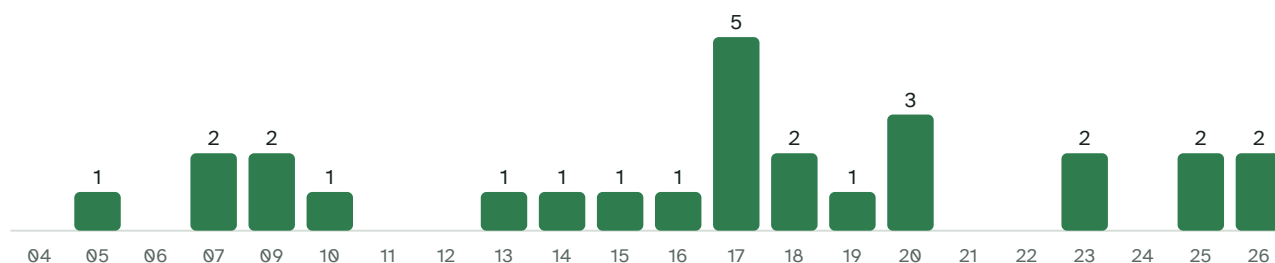


# Ictus y traumatismo craneoencefálico

El ictus es la emergencia neurológica más frecuente y el traumatismo craneoencefálico su vecino en las preguntas de hipertensión intracraneal. En el EIR caen sobre todo los cuidados enfermeros: posición del paciente con HTIC, tríada de Cushing, disfagia, afasia, negligencia y hombro doloroso, además del factor de riesgo principal y las escalas NIHSS y ASIA.

Apuntes para el EIR · versión 2026-09-28 · **sin revisión enfermera**. Todas las preguntas son reales, de exámenes EIR, con su año y su número; ninguna está escrita por IA. Las respuestas están en el solucionario, al final.

## Cómo cae en el EIR



**27** preguntas de este tema en 22 exámenes (2004-2026, ordinarias, clasificación segura).

## Lo más repetido

- HTIC: cabecera elevada 15-30°; evitar Trendelenburg y elevar piernas (4 exámenes)
- Tríada de Cushing: HTA, bradicardia y respiración irregular (3 exámenes)
- Disfagia tras ictus: líquidos y texturas mixtas son los más difíciles (2 exámenes)
- HTA: principal factor de riesgo del ictus (2 exámenes)
- Lesión del hemisferio derecho: negligencia/hemianopsia del campo izquierdo (2 exámenes)

# Índice

|                                                                                |           |
|--------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Resumen para repasar</b>                                                    | <b>3</b>  |
| <b>Puntos clave</b>                                                            | <b>5</b>  |
| <b>1. Ictus: concepto, tipos y epidemiología</b>                               | <b>6</b>  |
| <b>2. Anatomía vascular y clínica según la localización</b>                    | <b>9</b>  |
| <b>3. Fase aguda del ictus</b>                                                 | <b>12</b> |
| <b>4. Prevención primaria y secundaria</b>                                     | <b>14</b> |
| <b>5. Cuidados enfermeros: deglución y nutrición</b>                           | <b>16</b> |
| <b>6. Cuidados enfermeros: movilidad, percepción, comunicación y cognición</b> | <b>19</b> |
| <b>7. Hemorragia subaracnoidea y aneurismas</b>                                | <b>22</b> |
| <b>8. Hipertensión intracraneal y traumatismo craneoencefálico</b>             | <b>24</b> |
| <b>9. Lesión medular: escala ASIA y disreflexia autónoma</b>                   | <b>29</b> |
| <b>Todas las preguntas del tema (29)</b>                                       | <b>31</b> |
| <b>Preguntas que también podrían ser de este tema (7)</b>                      | <b>39</b> |
| <b>Solucionario</b>                                                            | <b>41</b> |
| <b>Fuentes</b>                                                                 | <b>43</b> |

# Resumen para repasar

## 1. Ictus: concepto, tipos y epidemiología

- Ictus: pérdida **aguda** de funciones cerebrales por **trastorno vascular**; «ACV» está en desuso <sup>F1</sup>.
- AIT: déficit **breve sin infarto**; el límite de **24 h** está abandonado; precede al **15-30 %** de los infartos <sup>F1</sup>.
- Entre el **80 y el 90 %** de los ictus son **evitables** controlando los factores de riesgo <sup>F1</sup>.
- **Isquémico 80-85 %**, hemorrágico 15-20 %; HSA **3 %**, casi siempre por **aneurisma** <sup>F1</sup>.
- **HTA = principal factor de riesgo** del isquémico y del hemorrágico (x4) <sup>F1</sup>.
- Incidencia mayor en hombres; mujeres: **mayor morbimortalidad**, peor resultado funcional, menos trombólisis <sup>F1,F5</sup>.

## 2. Anatomía vascular y clínica según la localización

- La **cerebral posterior** es rama de la **basilar**; la **comunicante anterior** une las cerebrales anteriores <sup>F23,F42</sup>.
- Lesión **derecha**: hemiplejía, **hemianopsia y negligencia izquierdas**; lenguaje conservado <sup>F20,F21,F22</sup>.
- **Broca**: **frontal, afasia expresiva o motora**; **Wernicke**: **temporal, receptiva, sensitiva o de comprensión** <sup>F16,F20,F43</sup>.
- Hemisferio **derecho**: en general, dominante para la **atención espacial** <sup>F44</sup>.
- **NIHSS**: 11 ítems, **0 = sin déficit, 42 = máximo**; no valora diplopía ni disfagia <sup>F1,F24</sup>.

## 3. Fase aguda del ictus

- **BE FAST** y Código Ictus; trombólisis hasta **4,5 h** <sup>F41,F1</sup>.
- **Dieta absoluta** hasta el **cribado de disfagia**, que va antes de cualquier alimento, líquido o medicación oral <sup>F18,F7</sup>.
- Glucemia: tratar **> 180** (AHA 2026), 140-180 en SEEN-SEN; tratar la temperatura **> 37,5 °C** <sup>F2,F25</sup>.
- Posición: las guías **individualizan** y no fijan 30°; el EIR da **cabecera a 30°** <sup>F2,F7</sup>.

## 4. Prevención primaria y secundaria

- SEN: **cesar el consumo excesivo de alcohol**, no abstinencia; abstinencia del **tabaco** <sup>F4</sup>.
- Dieta **mediterránea, 150 min** moderada o **75** vigorosa, menos contaminación <sup>F4</sup>.
- **FOP** (18-60 años): **cierre + antiagregación** <sup>F3</sup>.
- Estenosis mitral moderada-grave con FA: **warfarina**; mitral no reumática sin FA: **antiagregar** <sup>F3</sup>.

## 5. Cuidados enfermeros: deglución y nutrición

- Disfagia: **sentado, bocados pequeños, lado sano, sin distracciones** <sup>F13,F8</sup>; **flexión anterior del cuello** para proteger la vía respiratoria <sup>F47</sup>.
- **Nada de líquidos finos** sin consultar; **no mezclar sólidos y líquidos** <sup>F13</sup>.
- SEEN-SEN fase I: cribados en **24-48 h**; en dieta oral, **registrar seguridad y eficacia de la ingesta** <sup>F25</sup>.

## 6. Cuidados enfermeros: movilidad, percepción, comunicación y cognición

- Movilización **en cuanto se pueda**, sin alta intensidad en 24 h; amplitud activa o pasiva <sup>F7,F40</sup>.
- Hombro: **no tirar del brazo, sin poleas**, brazo **apoyado** <sup>F9</sup>.
- Negligencia y hemianopsia: **atender al lado afectado, rastreo visual** <sup>F8,F11</sup>.
- Afasia: **frases cortas, tiempo, no corregir**, incluirle <sup>F16</sup>.
- Cognición: pasos simples, repetir, **lugares y nombres familiares** <sup>F14</sup>.

## 7. Hemorragia subaracnoidea y aneurismas

- Cefalea **súbita** «en trueno» y vómitos <sup>F36,F17</sup>.
- TC primero; **arteriografía** = referencia para la causa <sup>F36</sup>.
- Aneurisma más frecuente: **comunicante anterior** (40 % de las HSA aneurismáticas) <sup>F37</sup>.
- Isquemia cerebral tardía en un **30 %**, sobre todo **días 4-14**; **nimodipino** para prevenirla <sup>F36</sup>.
- Hipovolemia: puede deberse a **natriuresis**; nimodipino <sup>F36</sup>.

## 8. Hipertensión intracraneal y traumatismo craneoencefálico

- PIC normal **7-15**; **PPC = PAM – PIC**, objetivo **60-70** <sup>F28,F29</sup>.
- **Cushing**: HTA, bradicardia, respiración irregular <sup>F26</sup>.
- **Cabecera 30°**, cabeza neutra, **sin Trendelenburg ni piernas elevadas**, sin Valsalva, pocos estímulos <sup>F26,F27,F28</sup>.
- Aspiración: **solo la necesaria**, porque sube la PIC <sup>F31,F48</sup>.
- Posoperatorio neuroquirúrgico: **Glasgow, pupilas** y evitar la **hipoxemia** <sup>F27</sup>.
- Niño: TCE, **primera causa de mortalidad de 1 a 14 años** <sup>F45</sup>; Glasgow pediátrico; protección cervical con **inmovilización manual en línea** <sup>F30,F33</sup>.
- TCE: **leve 13-15, moderado 9-12, grave  $\leq 8$**  <sup>F35</sup>.

## 9. Lesión medular: escala ASIA y disreflexia autónoma

- **ASIA B**: sensibilidad sí, **motilidad no**, incluidos S4-5 <sup>F38</sup>.
- Disreflexia: lesión  $\geq$  **T6**, por **estímulos nocivos o no nocivos** (vejiga, intestino); **sentar** y buscar la causa <sup>F39</sup>.

## Puntos clave

- 1 La **HTA** es el principal factor de riesgo del ictus isquémico y hemorrágico, por delante de la edad, que no es modificable <sup>F1</sup>.
- 2 **Tríada de Cushing**: HTA, **bradicardia** y respiración irregular <sup>F26</sup>.
- 3 HTIC: **cabecera a 30°**, cabeza neutra, **evitar Trendelenburg**, flexión de caderas y Valsalva <sup>F26,F27,F28</sup>.
- 4 **PPC = PAM – PIC**; objetivo **60-70 mm Hg** <sup>F29</sup>.
- 5 Disfagia: **cribado antes de nada oral**; **no líquidos finos** ni mezclar texturas; **sin distracciones** <sup>F2,F13</sup>.
- 6 Lesión del hemisferio **derecho**: **negligencia y hemianopsia izquierdas** <sup>F21,F22</sup>.
- 7 **Broca** = frontal, afasia **expresiva** o motora; **Wernicke** = temporal, **receptiva**, sensitiva o de comprensión <sup>F16,F20,F43</sup>.
- 8 **NIHSS** 0 (normal) a 42 (máximo déficit) <sup>F1</sup>.
- 9 Aneurisma más frecuente: **comunicante anterior**; causa de la HSA: **arteriografía** <sup>F36,F37</sup>.
- 10 SEN: **cesar el consumo excesivo** de alcohol, no abstinencia <sup>F4</sup>.

# 1. Ictus: concepto, tipos y epidemiología

**Ictus** significa «golpe» en latín: es la **pérdida aguda de funciones** de una o varias áreas del cerebro **por un trastorno vascular**, y por eso es una **emergencia médica**; incluye también la retina y la médula espinal <sup>F1</sup>. La Sociedad Española de Neurología **no recomienda** ya términos como «accidente cerebrovascular (ACV)», que están en desuso <sup>F1</sup>.

El **ataque isquémico transitorio (AIT)** es un déficit neurológico agudo **breve**, por isquemia focal cerebral, retiniana o medular, que **no deja daño permanente ni infarto**; la definición clásica fijaba un límite arbitrario de **24 horas**, hoy abandonado <sup>F1</sup>. Entre un **15-30 %** de los infartos cerebrales va precedido de un AIT <sup>F1</sup>.

| Tipo                                | Frecuencia y mecanismo <sup>F1</sup>                                                          |
|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Isquémico</b> (infarto cerebral) | <b>80-85 %</b> ; falta de aporte sanguíneo por una alteración vascular                        |
| <b>Hemorrágico</b>                  | <b>15-20 %</b> ; rotura de un vaso                                                            |
| · Hemorragia intracerebral          | Según localización: <b>profunda (la más frecuente)</b> , lobar, troncoencefálica o cerebelosa |
| · Hemorragia subaracnoidea (HSA)    | Un <b>3 %</b> ; en la mayoría de los casos, <b>rotura de un aneurisma</b>                     |

En España (estudio IBERICTUS) el **80 %** fueron isquémicos y el **20 %** hemorrágicos <sup>F1</sup>. Entre un **80-90 % de los ictus son evitables** controlando los factores de riesgo <sup>F1</sup>.

La mayoría de los ictus se atribuye a **diez factores de riesgo modificables**: HTA, diabetes, dislipemia, tabaquismo, dieta, obesidad, inactividad física, cardiopatías (sobre todo la **fibrilación auricular**), alcohol y factores psicosociales; **de todos ellos, la HTA es el más relevante**, tanto para el ictus isquémico como para el hemorrágico <sup>F1</sup>. La HTA, junto con la edad, es el **factor de riesgo individual más importante: multiplica por cuatro** el riesgo de ictus isquémico y hemorrágico, y por **2,8** el de HSA <sup>F1</sup>. La AHA lo expresa igual: es el factor modificable **más frecuente en hombres y mujeres** y el de **mayor riesgo atribuible poblacional** <sup>F6</sup>.



## Lo que más cae

**HTA = principal factor de riesgo** del ictus, **isquémico y hemorrágico** <sup>F1</sup>. La edad es el otro gran factor, pero **no es modificable** <sup>F1</sup>.

HTA: principal factor de riesgo del ictus

¿Cuál de los siguientes es el factor de riesgo más importante en la enfermedad cerebrovascular?:

1. Edad.
2. Hipertensión arterial.
3. Dislipemias.
4. Obesidad.
5. Herencia.

HTA: principal factor de riesgo del ictus

¿Cuál es el principal factor de riesgo en la aparición del ICTUS isquémico o hemorrágico?

1. Cardiopatía.
2. Diabetes Mellitus.
3. Hiperlipemia.
4. Hipertensión arterial.
5. Obesidad.

**Diferencias por sexo.** Según la Estrategia del SNS, **las mujeres presentan mayor morbimortalidad** (más mortalidad y más secuelas) **y más dependencia tras un ictus**, reciben menos tratamientos específicos y se les hacen menos exploraciones en fase aguda <sup>F1</sup>. La Estrategia recoge también que las mujeres tienen **mayor tasa de mortalidad por ictus** que los hombres, quizá por su presentación más tardía (de media, 4 años después) <sup>F1</sup>. Sí hay diferencias en la incidencia global: es **mayor en hombres** (202,5 frente a 172,6 por 100.000), **salvo en mujeres de 25-34 años**; las mujeres tienen más riesgo de **HSA** y más ictus **cardioembólicos** <sup>F1</sup>. Las mujeres reciben **menos trombólisis**, y su **resultado funcional y calidad de vida son peores** incluso ajustando por edad y comorbilidad; también tienen **más depresión tras el ictus** que los hombres <sup>F5</sup>. La declaración científica de la AHA/ASA sobre la depresión postictus (2017), en cambio, dice que el **sexo femenino no ha mostrado una asociación constante** con la aparición de depresión tras el ictus <sup>F51</sup>.

### Sexo e ictus: lo que es cierto

En la mujer: **mayor morbimortalidad, peor resultado funcional y menos trombólisis** tras el ictus <sup>F1,F5</sup>. Más depresión, según la revisión de Reeves <sup>F5</sup>; la AHA 2017 no ve una asociación constante entre sexo femenino y depresión postictus <sup>F51</sup>. Lo falso sería decir que no hay diferencias de incidencia entre sexos (es mayor en hombres) <sup>F1</sup>. Matiz: en el proyecto MONICA, citado por Reeves, la letalidad a 28 días fue **en general igual o mayor** en mujeres <sup>F5</sup>.

Ictus: mayor mortalidad en mujeres

Sobre el ICTUS es cierto que:

1. No hay diferencias en la incidencia global de ictus entre mujeres y hombres, pero varía en función de la edad.
2. Se estima que las mujeres con ictus isquémico tienen un 13% más de probabilidad que los hombres de ser tratadas con trombólisis.
3. Las mujeres con ictus tienen mayor mortalidad y peor resultado funcional que los hombres tras sufrir un ACV.
4. La prevalencia de depresión post-ictus es un 78 % más alta en hombres que en mujeres.

## 2. Anatomía vascular y clínica según la localización

Las dos **arterias vertebrales** se unen y forman la **arteria basilar**, que da ramas al cerebelo y al tronco y **termina en las dos arterias cerebrales posteriores** <sup>F23</sup>. La **cerebral posterior es rama de la basilar** y forma parte del segmento posterior del **polígono de Willis**; de ella salen las **comunicantes posteriores** <sup>F23</sup>.

El **polígono de Willis** es un anillo que conecta la circulación anterior y la posterior; por delante lo cierra una única **arteria comunicante anterior**, que une las dos **cerebrales anteriores** <sup>F42</sup>. Lo forman la comunicante anterior, las cerebrales anteriores, las carótidas internas, las comunicantes posteriores, las cerebrales posteriores y la basilar; la **cerebral media** también aparece en la figura, aunque no cierra el anillo <sup>F42</sup>.

EIR 2019 · 4

P35 · respuesta en el solucionario

Polígono de Willis: la cerebral posterior es rama de la basilar

¿Cuál de las siguientes arterias, componente del polígono arterial de Willis, es rama de la arteria basilar?:

1. Arteria cerebral posterior.
2. Arteria cerebral media.
3. Arteria cerebral anterior.
4. Arteria comunicante anterior.

**Lateralidad.** El hemisferio **izquierdo controla la mitad derecha del cuerpo** y el **derecho, la mitad izquierda** <sup>F22</sup>. El **campo visual izquierdo** de cada ojo se procesa en el **hemisferio derecho**, y el derecho en el izquierdo <sup>F21</sup>. Por eso una lesión del hemisferio derecho da déficit motor y **hemianopsia homónima izquierdas** (pérdida de la misma mitad del campo visual en los dos ojos) <sup>F17,F21</sup>. La **negligencia** o inatención hemisensorial es la dificultad para detectar o actuar sobre la información de **un lado del espacio personal** <sup>F8</sup>; en la tabla de déficits por arteria aparece en el territorio de la **carótida interna**, y la **cerebral media** da hemiplejía, afasia y hemianopsia homónima <sup>F17</sup>.

El **lenguaje** se localiza en el **hemisferio izquierdo** en el **95 %** de la población <sup>F20</sup>; por eso las afasias suelen deberse a lesiones izquierdas <sup>F16</sup>. En general, el hemisferio izquierdo es dominante para el lenguaje y el **derecho, para la atención espacial**; el lóbulo parietal no dominante permite **tener consciencia del espacio** que rodea al lado contralateral del cuerpo, y su lesión aguda puede producir **inatención contralateral, habitualmente del lado izquierdo** <sup>F44</sup>. Un paciente con lesión derecha, en cambio, conserva el lenguaje y **choca con lo que tiene a su izquierda**, porque ni lo ve ni lo atiende <sup>F21,F22,F8</sup>.



### Hemisferio derecho

Lesión **derecha** → hemiplejía **izquierda**, **hemianopsia homónima izquierda** y **negligencia del lado izquierdo** (tropieza y se araña con objetos a su izquierda); el **lenguaje se conserva** <sup>F20,F21,F22</sup>.

Lesión del hemisferio derecho: negligencia/hemianopsia del campo izquierdo

En general, el hemisferio izquierdo del cerebro está especializado en la comunicación y el hemisferio derecho, en las relaciones espaciales y la percepción. Por tanto, indique que respuesta correspondería a un paciente con un accidente vascular cerebral en el hemisferio derecho:

1. Es incapaz de responder a las preguntas.
2. No puede mover el hemicuerpo derecho.
3. Choca frecuentemente con las paredes y objetos situados en el lado izquierdo, y presenta rasguños en su mano izquierda.
4. Tiene un comportamiento lento y cauteloso.
5. Tose con frecuencia.

|        | Afasia de Broca                                                                                                                                                                                           | Afasia de Wernicke                                                                                                                                                                                |
|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Lóbulo | <b>Frontal</b> <sup>F16</sup>                                                                                                                                                                             | <b>Temporal</b> <sup>F16</sup>                                                                                                                                                                    |
| Tipo   | <b>Expresiva:</b> se compromete la producción del habla, <b>no fluente</b> <sup>F20</sup> . El Manual MSD en español la llama afasia de expresión ( <b>motora</b> , no fluente o de Broca) <sup>F43</sup> | <b>Receptiva:</b> se pierde la <b>comprensión</b> del contenido <sup>F20</sup> . El Manual MSD en español la llama afasia de recepción ( <b>sensitiva</b> , fluente o de Wernicke) <sup>F43</sup> |
| Habla  | Frases <b>cortas, con gran esfuerzo</b> ; puede asociar debilidad derecha <sup>F16</sup>                                                                                                                  | <b>Fluida</b> , frases largas <b>con poco sentido</b> ; dificultad para entender <sup>F16</sup>                                                                                                   |

Área de Broca: afasia motora

Indique la respuesta correcta con respecto a las afasias:

1. La afectación del área de Broca, situada en el lóbulo frontal, da lugar a una afasia motora o de expresión.
2. La afectación del área de Wernicke, situada en el lóbulo frontal, da lugar a una afasia sensitiva o de comprensión.
3. La afectación del área de Broca, situada en el lóbulo temporal, da lugar a una afasia sensitiva o de comprensión.
4. La afectación del área de Wernicke, situada en el lóbulo temporal, da lugar a una afasia motora o de expresión.

La **escala NIHSS** (National Institute of Health Stroke Scale) numera **11 ítems**, del 1 (nivel de conciencia, con 1a, 1b y 1c) al 11 (**extinción e inatención**, antes negligencia); en cada ítem **0 = normal** y la **puntuación total máxima es 42** <sup>F1,F24</sup>. Por tanto, **0 = sin déficit** y **42 = déficit máximo** <sup>F1</sup>. Valora mirada, campos visuales, parálisis facial, fuerza de brazos y piernas, ataxia, sensibilidad, lenguaje, disartria y extinción: **no incluye la diplopía ni la disfagia** <sup>F24</sup>. Se puntúa **lo que el paciente hace**, no lo que el clínico cree que puede hacer <sup>F24</sup>.

## NIHSS al revés

La trampa es invertir la escala: **0 es ausencia de déficit** y **42 el déficit máximo** <sup>F1</sup>.

EIR 2026 · 174

P30 · respuesta en el solucionario

Escala NIHSS: 0 sin déficit, 42 máximo déficit

La escala NIHSS (National Institute of Health Stroke Scale) permite a la enfermera la valoración frecuente y el registro de la función neurológica, necesarios y esenciales para detectar cambios en la evolución del paciente. Señala la opción INCORRECTA en relación con esta escala:

1. La escala consta de 11 ítems.
2. La puntuación varía de 0 (déficit neurológico severo) a 42 (ausencia de déficit neurológico).
3. La escala NIHSS no valora manifestaciones del ictus como la diplopía.
4. La escala NIHSS no valora manifestaciones del ictus como la disfagia.

### 3. Fase aguda del ictus

Los signos de alarma se resumen en **BE FAST**: **B**alance (pérdida de equilibrio), **E**yes (cambios de visión), **F**ace (caída facial), **A**rm (debilidad del brazo), **S**peech (alteración del habla) y **T**ime (llamar de inmediato a emergencias) <sup>F41</sup>. La Estrategia española cita como escalas prehospitalarias validadas la **Cincinnati** y la prueba **FAST** <sup>F1</sup>.

El **Código Ictus** tiene un proceso **prehospitalario** y otro **hospitalario**, incluye el ictus **isquémico** y el **hemorrágico** y se activa ante la **sospecha de síntomas neurológicos de instauración brusca**; pone en marcha una atención urgente e interdisciplinar que empieza con el **reconocimiento precoz** de los síntomas <sup>F1</sup>. La **trombólisis intravenosa** se aprobó primero en una ventana de **3 horas** y se amplió a **4,5 horas** tras el estudio ECASS-3 <sup>F1</sup>; la AHA 2026 acepta en esa ventana **alteplasa o tenecteplasa** <sup>F2</sup>.

**Deglución antes que nada por boca.** Ante la sospecha de ictus el paciente queda en **dieta absoluta** hasta que una enfermera formada o un logopeda hagan un **cribado de disfagia** con una herramienta validada <sup>F18</sup>; el cribado va **antes de cualquier alimento, líquido o medicación oral** <sup>F7</sup>.

| Parámetro    | Qué hacer en el ictus agudo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Glucemia     | La <b>hiperglucemia</b> persistente se asocia a <b>peor pronóstico</b> ; es razonable tratar la glucemia <b>&gt; 180 mg/dl</b> vigilando la hipoglucemia, y <b>no</b> se recomienda el control intensivo a <b>80-130 mg/dl</b> <sup>F2</sup> . SEEN-SEN: mantener <b>140-180 mg/dl</b> <sup>F25</sup> . En el isquémico y en el hemorrágico, la hiperglucemia empeora el pronóstico <sup>F1</sup> |
| Hipoglucemia | Corregirla si <b>&lt; 60 mg/dl</b> <sup>F2</sup>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Temperatura  | Protocolos enfermeros para vigilar y tratar la temperatura <b>&gt; 37,5 °C</b> (AHA 2026) <sup>F2</sup> ; la Estrategia da antitérmicos si la axilar es <b>&gt; 37,5 °C</b> <sup>F1</sup>                                                                                                                                                                                                         |

**Posición de la cabeza.** Elevar la cabecera **favorece el drenaje venoso** cerebral <sup>F26</sup>, y sentar erguido al paciente con disfagia es la postura para comer <sup>F13</sup>. Las guías actuales, sin embargo, **no fijan 30°**: en el ensayo HeadPoST la cabeza plana (0°) frente a elevada (≥ 30°) durante 24 h **no cambió el pronóstico a 90 días** <sup>F2</sup>; la AHA 2026 añade que los ensayos con 0° o cabeza baja han sido **seguros**, y que la posición a 0° **temporal** puede ser útil en tipos concretos de ictus isquémico para mejorar la perfusión <sup>F2</sup>. NICE pide **individualizar** la posición según las necesidades del paciente, su comodidad y su control postural <sup>F7</sup>, así que ninguna guía propone una postura única «universal» para todos <sup>F7</sup>.

**EIR2026-156: cabecera a 30° en el ictus agudo**

La respuesta oficial de **EIR2026-156** es **eleva la cabecera a 30°** para reducir la broncoaspiración y favorecer el retorno venoso, que es la práctica enfermera clásica y la que se deduce del drenaje venoso <sup>F26</sup>. Las guías vigentes no la imponen: la **AHA 2026** recoge que HeadPoST no halló diferencias entre 0° y ≥ 30° y ve posible utilidad a la posición a 0° temporal en casos concretos <sup>F2</sup>, y NICE NG128 manda **individualizar** <sup>F7</sup>. La respuesta oficial no se corrige.

Ictus agudo: cabecera a 30°

En la atención inicial de un paciente adulto con sospecha de Ictus agudo, y en ausencia de signos de inestabilidad hemodinámica (como hipotensión o hipovolemia), ¿cómo debe colocarse al paciente?:

1. Mantener la cama plana (0°) para maximizar el flujo sanguíneo cerebral, incluso si el paciente presenta deterioro de la deglución.
2. Colocar al paciente en posición de Trendelenburg para favorecer el drenaje venoso cerebral rápido.
3. Elevar la cabecera de la cama 30°, como medida esencial para reducir el riesgo de broncoaspiración y favorecer el retorno venoso cerebral.
4. Colocar al paciente siempre en decúbito lateral de seguridad, ya que ésta es la posición universalmente recomendada para todos los pacientes neurológicos.

## 4. Prevención primaria y secundaria

Las recomendaciones de estilo de vida de la **Sociedad Española de Neurología (SEN)** son medidas fundamentales para reducir el riesgo de ictus: **no fumar, dejar el consumo excesivo de alcohol**, evitar el estrés crónico, evitar sobrepeso y obesidad, **dieta mediterránea** con aceite de oliva y frutos secos y actividad física regular <sup>F4</sup>.

| Medida (SEN 2021) | Recomendación literal <sup>F4</sup>                                                |
|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| Alcohol           | Se recomienda <b>cesar el consumo excesivo (&gt; 30 g/día)</b> (I, B)              |
| Dieta             | <b>Mediterránea suplementada con frutos secos y aceite de oliva virgen</b> (I, A)  |
| Actividad física  | <b>150 min/semana moderada o 75 min/semana vigorosa</b> (I, B)                     |
| Contaminación     | <b>Políticas de salud pública</b> para reducir la contaminación atmosférica (I, B) |
| Tabaco            | <b>Abstinencia</b> del tabaco en prevención primaria y secundaria (I, B)           |
| Estrés            | Evitar la exposición crónica al estrés personal, familiar y laboral (IIa, B)       |
| Peso              | Evitar sobrepeso y obesidad (I, B)                                                 |

### Alcohol ≠ tabaco

Para el **tabaco** la SEN pide **abstinencia**; para el **alcohol** pide **cesar el consumo excesivo**, no la abstinencia <sup>F4</sup>. El texto describe una curva en J (menor riesgo con consumo bajo o moderado que en abstemios), efecto observado **solo en población blanca** <sup>F4</sup>.

EIR 2023 · 115

P6 · respuesta en el solucionario

Prevención del ictus (SEN): alcohol

Entre las recomendaciones de la Sociedad Española de Neurología para la prevención del ictus NO se encuentra:

1. Se recomienda seguir una dieta mediterránea con suplementos de frutos secos y aceite de oliva virgen para reducir el riesgo de ictus.
2. Se recomienda la práctica de actividad física moderada 150 min/semana o actividad física vigorosa 75 min/semana para reducir el riesgo de ictus.
3. Se recomienda aplicar políticas de salud pública que permitan disminuir la contaminación atmosférica por su potencial efecto en la prevención del ictus.
4. Se recomienda la abstinencia del alcohol como prevención del ictus.

**Foramen oval permeable (FOP).** En pacientes de **18 a 60 años** con ictus isquémico no lacunar de causa no aclarada y un FOP con rasgos anatómicos de alto riesgo, es razonable elegir el **cierre percutáneo con dispositivo más antiagregación a largo plazo** antes que la antiagregación sola (recomendación 2a) <sup>F3</sup>. La decisión se toma de forma conjunta entre paciente, cardiólogo y neurólogo <sup>F3</sup>.

Ictus con foramen oval permeable: cierre y antiagregación

En un paciente que ha sufrido previamente un ictus isquémico y que además tiene un foramen oval permeable (FOP), ¿cuál es la recomendación más adecuada para la prevención de un nuevo episodio?:

1. Administrar terapia anticoagulante según prescripción médica.
2. Cierre de FOP más terapia con antiplaquetarios según prescripción médica.
3. Asegurar una adecuada hidratación para prevenir complicaciones renales.
4. Controlar la dieta restringiendo el consumo de sal y grasas saturadas.

**Valvulopatías.** Con ictus o AIT y **FA valvular (estenosis mitral moderada o grave o prótesis mecánica)** se recomienda **warfarina** <sup>F3</sup>. Con valvulopatía aórtica o **mitral no reumática** sin FA ni otra indicación de anticoagular, se recomienda **antiagregación** <sup>F3</sup>. En la **valvulopatía mitral reumática sin FA**, la guía dice que **el papel de la anticoagulación no se ha estudiado bien** <sup>F3</sup>.

### EIR2025-070: estenosis mitral y antiagregantes

La respuesta oficial de **EIR2025-070** es **vigilar signos de insuficiencia cardíaca y administrar los antiagregantes pautados**. La AHA 2021 recomienda **antiagregar** en la valvulopatía mitral **no reumática** sin FA, pero en la **estenosis mitral moderada-grave con FA** recomienda **warfarina**, y en la mitral reumática sin FA considera no estudiada la anticoagulación <sup>F3</sup>. Las demás opciones de la pregunta no tienen respaldo (el calcio no «fortalece el miocardio»). La respuesta oficial no se corrige.

Prevención secundaria del ictus en la estenosis mitral

¿Cuál de las siguientes recomendaciones sería la más adecuada para la prevención secundaria del ictus en pacientes adultos con estenosis mitral?:

1. Monitorizar signos de insuficiencia cardíaca y administrar el tratamiento con los antiagregantes pautados.
2. Controlar la temperatura corporal para prevenir fiebre reumática.
3. Asegurar una dieta rica en calcio para fortalecer el miocardio y anticoagulantes orales.
4. Fomentar la ingesta de líquidos para evitar la deshidratación.

## 5. Cuidados enfermeros: deglución y nutrición

Tras el cribado, a la persona con disfagia se le dan alimentos, líquidos y medicación **en la forma que pueda tragar sin aspirar**, después de la valoración especializada de la deglución <sup>F7</sup>. Las pautas prácticas para comer son estas <sup>F13</sup>:

- **Comer relajado y sentado lo más derecho posible** <sup>F13</sup>.
- **Bocados pequeños** (menos de una cucharadita, 5 ml); masticar bien y tragar antes del siguiente <sup>F13</sup>.
- Si un lado de la boca es más débil, **masticar por el lado fuerte** <sup>F13</sup>.
- **No mezclar sólidos y líquidos en el mismo bocado** ni empujar los sólidos con sorbos de líquido <sup>F13</sup>.
- **No beber líquidos poco espesos** sin consultarlo antes con el profesional o el terapeuta <sup>F13</sup>: los líquidos finos no son la textura «preferente» en la disfagia.
- **No hablar y tragar a la vez**; pedir a la familia que **no le hable mientras come** y quedarse erguido **30-45 minutos** después de comer <sup>F13</sup>.
- **Higiene oral activa** (cepillado, enjuague) **al menos dos veces al día**, sobre todo si hay disfagia <sup>F10</sup>.
- Estrategias posturales: la **flexión anterior del cuello** permite **proteger la vía respiratoria**, y la **rotación de la cabeza hacia el lado faríngeo paralizado** dirige la comida **al lado sano** <sup>F47</sup>.



### Disfagia: lo que cae

Lo **contraindicado**: dar **preferentemente líquidos** (MedlinePlus pide no tomar líquidos poco espesos sin consultar) y **mezclar sólidos con líquidos** <sup>F13</sup>. Lo correcto: **relajado, sentado, bocados pequeños, masticar por el lado fuerte y sin distracciones** <sup>F13,F8</sup>; **flexión anterior del cuello** al tragar <sup>F47</sup>.

EIR 2009 · 59

P24 · respuesta en el solucionario

Disfagia tras ictus: líquidos y texturas mixtas son los más difíciles

Los cuidados para los pacientes que tienen trastorno de la deglución secundario a un ictus incluyen los siguientes, EXCEPTO:

1. Mantener la posición de Fowler alta para comer.
2. Dar pequeñas cantidades en cada bocado.
3. Administrar preferentemente líquidos.
4. Colocar la cabeza en flexión en el momento de deglutir.
5. Situar los alimentos en la boca por el lado no afectado.

Disfagia tras ictus: líquidos y texturas mixtas son los más difíciles

Relacionado con la necesidad de alimentación en personas que han sufrido problemas neurológicos, señale la respuesta INCORRECTA:

1. Es conveniente mezclar alimentos sólidos con líquidos para facilitar la deglución.
2. Se deben evitar elementos de distracción durante el momento de la alimentación.
3. La persona debe mantener una postura erguida, sentado y con ligera flexión anterior del cuello.
4. Se debe realizar una adecuada higiene oral tras la ingesta.

El entorno cuenta: comer **relajado**, sin que le hablen durante la comida <sup>F13</sup>, y en las intervenciones sobre la atención tras el ictus se recomienda **minimizar las distracciones** <sup>F8</sup>. Por eso la **televisión encendida** mientras come no es un cuidado recomendable <sup>F8,F13</sup>.

Disfagia: comer sin distracciones

Acude a nuestra consulta de atención primaria, un varón de 72 años que ha sido dado de alta hospitalaria tras un accidente cerebrovascular isquémico (ACVI), en el informe de continuidad de cuidados, se indica que el paciente refiere disfagia moderada. ¿Cuál de los siguientes cuidados NO serían recomendables?:

1. Ha de comer en un entorno relajado y sin prisas.
2. Se puede poner la televisión para que se entretenga mientras come.
3. Ha de colocar al paciente para que coma en sedestación o si se encuentra encamado en Fowler.
4. Introducir en la boca pequeñas cantidades.

El **documento de consenso SEEN-SEN 2023** (unidades de ictus) fija para la **fase I, de ingreso y hospitalización** <sup>F25</sup>:

- **Cribados** en las primeras **24-48 h: desnutrición** (semanal si no hay riesgo), **sarcopenia** y **disfagia** (si hay sospecha de disfagia orofaríngea, antes de iniciar la ingesta oral) <sup>F25</sup>.
- **Sonda nasogástrica** para nutrición enteral **si hay disfagia grave o el nivel de conciencia no permite comer**, con comprobación radiológica <sup>F25</sup>.
- **En los pacientes con dieta oral, registrar regularmente la seguridad y la eficacia de la ingesta** <sup>F25</sup>.
- Valorar **fórmulas específicas de diabetes** en nutrición enteral o como suplemento, cuando sea necesario <sup>F25</sup>.
- Glucemia entre **140 y 180 mg/dL**, evitando valores < 100 mg/dL; **evitar ayunos > 48 h** si hay desnutrición y **> 5 días** si el estado nutricional previo era adecuado <sup>F25</sup>.

### SEEN-SEN: plazos

La sarcopenia se criba en las **primeras 24-48 h**, no a los 7 días; la SNG depende de la **disfagia grave o la conciencia**, no de un plazo fijo de 24 h <sup>F25</sup>.

## Nutrición en unidades de ictus (SEEN-SEN 2023)

Según el documento de consenso de las Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición y la Sociedad Española de Neurología (SEEN-SEN 2023), sobre la optimización del tratamiento de la Diabetes Mellitus y del estado nutricional en las unidades de ICTUS, ¿cuáles serían las actuaciones nutricionales durante la fase I o de Hospitalización?:

1. Instaurar nutrición enteral por sonda nasogástrica en las primeras 24 horas tras el ICTUS si existe riesgo nutricional.
2. En pacientes con dieta oral, registrar regularmente la seguridad y eficacia de la ingesta.
3. Iniciar suplemento nutricional oral a las 48 horas del ICTUS con fórmula monomérica de bajo índice glucémico.
4. Realizar cribado de sarcopenia transcurridos 7 días tras el ICTUS.

## 6. Cuidados enfermeros: movilidad, percepción, comunicación y cognición

**Movilización.** Hay que ayudar a la persona a **sentarse fuera de la cama, ponerse de pie o caminar en cuanto su situación clínica lo permita** <sup>F7</sup>; lo que se desaconseja es la movilización **de alta intensidad** en las primeras **24 horas** <sup>F7</sup> y la movilización **precoz prolongada** en las primeras 24-48 h, sobre todo en el ictus grave <sup>F12</sup>. La enfermera anima a hacer ejercicios de **amplitud de movimiento activos o pasivos** según lo prescrito, o los hace por el paciente si hace falta <sup>F40</sup>, y los ejercicios para **mantener flexibles codos, hombros y demás articulaciones** forman parte de los cuidados al alta <sup>F14</sup>. En el caso clínico de OpenStax, la enfermera **cambia de posición al paciente cada dos horas** <sup>F19</sup>.

### Precoz, pero no intensa

La movilidad pasiva y la movilización se inician **desde el principio** <sup>F7,F40</sup>; lo prohibido es la movilización **intensa o prolongada en las primeras 24-48 h** <sup>F7,F12</sup>. En el caso clínico de OpenStax, los cambios posturales son **cada 2 h** <sup>F19</sup>.

EIR 2007 · 51

P26 · respuesta en el solucionario

Hemiplejía: movilización pasiva precoz

Una consecuencia frecuente del ACVA es la hemiplejía, por lo que es preciso intervenir en la movilidad y posición del paciente. ¿Cuál de las siguientes actividades está indicada para favorecer la recuperación y prevenir complicaciones?:

1. Cambios posturales cada 4 horas.
2. Evitar la posición de decúbito prono.
3. Limitar el tiempo de apoyo sobre el lado afectado a 2 horas.
4. Iniciar ejercicios de movilidad pasiva desde el inicio del ACVA.
5. Comenzar el entrenamiento del equilibrio con el apoyo de los pies en el suelo.

**Hombro doloroso.** Personal, paciente y familia deben **evitar tirar del miembro superior afectado**, y ese brazo se **protege y sostiene durante las transferencias** <sup>F9</sup>. En reposo se **coloca y apoya el miembro superior**; en silla de ruedas, sobre una **bandeja o mesa adaptada** con el hombro en rotación neutra <sup>F9</sup>. **No se usan poleas por encima de la cabeza**; si hay limitación de la amplitud, **estiramientos y movilización suaves dentro del rango sin dolor** <sup>F9</sup>. El cabestrillo solo se plantea en la **fase flácida** si no hay otro apoyo posible <sup>F9</sup>.

### ★ Hombro pléjico

**Nunca levantar ni tirar del brazo afectado, nada de poleas, y brazo apoyado** (mesa, bandeja, almohadas) al estar sentado <sup>F9,F14</sup>. La amplitud de movimiento suave **sí** se hace <sup>F9</sup>.

## Prevención del hombro doloroso tras ictus

El dolor de hombro es un problema que afecta a numerosos pacientes afectados por un ictus, limitando el autocuidado y la calidad de vida. Indique cuál de las siguientes afirmaciones corresponde a una actividad de prevención del hombro doloroso en un paciente afectado por un ictus:

1. Levantaremos al paciente utilizando el hombro flácido o afectado.
2. Dispondremos de poleas para que el paciente ejercite la fuerza en los miembros superiores.
3. Mientras el paciente permanezca sentado, colocaremos el brazo flácido en posición cómoda sobre una mesa o mediante almohadas.
4. Deben evitarse los ejercicios de amplitud para prevenir la aparición de dolor.

**Negligencia y hemianopsia.** Se anima a la persona con inatención hemisensorial a **atender al lado olvidado** <sup>F8</sup>, con entrenamiento en **rastreo visual** y señales o cambios del entorno <sup>F11</sup>. En la **hemianopsia**, la intervención se centra en **técnicas compensadoras como el rastreo** y en adaptar la tarea y el entorno (más luz y contraste) <sup>F11</sup>; NICE ofrece **terapia de movimientos oculares** en la hemianopsia persistente <sup>F8</sup>. El rastreo son **patrones de movimientos oculares en la dirección de la hemianopsia**, es decir, hacia el lado que no se ve <sup>F53</sup>. Como el campo visual izquierdo se procesa en el hemisferio derecho <sup>F21</sup>, tras un ictus derecho el campo que falta es el **izquierdo**. Estimular el lado afectado es, por tanto, el objetivo: los objetos y los estímulos se orientan hacia él, no se le «ahorran» <sup>F8,F11</sup>.

## Lesión del hemisferio derecho: negligencia/hemianopsia del campo izquierdo

Señale cuál de las siguientes acciones está indicada en el cuidado de un paciente que presenta hemianopsia homónima por haber sufrido un ictus isquémico en el hemisferio cerebral derecho.

1. Colocarle en posición semifowler.
2. Realizarle preguntas que no exijan una respuesta muy extensa.
3. Orientarle temporoespacialmente cuando le hablemos.
4. Recordarle que puede ensanchar su campo visual girando la cabeza hacia la izquierda.
5. Realizar ejercicios pasivos de la extremidad inferior derecha.

## Hemiplejia: colocar objetos en el lado afectado

Como el resultado de un ictus reciente, una persona ha sufrido una hemiplejia sensorofuncional. Para favorecer la máxima estimulación del lado afectado, la enfermera deberá:

1. Colocarle objetos en el lado no afectado para estimular la capacidad funcional.
2. Abordar al paciente desde el lado no afectado.
3. Disminuir la estimulación sensorial para evitar la sensación de frustración.
4. Colocar objetos en el lado afectado para estimular el uso de las extremidades paréticas.

**Afasia.** Hay que **simplificar el lenguaje** con frases cortas, repetir o escribir palabras clave, mantener una conversación **de adulto, reducir distracciones** (radio o TV), **incluir a la persona en las conversaciones**, animar cualquier forma de comunicación (habla, gestos, señalar, dibujar), **no corregir su habla y darle tiempo de sobra para hablar** <sup>F16</sup>. Ayuda **hablar despacio**, usar **gestos** y preguntas de **sí o no** <sup>F14</sup>, y tener un **libro o tablero con dibujos o palabras** de temas y personas frecuentes <sup>F15</sup>. No hay que  **fingir que se le entiende** <sup>F15</sup>. La American Stroke Association pide **paciencia**, dar tiempo de sobra para responder y **hablar con la persona con afasia, no por ella** <sup>F49</sup>.

### ★ Afasia: lo que frustra

La pauta es **darle tiempo de sobra y no corregirle** <sup>F16</sup>, y **hablar con él, no por él** <sup>F49</sup>.

EIR 2007 · 50

P27 · respuesta en el solucionario

Afasia: no completar las frases del paciente

¿Cuál de las siguientes intervenciones puede generar sentimientos de frustración en la atención a un paciente que se recupera de una afasia tras sufrir un accidente cerebro vascular agudo (ACVA)?:

1. Proporcionarle una ficha con información personal, fecha de nacimiento, dirección y nombres de sus parientes.
2. Facilitarle un tablero de comunicación con dibujos de necesidades y frases frecuentes.
3. Tratar de completar frases o pensamientos del paciente.
4. Hablarle lentamente y usar gestos.
5. Incluirle en las conversaciones con sus familiares.

**Deterioro cognitivo.** Las instrucciones se **dividen en pasos pequeños y simples**, se **repiten** si hace falta y se usan **nombres y lugares familiares**, con **apoyos o avisos visuales** <sup>F14</sup>. Las intervenciones sobre la atención se centran en tareas funcionales, **minimizando distracciones** y dando **pistas** relacionadas con la tarea <sup>F8</sup>; el cribado al ingreso incluye los **signos de desorientación** <sup>F8</sup>. En la **demencia**, MedlinePlus aconseja, para reducir la confusión, **tener personas y objetos familiares alrededor** y álbumes de fotos familiares <sup>F50</sup>.

EIR 2015 · 81

P20 · respuesta en el solucionario

Deterioro cognitivo tras ictus: mostrar objetos familiares

Entre las actividades de la enfermera para un paciente con deterioro cognitivo secundario a Accidente Vascular Cerebral, NO es correcto:

1. Reorientar al paciente en cuanto a tiempo, lugar y situación con frecuencia.
2. Utilizar claves verbales y auditivas para orientar al paciente.
3. Repetir y reforzar las instrucciones con frecuencia.
4. Evitar mostrarle objetos familiares para no contribuir a su frustración.
5. Utilizar un lenguaje simple.

## 7. Hemorragia subaracnoidea y aneurismas

La **HSA** es un **3 %** de los ictus y en la mayoría se debe a la **rotura de un aneurisma** <sup>F1</sup>. La presentación clásica en un paciente despierto es una **cefalea de comienzo súbito que alcanza enseguida su máxima intensidad** («en trueno») <sup>F36</sup>. En el ictus hemorrágico son más frecuentes el **dolor de cuello**, la fotosensibilidad y las **náuseas y vómitos**, y el paciente refiere a menudo **la peor cefalea de su vida** <sup>F17</sup>.

La **TC craneal sin contraste** es la base del diagnóstico de la HSA, y la **arteriografía (angiografía) cerebral por sustracción digital** es la **prueba de referencia** para estudiar la anatomía vascular y el aneurisma <sup>F36</sup>; la angiografía cerebral es la herramienta diagnóstica **definitiva** para detectar un aneurisma <sup>F19</sup>.

### EIR 2005 · 44

P29 · respuesta en el solucionario

Angiografía cerebral para la causa de la hemorragia subaracnoidea

El mejor estudio para determinar la causa de una hemorragia subaracnoidea es:

1. TAC craneal.
2. Punción lumbar.
3. Angiografía cerebral.
4. Electroencefalograma.
5. Estudio del flujo sanguíneo cerebral.

En la mayoría de las series la **arteria comunicante anterior** es la **localización más frecuente** de los aneurismas intracraneales, y su rotura causa el **40 %** de las HSA aneurismáticas del adulto <sup>F37</sup>. Un **85 %** de los aneurismas está en la **circulación anterior** <sup>F42</sup>.

### EIR 2017 · 123

P14 · respuesta en el solucionario

Aneurismas cerebrales: arteria comunicante anterior

La localización más frecuente de los aneurismas cerebrales es:

1. Arteria Comunicante Anterior.
2. Arteria Carótida Interna.
3. Arteria Basilar.
4. Arteria Cerebral Media.

**Complicaciones.** La **isquemia cerebral tardía** aparece en un **30 %**, sobre todo **entre los días 4 y 14**, con pico de riesgo de vasoespasmo en los días **6-10**; el **nimodipino** enteral precoz la previene <sup>F36</sup>. La **depleción de volumen intravascular** en la HSA **puede producirse por natriuresis**, y la **hiponatremia** se debe al **síndrome pierde sal cerebral o a la secreción inadecuada de ADH** <sup>F36</sup>. La guía cita también el **manitol**, diurético potente que puede causar hipovolemia e hipotensión <sup>F36</sup>.

## HSA e hipovolemia

Las causas de hipovolemia que menciona la guía son la **natriuresis** y el **manitol**; no menciona la pérdida de sangre <sup>F36</sup>. En cambio, la **hiperglucemia** empeora el pronóstico del ictus isquémico y hemorrágico <sup>F1</sup>, y la cefalea súbita y los vómitos son típicos <sup>F17,F36</sup>.

EIR 2026 · 167

P1 · respuesta en el solucionario

Hemorragia subaracnoidea: no produce hipovolemia por pérdida de sangre

En el contexto de un paciente que ha sufrido un ictus hemorrágico, señala la respuesta INCORRECTA:

1. En la hemorragia subaracnoidea se produce una situación de hipovolemia derivada de la pérdida de sangre.
2. La hiperglucemia (niveles de glucosa > 126 mg/dl) mantenida en el tiempo se asocia con un aumento de la mortalidad y de la extensión del ictus.
3. El inicio abrupto de un dolor de cabeza súbito e intenso está presente en prácticamente todos los pacientes con hemorragia subaracnoidea.
4. Los vómitos son frecuentes en pacientes con hemorragia intracerebral o hemorragia subaracnoidea.

## 8. Hipertensión intracraneal y traumatismo craneoencefálico

La **presión intracraneal (PIC)** normal en el adulto es de **7 a 15 mm Hg** en decúbito; por encima de **20-25 mm Hg** se considera patológica <sup>F28</sup>. La BTF recomienda **tratar la PIC > 22 mm Hg** porque se asocia a más mortalidad <sup>F29</sup>. La **presión de perfusión cerebral** es **PPC = PAM – PIC** <sup>F28,F30</sup>, y el **objetivo de PPC** para la supervivencia y la buena evolución está **entre 60 y 70 mm Hg** (BTF 2016) <sup>F29</sup>. En niños, la PPC adecuada es de **40-50 mm Hg** <sup>F30</sup>.



### PPC mínima

**PPC = PAM – PIC; 60 mm Hg** es el mínimo del objetivo de 60-70 mm Hg de la BTF <sup>F29</sup>.

EIR 2020 · 15

P10 · respuesta en el solucionario

Presión de perfusión cerebral mínima: 60 mmHg

El objetivo mínimo de Presión de Perfusión Cerebral (PPC) para prevenir la aparición de complicaciones graves en pacientes con lesión cefálica, es de:

1. 20 mmHg.
2. 40 mmHg.
3. 60 mmHg.
4. 80 mmHg.

**Triada de Cushing:** hipertensión arterial (con **presión diferencial amplia**), bradicardia y **respiración irregular** <sup>F26,F28</sup>. Es el **signo tardío más ominoso** de HTIC: la presión sistólica sube para mantener la perfusión cerebral y la bradicardia es una respuesta vagal <sup>F30</sup>, y anuncia una **herniación cerebral inminente** <sup>F28</sup>.

**Cushing = «sube, baja, desordena»**

**Sube** la TA, **baja** el pulso, se **desordena** la respiración <sup>F26</sup>.

EIR 2019 · 149

P11 · respuesta en el solucionario

Triada de Cushing: HTA, bradicardia y respiración irregular

¿Cuáles son los signos de la triada de Cushing en la hipertensión intracraneal?:

1. Bradicardia, hipertensión arterial y respiración irregular.
2. Taquicardia, hipertensión arterial y respiración irregular.
3. Bradicardia, hipotensión arterial y respiración irregular.
4. Taquicardia, hipotensión arterial y respiración irregular.

Tríada de Cushing: HTA, bradicardia y respiración irregular

La triada de Cushing se caracteriza por:

1. Hipotensión arterial, taquicardia y trastornos respiratorios.
2. Hipertensión arterial, taquicardia y trastornos respiratorios.
3. Hipotensión arterial, bradicardia y trastornos respiratorios.
4. Hipertensión arterial, bradicardia y trastornos respiratorios.

Tríada de Cushing: HTA, bradicardia y respiración irregular

Indique cuál de los siguientes signos, aparece en la triada de Cushing:

1. Bradicardia.
2. Hipotensión arterial sistémica.
3. Ruidos cardiacos apagados.
4. Hiperpotasemia.

### Cuidados para no subir la PIC <sup>F26,F27,F28</sup>.

- **Cabecera elevada a 30°:** favorece el **drenaje venoso** y baja el volumen sanguíneo cerebral <sup>F26,F28</sup>. Una revisión de *Sanidad Militar* (2023), entre las medidas de primer nivel para optimizar el retorno venoso yugular, da el **cabecero a 30-45°** con la cabeza en posición neutra <sup>F52</sup>.
- **Cabeza en línea media** y cuello en **posición neutra**, sin flexión ni rotación, para no dificultar la salida venosa yugular <sup>F28</sup>.
- **Evitar la flexión de caderas** <sup>F27</sup>: elevar las piernas en decúbito supino la provoca.
- **Evitar la maniobra de Valsalva:** laxantes para no hacer esfuerzo al defecar; evitar toser o empujar <sup>F26</sup>.
- **Entorno con pocos estímulos:** limitar visitas y procedimientos, habitación en penumbra y tranquila <sup>F27</sup>.
- **Oxigenación y ventilación adecuadas** ayudan a mantener la PIC <sup>F26</sup>; la **hipoxia empeora la PIC** <sup>F27</sup>.
- **Valoración neurológica** seriada: nivel de conciencia (Glasgow), pupilas, función motora, habla y constantes <sup>F26,F27</sup>.

La **aspiración endotraqueal** provoca **picos de PIC** por activación simpática, aumento de la presión intratorácica y menor salida venosa cerebral <sup>F31</sup>. Y la **posición de Trendelenburg** pronunciada figura, en el contexto anestésico, entre las situaciones que **elevan la PIC** <sup>F31</sup>: bajar la cabeza va en contra del drenaje venoso que busca la cabecera elevada <sup>F26</sup>.



### Posición en la HTIC

**Cabecera a 30°**, cabeza neutra; **nunca Trendelenburg** ni **piernas elevadas**; aspirar **solo lo imprescindible**, porque la aspiración puede subir la PIC <sup>F26,F27,F31,F48</sup>.

### EIR2018-093: cabecero entre 15 y 30 grados

La respuesta oficial de **EIR2018-093** es colocar el cabecero **entre 15 y 30 grados** sobre la horizontal. Las fuentes leídas coinciden en **eleva la cabecera**, pero ninguna da ese rango: OpenStax y StatPearls dicen **30°** <sup>F26,F28</sup>, el protocolo de la AEP, cabeza **ligeramente elevada (30°)** <sup>F45</sup>, y la revisión de *Sanidad Militar* 2023, **30-45°** <sup>F52</sup>. La respuesta oficial no se corrige.

#### EIR 2009 · 57

P25 · respuesta en el solucionario

HTIC: cabecera elevada 15-30°; evitar Trendelenburg y elevar piernas

La posición de semi-Fowler en pacientes con incremento de la presión intracraneal está indicada para:

1. Disminuir el flujo arterial cerebral.
2. Facilitar el drenaje venoso cerebral.
3. Evitar la regurgitación gástrica.
4. Impedir que el diafragma comprima estructuras mediastínicas.
5. Evitar la hipoxia y la vasodilatación.

#### EIR 2017 · 67

P17 · respuesta en el solucionario

HTIC: cabecera elevada 15-30°; evitar Trendelenburg y elevar piernas

Ingresa en nuestra unidad de cuidados críticos un paciente procedente del servicio de urgencias extrahospitalarias con un traumatismo craneoencefálico moderado, al cual se le ha colocado un catéter intraventricular, ya que se quiere monitorizar la presión intracraneal (PIC). ¿Cuál de los siguientes cuidados NO sería una opción adecuada para evitar que esta PIC aumente?:

1. Mantener un entorno tranquilo y libre de estímulos.
2. Evitar acciones que promuevan la maniobra de Valsalva.
3. Procurar que la persona esté lo más tranquila posible.
4. Se elevarán las piernas del paciente en decúbito supino.

#### EIR 2017 · 97

P15 · respuesta en el solucionario

HTIC: cabecera elevada 15-30°; evitar Trendelenburg y elevar piernas

¿Cuál de las siguientes posiciones del paciente debería EVITARSE en caso de aumento de la presión intracraneal tras una cirugía cerebral?:

1. Decúbito supino con cabeza elevada.
2. Posición de Trendelenburg.
3. Posición de Anti Trendelenburg.
4. Cabeza en posición neutral, centrada en la línea media.

HTIC: cabecera elevada 15-30°; evitar Trendelenburg y elevar piernas

En un paciente con hipertensión intracraneal y drenaje ventricular izquierdo, ¿Cuál es la medida general, desde el punto de vista postural, que tomaría para prevenir y controlar un aumento de la presión intracraneal?:

1. Mantener al paciente en posición de Trendelenburg.
2. Colocar al paciente en decúbito lateral derecho.
3. Colocar al paciente con el cabecero de la cama entre 15 y 30 grados sobre la horizontal.
4. Colocar al paciente en decúbito lateral izquierdo.

Tras la cirugía cerebral, los cuidados son los mismos: **Glasgow** y **pupilas** (la **midriasis arreactiva** se asocia a HTIC), **evitar la hipoxemia** porque empeora la PIC <sup>F27</sup>, y no hacer aspiraciones de rutina, puesto que la aspiración dispara la PIC <sup>F31</sup>. La guía de la AARC (2022) sobre aspiración de la vía aérea artificial mantiene la recomendación de aspirar **solo cuando es necesario** (*only as needed*), no de forma programada; en adultos no encontró estudios sobre la frecuencia <sup>F48</sup>.

Cirugía cerebral: evitar aspiraciones rutinarias

Tenemos a nuestro cuidado un paciente que acaba de llegar de una cirugía de resección tumoral a nivel de la corteza cerebral temporal. ¿Cuál de los siguientes cuidados NO debería realizar?:

1. Valorar y registrar el nivel de conciencia mediante la escala de coma de Glasgow.
2. Observar y registrar el estado pupilar y reflejo fotomotor.
3. Mantener una correcta ventilación y evitar la hipoxemia, ya que esta aumenta el edema cerebral.
4. Realizar aspiraciones rutinarias para evitar acúmulo de secreciones, ya que pueden producir posteriormente neumonía.

**TCE: gravedad por Glasgow** al ingreso: **leve 13-15, moderado 9-12 y grave  $\leq 8$**  <sup>F35</sup>; la BTF define el TCE grave como Glasgow **3-8** <sup>F29</sup>. En niños se usa el **Glasgow pediátrico** (3-15) <sup>F30</sup>, con una alternativa de «mueca» en la respuesta verbal para los que aún no hablan <sup>F32</sup>.

En el **niño**, el TCE es **una causa importante de morbimortalidad** <sup>F30</sup> y causa buena parte de las lesiones que llevan a discapacidad grave y muerte en menores de 19 años <sup>F34</sup>. Según el protocolo de la AEP, es el **trauma más frecuente** en la edad pediátrica y **la primera causa de mortalidad entre los niños de 1 a 14 años** <sup>F45</sup>; en el politraumatizado pediátrico, las lesiones cerebrales suponen el **75 % de las muertes** <sup>F46</sup>. Su cabeza grande y pesada y sus ligamentos cervicales débiles transmiten la fuerza a la **columna cervical** <sup>F30</sup>; se protege la columna cervical con **inmovilización manual en línea** y se hace inmovilización completa según los factores de riesgo del mecanismo y la exploración <sup>F33</sup>. Ante sospecha de HTIC, la posición es la del adulto: **cabecera elevada**, nunca Trendelenburg <sup>F26,F31</sup>. La AEP pide la cabeza en **posición neutra y ligeramente elevada (30°)**, porque elevaciones mayores pueden disminuir la PPC, y no elevar la cabecera si el niño está **hipotenso** <sup>F45</sup>.

HTIC: cabecera elevada 15-30°; evitar Trendelenburg y elevar piernas

Indique la respuesta INCORRECTA ante un caso de traumatismo craneoencefálico en paciente pediátrico:

1. Es la principal causa de muerte en trauma pediátrico.
2. Para clasificar su gravedad utilizamos la escala de Glasgow.
3. Se valorará la protección cervical con collarín rígido atendiendo a la gravedad y a la naturaleza del trauma.
4. Si existe sospecha de aumento de presión intracraneal se colocará al paciente en posición trendelenburg asegurando el retorno venoso.

## 9. Lesión medular: escala ASIA y disreflexia autónoma

| Grado ASIA (AIS)              | Definición <sup>F38</sup>                                                                                                                                                                                                                   |
|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>A</b> completa             | <b>Sin función sensitiva ni motora</b> en los segmentos sacros <b>S4-5</b>                                                                                                                                                                  |
| <b>B</b> sensitiva incompleta | <b>Se conserva la sensibilidad, pero no la motilidad</b> , por debajo del nivel neurológico, <b>incluidos S4-5</b> , y no hay función motora más de tres niveles por debajo del nivel motor                                                 |
| <b>C</b> motora incompleta    | Incompleta motora (contracción anal voluntaria, o sensitiva incompleta con algo de función motora más de tres niveles por debajo del nivel motor) y <b>menos de la mitad</b> de los músculos clave por debajo del nivel con fuerza $\geq 3$ |
| <b>D</b> motora incompleta    | Incompleta motora como en C, con <b>la mitad o más</b> de los músculos clave por debajo del nivel con fuerza $\geq 3$                                                                                                                       |
| <b>E</b> normal               | Sensibilidad y motilidad normales en todos los segmentos en alguien con déficit previo                                                                                                                                                      |

EIR 2024 · 137

P32 · respuesta en el solucionario

Escala ASIA B

Qué evaluación corresponde a un paciente con fractura de la vértebra C3 con lesión medular que, en las primeras horas en la exploración neurológica mantiene su función sensitiva por debajo del nivel neurológico de la lesión, pero con ausencia de función motora:

1. ASIA A.
2. ASIA B.
3. ASIA C.
4. ASIA D.

La **disreflexia autónoma** es un cuadro potencialmente mortal en lesionados medulares **a nivel de T6 o por encima** <sup>F39</sup>. Son **subidas bruscas de la tensión arterial** provocadas por **estímulos nocivos o no nocivos** por debajo de la lesión: **distensión de la vejiga o del intestino**, espasmos, úlceras por presión, sondaje vesical e incluso cordones apretados; si persiste, hay que sospechar **impactación fecal** <sup>F39</sup>. Un estímulo doloroso en el recto (supositorio o enema mal puesto) entra en esa categoría de estímulo nocivo intestinal <sup>F39</sup>.

- **Signos:** TAS  $> 20$  mm Hg sobre la basal en adultos ( $> 15$  en niños), **cefalea súbita**, bradicardia o taquicardia, **sudoración y rubefacción** (cara, cuello, hombros), piloerección, visión borrosa y congestión nasal <sup>F39</sup>.
- **Actuación:** **sentar al paciente y bajar las piernas**, controlar TA y pulso cada 1-2 minutos, **aflojar ropa** y dispositivos que compriman y **buscar el desencadenante empezando por el sistema urinario** <sup>F39</sup>.

## Disreflexia

**T6 o más arriba, TA disparada**, y la causa casi siempre está **abajo**: vejiga llena o intestino (heces, manipulación rectal dolorosa) <sup>F39</sup>.

EIR 2017 · 96

P16 · respuesta en el solucionario

Disreflexia autónoma: desencadenada por estímulos dolorosos (enemas)

¿Cuál de las siguientes actuaciones podría desencadenar un cuadro de disreflexia autónoma en pacientes lesionados medulares?:

1. Venopunción para obtención de muestra sanguínea.
2. Elevación de miembros superiores.
3. Administración dolorosa de supositorios y/o enemas.
4. Oxigenoterapia a alto flujo.

## Todas las preguntas del tema (29)

De la más reciente a la más antigua. Las respuestas, en el solucionario.

**EIR 2026 · 167**

P1 · respuesta en el solucionario

En el contexto de un paciente que ha sufrido un ictus hemorrágico, señala la respuesta INCORRECTA:

1. En la hemorragia subaracnoidea se produce una situación de hipovolemia derivada de la pérdida de sangre.
2. La hiperglucemia (niveles de glucosa > 126 mg/dl) mantenida en el tiempo se asocia con un aumento de la mortalidad y de la extensión del ictus.
3. El inicio abrupto de un dolor de cabeza súbito e intenso está presente en prácticamente todos los pacientes con hemorragia subaracnoidea.
4. Los vómitos son frecuentes en pacientes con hemorragia intracerebral o hemorragia subaracnoidea.

**EIR 2026 · 156**

P2 · respuesta en el solucionario

En la atención inicial de un paciente adulto con sospecha de Ictus agudo, y en ausencia de signos de inestabilidad hemodinámica (como hipotensión o hipovolemia), ¿cómo debe colocarse al paciente?:

1. Mantener la cama plana (0°) para maximizar el flujo sanguíneo cerebral, incluso si el paciente presenta deterioro de la deglución.
2. Colocar al paciente en posición de Trendelenburg para favorecer el drenaje venoso cerebral rápido.
3. Elevar la cabecera de la cama 30°, como medida esencial para reducir el riesgo de broncoaspiración y favorecer el retorno venoso cerebral.
4. Colocar al paciente siempre en decúbito lateral de seguridad, ya que ésta es la posición universalmente recomendada para todos los pacientes neurológicos.

**EIR 2025 · 83**

P3 · respuesta en el solucionario

Sobre el ICTUS es cierto que:

1. No hay diferencias en la incidencia global de ictus entre mujeres y hombres, pero varía en función de la edad.
2. Se estima que las mujeres con ictus isquémico tienen un 13% más de probabilidad que los hombres de ser tratadas con trombólisis.
3. Las mujeres con ictus tienen mayor mortalidad y peor resultado funcional que los hombres tras sufrir un ACV.
4. La prevalencia de depresión post-ictus es un 78 % más alta en hombres que en mujeres.

En un paciente que ha sufrido previamente un ictus isquémico y que además tiene un foramen oval permeable (FOP), ¿cuál es la recomendación más adecuada para la prevención de un nuevo episodio?:

1. Administrar terapia anticoagulante según prescripción médica.
2. Cierre de FOP más terapia con antiplaquetarios según prescripción médica.
3. Asegurar una adecuada hidratación para prevenir complicaciones renales.
4. Controlar la dieta restringiendo el consumo de sal y grasas saturadas.

Indique cuál de los siguientes signos, aparece en la triada de Cushing:

1. Bradicardia.
2. Hipotensión arterial sistémica.
3. Ruidos cardiacos apagados.
4. Hiperpotasemia.

Entre las recomendaciones de la Sociedad Española de Neurología para la prevención del ictus NO se encuentra:

1. Se recomienda seguir una dieta mediterránea con suplementos de frutos secos y aceite de oliva virgen para reducir el riesgo de ictus.
2. Se recomienda la práctica de actividad física moderada 150 min/semana o actividad física vigorosa 75 min/semana para reducir el riesgo de ictus.
3. Se recomienda aplicar políticas de salud pública que permitan disminuir la contaminación atmosférica por su potencial efecto en la prevención del ictus.
4. Se recomienda la abstinencia del alcohol como prevención del ictus.

Indique la respuesta INCORRECTA ante un caso de traumatismo craneoencefálico en paciente pediátrico:

1. Es la principal causa de muerte en trauma pediátrico.
2. Para clasificar su gravedad utilizamos la escala de Glasgow.
3. Se valorará la protección cervical con collarín rígido atendiendo a la gravedad y a la naturaleza del trauma.
4. Si existe sospecha de aumento de presión intracraneal se colocará al paciente en posición trendelenburg asegurando el retorno venoso.

La triada de Cushing se caracteriza por:

1. Hipotensión arterial, taquicardia y trastornos respiratorios.
2. Hipertensión arterial, taquicardia y trastornos respiratorios.
3. Hipotensión arterial, bradicardia y trastornos respiratorios.
4. Hipertensión arterial, bradicardia y trastornos respiratorios.

El dolor de hombro es un problema que afecta a numerosos pacientes afectados por un ictus, limitando el autocuidado y la calidad de vida. Indique cuál de las siguientes afirmaciones corresponde a una actividad de prevención del hombro doloroso en un paciente afectado por un ictus:

1. Levantaremos al paciente utilizando el hombro flácido o afectado.
2. Dispondremos de poleas para que el paciente ejercite la fuerza en los miembros superiores.
3. Mientras el paciente permanezca sentado, colocaremos el brazo flácido en posición cómoda sobre una mesa o mediante almohadas.
4. Deben evitarse los ejercicios de amplitud para prevenir la aparición de dolor.

El objetivo mínimo de Presión de Perfusión Cerebral (PPC) para prevenir la aparición de complicaciones graves en pacientes con lesión cefálica, es de:

1. 20 mmHg.
2. 40 mmHg.
3. 60 mmHg.
4. 80 mmHg.

¿Cuáles son los signos de la triada de Cushing en la hipertensión intracraneal?:

1. Bradicardia, hipertensión arterial y respiración irregular.
2. Taquicardia, hipertensión arterial y respiración irregular.
3. Bradicardia, hipotensión arterial y respiración irregular.
4. Taquicardia, hipotensión arterial y respiración irregular.

Tenemos a nuestro cuidado un paciente que acaba de llegar de una cirugía de resección tumoral a nivel de la corteza cerebral temporal. ¿Cuál de los siguientes cuidados NO debería realizar?:

1. Valorar y registrar el nivel de conciencia mediante la escala de coma de Glasgow.
2. Observar y registrar el estado pupilar y reflejo fotomotor.
3. Mantener una correcta ventilación y evitar la hipoxemia, ya que esta aumenta el edema cerebral.
4. Realizar aspiraciones rutinarias para evitar acúmulo de secreciones, ya que pueden producir posteriormente neumonía.

En un paciente con hipertensión intracraneal y drenaje ventricular izquierdo, ¿Cuál es la medida general, desde el punto de vista postural, que tomaría para prevenir y controlar un aumento de la presión intracraneal?:

1. Mantener al paciente en posición de Trendelenburg.
2. Colocar al paciente en decúbito lateral derecho.
3. Colocar al paciente con el cabecero de la cama entre 15 y 30 grados sobre la horizontal.
4. Colocar al paciente en decúbito lateral izquierdo.

La localización más frecuente de los aneurismas cerebrales es:

1. Arteria Comunicante Anterior.
2. Arteria Carótida Interna.
3. Arteria Basilar.
4. Arteria Cerebral Media.

¿Cuál de las siguientes posiciones del paciente debería EVITARSE en caso de aumento de la presión intracraneal tras una cirugía cerebral?:

1. Decúbito supino con cabeza elevada.
2. Posición de Trendelenburg.
3. Posición de Anti Trendelenburg.
4. Cabeza en posición neutral, centrada en la línea media.

¿Cuál de las siguientes actuaciones podría desencadenar un cuadro de disreflexia autónoma en pacientes lesionados medulares?:

1. Venopunción para obtención de muestra sanguínea.
2. Elevación de miembros superiores.
3. Administración dolorosa de supositorios y/o enemas.
4. Oxigenoterapia a alto flujo.

Ingresa en nuestra unidad de cuidados críticos un paciente procedente del servicio de urgencias extrahospitalarias con un traumatismo craneoencefálico moderado, al cual se le ha colocado un catéter intraventricular, ya que se quiere monitorizar la presión intracraneal (PIC). ¿Cuál de los siguientes cuidados NO sería una opción adecuada para evitar que esta PIC aumente?:

1. Mantener un entorno tranquilo y libre de estímulos.
2. Evitar acciones que promuevan la maniobra de Valsalva.
3. Procurar que la persona esté lo más tranquila posible.
4. Se elevarán las piernas del paciente en decúbito supino.

Acude a nuestra consulta de atención primaria, un varón de 72 años que ha sido dado de alta hospitalaria tras un accidente cerebrovascular isquémico (ACVI), en el informe de continuidad de cuidados, se indica que el paciente refiere disfagia moderada. ¿Cuál de los siguientes cuidados NO serían recomendables?:

1. Ha de comer en un entorno relajado y sin prisas.
2. Se puede poner la televisión para que se entretenga mientras come.
3. Ha de colocar al paciente para que coma en sedestación o si se encuentra encamado en Fowler.
4. Introducir en la boca pequeñas cantidades.

Como el resultado de un ictus reciente, una persona ha sufrido una hemiplejía sensorofuncional. Para favorecer la máxima estimulación del lado afectado, la enfermera deberá:

1. Colocarle objetos en el lado no afectado para estimular la capacidad funcional.
2. Abordar al paciente desde el lado no afectado.
3. Disminuir la estimulación sensorial para evitar la sensación de frustración.
4. Colocar objetos en el lado afectado para estimular el uso de las extremidades paréticas.

Entre las actividades de la enfermera para un paciente con deterioro cognitivo secundario a Accidente Vascular Cerebral, NO es correcto:

1. Reorientar al paciente en cuanto a tiempo, lugar y situación con frecuencia.
2. Utilizar claves verbales y auditivas para orientar al paciente.
3. Repetir y reforzar las instrucciones con frecuencia.
4. Evitar mostrarle objetos familiares para no contribuir a su frustración.
5. Utilizar un lenguaje simple.

¿Cuál es el principal factor de riesgo en la aparición del ICTUS isquémico o hemorrágico?

1. Cardiopatía.
2. Diabetes Mellitus.
3. Hiperlipemia.
4. Hipertensión arterial.
5. Obesidad.

Señale cuál de las siguientes acciones está indicada en el cuidado de un paciente que presenta hemianopsia homónima por haber sufrido un ictus isquémico en el hemisferio cerebral derecho.

1. Colocarle en posición semifowler.
2. Realizarle preguntas que no exijan una respuesta muy extensa.
3. Orientarle temporoespacialmente cuando le hablemos.
4. Recordarle que puede ensanchar su campo visual girando la cabeza hacia la izquierda.
5. Realizar ejercicios pasivos de la extremidad inferior derecha.

En general, el hemisferio izquierdo del cerebro está especializado en la comunicación y el hemisferio derecho, en las relaciones espaciales y la percepción. Por tanto, indique que respuesta correspondería a un paciente con un accidente vascular cerebral en el hemisferio derecho:

1. Es incapaz de responder a las preguntas.
2. No puede mover el hemicuerpo derecho.
3. Choca frecuentemente con las paredes y objetos situados en el lado izquierdo, y presenta rasguños en su mano izquierda.
4. Tiene un comportamiento lento y cauteloso.
5. Tose con frecuencia.

Los cuidados para los pacientes que tienen trastorno de la deglución secundario a un ictus incluyen los siguientes, EXCEPTO:

1. Mantener la posición de Fowler alta para comer.
2. Dar pequeñas cantidades en cada bocado.
3. Administrar preferentemente líquidos.
4. Colocar la cabeza en flexión en el momento de deglutir.
5. Situar los alimentos en la boca por el lado no afectado.

La posición de semi-Fowler en pacientes con incremento de la presión intracraneal está indicada para:

1. Disminuir el flujo arterial cerebral.
2. Facilitar el drenaje venoso cerebral.
3. Evitar la regurgitación gástrica.
4. Impedir que el diafragma comprima estructuras mediastínicas.
5. Evitar la hipoxia y la vasodilatación.

Una consecuencia frecuente del ACVA es la hemiplejía, por lo que es preciso intervenir en la movilidad y posición del paciente. ¿Cuál de las siguientes actividades está indicada para favorecer la recuperación y prevenir complicaciones?:

1. Cambios posturales cada 4 horas.
2. Evitar la posición de decúbito prono.
3. Limitar el tiempo de apoyo sobre el lado afectado a 2 horas.
4. Iniciar ejercicios de movilidad pasiva desde el inicio del ACVA.
5. Comenzar el entrenamiento del equilibrio con el apoyo de los pies en el suelo.

¿Cuál de las siguientes intervenciones puede generar sentimientos de frustración en la atención a un paciente que se recupera de una afasia tras sufrir un accidente cerebro vascular agudo (ACVA)?:

1. Proporcionarle una ficha con información personal, fecha de nacimiento, dirección y nombres de sus parientes.
2. Facilitarle un tablero de comunicación con dibujos de necesidades y frases frecuentes.
3. Tratar de completar frases o pensamientos del paciente.
4. Hablarle lentamente y usar gestos.
5. Incluirle en las conversaciones con sus familiares.

¿Cuál de los siguientes es el factor de riesgo más importante en la enfermedad cerebrovascular?:

1. Edad.
2. Hipertensión arterial.
3. Dislipemias.
4. Obesidad.
5. Herencia.

El mejor estudio para determinar la causa de una hemorragia subaracnoidea es:

1. TAC craneal.
2. Punción lumbar.
3. Angiografía cerebral.
4. Electroencefalograma.
5. Estudio del flujo sanguíneo cerebral.

## Preguntas que también podrían ser de este tema (7)

La clasificación automática dudó entre este tema y otro.

**EIR 2026 · 174**

P30 · respuesta en el solucionario

La escala NIHSS (National Institute of Health Stroke Scale) permite a la enfermera la valoración frecuente y el registro de la función neurológica, necesarios y esenciales para detectar cambios en la evolución del paciente. Señala la opción INCORRECTA en relación con esta escala:

1. La escala consta de 11 ítems.
2. La puntuación varía de 0 (déficit neurológico severo) a 42 (ausencia de déficit neurológico).
3. La escala NIHSS no valora manifestaciones del ictus como la diplopía.
4. La escala NIHSS no valora manifestaciones del ictus como la disfagia.

**EIR 2025 · 70**

P31 · respuesta en el solucionario

¿Cuál de las siguientes recomendaciones sería la más adecuada para la prevención secundaria del ictus en pacientes adultos con estenosis mitral?:

1. Monitorizar signos de insuficiencia cardíaca y administrar el tratamiento con los antiagregantes pautados.
2. Controlar la temperatura corporal para prevenir fiebre reumática.
3. Asegurar una dieta rica en calcio para fortalecer el miocardio y anticoagulantes orales.
4. Fomentar la ingesta de líquidos para evitar la deshidratación.

**EIR 2024 · 137**

P32 · respuesta en el solucionario

Qué evaluación corresponde a un paciente con fractura de la vértebra C3 con lesión medular que, en las primeras horas en la exploración neurológica mantiene su función sensitiva por debajo del nivel neurológico de la lesión, pero con ausencia de función motora:

1. ASIA A.
2. ASIA B.
3. ASIA C.
4. ASIA D.

Según el documento de consenso de las Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición y la Sociedad Española de Neurología (SEEN-SEN 2023), sobre la optimización del tratamiento de la Diabetes Mellitus y del estado nutricional en las unidades de ICTUS, ¿cuáles serían las actuaciones nutricionales durante la fase I o de Hospitalización?:

1. Instaurar nutrición enteral por sonda nasogástrica en las primeras 24 horas tras el ICTUS si existe riesgo nutricional.
2. En pacientes con dieta oral, registrar regularmente la seguridad y eficacia de la ingesta.
3. Iniciar suplemento nutricional oral a las 48 horas del ICTUS con fórmula monomérica de bajo índice glucémico.
4. Realizar cribado de sarcopenia transcurridos 7 días tras el ICTUS.

Indique la respuesta correcta con respecto a las afasias:

1. La afectación del área de Broca, situada en el lóbulo frontal, da lugar a una afasia motora o de expresión.
2. La afectación del área de Wernicke, situada en el lóbulo frontal, da lugar a una afasia sensitiva o de comprensión.
3. La afectación del área de Broca, situada en el lóbulo temporal, da lugar a una afasia sensitiva o de comprensión.
4. La afectación del área de Wernicke, situada en el lóbulo temporal, da lugar a una afasia motora o de expresión.

¿Cuál de las siguientes arterias, componente del polígono arterial de Willis, es rama de la arteria basilar?:

1. Arteria cerebral posterior.
2. Arteria cerebral media.
3. Arteria cerebral anterior.
4. Arteria comunicante anterior.

Relacionado con la necesidad de alimentación en personas que han sufrido problemas neurológicos, señale la respuesta INCORRECTA:

1. Es conveniente mezclar alimentos sólidos con líquidos para facilitar la deglución.
2. Se deben evitar elementos de distracción durante el momento de la alimentación.
3. La persona debe mantener una postura erguida, sentado y con ligera flexión anterior del cuello.
4. Se debe realizar una adecuada higiene oral tras la ingesta.

## Solucionario

| Nº  | Pregunta       | Respuesta oficial | Notas                       |
|-----|----------------|-------------------|-----------------------------|
| P1  | EIR 2026 · 167 | <b>1</b>          |                             |
| P2  | EIR 2026 · 156 | <b>3</b>          |                             |
| P3  | EIR 2025 · 83  | <b>3</b>          |                             |
| P4  | EIR 2025 · 69  | <b>2</b>          |                             |
| P5  | EIR 2023 · 119 | <b>1</b>          | hoja del archivo oficial    |
| P6  | EIR 2023 · 115 | <b>4</b>          | hoja del archivo oficial    |
| P7  | EIR 2022 · 201 | <b>4</b>          |                             |
| P8  | EIR 2020 · 64  | <b>4</b>          |                             |
| P9  | EIR 2020 · 47  | <b>3</b>          |                             |
| P10 | EIR 2020 · 15  | <b>3</b>          |                             |
| P11 | EIR 2019 · 149 | <b>1</b>          | hoja del archivo oficial    |
| P12 | EIR 2018 · 121 | <b>4</b>          | hoja del archivo oficial    |
| P13 | EIR 2018 · 93  | <b>3</b>          | hoja del archivo oficial    |
| P14 | EIR 2017 · 123 | <b>1</b>          |                             |
| P15 | EIR 2017 · 97  | <b>2</b>          |                             |
| P16 | EIR 2017 · 96  | <b>3</b>          |                             |
| P17 | EIR 2017 · 67  | <b>4</b>          |                             |
| P18 | EIR 2017 · 66  | <b>2</b>          |                             |
| P19 | EIR 2016 · 193 | <b>4</b>          | hoja del archivo oficial    |
| P20 | EIR 2015 · 81  | <b>4</b>          | reconstruida por un tercero |
| P21 | EIR 2014 · 74  | <b>4</b>          | reconstruida por un tercero |
| P22 | EIR 2013 · 58  | <b>4</b>          | reconstruida por un tercero |
| P23 | EIR 2010 · 37  | <b>3</b>          | reconstruida por un tercero |
| P24 | EIR 2009 · 59  | <b>3</b>          | reconstruida por un tercero |
| P25 | EIR 2009 · 57  | <b>2</b>          | reconstruida por un tercero |

| Nº  | Pregunta       | Respuesta oficial | Notas                       |
|-----|----------------|-------------------|-----------------------------|
| P26 | EIR 2007 · 51  | <b>4</b>          | reconstruida por un tercero |
| P27 | EIR 2007 · 50  | <b>3</b>          | reconstruida por un tercero |
| P28 | EIR 2005 · 103 | <b>2</b>          | reconstruida por un tercero |
| P29 | EIR 2005 · 44  | <b>3</b>          | reconstruida por un tercero |
| P30 | EIR 2026 · 174 | <b>2</b>          |                             |
| P31 | EIR 2025 · 70  | <b>1</b>          |                             |
| P32 | EIR 2024 · 137 | <b>2</b>          |                             |
| P33 | EIR 2024 · 51  | <b>2</b>          |                             |
| P34 | EIR 2022 · 105 | <b>1</b>          |                             |
| P35 | EIR 2019 · 4   | <b>1</b>          | hoja del archivo oficial    |
| P36 | EIR 2016 · 190 | <b>1</b>          | hoja del archivo oficial    |

## Fuentes

- **F1** Ministerio de Sanidad. Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud. Actualización 2024 (NIPO 133-24-118-7). · [https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/ictus/docs/Estrategia\\_en\\_Ictus\\_del\\_SNS\\_Actualizacion\\_2024\\_accesible.pdf](https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/ictus/docs/Estrategia_en_Ictus_del_SNS_Actualizacion_2024_accesible.pdf) · consultada 2026-09-26
- **F2** Prabhakaran S, Gonzalez NR, Zachrison KS, et al.; AHA/ASA. 2026 Guideline for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke. Stroke. 2026 (sustituye a las guías de 2018 y 2019). Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL (captura del 06/05/2026), porque la web oficial bloquea la lectura automática. · <https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000513> · consultada 2026-09-26
- **F3** Kleindorfer DO, Towfighi A, Chaturvedi S, et al.; AHA/ASA. 2021 Guideline for the Prevention of Stroke in Patients With Stroke and Transient Ischemic Attack. Stroke. 2021;52:e364-e467. Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL (captura del 20/06/2025 del PDF oficial), porque la web oficial bloquea la lectura automática. · <https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000375> · consultada 2026-09-26
- **F42** Neuroanatomy, Circle of Willis. StatPearls (NCBI Bookshelf NBK534861), 2026. Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL (captura del 13/06/2026), porque la web oficial bloquea la lectura automática. · <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK534861/> · consultada 2026-09-26
- **F4** García Pastor A, López-Cancio Martínez E, Rodríguez-Yáñez M, et al.; Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la Sociedad Española de Neurología. Recommendations of the Spanish Society of Neurology for the prevention of stroke. Interventions on lifestyle and air pollution. Neurología (Engl Ed). 2021;36(5):377-387. · <https://doi.org/10.1016/j.nrleng.2020.05.020> · consultada 2026-09-26
- **F5** Reeves MJ, Bushnell CD, Howard G, et al. Sex differences in stroke: epidemiology, clinical presentation, medical care, and outcomes. Lancet Neurol. 2008;7(10):915-926. · [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(08\)70193-5](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(08)70193-5) · consultada 2026-09-26
- **F6** Bushnell C, McCullough LD, Awad IA, et al.; AHA/ASA. Guidelines for the prevention of stroke in women. Stroke. 2014;45(5):1545-1588. · <https://doi.org/10.1161/01.str.0000442009.06663.48> · consultada 2026-09-26
- **F7** National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Stroke and transient ischaemic attack in over 16s: diagnosis and initial management (NG128). Publicada el 01/05/2019, actualizada el 13/04/2022. · <https://www.nice.org.uk/guidance/ng128/chapter/Recommendations> · consultada 2026-09-26
- **F8** National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Stroke rehabilitation in adults (NG236). 18/10/2023. · <https://www.nice.org.uk/guidance/ng236/chapter/Recommendations> · consultada 2026-09-26
- **F9** Heart & Stroke Foundation. Canadian Stroke Best Practice Recommendations. Rehabilitation, sección 2: Shoulder pain and complex regional pain syndrome. Actualización 2025. · <https://www.strokebestpractices.ca/recommendations/stroke-rehabilitation-delivery/2-shoulder-pain-and-complex-regional-pain-syndrome> · consultada 2026-09-26
- **F10** Heart & Stroke Foundation. Canadian Stroke Best Practice Recommendations. Rehabilitation, sección 6: Swallowing, nutrition and oral care. Actualización 2025. · <https://www.strokebestpractices.ca/recommendations/stroke-rehabilitation-delivery/6-swallowing-nutrition-and-oral-care> · consultada 2026-09-26
- **F11** Heart & Stroke Foundation. Canadian Stroke Best Practice Recommendations. Rehabilitation, sección 8: Visual and visual-perceptual impairment. Actualización 2025. ·

<https://www.strokebestpractices.ca/recommendations/stroke-rehabilitation-delivery/8-visual-and-visual-perceptual-impairment> · consultada 2026-09-26

- **F12** Heart & Stroke Foundation. Canadian Stroke Best Practice Recommendations. Acute Stroke Management: Inpatient prevention and management of complications following stroke. 7.ª ed., actualización 2022. · <https://www.strokebestpractices.ca/recommendations/acute-stroke-management/inpatient-prevention-and-management-of-complications-following-stroke> · consultada 2026-09-26
- **F13** MedlinePlus en español (National Library of Medicine). Problemas para deglutir. Revisado el 06/11/2024. · <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000065.htm> · consultada 2026-09-26
- **F14** MedlinePlus en español (National Library of Medicine). Alta tras accidente cerebrovascular. · <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000132.htm> · consultada 2026-09-26
- **F15** MedlinePlus (National Library of Medicine). Communicating with someone with aphasia. Revisado el 05/04/2026. · <https://medlineplus.gov/ency/patientinstructions/000024.htm> · consultada 2026-09-26
- **F16** National Institute on Deafness and Other Communication Disorders (NIDCD, NIH). Aphasia. Actualizada el 16/04/2025. · <https://www.nidcd.nih.gov/health/aphasia> · consultada 2026-09-26
- **F17** Bowen C, Carey B, Palozie J, Reinholdt M. Medical-Surgical Nursing, 15.1 The Cerebrovascular System and Cerebral Vascular Accidents. OpenStax, 2024. · <https://openstax.org/books/medical-surgical-nursing/pages/15-1-the-cerebrovascular-system-and-cerebral-vascular-accidents> · consultada 2026-09-26
- **F18** Bowen C, Carey B, Palozie J, Reinholdt M. Medical-Surgical Nursing, 15.2 Ischemic Stroke. OpenStax, 2024. · <https://openstax.org/books/medical-surgical-nursing/pages/15-2-ischemic-stroke> · consultada 2026-09-26
- **F19** Bowen C, Carey B, Palozie J, Reinholdt M. Medical-Surgical Nursing, 15.3 Hemorrhagic Stroke. OpenStax, 2024. · <https://openstax.org/books/medical-surgical-nursing/pages/15-3-hemorrhagic-stroke> · consultada 2026-09-26
- **F20** Betts JG, et al. Anatomy and Physiology 2e, 16.2 The Mental Status Exam. OpenStax, 2022. · <https://openstax.org/books/anatomy-and-physiology-2e/pages/16-2-the-mental-status-exam> · consultada 2026-09-26
- **F21** Betts JG, et al. Anatomy and Physiology 2e, 14.2 Central Processing. OpenStax, 2022. · <https://openstax.org/books/anatomy-and-physiology-2e/pages/14-2-central-processing> · consultada 2026-09-26
- **F22** Spielman RM, Jenkins WJ, Lovett MD. Psychology 2e, 3.4 The Brain and Spinal Cord. OpenStax, 2020. · <https://openstax.org/books/psychology-2e/pages/3-4-the-brain-and-spinal-cord> · consultada 2026-09-26
- **F23** Betts JG, et al. Anatomy and Physiology 2e, 20.5 Circulatory Pathways (arterias del encéfalo, tabla 20.6). OpenStax, 2022. · <https://openstax.org/books/anatomy-and-physiology-2e/pages/20-5-circulatory-pathways> · consultada 2026-09-26
- **F24** National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS, NIH). NIH Stroke Scale (formulario). Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL (captura del 07/12/2023), porque la web oficial bloquea la lectura automática. · [https://www.ninds.nih.gov/sites/default/files/documents/NIH\\_Stroke\\_Scale\\_508C.pdf](https://www.ninds.nih.gov/sites/default/files/documents/NIH_Stroke_Scale_508C.pdf) · consultada 2026-09-26
- **F25** Freijo MM, López-Cancio E, Moniche F, et al. Optimización del tratamiento de la diabetes mellitus y del estado nutricional en las unidades de ictus. Documento de consenso SEEN-SEN 2023 (infografía). Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición. · <https://www.seen.es/documentos/verDocumento/optimizacion-tratamiento-dm-estado-nutricional-unidades-ictus> · consultada 2026-09-26

- **F26** Bowen C, Carey B, Palozie J, Reinholdt M. Medical-Surgical Nursing, 17.1 Intracranial Pressure Changes (tabla 17.1). OpenStax, 2024. · <https://openstax.org/books/medical-surgical-nursing/pages/17-1-intracranial-pressure-changes> · consultada 2026-09-26
- **F27** Bowen C, Carey B, Palozie J, Reinholdt M. Medical-Surgical Nursing, 35.4 Neurological Concerns (tabla 35.10). OpenStax, 2024. · <https://openstax.org/books/medical-surgical-nursing/pages/35-4-neurological-concerns> · consultada 2026-09-26
- **F28** Pinto V, Adeyinka A. Increased Intracranial Pressure. StatPearls (NCBI Bookshelf NBK482119), 2026. Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL (captura del 10/07/2026), porque la web oficial bloquea la lectura automática. · <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482119/> · consultada 2026-09-26
- **F29** Carney N, Totten AM, O'Reilly C, et al. Guidelines for the Management of Severe Traumatic Brain Injury, 4th Edition. Brain Trauma Foundation, 2016 (Neurosurgery 2017;80(1):6-15). PDF oficial retirado de braintrauma.org; leído en la copia de la Wayback Machine de su URL oficial (captura del 14/03/2023). · [https://web.archive.org/web/20230314023026/https://braintrauma.org/uploads/03/12/Guidelines\\_for\\_Management\\_of\\_Severe\\_TBI\\_4th\\_Edition.pdf](https://web.archive.org/web/20230314023026/https://braintrauma.org/uploads/03/12/Guidelines_for_Management_of_Severe_TBI_4th_Edition.pdf) · consultada 2026-09-30
- **F30** Allen KA. Pathophysiology and Treatment of Severe Traumatic Brain Injuries in Children. J Neurosci Nurs. 2016;48(1):15-27. · <https://doi.org/10.1097/JNN.0000000000000176> · consultada 2026-09-26
- **F31** Jolly S, Paliwal S, Lokhandwala R, et al. Pharmacologic and non-pharmacologic strategies to prevent intracranial pressure surges during endotracheal suctioning in acute brain injury: a narrative review. BMC Anesthesiol. 2026. · <https://doi.org/10.1186/s12871-026-03615-3> · consultada 2026-09-26
- **F32** National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Head injury: assessment and early management (NG232). 2023. · <https://www.nice.org.uk/guidance/ng232/chapter/Recommendations> · consultada 2026-09-26
- **F33** National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Spinal injury: assessment and initial management (NG41). 2016. · <https://www.nice.org.uk/guidance/ng41/chapter/Recommendations> · consultada 2026-09-26
- **F34** Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Report to Congress: The Management of Traumatic Brain Injury in Children. 2018. · <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/51852> · consultada 2026-09-26
- **F35** Andriessen TM, Jacobs B, Vos PE. Clinical characteristics and pathophysiological mechanisms of focal and diffuse traumatic brain injury. J Cell Mol Med. 2010;14(10):2381-2392. · <https://doi.org/10.1111/j.1582-4934.2010.01164.x> · consultada 2026-09-26
- **F36** Hoh BL, Ko NU, Amin-Hanjani S, et al.; AHA/ASA. 2023 Guideline for the Management of Patients With Aneurysmal Subarachnoid Hemorrhage. Stroke. 2023;54:e314-e370. Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL (captura del 15/05/2026), porque la web oficial bloquea la lectura automática. · <https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000436> · consultada 2026-09-26
- **F37** Kocur D, Ślusarczyk W, Przybyłko N, et al. Stent-Assisted Endovascular Treatment of Anterior Communicating Artery Aneurysms - Literature Review. Pol J Radiol. 2016;81:374-379. Texto completo leído en PubMed Central (PMC4981124), porque la web de la revista ya no tiene el artículo. · <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4981124/> · consultada 2026-10-01
- **F38** American Spinal Injury Association (ASIA) / ISCoS. International Standards for Neurological Classification of Spinal Cord Injury (ISNCSCI), hoja de registro, revisión 10/2019. · [https://asia-spinalinjury.org/wp-content/uploads/2019/10/ASIA-ISCoS-Worksheet\\_10.2019\\_PRINT-Page-1-2.pdf](https://asia-spinalinjury.org/wp-content/uploads/2019/10/ASIA-ISCoS-Worksheet_10.2019_PRINT-Page-1-2.pdf) · consultada 2026-09-26

- **F39** Consortium for Spinal Cord Medicine. Evaluation and Management of Autonomic Dysreflexia and Other Autonomic Dysfunctions: Preventing the Highs and Lows. Paralyzed Veterans of America, 2020. · [https://pva.org/wp-content/uploads/2023/01/Autonomic-Dysreflexia-CPG-COMBINED\\_v2.pdf](https://pva.org/wp-content/uploads/2023/01/Autonomic-Dysreflexia-CPG-COMBINED_v2.pdf) · consultada 2026-09-26
- **F40** Bowen C, Draper L, Moore H. Fundamentals of Nursing, 23.3 Considerations for Care of Neuromuscular Impairment. OpenStax, 2024. · <https://openstax.org/books/fundamentals-nursing/pages/23-3-considerations-for-care-of-neuromuscular-impairment> · consultada 2026-09-26
- **F41** American Stroke Association. Stroke Symptoms (BE FAST). Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL (captura del 19/09/2026), porque la web oficial bloquea la lectura automática. · <https://www.stroke.org/en/about-stroke/stroke-symptoms> · consultada 2026-09-26
- **F43** Huang J. Afasia. Manual MSD versión para profesionales (en español). Revisión completa: septiembre de 2025. · <https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-neurol%C3%B3gicos/funci%C3%B3n-y-disfunci%C3%B3n-de-los-l%C3%B3bulos-cerebrales/afasia> · consultada 2026-09-28
- **F44** Huang J. Generalidades sobre la función cerebral. Manual MSD versión para profesionales (en español). Revisión completa: septiembre de 2025; última actualización: enero de 2026. · <https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-neurol%C3%B3gicos/funci%C3%B3n-y-disfunci%C3%B3n-de-los-l%C3%B3bulos-cerebrales/generalidades-sobre-la-funci%C3%B3n-cerebral> · consultada 2026-09-28
- **F45** Serrano González A, Martínez de Azagra Garde A, Cambra Lasaosa FJ. Traumatismo craneoencefálico grave. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en pediatría. Asociación Española de Pediatría. Protoc diagn ter pediatr. 2021;1:763-77. · [https://static.aeped.es/53\\_traumatismo\\_craneoencefalico\\_731eecfd71.pdf](https://static.aeped.es/53_traumatismo_craneoencefalico_731eecfd71.pdf) · consultada 2026-09-28
- **F46** Ballesterio Díez Y. Manejo del paciente politraumatizado. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Urgencias de Pediatría, 4.ª ed. Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP), 2024. · [https://seup.org/wp-content/uploads/2024/04/19\\_Politrauma\\_4ed.pdf](https://seup.org/wp-content/uploads/2024/04/19_Politrauma_4ed.pdf) · consultada 2026-09-28
- **F47** Clavé P, Arreola V, Velasco M, Quer M, Castellví JM, et al. Diagnóstico y tratamiento de la disfagia orofaríngea funcional. Aspectos de interés para el cirujano digestivo. Círculo Esp. 2007;82(2):62-76. · [https://doi.org/10.1016/S0009-739X\(07\)71672-X](https://doi.org/10.1016/S0009-739X(07)71672-X) · consultada 2026-09-28
- **F48** Blakeman TC, Scott JB, Yoder MA, Capellari E, Strickland SL. AARC Clinical Practice Guidelines: Artificial Airway Suctioning. Respir Care. 2022;67(2):258-271. PDF en la web de la American Association for Respiratory Care, autora de la guía. · <https://www.aarc.org/wp-content/uploads/2022/10/cpg-artificial-airway-suctioning.pdf> · consultada 2026-09-28
- **F49** American Stroke Association / National Aphasia Association. Aphasia: Communicating Through Barriers (DS19936, 2022). Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL (captura del 09/06/2026), porque la web oficial bloquea la lectura automática; es una página de lectura gratuita, sin registro, en stroke.org. · <https://www.stroke.org/en/about-stroke/effects-of-stroke/communication-and-aphasia/stroke-and-aphasia/aphasia-communicating-through-barriers> · consultada 2026-09-28
- **F50** MedlinePlus en español (National Library of Medicine). Cuidado de la demencia en el hogar. Última revisión: 16/04/2025. · <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007428.htm> · consultada 2026-09-28
- **F51** Towfighi A, Ovbiagele B, El Husseini N, et al.; AHA/ASA. Poststroke Depression: A Scientific Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2017;48:e30-e43. Texto leído en la copia de la Wayback Machine del PDF oficial (captura del 09/03/2022),

porque la web oficial bloquea la lectura automática; las declaraciones científicas de la AHA son de lectura gratuita en ahajournals.org. · <https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000113> · consultada 2026-09-28

- **F52** Val-Jordán E, Fuentes-Esteban D, Casado-Pellejero J, Nebra-Puertas A. Actualización en el manejo de la hipertensión intracraneal tras un traumatismo craneoencefálico. Sanid Mil. 2023;79(1). Ministerio de Defensa. · [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1887-85712023000100012](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1887-85712023000100012) · consultada 2026-09-30
- **F53** Royal National Institute of Blind People (RNIB). Stroke-related eye conditions. Revisada el 01/07/2024. · <https://www.rnib.org.uk/your-eyes/eye-conditions-az/stroke-related-eye-conditions/> · consultada 2026-09-28

## Pendiente de verificar

- Rango de cabecera **15-30°** en la HTIC (EIR2018-093; ver su recuadro de discrepancia): refuerzo del 28/09/2026 sin fuente válida del rango. OpenStax, StatPearls, el Manual MSD («Traumatismo encefalocraneano») y el protocolo AEP 2021 dicen **30°**; la revisión de *Sanidad Militar* 2023, **30-45°**. El único texto con «de 15 a 30°» es un artículo de *Enfermería Global* (Toledano Blanco, 2008) que declara basarse en la experiencia propia y una bibliografía de 1988: no se usa por no ser vigente ni una guía.
- **Evitar el Trendelenburg** en la HTIC: solo consta de forma indirecta (una revisión lo cita entre las situaciones que elevan la PIC). Refuerzo del 28/09/2026: ni el protocolo AEP 2021, ni la guía de TCE del Departamento de Salud de Washington (2020), ni la revisión de *Sanidad Militar* 2023, ni el Manual MSD lo dicen expresamente; falta una guía que lo diga.
- Disfagia: **colocar el alimento en la boca por el lado no afectado** (EIR2009-059, opción 5): sin cita literal. MedlinePlus dice masticar por el lado fuerte y Clavé (2007), que girar la cabeza hacia el lado paralizado dirige la comida al lado sano. (La flexión del cuello ya tiene fuente: Clavé 2007.)
- Afasia: «no **completar las frases** del paciente» (EIR2007-050): sin cita literal. Refuerzo del 28/09/2026: la American Stroke Association dice «hablar con la persona, no por ella», NIDCD «dar tiempo, no corregir» y Heart and Stroke (Canadá) «no interrumpir».
- Deterioro cognitivo tras el ictus: «**mostrar objetos familiares**» (EIR2015-081): sin fuente específica del ictus. MedlinePlus lo aconseja en la **demencia** («tener personas y objetos familiares alrededor») y, tras el ictus, «nombres y lugares familiares»; la página de efectos cognitivos de la American Stroke Association no lo menciona.
- Consenso **SEEN-SEN 2023**: solo está disponible como infografía sin texto; transcrita a mano. Refuerzo del 28/09/2026: la página de la SEEN (actualizada el 31/07/2025) solo enlaza la infografía; no se encontró publicado en revista.
- **HTA frente a edad** como factor de riesgo «más importante» (EIR2005-103, respuesta reconstruida HTA): la Estrategia del SNS pone la HTA, **junto con la edad**, como factor individual más importante; Boehme et al. (Circ Res 2017) la da como el factor **modificable** más importante, y el Manual MSD la pone la primera entre los factores modificables. Refuerzo del 28/09/2026: ninguna fuente leída la pone por delante de la edad.