
- Realizar movimientos de amplitud y masajes en el lado afectado.
- Animar al paciente a que toque y utilice la parte corporal afectada.

- Consultar con el terapeuta ocupacional y el fisioterapeuta el tiempo y estrategias para facilitar la recuperación de las partes corporales anuladas y su función.
- Centrar gradualmente la atención del paciente en el lado afectado a medida que el paciente muestre capacidad de compensar la anulación.
- Mover gradualmente los objetos personales y la actividad al lado afectado a medida que el paciente muestre capacidad de compensar la anulación.
- Situarse en el lado afectado al deambular con el paciente a medida que éste muestre capacidad de compensar la anulación.
- Ayudar al paciente a asearse primero el lado afectado a medida que muestre capacidad para compensar la anulación.
- Ayudar al paciente a bañarse y arreglarse el lado afectado primero a medida que muestre capacidad de compensar la anulación.
- Centrar los estímulos táctiles y verbales en el lado afectado a medida que el paciente muestre capacidad de compensar la anulación.
- Instruir a los cuidadores 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 paciente y ayudar con los cuidados, según corresponda.

2.ª edición 1996

Bibliografía:

- Kalbach, L. R. (1991). Unilateral neglect: Mechanisms and nursing care. *Journal of Neuroscience Nursing*, 23(2), 125-129.
- Matteson, M. A., & McConnell, E. S. (1988). *Gerontological nursing: Concepts and practice*. Philadelphia, PA: Saunders.
- Weitzel, E. A. (2001). Unilateral Neglect. In M. L., Maas, K. C., Buckwalter, M. D., Hardy, T., Tripp-Reimer, M. G., Titler, & J. P., Specht (Eds.), *Nursing care of older adults: Diagnoses, outcomes, & interventions* (pp. 492-502). St. Louis: Mosby.