



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ  
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN  
UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN  
FACULTAD DE ESTUDIOS PROFESIONALES ZONA MEDIA**



**ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA CLÍNICA AVANZADA CON ÉNFASIS EN  
CUIDADO CRÍTICO**

**TESINA**

**Cuidados en el hogar: Plan de alta al paciente  
con accidente cerebrovascular isquémico**

**P R E S E N T A  
LE. KAREN GUADALUPE CANTO TORRES**

**Para obtener el nivel de Especialista en Enfermería Clínica Avanzada con  
énfasis en Cuidado Crítico**

**DIRECTORA DE TESINA  
Dra. Teresita de Jesús Muñoz Torres**

**Rioverde, San Luis Potosí Abril 2026**



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ  
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN  
UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN  
FACULTAD DE ESTUDIOS PROFESIONALES ZONA MEDIA**



**ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA CLÍNICA AVANZADA CON ÉNFASIS EN  
CUIDADO CRÍTICO**

**Título:**

**Cuidados en el hogar: Plan de alta al paciente  
con accidente cerebrovascular isquémico**

**TESINA**

**Para obtener el nivel de Especialista en Cuidado Crítico**

**P R E S E N T A**

**LE. KAREN GUADALUPE CANTO TORRES**

**DIRECTORA DE TESINA**

---

**Dra. Teresita de Jesús Muñoz Torres**

**Rioverde, San Luis Potosí, Abril 2026**



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ  
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN  
UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN  
FACULTAD DE ESTUDIOS PROFESIONALES ZONA MEDIA**



**ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA CLÍNICA AVANZADA CON ÉNFASIS EN  
CUIDADO CRÍTICO**

**Cuidados en el hogar: Plan de alta al paciente  
con accidente cerebrovascular isquémico**

**TESINA  
Para obtener el nivel de Especialista en Cuidado Crítico**

**P R E S E N T A  
LE. KAREN GUADALUPE CANTO TORRES**

**Sinodales**

**Dra. María Guadalupe Martel Gallegos  
Presidente**

\_\_\_\_\_  
**Firma**

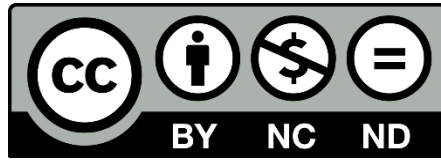
**Dra. Ma. Del Rocío Rocha Rodríguez  
Secretario**

\_\_\_\_\_  
**Firma**

**Dra. Teresita de Jesús Muñoz Torres  
Vocal**

\_\_\_\_\_  
**Firma**

**Rioverde, San Luis Potosí, Abril 2026**



**Cuidados en el hogar: Plan de alta al paciente con accidente cerebrovascular isquémico © 2026 by Karen Guadalupe Canto Torres is licensed under CC BY-NC-ND 4.0.**

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco a la vida y a Dios por brindarme esta oportunidad de poder realizar esta especialidad que tanto se había postergado, y de la cual hoy tengo la oportunidad de hacerlo.

Me agradezco y reconozco mi esfuerzo, el cual no ha sido fácil, volver a empezar después de tanto tiempo, sé que valdrá la pena decir que lo logre, y se lo orgullosa que estaré de obtener este título que tanto desee.

Agradezco a esta Facultad por permitir realizar este posgrado, a mis docentes que se han interesado a que obtenga los mismos conocimientos, por la paciencia y detenerse cuando eh tenido la dificultad de comprender el tema.

Agradezco a mi familia por el apoyo y la motivación que todos los días me brindan, por comprender el no poder estar en algunos momentos importantes con ellos, pero saben que este esfuerzo es por y para ustedes. A mi hermana Dulce, a mi Mami por siempre escucharme y motivarme a seguir a pesar de las adversidades.

Te agradezco Juan Carlos, por ser mi apoyo en esos momentos donde a veces ya no puedo seguir, por no dejarme sola, porque de alguna manera siempre estas, muchas gracias, amor.

Agradezco a mi asesora de tesis Dra. Teresita de Jesús Muñoz Torres, por toda su paciencia, por todo el tiempo dedicado a mis asesorías, por todas las enseñanzas y todo su apoyo, MUCHAS GRACIAS DRA.

Agradezco a la vida por permitirme conocer personas que han logrado formar parte de mis amigos, los cuales me han apoyado, me han enseñado, con los cuales compartí muchas experiencias, conocimos lugares y nos divertimos juntos, gracias niños.

Gracias a mis lectoras Dra. Roció y Dra. Martel, que han contribuido en este tiempo de mi formación académica.

A todas las personas que de alguna manera me han alentado a seguir, una pequeña palabra puede cambiar muchas cosas en la vida, y lo agradezco.

Agradezco a SECIHTI por el apoyo económico que se me brindó, el cual fue de mucha ayuda para poder lograr esta meta.

## INDICE

I. INTRODUCCIÓN .....	1
II. JUSTIFICACIÓN.....	4
III. OBJETIVOS.....	8
3.1 Objetivo general.....	8
3.2 Objetivos específicos.....	8
IV. METODOLOGÍA.....	9
V. MARCO TEÓRICO.....	12
5.1 Anatomía y fisiología del Sistema Nervioso.....	12
5.1.1 Sistema Nervioso Central.....	13
5.1.2 Sistema Nervioso Periférico.....	16
5.1.3 Circulación sanguínea cerebral.....	17
5.2 Accidente Cerebro Vascular (ACV) Isquémico.....	19
5.2.1 Etiología y fisiopatología del ACV isquémico.....	21
5.2.2 Diagnóstico.....	25
5.2.3 Tratamiento y Rehabilitación.....	26
5.3 Alteraciones y complicaciones en el Accidente Cerebrovascular Isquémico.....	28
5.4 Necesidades de Cuidados post ACV isquémico.....	34
5.5 Rol familiar en el cuidado del paciente con ACV isquémico.....	36
5.6 Teoría Déficit del Autocuidado Dorothea Orem, y Estrategia I.D.E.A.L.....	39
VI. PROPUESTA DE PLAN DE ALTA.....	43
VII. CONCLUSIONES.....	69
VII. REFERENCIAS.....	71
VIII. ANEXOS.....	78
Anexo 1: Escala National Institute of Health Stroke Score NIHSS.....	78
Anexo 2: Escala de Rankin modificada.....	78

## INDICE FIGURAS

Figura 1. Etapas de la revisión bibliográfica.....	9
Figura 2. Sistema Nervioso.....	12
Figura 3. Sistema Nervioso Central.....	13
Figura 4. Lóbulos.....	15
Figura 5. Irrigación cerebral.....	19

Figura 6. Accidente Cerebrovascular Isquémico.....	20
Figura 7. Nervios craneales .....	23
Figura 8. Complicaciones ACVi .....	29
Figura 9. Teoría del Autocuidado.....	40
Figura 10. IDEAL .....	43

## INDICE TABLAS

Tabla 1. Pares Craneales y funciones .....	23
Tabla 2. Estrategia IDEAL- ACVi .....	45
Tabla 3. Secuelas déficit motor y movilidad .....	46
Tabla 4. Secuelas trastorno del lenguaje y comunicación. ....	46
Tabla 5. Secuelas deterioro cognitivo y memoria. ....	47
Tabla 6. Secuela trastornos emocionales .....	47
Tabla 7. Secuela incontinencia urinaria/ fecal.....	48
Tabla 8. Secuela polifarmacia/ manejo de cifras de sv. ....	48
Tabla 9. Secuela disfagia y alteraciones de la deglución.....	49

## RESUMEN

**Introducción:** El accidente cerebrovascular isquémico (ACVI) se caracteriza por la obstrucción del flujo sanguíneo al cerebro, produciendo una lesión que puede generar secuelas permanentes y múltiples complicaciones que limitan la función autónoma del individuo; constituye una de las principales causas de discapacidad a nivel mundial. Las consecuencias funcionales derivadas de un evento de esta naturaleza dependen de la localización anatómica de la lesión cerebral y la severidad del episodio isquémico. A nivel mundial, representa la segunda causa de muerte global, con un 9.7% del total de defunciones, aproximadamente 4.95 millones en países de ingresos medios y bajos.

**Objetivo:** Desarrollar una propuesta de plan de alta para pacientes con ACVI, centrada en la educación a la familia y prevención de complicaciones, para favorecer la continuidad del cuidado de calidad en el entorno domiciliario.

**Método:** Se realizó una búsqueda bibliográfica según la metodología de Hernández-Muñoz y cols. (2022), definiendo pregunta de revisión, elementos teórico-conceptuales, consulta de bases de datos, criterios de inclusión de publicaciones recientes y pertinentes. Se identificaron palabras clave verificadas en DeCS y se emplearon conectores booleanos para realizar la búsqueda. Se realizó lectura crítica para seleccionar estudios con solidez científica.

**Resultados:** La revisión evidenció que un plan de alta centrado en la educación del cuidador y la prevención de complicaciones es clave para garantizar la continuidad del cuidado domiciliario, mejorar la recuperación y reducir los reingresos hospitalarios.

**Limitaciones:** Hay escasa bibliografía específica y limitada implementación de planes de alta en ACVI, dificultando la continuidad del cuidado domiciliario.

**Conclusión:** Un plan de alta orientado al cuidado domiciliario es esencial para brindar cuidados óptimos y favorecer la recuperación funcional según el daño neurológico.

**Palabras claves:** planificación del alta, accidente cerebrovascular isquémico, cuidados a largo plazo.

## ABSTRACT

**Introduction:** Ischemic stroke (IS) is characterized by the obstruction of blood flow to the brain, causing an injury that can result in permanent sequelae and multiple complications that limit the individual's autonomous function. It is one of the leading causes of disability worldwide. The functional consequences of such an event depend on the anatomical location of the brain lesion and the severity of the ischemic episode. Globally, it ranks as the second leading cause of death, accounting for 9.7% of total deaths, with approximately 4.95 million occurring in low- and middle-income countries.

**Objective:** To develop a discharge plan proposal for patients with IS, focused on family education and complication prevention, to promote continuity of quality care in the home environment.

**Method:** A literature search was conducted following the methodology of Hernández-Muñoz et al. (2022), defining the review question,

theoretical-conceptual elements, database consultations, and inclusion criteria favoring recent and relevant publications. Verified keywords from DeCS were identified and Boolean operators were used to refine the search. A critical appraisal was performed to select studies with scientific rigor. **Results:** The review demonstrated that a discharge plan focused on caregiver education and complication prevention is key to ensuring continuity of home care, improving recovery, and reducing hospital readmissions. **Limitations:** There are scarce specific literature and limited implementation of discharge plans in IS, hindering continuity of home care. **Conclusion:** A discharge plan oriented towards home care is essential to provide optimal care and promote functional recovery according to neurological damage. **Keywords:** discharge planning, ischemic stroke, long-term care.

## I. INTRODUCCIÓN

La enfermedad vascular cerebral isquémica constituye un grupo de trastornos clínicos caracterizados por la aparición repentina de un déficit neurológico, provocado por la obstrucción parcial o total del flujo sanguíneo en una arteria cerebral. Esta condición representa una emergencia médica que, de no ser tratada de manera oportuna, puede ocasionar secuelas permanentes o incluso la muerte.(1,2)

En términos generales, los accidentes cerebrovasculares (ACV) se clasifican en dos tipos principales: isquémicos y hemorrágicos. Dentro de estos últimos se distinguen las hemorragias intracerebrales y las subaracnoideas.(3) No obstante, los eventos isquémicos representan aproximadamente el 80 % de todos los casos, siendo la aterosclerosis su causa más frecuente. Esta patología puede desencadenar fenómenos trombóticos o eventos de oclusión arterial de origen distal, que interrumpen el flujo sanguíneo adecuado hacia el cerebro.(1)

La magnitud de este problema de salud pública es alarmante. A nivel global, el ACV ocupa el segundo lugar entre las principales causas de mortalidad y es la primera causa de discapacidad neurológica.(4) En el contexto nacional, datos del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía señalan que, en 2021, esta enfermedad fue la séptima causa de muerte en México, con más de 37 mil defunciones, en su mayoría en hombres mayores de 65 años.(5) Además, afecta a 118 personas por cada 100 mil habitantes, lo que equivale a aproximadamente 170 mil casos nuevos anuales; de estos, el 20 % fallece en el primer mes y el 70 % queda con algún grado de discapacidad funcional.(6)

Desde el punto de vista fisiopatológico, esta enfermedad se caracteriza por una disfunción localizada del tejido cerebral, producto del desequilibrio entre el aporte y la demanda de oxígeno y nutrientes esenciales(7). Las secuelas pueden variar desde leves hasta severas, incluyendo parálisis, trastornos del lenguaje, alteraciones cognitivas y dificultades para realizar actividades básicas de la vida diaria como la alimentación, el aseo personal o la movilidad(5,8).

Estas repercusiones no solo afectan al individuo, sino que también generan un fuerte impacto en la dinámica familiar y social. La enfermedad de un miembro del núcleo familiar ya sea en fase aguda, crónica o terminal, puede desencadenar una crisis que obliga a una reorganización estructural y funcional en el hogar. En este contexto, los cuidadores se enfrentan a múltiples desafíos que demandan apoyo profesional y acompañamiento continuo, especialmente en los casos en que el paciente experimenta cambios significativos en su funcionalidad, lo que puede alterar las relaciones y roles familiares establecidos(9).

Frente a esta realidad, el personal de enfermería desempeña un rol crucial al integrar ciencia y sensibilidad para brindar cuidados centrados en la persona, ya sea en la prevención, promoción de la salud, recuperación o rehabilitación. Particularmente, en el ámbito hospitalario, la enfermería tiene la responsabilidad de prevenir complicaciones durante la estancia y, al mismo tiempo, preparar al paciente y su entorno para una transición segura al hogar(10).

En este sentido, la etapa del alta hospitalaria adquiere una relevancia fundamental, aunque frecuentemente subestimada debido a la presión institucional por reducir los tiempos de hospitalización. Una planificación de alta deficiente, sin la debida preparación del paciente y su familia, incrementa

el riesgo de reingresos y complica el proceso de recuperación, generando consecuencias negativas tanto a nivel individual como en el sistema de salud(11).

Ante este escenario, la implementación de un plan de alta domiciliario se convierte en una herramienta estratégica que permite reorganizar el entorno del paciente, facilitar su adaptación y promover su rehabilitación funcional. El cuidado domiciliario exige una intervención profesional estructurada, que contemple no solo las necesidades clínicas del paciente, sino también el fortalecimiento de las capacidades del cuidador y de la familia como red de apoyo(12).

El plan de alta en enfermería constituye un recurso fundamental para asegurar la continuidad de la atención en los distintos niveles asistenciales, situando al paciente y a su cuidador como protagonistas del proceso, este se concibe como un proceso sistemático que integra la evaluación, preparación y coordinación de cuidados, con el propósito de garantizar la provisión de atención en salud y apoyo social tanto previo como posterior al egreso hospitalario, favoreciendo una transición segura del hospital al domicilio(10,11).

Por todo lo anterior, la presente tesina tiene como propósito desarrollar un plan de alta con enfoque de enfermería, orientado a pacientes con limitaciones funcionales derivadas de un deterioro neurológico por un accidente cerebrovascular isquémico, con el objetivo de facilitar una transición segura, humanizada y centrada en las necesidades del paciente y su cuidador principal.

## II. JUSTIFICACIÓN

El presente tema surge del análisis de situaciones observadas en la práctica profesional dentro de unidades de salud de segundo nivel de atención, donde se ha identificado un incremento en los reingresos de pacientes con complicaciones asociadas al desconocimiento de los cuidados en el hogar, que derivan en complicaciones graves, con repercusiones directas en la limitación de sus actividades de la vida diaria, impactando al paciente, a su familia, su entorno, y al sistema de salud.

En particular, las enfermedades crónico-degenerativas conllevan a complicaciones graves, que se manifiestan con daños agudos, y en algunas ocasiones con secuelas permanentes, las cuales se manifiestan como incapacidades funcionales, modificando la autonomía del paciente y afectando su rol a nivel social y familiar. Ante estas condiciones se requiere, una atención especializada, enfocada en situaciones de mayor complejidad, orientada a la recuperación dentro de lo posible y reintegración del paciente a su entorno de manera funcional.

Durante la etapa aguda de la enfermedad, el riesgo de estancias hospitalarias prolongadas, reingresos frecuentes, complicaciones y mortalidad aumenta significativamente, generando un alto impacto económico y social(13). Estos problemas se presentan cuando, debido a la carga laboral, la ausencia de un plan de alta estructurado, la falta de estandarización en el proceso de egreso o el desconocimiento de estrategias educativas por parte del personal de salud para iniciar la enseñanza sobre los cuidados en el hogar de manera oportuna, repercuten significativamente en la calidad del cuidado al egreso y aumentan la frecuencia de reingresos hospitalarios.

Asimismo, cuando la información sobre el plan de alta se brinda únicamente de forma verbal, el cuidador principal suele presentar dificultades para procesarla, careciendo de las herramientas educativas necesarias para asumir de manera segura su rol(13).

Además, diversos estudios señalan que las altas hospitalarias se retrasan por causas no médicas, relacionadas principalmente con la falta de organización del proceso de egreso hospitalario, la carencia de estrategias educativas, así como la falta de comunicación efectiva entre el equipo multidisciplinar con el cuidador principal y el desconocimiento de factores sociales en el entorno domiciliario.

Esta situación evidencia la necesidad de desarrollar e implementar un plan de alta, estructurado, fundamentado en una valoración integral contemplando los aspectos clínicos, funcionales, emocionales y sociales del paciente, así como las capacidades y limitaciones presentes en su entorno familiar. En este contexto, la implementación de un plan de alta en pacientes con accidente cerebrovascular isquémico fortalece la atención de enfermería, permitiendo cumplir con los principios de cuidado humanizado y enfoque holístico. Esta intervención demuestra que el cuidado trasciende los límites del entorno hospitalario y que, mediante una comunicación efectiva y enseñanza activa, es posible contribuir favorablemente a la continuidad del cuidado en el hogar(14).

El contar y hacer uso del recurso educativo adecuado permite que el cuidador se prepare para asumir sus responsabilidades con seguridad, minimizando el riesgo de complicaciones, evitando reingresos innecesarios y reduciendo los costos asociados a la atención, beneficiando a su vez a la salud pública ya que reduce la carga de trabajo en los servicios de urgencias y hospitalización. Asimismo, contribuye a satisfacer de manera eficiente las necesidades del

paciente, mejorar su calidad de vida, respetar su dignidad y brindar tranquilidad tanto física como emocional.

La evidencia científica respalda la efectividad de los planes de alta, al demostrar que su implementación contribuye a disminuir los reingresos hospitalarios y garantizar la continuidad del cuidado. En este proceso, la educación para la salud se reconoce como un pilar fundamental, ya que proporciona al paciente los conocimientos necesarios para su recuperación y adaptación al hogar. Asimismo, la información debe adaptarse a las necesidades individuales, con el propósito de prevenir recaídas, reducir complicaciones y evitar la aparición de nuevas patologías, fomentando el autocuidado y una vida saludable(15).

Para lograrlo, la comunicación efectiva entre el personal de enfermería, el paciente y su familia es esencial, ya que permite transmitir recomendaciones individualizadas y claras desde el inicio de la atención hasta el egreso. Cardozo, a su vez, resalta que la integración de la información entre los diferentes niveles asistenciales asegura un cuidado continuo y holístico, respaldado por la comunicación efectiva del equipo multidisciplinario(10).

La elaboración del plan de alta debe fundamentarse en una valoración integral y precisa del estado clínico del paciente, considerando no solo sus limitaciones físicas, emocionales y sociales, sino también las capacidades y restricciones de su entorno familiar. Esta evaluación, realizada por el personal de enfermería, permite diseñar un plan individualizado que especifique de manera clara y estructurada los cuidados necesarios para el período posterior al egreso hospitalario(15).

Por lo tanto, contar con un plan de alta orientado a las necesidades particulares de cada paciente es fundamental para prevenir complicaciones, optimizar el

proceso de recuperación, reducir el riesgo de reingresos hospitalarios y evaluar el proceso de enseñanza del cuidado brindado por el personal de enfermería. Igualmente, permite difundir su aplicación, mejorar la calidad del servicio y favorecer la reintegración del individuo a su entorno social y familiar, así como fortalecer el cuidado de enfermería.

### **III. OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo general**

Desarrollar una propuesta de plan de alta, para cuidados en el entorno domiciliario en el paciente con accidente cerebrovascular isquémico, basado en evidencia científica.

#### **3.2 Objetivos específicos**

3.2.1. Analizar las bases anatómo-fisiopatológicas del accidente cerebrovascular isquémico.

3.2.2. Identificar las necesidades prioritarias de cuidado del paciente con ACV isquémico.

3.2.3. Determinar las intervenciones de cuidado que debe implementar el agente de cuidado.

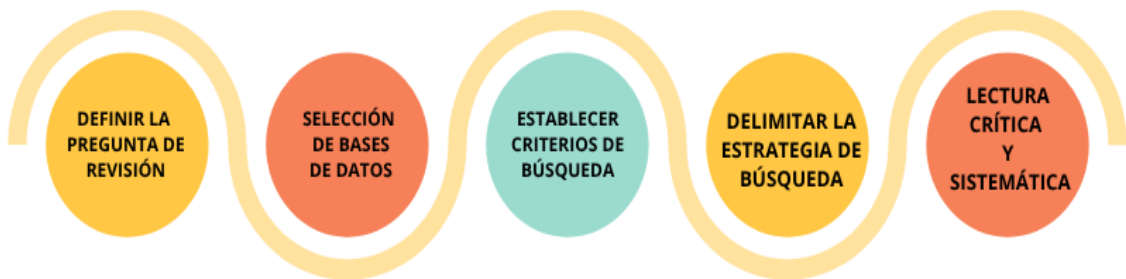
3.2.3. Diseñar recurso didáctico impreso como complemento del plan de alta para el cuidado en el domicilio.

#### IV. METODOLOGÍA

Para el desarrollo de la presente investigación, se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica exhaustiva, sustentada en el enfoque metodológico propuesto por Hernández-Muñoz y colaboradores (2022), el cual privilegia la revisión crítica de literatura científica relevante, seleccionada mediante criterios rigurosos de inclusión y exclusión. Esta metodología permitió garantizar que los datos utilizados estén respaldados por evidencia científica actualizada, pertinente y de calidad(16).

La estrategia de búsqueda se estructuró en cinco etapas fundamentales (Figura 1), diseñadas para recuperar información significativa que fortaleciera el marco teórico y sustentará la propuesta central del estudio.

**Figura 1.** Etapas de la revisión bibliográfica.



**Fuente:** Hernández-Muñoz, 2022.

Primera etapa, se inició el proceso con la formulación de la pregunta orientadora, ¿Qué cuidados deben considerarse en un plan de alta para asegurar el manejo adecuado del paciente con accidente cerebrovascular isquémico en el entorno domiciliario?; esta interrogante sirvió como eje rector para definir los límites temáticos de la búsqueda documental, pues se identificaron los elementos teóricos y conceptuales claves.

Segunda etapa, que corresponde a la selección de bases de datos y fuentes de información que permitieran el acceso a literatura científica especializada y actualizada. Se incluyeron artículos publicados en revistas indexadas consultadas a través de bases de datos como Elsevier y SciELO, así como la revisión de tesis disponibles en el Repositorio Institucional de la UASLP y la consulta de fuentes oficiales del sector salud. De igual manera, se incluyeron recursos reconocidos a nivel internacional como: ClinicalKey y UpToDate. La elección de estas plataformas se fundamentó en su accesibilidad, credibilidad, alcance disciplinar y en la calidad de las publicaciones.

Posteriormente se llevó a cabo la tercera etapa mediante la definición de criterios de inclusión y exclusión, priorizando aquellos documentos que cumplieran con las siguientes características: artículos originales, de diez años, priorizando artículos publicados entre (2019-2024), relacionados directamente con el accidente cerebrovascular isquémico, el rol del cuidador principal, la planificación del alta hospitalaria, y los cuidados en el hogar, así como, estudios con diseños metodológicos variados (cuantitativos, cualitativos, mixtos y aplicados). Se excluyeron aquellos textos que: no abordaran de forma específica el tema de estudio, presentaran información desactualizada, correspondieran a eventos cerebrovasculares hemorrágicos u otras patologías neurológicas no pertinentes.

En la cuarta etapa se diseñó la estrategia de búsqueda estructurada mediante la definición de términos clave y el uso de descriptores en ciencias de la salud (DeCS), tales como: accidente cerebrovascular isquémico, enfermería, y cuidados a largo plazo. Asimismo, se emplearon operadores booleanos para combinar adecuadamente los términos de búsqueda, facilitando así la localización de estudios relevantes; algunos de los términos empleados fueron: patient discharge AND Long-Term Care, ischemic stroke OR ischemic cerebrovascular event, ischemic stroke NOT hemorrhagic stroke.

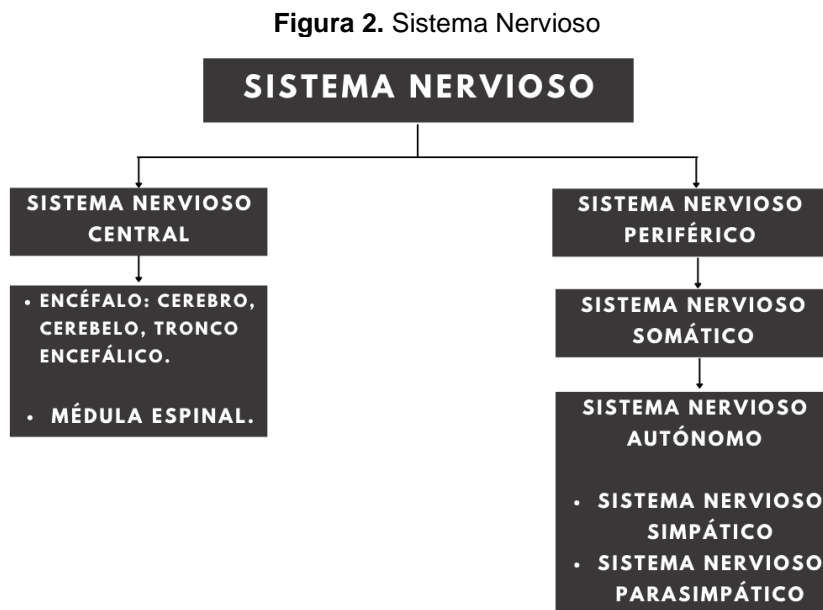
Finalmente, se llevó a cabo la quinta etapa que comprende la lectura crítica y sistemática de los documentos recuperados, con el objetivo de evaluar su calidad metodológica, relevancia temática y aplicabilidad al contexto de la investigación. Se descartaron aquellos artículos que no cumplieran con los criterios previamente establecidos. La información seleccionada fue organizada, clasificada y sintetizada de manera coherente y estructurada, lo que permitió construir una base sólida para sustentar la propuesta.

## V. MARCO TEÓRICO

### 5.1 Anatomía y fisiología del Sistema Nervioso

El sistema nervioso dirige y coordina las funciones del organismo mediante la recepción, procesamiento y respuesta a estímulos internos y externos. Además de regular la actividad motora y sensitiva, participa en funciones superiores como la cognición, la regulación emocional y el lenguaje. Se organiza en Sistema Nervioso Central (SNC), encargado de la integración, y Sistema Nervioso Periférico (SNP), responsable de la transmisión de información (Figura 2).

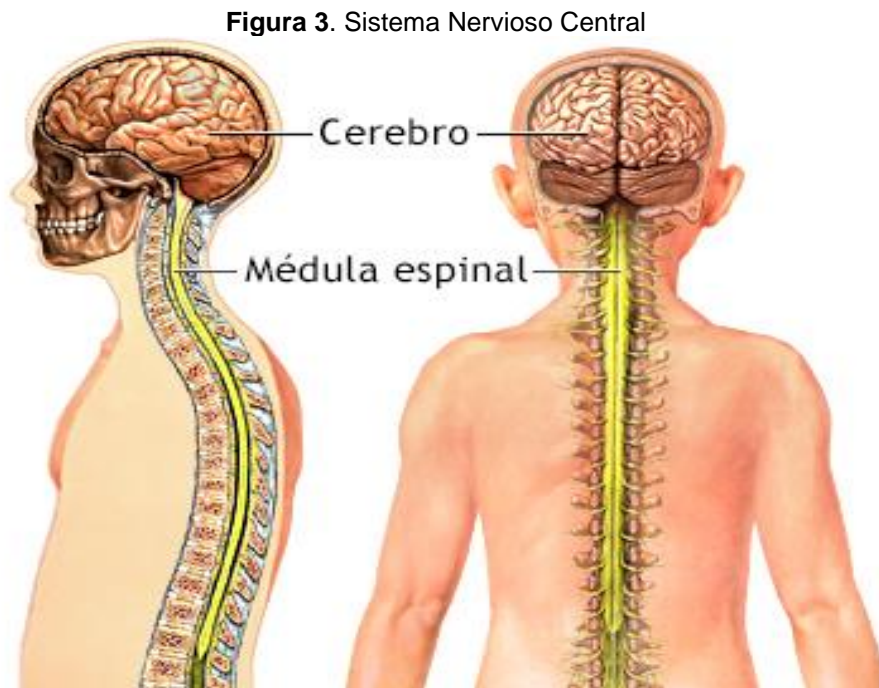
Su estructura celular se compone de neuronas, que transmiten impulsos eléctricos (potenciales de acción) y liberan neurotransmisores para la comunicación intercelular, y de células gliales, que proporcionan soporte, protección y regulación del microambiente, garantizando la homeostasis y eficacia de la actividad nerviosa(17).



**Fuente:** Torres A, 2023.

### 5.1.1 Sistema Nervioso Central

El Sistema Nervioso Central (SNC) constituye la unidad principal de control del organismo, y es encargada de dirigir, integrar y coordinar las funciones vitales. El cual está conformado por el encéfalo, situado en la cavidad craneal, y la médula espinal, ubicada en el conducto vertebral. Su función esencial es recibir, procesar e interpretar la información sensorial, así como generar respuestas motoras y regular procesos superiores como el pensamiento, la memoria, el lenguaje y las emociones, asegurando la homeostasis y la adaptación del individuo a su entorno(18) (Figura 3).



**Fuente:** Adam, 2025

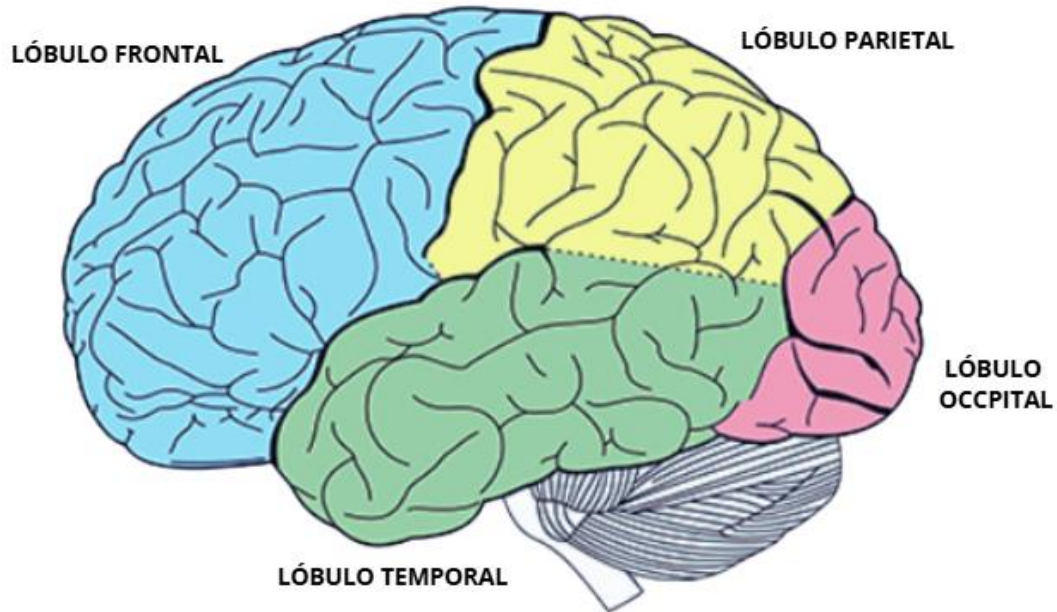
Entre las principales regiones que conforman el encéfalo, se encuentran el cerebro que representa la porción de mayor tamaño, la corteza cerebral, el hipotálamo, el tálamo, el tronco encefálico y el cerebelo. El cerebro se encuentra recubierto por una capa externa de sustancia gris denominada corteza cerebral. Esta estructura participa en funciones superiores como la

memoria, la atención, la percepción consciente, el pensamiento, el lenguaje y la autoconciencia(18).

A su vez, la corteza cerebral se divide en 4 lóbulos (Figura 4): frontal, parietal, temporal y occipital.

- 1) Lóbulo frontal: se asocia con el control del movimiento voluntario, al contener las neuronas que transmiten impulsos hacia la médula espinal para activar los músculos. Su región prefrontal interviene en procesos cognitivos como la planificación, la memoria a corto plazo y la resolución de problemas. Además, en esta área se localiza el área de Broca, fundamental para la producción del lenguaje.
- 2) Lóbulo parietal: participa en el procesamiento de las sensaciones somáticas, incluyendo tacto, presión, dolor, cosquilleo y vibración.
- 3) Lóbulo temporal: se especializa en el análisis de la información auditiva y contiene el área de Wernicke, esencial para la comprensión del lenguaje. Asimismo, mantiene una estrecha relación con el sistema límbico, lo que le confiere un papel relevante en la memoria, las emociones y la conducta.
- 4) Lóbulo occipital: se encarga principalmente del procesamiento de los estímulos visuales, constituyéndose en el centro de la función visual(19).

**Figura 4.** Lóbulos



**Fuente:** Nieves- López, 2021

El cerebelo, localizado en la parte posterior del encéfalo, coordina los movimientos finos y el equilibrio. En estructuras profundas, el hipotálamo regula funciones autónomas y mecanismos homeostáticos, además de controlar la hipófisis, mientras que el tálamo actúa como centro de relevo para la información sensitiva y motora dirigida a la corteza cerebral. El encéfalo también contiene los ventrículos cerebrales, responsables de la producción y circulación del líquido cefalorraquídeo, que protege y amortigua al sistema nervioso central.

Tanto el cerebro como la médula espinal están rodeados por las meninges (duramadre, aracnoides y piamadre), que proporcionan soporte y protección, siendo sus espacios meníngeos (epidural, subdural y subaracnoideo) de gran relevancia clínica. El tronco encefálico conecta el encéfalo con la médula espinal y regula funciones vitales como la respiración, la actividad cardiovascular y reflejos involuntarios (tos, vómito, deglución). Finalmente, la

médula espinal, ubicada en el conducto vertebral, constituye la vía de comunicación entre el cerebro y el resto del cuerpo, transmitiendo impulsos motores y sensoriales(17,18).

### **5.1.2 Sistema Nervioso Periférico**

El Sistema Nervioso Periférico (SNP) constituye la prolongación del sistema nervioso central, encargado de conectar al encéfalo y la médula espinal con el resto del organismo. Está conformado por los nervios craneales y espinales, así como por ganglios nerviosos, cuya función principal es transmitir la información sensitiva desde la periferia hacia el sistema nervioso central y conducir las respuestas motoras desde este hacia los órganos efectores, garantizando la recepción de estímulos y la ejecución de respuestas coordinadas(20).

Su función esencial es integrar sensaciones, movimientos y ajustes fisiológicos, permitiendo la interacción del organismo con el entorno. Dentro del SNP se distinguen el sistema nervioso somático, responsable de los movimientos voluntarios y de la percepción consciente de estímulos a través de receptores especializados, y el sistema nervioso autónomo, que regula las funciones involuntarias necesarias para mantener la homeostasis, como la respiración, la frecuencia cardíaca, la digestión y la presión arterial(21).

El sistema autónomo funciona de manera automática y se divide en el sistema simpático, que se activa ante situaciones de estrés o alerta incrementando la frecuencia cardíaca, dilatando los bronquios, elevando la presión arterial, y el sistema parasimpático, que predomina en momentos de descanso y recuperación. Este disminuye la frecuencia cardíaca, contrae los bronquios, estimula la digestión, promueve la secreción de enzimas y jugos gástricos, facilita la absorción de nutrientes y contribuye a la conservación y restauración de la energía del organismo. Ambas ramas actúan de manera complementaria,

regulando continuamente las funciones vitales y manteniendo el equilibrio fisiológico del cuerpo(20,21).

El sistema nervioso integra funciones sensoriales y motoras esenciales para la adaptación al entorno. La función sensorial consiste en captar estímulos internos y externos, como la temperatura, el dolor, la presión, la luz o los sonidos, a través de receptores especializados que envían la información al sistema nervioso central para su procesamiento. La función motora permite ejecutar respuestas ante estos estímulos, ya sean voluntarias, como mover un brazo, o involuntarias, como los reflejos o la contracción del músculo cardíaco.

El adecuado funcionamiento de estas funciones depende de la integridad de las vías nerviosas, la comunicación entre las neuronas y la acción de los neurotransmisores, sustancias químicas que facilitan la transmisión del impulso nervioso, garantizando coordinación, equilibrio y respuesta inmediata del organismo ante los cambios del medio interno y externo(20).

### **5.1.3 Circulación sanguínea cerebral**

El cerebro recibe su irrigación a través de múltiples arterias (Figura 5) principales que aseguran el suministro constante de oxígeno y nutrientes esenciales para su funcionamiento. Las arterias carótidas internas irrigan los dos tercios anteriores de los hemisferios cerebrales, incluyendo la corteza frontal, involucrada en funciones ejecutivas, planificación, toma de decisiones y control del movimiento voluntario; la corteza parietal, responsable de la percepción sensorial, la integración espacial y la coordinación de movimientos; y la corteza temporal lateral, vinculada con la audición y el procesamiento del lenguaje(22).

Estas arterias también nutren los ganglios basales y la cápsula interna, estructuras fundamentales en la regulación y transmisión de señales motoras, la planificación de movimientos y el aprendizaje motor. Las carótidas internas

se bifurcan en las arterias cerebrales anterior y media; la arteria cerebral anterior irriga las zonas mediales de los hemisferios, que incluyen áreas asociadas con el control de las extremidades inferiores, funciones ejecutivas y aspectos del comportamiento, mientras que la arteria cerebral media abastece las áreas motoras y sensoriales de la cara y extremidades superiores, así como regiones del lenguaje en el hemisferio dominante y la corteza motora primaria.

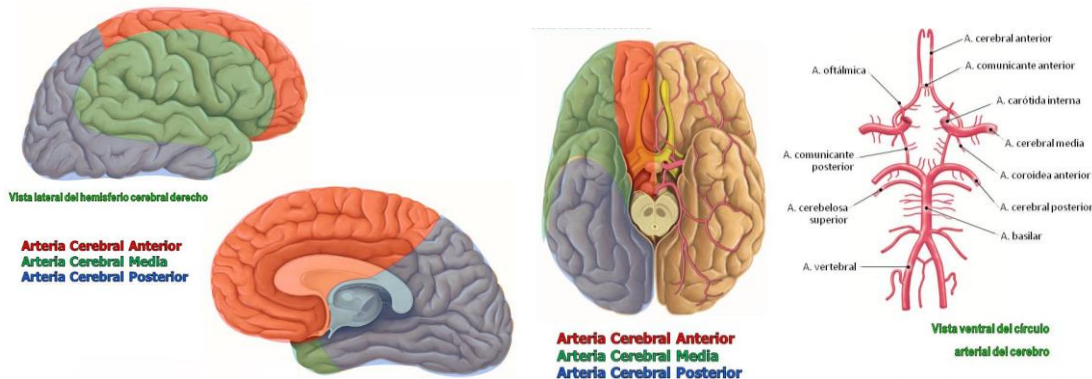
Las arterias vertebrales ascienden por la médula espinal y al unirse forman la arteria basilar, encargada de irrigar el tronco encefálico y el cerebelo. El tronco encefálico contiene núcleos vitales que controlan la respiración, la frecuencia cardíaca, la presión arterial, la deglución y la conciencia. El cerebelo regula la postura, el equilibrio, la coordinación motora fina y la precisión de los movimientos.

La arteria basilar se bifurca en las arterias cerebrales posteriores, que irrigan el tercio posterior de los hemisferios cerebrales, incluyendo la corteza occipital, responsable de la visión, la región posterior del tálamo, que integra la información sensorial y la dirige hacia la corteza, y partes del lóbulo temporal medial e hipocampo, fundamentales para la memoria y el aprendizaje. Además, de la arteria basilar surgen las arterias cerebelosas superior, anterior inferior y posterior inferior, que nutren distintas porciones del cerebelo y del tronco encefálico, asegurando la coordinación motora, la postura y la estabilidad del organismo.

Estas arterias se interconectan mediante las arterias comunicantes anterior y posterior, formando el polígono de Willis, una red colateral que permite la redistribución del flujo sanguíneo frente a obstrucciones parciales, asegurando la perfusión completa del cerebro(22). A pesar de representar solo el 2% del peso corporal, el cerebro recibe aproximadamente el 15% del gasto cardíaco y consume cerca del 20% del oxígeno del organismo, lo que evidencia su alta

demanda metabólica. El flujo sanguíneo cerebral normal se sitúa entre 45-50 ml/100 g/min, siendo más alto en la sustancia gris que en la blanca debido a la intensa actividad sináptica. Cuando el flujo disminuye por debajo de 18-20 ml/100 g/min, la función neuronal se compromete, activándose mecanismos compensatorios de vasodilatación y redistribución sanguínea. La perfusión cerebral está regulada por la presión arterial, la presión parcial de oxígeno y dióxido de carbono, la temperatura corporal, la viscosidad sanguínea, mediadores vasoactivos locales y la actividad del sistema nervioso autónomo, asegurando que el suministro de oxígeno y glucosa se mantenga constante para proteger la función cerebral frente a cambios hemodinámicos o metabólicos(23).

**Figura 5.** Irrigación cerebral



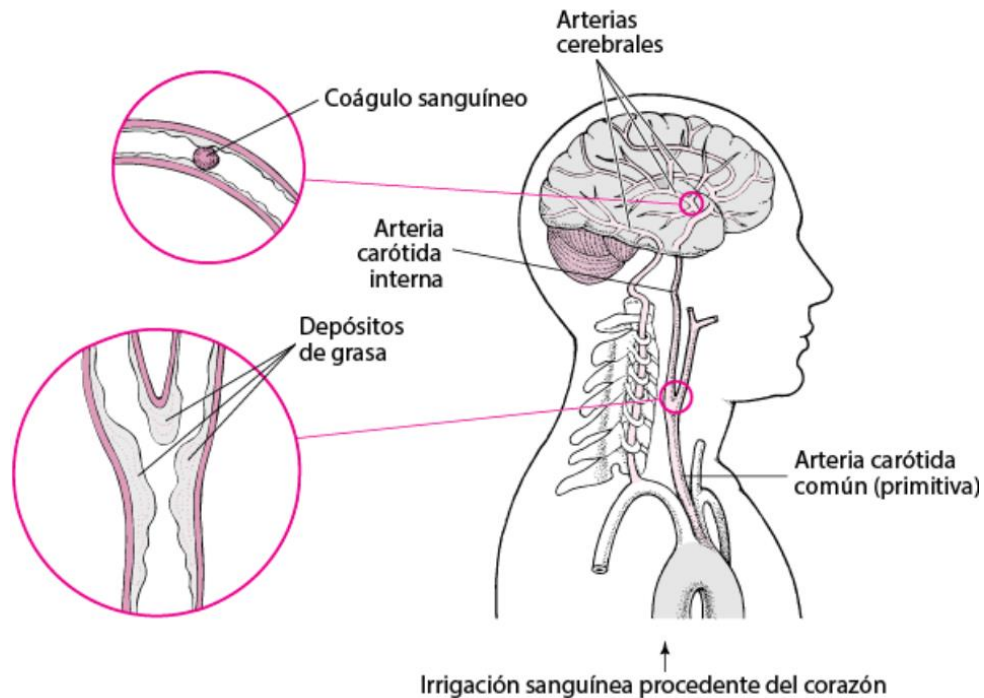
Fuente: Pró, 2015.

## 5.2 Accidente Cerebro Vascular (ACV) Isquémico

El accidente cerebrovascular isquémico agudo (ACV) (Figura 6) se define como la interrupción súbita del flujo sanguíneo en una región específica del cerebro, generalmente delimitada por un territorio vascular, lo que provoca un déficit neurológico asociado. Corresponde a una condición clínica de lesión cerebral con disfunción neuronal, originada por distintos mecanismos fisiopatológicos. De manera general, los ACV se clasifican en hemorrágicos e

isquémicos; en este último caso, el evento agudo ocurre por la obstrucción de una arteria cerebral, ya sea de origen trombótico o aterosclerótico(22).

**Figura 6.** Accidente Cerebrovascular Isquémico



**Fuente:** Manual Merck, 2023

El accidente cerebrovascular puede ocasionar discapacidades transitorias o permanentes, cuya severidad depende del tiempo de isquemia y de las áreas cerebrales comprometidas. Entre las principales complicaciones se incluyen: déficits motores como parálisis o pérdida de control muscular en cara y extremidades; alteraciones en el habla y la deglución, asociadas al compromiso de los músculos orofaríngeos; y trastornos cognitivos, que abarcan pérdida de memoria, dificultades en el razonamiento y en la comprensión del lenguaje.

Asimismo, son frecuentes los cambios emocionales (labilidad, depresión), la

presencia de dolor o parestesias en regiones afectadas, así como modificaciones en la conducta y la autonomía, que pueden requerir apoyo para actividades básicas de autocuidado(24). El accidente cerebrovascular isquémico es el más frecuente y el que ocasiona la mayor carga de morbilidad y dependencia funcional.

El accidente cerebrovascular isquémico se manifiesta mediante síndromes clínicos característicos, resultado de la disminución del flujo sanguíneo en regiones específicas del cerebro. Estos patrones se correlacionan con la exploración neurológica, lo que permite identificar con relativa precisión el territorio vascular comprometido.

### **5.2.1 Etiología y fisiopatología del ACV isquémico**

En el ACV isquémico, la obstrucción del flujo sanguíneo cerebral puede deberse a una trombosis, generada por la formación de un coágulo local en una arteria afectada por aterosclerosis, o a una embolia, en la cual un trombo originado en otra parte del cuerpo, generalmente en el corazón, migra hacia el cerebro y ocluye una arteria cerebral(1). Como consecuencia, el aporte de oxígeno y glucosa al tejido cerebral disminuye, lo que altera la función neuronal y, si la perfusión no se restablece a tiempo, conduce a la muerte celular.

El cerebro, en un intento de compensación, incrementa la vasodilatación y la extracción de oxígeno; sin embargo, cuando el flujo sanguíneo cae por debajo de 15 ml/100 g/min, el tejido entra en necrosis, formando el núcleo del infarto. Alrededor de esta zona se encuentra la penumbra isquémica, un área de tejido cerebral potencialmente recuperable si se logra restablecer la perfusión de forma oportuna(23).

Es importante destacar que la autorregulación cerebral, mecanismo que mantiene constante el flujo sanguíneo a pesar de las variaciones en la presión

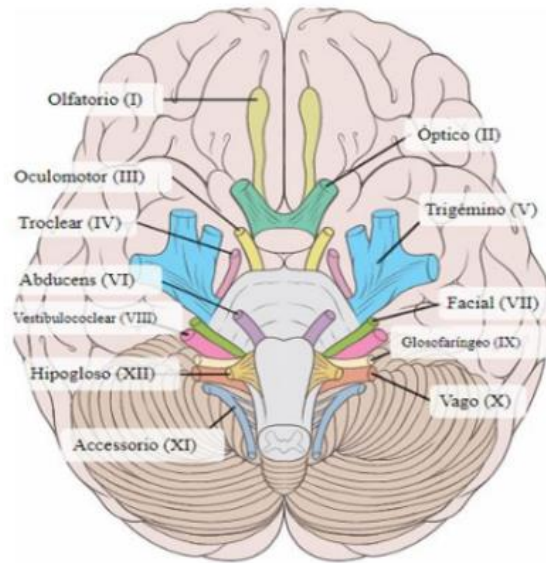
arterial, se altera significativamente durante el acv isquémico. Por ello, una reducción brusca de la presión arterial puede agravar la isquemia, sobre todo en pacientes con hipertensión crónica, donde el umbral de autorregulación está desplazado hacia niveles más altos.

Las manifestaciones clínicas del ACV dependen directamente del territorio arterial comprometido. Así, la oclusión de la arteria cerebral media (ACM) suele provocar hemiparesia y pérdida sensorial contralateral, predominantemente en cara y brazo, acompañadas de afasia (cuando se afecta el hemisferio dominante), disartria, negligencia espacial y alteraciones visuales. En cambio, la afectación de la arteria cerebral anterior (ACA) se asocia con debilidad y pérdida sensorial en la extremidad inferior contralateral, alteraciones del juicio, apatía e incluso incontinencia urinaria.

Por su parte, la obstrucción de la arteria cerebral posterior (ACP) produce hemianopsia homónima contralateral, amnesia o ceguera cortical; mientras que cuando el evento compromete el territorio vertebro basilar, pueden presentarse ataxia, vértigo, disartria y alteraciones del equilibrio, mientras que los infartos lacunares, típicos de la afectación de vasos perforantes profundos por hipertensión o diabetes, se manifiestan como déficits motores o sensitivos puros(1,25). Estas alteraciones neurológicas provocan discapacidades motoras, cognitivas, sensoriales y del lenguaje, las cuales afectan la autonomía del paciente y su capacidad para realizar actividades básicas de la vida diaria.

La estrecha relación anatómica entre las arterias cerebrales y los núcleos de los pares craneales (Figura 7; Tabla 1) en el tronco encefálico explica por qué, en un accidente cerebrovascular isquémico, la afectación arterial determina síntomas específicos vinculados al compromiso de uno o varios pares craneales.

**Figura 7. Nervios craneales**



**Fuente:** Dolopedia, 2018.

**Tabla 1. Pares Craneales y funciones**

NERVIO CRANEAL	NOMBRE	FUNCIÓN
I	Nervio olfatorio.	Olfato.
II	Nervio óptico.	Visión.
III	Nervio motor ocular común.	Movimiento ocular, dilatación de la pupila.
IV	Nervio troclear.	Movimiento ocular.
V	Nervio trigémino.	Información somatosensitiva (tacto, dolor) de cara y cabeza; músculos de la masticación.
VI	Nervio motor ocular externo.	Movimiento ocular.
VII	Nervio facial.	Gusto (2/3 anteriores de la lengua); información somatosensitiva de orejas; controla músculos de la expresión facial.
VIII	Nervio auditivo o nervio vestibulococlear.	Oído; equilibrio.
IX	Nervio glossofaríngeo.	Gusto (tercio posterior de la lengua); información somatosensitiva de la lengua, amígdalas, faringe; controla algunos músculos de la deglución.
X	Nervio vago.	Funciones sensitivas, motora y autónomo visceral (glándulas, digestión, tasa cardíaca).
XI	Nervio accesorio espinal.	Controla músculos usados en el movimiento de la cabeza.
XII	Nervio hipogloso.	Controla músculos de la lengua.

**Fuente:** Dolopedia, 2018.

Las ramas de la arteria cerebral media (ACM) nutren regiones corticales que controlan pares como el VII (facial) y el XII (hipogloso), responsables de la motricidad facial y lingual. Por su parte, las arterias de la circulación posterior vertebrales, basilar, cerebelosas y cerebral posterior se relacionan íntimamente con los núcleos de pares craneales en el mesencéfalo, la protuberancia y el bulbo raquídeo, siendo los más frecuentemente comprometidos:

- III (oculomotor), IV (troclear) y VI (abducens): Dependientes de ramas de la arteria cerebral posterior y basilar, producen alteraciones en la motilidad ocular como diplopía, ptosis y desviaciones oculares.
- V (trigémino): Relacionado con ramas perforantes de la basilar y cerebelosas, puede presentar hipoestesia facial y disminución de reflejos corneales.
- VII par (facial): Su compromiso cortical, irrigado por la ACM, produce parálisis facial central contralateral. En lesiones de tronco puede presentarse como parálisis periférica acompañada de hipoacusia o vértigo.
- VIII (vestibulococlear): Irrigado por la arteria cerebelosa anteroinferior, se manifiesta con hipoacusia, vértigo y nistagmo.
- IX (glossofaríngeo) y X (vago): Su irrigación depende de la arteria cerebelosa posteroinferior y ramas vertebrales, por lo que en un infarto bulbar se observan disfagia, disfonía y pérdida del reflejo nauseoso.

- XII par (hipogloso): Irrigado por ramas de la arteria espinal anterior, su afectación genera desviación lingual contralateral y disartria(26).

De esta manera, la afectación de un territorio vascular específico no solo condiciona déficits motores o sensoriales generales, sino que también produce manifestaciones clínicas características derivadas del compromiso de los pares craneales, lo que facilita la localización clínica de la isquemia cerebral.

### **5.2.2 Diagnóstico**

El diagnóstico del ACV isquémico requiere una valoración integral que combine la evaluación clínica con el uso de técnicas de neuroimagen. En la fase inicial, la tomografía computarizada (TC) de cráneo sin contraste constituye el método de elección, ya que permite distinguir rápidamente entre un evento isquémico y uno hemorrágico, lo cual es esencial para determinar la conducta terapéutica inmediata(27).

Por su parte, la resonancia magnética nuclear (RMN), especialmente mediante la secuencia de difusión, ofrece mayor sensibilidad y especificidad para detectar lesiones isquémicas en etapas muy precoces, incluso cuando la TC aún muestra imágenes normales. Esta herramienta resulta particularmente útil para valorar la extensión del daño tisular y delimitar la penumbra isquémica, es decir, la zona cerebral potencialmente recuperable.

De manera complementaria, se realizan estudios de laboratorio y monitoreo sistémico orientados a identificar factores etiológicos o condiciones asociadas. Entre ellos destacan las pruebas de coagulación, el electrocardiograma (ECG) que permite detectar arritmias como la fibrilación auricular, la determinación de glucemia, los niveles de electrolitos y, en casos seleccionados, los estudios de perfusión cerebral, los cuales ayudan a definir con mayor precisión la

ventana terapéutica y la viabilidad del tejido cerebral(28).

En conjunto, la valoración mediante estudios diagnósticos y el uso de herramientas que puedan orientar sobre la gravedad inicial del cuadro agudo, permiten establecer un diagnóstico oportuno, orientar el tratamiento de reperfusión y optimizar el pronóstico funcional del paciente.

Para cuantificar la gravedad del déficit neurológico, se utiliza la Escala NIH Stroke Scale (NIHSS) (Anexo 1). Esta herramienta evalúa diversos dominios neurológicos: nivel de conciencia, orientación, respuesta motora de brazos y piernas, fuerza facial, coordinación, función sensitiva, visión, lenguaje y atención. La puntuación obtenida permite:

- Estimar la gravedad inicial del ACV (leve, moderado o grave).
- Guiar la selección de pacientes para terapia trombolítica o trombectomía mecánica.
- Predecir el pronóstico funcional y la probabilidad de recuperación.
- Evaluar la respuesta al tratamiento reperfusor en las primeras horas o días(25).

### **5.2.3 Tratamiento y Rehabilitación**

El tratamiento del accidente cerebrovascular tiene como propósito preservar la viabilidad del tejido cerebral, restaurar la perfusión y evitar complicaciones secundarias. No obstante, el verdadero reto comienza tras la estabilización del paciente, cuando el objetivo terapéutico se orienta hacia la recuperación funcional y la reintegración social.

*Fase aguda: estabilización y reperfusión*

Durante la fase aguda, la prioridad es restablecer el flujo sanguíneo cerebral

lo más pronto posible. Para ello, se dispone de dos estrategias fundamentales:

- La terapia trombolítica intravenosa con, Alteplasa con una dosis total 0.9 mg/ kg; (dosis total máxima): 90mg administrando el 10% en bolo para 1 minuto y el resto para 60 minutos en infusión; Tenecteplasa, dosis total: 0.25 mg/kg, con dosis máxima 25mg administrar en bolo, esta reperfusión está indicada dentro de las primeras 4.5 horas del inicio de los síntomas, tras descartar hemorragia por imagen.
- La trombectomía mecánica, un procedimiento endovascular que permite la extracción del trombo, con mejores resultados si se realiza dentro de las primeras 6 a 24 horas en casos seleccionados.

Además, el control estricto de la presión arterial, oxigenación, glucemia y temperatura corporal es esencial para evitar la expansión del daño cerebral.

*Fase subaguda: inicio de la rehabilitación temprana.*

Una vez superada la fase aguda, el abordaje clínico se orienta hacia la rehabilitación temprana, idealmente dentro de las primeras 24 a 48 horas posteriores al evento. La evidencia científica respalda que el inicio precoz de la movilización y la terapia funcional mejora el pronóstico y disminuye la dependencia a largo plazo. La rehabilitación es un proceso que se lleva a cabo por un equipo multidisciplinario(25).

Los objetivos en esta etapa son prevenir complicaciones derivadas de la inmovilidad, estimular la neuroplasticidad que es la capacidad del cerebro para reorganizar sus conexiones neuronales y fomentar la autonomía progresiva del paciente. Para orientar de manera más precisa las intervenciones en el hogar, resulta fundamental evaluar el grado de discapacidad mediante herramientas como la Escala de Rankin modificada (Anexo 2), que clasifica la dependencia funcional en una puntuación de 0 a 6, donde 0 indica ausencia

de síntomas y 6 representa muerte.

Esta evaluación permite identificar el nivel de asistencia que requiere el paciente, facilitando la planificación de estrategias de autocuidado individualizadas y adaptadas a sus necesidades. De esta forma, se garantiza que la educación y los cuidados en el hogar se proporcionen con la calidad necesaria, contribuyendo de manera efectiva a optimizar la recuperación funcional y la independencia del paciente.

### **5.3 Alteraciones y complicaciones en el Accidente Cerebrovascular Isquémico**

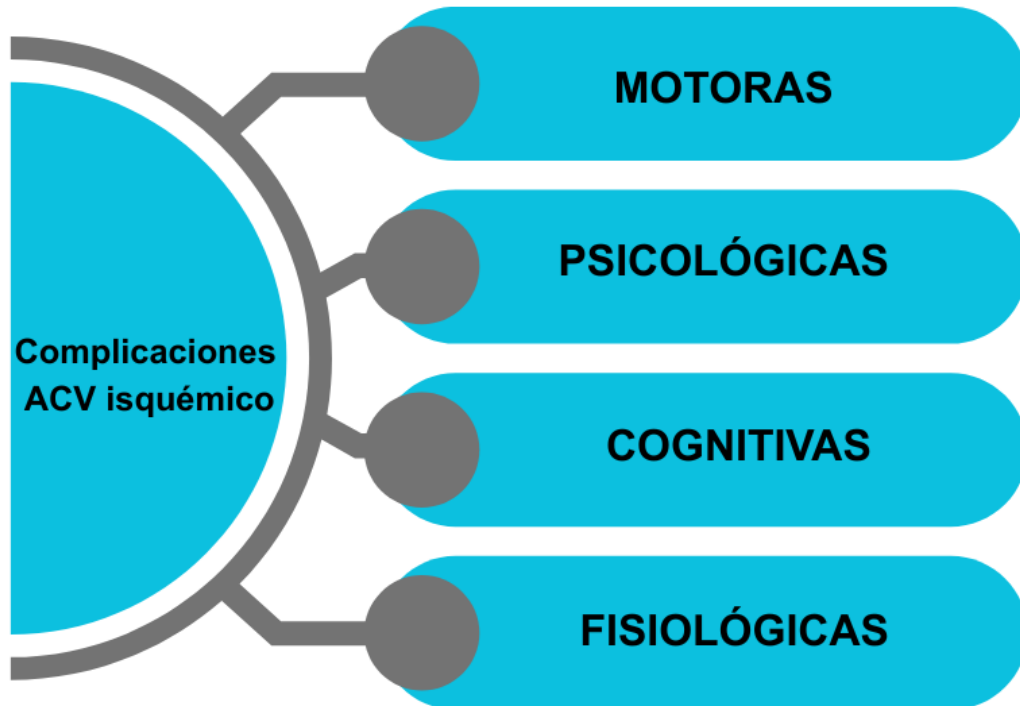
El accidente cerebrovascular isquémico representa una de las principales causas de discapacidad en el mundo, provocando alteraciones motoras, sensitivas, cognitivas y emocionales que afectan la autonomía del paciente y su calidad de vida. La recuperación funcional depende no solo del tratamiento agudo, sino también de la planificación integral de cuidados, que aborde las necesidades físicas, cognitivas y sociales del paciente(14).

El cuidado post ACV isquémico requiere intervenciones multidisciplinarias, con un enfoque centrado en la prevención de complicaciones, rehabilitación temprana y educación del paciente y su familia. La identificación temprana de las secuelas específicas (Figura 8) permite diseñar estrategias individualizadas de atención, optimizando la reintegración del paciente a su entorno familiar y social, disminuyendo los reingresos hospitalarios y fortaleciendo la eficiencia del sistema de salud(29).

De esta manera, las necesidades de cuidado en el paciente con ACV incluyen el manejo funcional, apoyo psicológico, educación para la salud y promoción del autocuidado, constituyéndose en un pilar esencial de la atención integral

de enfermería.

**Figura 8.** Complicaciones ACVi



**Fuente:** Riverón-Carralero, 2022

Las complicaciones físicas más frecuentes son: movilidad, espasticidad, caídas, problemas de visión, afasia, disartria, mutismo, sensibilidad, dolor en hombro, disfagia, incontinencia urinaria y fecal. El déficit motor constituye una de las secuelas más comunes y discapacitantes del accidente cerebrovascular(30).

La pérdida parcial o total de movilidad limita la independencia funcional y la capacidad de los pacientes para realizar actividades básicas de la vida diaria. Esta condición no solo reduce la autonomía, sino que también incrementa la probabilidad de complicaciones secundarias, entre ellas las úlceras por presión derivadas de la inmovilidad prolongada.

Dentro de las funciones fisiológicas alteradas la disfagia es una manifestación frecuente tras un ACV. El proceso de deglución depende de la coordinación entre estructuras musculares y nerviosas, tanto craneales como periféricas, que permiten el adecuado tránsito del bolo alimenticio hacia el estómago. El daño cerebral altera este mecanismo y ocasiona falta de fuerza y coordinación en los músculos faríngeos, disminución de reflejos deglutorios y alteración del control en la masticación. A ello se suma la parálisis facial, que impide el cierre adecuado de los labios y favorece la acumulación de restos alimenticios o el derrame de comida.

Se considera la disfagia una discapacidad de mal pronóstico, ya que se asocia a una mayor morbilidad y mortalidad por complicaciones como la aspiración, la desnutrición y la neumonía(31). Ante ello, resulta prioritario evaluar y manejar de manera integral el estado nutricional de los pacientes con accidente cerebrovascular isquémico, especialmente en quienes presentan debilidad de extremidades superiores u otras limitaciones que afectan su conducta alimentaria.

Las alteraciones cognitivas también influyen en el proceso de alimentación. La dificultad para mantener la atención o la memoria puede llevar a que el paciente olvide acciones básicas como masticar o deglutir, lo que incrementa el riesgo de desnutrición, aspiración o atragantamiento(31).

Otro grupo relevante de secuelas son los trastornos del control de esfínteres, que afectan de forma considerable la calidad de vida. El control de esfínteres urinarios e intestinales se relaciona con la extensión del infarto cerebral(32).

Cuando se produce daño cerebral, la manifestación clínica varía según la localización de la lesión. Una afectación en la corteza medial y anterior genera incontinencia urinaria o fecal por pérdida de la inhibición cortical, dado que

esta área regula el control voluntario de los esfínteres. Por otro lado, las lesiones en el tallo cerebral pueden provocar disinergia vesicoesfinteriana, caracterizada por una descoordinación entre la contracción del detrusor y la relajación del esfínter(33).

En resumen, los déficits motores, fisiológicos, cognitivos y esfinterianos posteriores al ACV representan un conjunto de secuelas que afectan la funcionalidad, la calidad de vida y la salud integral del paciente. Su abordaje requiere estrategias multidisciplinarias que incluyan rehabilitación física, soporte nutricional, intervención cognitiva y manejo especializado de las disfunciones vesicoesfinteriana, con el fin de favorecer la recuperación y reducir la dependencia(34).

Las disfunciones fisiológicas derivadas de un accidente cerebrovascular no solo repercuten en el ámbito físico, sino que también conllevan importantes consecuencias emocionales y sociales. Dichas alteraciones generan sentimientos de incomodidad, vergüenza, aislamiento y pérdida de autonomía, factores que contribuyen de manera directa en el bienestar psicológico y en la calidad de vida de los pacientes(35). En este sentido, la ansiedad, la depresión y el duelo representan secuelas emocionales frecuentes que deben abordarse desde un enfoque integral dentro del proceso de rehabilitación y del plan de cuidados de enfermería.

En primer lugar, la ansiedad constituye una de las manifestaciones psicológicas más comunes después de un accidente cerebrovascular, afectando aproximadamente entre el 20 y el 25% de los pacientes, una cifra considerablemente superior a la registrada en la población general. Clínicamente, puede presentarse en forma de fobias específicas, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico o ansiedad social. Con frecuencia, la ansiedad coexiste con la depresión post-ACV, lo que incrementa la duración

y severidad de los síntomas. Entre los factores de riesgo asociados destacan la presencia de antecedentes depresivos, la gravedad del evento cerebrovascular, la aparición temprana de ansiedad y el deterioro cognitivo posterior.

Por su parte, la depresión es una de las complicaciones emocionales más estudiadas en los sobrevivientes de accidente cerebrovascular. Diversas investigaciones han demostrado que la localización de la lesión cerebral, especialmente en relación con el lóbulo frontal, influye de manera significativa en la intensidad del cuadro depresivo. En particular, se ha observado que las lesiones prefrontales-subcorticales del hemisferio izquierdo se asocian con una mayor prevalencia y severidad de depresión post evento, siendo determinantes tanto el volumen como la ubicación de la lesión(36).

La depresión suele manifestarse cuando el paciente toma conciencia de la persistencia de sus limitaciones físicas o cognitivas, generando sentimientos de tristeza, desesperanza y falta de interés por las actividades cotidianas, incluidas aquellas relacionadas con la rehabilitación. Esta situación favorece el aislamiento social y, en casos más severos, puede evolucionar hacia una depresión clínica.

La depresión post accidente cerebrovascular (PSD)(37) afecta aproximadamente a un tercio de los pacientes durante los primeros cinco años posteriores al evento, y se asocia con un mayor uso de servicios de salud, peores resultados funcionales, disminución de la calidad de vida y un incremento en la mortalidad. Su aparición no depende exclusivamente de la gravedad del ACV y, en algunos casos, puede ser incluso más frecuente que en otras enfermedades graves, como el infarto agudo de miocardio.

La variabilidad en su prevalencia reportada se relaciona con diferencias metodológicas entre los estudios, como los instrumentos diagnósticos

utilizados, los criterios de inclusión y el momento de la evaluación(37). Por lo tanto, la identificación temprana de los factores de riesgo resulta esencial para optimizar la evaluación clínica, el tratamiento y las estrategias de prevención de la PSD.

De igual forma, el duelo posterior a un accidente cerebrovascular constituye un proceso emocional complejo, caracterizado por la necesidad de adaptación ante las pérdidas y limitaciones derivadas del evento. Este duelo no se circunscribe únicamente a la pérdida de una persona, sino que incluye la pérdida de habilidades físicas, cognitivas e incluso de aspectos vinculados a la identidad personal y al rol social previamente desempeñado(38). En consecuencia, la rehabilitación post-ACV debe contemplar no solo los componentes físicos, sino también los emocionales, ya que el proceso de duelo influye directamente en la motivación y la adherencia del paciente al tratamiento.

La recuperación integral del paciente requiere, por tanto, la identificación de los factores que inciden en su rehabilitación, tales como las características individuales, la gravedad del evento y las secuelas presentes. De esta manera, se pueden diseñar planes de cuidado efectivos que favorezcan su reintegración social y disminuyan los sentimientos de fracaso, culpa y limitación en las actividades de la vida diaria(39). Asimismo, resulta fundamental que tanto los familiares como los cuidadores comprendan la magnitud de las secuelas, dado que estas afectan la percepción del paciente sobre su estado de salud, su autoestima, sus relaciones interpersonales y su estabilidad económica.

La condición de enfermo crónico repercute significativamente en la autoimagen y en la sensación de seguridad del individuo, por lo que se hace indispensable fortalecer las redes de apoyo, tanto formales integradas por

profesionales de la salud, como informales conformadas por familiares, amigos o personas cercanas. La efectividad de dichas redes depende del contexto cultural, social y económico del paciente, así como de las barreras de acceso a los servicios de salud y de la severidad de las secuelas.

Por último, los sobrevivientes de un accidente cerebrovascular isquémico enfrentan el reto de adaptarse a discapacidades que limitan su participación laboral. Garantizar condiciones adecuadas para su reinserción al trabajo contribuye de manera positiva a su salud y recuperación; sin embargo, es importante considerar que ambientes laborales inadecuados pueden agravar su estado físico o emocional, interfiriendo con su proceso de rehabilitación y bienestar general.

#### **5.4 Necesidades de Cuidados post ACV isquémico**

El accidente cerebrovascular isquémico es una de las principales causas de discapacidad a nivel mundial y genera secuelas motoras, sensitivas, cognitivas, emocionales y sociales que afectan de manera significativa la autonomía y la calidad de vida del paciente(37) Entre las alteraciones más frecuentes se encuentran el déficit motor, la espasticidad, la disfagia, los trastornos del lenguaje, el dolor, la incontinencia y las alteraciones cognitivas, las cuales limitan la realización de actividades básicas de la vida diaria y aumentan el riesgo de complicaciones como caídas, úlceras por presión, broncoaspiración, neumonía y desnutrición(31).

A ello se suman secuelas psicológicas como ansiedad, depresión y procesos de duelo, que influyen negativamente en la adherencia a la rehabilitación y en la reintegración social(36,38). Asimismo, el impacto social del ACV afecta la dinámica familiar, laboral y comunitaria, haciendo indispensable la participación activa de la familia, las redes de apoyo y el equipo

multidisciplinario. Por lo tanto, la recuperación funcional del paciente post-ACV requiere una planificación integral de cuidados que contemple no solo el manejo clínico, sino también el acompañamiento educativo, emocional y social, con énfasis en la continuidad del cuidado tras el alta hospitalaria(40).

Dentro del rol de enfermería, la atención integral al paciente post-ACV incluye:

- Manejo funcional y rehabilitación temprana: supervisión de ejercicios de movilidad, prevención de caídas, cuidado de la piel para evitar úlceras por presión, y apoyo en la deglución y alimentación segura.
- Apoyo psicológico: identificación de signos de ansiedad, depresión o duelo, ofreciendo contención emocional y derivación a especialistas cuando sea necesario.
- Educación para la salud: enseñar al paciente y familia sobre prevención de complicaciones, manejo de la medicación, signos de alarma y estrategias de autocuidado.
- Promoción del autocuidado: fomentar la independencia en actividades de la vida diaria, adaptaciones del entorno y uso de dispositivos de apoyo según las necesidades individuales(41).

Las enseñanzas de enfermería se orientan principalmente a promover la participación del paciente en su proceso de recuperación, fomentando su autonomía y compromiso con el tratamiento. A través de la educación para la salud, el personal de enfermería busca capacitar tanto al paciente como a sus familiares y cuidadores en aspectos esenciales del cuidado diario, tales como la movilización segura, la alimentación adecuada, las rutinas de higiene y el cuidado de la piel, así como el manejo correcto de esfínteres.

Del mismo modo, se brinda información detallada sobre la prevención de complicaciones frecuentes, como las caídas, las úlceras por presión o los

episodios de broncoaspiración, con el propósito de garantizar una recuperación segura y de calidad. Asimismo, la enseñanza de enfermería tiene como objetivo fomentar la adherencia a los programas de rehabilitación física, cognitiva y emocional, reconociendo la importancia de la continuidad terapéutica para alcanzar una mejor funcionalidad e integración del paciente.

Finalmente, se orienta al paciente y a su entorno sobre los recursos comunitarios y las redes de apoyo disponibles que pueden facilitar su reintegración social y laboral. De esta manera, la educación impartida por enfermería se convierte en una herramienta fundamental para fortalecer la autonomía, mejorar la calidad de vida y promover una recuperación integral basada en el acompañamiento, la prevención y la participación.

La atención de enfermería posterior al accidente cerebrovascular isquémico requiere un abordaje integral que contemple las limitaciones físicas, cognitivas, emocionales y sociales del paciente. Este enfoque permite no solo atender las secuelas inmediatas del evento neurológico, sino también promover una recuperación funcional sostenida a largo plazo. La planificación de cuidados debe incluir estrategias educativas y de acompañamiento dirigidas tanto al paciente como a su familia, favoreciendo la participación de ambos en el proceso de rehabilitación.

### **5.5 Rol familiar en el cuidado del paciente con ACV isquémico**

Los cuidadores primarios se diferencian de los formales por el rol que desempeñan y por la naturaleza de su labor. El cuidador primario suele ser un familiar o una persona cercana al paciente, sin formación sanitaria ni remuneración económica, considerado un “elemento indispensable para el enfermo”.

En contraste, los cuidadores formales actúan de manera profesional, perciben

un salario y mantienen una relación laboral sin implicaciones emocionales. La singularidad del cuidador primario radica en su compromiso y dedicación hacia la persona con discapacidad, ofreciendo apoyo técnico y personal en las actividades de la vida diaria(42).

Esta labor implica un esfuerzo físico, emocional, económico y espiritual considerable, que en el caso de pacientes con ACV se intensifica debido a los déficits cognitivos y las secuelas que afectan su calidad de vida. La salud de un individuo no depende únicamente de la atención sanitaria profesional, sino también de la participación social y familiar.

En este sentido, los cuidadores primarios asumen un papel central, aunque a costa de experimentar mayor sobrecarga, deterioro de su calidad de vida y afectación de su salud física y emocional, en comparación con los cuidadores formales. La falta de formación específica y el vínculo afectivo con el paciente incrementan su vulnerabilidad, lo que hace necesario diseñar intervenciones que atiendan la complejidad de sus necesidades(43).

En este proceso, la enfermería desempeña un papel fundamental, no solo en la atención directa al paciente, sino también en el acompañamiento emocional del cuidador, abordando sentimientos de ansiedad, miedo o soledad. Un enfoque integral concibe al paciente y a la familia como una unidad de cuidado, lo que permite identificar dificultades socioemocionales, económicas, y ofrecer educación adaptada a su situación.

El evento cerebrovascular repercute no solo en el paciente, sino también en su familia, que debe reorganizarse ante cambios súbitos en la dinámica cotidiana. La adaptación familiar puede atravesar diferentes fases: desde el shock y la negación inicial, hasta la adaptación y aceptación, alcanzando eventualmente un nuevo equilibrio. Un funcionamiento familiar saludable,

caracterizado por roles definidos, comunicación efectiva, cohesión y flexibilidad, contribuye a preservar la salud del sistema familiar; mientras que un funcionamiento deficiente constituye un factor de riesgo.

Los cuidadores familiares, al asumir el rol de manera inmediata, suelen experimentar sentimientos de incompetencia debido a la falta de preparación, lo que aumenta la carga física, emocional y económica del cuidado prolongado(44). Otros miembros de la familia pueden colaborar mediante apoyo directo o indirecto, como supervisión, ayuda en tareas domésticas, trámites o acompañamiento en consultas médicas, lo que facilita la adaptación al nuevo escenario. La participación familiar, además, se asocia con una mayor adherencia al tratamiento y mejores resultados clínicos.

En este contexto, se destaca que el cuidador de pacientes neurológicos suele mantenerse en este rol durante largos periodos sin relevo, lo que exige no solo atender las necesidades básicas del enfermo, sino también desarrollar habilidades de comunicación funcional. Del mismo modo, se subraya la importancia de intervenciones centradas en la resolución de conflictos intrafamiliares, la relajación, el fortalecimiento de habilidades de cuidado y, en particular, la comunicación como recurso esencial para responder a las necesidades del paciente.

En pacientes con secuelas de ACV, el rol comunicativo del cuidador adquiere un valor especial, pues la comunicación es una de las funciones más afectadas, pero también una de las más susceptibles de rehabilitación. La participación del cuidador en este proceso no solo favorece la recuperación del paciente, sino que impulsa la transición hacia un modelo de atención integral que incluye a la familia.

Diversos estudios evidencian que factores personales y contextuales influyen

en la evolución del paciente, tales como el hecho de ser cuidado principalmente por mujeres, el nivel de ingresos familiares, la existencia de redes de apoyo y la participación de profesionales de la salud, elementos que favorecen la calidad de vida en los ámbitos físico, psicológico y emocional(45).

Se ha observado, además, que la carga del cuidado recae con mayor frecuencia en mujeres, especialmente hijas, quienes presentan mayores niveles de sobrecarga. Este hallazgo subraya la necesidad de implementar estrategias educativas y programas de capacitación dirigidos a los cuidadores, con el fin de reducir la sobrecarga y preservar su bienestar.

Asimismo, se resalta el papel de la enfermería en la formación y orientación de los cuidadores informales, ayudándoles a adquirir competencias prácticas, resolver problemas cotidianos y atender las necesidades emocionales del paciente(46). Una adecuada preparación en este sentido no solo repercute en la calidad de vida del enfermo, sino también en la de quienes asumen su cuidado, fortaleciendo así el proceso de rehabilitación.

## **5.6 Teoría Déficit del Autocuidado Dorothea Orem, y Estrategia I.D.E.A.L.**

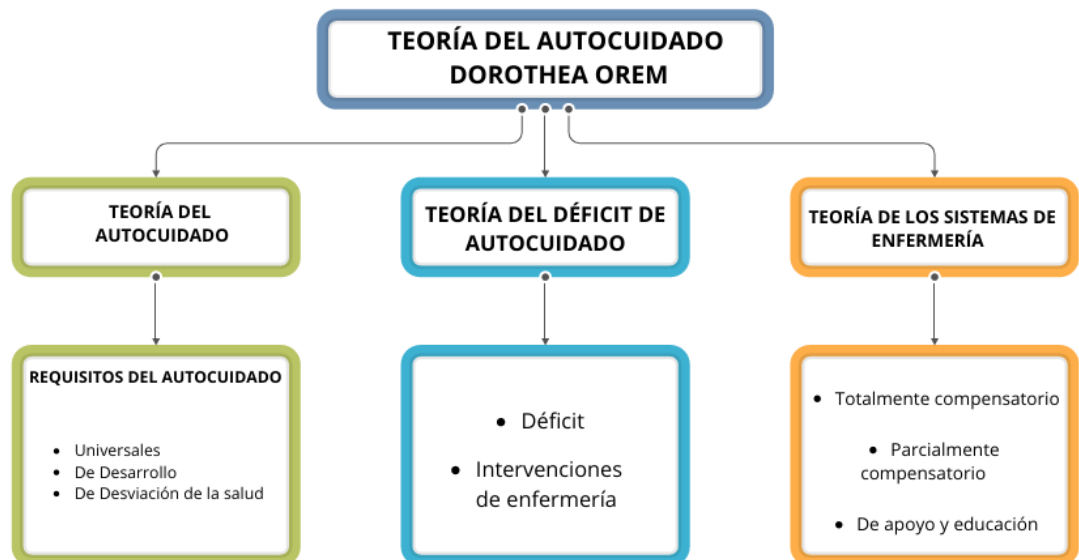
La enfermería, desde sus orígenes, se ha concebido como una práctica social orientada al arte de cuidar, cuyo propósito es ayudar a las personas cuando no poseen la capacidad suficiente para proveerse a sí mismas o brindar a otros los cuidados necesarios para preservar la vida y el bienestar. En este proceso, el profesional identifica problemas de salud y necesidades reales o potenciales en el individuo, la familia y la comunidad, promoviendo la autonomía o la dependencia según la situación específica.

Dorothea Orem desarrolló la Teoría del Déficit de Autocuidado (Figura 9), un modelo general que integra tres teorías interrelacionadas: la teoría del

autocuidado, la teoría del déficit de autocuidado y la teoría de los sistemas de enfermería. Para Orem, el autocuidado es una función deliberada y reguladora que cada persona realiza para mantener la vida, la salud y el bienestar. Cuando la capacidad de autocuidado es insuficiente para satisfacer las demandas terapéuticas, surge el déficit, que requiere la intervención del profesional de enfermería mediante sistemas de acción diseñados para suplir, complementar o educar en el cuidado.

El agente de autocuidado es quien ejecuta las acciones necesarias para mantener la salud, mientras que la agencia de autocuidado se refiere a la capacidad del individuo para llevar a cabo dichas acciones. Esta capacidad puede encontrarse en desarrollo, alterada o plenamente establecida, dependiendo de factores como la edad, la enfermedad o el estado emocional. El proceso de autocuidado inicia con la conciencia del propio estado de salud y se fortalece a través del aprendizaje, la reflexión y la experiencia personal, aspectos modulados por las normas culturales y el entorno social(47).

**Figura 9.** Teoría del Autocuidado



**Fuente:** Naranjo- Hernández ,2017

Orem clasifica la intervención de enfermería en tres tipos de sistemas:

- Totalmente compensatorio, cuando el profesional sustituye completamente al paciente.
- Parcialmente compensatorio, cuando ambos comparten responsabilidades.
- De apoyo-educación, cuando el paciente realiza sus cuidados con orientación y enseñanza del profesional.

Esta teoría reconoce la capacidad de adaptación del ser humano, pero también la necesidad de apoyo cuando las habilidades de autocuidado son insuficientes(48). En este contexto, la enfermería busca promover la autonomía y el bienestar integral mediante intervenciones que suplen o fortalecen las capacidades del paciente.

Diversas investigaciones coinciden en que la participación activa de los pacientes y sus familias en el proceso de atención constituye un elemento clave para mejorar la seguridad y calidad del cuidado. Los sistemas de salud que fomentan dicha participación logran reducir los errores médicos, fortalecer la adherencia terapéutica y aumentar la satisfacción de los usuarios.

En este sentido, la Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Médica (AHRQ) desarrolló la Guía para la Participación de Pacientes y Familias en la Calidad y Seguridad Hospitalaria, que incluye la Estrategia 4: Transiciones de la atención del hospital al domicilio, Planificación del Alta IDEAL (Figura 10).

Esta estrategia se centra en uno de los momentos más críticos del proceso asistencial: la transición del hospital al hogar. Una transferencia inadecuada de información durante el alta hospitalaria incrementa el riesgo de complicaciones, eventos adversos y reingresos. Por ello, la planificación del

alta IDEAL promueve la participación del paciente y su familia como socios en el cuidado, asegurando una transición segura, eficaz y centrada en las necesidades del individuo(49).

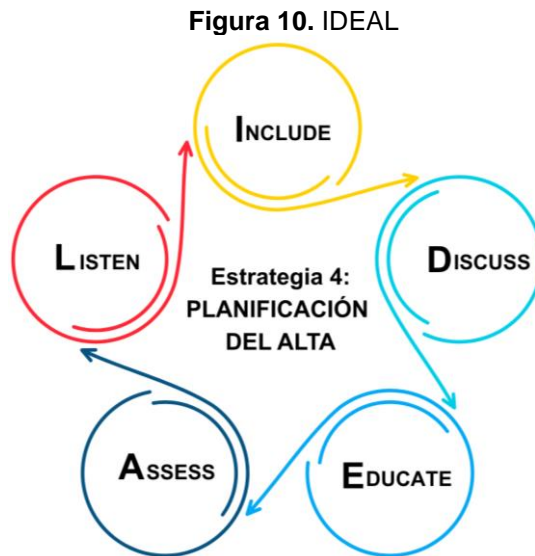
Los componentes de la Estrategia IDEAL: Incluir, Discutir, Educar, Evaluar y Escuchar, guardan una estrecha relación con los principios del sistema de apoyo-educación descrito por Orem:

- Incluir al paciente y a la familia en la toma de decisiones fortalece la corresponsabilidad y el sentido de control sobre el propio cuidado.
- Discutir aspectos esenciales como la vida cotidiana en el hogar, la medicación y las citas de seguimiento, ayuda a anticipar dificultades y prevenir complicaciones.
- Educar con un lenguaje claro y adaptado al nivel de comprensión del paciente fomenta el aprendizaje de habilidades y conocimientos de autocuidado.
- Evaluar la comprensión mediante técnicas de enseñanza recíproca garantiza que la información se asimile correctamente y que los déficits identificados sean compensados.
- Finalmente, escuchar con empatía las preocupaciones, valores y objetivos del paciente y su familia permite diseñar un plan de cuidado centrado en la persona.

En este sentido, la Estrategia IDEAL constituye una aplicación práctica de la Teoría del Déficit de Autocuidado de Orem, ya que permite identificar las limitaciones del paciente al egresar del hospital y proporciona herramientas para fortalecer su capacidad de autocuidado en el hogar.

Su implementación favorece la continuidad segura del cuidado, reduce los reingresos hospitalarios y consolida al paciente como agente activo y corresponsable de su salud. Asimismo, promueve la adquisición de

conocimientos, habilidades y confianza necesarias para mantener la seguridad, prevenir complicaciones y fomentar la autonomía progresiva en el entorno domiciliario.



Fuente: AHRQ, 2018

## VI. PROPUESTA DE PLAN DE ALTA

El accidente cerebrovascular isquémico genera un conjunto diverso de secuelas que repercuten significativamente en la autonomía, funcionalidad y calidad de vida del paciente, así como en la carga asumida por el cuidador principal. Estas limitaciones motoras, cognitivas, del lenguaje, sensoriales y conductuales representan déficits de autocuidado que deben ser suplidos, o acompañados para garantizar una transición segura del hospital al hogar. Con el propósito de organizar los requerimientos específicos de atención, se elaboraron tablas clasificadas por tipo de secuela, que permiten identificar los principales cuidados de enfermería.

La construcción de este plan se sustenta en la Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem, la cual reconoce la necesidad de apoyo total,

parcial o educativo cuando el paciente no puede satisfacer por sí mismo sus necesidades. Asimismo, se integra la mnemotecnia IDEAL de la estrategia 4 de la AHRQ como guía metodológica para fortalecer la participación del cuidador, estructurar la educación en el proceso del alta y validar que las intervenciones puedan reproducirse de manera segura y con calidad en el entorno domiciliario.

Para respaldar las tablas y la selección de cuidados, se revisó literatura científica con enfoques cuantitativos, cualitativos y mixtos. Los estudios cuantitativos aportaron datos objetivos sobre prevalencia de secuelas, efectividad de intervenciones de enfermería y riesgos clínicos asociados al manejo domiciliario. Los estudios cualitativos permitieron comprender las experiencias, necesidades emocionales y barreras que enfrentan los cuidadores y pacientes durante el proceso de recuperación. Por su parte, los enfoques mixtos integraron la medición objetiva del impacto del EVC con las percepciones y vivencias del binomio paciente–cuidador, enriqueciendo la comprensión integral del fenómeno y fortaleciendo el proceso educativo.

La combinación de estos enfoques metodológicos permitió elaborar un plan de alta estructurado, fundamentado en evidencia y centrado en el máximo beneficio funcional del paciente, garantizando que los cuidados se ajusten a sus necesidades reales y que el cuidador reciba herramientas claras, de fácil comprensión, prácticas y validadas para continuar el proceso de recuperación en el hogar.

Continuando con lo planteado, la estrategia I.D.E.A.L., se utiliza como una herramienta práctica para guiar la enseñanza dirigida hacia el cuidador durante la planificación del alta. La siguiente información (tabla 2), muestra cómo se integran los elementos en el paciente con accidente cerebrovascular isquémico.

**Tabla 2.** Estrategia IDEAL- ACVi

	<b>ELEMENTO</b>	<b>ENFOQUE EDUCATIVO</b>	<b>APLICACION POST EVC</b>
<b>INCLUDE</b>	I INVOLUCRAR	Involucrar a paciente y familia desde el ingreso.	Explicar el estado neurológico y pronóstico de la enfermedad, y la orientación de los cuidados en el hogar.
<b>DISCUSS</b>	D DIALOGAR	Comunicación bidireccional.	Escuchar dudas del cuidador sobre alimentación, higiene, movilización, medicación y cuidados previos a la ingesta, disfagia, problemas psicológicos y/o emocionales, incontinencia urinaria, deterioro cognitivo.
<b>EDUCATE</b>	E EDUCAR	Enseñar con demostración práctica.	Movilización segura, administración de medicamentos, signos de alarma, alimentación de acuerdo con requerimientos, manejo de incontinencia urinaria y esfínteres, estimulación cognitiva.
<b>ASSESS</b>	A EVALUAR	Verificar comprensión mediante retroalimentación.	Pedir al familiar que repita las acciones aprendidas, sobre la enseñanza activa proporcionada.
<b>LISTEN</b>	L ESCUCHAR	Resolver dudas.	Cuestionar sobre la orientación que se brindó, si causa dudas, y resolverlas.

**Fuente:** elaboración propia, basada en AHRQ, 2018.

Con base a lo descrito previamente, se presenta a continuación la información organizada por secuelas (tabla 3-9), donde se integran los cuidados de enfermería respaldados por la evidencia científica, en conjunto con la participación del cuidador primario, desde el enfoque de la teoría del déficit del autocuidado de Dorothea Orem y la relación con la estrategia IDEAL. Esto permite identificar de manera práctica las acciones que se deben de reforzar en el hogar.

**Tabla 3. Secuelas déficit motor y movilidad**

SECUELA	CUIDADO DE ENFERMERÍA	NIVEL DE EVIDENCIA	AUTORES	FUENTE
<b>DÉFICIT MOTOR Y MOVILIDAD</b>  Hemiparesia o parálisis parcial que limita la marcha y la independencia. Riesgo elevado de úlceras por presión, caídas, trombosis y contracturas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Movilización temprana y ejercicios pasivos-activos.</li> <li>Uso de dispositivos de ayuda.</li> <li>Prevención de úlceras por presión.</li> <li>Reeducación postural, equilibrio y coordinación.</li> <li>Cambios posturales cada 2 horas.</li> <li>Ejercicios de rango articular.</li> <li>Masaje, cuidados y lubricación de la piel.</li> <li>Entrenamiento en actividades de la vida diaria con apoyo familiar.</li> <li>Uso de colchones anti escaras.</li> <li>Prevención de caídas.</li> </ul>	I	Todhunter-Brown A, et, al.	Physical rehabilitation approaches for the recovery of function and mobility following stroke. Cochrane Database Syst Rev. 2025;2(2) 15-20.
		II	Lee, Kyoung Bo, et, al.	Six-month functional recovery of stroke patients: a multi-time-point study. Int J Rehabil Res. 2015;38(2):173-80.
		I	Valkenborghs SR, Callister R, Visser MM, Nilsson M, van Vliet P	Interventions combined with task-specific training to improve upper limb motor recovery following stroke: a systematic review with meta-analyses. Phys Ther Rev. 2019;24(3-4):100-17.
		I	Langhorne P, Baylan S.	Early supported discharge services for people with acute stroke. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 7. Art. No.: CD000443.
<b>TEORÍA DEL DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM</b>				
El sistema compensatorio parcial se basa en la participación activa del cuidador primario, quien ayuda al paciente a suplir las limitaciones de movilidad y las dificultades para realizar actividades básicas. Desde la perspectiva de Orem, la enfermera actúa como guía y supervisora, orientando al cuidador y al paciente para mantener los requisitos universales de actividad, seguridad y prevención de riesgos, garantizando una movilización adecuada, posicionamiento terapéutico y protección frente a caídas, úlceras por presión o complicaciones derivadas de la inmovilidad.				
<b>ESTRATEGIA I.D.E.A.L</b>				
En el manejo del déficit motor y de la movilidad, se incluye (Include) de manera activa al paciente y al cuidador primario en el proceso de atención desde el entorno hospitalario, favoreciendo su participación en las actividades de movilización. Asimismo, se discuten (Discuss) las limitaciones funcionales y los riesgos asociados, como caídas y úlceras por presión, estableciendo expectativas realistas de recuperación. De igual forma, se educa (Educate) de manera estructurada sobre técnicas de movilización segura, ejercicios terapéuticos básicos y cuidados de la piel, con base en evidencia científica. Posteriormente, se evalúa (Assess) la comprensión y la capacidad del cuidador para llevar a cabo los cuidados en el domicilio, así como la identificación de riesgos en el entorno. Finalmente, se escuchan (Listen) de manera activa las dudas, necesidades y barreras del paciente y su familia, lo que permite adaptar el plan de cuidados al contexto individual y favorece una transición segura al egreso hospitalario.				

Fuente: elaboración propia.

**Tabla 4. Secuelas trastorno del lenguaje y comunicación.**

SECUELA	CUIDADO DE ENFERMERÍA	NIVEL DE EVIDENCIA	AUTORES	FUENTE
<b>TRASTORNOS DEL LENGUAJE Y COMUNICACIÓN (AFASIA/DISARTRIA)</b>  Dificultad para expresar o comprender el lenguaje, afectando la interacción social.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estimular la comunicación verbal y no verbal.</li> <li>Uso de tarjetas, gestos o pictogramas.</li> <li>Trabajo interdisciplinario con terapia de lenguaje.</li> <li>Educación al cuidador sobre estrategias de comunicación.</li> </ul>	I	Shrubsole, K., Worrall, L., Power, E., & O'Connor, D. A.	Recommendations for post-stroke aphasia rehabilitation: an updated systematic review and evaluation of clinical practice guidelines. Aphasiology. 2017;31(1):1-24.
		I	Brady MC, Kelly H, Godwin J, Enderby P, Campbell P.	Speech and language therapy for aphasia following stroke. Cochrane Database Syst Rev. 2016; 2016(6):CD000425.
		II	Kao, SK., Chan, CT.	Increased risk of depression and associated symptoms in poststroke aphasia. Sci Rep. 2024;14(1):21352.
<b>TEORÍA DEL DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM</b>				
El sistema apoyo-educativo se centra en el paciente que presenta un déficit en la comunicación que limita su interacción; por ello, la enfermera orienta y fortalece las estrategias comunicativas del cuidador para suplir esta limitación, promoviendo la expresión básica, la comprensión y una autonomía progresiva.				
<b>ESTRATEGIA I.D.E.A.L</b>				
En el abordaje de las alteraciones del lenguaje, se incluye (Include) al paciente y al cuidador en el proceso de comunicación terapéutica desde el entorno hospitalario. Asimismo, se discuten (Discuss) las limitaciones comunicativas y su impacto en la vida diaria, estableciendo estrategias funcionales acordes a las capacidades del paciente. De igual forma, se educa (Educate) sobre el uso de técnicas de comunicación alternativa, ejercicios de estimulación del lenguaje y herramientas de apoyo. Posteriormente, se evalúa (Assess) la comprensión del cuidador y su capacidad para facilitar la comunicación en el domicilio. Finalmente, se escuchan (Listen) las necesidades, preferencias y barreras del paciente y su familia, adaptando las estrategias de comunicación al contexto individual.				

Fuente: elaboración propia.

**Tabla 5. Secuelas deterioro cognitivo y memoria.**

SECUELA	CUIDADO DE ENFERMERÍA	NIVEL DE EVIDENCIA	AUTORES	FUENTE
<b>DETERIORO COGNITIVO Y MEMORIA</b>  Pérdida de atención, orientación o capacidad de juicio; frecuente tras ACV isquémico.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicar ejercicios de estimulación cognitiva (memoria, cálculo, atención).</li> <li>• Crear rutinas estructuradas.</li> <li>• Apoyar al cuidador en orientación temporal y espacial.</li> <li>• Supervisar seguridad en domicilio.</li> </ul>	I	Hernández AG, González-Gálvez N. Apunts Educación Física y Deportes.	Recommendations for post-stroke aphasia Ejercicio físico y función cognitiva en pacientes postictus: una revisión sistemática con metaanálisis. Apunts Educación Física y Deportes, 2021. Vol. 37, núm. 146, pp. 1-10.
		II	Canciano CE, Valdés BS, Sosa PS, et al.	Calidad de vida en los pacientes con demencia vascular post-ictus isquémico (estudio de cohortes). Rev Cubana Neurol Neurocir. 2014;4(1):7-13.
		I	Teasell R, Salbach NM, Foley N, et al.	Recomendaciones canadienses de buenas prácticas en el tratamiento del ictus: rehabilitación, recuperación y participación comunitaria tras un ictus. Parte uno: Rehabilitación y recuperación tras un ictus; 6.ª edición actualizada en 2019. International Journal of Stroke. 2020;15(7):763-788.
<b>TEORÍA DEL DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM</b>				
El deterioro cognitivo después de un accidente vascular cerebral limita la capacidad del paciente para organizarse, orientarse y tomar decisiones seguras. Por ello, desde el sistema de apoyo educativo, la enfermera orienta al cuidador para establecer rutinas estables, reforzar la orientación diaria y promover un ambiente estructurado, lo que facilita que el paciente participe en su autocuidado dentro de sus posibilidades.				
<b>ESTRATEGIA I.D.E.A.L</b>				
En el manejo del deterioro cognitivo, se incluye (Include) al paciente y al cuidador en la planificación del cuidado, promoviendo su participación en actividades de orientación y estimulación cognitiva. Asimismo, se discuten (Discuss) las alteraciones en memoria, atención y juicio, así como los riesgos asociados, estableciendo expectativas realistas de evolución. De igual forma, se educa (Educate) sobre estrategias de orientación, estructuración del entorno y apoyo en la toma de decisiones. Posteriormente, se evalúa (Assess) la comprensión del cuidador y su capacidad para implementar dichas estrategias en el domicilio. Finalmente, se escuchan (Listen) las necesidades y limitaciones del entorno familiar, permitiendo adaptar el plan de cuidados.				

Fuente: elaboración propia.

**Tabla 6. Secuela trastornos emocionales**

SECUELA	CUIDADO DE ENFERMERÍA	NIVEL DE EVIDENCIA	AUTORES	FUENTE
<b>TRASTORNOS EMOCIONALES (DEPRESIÓN, ANSIEDAD, DUELO).</b>  Alteraciones afectivas comunes por daño cerebral o pérdida funcional.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluar estado emocional periódicamente.</li> <li>• Fomentar apoyo psicológico y espiritual.</li> <li>• Promover grupos de apoyo y escucha activa.</li> <li>• Educar a la familia en detección de síntomas depresivos.</li> </ul>	II	Kao, SK., Chan, CT.	Increased risk of depression and associated symptoms in poststroke aphasia. Sci Rep. 2024;14(1):21352.
		I	Guo, J., Wang, J., Sun, W. et al.	The advances of post-stroke depression: 2021 update. J Neurol. 2022;269(3):1236-49.
		I	Ayerbe L, Ayis S, Wolfe CDA, Rudd AG.	Natural history, predictors and outcomes of depression after stroke: systematic review and meta-analysis. Br J Psychiatry [Internet]. 2013;202(1):14-21.
		I	Hackett ML, Pickles K.	Part I: Frequency of depression after stroke: An updated systematic review and meta-analysis of observational studies. Int J Stroke. 2014;9(8):1017-25.
<b>TEORÍA DEL DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM</b>				
El sistema de apoyo educativo es esencial para abordar las alteraciones emocionales que pueden disminuir la motivación, la participación en la rehabilitación y el bienestar general del paciente. La enfermera capacita al cuidador para identificar signos de depresión, ansiedad o cambios emocionales, y le orienta sobre cómo mantener un entorno tranquilo y de contención emocional. Esto facilita un afrontamiento adecuado y fortalece la continuidad del proceso de autocuidado.				
<b>ESTRATEGIA I.D.E.A.L</b>				
En el abordaje de las alteraciones emocionales, se incluye (Include) al paciente y al cuidador en el proceso de atención, favoreciendo la expresión de emociones y la participación activa en el cuidado. Asimismo, se discuten (Discuss) los cambios emocionales, como ansiedad, depresión o frustración, y su impacto en la recuperación. De igual forma, se educa (Educate) sobre estrategias de afrontamiento, técnicas de apoyo emocional y redes de apoyo disponibles. Posteriormente, se evalúa (Assess) la capacidad del paciente y del cuidador para reconocer signos de alarma y manejar las respuestas emocionales. Finalmente, se escuchan (Listen) las preocupaciones, creencias y barreras, adaptando las intervenciones al contexto psicosocial.				

Fuente: elaboración propia.

**Tabla 7. Secuela incontinencia urinaria/ fecal.**

SECUELA	CUIDADO DE ENFERMERÍA	NIVEL DE EVIDENCIA	AUTORES	FUENTE
<b>INCONTINENCIA URINARIA Y FECAL / CONTROL DE ESFÍNTERES</b>  Alteración del control vesical o intestinal por daño neurológico.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valorar patrón de eliminación.</li> <li>• Fomentar entrenamiento vesical e intestinal.</li> <li>• Vigilar integridad cutánea.</li> <li>• Educar sobre higiene, dieta rica en fibra y líquidos.</li> <li>• Orientar sobre cuidados, y manejo de sonda vesical.</li> </ul>	II	Harari D, Coshall C, Rudd AG, Wolfe CDA.	New-onset Fecal incontinence after stroke: Prevalence, natural history, risk factors, and impact. <i>Stroke</i> . 2003;34(1):144–50.
		II	Lucente Giuseppe, Corral Javier, Rodríguez-Esparragoza Luis, Castañer Sara, Ortiz Hector, et, al.	Current incidence and risk factors of fecal incontinence after acute stroke affecting functionally independent people. <i>Front Neurol</i> . 2021;12:755432.
		II	Fry CH, Fluck A, Affley B, Kakar P, Sharma P, Fluck D, et al.	Urinary incontinence indicates mortality, disability, and infections in hospitalised stroke patients. <i>BJU Int</i> [Internet]. 2024;133(5):604–13.
<b>TEORÍA DEL DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM</b>				
Cuando la alteración en la eliminación compromete la comodidad y la salud de la piel del paciente, se requiere un sistema compensatorio parcial. En este contexto, la enfermera asesora al cuidador en la organización de rutinas adecuadas, en la aplicación de técnicas correctas de higiene y en la adopción de medidas preventivas destinadas a evitar lesiones cutáneas, garantizando de esta manera la preservación de la integridad de la piel y el bienestar general del paciente.				
<b>ESTRATEGIA I.D.E.A.L</b>				
En el manejo de las alteraciones en la eliminación, se incluye (Include) al paciente y al cuidador en el entrenamiento para el control de esfínteres desde el entorno hospitalario. Asimismo, se discuten (Discuss) los cambios en los patrones de eliminación y los riesgos asociados, como infecciones o lesiones cutáneas. De igual forma, se educa (Educate) sobre técnicas de entrenamiento vesical e intestinal, higiene adecuada y uso de dispositivos en caso necesario. Posteriormente, se evalúa (Assess) la capacidad del cuidador para llevar a cabo estas intervenciones en el domicilio. Finalmente, se escuchan (Listen) las necesidades, dudas y barreras, adaptando el plan de cuidados al contexto del paciente.				

Fuente: elaboración propia.

**Tabla 8. Secuela polifarmacia/ manejo de cifras de sv.**

SECUELA	CUIDADO DE ENFERMERÍA	NIVEL DE EVIDENCIA	AUTORES	FUENTE
<b>POLIFARMACIA/ MANEJO DE CIFRAS DE SIGNOS VITALES</b>  Manejo adecuado de la medicación en casa, y conocer los efectos secundarios, y adversos que se pudieran presentar, así como las consideraciones a tomar en cuanto a la ingesta, previniendo complicaciones.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recomienda manejo integral de factores de riesgo.</li> <li>• Adherencia a fármacos.</li> <li>• Control de la presión arterial.</li> <li>• Monitoreo de presión arterial, glucemia, peso.</li> <li>• Prevención de trombosis; adherencia a medicación y citas de seguimiento.</li> </ul>	II	Pasina, L., Brucato, A.L., Falcone, C. et al.	Medication non-adherence among elderly patients newly discharged and receiving polypharmacy. <i>Drugs Aging</i> . 2014;31(4):283–289.
		II	Matsumoto A, Yoshimura Y, Nagano F, Bise T, Kido Y, Shimazu S, et al.	Polypharmacy and potentially inappropriate medications in stroke rehabilitation: prevalence and association with outcomes. <i>Int J Clin Pharm</i> . 2022;44(3):749–61.
		II	Lum, MV, Cheung, MYS, Harris, DR et al.	A scoping review of polypharmacy interventions in patients with stroke, heart disease, and diabetes. <i>Int J Clin Pharm</i> [Internet]. 2020;42(2):378–92.
		I	Hermida, R., Ayala, D., Smolensky, M. et al.	Chronotherapy with conventional blood pressure medications improves management of hypertension and reduces cardiovascular and stroke risks. <i>Hypertens Res</i> [Internet]. 2016;39(5):277–92.
<b>TEORÍA DEL DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM</b>				
El sistema de apoyo educativo es clave para garantizar una administración segura de múltiples medicamentos y el control básico de signos vitales. La enfermera capacita al cuidador para organizar correctamente los fármacos, reconocer posibles efectos adversos y realizar monitoreos básicos, asegurando la seguridad y el bienestar del paciente en el hogar.				
<b>ESTRATEGIA I.D.E.A.L</b>				
En el manejo de la polifarmacia y el control de signos vitales, se incluye (Include) al paciente y al cuidador primario en la organización y administración del tratamiento farmacológico desde el entorno hospitalario, favoreciendo su participación activa en el cuidado. Asimismo, se discuten (Discuss) los esquemas terapéuticos, la importancia de la adherencia al tratamiento y los riesgos asociados a la polifarmacia, incluyendo interacciones medicamentosas y eventos adversos. De igual forma, se educa (Educate) de manera estructurada sobre la correcta administración de los fármacos, horarios, posibles efectos secundarios y la realización del monitoreo de signos vitales como presión arterial, glucemia y peso, con base en recomendaciones sustentadas en evidencia. Posteriormente, se evalúa (Assess) la comprensión y la capacidad del cuidador para organizar la medicación, identificar signos de alarma y realizar el seguimiento en el domicilio. Finalmente, se escuchan (Listen) las dudas, necesidades y barreras relacionadas con el acceso, comprensión o manejo del tratamiento, permitiendo ajustar el plan de cuidados y favoreciendo la seguridad del paciente y la continuidad del cuidado tras el egreso hospitalario.				

Fuente: elaboración propia.

**Tabla 9.** Secuela disfagia y alteraciones de la deglución.

SECUELA	CUIDADO DE ENFERMERÍA	NIVEL DE EVIDENCIA	AUTORES	FUENTE
<b>DISFAGIA Y ALTERACIONES DE LA DEGLUCIÓN</b>  Dificultad para tragar; riesgo de aspiración, desnutrición y neumonía. Prevención de complicaciones respiratorias y deglutorias.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluar reflejo de deglución antes de alimentar.</li> <li>• Supervisar textura y consistencia de los alimentos.</li> <li>• Posicionar al paciente a 90°.</li> <li>• Educación familiar sobre técnica de alimentación segura.</li> <li>• Control de aspiración.</li> <li>• Técnicas de deglución segura.</li> <li>• Alimentación por sondas para nutrición enteral.</li> </ul>	I	Winstein CJ, Stein J, Arena R, Bates B, Cherney LR, Cramer SC, et al.	Guidelines for adult stroke rehabilitation and recovery: A guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American stroke association: A guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American stroke association. <i>Stroke</i> . 2016;47(6):e98–169.
		I	Teasel R, Salbach NM, Foley N, et al.	Recomendaciones canadienses de buenas prácticas en el tratamiento del ictus: rehabilitación, recuperación y participación comunitaria tras un ictus. Parte uno: Rehabilitación y recuperación tras un ictus; 6.ª edición actualizada en 2019. <i>International Journal of Stroke</i> . 2020;15(7):763-788.
		II	Rofes L, Muriana D, Palomeras E, Vilardell N, Palomera E, Alvarez-Berdugo D, et al.	Prevalence, risk factors, and complications of oropharyngeal dysphagia in stroke patients: A cohort study. <i>Neurogastroenterol Motil</i> [Internet]. 2018;30(8):e13338.
		I	Song W, Wu M, Wang H, Pang R, Zhu L.	Prevalence, risk factors, and outcomes of dysphagia after stroke: a systematic review and meta-analysis. <i>Front Neurol</i> . 2024;15:1403610.
		I	Gu H, Ren D.	Prevalence and risk factors of poststroke dysphagia: A meta-analysis. <i>Cerebrovasc Dis</i> . 2024;1–24.
<b>TEORÍA DEL DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM</b>				
El sistema compensatorio total es necesario cuando la disfagia compromete la nutrición y la seguridad respiratoria del paciente, requiriendo asistencia completa. La enfermera guía al cuidador en técnicas de alimentación segura, selección de consistencias adecuadas y mantenimiento de posiciones correctas, supervisando su aplicación para garantizar el cumplimiento de los requisitos esenciales de nutrición y la protección de la vía aérea.				
<b>ESTRATEGIA I.D.E.A.L</b>				
En el manejo de la disfagia, se incluye (Include) al paciente y cuidador en la alimentación segura desde el entorno hospitalario. Asimismo, se discuten (Discuss) los riesgos de aspiración, desnutrición y neumonía, así como las medidas de seguridad durante la ingesta. Se educa (Educate) sobre evaluación de la deglución, adecuación de texturas, posición a 90° y técnicas de deglución segura, incluyendo el uso de alimentación enteral cuando esté indicada. Posteriormente, se evalúa (Assess) la capacidad del cuidador para aplicar estos cuidados e identificar signos de aspiración. Finalmente, se escuchan (Listen) las necesidades y barreras del paciente y su familia, adaptando el plan al entorno domiciliario y favoreciendo la protección de la vía aérea y la continuidad del cuidado.				

**Fuente:** elaboración propia.

El nivel de evidencia de las intervenciones incluidas se clasificó conforme a la jerarquización propuesta por el Oxford Centre for Evidence-Based Medicine (OCEBM), considerando el diseño metodológico y el rigor científico de los estudios analizados. De acuerdo con esta clasificación, el nivel I corresponde a revisiones sistemáticas y ensayos clínicos aleatorizados de alta calidad, mientras que el nivel II incluye estudios observacionales analíticos y descriptivos.(50).



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ**  
**FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN**  
**UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**  
**FACULTAD DE ESTUDIOS PROFESIONALES ZONA MEDIA**



# **PROPUESTA:**

# **PLAN DE ALTA AL PACIENTE CON**

# **ACCIDENTE CEREBROVASCULAR**

# **ISQUÉMICO**

## INDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	52
<b>JUSTIFICACIÓN</b> .....	53
<b>OBJETIVO GENERAL</b> .....	53
¿Para qué es esta guía? .....	54
¿Para quién es esta guía? .....	54

## **INTRODUCCIÓN**

El accidente cerebrovascular isquémico es una enfermedad que puede provocar cambios significativos en la vida de la persona que lo presenta y de su familia. Tras el egreso hospitalario, muchos pacientes continúan con secuelas que afectan la movilidad, la comunicación o la capacidad para realizar actividades básicas de la vida diaria, lo que hace necesario un cuidado continuo en el hogar.

Este proceso representa un reto tanto para el paciente como para su cuidador principal, quien con frecuencia asume esta responsabilidad sin contar con la información o preparación suficientes. La falta de orientación adecuada puede generar inseguridad, sobrecarga y aumentar el riesgo de complicaciones o reingresos hospitalarios.

En este contexto, el personal de enfermería desempeña un papel fundamental al acompañar, educar y preparar al paciente y a su familia para el cuidado domiciliario. La planificación del alta hospitalaria permite identificar necesidades, fortalecer las habilidades del cuidador y favorecer una transición segura del hospital al hogar.

El presente plan de alta fue diseñado como una guía práctica de apoyo para el cuidado en casa de pacientes que han presentado un accidente cerebrovascular isquémico, con el propósito de brindar información clara y sencilla que contribuya a prevenir complicaciones, reconocer signos de alarma y promover el bienestar del paciente y su cuidador, favoreciendo la continuidad del cuidado y el proceso de rehabilitación.

## **JUSTIFICACIÓN**

La elaboración de esta guía práctica como elemento del plan de alta dirigido a pacientes con accidente cerebrovascular isquémico responde a la necesidad de fortalecer la continuidad del cuidado una vez concluida la atención hospitalaria. La ausencia de orientación clara para el cuidado domiciliario incrementa el riesgo de complicaciones, reingresos hospitalarios y sobrecarga del cuidador, lo que impacta negativamente en la recuperación del paciente y en la dinámica familiar.

Por ello, esta propuesta busca ofrecer una herramienta práctica desde el enfoque de enfermería que facilite la transición del hospital al hogar y promueva un cuidado seguro, organizado y humanizado. La propuesta se sustenta en la nemotecnia I.D.E.A.L. para la planificación del alta en enfermería, la cual permite estructurar el proceso de identificación de necesidades, educación del paciente y cuidador, evaluación del entorno y capacidades de cuidado, acompañamiento durante la transición y enlace con los servicios de salud correspondientes.

## **OBJETIVO GENERAL**

Presentar un recurso didáctico de plan de alta, para cuidados en el entorno domiciliario en el paciente con accidente cerebrovascular isquémico, basado en evidencia científica.

### **¿Para quién es esta guía?**

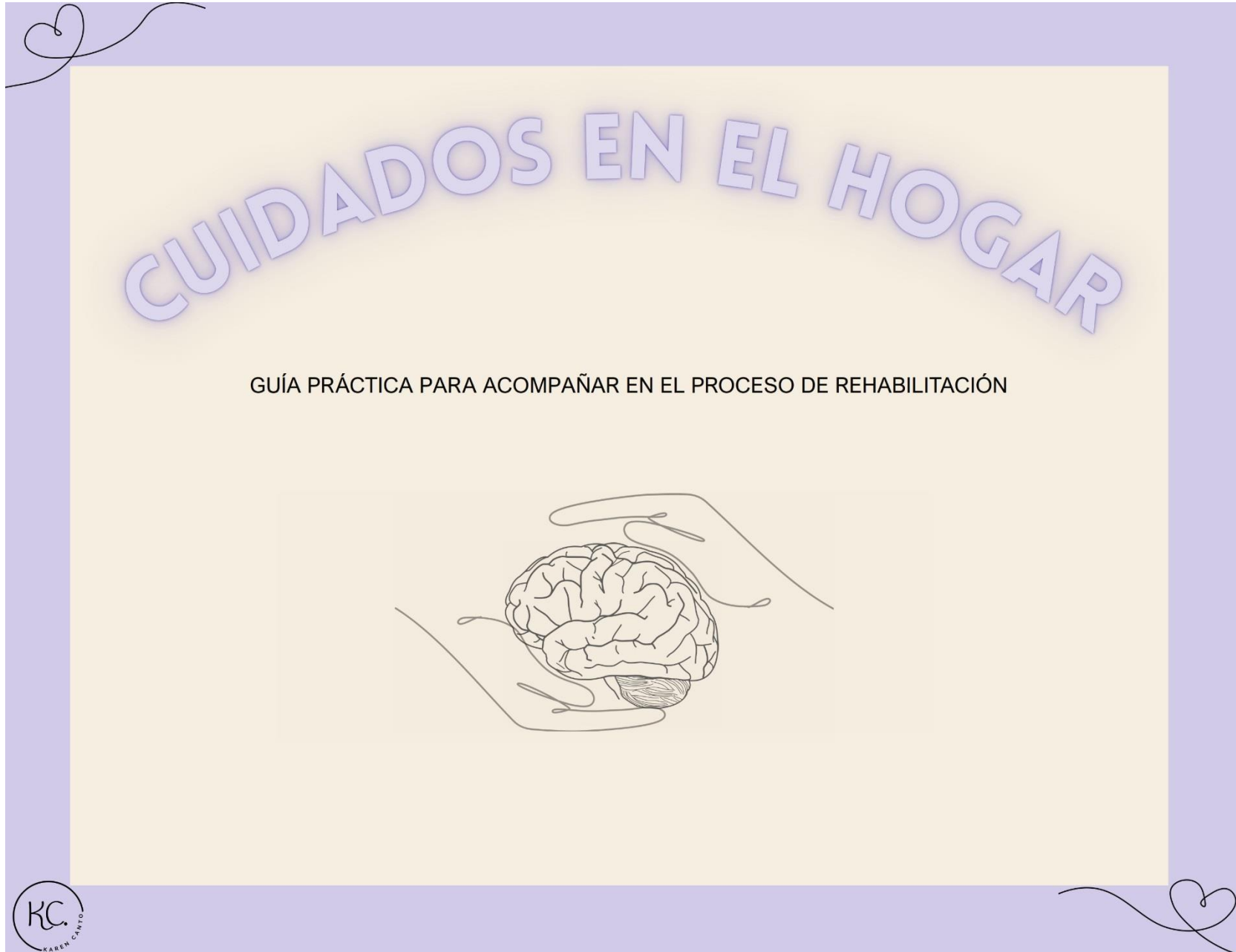
Esta guía está dirigida al cuidador principal de un paciente con accidente cerebrovascular isquémico; no obstante, puede ser también de utilidad para el paciente cuyas secuelas le permitan ser partícipe de su propio autocuidado.

### **¿Para qué es esta guía?**

El propósito de esta guía es brindar orientación clara y sencilla para el cuidado domiciliario posterior al egreso hospitalario, con el fin de prevenir complicaciones, favorecer la identificación oportuna de signos de alarma y promover una transición segura del hospital al hogar.

La educación y asesoría al cuidador se conciben como un proceso progresivo que inicia una vez que el paciente alcanza estabilidad clínica durante la estancia hospitalaria y se refuerza previo al egreso, fortaleciendo las habilidades necesarias para el cuidado en casa y favoreciendo la continuidad del cuidado y el proceso de rehabilitación.

Esta guía puede adaptarse a distintos contextos y niveles socioculturales, permitiendo individualizar la enseñanza del cuidado de acuerdo con las secuelas y necesidades específicas del paciente. Lo anterior favorece una educación más dirigida y comprensible para el cuidador primario, evitando la sobrecarga de información innecesaria.



## DIRECCIÓN



### DIRECCIÓN

Canto Torres Karen Guadalupe  
Muñoz Torres Teresita de Jesús

### REDACCIÓN Y EDICIÓN

Canto Torres Karen Guadalupe

### Domicilio

Carretera Rioverde-San Ciro Km. 4,  
Col. Puente del Carmen  
Rioverde, San Luis Potosí  
a398846@alumnos.uaslp.mx

### DIBUJOS

Material elaborado con herramienta de IA Notebook LM

Pendiente registro

## PLAN DE ALTA PARA EL PACIENTE CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO



Este plan de alta fue diseñado para ayudarte a cuidar a tu paciente en casa después de una embolia cerebral. Brindándote indicaciones claras, para evitar complicaciones, que puedas reconocer a tiempo cualquier señal de alarma, y dándote seguridad para los cuidados que darás en tu hogar, así como ayudar a tu familiar a incorporarse a sus actividades de la vida diaria.

*Recuerda que no estas sol@ en este  
proceso.*



En caso de emergencia



Acude a tu unidad de salud más cercana.

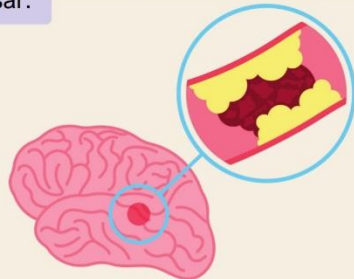


## ¿Qué es un Accidente Cerebrovascular Isquémico?

Un accidente cerebrovascular, que a veces también llamamos "embolia", ocurre cuando un coágulo impide que la sangre llegue bien al cerebro.

El cerebro necesita la sangre porque con ella recibe oxígeno y nutrientes para funcionar.

Si la sangre no llega bien a una parte del cerebro, esa parte puede dañarse y dejar de funcionar bien, causando problemas como dificultad para hablar, para mover alguna parte del cuerpo o para pensar.



Esta enfermedad puede causar secuelas que dificultan algunas actividades de la vida diaria. Tu apoyo será clave para que tu familiar pueda realizarlas.

**TE ENSEÑARE COMO HACERLO EN CASA,  
CON SEGURIDAD Y TRATANDO DE EVITAR  
COMPLICACIONES.**

## FACTORES DE RIESGO ANTES DE PRESENTAR LA EMBOLIA



Una “embolia” puede ocurrir con mayor probabilidad cuando existen ciertos factores que afectan la salud del corazón y los vasos sanguíneos.

- **Edad:** el riesgo aumenta con los años, especialmente después de los 55.
- Los **hombres** tienen mayor probabilidad de presentarlo.
- Si algún familiar tiene **antecedentes de haber presentado embolia**, el riesgo puede ser mayor.
- **Presión arterial alta:** es el principal factor de riesgo. Muchas veces no causa síntomas.
- Diabetes: **glucosa alta** en la sangre daña los vasos sanguíneos, incluidos los del cerebro.
- Problemas del corazón: enfermedades como **arritmias, infartos o angina de pecho** aumentan el riesgo de embolia.
- **Colesterol y triglicéridos altos:** favorecen la obstrucción de las arterias.
- **Falta de actividad física:** no hacer ejercicio de forma regular aumenta el riesgo.
- **Sobrepeso u obesidad:** el exceso de peso afecta la salud del corazón y la circulación.
- **Consumo de tabaco, alcohol y drogas:** estas sustancias dañan los vasos sanguíneos y elevan el riesgo de embolias.



## FACTORES DE RIESGO DESPUÉS DE PRESENTAR LA EMBOLIA

Después de haber presentado una embolia, existen situaciones que pueden aumentar el riesgo de complicaciones o de que ocurra un nuevo evento:

- **No seguir el tratamiento médico** indicado.
- **Mal control de la presión arterial y de la glucosa** en sangre.
- **Dificultad para moverse** o permanecer inmóvil por periodos prolongados.
- **Problemas para tragar** alimentos o líquidos.
- Persistencia de **secuelas neurológicas sin rehabilitación**.
- **Falta de seguimiento médico** y de apoyo familiar.

## SÍNTOMAS

La embolia aparece de forma repentina. Si notas alguno de estos signos, busca atención médica inmediata:

- Debilidad o falta de fuerza en la cara, brazo o pierna.
- Sensación de entumecimiento u hormigueo en alguna parte del cuerpo.
- Pérdida de la visión en uno o ambos ojos.
- Dolor de cabeza fuerte y repentino.
- Dificultad para hablar o para entender lo que otros dicen.
- Problemas para caminar, mareo o pérdida del equilibrio.
- Dificultad para tragar.

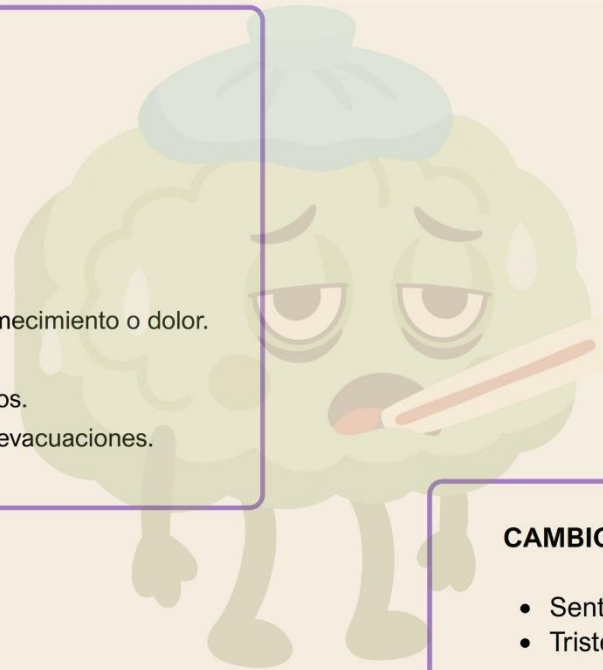


**ACTUAR RÁPIDO PUEDE SALVAR LA VIDA Y REDUCIR LAS SECUELAS.** !!!

**Después de la embolia, tu familiar puede presentar algunos cambios físicos y emocionales que requieren atención y apoyo.**

### **CAMBIOS FÍSICOS**

- Dificultad para moverse o caminar.
- Rigidez o tensión en los músculos.
- Mayor riesgo de caídas.
- Problemas para ver.
- Dificultad para hablar o comunicarse.
- Cambios en la sensibilidad, como adormecimiento o dolor.
- Dolor, especialmente en el hombro.
- Dificultad para tragar alimentos o líquidos.
- Problemas para controlar la orina o las evacuaciones.



### **CAMBIOS EMOCIONALES**

- Sentimientos de ansiedad.
- Tristeza o depresión.



**CUIDADOS EN CASA:  
ayudando a tu familiar  
después de una embolia  
cerebral.**



La movilización y los cambios de posición en casa son parte importante del cuidado diario y contribuyen al bienestar y confort de tu familiar.

### Beneficios y Frecuencia



#### • Previene rigidez, dolor y llagas

También disminuye el riesgo de caídas y mejora la circulación sanguínea.



**Cambios de Posición:**  
**Cada 2 horas**  
Alterna entre boca arriba, de lado o sentado según la tolerancia.



**Ejercicios Suaves:**  
**1 a 2 veces al día**  
Mueve brazos y piernas suavemente, sin forzar ni causar dolor.



### Técnicas de Cuidado Seguro



#### Usa almohadas y cojines como apoyo

Ayudan a mantener una postura cómoda y aliviar la presión.



#### Asegura un entorno libre de obstáculos

Un área despejada es clave para evitar caídas accidentales.



#### Revisa la piel diariamente

Manténla siempre limpia, seca y bien hidratada para protegerla.

### Señales de Alarma y Puntos de Presión



#### Vigila los puntos frecuentes de presión

Zonas donde pueden aparecer llagas: espalda, caderas, talones, tobillos y codos.



#### Consulta al personal de salud si notas:

- Dolor intenso
- enrojecimiento persistente de la piel
- llagas
- caídas frecuentes



**Cuidar a una persona con dificultad para hablar o comunicarse requiere paciencia y apoyo constante. Facilitar la comunicación ayuda a reducir su frustración, fortalecer la confianza y mejorar su convivencia diaria.**

### Estrategias Clave de Comunicación



**Una buena comunicación reduce la ansiedad.**  
Fortalece la confianza del paciente y mejora su bienestar emocional general.



**Habla despacio, con frases cortas y claras.**  
Mirale a los ojos y dale tiempo suficiente para responder sin presionarlo.



**Usa preguntas de "sí" o "no" y apóyate en gestos.**  
El lenguaje no verbal y las preguntas simples facilitan la interacción.



### El Poder de los Pictogramas



**¿Qué son los pictogramas?**  
Son dibujos que permiten al paciente señalar sus necesidades cuando hablar es difícil.

#### Pictogramas Esenciales para Incluir



**Crear un tablero simple y accesible.**  
Usa dibujos grandes y pocos para evitar confusión; manténlo siempre a su alcance.



**Cuando un familiar abandona sus actividades de la vida diaria que antes disfrutaba a consecuencia de la embolia es común que desarrolle tristeza o ansiedad. Su estado emocional influye directamente en la recuperación, por lo que el apoyo del cuidador es una parte fundamental del proceso de rehabilitación.**

### Estrategias de Apoyo en Casa



#### Validación y Escucha Activa

Escucha con empatía y sin juzgar, validando que sus sentimientos son importantes



#### Estructura y Rutina Diaria

Mantén rutinas que brinden seguridad y fomenta la participación en actividades placenteras



#### Fomento de la Conexión Social

Promueve visitas de familiares y amigos respetando siempre los tiempos del paciente.

### Monitoreo y Señales de Alerta



#### Observación Diaria Continua

Presta atención constante a cambios repentinos en la conducta o el estado de ánimo



Tristeza Persistente



Aislamiento Marcado



Llanto Frecuente



Comentarios de Desesperanza

#### Identificación de Riesgos Críticos

Identifica tristeza persistente, aislamiento marcado, llanto frecuente o comentarios de desesperanza



#### Intervención Profesional

Busca apoyo psicológico si las señales de alerta persisten o afectan la recuperación.



**El apoyo emocional es parte fundamental del cuidado.  
Acompañar y escuchar también ayuda a sanar.**



**Acompañar a una persona con problemas de memoria requiere apoyo constante para mantener su orientación y seguridad. Implementar estrategias simples en casa puede disminuir su ansiedad, favorecer su autonomía y prevenir accidentes en el hogar.**

### Los Beneficios de la Rutina y la Orientación



**Disminuye la confusión y la ansiedad.**  
Un entorno predecible y familiar aporta calma y bienestar emocional.



**Fomenta la independencia.**  
Las rutinas ayudan a la persona a realizar tareas por sí misma.



**Previene accidentes en el hogar.**  
Un espacio ordenado y seguro reduce el riesgo de caídas y otros peligros.

### Estrategias de Apoyo en Casa



#### Establece horarios fijos y visibles.

Usa calendarios y relojes grandes para las comidas, el sueño y las actividades.

#### Utiliza recordatorios visuales.

Coloca notas o pictogramas en lugares clave para guiar las tareas diarias.

#### Adapta el entorno para la seguridad.

Mantén los espacios bien iluminados, ordenados y sin obstáculos peligrosos.

### Señales de Alerta: ¿Cuándo Consultar a un Profesional?



**Desorientación grave.**  
Si la persona no reconoce el tiempo, el lugar o a personas cercanas.



**Conductas de riesgo.**  
Como salir de casa sin orientación o manipular objetos peligrosos.





**La correcta administración de los medicamentos en casa es clave para el bienestar de tu familiar. Seguir las indicaciones médicas ayuda a ofrecer un cuidado seguro y continuo.**



### ¿Por Qué es Importante?



Previene complicaciones y controla la enfermedad.



Favorece una recuperación segura.



Evita efectos adversos.



### ¿Cómo Hacerlo en Casa?

M 1 2 3 4 5 6



**Organiza los medicamentos por horarios.**

Un pastillero puede ser de gran ayuda para esta tarea.



**Administra la dosis exacta a la hora indicada.**

Nunca suspendas o modifiques la dosis sin indicación médica.



**Lleva un registro sencillo de tomas y mediciones.**

Anota cada dosis y, si es necesario, la presión o glucosa.



### Señales de Alerta



**Mareos intensos o presión arterial anormal.**

Consulta al personal de salud si la presión es muy alta o baja.



**Somnolencia excesiva o dificultad para despertar.**

Especialmente si no se han consumido medicamentos para dormir.



**Reacciones adversas.**

Como náuseas, vómitos o confusión mental.





Si tu paciente presenta dificultad para tragar, manejar sus secreciones o expulsarlas, es fundamental seguir medidas que eviten atragantamientos e infecciones respiratorias.

### Claves para la Alimentación Oral



**Postura correcta: 90°**  
Mantén al paciente sentado durante la comida y 30 minutos después.



**Ritmo y cantidad adecuados**  
Ofrece bocados pequeños y permite que coma a un ritmo lento.



**Textura indicada**  
Respetar siempre la consistencia indicada por el médico (papilla, licuado, etc.).



**Higiene bucal**  
Supervisa la limpieza de la boca después de cada comida.

### Manejo de Sonda de Alimentación



**Manos limpias siempre**  
Lávate las manos con agua y jabón antes de manipular la sonda.



**Administración lenta y a temperatura ambiente**  
Pasa el alimento despacio, sin forzar y nunca frío o caliente.



**Enjuaga la sonda después de usar**  
Pasa agua por la sonda para evitar que se obstruya.



**¡No moviles la sonda!**  
Solo el personal médico puede moverla o recolocarla.

### Señales de Alerta



**Tos o ahogo**  
Si ocurre durante o después de comer.



**Dificultad para respirar**  
Observa si su respiración se agita o es ruidosa.



**Cambios en la voz**  
Si su voz suena "húmeda" o ronca después de tragar.



**Problemas con la sonda**  
Si se obstruye, se sale de su lugar o se mueve.



**Si tu familiar presenta incontinencia, puede necesitar mayor apoyo para mantenerse cómodo y limpio. Tu acompañamiento diario, con respeto y paciencia, hace una gran diferencia en su cuidado.**

### Cuidados Diarios Esenciales



**Un manejo adecuado previene complicaciones.** Protege la piel de rozaduras y úlceras, y disminuye el riesgo de infecciones.



**Mantén la piel siempre limpia y seca.** Realiza una higiene diaria y aplica cremas protectoras si fueron indicadas.



**Cambia los pañales o protectores con frecuencia.** Evita que el paciente permanezca mojado por tiempo prolongado.

### Manejo de la Sonda Vesical



**Coloca la bolsa recolectora bajo el nivel de la cintura.** Nunca dejes que toque el suelo y vacíala antes de que se llene a la mitad.



**Realiza higiene diaria del área de inserción.** Evita tirones o dobleces en la sonda para prevenir accidentes o fugas.



**Cambia la sonda según la indicación médica.** Generalmente se realiza cada 15 a 30 días, según lo indicado al alta.

### ¡Atención! Señales de Alerta



**Lesiones en la piel o fiebre.** Consulta al personal de salud si observas irritación severa en la piel.



**Cambios visibles en la orina.** Busca ayuda si la orina contiene sangre, pus o tiene un mal olor intenso.



**Dolor, ardor o fugas.** Notifica al médico si hay dolor al orinar o fugas alrededor de la sonda.

# Cuidarse, para cuidar.

**Cuidar a una persona que se recupera de una embolia, implica grandes cambios y esfuerzos. Para poder brindar un buen cuidado, es fundamental que el cuidador también se cuide a sí mismo, atendiendo tu bienestar físico y emocional.**



## **Pide ayuda y busca apoyo**

Habla sobre cómo te sientes y mantén contacto con familiares y amigos.

## **Dedica tiempo para ti**

Descansa lo suficiente y realiza actividad física ligera como caminar.



## **Aprende a movilizar sin riesgo**

Usa técnicas adecuadas y evita cargar al paciente sin el apoyo necesario.



## **Cansancio y cambios de humor**

Sientes agotamiento constante, tristeza, ansiedad o irritabilidad.

## **Dolor físico frecuente**

Experimentas dolores recurrentes en la espalda o en otras partes del cuerpo.



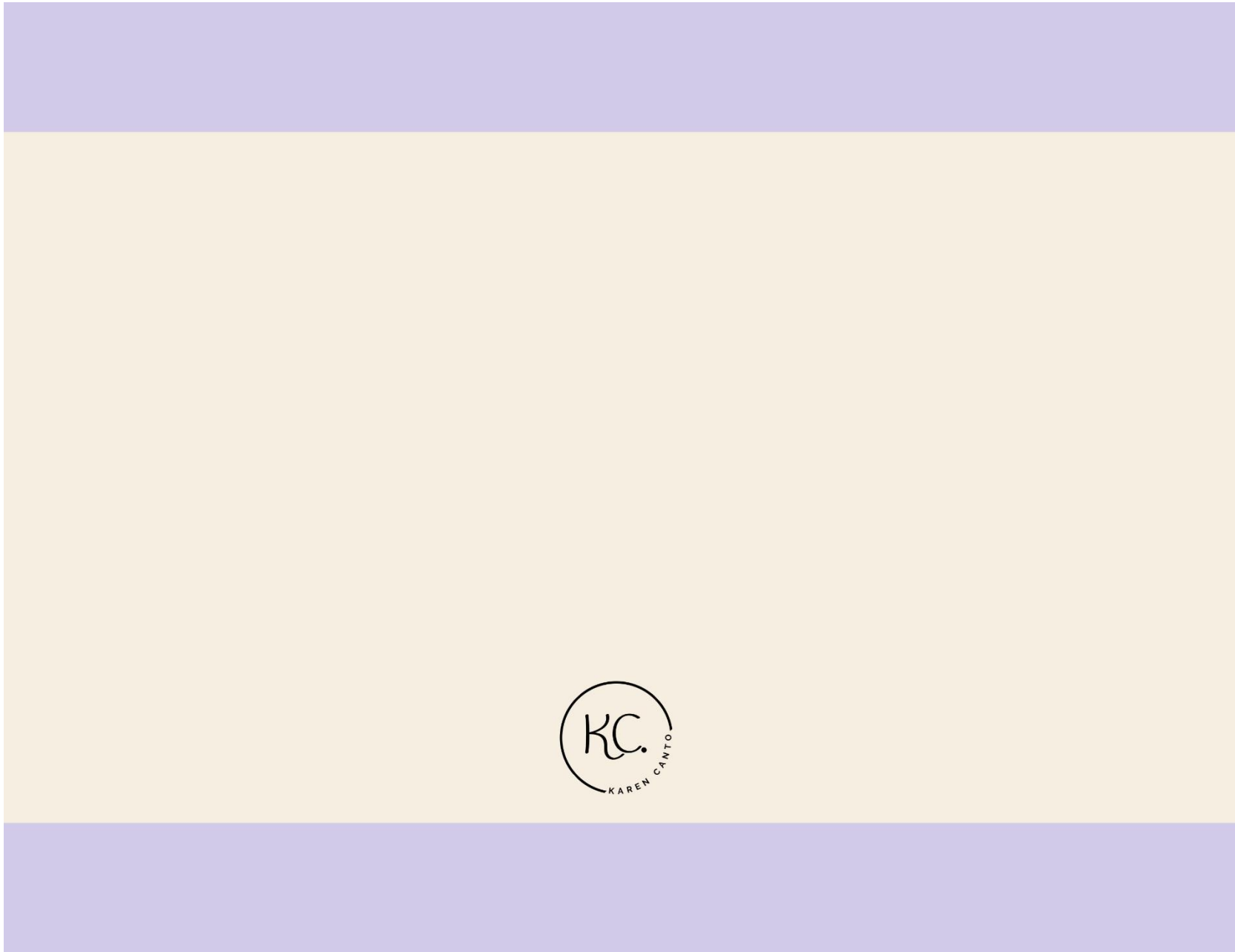
**“Recuerda: cuidarte también es cuidar a tu familiar.”**



*Cuidar a alguien después de un accidente cerebrovascular es, sin duda, un acto de amor que salva y reconstruye vidas.*

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Choreño-Parra JA, Carnalla-Cortés M, Guadarrama-Ortiz P. Ischemic cerebrovascular disease: Extensive review of the literature for the first contact physician. *Medicina Interna de Mexico*. 2019;35(1):61–79.
2. Dificultad para tragar después de un ataque o derrame cerebral (disfagia) | American Stroke Association (Asociación Americana del Derrame Cerebral) [Internet]. <https://www.stroke.org/es/about-stroke/effects-of-stroke/physical-effects/dysphagia>
3. Kao SK, Chan CT. Increased risk of depression and associated symptoms in poststroke aphasia. *Scientific Reports* 2024 14:1 [Internet]. 2024 Sep 12;14(1):21352-.<https://link.springer.com/articles/s41598-024-72742-z>
4. Guía La vida después de un ataque o derrame cerebral: Cambios físicos | American Stroke Association (Asociación Americana del Derrame Cerebral) [Internet]. <https://www.stroke.org/es/life-after-stroke/life-after-stroke-guide/physical-changes>
5. Lucente G, Corral J, Rodríguez-Esparragoza L, Castañer S, Ortiz H, Piqueras A, et al. Current Incidence and Risk Factors of Fecal Incontinence After Acute Stroke Affecting Functionally Independent People. *Front Neurol* [Internet]. 2021 Nov 1;12:755432. [www.frontiersin.org](http://www.frontiersin.org)
6. Caro Quesada Raimundo, Fernández Moreno Esperanza, Rueda Ortiz Dolores, Gamero García Miguel Ángel, Moniche Álvarez Francisco, Ramón García Mónica, et al. cuidados de enfermería para pacientes con ictus [Internet]. Caro Quesada Raimundo, Fernández Moreno Esperanza, Rueda Ortiz Dolores, Gamero García Miguel Ángel, Moniche Álvarez Francisco, Ramón García Mónica, et al., editors. Sevilla: ICTUS - SEVILLA; <https://www.ictussevilla.org/images/MANUALDEENFERMERIAICTUS.pdf>



## VII.CONCLUSIONES

La realización de esta tesina permitió comprender el impacto que el accidente cerebrovascular isquémico tiene en la vida del paciente y de la persona encargada de su cuidado. Las secuelas derivadas del daño neurológico generan cambios importantes en la movilidad, la comunicación y la autonomía, lo que hace necesario contar con cuidados específicos que favorezcan su adaptación en el entorno domiciliario. Al analizar esta situación, se identificó que la educación al paciente y al cuidador es un punto clave desde el inicio de la atención hospitalaria, ya que permite preparar de manera oportuna para el regreso al hogar.

Durante la revisión de la literatura se observó que, en otros países, la educación para el egreso es un proceso bien establecido, basado en obtener estándares óptimos de la calidad en el servicio; sin embargo, en el contexto nacional no existen planes de alta enfocados de manera directa en las secuelas del accidente cerebrovascular isquémico. Esto refuerza la importancia de desarrollar una propuesta que ayude a orientar el cuidado posterior a la hospitalización y que facilite la continuidad del tratamiento en casa, evitando complicaciones y disminuyendo la posibilidad de reingresos.

El análisis de la evidencia permitió identificar los cuidados prioritarios según las principales secuelas, lo que sirvió como base para diseñar el plan de alta. Contar con esta información brinda al personal de enfermería una herramienta práctica para guiar la preparación del egreso y asegurar que los cuidados continúen de forma adecuada en el hogar.

En conjunto, el plan de alta desarrollado busca apoyar una transición segura del paciente al entorno domiciliario, facilitar la comunicación con la familia y asegurar que las indicaciones sean comprendidas y aplicadas correctamente.

Con ello se contribuye a mantener la calidad del cuidado y a mejorar el bienestar de las personas que han presentado un accidente cerebrovascular isquémico, para que se puedan reintegrar a su entorno social, logrando su autonomía.

Además, contar con un plan de alta estructurado representa una herramienta fundamental para el personal de enfermería, ya que permite organizar la información, estandarizar las indicaciones y unificar los criterios de cuidado que deben transmitirse al paciente y a su familia. Su uso facilita la comunicación dentro del equipo de salud, reduce la variabilidad en la educación que se brinda durante el egreso y favorece que las intervenciones se realicen de manera clara y consistente.

## VII. REFERENCIAS

1. Choreño-Parra JA, Carnalla-Cortés M, Guadarrama-Ortíz P. Ischemic cerebrovascular disease: Extensive review of the literature for the first contact physician. *Medicina Interna de Mexico*. 2019;35(1):61–79.
2. Secretaria de Salud. 531. En 2021, ictus o enfermedad vascular cerebral ocasionó más de 37 mil decesos en México | Secretaría de Salud | Gobierno | gob.mx. 2022 [cited 2025 Nov 15]. <https://www.gob.mx/salud/prensa/531-en2021-ictus-o-enfermedad-vascular-cerebral-ocasiono-mas-de-37-mil-decesos-en-mexico?idiom=es>
3. Ischemic Stroke (Clots) | American Stroke Association . <https://www.stroke.org/en/about-stroke/types-of-stroke/ischemic-stroke-clots>
4. World Health Organization. 2024. 2024. The top 10 causes of death. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
5. Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía . <http://www.innn.salud.gob.mx/interna/medica/padecimientos/evascularcerebral.html>
6. Social C. COMUNICADO DE PRENSA NÚM. 600/22 26 DE OCTUBRE DE 2022 PÁGINA 1/92.
7. Campbell BCV, De Silva DA, Macleod MR, Coutts SB, Schwamm LH, Davis SM, et al. Ischaemic stroke. *Nature Reviews Disease Primers* 2019 5:1.2019 Oct 10;5(1):70-. <https://www.nature.com/articles/s41572-019-0118-8>
8. ▷ Discapacidad y rehabilitación en el accidente cerebrovascular: Rol de Enfermería - Ocronos - Editorial Científico-Técnica . <https://revistamedica.com/discapacidad-rehabilitacion-accidente-cerebrovascular-enfermeria/#DISCAPACIDAD-COMO-CONSECUENCIA-DEL-ICTUS>

9. Fernández Ortega Miguel Ángel. Revista de la Facultad de Medicina. 2004. El impacto de la enfermedad en la familia. <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2004/un046f.pdf>
10. Budinich M, Sastre J. PLANIFICACIÓN DEL ALTA. Revista Médica Clínica Las Condes.2020 Jan 1;31(1):76–84. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864019301129>
11. Tixtha López Eloísa et al. El plan de alta de enfermería y su impacto en la disminución de reingresos hospitalarios. Revista de Enfermería Neurológica.2014;13(1):12–8. <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2014/ene141c.pdf>
12. Kershenobich Stalnikowitz Dirección General D, Mercado Díaz MA, Lisker Yourkowitzky Dirección Investigación R, Frenk Mora A, Kershenobich Stalnikowitz Director General D, Martínez Becerril M, et al. Comité de Dirección Consejo Editorial Comité Científico Comité Editorial Nacional INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN / INCMNSZ Número 1 • Año 1 • Octubre de 2013 • INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS Y NUTRICIÓN SALVAD.... REVISTA MEXICANA DE ENFERMERIA. 2014 Feb;1:19–22.
13. Jencks SF, Williams M V., Coleman EA. Rehospitalizations among Patients in the Medicare Fee-for-Service Program. New England Journal of Medicine. 2009 Apr 2;360(14):1418–28.
14. Cameron JI, O'Connell C, Foley N, Salter K, Booth R, Boyle R, et al. Canadian Stroke Best Practice Recommendations: Managing transitions of care following Stroke, Guidelines Update 2016. International Journal of Stroke.2016 Oct 1;11(7):807–22. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1747493016660102>
15. Vista de Evaluación del plan de alta por enfermería en el hospital San José, Popayán 2017 . <https://revistas.utp.edu.co/index.php/revistamedica/article/view/20951/1>

6326

16. Hernández-Muñoz Adrián Enrique RAMÁA. Proceso para la realización de una revisión bibliográfica en investigaciones clínicas . DIGITAL CIENCIAS UAQRO . 2022 Jan;15(1):50–61. <https://revistas.uaq.mx/index.php/ciencia/article/view/686/763>
17. RN) OR for N (Open. 9.2 Review of Anatomy & Physiology of the Nervous System. WisTech Open; 2024. <https://wtcs.pressbooks.pub/healthalts/chapter/9-2-review-of-anatomy-physiology-of-the-nervous-system/>
18. Torres A. Sistema nervioso central: Partes, funciones, definicion | Kenhub. <https://www.kenhub.com/es/library/anatomia-es/sistema-nervioso-central-snc>
19. Lóbulos cerebrales para principiantes - Psycolab, centro de Psicología, Neuropsicología, Logopedia, Pedagogía en Benalmádena y Málaga . <https://www.psycolab.com/lobulos-cerebrales-para-principiantes/>
20. Sistema nervioso periférico: Estructura y funciones | Kenhub . <https://www.kenhub.com/es/library/anatomia-es/sistema-nervioso-periferico>
21. ¿Qué es el Sistema Nervioso Periférico? Diccionario Médico. Clínica U. Navarra. <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/sistema-nervioso-periferico>
22. Andrei V. Alexandrov BK. Accidente cerebrovascular isquémico - Enfermedades cerebrales, medulares y nerviosas . 2025. <https://www.msmanuals.com/es/hogar/enfermedades-cerebrales-medulares-y-nerviosas/accidente-cerebrovascular-ictus/accidente-cerebrovascular-isqu%C3%A9mico>
23. Ernstmeyer K CE editores. Open RN Nursing Health Alterations . 1ra ed. Chippewa Valley Technical College.
24. ¿Qué es un ACV isquémico? Secuelas y opciones de rehabilitación - TRAINFES. <https://www.trainfes.cl/blog/acv-isquemico/>

25. Laurent D, Small CN, Goutnik M, Hoh B. Ischemic Stroke. Acute Care Neurosurgery by Case Management: Pearls and Pitfalls . 2025 Feb 21 [cited 2025 Nov 16];159–72. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499997/>
26. Reese V, Das JM, Khalili Y Al. Cranial Nerve Testing. Electroencephalogr Clin Neurophysiol.2023 May 6;87(2):S18. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK585066/>
27. Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, Adeoye OM, Bambakidis NC, Becker K, et al. Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: 2019 update to the 2018 guidelines for the early management of acute ischemic stroke a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke ... Stroke.2019 Dec 1;50(12):E344–418. [/doi/pdf/10.1161/STR.0000000000000211?download=true](https://doi/pdf/10.1161/STR.0000000000000211?download=true)
28. Accidente cerebrovascular - Diagnóstico | NHLBI, NIH. <https://www.nhlbi.nih.gov/es/salud/accidente-cerebrovascular/diagnostico>
29. Caro Quesada Raimundo, Fernández Moreno Esperanza, Rueda Ortiz Dolores, Gamero García Miguel Ángel, Moniche Álvarez Francisco, Ramón García Mónica, et al. cuidados de enfermería para pacientes con ictus . Caro Quesada Raimundo, Fernández Moreno Esperanza, Rueda Ortiz Dolores, Gamero García Miguel Ángel, Moniche Álvarez Francisco, Ramón García Mónica, et al., editors. Sevilla: ICTUS - SEVILLA; <https://www.ictussevilla.org/images/MANUALDEENFERMERIAICTUS.pdf>
30. Guía La vida después de un ataque o derrame cerebral: Cambios físicos | American Stroke Association (Asociación Americana del Derrame Cerebral).<https://www.stroke.org/es/life-after-stroke/life-after-stroke-guide/physical-changes>
31. Dificultad para tragar después de un ataque o derrame cerebral

- (disfagia) | American Stroke Association (Asociación Americana del Derrame Cerebral) . <https://www.stroke.org/es/about-stroke/effects-of-stroke/physical-effects/dysphagia>
32. Ictus e incontinencia | Ictus. <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/01.STR.29.2.524>
  33. Tish MM, Geerling JC. The Brain and the Bladder: Forebrain Control of Urinary (In)Continence. *Front Physiol.*2020 Jul 3;11:658. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7349519/>
  34. Bingham J, Kerrigan D. Poststroke Complications. *Stroke for the Advanced Practice Clinician: A Clinically Focused Guide for Acute, Inpatient, and Outpatient Care.*2024 Jan 1;359–68. [https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-031-66289-8\\_30](https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-031-66289-8_30)
  35. Kao SK, Chan CT. Increased risk of depression and associated symptoms in poststroke aphasia. *Scientific Reports* 2024 14:1 . 2024 Sep 12;14(1):21352-. <https://link.springer.com/articles/s41598-024-72742-z>
  36. Devereux N, Berns AM. Evaluation & Treatment of Psychological Effects of Stroke. *Dela J Public Health.*2023;9(3):62. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10494802/>
  37. Towfighi A, Ovbiagele B, El Husseini N, Hackett ML, Jorge RE, Kissela BM, et al. Poststroke Depression: A Scientific Statement for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke.*2017 Feb 1;48(2):e30–43. [doi/pdf/10.1161/STR.000000000000113?download=true](https://doi.org/10.1161/STR.000000000000113?download=true)
  38. Fases del Duelo tras un Ictus: Comprender y Afrontar el Proceso de Rehabilitación | Neuron.<https://neuronrehab.es/dano-cerebral-adquirido/ictus/fases-duelo-tras-ictus-rehabilitacion/>
  39. González Jara Pedro Antonio, Ruiz De Chávez Ramírez Dellanira. Vista de Severidad del evento vascular cerebral y factores que lo caracterizan en pacientes egresados de una institución pública. *Ibn Sina–Revista electrónica semestral en Ciencias de la Salud.* 2022 Aug;13(2):1–11.

- <https://revistas.uaz.edu.mx/index.php/ibnsina/article/view/1402/1281>
40. Everink IHJ, Van Haastregt JCM, Van Hoof SJM, Schols JMGA, Kempen GIJM. Factors influencing home discharge after inpatient rehabilitation of older patients: a systematic review. *BMC Geriatrics* 2016 16:1 . 2016 Jan 12;16(1):5-. <https://link.springer.com/articles/10.1186/s12877-016-0187-4>
  41. Clare CS. Role of the nurse in acute stroke care. *Nursing Standard*. 2020 Apr 1;35(4):75–82.
  42. Oh E, Moon SH, Chung D, Choi R, Hong GRS. The moderating effect of care time on care-related characteristics and caregiver burden: differences between formal and informal caregivers of dependent older adults. *Front Public Health* . 2024;12:1354263. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11024244/>
  43. Pérez-Villalva SD, Villaseñor-Cabrera T, Ramírez-Contreras MG, Rizo-Curiel G, Ruiz-Sandoval JL. Quality of life in primary caregivers of patients with cerebrovascular disease. *Revista Mexicana de Neurociencia*. 2021 Nov 24;22(6):229–37. [www.revmexneurociencia.com](http://www.revmexneurociencia.com)
  44. Palacios E, Pinzón D. Sobrecarga, ansiedad y depresión en el cuidador de paciente con enfermedad cerebrovascular. *Repertorio de Medicina y Cirugía* . 2017 Apr 1;26(2):118–20. <https://www.elsevier.es/es-revista-repertorio-medicina-cirurgia-263-articulo-sobrecarga-ansiedad-depresion-el-cuidador-S0121737217300493>
  45. Tamayo Botero FD, Salazar Maya ÁM, Arias Rojas EM. El cuidador familiar de personas con ataque cerebrovascular: revisión de alcance. *Avances en Enfermería*. 2023 Sep 13;41(3).
  46. Lastre- Meza Karina, Anaya- Paternina L, Contreras- Dales A. Vista de Rol comunicativo del cuidador en pacientes con accidente cerebrovascular, Sincelejo, Colombia. *REVISTA UNIVERSIDAD Y SALUD* .

- <https://revistas.udenar.edu.co/index.php/usalud/article/view/7225/9949>
47. Naranjo Hernández Ydalsys CPJA. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. 2017;19(3). [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1608-89212017000300009](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009)
  48. Gonzalo Angelo. Dorothea Orem: Teoría de enfermería del déficit de autocuidado - Nurseslabs . <https://nurseslabs.com/dorothea-orems-self-care-theory/>
  49. Estrategia 4: Transición asistencial del hospital al domicilio: Planificación del alta IDEAL | Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Médica. <https://www.ahrq.gov/patient-safety/patients-families/engagingfamilies/strategy4/index.html>
  50. Resources — Centre for Evidence-Based Medicine (CEBM), University of Oxford . [cited 2026 Feb 16]. <https://www.cebm.ox.ac.uk/resources>

## VIII. ANEXOS

### Anexo 1: Escala National Institute of Health Stroke Score NIHSS

(National Institute of Health Stroke Score)

## Escala NIHSS

Escala clínica inicial sobre gravedad neurológica en EVC isquémico

Recomienda trombolisis con puntaje **>4 y <25**

1a. Nivel de conciencia	Alerta	0	<div style="font-size: 4em; font-weight: bold; letter-spacing: 0.5em;">E</div> <div style="font-size: 4em; font-weight: bold; letter-spacing: 0.5em;">V</div> <div style="font-size: 4em; font-weight: bold; letter-spacing: 0.5em;">C</div> <div style="font-weight: bold; letter-spacing: 0.5em;">isquémico</div>	6. Miembros inferiores derecho-izquierdo	No caída del miembro	0-0
	Mínimos estímulos verbales	1			Caída en menos de 5 segundos	1-1
	Estímulos repetidos o dolorosos	2			Esfuerzo contra la gravedad	2-2
	Respuestas reflejas	3			Movimiento en plano horizontal	3-3
1b. Preguntas	Ambas respuestas correctas	0		7. Ataxia de Miembros	Ausente	0
	Una respuesta correcta	1			Presente en 1 extremidad	1
	Ninguna respuesta correcta	2			En 2 o más extremidades	2
1c. Ordenes motoras	Ambas ordenes correctas	0		8. Sensitiva	Normal	0
	Una orden correcta	1			Perdida entre ligera a moderada	1
	Ninguna orden correcta	2			Perdida entre grave y total	2
2. Mirada conjugada	Normal	0		9. Lenguaje	Normal	0
	Parálisis parcial de la mirada	1	Afasia ligera a moderada		1	
	Parálisis forzada de la mirada	2	Afasia grave		2	
3. Campo visual	Normal	0	10. Disartria	Ligera a moderada	1	
	Hemianopsia Parcial	1		Grave a anartria	2	
	Hemianopsia completa	2		11. Extinción e inatención	Normal	0
	Ceguera	3	Extinción parcial		1	
4. Parálisis facial	Movilidad normal	0	Extinción completa		2	
	Paresia menor	1	5. Miembro superior derecho - izquierdo	No caída del miembro	0-0	
	Paresia parcial	2		Caída en menos de 10 seg	1-1	
	Paresia completa	3		Esfuerzo contra la gravedad	2-2	
5. Miembro superior derecho - izquierdo	Movimiento en plano horizontal	3-3		Sin movimiento	4-4	
	6. Miembros inferiores derecho-izquierdo	No caída del miembro	0-0	7. Ataxia de Miembros	Ausente	0
		Caída en menos de 5 segundos	1-1		Presente en 1 extremidad	1
		Esfuerzo contra la gravedad	2-2		En 2 o más extremidades	2
Movimiento en plano horizontal		3-3	8. Sensitiva		Normal	0
Sin movimiento	4-4	Perdida entre ligera a moderada		1		
9. Lenguaje	Normal	0		Perdida entre grave y total	2	
	Afasia ligera a moderada	1	10. Disartria	Ligera a moderada	1	
	Afasia grave	2		Grave a anartria	2	
Afasia global	3	11. Extinción e inatención		Normal	0	
10. Disartria	Normal		0	Extinción parcial	1	
	Ligera a moderada		1	Extinción completa	2	
	Grave a anartria	2				

Fuente: Sociedad Mexicana de Medicina de Emergencia, 2023.

### Anexo 2: Escala de Rankin modificada.

Grado de discapacidad	Nivel
Asintomático	0
<b>Discapacidad no significativa:</b> A pesar de los síntomas, capaz de llevar a cabo todas las tareas y actividades habituales	1
<b>Discapacidad leve:</b> Incapaz de llevar a cabo todas sus actividades anteriores, pero capaz de cuidarse sin ayuda	2
<b>Discapacidad moderada:</b> Camina sin ayuda, pero precisa ayuda para algunas tareas	3
<b>Discapacidad moderadamente grave:</b> Incapaz de caminar y de atender sus necesidades corporales sin ayuda.	4
<b>Déficit grave:</b> Confinamiento en la cama, incontinencia y requerimiento de cuidados y atención constante	5
Muerte	6

Fuente: Mediresumenx, 2024