



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

FACULTAD DE ENFERMERIA

UNIDAD DE SEGUNDA ESPECIALIDAD



TRABAJO ACADÉMICO

**CUIDADOS DE ENFERMERÍA APLICADOS A UN PACIENTE
CON DIAGNÓSTICO DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR
ISQUÉMICO Y HEMORRÁGICO, HOSPITAL MANUEL NÚÑEZ**

BUTRÓN PUNO - 2024

PRESENTADO POR:

LISBETH VANESA ATAHUACHI CHAHUA

**PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN
EMERGENCIAS Y DESASTRES**

PUNO – PERU

2024



LISBETH VANESA ATAHUACHI CHAHUA

CUIDADOS DE ENFERMERÍA APLICADOS A UN PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO

 Universidad Nacional del Altiplano

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trrcoid::8254:410929290

Fecha de entrega

1 dic 2024, 9:01 a.m. GMT-5

Fecha de descarga

1 dic 2024, 9:21 a.m. GMT-5

Nombre de archivo

CUIDADOS DE ENFERMERÍA APLICADO A PACIENTE CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA reposito....docx

Tamaño de archivo

4.0 MB

84 Páginas

18,592 Palabras

106,521 Caracteres





18% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Texto citado
- ▶ Texto mencionado
- ▶ Coincidencias menores (menos de 12 palabras)

Exclusiones

- ▶ N.º de coincidencias excluidas

Fuentes principales

- 15%  Fuentes de Internet
- 1%  Publicaciones
- 11%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.



Firmado digitalmente por
CERVANTES ZAVALA Celia FAU
22145496170.ac#
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 01.12.2024 10:46:46 -05:00





DEDICATORIA

A nuestro Padre Celestial, que nos acompaña y nos levanta de cualquier tropiezo, quien guía el destino de mi vida, dándome la fortaleza necesaria para superar dificultades y obstáculos en mi vida, con mi más sincero amor.

A las personas que más amo y a todos aquellos que estuvieron en la realización, aporte y tiempo en el presente trabajo académico, con mi más sincero amor.

Lisbeth Vanesa Atahuachi Chahua



AGRADECIMIENTOS

- *A nuestro Padre Celestial, ser divino, por darme la vida y guiar mis pasos día a día. Por su inmenso amor y bondad.*
- *A la Universidad Nacional del Altiplano y la unidad de la Segunda Especialidad en Emergencias y Desastres de la facultad de Enfermería, cuyo programa educativo me ha brindado múltiples aprendizajes para mi vida profesional.*
- *A los miembros del jurado por su valioso tiempo y sus recomendaciones para la culminación del presente trabajo monográfico y permitirme cumplir un objetivo más de vida.*
- *A mi asesora Lic. Enfermería Catalina Rojas Mamani, con profunda estima y reconocimiento, extendiendo mi más sincera gratitud por su dedicación y guía que han sido pilares fundamentales en la dirección de este trabajo monográfico.*
- *A mis docentes de la segunda especialidad en emergencias y desastres, con respeto y aprecio, mi más sincera gratitud, por las enseñanzas brindadas y experiencias compartidas.*
- *A la coordinadora de investigación por su valioso tiempo brindado para la culminación de este trabajo monográfico.*
- *Al Servicio de Emergencias del Hospital Manuel Núñez Butron, por haberme brindado la oportunidad de realizar mi trabajo monográfico.*

Lisbeth Vanesa Atahuachi Chahua



INDICE

RESUMEN	7
I. PRESENTACIÓN DEL CASO	8
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DEL CASO SELECCIONADO	8
1.2. JUSTIFICACIÓN	11
1.3. OBJETIVOS.....	12
1.3.1. Objetivo general	12
1.3.2. Objetivo específico	12
II. REVISIÓN TEÓRICA.....	12
III. PROCEDIMIENTOS METODOLÓGICOS.....	47
3.1. BÚSQUEDA DE DOCUMENTOS.....	47
IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	50
V. CONCLUSIONES	76
VI. RECOMENDACIONES	77
VII.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	78

Área: Ciencias Médicas y de Salud: accidente cerebrovascular

Tema: Cerebrovascular

FECHA DE SUSTENTACION: 15 de julio 2024.



RESUMEN

El accidente cerebrovascular (ACV), es la segunda causa de muerte en todo el mundo y afecta principalmente a adultos y adultos mayores. En muchos países, la falta de información sobre los ACV impide una coordinación eficaz de la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de los mismos. Siendo pacientes que requieren un cuidado inmediato ya que corre en riesgo la vida del mismo, los cuidados de enfermería son esenciales para su pronta recuperación. Por lo cual, se desarrolló la siguiente monografía titulada: Cuidados de enfermería aplicados a la paciente con diagnóstico de accidente cerebrovascular isquémico y hemorrágico - Hospital Manuel Núñez Butrón Puno, 2024; con el objetivo de aplicar el Proceso de Atención de Enfermería en la paciente con diagnóstico de Accidente Cerebrovascular Isquémico y Hemorrágico, siendo esta una herramienta de trabajo por medio del cual se emplea un extenso marco teórico a la práctica, en un sistema de pasos que permite identificar y satisfacer necesidades del paciente con ACV. Dando inicio con la valoración inmediata del paciente que ingresa a emergencias, donde se realiza la priorización de problemas y elaboración de diagnósticos de enfermería, seguido de un plan de cuidados, donde se planificó cada una de las intervenciones a realizarse, intervenciones que estuvieron orientados a la estabilización y pronta recuperación de la paciente. Ejecutándose así todos los planes de cuidado priorizados. La evaluación fue en función a los objetivos planteados. Concluyendo que los cuidados de enfermería brindados a la paciente con Accidente Cerebrovascular ha sido una herramienta fundamental para su recuperación y estabilización, basado en la aplicación del método científico, el cual nos permitió brindar una atención de calidad.

Palabras clave: Proceso de Atención de Enfermería, Accidente cerebrovascular.



I. PRESENTACIÓN DEL CASO

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DEL CASO SELECCIONADO

El Accidente cerebro vascular (ACV) o ictus, es un problema de salud en todo el mundo, siendo uno de los principales motivos de discapacidad y mortalidad. (1) Descrito y diagnosticado por primera vez bajo la denominación de apoplejía por Hipócrates (460-370 a.C.) como un “golpe súbito”, considerado desde entonces como un problema de salud (2).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la incidencia promedio mundial del ictus es de 200 casos por cada 100 000 habitantes cada año, y una prevalencia de 600 casos por cada 100 000 habitantes cada año y prevé un incremento del 27 % en la incidencia del ictus entre los años 2000 y 2025, en relación con el envejecimiento de la población (3).

Así mismo, la OMS considera que el ACV es la tercera causa de muerte en el mundo; después de las enfermedades cardiovasculares y las neoplasias, y ocurre la mayor parte en países de bajos y medianos ingresos, lo que corresponde aproximadamente con 10% de fallecimientos. Así mismo, indica que en el año 2015 se produjeron más de 6 millones de muertes por accidente cerebrovascular en todo el mundo, de las cuales 3 250 217 corresponden al sexo femenino; y 2 990 394, al sexo masculino. Donde se destaca que la región con mayor número de defunciones fue el Pacífico occidental, seguido de Asia sudoriental y Europa. Las regiones con menores cifras de muertes por esta causa fueron África, las Américas y el Mediterránea oriental. Además, la incidencia de esta enfermedad aumenta con la edad y se menciona que el número de accidentes cerebrovasculares aumenta cuando crece la población adulta mayor; se estima que para el año 2030 el número de personas que morirán por ACV se duplicara en comparación con la actualidad (4).

En América Latina en la última década, se han realizado cuatro estudios poblacionales sobre la incidencia del ACV: dos en Brasil, uno en Chile y otro en México. Estos estudios dieron como resultado una incidencia global de 73.6 a 108 por cada 100.000 habitantes. También en Argentina otro estudio se llevó a cabo en la ciudad El Dorado, donde revela una prevalencia puntual de 868.1 casos por



cada 100.000 habitantes, que por área geográfica y su cercanía con países limítrofes como Paraguay y Brasil, reciben pacientes con ACV de esta área geográfica sumando así a la situación de salud pública de dichos países (5).

De acuerdo al Boletín Epidemiológico emitido en el año 2015 por el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas del Perú, el ACV ocupó el segundo lugar de las diez primeras causas de muerte, antecedido por infección respiratoria aguda baja, y seguido de diabetes mellitus, enfermedad isquémica del corazón, cirrosis, enfermedades crónicas del hígado, los accidentes de tránsito, entre otros (3).

Así mismo, en el año 2017 en nuestro país se detectaron un total de 10. 570 casos de ACV, mientras que en 2018 hubo 12. 835 casos. Se trata del evento isquémico más frecuente en ambos años. Independientemente del subtipo de Accidente cerebrovascular y del año, los hombres sufrieron más que las mujeres. En las personas mayores de 35 años a más, se evidenció un incremento en la incidencia cruda entre el 2017 y 2018, de 80.9 a 96.7 por 100 000 personas año. La incidencia estandarizada mostró la misma tendencia, pero en mayor magnitud: de 93.9 a 109.8 por 100 000 personas año. El ACV isquémico fue el que más aumento, con una tasa estandarizada en mayores de 35 años de 35.2 en 2017 y de 46.3 en 2018 por 100 000 personas año, siendo la incidencia de ACV en el Perú elevada, además de ser una de las primeras causas de discapacidad e internamiento (6).

También la neuróloga Liliana Rodríguez Kadota, del Servicio de Neurología del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati de EsSalud, advierte que ante un ACV se requiere atención inmediata en emergencia, a fin de reducir el daño cerebral que puede llevar al paciente a una discapacidad severa e incluso la muerte. Así mismo indica que un accidente cerebrovascular es la interrupción del flujo del paso de la sangre y puede ser de dos tipos: el 20 % ACV hemorrágico y el 80 % ACV isquémico, cuya evolución es menos desastrosa que la hemorrágica. También señaló que cuando hay un ACV isquémico el paciente tiene 4.5 horas para llegar al servicio de emergencia y recibir un tratamiento oportuno, a fin de que el vaso pueda abrirse y vuelva a circular la sangre. En caso de un ACV hemorrágico también debe acudir rápidamente porque lo fundamental es el manejo de la presión arterial (7).



En nuestra región Puno, la enfermedad cerebrovascular constituye la cuarta causa de años de vida saludable perdidos (AVISA), antecedido por accidentes de tránsito, infecciones de vías respiratorias bajas y artrosis. La enfermedad cerebrovascular produjo 7.603 años de vida perdidos (3.4% del total) que representa una razón de 6.1 años perdidos por cada mil habitantes, siendo la mayor parte debido al componente de muerte prematura. Así mismo, se realiza en análisis por grupo de edad y causas de AVISA: en el grupo de 15 a 44 años la enfermedad cerebrovascular ocupó el cuarto lugar, en el grupo de 45 a 59 años ocupó el quinto lugar y en el grupo de 60 años a más ocupó el segundo lugar con una pérdida de 29.5 años por mil habitantes (8).

Al servicio de emergencias del Hospital Manuel Núñez Butrón, ingresan pacientes con diferentes patologías, entre ellos con accidentes cerebrovasculares, que en el año 2023 se registraron 43 casos, según el registro de atención diario del servicio de emergencias y 1210 casos de pacientes con Traumatismo Encéfalo Craneano (TEC), considerados ellos con mayor probabilidad de padecer un ACV. Son pacientes que requieren un cuidado inmediato porque corre riesgo la vida del mismo. Siendo esencial los cuidados de enfermería, ya que realizan la recepción de los pacientes, control de signos vitales, administración del tratamiento indicado, control de ordenes médicas, orientación a los familiares, entre otros cuidados que requieren de conocimiento científico y práctico para brindar cuidados de calidad.

El profesional de enfermería está capacitado para brindar cuidados al paciente con el apoyo de guías y protocolos de atención internacional, nacional y local ya establecidos. Por lo tanto, las intervenciones de enfermería se realizan en base a la aplicación de método científico.

Por ello, se consideró oportuno elaborar esta monografía aplicando el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) a la paciente que ingreso al servicio de emergencia con diagnóstico de accidente cerebrovascular isquémico y hemorrágico, donde se consideraron las siguientes etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Aplicándose un amplio marco teórico a la práctica, que permite identificar y satisfacer necesidades de la paciente a fin de mejorar su calidad de vida.



1.2. JUSTIFICACIÓN

Esta monografía se justifica por la incidencia y prevalencia de casos de pacientes con accidente cerebrovascular isquémico y hemorrágico en nuestro territorio peruano. Tal es así que los daños que provoca se miden no solo por la mortalidad, sino también por la discapacidad e internamiento que ocasiona. Por ello, cuanto más rápido se trate al paciente menor daño cerebral tendrá, cada segundo cuenta, a fin de que el paciente tenga menos discapacidad a largo plazo.

En el servicio de emergencias a diario los profesionales de enfermería afrontan retos, que demanda la elaboración de nuevos modelos de atención que favorezcan en el cuidado del paciente, para que los pacientes reciban una atención de calidad, mejorando el pronóstico de los mismos, disminuyendo la mortalidad, las secuelas y los costos de atención, siendo más eficiente el proceso de atención, a través del PAE. Herramienta que sirve como indicador para mejorar los cuidados de enfermería.

Así mismo, esta monografía es relevante por el gran aporte del marco teórico, que ha sido realizado mediante la revisión de las distintas fuentes de información, los cuales estarán accesibles para futuras investigaciones, como antecedentes de estudio, ya que a la actualidad no se cuenta con ninguno en nuestra región.

Finalmente, los resultados ayudaran a fortalecer los conocimientos y habilidades de las enfermeras desde la perspectiva practica crear, recrear el conocimiento científico que modifique y fortalezca cada día el accionar e intervenciones de cuidado que brinda el profesional de enfermería que trabaja en el servicio de emergencia y mejorar la calidad de vida de los pacientes diagnosticados con accidente cerebrovascular isquémico y hemorrágico mediante el Proceso de Atención de Enfermería. Así mismo ha de contribuir e impulsar a futuros trabajos de investigación en estudiantes, docentes de la especialidad de enfermería.



1.3.OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

- Aplicar el Proceso de Atención de Enfermería en un paciente con diagnóstico de Accidente Cerebrovascular Isquémico y Hemorrágico en el servicio de emergencia del Hospital Manuel Núñez Butrón de Puno.

1.3.2. OBJETIVO ESPECIFICO

- Valorar los problemas de salud de un paciente con diagnóstico de Accidente Cerebrovascular Isquémico y Hemorrágico mediante la observación, entrevista, exploración física y pruebas complementarias.
- Establecer diagnósticos de enfermería prioritarios basado en las necesidades físicas y fisiológicas de un paciente para su recuperación.
- Planificar las intervenciones de enfermería que se realizarán en un paciente con Accidente Cerebrovascular Isquémico y Hemorrágico.
- Ejecutar las intervenciones de enfermería planificadas en un paciente.
- Evaluar el impacto de la aplicación del método científico a un paciente con Accidente Cerebrovascular Isquémico y Hemorrágico.

II. REVISIÓN TEÓRICA

2.1. PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

La aplicación del método científico en la práctica asistencial de la enfermera, es el método denominado Proceso de Atención de Enfermería (PAE). Este método permite a la enfermera brindar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática (9). Donde el profesional de enfermería emplea sus opiniones, conocimientos y habilidades para valorar, diagnosticar y tratar la respuesta del paciente a los problemas reales o potenciales de su salud, convirtiéndose así en el más importante sustento metodológico del profesional de Enfermería (10).



El PAE tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, que ocurrió con Hall (1955), Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración, planeación y ejecución); Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación); y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica (11).

Así mismo, el PAE se caracteriza por ser sistemático, ya que realiza de manera secuencial, de forma cíclica, periódica, organizada, controlada, debido a que parte de un inicio que es la recolección de información por medio de la valoración, luego pasa por las etapas de diagnóstico, planeación, ejecución y siempre termina con la evaluación. También se considera un proceso dinámico, porque las necesidades de cuidado de los pacientes son cambiantes, mejoran, empeoran, aumentan, disminuyen, dependiendo del caso, de la situación de salud enfermedad, del tipo de necesidad. Es oportuno, debido a que se utiliza en un período de tiempo específico, con un plan de cuidados para satisfacer necesidades puntuales, que al evaluar se puede modificar o continuar según la evolución del paciente (10).

ETAPAS DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

El PAE está compuesto por cinco etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, este configura un número de etapas sucesivas que se relacionan entre sí. Sin embargo, el estudio de cada uno de ellos es por separado, tiene un carácter metodológico, ya que en la práctica las etapas se superponen:

VALORACION

Es la primera etapa del PAE, que consiste en obtener datos significativos del estado de salud del paciente a partir de técnicas como la observación que se aplica desde el primer contacto con la persona, la entrevista centrada hacia las necesidades de cuidados de enfermería que permite el acercamiento con el paciente, el examen físico cefalocaudal enfocado en los métodos de inspección, palpación, percusión y auscultación que proporciona información del estado de salud enfermedad del paciente, se valora también a través de los 13 dominios de



la Taxonomía – NANDA. Además de datos obtenidos por otras fuentes, principalmente, la historia clínica, los laboratorios y pruebas diagnósticas. Partiendo de esta recolección de hechos se da una interacción enfermera paciente, en la cual se obtienen datos subjetivos que hacen referencia a lo que manifiesta verbalmente el paciente y datos objetivos que se relacionan con los aspectos que la enfermera observa en el paciente (10).

DIAGNOSTICO

El diagnóstico es la segunda etapa, que consiste en la identificación de los problemas de salud para enfermería basado en los patrones funcionales alterados, apoyados en un sistema de clasificación de diagnósticos propios de enfermería, que incluye tanto diagnósticos reales como potenciales (11).

Los diagnósticos de enfermería han sido creados desde los años 60, siendo por primera vez la Enfermera, Faye Abdellan quien introdujo un sistema de clasificación para la identificación de 21 problemas clínicos del paciente y se usó en las escuelas de enfermería de esa época, luego en el año 1973 se aprueba los primeros diagnósticos de enfermería por la American Nurses Association (ANA), los cuales han ido evolucionando a través de la investigación y en los 80 la ANA adopta los diagnósticos de enfermería de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) como un sistema oficial de diagnósticos para la disciplina profesional de enfermería, los cuales poseen una definición de cada uno de ellos, unas características definitorias y unos factores relacionados, realizando actualizaciones constantes, aproximadamente cada dos años; así mismo cuenta con una nomenclatura válida nacional e internacional sobre las intervenciones de enfermería (NIC) y los resultados esperados en enfermería (NOC) que sirven de guía para los cuidados brindados (10).

PLANIFICACION

Es la tercera etapa que consiste en la determinación de intervenciones o cuidados conjuntamente entre enfermera - paciente, enfocado a prevenir, reducir, controlar, corregir o eliminar los problemas identificados con base a los diagnósticos de enfermería. Etapa donde se proyecta las metas u objetivos determinando los resultados esperados, fijando prioridades de cuidado, organizándose y



registrándose en un plan de cuidados, que puede ser individualizado o colectivo (10).

EJECUCION

La ejecución es la cuarta etapa, donde se aplica el plan de cuidado y se interviene según la planificación, el paciente, la enfermera, el equipo de salud, los familiares y las redes de apoyo, con la guía del profesional de enfermería (10).

EVALUACION

La quinta y última etapa es la evaluación, comprendida como la parte del proceso donde se compara el estado de enfermedad o salud del paciente con los objetivos del plan de cuidados determinados anteriormente por el profesional de enfermería, es decir, se miden los resultados alcanzados (10).

2.2. ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

El accidente cerebrovascular (ACV), conocido también como ataque cerebral, es una enfermedad que afecta a los vasos sanguíneos que irrigan el cerebro (12), ocurre cuando hay una obstrucción en una arteria o un vaso sanguíneo, donde se impide que llegue sangre a una parte del cerebro (ACV isquémico), o cuando una arteria o un vaso sanguíneo se rompen y derraman sangre en el cerebro (ACV hemorrágico) (13), provocando un déficit neurológico, un daño cerebral duradero, discapacidad a largo plazo o, incluso, la muerte (14).

Para el Instituto Nacional del Cáncer, el accidente cerebrovascular es la pérdida del flujo de sangre a una parte del encéfalo, que daña el tejido encefálico. También lo denomina como: accidente vascular cerebral, accidente vascular encefálico, ictus y enfermedad cerebrovascular (15).

2.3. ETIOLOGIA (16)

Un ACV isquémico generalmente es causado por una obstrucción en una arteria que suministra sangre al cerebro, generalmente una rama de una de las arterias carótidas internas. Además, frecuentemente, las obstrucciones son debidas a trombos, ateromas o placas por aterosclerosis, que se dan de la siguiente manera:



- **Por una formación interna de placas en la arteria, que acaba por obstruirla:** si la placa en la pared interna de una arteria continúa almacenando material graso, puede crecer lo suficiente como para bloquearla. Inclusive si la arteria no está completamente obstruida, el ateroma la estrecha y reduce el flujo sanguíneo. Además, la circulación lenta lo hace más propensa a la coagulación. Un coágulo grande puede bloquear el flujo sanguíneo, ocasionando la muerte de las neuronas irrigadas por dicha arteria. O, si un ateroma se divide (rotura), el material existente en su interior puede desencadenar la formación de un coágulo de sangre que puede bloquear la arteria.
- **Trasladándose de una arteria hacia otra arteria del cerebro:** también puede separarse una fracción de un ateroma o un coágulo de la pared de una arteria y desplazarse por el torrente sanguíneo (émbolo), instalarse en una arteria que irriga el cerebro y obstruir el flujo sanguíneo. Dichos bloqueos se dan con más posibilidad en los espacios donde las arterias ya están estrechadas por la existencia de ateromas o placas.
- **Trasladándose del corazón hacia el cerebro:** los trombos pueden desarrollarse en el corazón o en una válvula del corazón, particularmente en válvulas artificiales y válvulas que fueron deteriorados por una infección del revestimiento del corazón (endocarditis). Así mismo, este trombo puede separarse, ir como émbolo y bloquear una arteria que llega al cerebro. Es así, que los ACV a casusa de estos coágulos de sangre se presentan con más frecuencia en los pacientes que últimamente se han realizado intervenciones quirúrgicas del corazón, entre las que han padecido un infarto de miocardio o entre las que padecen una valvulopatía o arritmia, en especial una frecuencia cardíaca elevada e irregular denominado fibrilación auricular.

Ateroesclerosis de grandes vasos: surgen placas, ateromas en las paredes de las grandes arterias, las placas pueden agrandarse gradualmente y provocar el estrechamiento de la arteria, lo cual produce que los tejidos irrigados por la arteria no obtengan la cantidad idónea de sangre y oxígeno. Algunas veces las placas tienden a destrozarse. Quedando los restos del interior de la placa expuesto al torrente sanguíneo. Estos restos provoca la creación de coágulos



de sangre. Así mismo, estos coágulos de sangre pueden obstruir inesperadamente todo el flujo sanguíneo a través de una arteria. A veces los coágulos de sangre se separan, van por el torrente sanguíneo y bloquean una arteria que suministra sangre al cerebro. Es así que, los coágulos de sangre o un embolo puede provocar un ictus al obstruir el flujo sanguíneo a un espacio del cerebro.

Dentro de otras causas que aumentan el riesgo de obstrucción por un coagulo en la sangre, tenemos: (16)

- Trastornos en la sangre: como son, policitemia, el síndrome antifosfolípídico y un elevado nivel de homocisteína en el flujo sanguíneo (hiperhomocisteinemia), incrementan la posibilidad de la sangre en coagularse. En el caso de los infantes, la afección de células falciformes podría ocasionar un ACV isquémico.
- Tomar contraceptivos orales: aumenta el riesgo de formación de coágulos de sangre, dentro de ellos resaltan particularmente los que contienen una dosis alta de estrógenos.

De igual forma un ACV isquémico puede ocurrir como consecuencia de cualquier trastorno que reduzca la proporción de sangre que llega al cerebro, los cuales son:

- Un ACV puede ocurrir cuando los vasos sanguíneos que irrigan el cerebro se constriñen debido a unas inflamaciones (vasculitis) o infecciones (herpes simple, meningitis o sífilis).
- En caso de una fibrilación auricular, el corazón no se contrae usualmente y el flujo sanguíneo podría detenerse y coagularse. Luego, el coagulo puede separarse y desplazarse para bloquear una arteria en el cerebro.

Cuando una persona pierde mucha sangre, está gravemente deshidratada y presenta una presión arterial muy baja, se puede producir un ACV, debido a una reducción del flujo sanguíneo general.



Un accidente cerebrovascular también puede ocurrir cuando el flujo sanguíneo al cerebro es normal, pero la sangre no abarca suficiente cantidad de oxígeno. Siendo los siguientes trastornos que aminoran el contenido de oxígeno en la sangre: anemia, la asfixia y la intoxicación con monóxido de carbono. En estas situaciones, el daño cerebral suele ser generalizado (difuso) y se produce un estado de coma (16).

- **Abuso de drogas:**

El uso de la cocaína, anfetaminas o la heroína es un factor de riesgo elevado de ACV, especialmente en pacientes jóvenes. Por lo general, estas drogas son administradas por vía intravenosa; condición que promueve el desarrollo de endocarditis infecciosa que puede dar origen a un ataque cerebrovascular embólico. Así mismo, el ACV puede ocurrir por el uso de drogas por vía nasal, fumada o por inhalación de vapor, debido a que las drogas inducen un vasoespasmo, vasculitis y ruptura de malformaciones vasculares o aneurismas. Además, en el caso de la cocaína, se ha asociado fuertemente al desarrollo de ataque cerebrovascular isquémico, hemorrágico intracerebral o subaracnoidea. Las anfetaminas, se han relacionado más con ACV hemorrágicos intracerebrales ya que inducen vasculitis y necrosis vascular (17).

- **Estados hipercoagulables:**

El uso de anticonceptivos orales, la terapia de estrógenos, estados postoperatorios, posparto, pacientes con coagulopatías hereditarias (deficiencia del cofactor II de heparina, liberación, deficiencia del factor activador del plasminógeno, deficiencia de la proteína C y deficiencia del factor XII, son condiciones que aumentan el riesgo de trombosis y embolia cerebral (17).

En caso de un accidente cerebrovascular de tipo hemorrágico la causa no es una obstrucción, sino la ruptura de un vaso sanguíneo, que algunas veces puede ser ocasionado por una presión arterial alta, aneurismas, traumatismos, angiopatía amiloide cerebral y finalmente por un ACV isquémico (18).

2.4. FISIOPATOLOGIA

El cerebro requiere al menos una cantidad mínima de energía para mantener íntegra su estructura y llevar a cabo todas las funciones. Energía que es resultado del metabolismo exclusivo de la glucosa, cuyos depósitos se agotan de forma inmediata, ya que el cerebro no tiene capacidad para almacenar la glucosa en forma de glucógeno. Además, el flujo cerebral normal es de 60-150 ml/100 mg/min; cuando disminuye de forma abrupta por debajo de 10 ml/100 mg/min, se produce un fenómeno isquémico que conlleva a la muerte neuronal (apoptosis), por ausencia de nutrientes y oxígeno.

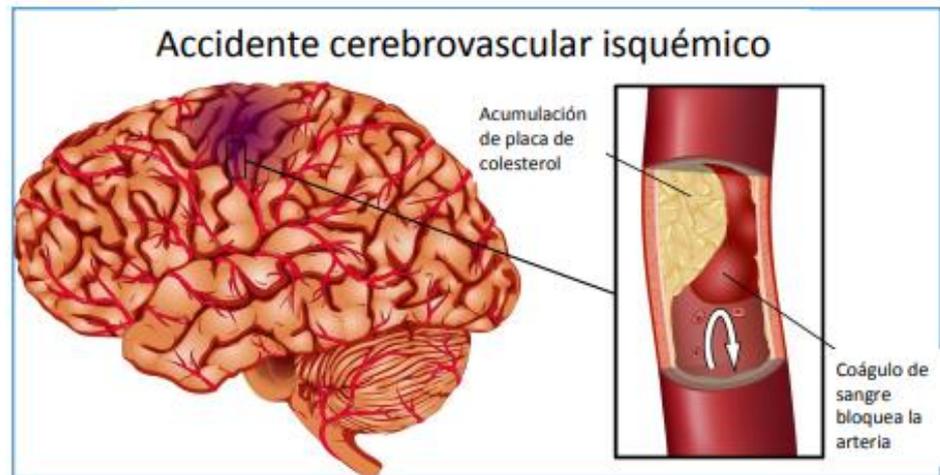
La interrupción del flujo sanguíneo cerebral incrementa los cationes Na y Ca a nivel intracelular y de K a nivel extracelular, lo que altera el potencial de acción de la membrana, la sinapsis, y la liberación de neurotransmisores excitatorios como el glutamato que en su unión a receptores postsinápticos produce estrés oxidativo y daño de la membrana lipídica. Todos estos cambios metabólicos, dan origen a un proceso inflamatorio que está precedido por un aumento de la permeabilidad vascular y migración de células proinflamatorias como los leucocitos, que favorecen el daño del tejido neuronal y la apoptosis (17).

2.5. CLASIFICACION

Desde el punto de vista patológico, los ACV se clasifican en:

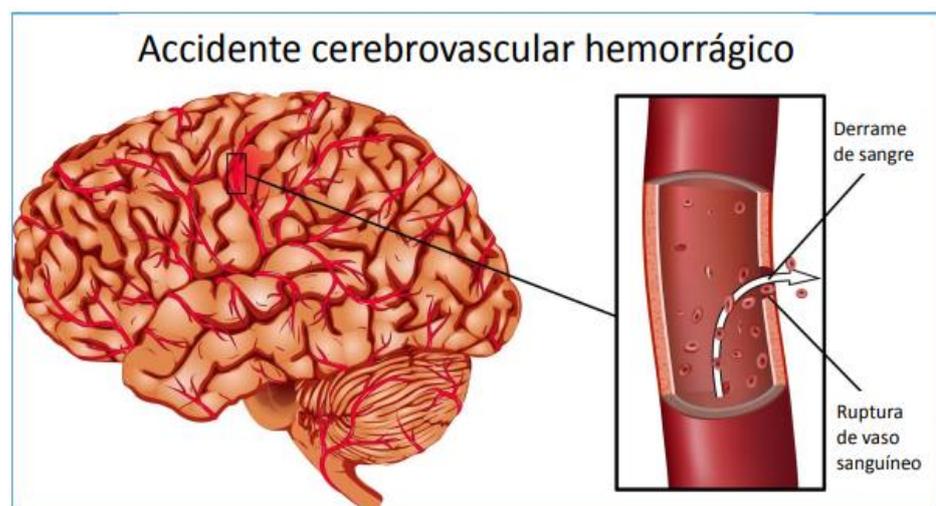
- **Accidente cerebrovascular isquémico**

El accidente cerebrovascular isquémico, representa aproximadamente el 80% de los ACV, ocurre cuando el suministro de sangre a una o más regiones del cerebro se corta o se interrumpe repentinamente. Por lo general, este ACV es causado por un coágulo de sangre o residuos celulares (como la placa, que es una mezcla de sustancias grasas, incluido el colesterol) que bloquean o taponan un vaso sanguíneo en el cerebro (19).



- **Accidente cerebrovascular hemorrágico:**

Este representa aproximadamente el 20% de los ACV, que ocurre cuando una arteria cerebral estalla, la sangre brota dentro o alrededor del cerebro, dañando el tejido circundante. La sangre que ingresa al cerebro aumenta la presión dentro del cráneo (llamada presión intracraneal), lo que puede causar daños considerables al tejido. La masa de sangre comprime el tejido cerebral adyacente y las sustancias tóxicas en la masa de sangre dañan aún más el tejido cerebral (19).





Según el lugar donde se produce el sangrado existen tres tipos de ACV hemorrágico, la cuales son:

- **Hemorragia subaracnoidea o subdural**, ocasionada por la ruptura de un vaso sanguíneo en la superficie del cerebro y sangrado en el espacio entre el cerebro y la capa aracnoidea.
- **Hemorragia parenquimatosa y/o intracerebral**, provoca hemorragia en seguida dentro del tejido cerebral.
- **Hemorragia intraventricular**, provoca hemorragia al interior y/o cerca de los ventrículos. Estas son las cámaras del cerebro que incluyen el líquido cefalorraquídeo que abraza y humedece el cerebro y la médula espinal.

2.6. FACTORES DE RIESGO

Se dividen en dos categorías:

a. Factores de riesgo no modificables

- **Edad:** el accidente cerebrovascular afecta a personas en todas las edades. No obstante, el riesgo de padecer del mismo incrementa con la edad.
- **Género:** ocurre con más frecuencia en hombres que en mujeres. Además, los hombres tienen un mayor riesgo de sufrir un accidente cerebrovascular en la juventud y la mediana edad, pero en la vejez las cifras se igualan y más mujeres mueren a causa de un accidente cerebrovascular.
- **Raza:** La amenaza de padecer un accidente cerebrovascular varía en las distintas etnias. Así mismo, los casos nuevos de accidentes cerebrovasculares en afroamericanos e hispanos es casi el doble que en los de raza blanca. Y la mortalidad por accidente cerebrovascular son más altas entre los afroamericanos que entre los blancos o los hispanos.
- **Antecedentes familiares:** En algunos casos, el accidente cerebrovascular se puede relacionar a factores genéticos.



- **Accidentes cerebrovasculares o infartos previos:** las personas que han sufrido un ACV o un infarto tienen más riesgo de sufrir otro. Y aquella persona que ha padecido un infarto de miocardio tiene más riesgo de sufrir un derrame cerebral.

b. Factores de riesgo modificables

- **Hipertensión:** Es un importante factor de riesgo de los Accidentes cerebrovasculares. Las personas con hipertensión tienen entre 2 y 4 veces más probabilidades de sufrir un derrame cerebral antes de los 80 años que las personas sin presión arterial alta. La presión alta impulsa la aterosclerosis, así mismo, lesiona vasos sanguíneos. La arteriosclerosis es motivo fundamental del estrechamiento de los vasos sanguíneos, lo que causa infartos de miocardio como también accidentes cerebrovasculares.
- **Fibrilación auricular:** las cámaras superiores del corazón denominadas aurículas, son aquellas que reciben el fluido sanguíneo que entra al corazón. De esta forma, en este tipo de arritmia común, dichas cámaras dejan de latir; y, las paredes del músculo evidencian un movimiento oscilatorio sutil denominado fibrilación. Como resultado, la aurícula no empuja la sangre hacia las dos cámaras inferiores del corazón. Originando así que la sangre se estanque en las aurículas, favoreciendo la producción de trombos que pueden desprenderse, abandonar el corazón e irse hacia el cerebro, ocasionando un Accidente cerebrovascular isquémico. Siendo esta la arritmia cardíaca más común que perjudica a más del 9% de la población adulta mayor de 65 años a más.
- **Colesterol alto:** Hay dos tipos de colesterol: las lipoproteínas de alta densidad (HDL), a las que se le conoce como colesterol “bueno”, y las lipoproteínas de baja densidad (LDL), que usualmente las conocemos como colesterol “malo”. En su mayoría el colesterol de nuestro cuerpo es bueno. La exageración del colesterol malo puede provocar que este se almacene en los vasos sanguíneos, causando estrechamiento y acumulación de grasas dentro de las arterias. Esta exageración, se denomina placa, que puede obstruir los vasos sanguíneos y ayuda a la



formación de trombos. Los valores normales de LDL de una persona debería estar por debajo de 130 mg/dL. Mientras que un nivel de 130 y 159 indica que una persona puede tener mayor riesgo de sufrir arteriosclerosis, enfermedades cardíacas y Accidentes cerebrovasculares. Los niveles superiores a 160 mg/dL también aumentan el riesgo de que una persona sufra un ataque cardíaco o un ACV.

- **Diabetes:** La diabetes puede dañar los vasos sanguíneos del cerebro y aumentar el riesgo de sufrir un derrame cerebral. En la diabetes, la glucosa no se mueve eficientemente del torrente sanguíneo hasta las células del organismo. Al contrario, esta se almacena en el fluido sanguíneo, en el que podría lastimar los vasos sanguíneos y aquellos tejidos que llevan los fluidos por el cuerpo.
- **Tabaquismo:** El hábito de fumar duplica el riesgo de accidente cerebrovascular isquémico, favorece la arteriosclerosis y los aneurismas y estimula los factores de coagulación sanguínea. El riesgo de sufrir un ictus se reduce significativamente 2 años después de dejar de fumar. Así mismo, fumar incrementa la amenaza de roturas y sangrado en el área subaracnoidea en individuos con aneurismas cerebrales.
- **Sedentarismo y adiposidad:** la adiposidad está relacionada con otros 3 factores de riesgo de Accidente cerebrovascular: hipertensión, diabetes y enfermedad cardíaca.
- **Traumatismos en la cabeza y el cuello:** Un traumatismo en la cabeza o un daño cerebral traumático puede causar hemorragia en el cerebro y ocasionar daños por ACV hemorrágico. De manera similar, un derrame cerebral es causado por una lesión en el cuello asociada con la ruptura espontánea de una arteria debido a una extensión o rotación repentina y severa del cuello o presión sobre la arteria, especialmente en adultos jóvenes. Los ejercicios para el cuello, beber líquidos de un solo golpe “extendiendo el cuello hacia atrás”, y/o para un lavado de cabello en el salón de belleza, la quiropráctica del cuello hecha de manera incorrecta puede también tensar las arterias y ocasionar un accidente cerebrovascular.



- **Abuso de drogas:** El abuso de narcóticos incrementa significativamente la amenaza de sufrir ictus. El uso reducido y/o prolongado de sustancias dependientes tales como la cocaína y las anfetaminas pueden lesionar las paredes de los vasos sanguíneos, ocasionando una ruptura y hemorragia en el tejido cerebral (Accidente cerebrovascular hemorrágico). Además, estos y otros fármacos podrían causar que los vasos sanguíneos cerebrales se estrechen y detengan el flujo sanguíneo, ocasionando un accidente cerebrovascular isquémico. Así mismo, la inyección endovenosa de sustancias adictivas como la heroína implica una amenaza elevada de padecer sepsis en las válvulas cardíacas, y podría ocasionar un ACV.

El control de estas afecciones es una estrategia poblacional altamente eficaz y ha llevado a una disminución del 70% en el riesgo de ACV cerebrovascular en los últimos 50 años (20).

2.7. CUADRO CLINICO

Para la Organización Mundial de la Salud, los principales síntomas generales de un accidente cerebro vascular son: (21)

- Deficiencia motora unilateral o bilateral (incluida la falta de coordinación).
- Deficiencia sensitiva unilateral o bilateral.
- Afasia o disfasia (habla no fluida).
- Hemianopsia (deficiencia visual en uno de los campos visuales).
- Desviación conjugada de la mirada
- Apraxia de aparición aguda.
- Ataxia de inicio agudo
- Déficit de percepción de presentación aguda

Sin embargo, también existen signos y síntomas que se manifiestan según la localización y extensión de la lesión. Los principales territorios vasculares que pueden verse alterados son: (22)



Circulación anterior: arteria carótida interna, arteria cerebral media y anterior (22).

- **Arteria cerebral anterior:** presentará hemiparesia e hipoestesia contralateral de predominio crural, disartria, incontinencia urinaria, apatía, abulia, desinhibición y mutismo acinético en caso de daño bilateral.
- **Arteria cerebral media:** en su porción más proximal (M1) presentará hemiplejía e hipoestesia contralateral, hemianopsia homónima, desviación forzada de la mirada, alteración del estado de conciencia y afasia si se afecta el hemisferio dominante. Las porciones M2-M3 se presentarán con hemiparesia e hipoestesia contralateral, disartria, afasia si se afecta el hemisferio dominante, y hemianopsia homónima en compromiso de M2. Si el daño es en la porción M4, presentará los mismos signos y síntomas, pero de forma menos severa, y presentará más afectación de funciones corticales como el lenguaje, así como disgrafía, discalculia, agrafía, apraxias o debutar con crisis.

Circulación posterior: arteria cerebral posterior, arteria basilar y arteria vertebral (22).

- **Arteria cerebral posterior:** afectación del campo visual contralateral, agnosia visual, o ceguera cortical o crisis visuales.
- **Territorio vertebrobasilar:** pueden presentar compromiso cerebeloso o tronco encefálico de acuerdo con la arteria afectada. Existe daño de la punta de la basilar, que se presentará con compromiso del estado de conciencia, alteraciones pupilares u oculomotoras, cerebelosas, y compromiso motor de las cuatro extremidades, que, en caso de no ser identificado y tratado, puede llevar al paciente a la muerte en pocas horas.

También el National Institute of Neurological Disorders and Stroke, recomienda a la población que si presenta alguno de los siguientes síntomas acuda inmediatamente a un servicio de emergencia: (19)

- Debilitamiento y adormecimiento repentino de la cara, los brazos o las piernas, principalmente de un lado del cuerpo.
- Desorientación y complicación repentina o entender.
- Pérdida súbita de la visión o inconveniente para ver con uno o ambos ojos.



- Dificultad repentina al andar, síncope, pérdida de equilibrio y/o coordinación.
- Cefaleas repentinas e inusualmente intensos de causa desconocida.
- En algunos casos también puede estar desorientada o padecer amnesia, náusea, mareos o vómito.

2.8. EXAMEN FISICO

El examen físico debe ser breve pero sistemático para que permita evaluar todos los órganos y sistemas, así obtener datos clínicos que orienten el diagnóstico hacia la causa del deterioro neurológico (23).

- **Signos vitales:** valorar la presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura y saturación de oxígeno. La hipertensión y la taquipnea son signos frecuentes en un ACV, al igual que una saturación de oxígeno disminuido.
- **Apariencia general:** valoración en cuanto a confusión repentina, dificultades para hablar o entender el habla, pérdida del equilibrio o coordinación, mareos.
- **Cabeza y cuello:** valorar signos de neuro trauma (signo de Battle, ojo de mapache, dolor local, crepitación, deformidad, sangrado), cefalea severa y repentina sin causa conocida, debilidad o pérdida de sensibilidad en la cara (especialmente de un solo lado), inspección de los ojos, pupilas anisocóricas, dificultad para ver con uno o ambos ojos. En el cuello, valorar rigidez de nuca, auscultar las arterias carótidas en busca de soplos que sugiere cambio o disminución del flujo sanguíneo.
- **Tegumentos:** valorar el color y presencia de lesiones de la piel (punciones por uso de drogas), edema (23). La exploración de la piel puede revelar petequias, nódulos, equimosis o eritema en casos de enfermedades inflamatorias crónicas, vasculitis, coagulopatías, traumatismos (24).
- **Pulmones:** murmullo vesicular y estertores.
- **Corazón:** ruidos cardíacos, soplos y frotos. La evaluación del sistema cardiorrespiratorio puede revelar la existencia de soplo carotídeo en una proporción menor de pacientes con aterosclerosis de esa arteria. Una alteración en la frecuencia y ritmo del pulso, así como un soplo cardíaco

obliga a investigar la existencia de arritmia (comúnmente fibrilación auricular), enfermedad valvular o ambas que pueden conllevar a un ACV.

- **Abdomen:** valorar los ruidos hidroaéreos.
- **Extremidades:** entumecimiento de brazo o pierna (especialmente de un solo lado), dificultad repentina para caminar, pérdida del equilibrio o coordinación, signos de embolia, pulsos periféricos.
- **Genitales:** acorde a su género.

Igual que en patologías graves, la principal prioridad será garantizar y valorar la vía aérea, la respiración y la circulación (ABC), seguida de una valoración neurológica urgente.

EXAMEN NEUROLOGICO

La exploración de los reflejos y de la rigidez de nuca son elementos esenciales del examen neurológico (24).

- **Nivel de conciencia:**

Se valora mediante la escala de coma de Glasgow donde se evalúa tres criterios: la respuesta ocular, la respuesta verbal y la respuesta motora. Además, cada uno de estos criterios se evalúa por sub escalas, donde se obtiene una puntuación y se clasifica en leve, moderado o grave.





2.9. DIAGNÓSTICO Y EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Se emplea diferentes exámenes de apoyo diagnóstico para un ACV de manera ágil y minuciosa. El primer paso es un examen neurológico, una evaluación observacional del sistema nervioso. (19) Seguido de los estudios imagenológicos que se realizan con la finalidad de detectar hemorragia, evaluar el grado de lesión e identificar el territorio vascular afectado (22).

2.9.1. CRITERIOS DE DIAGNOSTICO

Una prueba que ayuda a diagnosticar la magnitud de un Accidente cerebrovascular es la Escala de Accidente Cerebrovascular de los Institutos Nacionales de la Salud o NIH, que fue desarrollada a partir de los estudios realizados por el Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y Accidentes Cerebrovasculares (NINDS). Desde entonces, el profesional de la salud viene utilizando dicha escala que evalúa la función y déficit neurológico, pidiéndole a la paciente que conteste las interrogantes y complete distintas pruebas físicas y mentales. Así mismo, dicho listado de interrogantes y tareas valora el estado de alerta y capacidad de un individuo para conversar, parlamentar y efectuar movimientos simples.

También hay diferentes escalas que se podrían emplear, incluye: Escala de Coma de Glasgow (la más usada en nuestra región), Escala de Rankin y el Índice de Barthel. Las mencionadas escalas miden de manera precisa las lesiones que origina un Accidente cerebrovascular.

Así mismo se utiliza diferentes técnicas de imagen cerebral para valorar la amenaza de ictus, diagnosticar y definir su tipo (la amplitud y localización precisa de la lesión y recibir el mejor tratamiento).

2.9.2. EXAMENES COMPLEMENTARIOS

- **Tomografía axial computarizada (TAC) cerebral simple:** examen recomendado por la Asociación Americana del Corazón (AHA) a fin de realizar la valoración inicial y determinar respecto al manejo en pacientes con suposición de Accidente cerebrovascular, puesto que la TAC es grandemente utilizable, posee una alta efectividad y es bastante rápida. Se aconseja realizárselo en los primeros 20 minutos



de ingreso al centro de salud con la finalidad de distinguir el ACV isquémico del hemorrágico.

- **Angiografía por tomografía axial computarizada de cerebro y vasos de cuello:** necesita medio de contraste yodado intravenoso, que posibilita examinar la anatomía vascular arterial. Con el objetivo de identificar espacios de obstrucción o estenosis, a fin de detectar enfermedad vascular extracraneana. Así mismo, la angiografía por tomografía, sirve para identificar la estructura del trombo, dado que la longitud de aquel es un factor predictor del desenlace funcional del paciente. También, se ha comprobado que la angiografía por tomografía, es eficaz para la examinación de grandes vasos intracraneales, por tanto, la AHA lo sugiere para el paciente demandante a terapéutica endovascular.
- **Tomografía axial computarizada cerebral por perfusión:** imagen de alternativa para determinar la zona de penumbra isquémica. Se necesita de la aplicación de medio contraste y evidencia laminas del FSC, el volumen sanguíneo cerebral (VSC) y el tiempo de tránsito medio (TTM). Además, el TTM demarca las zonas isquémicas y igualmente abarca zonas limítrofes; es el criterio más preciso a fin de descubrir la reducción de perfusión cerebral. El FSC demarca la zona de isquemia crítica y el VSC demarca la zona de muerte tisular ya perjudicada. Los planos de VSC y FSC normalmente evidencian zonas de anomalías más diminutas que TTM, por tal razón, son más exactos para los espacios de isquemia e infarto.
- **Resonancia magnética (RM) cerebral:** ayuda a reconocer cambios isquémicos prematuros, al identificar infarto hasta en un 95% de las ocasiones. Sin embargo, la RM cerebral no es un examen de rutina para la valoración inicial, debido a que puede tardar mucho tiempo en realizarse y tiene menos disponibilidad que la TAC.
- **Ecocardiograma:** utiliza ondas sonoras para crear imágenes detalladas del corazón. Mediante esta prueba, es posible encontrar una fuente de coágulos en el corazón que puede haberse desplazado hasta el cerebro y haber ocasionado un accidente cerebrovascular.



- **Electrocardiograma:** se utiliza para encontrar problemas de corazón que podrían haber dado lugar al ACV. Así mismo, esta prueba puede ayudar a diagnosticar una fibrilación auricular o un ataque cardíaco previo (22).
- **Laboratorio:** muestran un recuento de glóbulos rojos, plaquetas, tiempo de coagulación de la sangre y si los niveles de glucosa en la sangre son altos o bajos. También, estos análisis pueden ayudar a determinar si se puede utilizar un medicamento específico para tratar el ACV. Así mismo, se evaluará los niveles de colesterol (HDL, LDL) y triglicéridos, y pruebas de funcionalismo hepático (22).
- **Otros:**
Ultrasonido Doppler que mide la velocidad del flujo sanguíneo en grandes vasos; análisis de sangre del sistema de coagulación; electrocardiograma (permite visualizar la actividad eléctrica y la frecuencia cardíaca); monitor Holter (dispositivo portátil que registra el ritmo cardíaco por días a fin de detectar eventos de fibrilación auricular); también ecocardiografías para buscar coágulos en el corazón u otros problemas cardíacos.

2.9.3. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

El accidente cerebrovascular es considerado una emergencia médica, en su condición de evento tiempo – dependiente, dado por su fisiopatología mayormente oclusiva, las primeras horas son decisivas para el desenlace de este. Además, en las primeras horas, con el restablecimiento de la circulación mediante desoclusión del vaso afectado se puede rescatar tejido que aún es viable, conocido como zona de penumbra, reduciendo la afectación funcional y aparición de secuelas en el paciente.

Es necesaria una rápida evaluación, diagnóstico y aplicación de medidas terapéuticas y de tratamiento, ya que esto ayudara a disminuir la mortalidad, la morbilidad, y la aparición de secuelas generadas por el ACV.



El tratamiento inicial tiene como objetivo restablecer la circulación del vaso ocluido e irrigar la zona de penumbra, para lo cual se han de aplicar medidas generales de soporte, tratamiento farmacológico y endovascular (26).

2.9.3.1. Medidas de soporte general

Donde se busca garantizar la estabilidad del paciente, se han de iniciar de forma precoz para evitar que el paciente empeore su condición general y llegue a estar clínicamente inestable. Realizando así una atención rápida, organizada y eficiente.

Entonces en el primer contacto en la atención se evalúa vía aérea y la posibilidad de asistencia ventilatoria si el estado del paciente lo requiere, se realiza valoración por neurología, historia clínica, examen físico, toma de constantes vitales, realización de electrocardiograma, toma de glucometría y se realiza pruebas de imagen para la ayuda diagnóstica. Así mismo, por rápida disposición y accesibilidad la American Heart Association (AHA) recomienda la tomografía axial computarizada (TAC) como alternativa imagenológica, debido a su alta sensibilidad y especificidad le convierten en una buena opción para la evaluación inicial y toma de decisiones médico terapéuticas.

De acuerdo a la evaluación inicial por neurología y la disponibilidad de una TAC simple se puede establecer si el paciente es candidato a terapia trombolítica intravenosa y/o trombectomía mecánica, convirtiéndose en una herramienta para la toma de decisiones en la sala de emergencias. Así mismo, una vez estabilizado el paciente, establecido el diagnóstico y viabilidad del tratamiento trombolítico, se recomienda que la atención continúe en una Unidad especializada para la aplicación de tratamiento trombolítico, seguimiento y monitoreo de pacientes con Accidente cerebrovascular.

2.9.3.2. Terapia de reperfusión

La terapia de reperfusión tiene como objetivo restablecer la circulación sanguínea cerebral y evitar lesiones permanentes e irreversibles, a través



de la desoclusión del vaso afectado es posible restablecer el flujo sanguíneo hacia el área isquémica y la zona de penumbra.

La reperfusión se puede lograr mediante varias opciones terapéuticas que deben ser efectuadas por personal médico capacitado, además en la evaluación inicial se determina la viabilidad y posibilidad real de efectuar terapia de reperfusión. Así mismo, el tiempo es un factor muy importante para decidir y lograr una reperfusión efectiva, se han establecido lapsos de tiempos que constituyen la llamada ventana terapéutica, un periodo en el cual las intervenciones realizadas tienen un impacto favorable en la evolución y desenlace del cuadro clínico del paciente con ACV (26).

2.9.3.3. Trombólisis intravenosa

La trombólisis intravenosa con el activador tisular recombinante del plasminógeno (rt-PA), es en la actualidad el tratamiento más usado para la degradación del trombo que ocasiona la oclusión arterial que se presenta en el ACV isquémico, además, su efectividad y seguridad se ha reafirmado en múltiples ocasiones mediante ensayos clínicos controlados, tal es así que su uso se ha extendido y generalizado en los centros de salud que manejan pacientes con ACV agudo. Así mismo, la efectividad para restablecer el flujo sanguíneo en la zona de penumbra se traduce en mejores desenlaces, disminuyendo mortalidad y afectaciones funcionales.

Cabe resaltar que el uso de este tratamiento se debe realizar bajo la supervisión obligada de un especialista en neurología, la evaluación detallada del paciente permite identificar si es o no candidato para acceder a la terapia trombolítica con rt-PA. Además, existen criterios de inclusión y exclusión para tratamiento trombolítico, el tiempo de inicio de síntomas establece la ventana terapéutica en la cual está indicado usar Alteplase como agente trombolítico intravenoso, también la más reciente guía de la AHA (Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke) establece una ventana terapéutica que puede variar dependiendo de los antecedentes del paciente de 3 a 4,5 horas desde el inicio de los síntomas (26).



Entonces, la administración intravenosa del alteplase se realiza bajo criterio y supervisión del neurólogo, realizando monitorización estricta de los signos vitales y estado general del paciente con especial realce en control permanente de temperatura y presión arterial, la dosificación recomendada por la AHA en su más reciente guía de manejo es 0.9 mg/kg (dosis máxima de 90 mg) durante 60 minutos con un bolo inicial en 1 minuto con el 10% de la dosis calculada a administrar.

La correcta y efectiva administración de rt-PA en el tiempo de ventana terapéutica es una de las intervenciones que tiene mayor impacto en el manejo del accidente cerebrovascular.

Según el National Institute of Neurological Disorders and Stroke National Institutes of Health, el tratamiento posterior a un ACV consiste en tres enfoques terapéuticos: (19)

- Brindar atención médica y/o quirúrgica de emergencia inmediatamente después de un Accidente cerebrovascular para minimizar el alcance de la lesión.
- Terapéutica para evitar un segundo Accidente cerebrovascular o recurrencia.
- Rehabilitación para tratar las discapacidades que provoca un Accidente cerebrovascular.

TRATAMIENTOS PARA LOS ACCIDENTES CEREBROVASCULARES ISQUÉMICOS:

▪ Medicamentos

Los fármacos más eficaces para prevenir o tratar el ACV isquémico agudo que ha ocurrido en las últimas horas son: los antitrombóticos (antiagregantes plaquetarios y anticoagulantes) y trombolíticos (fármacos que rompen y disuelven los coágulos existentes) (19).

Se requiere brindar atención médica de inmediato después de que se empiecen a evaluar los síntomas de ACV y la persona debe recibir tratamiento lo más antes posible, para así preservar la mayor cantidad de tejido cerebral posible. Cada minuto cuenta. Los ACV isquémicos se pueden tratar restaurando el



flujo sanguíneo al cerebro antes de que el daño sea irreversible, ya sea mediante el uso de fármacos trombolíticos intravenosos, disolviendo así el coágulo de sangre que obstruye el flujo sanguíneo al cerebro, o también colocando un catéter en la arteria cerebral bloqueada y eliminando la obstrucción.

Fármacos trombolíticos:

Nuestro cuerpo produce proteínas trombolíticas y algunas se han modificado para producir fármacos. Es así que en la década de los 90, una investigación financiada por el NINDS descubrió que un fármaco trombolítico conocido como tPA (activador del plasminógeno tisular) puede ser eficaz si un paciente lo recibe por vía intravenosa dentro de las 3 horas del inicio de los síntomas del ACV. Así mismo, en 1996, este hallazgo del Grupo de Estudio sobre el tPA del NINDS dio origen al primer tratamiento aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) para el ACV isquémico agudo. Sin embargo, los fármacos trombolíticos pueden aumentar el sangrado, el tPA debe usarse únicamente después de que el médico esté seguro de que la persona ha sufrido un ACV isquémico y no uno hemorrágico. En la actualidad, la mayor parte de médicos indican esta terapéutica en un plazo de 4 ½ horas.

Fármacos antitrombóticos:

Son los que evitan la formación de trombos que pueden bloquear una arteria en el cerebro y provocar un derrame cerebral. Se utilizan dos tipos de fármacos para prevenir el accidente cerebrovascular isquémico y son:

- Los medicamentos antiplaquetarios están diseñados para prevenir la coagulación, reduciendo la actividad de las plaquetas. Estas células sanguíneas fomentan la regeneración al apoyar a que la sangre se coagule. Entonces, al disminuir el riesgo de trombos, estos fármacos también disminuyen el riesgo de accidente cerebrovascular isquémico. El fármaco antiplaquetario más resaltante y usado es la aspirina. Otros medicamentos antiplaquetarios son clopidogrel, ticlopidina y dipiridam.
- Los anticoagulantes también reducen el riesgo de los Accidente cerebrovascular al disminuir la capacidad de coagulación de la sangre.



Así mismo, los anticoagulantes más usados son: warfarina, heparina, enoxaparina y dalteparina. Y unos medicamentos nuevos, denominados inhibidores directos de la trombina, han reemplazado a la warfarina en muchos casos porque no necesitan análisis de sangre seguidos ni cambios en la alimentación. A qui tenemos unos cuantos ejemplos de inhibidores directos de la trombina que engloban: apixaban, edoxaban y rivaroxaban.

Existen también otro grupo de fármacos denominados neuroprotectores, que protegen el cerebro del daño secundario ocasionado por un derrame cerebral. Sin embargo, no hay neuroprotectores aprobados para el tratamiento del Accidente cerebrovascular, existen varios fármacos que se han probado o se está probando en estudios clínicos.

- **Técnicas quirúrgicos y endovasculares**

Es posible ingresar a los vasos sanguíneos del cerebro insertando catéteres en las arterias grandes del cuello y vasos principales de la zona del abdomen y tórax. Las imágenes de los rayos X ayudan a guiar el catéter hasta la posición correcta. La angiografía por catéter, además se utiliza con el objetivo de tratar trastornos de los vasos sanguíneos que provocan un accidente cerebrovascular. Así mismo, la cirugía puede usarse para evitar o curar ciertos tipos de Accidentes cerebrovasculares, o para recomponer el daño a los vasos sanguíneos, de esta manera curar anomalías del cerebro y cercanías de este.

- **Prevención de los accidentes cerebrovasculares**

En personas con ataques isquémicos transitorios asociados a la carótida, se puede realizar una endarterectomía carotídea que significa la extracción quirúrgica de la placa oclusiva de la pared interna de una de las arterias carótidas, por lo que se extiende la misma. La arteria carótida, ubicada en el cuello, es fundamental proveedor de sangre al cerebro. Así mismo, estudios clínicos han demostrado que esta es segura y muy eficaz para prevenir el ACV, igualmente posee un auténtico nivel de efectividad para evitar el Accidente cerebrovascular en la mayor parte de las personas asintomáticas que poseen más del 50% de estenosis (estrechamiento) de las arterias carótidas.



- **Eliminación de coágulos**

El uso de tPA es la única terapéutica médicamente probada para deshacer un coágulo. Sin embargo, en pacientes que tienen las grandes arterias obstruidas por coágulos grandes, el medicamento no abre el vaso sanguíneo a tiempo. En estos casos para lograr la reperfusión (flujo sanguíneo normal) se requiere de neuro intervencionistas fundamentalmente capacitados que colocan un catéter a través de la arteria hasta el sitio obstruido y utilizan varios dispositivos para apertura de la arteria. Estos procedimientos integran un dispositivo para aplicar succión y aspiración del coágulo, y un dispositivo parecido a un sacacorchos que se puede extender desde la punta de un catéter y usar para alcanzar el coágulo y extraerlo. Así mismo, una serie de estudios clínicos amplios y recientes han explicado los beneficios de los dispositivos tipo stent para sacar el coágulo y reestablecer el flujo sanguíneo en pacientes con oclusiones de los vasos grandes que provocan ACV graves.

También un ensayo reciente ha demostrado que la imagen cerebral de perfusión a través de una resonancia magnética o tomografía computarizada pueden reconocer a algunos pacientes con oclusión de arterias grandes que se favorecerían con la extracción del coágulo hasta 24 horas después del Accidente cerebrovascular.

TRATAMIENTO PARA ACCIDENTES CEREBROVASCULARES HEMORRAGICOS:

El tratamiento supone encontrar la fuente del sangrado y controlarla (19).

- **Hemorragia subaracnoidea aneurismática**

El sangrado por la rotura de un aneurisma cerebral, denominado hemorragia subaracnoidea, causa un dolor de cabeza muy intenso que aparece en una fracción de segundo. También puede causar una pérdida inmediata del conocimiento, algunas personas simplemente sienten una cefalea tipo trueno. Así mismo, los sobrevivientes corren un alto riesgo de la rotura del aneurisma, por lo que necesitan recurrir a atención de emergencia. Además, es importante tratar un aneurisma roto, ya que un nuevo sangrado casi siempre es fatal.



Existe un procedimiento quirúrgico para el tratamiento de los aneurismas cerebrales, llamada “clipaje”, que consiste en una operación en la que un neurocirujano experimentado coloca una pinza alrededor del cuello del aneurisma para evitar que se rompa, lo que a menudo constituye una cura para este. Sin embargo, en los pacientes con un aneurisma cerebral que se ha roto requieren cuidados intensivos y tienen un alto riesgo de sufrir un estrechamiento generalizado, o vasoespasmio en las dos semanas siguientes debido a los efectos irritantes de la sangre. Entonces el vasoespasmio puede causar daño cerebral isquémico y se trata con terapias médicas y endovasculares.

- **Hemorragia intracerebral**

El subtipo más común de accidente cerebrovascular es la hemorragia intracerebral, causada por años de hipertensión que debilita a una pequeña arteria en las regiones profundas del cerebro.

- También, el sangrado intracerebral puede ser resultado de una malformación arteriovenosa (MAV) hemorrágica. Las MAV son marañas anómalas y complicadas de vasos sanguíneos que ocasionan varias uniones inusuales entre las arterias y las venas. Además, dichas deformidades se dan más frecuentemente en la médula espinal y en alguna parte de la superficie del cerebro, pero también puede darse en algunas partes del cuerpo. Entonces, la terapéutica para una MAV incluye cirugía convencional para extraerla; embolización endovascular utilizando espirales removibles, pequeños globos o adhesivo de secado raudo a fin de bloquear el flujo sanguíneo hacia esta; y radiocirugía, en el cual un haz de radiación fuertemente enfocado va inmediatamente hacia la Malformación arteriovenosa y causa cicatrización en las paredes de los vasos sanguíneos de la misma. Durante los siguientes meses, los vasos sanguíneos irradiados se deterioran progresivamente y finalmente se cierran, lo que resolvería la malformación arteriovenosa.
- En aquellas personas adultas mayores, el sangrado intracerebral más cercano a la superficie del cerebro, se denomina hemorragia lobular, y algunas veces es causado por la impregnación de los diminutos vasos



sanguíneos del cerebro por la proteína beta amiloide, idéntica materia que se almacena en las personas con Alzheimer. También, la angiopatía amiloide podría ocasionar sangrados reiterativos, aunque en la actualidad no hay tratamientos específicos para evitar nuevos sangrados.

- También existen angiomas cavernosos, que son deformaciones que se manifiestan como pequeños charcos de fluido sanguíneo con aspecto de mora sin vasos sanguíneos de alimentación obvios y que se desaparecen provocando pequeños sangrados. En estos casos la intervención quirúrgica es una posible alternativa si dichos angiomas ocasionan sangrados reiterativos y su localización está disponible para el neurocirujano.
- Así mismo, los trombos de sangre en el sistema de drenaje venoso del cerebro podrían ocasionar sangrado intracerebral y edema. Que son tratados con una terapéutica de anticoagulantes, algunas veces con instrumentos que eliminan los trombos de las venas.

REHABILITACION

Siendo la rehabilitación primordial para la recuperación posterior a un Accidente cerebrovascular. Ya que estos son la causa principal de discapacidad grave en adultos en los Estados Unidos y en todo el mundo. (19)

- Entonces la fisioterapia es considerada como la principal forma de rehabilitación para la mayoría de las personas que han sufrido un ACV. Su objetivo principal es ayudarlas a volver a aprender a realizar actividades motoras sencillas como caminar, sentarse, ponerse de pie, acostarse y el proceso de cambiar de un tipo de movimiento a otro.
- La terapia ocupacional también es parte de la rehabilitación, ayuda a que las personas vuelvan a aprender las habilidades necesarias para realizar las actividades cotidianas, como comer, beber, vestirse, bañarse, cocinar, leer y escribir, e ir al baño. Así mismo, este tipo de terapia también incluye ejercicios y entrenamiento.
- La terapia del lenguaje coopera con las pacientes que han sufrido un Accidente cerebrovascular a volver a aprender el lenguaje y las habilidades del habla o aprender otras formas de comunicación. Siendo



esta terapia adecuada para personas que no tienen problemas cognitivos o de pensamiento, pero tienen dificultades para entender el habla, palabras manuscritas o para comunicarse. Así mismo, la terapia de lenguaje apoya a la persona a adquirir competencias, a fin de afrontar la desilusión de no poder relacionarse plenamente.

- Y, por último, la terapia vocacional ayuda a las personas a volver a la fuerza laboral.

Así mismo, la ayuda psicológica puede ayudar a muchas personas a recuperarse de un accidente cerebrovascular. Algunas enfermedades como la depresión, ansiedad, frustración y la ira son trastornos comunes en las personas que han sufrido un ACV. Además, la terapia psicológica, la terapia farmacológica, ayuda a mejorar algunos de los problemas mentales y emocionales causados por el accidente cerebrovascular.

2.10. COMPLICACIONES

▪ **Discapacidad:**

Situación que afecta al 75% de los sobrevivientes de accidentes cerebrovasculares suficiente para disminuir sus posibilidades de empleo. Además, esta enfermedad puede afectar a los pacientes física, mental o emocionalmente, o una combinación de los tres (27).

▪ **Disfunciones:**

Aquellas que corresponden a las áreas del cerebro que han sido dañadas. Algunas de las discapacidades físicas que pueden resultar de un ACV son: parálisis, entumecimiento, úlceras por presión, neumonía, incontinencia, apraxia (incapacidad para realizar movimientos aprendidos), también dificultad para llevar a cabo las actividades cotidianas como; pérdida del apetito, pérdida del habla, pérdida de la visión, y el dolor. Cuando el trayecto es lo suficientemente grave, o en un determinado lugar, como partes del tallo cerebral produce coma o la muerte.

▪ **Problemas emocionales:**

Como resultado de un ACV puede haber daño directo a los centros emocionales del cerebro o frustración y dificultad para adaptarse a las nuevas



limitaciones. Entonces pueden presentarse dificultades emocionales como ansiedad, ataques de pánico, afecto plano (no expresar sus emociones), manía, apatía y psicosis.

- **Depresión post accidente cerebrovascular:**

Es caracterizado por letargia, irritabilidad, trastornos del sueño, baja autoestima y retraimiento. Así mismo, la depresión puede reducir la motivación y empeorar el resultado, en algunos casos es necesario tratar con antidepresivos.

- **Labilidad emocional:**

Otra consecuencia del ACV, hace que el paciente pueda cambiar rápidamente entre altos y bajos emocionales y algunas veces expresar emociones inapropiadamente, por ejemplo, un exceso de risa o llanto con poca o ninguna provocación. También estas expresiones por lo general corresponden a emociones reales del paciente, una forma más grave de inestabilidad emocional, hace que rían o lloren patológicamente, sin tener en cuenta el contexto o la emoción. Este se produce aproximadamente en el 20% de los pacientes con ictus.

- **Déficit cognitivo:**

Son aquellos trastornos de la percepción, problemas del habla, demencia y problemas de atención y memoria. Así mismo, una víctima de un accidente cerebrovascular puede no ser consciente de su propia discapacidad, una condición llamada anosognosia. En negligencia hemiespacial, el paciente es incapaz de atender a nada en el lado opuesto del espacio en el hemisferio, ya sea en modalidad sensorial, visual, táctil o auditiva.

- **Convulsiones:**

Se presenta con mayor frecuencia en la semana posterior al evento, la gravedad del accidente cerebrovascular aumenta la probabilidad de un ataque (27).



Finalmente, el ACV es una afección destructiva que supone una inmensa carga para la persona y el sistema de atención de salud, y que hoy por hoy no cuenta con servicios suficientes. Así mismo, las condiciones modificables que la originan siguen en aumento en nuestra población y nos exige, desde el rol que nos corresponda, la búsqueda de soluciones que permitan intervenir en los factores de riesgo modificables y ofrecer un cuidado de calidad a los pacientes de acuerdo a estándares internacionales y recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible, permitiendo la verdadera rehabilitación de la persona que sufre de esta enfermedad (28).

2.11. CUIDADOS DE ENFERMERIA EN ACV EN LA UNIDAD DE EMERGENCIAS

El paciente debe permanecer en emergencias el menor tiempo posible tras la confirmación de una sospecha de ACV. El profesional médico es responsable de desarrollar un examen completo y rápido. Así mismo, el neurólogo será quien solicite un TAC cerebral para confirmar un ACV y descartar otras posibles patologías.

Por parte del profesional de enfermería, las actividades a realizar serían las siguientes: (29)

- **Elevar la camilla a 30°**, para favorecer el retorno venoso.
- **Valorar la permeabilidad de la vía aérea:** Se extraerán elementos ajenos al cuerpo en caso sea necesario, realizar aspiración de secreciones orofaríngeas en caso sea necesario.
- **Monitorizar los signos vitales:** Se evaluará la temperatura corporal, la frecuencia cardíaca (FC), la presión arterial, la frecuencia respiratoria (FR) y la saturación de oxígeno (SpO₂).
- **Canalizar una vía venosa periférica:** realizar preferiblemente en el brazo no lastimado, con cloruro de sodio, de acuerdo a indicación médica.

Luego de ingreso del paciente, se deben realizar diversos cuidados de enfermería relacionadas con los objetivos señalados por el equipo médico.

-



- **Monitoreo cardiaco continuo:** con la finalidad de apreciar la frecuencia cardiaca y posible arritmia.
- **Buscar signos y/o síntomas de incremento de la presión intracraneal:** evaluar variaciones en los signos vitales, existencia de dolor de cabeza, emesis, variaciones, reacciones oculares, etc.
- **Evaluación neurológica.**
La evaluación de la función neurológica, se realiza mediante la escala de Glasgow que evalúa el nivel de conciencia de los pacientes y la valoración de la función motora se puede realizar a través de la escala de Rankin (30).
- **Oxigenoterapia.** Se debe controlar la saturación de oxígeno, normalmente debe ser del 95% o superior. De no ser así, se debe administrar oxígeno según indicación médica.
- **Control de la temperatura corporal.** La elevación de la temperatura podría considerar una amenaza en el proceso del ACV, es necesario tomar mediciones cada 6 horas\durante las primeras 24 horas, y si la temperatura excede los 37,5°C se debe comunicar a un neurólogo.
- **Control de la presión arterial.** Durante la primera hora después del inicio del tratamiento, se mide la presión arterial cada 15 minutos. Luego se toman mediciones cada 30 minutos durante las siguientes 6 horas. Después de eso, la frecuencia de medición se aumenta a una hora. manteniéndolo al menos 24 horas después del inicio del tratamiento. (29)
La presión arterial habitualmente esta elevada en pacientes que han padecido un ACV (30).
- **Glicemia capilar.** Cada 6 horas durante las primeras 24 horas o hasta la normalidad. La finalidad será sostener la glucosa en sangre por debajo de 150 mg/dL.
- **Evalúe los signos/síntomas de atelectasia:** dolor pleurítico, taquicardia, taquipnea, disnea, cianosis.



- **Administración de medicamentos.** Según lo prescrito por el médico para controlar diversos factores como hipertensión, hipertermia, hiperglucemia o convulsiones.
- **Muestra de sangre.** Se debe realizar una extracción 24 horas después de iniciar la terapia fibrinolítica para evaluar hemograma y pruebas de coagulación.
- **Evaluar la deglución.** La disfagia es común en pacientes con accidente cerebrovascular y debe ser monitoreada debido a las posibles consecuencias de desnutrición, deshidratación y broncoespasmo en el paciente. Además de otros síntomas, compruebe si hay dificultad para deglutir, tos repetida después de comer, aumento de secreciones, incapacidad para vaciar la cavidad bucal o saturación de oxígeno disminuido. Generalmente se sigue una dieta absoluta durante las primeras 24 horas, tras las cuales se deben iniciar pruebas de tolerancia oral.
- **Cateterismo urinario.** Se realizará en pacientes con insuficiencia renal y/o incremento del volumen sanguíneo por insuficiencia cardíaca.
- **Control de la diuresis.** Se encomienda control de la diuresis en las primeras 24 horas.
- **Cuidado postural.** La movilización temprana se realiza en pacientes menos graves. En los casos en que el daño neurológico es más severo, se realiza la movilización pasiva de las extremidades paréticos y requiere su reposicionamiento para prevenir úlceras por presión (29).

CUIDADOS DE ENFERMERIA DURANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA:

Luego de la atención del paciente en emergencias, deben ser trasladados a una cama en la unidad correspondiente o de acuerdo a la gravedad, lo más antes posible, donde se desarrollarán los siguientes procedimientos: (30)

- Mantener las vías aéreas permeables.
- Determinar la presión arterial, la frecuencia respiratoria, la frecuencia cardíaca, la temperatura y la saturación de oxígeno. Monitoreo hemodinámico.



- Indicar reposo absoluto en cama, con cabecera a 20°-30°.
- Colocar vía venosa periférica, y administrar tratamiento terapéutico indicado.
- Evaluar el déficit neurológico mediante la escala de Glasgow.
- Administrar dosis subcutáneas de heparina para prevenir la trombosis venosa (según indicación médica).

Como norma general, los pacientes permanecen en la unidad de ACV las primeras 72 horas. Estos días se siguen unas pautas generales de tratamiento, que incluyen un seguimiento continuo y la aplicación de protocolos terapéuticos especiales:

Actividad/Movilidad Física.

La evaluación de la función motora se centra en tres cuestiones principales:

- Vigilar los movimientos involuntarios.
- Valorar el tono muscular (hipotonía, flacidez, hipertonía, espasticidad, rigidez).
- Estimular la fuerza muscular, movimientos de resistencia.

Durante las primeras 24 horas, el paciente está postrado en cama, la cabecera de la cama está inclinada entre 15 y 30 grados; después en forma gradual comience a sentarse y a moverse con apoyo. Atención importante al riesgo de deterioro de la integridad de la piel (úlceras por presión).

Medidas generales para prevenir las úlceras por presión (UPP)

- Cambiar de posición cada 2 horas.
- Proteger zonas de presión y protuberancias óseas.
- Hidratar la piel con un masaje circular y aplicando cremas protectoras.
- Colocar el colchón antiescaras.

Medidas generales para prevenir caídas.

- Mantener las barandillas arriba.
- Seguir el protocolo de prevención de caídas.



- Colocar sus pertenencias personales, teléfono y otros al alcance del paciente.
- Considerar fijación mecánica si fuera necesario.
- No debemos olvidar que algunos de estos pacientes pueden recibir antitrombóticos, por lo cual, las caídas son un factor riesgo de sangrado.
- Evaluar el riesgo de caídas en todos pacientes con accidente cerebrovascular.

La movilización temprana también ayuda a aminorar la amenaza de otras probables afecciones tales como infecciones del tracto urinario u otras enfermedades respiratorias.

Alimentación / deglución

Durante la fase aguda del ACV, varios pacientes manifiestan cierta disfagia, lo que requiere una atención exclusiva, tanto por los efectos nutricionales: desnutrición y deshidratación (el paciente no puede deglutir, por lo que se deben buscar otros métodos nutricionales como: nutrición enteral, sonda nasogástrica), y también por el riesgo a broncoaspiración (afecciones respiratorias) y la consiguiente neumonía (complicación).

Para controlar la aparición y el grado de disfagia, podemos utilizar como base los síntomas clínicos, que nos hace presumir la existencia de disfagia, entre ellos: nivel de conciencia, disfonía, parálisis facial. Por otra parte, todos los pacientes deben ser examinados a su llegada.

Hidratación

Se debe proporcionar una dieta habitual de agua de 2000 ml en forma de solución salina isotónica (no se recomiendan los sueros que contienen glucosa porque pueden contribuir al daño neuronal mediado por la hiperglucemia).

Los líquidos deben administrarse lo más rápido posible, por vía oral o enteral.



Presión arterial

La monitorización y tratamiento de la presión arterial es un aspecto muy importante, porque se debe mantener una presión de perfusión cerebral adecuada, preferiblemente valores de presión ligeramente elevados (sistólica de 160 a 180 mmHg y diastólica de 90 a 100 mmHg.).

Las mediciones se toman cada hora durante las primeras 24 horas y luego cada 4 horas, excepto en protocolos y casos especiales. La presión elevada se tratará con medicamentos para la presión arterial solo si:

- La presión sistólica esta superior a 220 mmHg o diastólica superior a 120 mmHg en ACV isquémico.
- Presión arterial 180/100 en ACV hemorrágico.

Temperatura corporal

La fiebre afecta negativamente en el resultado neurológico después de un accidente cerebrovascular. Algunos estudios han considerado que cada grado de aumento en la temperatura corporal significa 10% adicional de deterioro neurológico.

La temperatura corporal se toma cada 4 horas durante los primeros días y los días posteriores al menos cada 8 horas. Considerando hipertermia a partir de 37,5 °C.

Problemas psicológicos

Las personas que sufren un accidente cerebrovascular muy a menudo presentan cambios en el estado de ánimo, especialmente depresión o ansiedad. Esta es una parte muy importante. El medico evaluará la posibilidad del uso de antidepresivos para el tratamiento del post- ACV, analizando el riesgo de efectos secundarios que se evalúa individualmente (30).



III. PROCEDIMIENTOS METODOLÓGICOS

3.1. BÚSQUEDA DE DOCUMENTOS

a. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Besga San Martín Carla, realizó un estudio de tipo descriptivo en la búsqueda de diferentes bases de datos de artículos científicos o guías clínicas, denominado “Plan de Cuidados de Enfermería al paciente en fase aguda tras Accidente Cerebrovascular, Valladolid – España, 2023”, con el objetivo de conocer los cuidados de enfermería prestados durante la fase aguda o de hospitalización a personas que han sufrido un ACV. Estudio donde se realizó una revisión de 116 textos, de los cuales fueron seleccionados 28 para la elaboración del trabajo. Finalmente, se llega a la conclusión de que las intervenciones de enfermería son fundamentales durante esta fase para la pronta recuperación del paciente y la prevención de complicaciones; por esa razón es necesario la elaboración de un protocolo con unificación de criterios y determinación de funciones que favorezca el trabajo y reduzca los errores (31).

Cutillas Díaz Elia, desarrollo un estudio de tipo descriptivo, denominado “Plan de Cuidados de Enfermería en el paciente con Accidente Cerebrovascular, Alicante – España, 2023”, cuyo objetivo fue recopilar información acerca de esta patología, conocer el plan de actuación ante los síntomas y elaborar un plan de cuidados de enfermería a un paciente con estas características. Se realizó una valoración basándose en el modelo de las necesidades de Virginia Henderson y se identificó diagnósticos, objetivos e intervenciones para atender al paciente. Se realizó una revisión bibliográfica y se consultan artículos de revistas científicas basadas en la evidencia. También se han realizado búsquedas en guías y revistas científicas. Concluyendo que el ACV es considerado la segunda causa de muerte a nivel mundial y la primera causa de discapacidad neurológica. Por ello, además de los cuidados de enfermería de calidad que debemos proporcionar al paciente con esta patología, es crucial conocer las estrategias de prevención y el código



de actuación para disminuir la incidencia y la mortalidad de esta enfermedad (32).

Ibáñez Gonzales Raquel, elaboro un estudio de tipo descriptivo, llamado “Papel de Enfermería en la Atención al paciente con Accidente Cerebrovascular, Cantabria – España, 2018”, cuyo objetivo fue analizar el rol de los profesionales en enfermería en la atención de pacientes que han padecido un ACV agudo, resaltando la importancia de una pronta identificación de los signos y síntomas, quienes permitirán una evaluación y terapéutica efectiva y reducir las consecuencias en la salud del paciente. Por esta razón, se cuenta con una unidad especializada donde se tratan los pacientes que han padecido un ACV. Además, los profesionales que laboran en esta unidad son calificados y entrenados para que sean la clave en el desarrollo de estabilización y mejoría del paciente en el transcurso de las primeras horas de su admisión. Así mismo, es de suma importancia las actividades realizadas desde atención primaria en educación para la salud y prevención. Llegando a la conclusión que los profesionales de enfermería son claves en la detección de personas con factores de riesgo de padecer un accidente cerebrovascular y colaborar en la modificación de sus conductas de riesgo de dichos pacientes (29).

b. ANTECEDENTES NACIONALES

Dioses Bastante Estefany, realizó un estudio observacional, cualitativo, de corte transversal; denominado “Cuidado de enfermería al paciente con accidente cerebro vascular isquémico hospitalizado en el Instituto de Ciencias Neurológicas, Lima – Perú, 2020”, cuyo objetivo fue “Determinar los cuidados que brinda la enfermera al paciente con Accidente Cerebro Vascular isquémico en la unidad de hospitalización INCN en los meses de Octubre – diciembre 2018”, que tuvo como resultado que las enfermeras que trabajan en el área de hospitalización en su mayoría tienen entre 25 a 35 años (47%), personal nombrado un 40% así mismo el 47% cuentan con un tiempo de servicio y/o antigüedad de 1 a 5 años. El 53% del profesional de enfermería que brinda atención a pacientes internados con ACV lo desarrollan de forma adecuada, mientras que la relación entre la familia y el paciente a lo largo de



su hospitalización, se reduce a medida que sigue el proceso. También se puede verificar que el profesional de enfermería brinda un cuidado adecuado en concordancia a la valoración del paciente 100%, 30% de un cuidado inadecuado, 70% adecuado en las actividades realizadas en el transcurso del cuidado, 57%. En cuanto a los diagnósticos de enfermería, son oportunos en relación a la evaluación del paciente. Respecto a las conclusiones, las enfermeras que trabajan en la unidad de neurovasculares brindan cuidados adecuados con base en el proceso de atención de enfermería, frente a un porcentaje mínimo que realizan cuidados inadecuados en la formulación de diagnósticos enfermeros (33).

Mendoza Pérez Oriana, elaboro un estudio de tipo descriptivo, denominado “Proceso de Atención de Enfermería aplicado a paciente con ACV Hemorrágico e Hipertensión de un Hospital de ESSALUD, Chiclayo-2020”, que tuvo por objetivo principal satisfacer o cubrir las necesidades básicas disminuidas por la edad y el diagnostico que presenta el paciente para brindar una atención de calidad, disminuyendo las complicaciones a corto o largo plazo y así ayudar a la pronta recuperación del paciente. El proceso de atención de enfermería, se realizó a una persona adulto mayor de 74 años, sexo masculino, con diagnostico medico ACV Hemorrágico e Hipertensión Arterial a quien se encontraba internado en el servicio de Unidad de Cuidados Intermedios (UCIN). Esta investigación se basó en reconocer los problemas reales y potenciales, al mismo tiempo también de riesgo. El enfoque teórico que se uso fue Virginia Henderson con su teoría de las 14 necesidades a su vez la elaboración de un plan de cuidados para el individuo cuyas prioridades son cubrir las necesidades que se encuentran alteradas por la patología. Concluyendo que el profesional de enfermería debe estar capacitado para la prevención y tratamiento continuo del paciente a cargo para mejorar la calidad de vida y evitar complicaciones (34).

Sangama Mendoza Víctor, elaboro un estudio de tipo descriptivo, denominado “Cuidados en Enfermería a pacientes con Accidente Cerebro Vascular Isquémico, en el servicio de Emergencia del hospital III Suarez Angamos – EsSalud, Lima - Perú, 2019”, que tuvo por finalidad resaltar el papel del profesional de enfermería en la atención a pacientes con ACV, basado en la



filosofía del cuidado, que amerita tener conocimientos científicos sustentados en la teoría y práctica, brindando así un cuidado óptimo, oportuno y eficaz, en el paciente que acude al servicio de emergencia. El Hospital Suarez – Angamos proporciona atención médica-quirúrgica de emergencia y cuidados críticos, durante las 24 horas del día. La enfermera de emergencia realiza procedimientos inmediatos en situaciones prioritarias, para personas de alto riesgo, independientemente de su credo, raza, color, sexo, opinión política o estatus social. Laborando 10 años en el servicio de emergencia brindando atención a pacientes con prioridad I, he podido identificar que hay deficiencia para la atención eficaz y eficiente de los pacientes con accidente cerebro vascular, por experiencia de todos estos años quiero contribuir a la mejora del manejo de los mismos (35).

c. ANTECEDENTES LOCALES

No se encontraron.

IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

4.1. ANALISIS

Realizado mediante la observación, la entrevista indirecta (hija), la exploración física y otras fuentes como la historia clínica, exámenes de laboratorio, exámenes auxiliares dirigidos a la paciente con accidente cerebro vascular en el servicio de emergencias del Hospital Manuel Núñez Butron.

PRESENTACION DE LA PACIENTE

Paciente adulta mayor de 75 años de edad, ingresa al servicio de emergencia en camilla, por referencia del Hospital Rafael Ortiz Rabines de Juli, en compañía del profesional de salud responsable y familiar (hija). Hoja de referencia indica disnea marcada y pérdida de conciencia de forma paulatina. Con diagnóstico definitivo de Insuficiencia respiratoria, Neumonía no especificada y diagnóstico presuntivo de ACV. Familiar refiere, “hace 7 días mi mamá se puso mal, cansada, como con sueño, no respondía, no quería levantarse, fue empeorando, y hace 3 días se hospitalizó en Juli, ahora ya no habla, no se mueve, no responde”. Es evaluada por médico de turno e indica su ingreso a la unidad de Trauma Shock.



4.1.1. VALORACION DE ENFERMERIA

DATOS DE FILIACION

- **NOMBRE DEL PACIENTE:** M. T. C.
- **SEXO:** Femenino
- **EDAD:** 75 años
- **RAZA:** Mestizo
- **FECHA DE NACIMIENTO:** 16-12-1948
- **LUGAR DE NACIMIENTO:** Juli
- **PROCEDENCIA:** Juli
- **ESTADO CIVIL:** Viuda
- **RELIGION:** católica
- **OCUPACION:** Su casa

DATOS CLINICOS:

- **SERVICIO:** Emergencia
- **FECHA DE INGRESO:** 03-04-2024
- **HORA DE INGRESO:** 16:06

DIAGNOSTICO MEDICO

- Trastorno del sensorio
- ACV isquémico y hemorrágico
- Neumonía aspirativa

4.1.2. MOTIVO DE CONSULTA

Paciente referida del Hospital Rafael Ortiz Ravinez de Juli, con pérdida de conciencia, perdida de movilidad. Con diagnóstico definitivo de Insuficiencia respiratoria, Neumonía no especificada y diagnostico presuntivo de ACV.



4.1.3. ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente adulta mayor en su primer día de hospitalización en la unidad de trauma shock, en mal estado general, mal estado de hidratación, no responde a interrogatorio, Glasgow 5/15, con funciones vitales de PA: 117/82 mm Hg, FC: 101 por minuto, FR: 25 por minuto, temperatura de 37 °C. SpO2 93% con O2 por mascara de oxígeno con reservorio a 10 litros por minuto. Presencia de vía periférica en Miembro Superior Izquierdo filtrando C1Na9% 1000 cc más Sulfato de Magnesio a XV gotas por minuto y presencia de sonda Foley más bolsa colectora. Es evaluada por medico de turno quien diagnostica: ACV isquémico y hemorrágico, neumonía aspirativa.

4.1.4. TRATAMIENTO FARMACOLOGICO E INDICACIONES

FARMACOTERAPIA

- C1Na9% 1000 cc más sulfato de magnesio a XV gotas por minuto.
- Ceftriaxona 2 gr EV c/12 horas.
- Clindamicina 600 mg EV c/8 horas.
- Ranitidina 50 mg EV c/8 horas.
- Fenitoína 100 mg EV c/8 horas.
- Dimenhidrinato 50 mg EV c/8 horas.
- Metamizol 1 gr EV c/8 horas.
- Dexametasona 4 mg EV c/8 horas.
- Manitol 120 cc EV c/8 horas.

EXAMENES DE LABORATORIO

- Hemograma completo, urea, creatinina, glucosa, PCR, TP, INR, tiempo de coagulación.
- Examen completo de orina
- AGA y electrolitos

EXAMENES AUXILIARES

- Rayos X de tórax.
- TEM cerebral.



CUIDADOS

- NPO
- Control de Funciones Vitales
- Balance Hídrico
- Oxigenoterapia con mascara de reservorio condicional a SpO₂ menor o igual a 85%.
- Aspiración de secreciones a demanda.

4.1.5. ANTECEDENTES PERSONALES

Antecedentes patológicos:

- Hospitalizaciones anteriores: por ITU.
- Alergia a medicamentos: no

Hábitos nocivos:

- Alcohol: niega consumo
- Tabaco: niega consumo
- Droga: niega consumo

4.1.6. ANTECEDENTES FAMILIARES

- Padre: falleció por causa desconocida.
- Madre: falleció causa desconocida.
- Esposo: falleció accidente de tránsito.
- Hijos: vivos, niega patologías.

4.1.7. EXAMEN FISICO

a. Al examen físico general

Paciente adulta mayor de sexo femenino de 75 años de edad, en mal estado general, mal estado de hidratación, inconsciente, no responde interrogatorio, cabeza normocéfalo sin lesiones aparentes, pupilas anisocóricas, no reactivas a la luz, mucosa oral seca, piel ligeramente pálida y seca, tórax simétrico, pulmones: murmullo vesicular disminuido, latidos cardiacos rítmicos, abdomen blando depresible, ruidos hidroaéreos presentes, no doloroso a la palpación, extremidades inferiores con edema (+), no responde interrogatorio, ni al dolor, con escala de Glasgow de 5/15.



b. Signos vitales

Presión arterial	117/82 mmHg
Frecuencia cardiaca	101 x'
Frecuencia respiratoria	25 x'
Temperatura	37 °C
Saturación de oxígeno	93% con O ₂ por mascara con reservorio a 10 Lt x'

c. Medidas antropométricas

Peso	45 kilos
Talla	1,48 cm
IMC	20.54 Normal

d. Examen céfalo – caudal

- **Cabeza:** normocéfalo, sin lesiones aparentes. Cabellos blancos, en regular cantidad.
- **Piel:** ligeramente pálida, reseca.
- **Ojos:** pupilas anisocóricas, no reactivas a la luz.
- **Orejas:** simétricas, con dificultad para oír, existencia de cerumen.
- **Nariz:** permeable, con oxigenoterapia por mascara con reservorio a 10 litros/ min, SpO₂ 93%.
- **Boca:** mucosas orales semi húmedas, piezas dentarias incompletas.
- **Cuello:** cilíndrico, no se palpan adenopatías.
- **Tórax:** simétrico, murmullo vesicular disminuido.
- **Mamas:** no evidencia protuberancias.
- **Corazón:** latidos cardiacos rítmicos, por momentos con taquicardia.
- **Abdomen:** blando depresible, con ruidos hidroaéreos presentes, no doloroso a la palpación.

- **Genitourinario:** genitales de acuerdo al sexo, con presencia de Sonda Foley más bolsa colectora.
- **Miembros superiores:** simétricos, sin movilidad, en MSI con presencia de vía periférica, filtrando CINA9% 1000 cc más sulfato de magnesio a XV gotas por minuto.
- **Miembros inferiores:** simétricos, sin movilidad, presencia de edema en (+).
- **Neurológico:** Glasgow de 5/15: AO:1, RV:1, RM:3. Paciente inconsciente.

4.1.8. EXAMENES CLINICOS

HEMATOLOGIA

Hematología	Valor encontrado	Valor normal	Interpretación
Tiempo de coagulación	2' 30"	10-13 seg	
Tiempo de sangría	1' 45"	<10 min	Normal
Tiempo de protombina	20.4"	11-15 seg	Elevado
I.N.R.	1.64	0.8-1.2	Elevado
Recuento de glóbulos blancos	6.96 $10^3/uL$	4.000-10.000	Normal
Neutrófilos (porcentaje)	80.07 %	1.9 - 80.0	Normal
Linfocitos (porcentaje)	10.49 %	20.0 - 40.0	Disminuido
Monocito (porcentaje)	8.03 %	3.0 - 12.0	Normal
Eosinófilos (porcentaje)	0.05 %	0.00 - 0.70	Normal
Basófilos (porcentaje)	1.36 %	0.00 - 1.00	Elevado
Recuento de glóbulos rojos	5.47 $10^6/uL$	4.50 - 5.60	Normal
Hemoglobina	16.12 g/dL	13.2 – 16.6	Normal
Hematocrito	47.31 %	36-54	Normal
Volumen corpuscular medio	86.56 fL		
Hemoglobina corpuscular	29.49 pg		
Recuento de plaquetas	157.0 $10^3/uL$	150 - 450	Normal
Volumen plaquetario medio	6.68 fL	9.00-13.00	

Fuente: Servicio de laboratorio Hospital Manuel Núñez Butron-Puno.



BIOQUIMICO	Valor encontrado	Valor normal	Interpretación
Glucosa	108.00 mg/dL	70 – 110 mg/dL	Normal
Urea	55.20 mg/dL	10 – 50 mg/dL	Elevado
Creatinina	0.56 mg/dL	0.5 – 1.2 mg/dL	Normal

Fuente: Servicio de laboratorio Hospital Manuel Núñez Butron-Puno.

EXAMEN COMPLETO DE ORINA - ECO

Ítem	Resultados
Reacción PH	Acido
Densidad	1025
Color	Amarillo
Aspecto	Turbio
Glucosa	Negativo
Proteínas	Negativo
Urobilina	Negativo
Bilirrubinas	Negativo
Cuerpos cetónicos	Negativo
Nitritos	Negativo
Hemoglobina	Positivo
Leucocitos	>100 X campo
Hematíes	> 50 X campo
Piocitos	1 a 2 X campo
C. Epiteliales	8 a 10 X campo
Gérmenes	Cocos + bacilos
Cilindros	-----
Cristales	X Extensión
Otros	Levaduras +++

Fuente: Servicio de laboratorio Hospital Manuel Núñez Butron-Puno.



GASOMETRIA ARTERIAL

Descripción	Valor encontrado	Valor normal	Interpretación
Gasometría			
↓ pH	7.175	7.350 – 7.450	Acidosis
↑ pCO ₂	54.1 mm Hg	32.0 – 48.0	Acidosis respiratoria
pO ₂	95 mm Hg	86.0 - 108	Normal
Oximetría			
ctHb	19.9 g/dl	12.0 – 18.0	Normal
↑ Hctc	59 %	35.0 – 50.0	Elevado
sO ₂	95%	95.0 – 99.0	Normal
↓ FO ₂ Hb	90.7 %	94.0 – 98.0	Disminuido
Electrolitos			
cK ⁺	4.0 mmol/L	3.5 – 5.0	Normal
cNa ⁺	145 mmol/L	136 - 146	Normal
↑ cCa ²⁺	1.43 mmol/L	1.15 – 1.29	Hipercalcemia
↑ cCl ⁻	126 mmol/L	98 - 106	Elevado
Metabolitos			
↑ cGlu	6.0 mmol/L	3.9 - 6.9	Normal
↑ cLac	2.0 mmol/L	0.5 – 1.6	Normal
Estado Acido – Base			
↓ cHCO ₃ -(P)c	19.3 mmol/L	21.0 – 28.0	Acidosis metabólica
↓ cBase (B)c	-6.4 mmol/L	-2.0 – 3.0	Acidosis
Anion Gap,k+c	7 mmol/L	10.0 – 20.0	Disminuido



4.1.9. VALORACION POR DOMINIOS

a. Organización de datos

Dominio 1: Promoción de la salud

Datos objetivos: familiares cuidan la salud de la paciente.

Dominio 2: Nutrición

Datos objetivos: Paciente en NPO, dentadura incompleta con caries, piel ligeramente pálida y seca, mucosas orales semi húmedas, peso 45 kg, talla de 1.48 m e IMC 20.54 (normal), y una Temperatura de 37°C. con dificultad para deglutir. Ruidos hidroaéreos presentes.

Dominio 3: Eliminación e intercambio

Datos objetivos: Paciente recibe oxigenoterapia por mascarilla con reservorio a 10 litros por minuto, SpO₂ 93%, presencia de sonda Foley más bolsa colectora, flujo intestinal normal.

Dominio 4: Actividad/ reposo

Datos objetivos: paciente en posición semifowler, presenta una frecuencia respiratoria de 25 por minuto, presión arterial de 117/82 mm Hg, temperatura de 37°C, fuerza muscular disminuida, hipoactiva. Con una frecuencia cardíaca de 101 latidos X'. Paciente con grado de dependencia III.

Dominio 5: Percepción/ cognición

Datos objetivos:

Paciente de 75 años, con pérdida de conciencia, no responde al interrogatorio, con escala de Glasgow de 5/15. AO:1, RV: 1, RM:3.

Dominio 6: Auto percepción

No valorable por estado de conciencia del paciente.

Dominio 7: Rol/ relaciones

Datos subjetivos: Familiar niega conflictos familiares, familia preocupada por la salud de paciente.



Dominio 8: Sexualidad

Datos objetivos:

Genitales normales, con presencia de sonda Foley más bolsa colectora.

Dominio 9: Afrontamiento/ tolerancia

Datos subjetivos:

Familiar refiere preocupación por el estado de salud del paciente y teme por su salud.

Dominio 10: Principios vitales

Datos subjetivos:

Paciente de religión católica.

Dominio 11: Seguridad/ protección

Datos objetivos:

Paciente con fuerza muscular disminuida, hipoactiva. Con vía periférica en MSI filtrando Cl Na al 9% 1000cc más sulfato de magnesio a XV gotas por minuto, sonda Foley más bolsa colectora y oxigenoterapia por máscara con reservorio a 10 litros por minuto.

Dominio 12: Confort

No valorable por estado de conciencia del usuario.

b. Validación de datos

La información anterior fue confirmada y verificada mediante el historial clínico, la valoración realizada por la enfermera y la información obtenida de los familiares del paciente.



4.1.10. ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS

a. DATOS SIGNIFICATIVOS

- Paciente de 75 años de edad, en NPO.
- Trastorno del sensorio
- Fuerza muscular disminuida
- Hipoactividad
- Paciente con grado de dependencia III
- Glasgow de 5/15. AO:1, RV: 1, RM:3
- Frecuencia respiratoria de 25 por minuto.
- Presencia de secreciones orofaríngeas.
- Paciente con oxigenoterapia por mascara con reservorio a 10 litros por minuto. SpO2 93%.
- Tiempo de protombina elevado, TP 20.4".
- Procedimientos invasivos: Vía periférica y sonda vesical.
- Paciente con IMC de 20.54 (Normal).
- Paciente en regular estado de higiene: ojos, boca, pies y vestido.

b. DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

- Patrón respiratorio ineficaz R/C presencia de secreciones orofaríngeas E/P taquipnea (FR:25 por min)
- Déficit de autocuidado: baño e higiene R/C deterioro cognitivo, físico y neuromuscular E/P incapacidad para lavarse.
- Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz R/C tiempo de protombina anormal. (TP 20.4")
- Riesgo de aspiración R/C disminución del nivel de conciencia.
- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea R/C inmovilidad prolongada.

4.1.11. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Diagnóstico: Patrón respiratorio ineficaz R/C presencia de secreciones orofaríngeas E/P taquipnea (FR:25 por min)

Dominio 4: actividad/reposo. Clase 4: respuestas cardiovasculares/pulmonares (00032)

OBJETIVOS	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	BASE CIENTIFICA	EVALUACION
<p>Objetivo general:</p> <p>Mejorar el patrón respiratorio de la paciente.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <p>Paciente mantendrá una saturación de oxígeno > 95%.</p> <p>Paciente mantendrá frecuencia</p>	<p>Ayuda a la ventilación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantener la vía aérea permeable. • Mantener cabecera de la cama de la paciente elevada de 30- 45°. Posición semi fowler. • Monitorizar la frecuencia respiratoria y la SpO2. • Administrar oxigenoterapia de acuerdo a prescripción médica. • Efectivizar exámenes de laboratorio de AGA, electrolitos, hemograma, perfil de coagulación. • Eliminar secreciones orofaríngeas. • Realizar aspiración de secreciones cuando sea necesario. 	<p>Siempre que uno se enfrenta a un paciente con dificultad respiratoria, tiene por objetivo principal asegurar que la vía aérea se encuentre permeable. Dicha permeabilidad facilita las maniobras para el intercambio de gases y de esta manera evitar posibles complicaciones. (36)</p> <p>Se recomienda mantener elevada la cabecera de la cama del paciente entre 30° -45° para prevenir la aspiración de contenido gástrico y/o orofaríngeo. Así mismo, relaja la tensión de los músculos abdominales generando una mejor oxigenación de los pacientes en cama.</p> <p>La frecuencia respiratoria normal cumple un papel importante en el mantenimiento del equilibrio de oxígeno y dióxido de carbono</p>	<p>Paciente presenta patrón respiratorio eficaz.</p> <p>Paciente mantiene una saturación de oxígeno mayor a 95%.</p> <p>Paciente conserva una frecuencia respiratoria de 19 por minuto.</p>

<p>respiratoria dentro de valores normales.</p>	<p>Oxigenoterapia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comprobar el funcionamiento adecuado del dispositivo de aporte de oxígeno. • Observar signos de toxicidad por el oxígeno y atelectasia por absorción. • Observar signos de hipoventilación inducido por el oxígeno. • Valorar si se producen roturas de la piel por fricción del dispositivo de oxígeno. 	<p>en el organismo, su alteración nos indica alguna afección, como, por ejemplo: la taquipnea, es un signo de una insuficiencia respiratoria, en la que los pulmones no son capaces de proporcionar suficiente oxígeno al cuerpo o de eliminar suficiente dióxido de carbono.</p> <p>Así mismo, la oxigenoterapia, es una herramienta muy importante para el tratamiento de la insuficiencia respiratoria, tanto aguda como crónica, que tienen por finalidad tratar o prevenir la hipoxemia, tratar la hipertensión pulmonar y reducir el trabajo respiratorio y miocárdico. Entonces, la oxigenoterapia es el aporte artificial de oxígeno (O₂) en el aire inspirado; su objetivo fundamental es la oxigenación tisular, que se consigue cuando la presión parcial de O₂ (pO₂) en la sangre arterial supera los 60mmHg, lo que se corresponde,</p>	
---	--	---	--

	aproximadamente con una saturación de oxígeno del 90%.
--	--

Diagnóstico: Déficit de autocuidado: baño e higiene R/C deterioro cognitivo, físico y neuromuscular E/P incapacidad para lavarse.

Dominio 4: actividad/reposo. Clase 5: autocuidado (00108)

OBJETIVOS	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	BASE CIENTIFICA	EVALUACION
<p>Objetivo general: Paciente mostrara higiene adecuada con apoyo del personal de enfermería.</p> <p>Objetivo específico: Paciente mantendrá ojos limpios con apoyo del personal de enfermería.</p> <p>Paciente mantendrá la cavidad bucal aseada</p>	<p>Ayudar con el autocuidado: baño/higiene:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ayudar al paciente con su higiene personal. <p>Higiene de los ojos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colocar unas gotas de suero fisiológico en el lacrimal y quitar el restante con gasa, con el ojo cerrado, evite daño de córnea. <p>Higiene en cavidad bucal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lavar la cavidad bucal, los dientes y lengua con solución de gluconato de clorhexidina al 0,12%. <p>Higiene en los pies:</p>	<p>En pacientes con deterioro cognitivo, se presenta la pérdida progresiva de las facultades intelectuales, es decir, la memoria, orientación, percepción, comprensión, pensamiento, juicio, el cálculo y la comunicación, asociado a otra enfermedad estos pacientes necesitan asistencia del personal de salud para actividades como el autocuidado en baño e higiene.</p> <p>Un baño frecuente quita las colonias de bacterias que se han desarrollado, además de algunos virus y otros patógenos a los que estamos expuestos. Además, bañarse previene enfermedades e infecciones.</p>	<p>Paciente se mantiene limpio con asistencia personal de enfermería.</p> <p>Paciente mantiene los ojos limpios con asistencia personal de enfermería.</p> <p>Paciente mantiene e limpia la cavidad</p>

<p>con apoyo del personal de enfermería.</p> <p>Paciente mantendrá adecuada higiene de los pies con apoyo del personal de enfermería.</p> <p>Paciente mantendrá higiene personal en vestido con apoyo del personal de enfermería.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Verificar si hay grietas, irritación, lesiones, callosidades en los pies. • Lavar y secar cuidadosamente los espacios interdigitales. • Limpiar y cortar las uñas. • Proteger los talones. <p>Vestir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vestir a la paciente al completar la higiene personal. • Vestir con ropas cómodas y sueltas. • Mantener la intimidad del paciente mientras lo viste. 	<p>Así mismo, se proporciona al paciente el aseo necesario para satisfacer las necesidades de higiene, confort y seguridad, conservando el buen estado e hidratación de la piel.</p> <p>De igual forma, mantener una buena higiene visual ayuda a reducir la fatiga ocular, y también puede prevenir problemas de visión a largo plazo.</p> <p>Durante la limpieza bucal también es importante eliminar la placa dental, capa pegajosa y sin color compuesta por bacterias, también una buena limpieza bucal en el paciente hospitalizado ayudara a reducir los síntomas de halitosis.</p> <p>En el baño de pies se estimula la circulación sanguínea, se elimina las secreciones sudorales y se reduce temporalmente la infección bacteriana.</p> <p>Así mismo, la higiene y cuidado de las uñas de las manos y los pies es muy importante para todos, ya que unas uñas</p>	<p>bucal con asistencia del personal.</p> <p>Paciente mantiene limpios los pies con asistencia del personal de enfermería.</p> <p>Paciente se mantiene acicalado con ayuda del personal de enfermería.</p>
---	---	--	--

	bien cortadas evitan la acumulación de bacterias y gérmenes.	
--	--	--

Diagnóstico de enfermería: Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz R/C tiempo de protombina anormal (TP 20.4')

Dominio 4: actividad/reposo. Clase 4: respuestas cardiovasculares/pulmonares (00201)

OBJETIVOS	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	BASE CIENTIFICA	EVALUACION
<p>Objetivo general</p> <p>Paciente mantendrá adecuada perfusión tisular cerebral.</p> <p>Objetivos específicos</p> <p>Paciente mejorara perfusión tisular cerebral.</p> <p>Paciente mantendrá una saturación de oxígeno > 95%.</p>	<p>Mejora de la perfusión cerebral:</p> <ul style="list-style-type: none"> Control de funciones vitales: PAM, FC, FR, SpO2. Mantener al paciente en posición semifowler, cabecera de la cama a 30° y en reposo estricto. <p>Monitorización neurológica:</p> <ul style="list-style-type: none"> Evaluar estado neurológico: nivel de conciencia a través de escala de coma de Glasgow y pupilas. Manejo de las funciones vitales: PA, FC, FR, SpO2. 	<p>Las funciones vitales nos permiten valorar y evaluar alteraciones de las funciones normales del cuerpo, principalmente la SpO2 nos indica la cantidad de oxígeno transportado por los glóbulos rojos en el cuerpo, los cuales tienen el objetivo de mantener una oxigenación cerebral adecuada, para asegurar el correcto funcionamiento del cerebro y sostener la homeostasis neuronal.</p> <p>La posición semifowler relaja la tensión de los músculos abdominales brindando una mejor oxigenación a los pacientes con problemas respiratorios.</p>	<p>Paciente mantiene perfusión tisular cerebral adecuada.</p> <p>Paciente mantiene una saturación de oxígeno mayor a 95%.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Efectivizar exámenes de laboratorio como: AGA – electrolitos, Hemograma, perfil de coagulación. • Mantener la vía aérea permeable. • Administración de oxígeno en caso sea necesario. • Administrar fluidoterapia y farmacoterapia según prescripción médica. 	<p>La Escala de Coma de Glasgow, permite medir el nivel de conciencia de una persona, a través de tres parámetros: respuesta verbal, respuesta ocular y respuesta motora y se clasifican leve: 14 – 15 puntos., moderado: 9 – 13 puntos y grave: < 9 puntos.</p> <p>Las pupilas tienen como función contraerse y dilatarse para tener control sobre la luz que ingresa a la retina del ojo y protegiéndolo ante luces o reflejos excesivos o muy brillantes. Cuando las pupilas no son capaces de dilatarse y se quedan contraídas independientemente de la luz del ambiente, estamos frente a un caso de pupilas puntiformes, que dentro de sus causas más comunes están el daño cerebral.</p> <p>La gasometría arterial permite analizar, el estado de oxigenación, ventilación y ácido-base de un paciente. Realizado también para evaluar la respuesta a las intervenciones terapéuticas.</p>	
--	--	--	--

		La oxigenoterapia es el aporte artificial de oxígeno en el aire inspirado; su objetivo fundamental es la oxigenación tisular.	
--	--	---	--

Diagnóstico: Riesgo de aspiración R/C disminución del nivel de conciencia.

Dominio 11: Seguridad/Protección. Clase 2: lesión física (00039)

OBJETIVOS	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	BASE CIENTÍFICA	EVALUACION
<p>Objetivo general: Paciente mantendrá vías aéreas permeables.</p> <p>Objetivo específico: Paciente con vías aéreas permeables.</p>	<p>Precauciones para evitar la aspiración</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar el estado neurológico del paciente, reflejo nauseoso, reflejo tusígeno y capacidad para deglutir. • Mantener vía aérea. • Mantener equipo de aspiración disponible • Aspirar secreciones a demanda. • Mantener la cabecera elevada de la paciente a 30° - 45°. 	<p>Un paciente con alteración en el nivel de conciencia presenta un alto riesgo de aspiración, presentándose así cuando un paciente tiene dificultad para deglutir. La aspiración se da cuando algo, (alimentos, líquidos, secreciones) ingresa a las vías respiratorias o pulmones por accidente.</p> <p>La aspiración de secreciones se realizará cada vez que el paciente presente tos y movilizaciones, o se vea con dificultad respiratoria (agitado, esfuerzo al respirar), o cambio en la coloración de la piel, o se escuchen ruidos de secreciones bronquiales.</p>	<p>Paciente con vías aéreas permeables.</p>

	Así mismo, la aspiración de secreciones es fundamental para disminuir la flora bacteriana que existe en la cavidad oral en pacientes y evitar posibles complicaciones.	
--	--	--

Diagnóstico: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea R/C inmovilidad prolongada.

Dominio 11: Seguridad/Protección. Clase 2: lesión física (00047)

OBJETIVOS	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	BASE CIENTIFICA	EVALUACION
<p>Objetivo general: Paciente mantendrá integridad cutánea.</p> <p>Objetivo específico: Paciente con piel íntegra, limpia y seca.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Realizar la valoración de la piel. Búsqueda de factores de riesgo. Fijarse bien en las zonas de presión: los talones, los glúteos, la espalda, los codos. Cambio de postura cada dos horas. Aplicar cremas humectantes. 	<p>Las úlceras por presión son áreas de piel lesionadas por quedarse en una misma posición durante mucho tiempo y estos se forman donde los huesos están más cerca de la piel, como codos, glúteos, tobillos, talones, espalda y caderas. Siendo mayor riesgo si está recluido en una cama y se interrumpe la irrigación sanguínea a la piel por más de dos o tres horas, de ahí la importancia del cambio de posición del paciente cada dos horas.</p> <p>También se debe evitar la sequedad de la piel, por ello es de suma importancia el uso</p>	<p>Paciente con piel íntegra y seca.</p>

	<ul style="list-style-type: none">• Vigilar cualquier zona de piel enrojecida.• Colocar dispositivos en zonas de presión.• Realizar baño de esponja al paciente.• Mantener ropa y cama limpia, seca y sin arrugas.	<p>de cremas hidratantes, procurando su absorción completamente. Se debe mantener siempre la piel limpia y seca, limpiarlo apenas se ensucie, se puede usar una tela o esponja suave.</p> <p>Por lo menos una vez al día se debe revisar la piel y cualquier zona que permanezca enrojecida a unos minutos de haber cambiado de posición, tiene que llamar la atención.</p> <p>Otra medida de prevención de úlceras por presión también es colocar almohadas, apósitos acolchados, colchón antiescaras, diseñados exclusivamente para aquellas personas encamadas, que no padezcan escaras o llagas por permanecer demasiado tiempo en una misma posición.</p> <p>Estar limpio y proteger los tegumentos de la piel es una necesidad básica, tener la piel sana es con la finalidad de protección contra cualquier organismo, usar jabones que no</p>	
--	---	---	--



		irriten la piel, usar agua tibia y no muy caliente. El cuidado de la piel como medida para prevenir las úlceras por presión.	



4.2. SOAPIE

SOAPIE N°01

S: Paciente con Glasgow 5/15, no responde a interrogatorio.

O: Paciente de 75 años de edad, sexo femenino, en su primer día de hospitalización, en mal estado general, mal estado de hidratación, con funciones vitales de PA: 117/82 mm Hg, FC: 101 por minuto, FR: 25 por minuto, temperatura de 37 °C. SpO2 93% con oxigenoterapia. Glasgow 5/15, AO:01, RV:01 y RM:3. Presencia de vía periférica en MSI filtrando CNa9% 1000 cc más Sulfato de Magnesio a XV gotas por minuto y presencia de sonda Foley más bolsa colectora. Miembros inferiores y superiores: simétricos, sin movilidad.

A: Patrón respiratorio ineficaz R/C presencia de secreciones orofaríngeas E/P taquipnea (FR:25 por min).

P: Paciente mantendrá patrón respiratorio eficaz.

I: Se monitoriza signos vitales en especial la frecuencia respiratoria y la SpO2.

Se mantiene la vía aérea permeable.

Se mantiene cabecera de la cama del paciente elevado a 30- 45°, posición semifowler.

Eliminar secreciones orofaríngeas.

Realizar aspiración de secreciones cuando sea necesario.

Se administra oxígeno por mascarilla con reservorio a 10 litros por minuto.

Se observa signos de toxicidad por el oxígeno y atelectasia por absorción.

Se observa signos de hipoventilación inducido por el oxígeno.

Se valora si se producen roturas de la piel por fricción del dispositivo de oxígeno.

Se efectiviza exámenes de laboratorio de AGA, electrolitos, hemograma, perfil de coagulación.

E: Paciente mantiene una saturación de oxígeno mayor a 95%. y una frecuencia respiratoria de 19 por minuto. Objetivo parcialmente alcanzado.



SOAPIE N°02

S: Paciente con Glasgow 5/15, no responde a interrogatorio.

O: Paciente de 75 años de edad, sexo femenino, en su segundo día de hospitalización, en mal estado general, regular estado de hidratación, con funciones vitales de PA: 102/61 mm Hg, FC: 82 por minuto, FR: 19 por minuto, temperatura de 36.6 °C. SpO2 95% con oxigenoterapia. Glasgow 5/15, AO:01, RV:01 y RM:3. Presencia de vía periférica en MSI filtrando CIna9% 1000 cc más Sulfato de Magnesio a XV gotas por minuto y presencia de sonda Foley más bolsa colectora. Miembros inferiores y superiores: simétricos, sin movilidad. Higiene personal en regular estado.

A: Déficit de autocuidado: baño e higiene R/C deterioro cognitivo, físico y neuromuscular E/P incapacidad para lavarse.

P: Paciente mejorara baño e higiene con apoyo del profesional de enfermería durante su permanencia en emergencia.

I: Se ayuda al paciente con su higiene personal.

Se realiza baño de esponja.

Se colocar unas gotas de suero fisiológico en el lacrimal y se quita el exceso con gasa, con el ojo cerrado.

Se lava la cavidad bucal, los dientes y lengua con solución de gluconato de clorhexidina al 0,12%.

Se verifica si hay grietas, irritación, lesiones, callosidades en los pies.

Se lava y seca cuidadosamente los espacios interdigitales.

Se limpia y corta las uñas.

Se protege los talones.

Se viste a la paciente al completar la higiene personal.

Se viste con ropas cómodas y sueltas.

Se mantiene la intimidad del paciente mientras lo viste.

E: Paciente mantiene limpio los ojos, la cavidad bucal y los pies; con asistencia del personal de enfermería. Objetivo alcanzado.



SOAPIE N°03

- S:** Paciente con Glasgow 5/15, no responde a interrogatorio.
- O:** Paciente de 75 años de edad, sexo femenino, en mal estado general, regular estado de hidratación, no responde a interrogatorio, con funciones vitales de PA: 102/61 mm Hg, FC: 82 por minuto, FR: 19 por minuto, temperatura de 36.6 °C. SpO2 95% con oxigenoterapia. Glasgow 5/15, AO:01, RV:01 y RM:3. Presencia de vía periférica en MSI filtrando ClNa9% 1000 cc más Sulfato de Magnesio a XV gotas por minuto y presencia de sonda Foley más bolsa colectora. Miembros inferiores y superiores: simétricos, sin movilidad.
- A:** Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz R/C tiempo de protombina anormal. (TP 20.4")
- P:** Paciente mantendrá adecuada perfusión tisular cerebral.
- I:** Mejora de la perfusión cerebral:
- Se monitoriza funciones vitales: PAM, FC, FR, SpO2.
 - Se mantiene al paciente en posición semifowler, cabecera de la cama a 30° y en reposo estricto.
 - Se monitoriza estado neurológico: nivel de conciencia a través de escala de coma de Glasgow y pupilas.
 - Se efectiviza exámenes de laboratorio como: AGA – electrolitos, Hemograma, perfil de coagulación.
 - Se mantiene la vía aérea permeable.
 - Se administra oxigenoterapia por mascarilla con reservorio a 10 litros por minuto.
 - Se administra farmacoterapia según prescripción médica.
- E:** Paciente mantiene perfusión tisular cerebral adecuada y una saturación de oxígeno mayor a 95%. Objetivo alcanzado.



SOAPIE N°04

- S:** Paciente con Glasgow 9/15, no responde a interrogatorio.
- O:** Paciente de 75 años de edad, sexo femenino, en su tercer día de hospitalización, en regular estado general, regular estado de hidratación, no responde a interrogatorio, con funciones vitales de PA: 105/69 mm Hg, FC: 72 por minuto, FR: 20 por minuto, temperatura de 36.2 °C. SpO2 95% con oxigenoterapia. Glasgow 9/15, AO:02, RV:03 y RM:04. Presencia de secreciones orofaríngeas. Con vía periférica en MSI filtrando ClNa9% 1000 cc más Sulfato de Magnesio a XV gotas por minuto y presencia de sonda Foley más bolsa colectora. Miembros inferiores y superiores: simétricos, sin movilidad.
- A:** Riesgo de aspiración R/C disminución del nivel de conciencia.
- P:** Paciente mantendrá vías aéreas permeables durante su permanencia en emergencia.
- I:** Se evalúa estado neurológico, reflejo nauseoso, reflejo tusígeno y capacidad para deglutir.
- Se mantiene vía aérea permeable.
 - Se mantiene equipo de aspiración disponible.
 - Se aspira secreciones a demanda.
 - Se mantiene la cabecera elevada del paciente a 30° - 45°.
- E:** Paciente con vías aéreas permeables. Objetivo alcanzado.



SOAPIE N°05

S: Paciente con Glasgow 9/15, no responde a interrogatorio.

O: Paciente de 75 años de edad, sexo femenino, en su tercer día de hospitalización en regular estado general, regular estado de hidratación, no responde a interrogatorio, con funciones vitales de PA: 105/69 mm Hg, FC: 72 por minuto, FR: 20 por minuto, temperatura de 36.2 °C. SpO2 95% con oxigenoterapia por mascarilla de reservorio a 8 litros por minuto. Glasgow 9/15, AO:02, RV:03 y RM:04. Presencia de vía periférica en MSI filtrando ClNa9% 1000 cc más Sulfato de Magnesio a XV gotas por minuto y presencia de sonda Foley más bolsa colectora. Miembros inferiores y superiores: simétricos, sin movilidad.

A: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea R/C inmovilidad prolongada.

P: Paciente mantendrá integridad cutánea.

I: Se realiza valoración de la piel.

Se valora zonas de presión: los talones, los glúteos, la espalda, los codos.

Se realiza cambio de postura cada dos horas.

Se aplica cremas humectantes.

Se coloca dispositivos en zonas de presión.

Se vigila cualquier zona de piel enrojecida.

Se realiza baño de esponja al paciente.

Se mantiene ropa y cama limpia, seca y sin arrugas.

E: Paciente con piel íntegra y seca. Objetivo alcanzado.



V. CONCLUSIONES

PRIMERA

Los cuidados de enfermería brindados a un paciente con Accidente Cerebrovascular han sido fundamentales para su recuperación y estabilización, basado en la aplicación del método científico, el cual nos permitió brindar una atención de calidad.

SEGUNDA

La valoración se realizó a través de la entrevista indirecta a familiar, historia clínica interpretación de exámenes de laboratorio y exámenes auxiliares, que nos permitió conocer la situación de salud del paciente e identificar sus problemas de salud.

TERCERA

Los diagnósticos de enfermería se formularon a través del análisis de los datos significativos (subjetivos y objetivos) llegando a una conclusión diagnóstica y priorizando las necesidades de salud del paciente con Accidente Cerebrovascular.

CUARTA

El plan de cuidados nos permitió garantizar la continuidad en la atención adecuada del paciente mediante las intervenciones de enfermería que estuvieron orientados a la estabilización y pronta recuperación del paciente.

QUINTA

La ejecución de las intervenciones de enfermería permitió brindar una atención de calidad al paciente con accidente cerebrovascular.

SEXTA

Los resultados obtenidos en la evaluación fueron en su mayoría satisfactorios, alcanzándose parcialmente los objetivos planteados.



VI. RECOMENDACIONES

- Al jefe del servicio de Emergencias del Hospital Regional Manuel Núñez Butron, se sugiere desarrollar asistencias técnicas permanentes en la atención a pacientes con Accidente Cerebrovascular.
- A la jefatura de Enfermería del servicio de Emergencias del Hospital Regional Manuel Núñez Butron, socializar la Guía o Protocolo de Atención al paciente con Accidente Cerebrovascular.
- Al personal de enfermería del Hospital Regional Manuel Núñez Butron, continuar con la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería de acuerdo a los protocolos establecidos en el cuidado del paciente con accidente cerebrovascular, a fin de brindar una atención de calidad.



VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bernabé Ortiz, A. Carrillo Larco, RM. Tasa de incidencia del accidente cerebrovascular en el Perú. Rev. Perú. Med. Exp. Salud Publica. 2021;38(3):399-405.
Disponible: <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2021.383.7804>
2. Moreno Martínez, M. Fernández Amayor, V. Historia y trascendencia social de la enfermedad cerebrovascular. Rev. Neu. 2002; 34 (2):1092-1094.
Disponible: <https://doi.org/10.33588/rn.3411.2001435>
3. Ministerio de Salud. Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas. Boletín epidemiológico. [Online].; 2022. [citado 2024]
Disponible:<https://www.incn.gob.pe/wpcontent/uploads/2022/07/BOLET%C3%8DN-EPIDEMIOLOGICO-8.pdf>
4. Bender Busto, E. Las enfermedades cerebrovasculares como problema de salud. Rev.Cub.Neuro. La Habana, Cuba. 2019; 9 (2):328-335.
Disponible:<https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubneuro/cnn2019/cnn192a.pdf>
5. Insaurralde, W. Heuer, L. Veronesi, C. Paviolo, R. Accidente cerebrovascular (ACV): estudio epidemiológico prospectivo en el Hospital SAMIC, Eldorado, Argentina. Rev Arg Med 2016;4(11):164-168.
Disponible: <http://www.revistasam.com.ar/index.php/RAM/article/view/97/68>
6. Bernabé Ortiz, A. Carrillo Larco, RM. Tasa de incidencia del accidente cerebrovascular en el Perú. Rev. Perú. Med. Exp. Salud Publica. 2021;38(3):399-405.
Disponible: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342021000300399
7. EsSalud. EsSalud: Accidentes cerebrovasculares requieren atención de emergencias para evitar secuelas. [Online].; 2023 [citado 2024. Abril 10].
Disponible:<http://noticias.essalud.gob.pe/?inno-noticia=essalud-accidentes-cerebrovasculares-requieren-atencion-de-emergencia-para-evitar-secuelas>



8. Ministerio de Salud. Ministerio de salud. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. RENACE. [Online].; 2020 [citado 2024 abril 5].
Disponible:https://www.dge.gob.pe/portal/docs/tools/CargaEnfermedad/2020/PU_NO.pdf
9. Solano AL. El Proceso de Enfermería como estrategia para desarrollar la empatía en estudiantes de enfermería. Costa Rica, 2021.
10. Reina G., Nadia Carolina. El Proceso de Enfermería: Instrumento para el cuidado. Umbral Científico, Núm. 17, 2010, pp. 18-23 Universidad Manuela Beltrán Bogotá, Colombia.
11. El proceso de atención de enfermería.
Disponible:<https://www.hospitalneuquen.org.ar/wpcontent/uploads/2020/02/Proceso-de-Atencion-de-Enfermeria-2.pdf>
12. The Texas Heart Institute. Accidente cerebrovascular.
Disponible:<https://www.texasheart.org/heart-health/heart-information-center/topics/accidente-cerebrovascular/>
13. Instituto Nacional de Enfermedades Neurológicas y Accidentes Cerebrovasculares (NINDS por sus siglas en inglés) [Online].; 2012 [citado 2024 abril].
Disponible:<https://www.ninds.nih.gov/Disorders/All-Disorders/Stroke-Information-Page>
14. Muñoz Collazos, M. Enfermedad Cerebrovascular, 2020. Cap. 12. 205-237
Disponible:<https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/accidente-cerebrovascular>
15. NIH. Instituto Nacional del Cáncer de los Institutos Nacionales de Salud. [Online].; 2023 [citado 2024. Abril].



Disponible: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/accidente-cerebrovascular>

16. Alexandrov, A. MD, The University of Tennessee Health Science Center; Manual MSD.

Disponible: <https://www.msmanuals.com/es/hogar/enfermedades-cerebrales-medulares-y-nerviosas/accidente-cerebrovascular-ictus/accidentecerebrovascular-isqu%C3%A9mico>

17. Roa L. Red Colombiana Contra en Ataque Cerebrovascular. ACV-RecaVar. ONG. Ataque Cerebrovascular: etiología isquémica.

Disponible: <https://www.recavar.org/ataque-cerebrovascular-etilogia>

18. National Heart, Lung, and Blood Institute. Accidente cerebrovascular: causas y factores de riesgo.

Disponible: <https://www.nhlbi.nih.gov/es/salud/accidente-cerebrovascular/causas>

19. National Institute of Neurological Disorders and Stroke National Institutes. Accidente cerebrovascular. Esperanza en la investigación, 2021.

Disponible <https://catalog.ninds.nih.gov/sites/default/files/publications/accidente-cerebrovascular.pdf>

20. Nicolaidis, S. Diaz, P. Miranda, J. Fuentes, J. Accidente cerebrovascular: una alarma que hay que detener a tiempo. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Disponible: https://kinesiologia.uc.cl/wpcontent/uploads/2020/08/wiki02.NR_.pdf

21. Organización Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Estrategia paso a paso de la OMS para la vigilancia de accidentes cerebrovasculares, 2006.

22. García Alfonso, C. Martínez Reyes, A. García, V. Ricaurte Fajardo, A. Torres, I. Coral J. Actualización en diagnóstico y tratamiento del ataque cerebrovascular isquémico agudo. Univ. Med. 2019; 60(3).

Disponible: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed60-3.actu>



23. Choreño Parra, J. Carnalla Cortes, M. Guadarrama Ortiz, P. Enfermedad vascular cerebral isquémica: revisión extensa de la bibliografía para el médico del primer contacto. 2019;35(1).
Disponible: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-48662019000100061
24. Rodríguez García, P L. Examen clínico del paciente con ictus. Rev Cubana Neurol Neurocir. [Online] 2011 [abril, 2024];1(1):74–89.
Disponible en: <http://www.revneuro.sld.cu>
25. Ruiz Siebald, P. Canales, P. Enfermedades mitocondriales: diagnostico diferencial de enfermedad cerebrovascular en adulto joven a propósito de un caso. Rev Chil Neuro-Psiquiat 2013; 51 (1): 25-31.
26. Ascendra, J. Lara, N. Medellín, J. Rojas A. Impacto del accidente cerebrovascular en la calidad de vida de la población adulta, 2020. Universidad del Norte.
Disponible:https://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/11285/Tesis_1234095217.pdf?sequence=1&isAllowed=y
27. Dominguez J, Lemos R, Vizaguirre R. Conocimiento de la población sobre Accidentes Cerebro Vasculares. Universidad Nacional de Cuyo, 2013.
28. Málaga, G. De La Cruz Saldaña, T. Busta Flores, P. Carbajal, A. Santiago Mariaca, K. La enfermedad cerebrovascular en el Perú: estado actual y perspectivas de investigación clínica. Acta Med Perú. 2018;35(1):51-4.
Disponible: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v35n1/a08v35n1.pdf>
29. Ibáñez R. Papel de enfermería en la atención al paciente con accidente cerebrovascular. Universidad de Cantabria, 2018.
Disponible:<https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/14119/Iba%C3%B1ezGonzalezR.pd-f?sequence=1&isAllowed=y>
30. Martínez, E. Atención y cuidados de enfermería en el paciente que ha sufrido un accidente cerebrovascular. Universidad de Zaragoza, 2013.



Disponible: <https://zaguan.unizar.es/record/7304/files/TAZ-TFG-2012-138.pdf>

31. Besga, C. Plan de cuidados de enfermería al paciente en fase aguda tras accidente cerebrovascular. Universidad de Valladolid-España 2023.
32. Cutillas, E. Plan de Cuidados de Enfermería en el paciente con Accidente Cerebrovascular. España, 2023.
33. Dioses, E. Cuidado de enfermería al paciente con accidente cerebro vascular isquémico hospitalizado. Instituto de Ciencias Neurológicas, Lima, 2020.
34. Mendoza, O. Proceso de Atención de Enfermería aplicado a paciente con ACV Hemorrágico e Hipertension de un Hospital de ESSALUD, Chiclayo, 2020.
35. Sangama, V. Cuidados de enfermería en pacientes con accidente cerebro vascular isquémico en el servicio de emergencia del Hospital III Suarez Angamos-ESSALUD, Lima, 2020.
Disponible: https://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12952/5918/TA_2ESP_SANGAMA%20MENDOZA_FCS_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y
36. Afuso, M. Chumasero, J. Manteniendo permeabilidad de la vía aérea. Hospital Nacional Arzobispo Loayza (HNAL), Lima, Perú. 2010.
Disponible: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v27n4/a11v27n4.pdf>



AUTORIZACIÓN PARA EL DEPÓSITO DE TESIS O TRABAJO DE INVESTIGACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Por el presente documento, Yo LISBETH VANESA ATAHUACHI CHAHUA,
identificado con DNI 70098073 en mi condición de egresado de:

Escuela Profesional, Programa de Segunda Especialidad, Programa de Maestría o Doctorado
EMERGENCIAS Y DESASTRES

informo que he elaborado el/la Tesis o Trabajo de Investigación denominada:
" CUIDADOS DE ENFERMERÍA APLICADOS A UN PACIENTE CON
DIAGNÓSTICO DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO Y
HEMORRÁGICO, HOSPITAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN PUNO - 2024 "

para la obtención de Grado, Título Profesional o Segunda Especialidad.

Por medio del presente documento, afirmo y garantizo ser el legítimo, único y exclusivo titular de todos los derechos de propiedad intelectual sobre los documentos arriba mencionados, las obras, los contenidos, los productos y/o las creaciones en general (en adelante, los "Contenidos") que serán incluidos en el repositorio institucional de la Universidad Nacional del Altiplano de Puno.

También, doy seguridad de que los contenidos entregados se encuentran libres de toda contraseña, restricción o medida tecnológica de protección, con la finalidad de permitir que se puedan leer, descargar, reproducir, distribuir, imprimir, buscar y enlazar los textos completos, sin limitación alguna.

Autorizo a la Universidad Nacional del Altiplano de Puno a publicar los Contenidos en el Repositorio Institucional y, en consecuencia, en el Repositorio Nacional Digital de Ciencia, Tecnología e Innovación de Acceso Abierto, sobre la base de lo establecido en la Ley N° 30035, sus normas reglamentarias, modificatorias, sustitutorias y conexas, y de acuerdo con las políticas de acceso abierto que la Universidad aplique en relación con sus Repositorios Institucionales. Autorizo expresamente toda consulta y uso de los Contenidos, por parte de cualquier persona, por el tiempo de duración de los derechos patrimoniales de autor y derechos conexos, a título gratuito y a nivel mundial.

En consecuencia, la Universidad tendrá la posibilidad de divulgar y difundir los Contenidos, de manera total o parcial, sin limitación alguna y sin derecho a pago de contraprestación, remuneración ni regalía alguna a favor mío; en los medios, canales y plataformas que la Universidad y/o el Estado de la República del Perú determinen, a nivel mundial, sin restricción geográfica alguna y de manera indefinida, pudiendo crear y/o extraer los metadatos sobre los Contenidos, e incluir los Contenidos en los índices y buscadores que estimen necesarios para promover su difusión.

Autorizo que los Contenidos sean puestos a disposición del público a través de la siguiente licencia:

Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional. Para ver una copia de esta licencia, visita: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

En señal de conformidad, suscribo el presente documento.

Puno 22 de JULIO del 20 24

FIRMA (obligatoria)



Huella



DECLARACIÓN JURADA DE AUTENTICIDAD DE TESIS

Por el presente documento, Yo LISBETH VANESA ATAWACHI CHAHUA,
identificado con DNI 70092073 en mi condición de egresado de:

Escuela Profesional, Programa de Segunda Especialidad, Programa de Maestría o Doctorado
EMERGENCIAS Y DESASTRES

informo que he elaborado el/la Tesis o Trabajo de Investigación denominada:

“ CUIDADOS DE ENFERMERÍA APLICADOS A UN PACIENTE CON
DIAGNÓSTICO DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO Y
HEMORRÁGICO, HOSPITAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN PUNO - 2024 ”

Es un tema original.

Declaro que el presente trabajo de tesis es elaborado por mi persona y **no existe plagio/copia** de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por persona natural o jurídica alguna ante instituciones académicas, profesionales, de investigación o similares, en el país o en el extranjero.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo de investigación, por lo que no asumiré como tuyas las opiniones vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o Internet.

Asimismo, ratifico que soy plenamente consciente de todo el contenido de la tesis y asumo la responsabilidad de cualquier error u omisión en el documento, así como de las connotaciones éticas y legales involucradas.

En caso de incumplimiento de esta declaración, me someto a las disposiciones legales vigentes y a las sanciones correspondientes de igual forma me someto a las sanciones establecidas en las Directivas y otras normas internas, así como las que me alcancen del Código Civil y Normas Legales conexas por el incumplimiento del presente compromiso

Puno 22 de JULIO del 2024

FIRMA (obligatoria)



Huella