

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



MANEJO DE PACIENTES CON ACCIDENTE
CEREBROVASCULAR EN EL ÁREA DE
EMERGENCIA DEL HOSPITAL II CAÑETE -
ESSALUD. 2015 - 2017.

TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN
ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES

CAROLINA VARONESY ZEVÁLLOS SÁNCHEZ

CALLAO, 2018
PERÚ

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Carolina', is written over a large, stylized circular flourish.

HOJA DE REFERENCIA DE JURADO

MIEMBROS DE JURADO EXAMINADOR:

MG. MERY JUANA ABASTOS ABARCA	Presidenta
DRA. LINDOMIRA CASTRO LLAJA	Secretaria
DRA. AGUSTINA PILAR MORENO OBREGÓN	Vocal

ASESORA: DRA. MERCEDES LULIEA FERRER MEJIA

N° DE LIBRO: 005

N° DE ACTA DE SUSTENTACIÓN: 071

Fecha de aprobación de Trabajo Académico: 09/02/2018

Resolución de Decanato N°459-2018-D/FCS de fecha 07 de Febrero del 2018 de designación de Jurado Examinador de Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

LIC. CAROLINA VARONESY ZEVALLOS SANCHEZ

conceptual y la definición de términos, **el capítulo III:** considera la presentación de la experiencia profesional, **capítulo IV :** resultados ; **capítulo V :** conclusiones, **capítulo VI** las conclusiones y el **capítulo VII** Referencias bibliográficas y contiene un apartado de anexos.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la Situación Problemática

El accidente cerebrovascular (ACV) ocurre cuando una arteria que va al cerebro se obstruye o se rompe, produciendo la muerte de un área del tejido cerebral provocada por la pérdida de irrigación sanguínea (infarto cerebral) y causando síntomas repentinos (3)

La Asociación Americana del Corazón (AHA) calcula que cada año aproximadamente 795.000 estadounidenses sufren un primer accidente cerebrovascular o una recurrencia. Los que sobreviven pueden quedar paralíticos, sufrir problemas emocionales o padecer trastornos del habla, la memoria o el juicio. El grado de la lesión o del trastorno depende de cuál haya sido la arteria obstruida y durante cuánto tiempo quedó obstruida. (1)

Según las OMS Las enfermedades cardiovasculares afectan en mucha mayor medida a los países de ingresos bajos y medianos: más del 80% de las defunciones por esta causa se producen en esos países. 17,5 millones de personas murieron por enfermedades cardiovasculares en 2012. 80% de los infartos de miocardio y de los AVC prematuros son prevenibles. >75% de las muertes causadas por ECV se producen en países de ingresos bajos y medios. (2)

Las enfermedades cerebrovasculares son un problema de salud mundial, constituyen la primera causa de discapacidad en el adulto y la segunda causa de demencia. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), 15 millones de personas sufren un ictus cada año; entre ellas, 5,5 millones mueren (el 10 % de todas las muertes producidas) y otros 5 millones quedan con alguna discapacidad permanente.³ Por otra parte, se estima que de 38 millones de días perdidos de vida saludable en 1990, se llegará a 61 millones en el 2020. Cada año, en todo el mundo, más de 83 000 personas de 20 años o incluso menores padecen un accidente cerebrovascular. (4)

En una revisión sistemática, el servicio Andaluz de Salud encontró que a nivel mundial: De 1990 a 2010, la incidencia estandarizada por edad disminuyó de forma significativa en un 12% (IC 95%) en los países de altos ingresos, y aumentó en un 12% (3 a 22) en los países de ingresos bajos y medianos, aunque no alcanzó significación estadística. Las tasas de mortalidad se redujeron de forma significativa tanto en los países con ingresos altos 37% (31-41) como en los de ingresos medios y bajos 20% (15-30). En 2010, el número absoluto de personas con el primer ACV (16,9 millones), supervivientes al AVC (33 millones), muertes relacionadas (5,9 millones), y las AVAD perdidos (102 millones) fueron altas y habían significativamente aumentado desde 1990 (68%, 84%, 26% y 12%, respectivamente), con la mayor parte del peso (incidencia del 68,6%, prevalencia del 52,2%, mortalidad del 70,9% y 77,7% de AVAD perdidos)

en los países de bajos ingresos y medios ingresos.

En 2010, 5,2 millones (31%) de los ACV se dieron en menores (con edades < 20 años) y en jóvenes y adultos de mediana edad (20-64 años), de los cuales aquellos procedentes de países con bajos y medianos ingresos contribuyeron con casi 74.000 (89%) y 4,0 millones (78%), respectivamente. Además, se ha observado diferencias geográficas significativas, entre tres y diez veces, en la carga de ACV entre las regiones y países. Por otro lado, más del 62% de los nuevos AVC, el 69,8% de los ACV prevalentes, el 45,5% de las muertes por ACV, así como el 71,7% de los AVAD perdidos, se dieron en personas menores de 75 años. (5)

En el hospital de Irrua en Nigeria, un análisis sobre la mortalidad concluye que de 3 002 pacientes mayores de 65 años, fallecieron 561 (317 hombres y 244 mujeres) y la causa más frecuente de muerte es la enfermedad cerebrovascular (25,1%).

En Cuba, *González y Campillo* encuentran que de 140 pacientes ingresados, la enfermedad cerebrovascular de tipo isquémica tiene mayor incidencia en la 7ma. Y 8va. Décadas de la vida, con predominio del sexo masculino y que la hipertensión arterial y el antecedente de enfermedad cerebrovascular previa, son los factores de riesgo más frecuentes. (4)

En Argentina; según la Tercer Encuesta Nacional de Factores de riesgo 2013, la prevalencia de ACV fue de 1,9% en Argentina y 1,1% el Entre

Ríos; evidenciándose valores similares entre varones y mujeres (1,1%-1,2%). El porcentaje de este indicador aumentó con la edad a partir de los 50 años. (6)

DAVALOS, Long F y MALAGA, Germán en 2014 manifiestan que en Perú se ha reportado una prevalencia de 6,8 % en la zona urbana y 2,7% en la zona rural en mayores de 65 años, en donde representan el 28,6 y 13,7%, respectivamente, de las causas de muerte. Así mismo, el Ministerio de Salud informó un incremento en la mortalidad por ACV entre los años 2000 y 2006, mientras que en el Hospital Nacional "Cayetano Heredia" se reportó una mortalidad hospitalaria de 20% entre los años 2000 y 2009, lo cual revela su impacto como problema de salud pública. (7)

Entre los problemas relacionados con el manejo inicial del ACV tenemos la ausencia de un adecuado y oportuno diagnóstico. Ferri *et al.* Reportaron que entre 17 a 25% de ACV en mayores de 65 años, procedentes de zonas urbanas y rurales respectivamente del Perú, no son diagnosticados. Dentro del grupo de pacientes que acude a un hospital, solo entre 23 a 30% acude dentro de las tres primeras horas, con lo cual se pierde, en la mayoría de pacientes, la posibilidad de tratamiento con trombolisis. Si bien la distancia y medio de transporte influyen, es la falta de conocimiento de los factores de riesgo y signos de alarma mostrada en nuestro medio los que cumplen un rol importante en la falta de premura

observó mejoría, explicado por el hecho de que solo el 20% de pacientes completan los programas de rehabilitación física. Cabe recalcar que la presencia de demencia y depresión cumplen un papel importante en la recuperación del paciente, presentes en el 25 y 11%, respectivamente, de sobrevivientes ; pese a estas cifras, son pocas las veces que se realiza un seguimiento psiquiátrico y psicológico.

Según la Oficina de Estadística del hospital II Essalud de Cañete, el número de casos de pacientes con accidente cardiovascular son atendidos en el servicio de emergencia va en aumento: 82 casos (2014), 95 casos (2015), 109 casos (2016), siendo predominante en el género masculino en aprox. el 66% (9)

Esta información es alarmante considerando la severa afectación sobre la calidad de vida de los pacientes con ACV, y el inmenso impacto económico que se genera en el sistema de salud y en las familias; no solo porque el paciente con discapacidad moderada a severa se convierte en económicamente inactivo, sino que además, alrededor del 40% necesitará de un cuidador perenne, los cuales, en muchas ocasiones, son familiares, quienes deben dejar de trabajar para cumplir con esta labor. Estos hechos deben hacernos reflexionar en la importancia de implementar programas que aseguren un tratamiento integral, se genere el seguimiento que provea de rehabilitación, control de los factores de riesgo y así, al menos, paliar esta ominosa situación en que se encuentran los pacientes

portadores de secuelas de ACV, que hacen la hayamos convertido en una enfermedad desatendida y olvidada. (8)

Es por ello que la intervención oportuna del profesional de enfermería en el manejo temprano del paciente con accidente cerebrovascular es muy importante como integrante del equipo básico de salud, para lograr una pronta estabilidad de salud del paciente, tomando en cuenta la eficacia y la eficiencia de cada una de las actividades según protocolos.

1.2 Objetivos

Describir la experiencia profesional en el manejo de paciente con accidente cerebrovascular, que acuden al servicio de Emergencia del Hospital II Essalud de Cañete año 2015 - 2017

1.3 Justificación

Este estudio proporcionará información relacionado al manejo de atención de enfermería que se brinda a los paciente con accidente cerebrovascular, que acuden al servicio de Emergencia del Hospital II Essalud de Cañete 2017, con el propósito de contribuir a disminuir las complicaciones propias de la enfermedad. Así mismo se justifica:

Nivel Teórico: El presente estudio servirá para profundizar los conocimientos relacionados al cuidado de enfermería, utilizando la teoría del autocuidado de Doretea Orem, en el Servicio de Emergencia.

Nivel Metodológico: El presente informe es importante a nivel metodológico ya que lograra precisar el proceso de los cuidados de

enfermería en el paciente con accidente cerebrovascular, que acuden al servicio de Emergencia del Hospital II Essalud de Cañete 2017.

Nivel Social: A nivel social este informe beneficiará a los pacientes con accidente cerebrovascular, que son atendidos en el servicio de Emergencia en el Hospital II Essalud Cañete, Así mismo los resultados que se obtengan serán de fundamental importancia para desempeñar con éxito la labor de enfermería y brindar una buena atención a estos pacientes; a fin de evitar complicaciones y facilitar una pronta recuperación.

Nivel Práctico: Permitirá aumentar la práctica y destrezas al personal de enfermería en los tres niveles de atención a nivel hospitalario, para una adecuada intervención en los mismos. A fin de cambiar actitudes, durante la toma de decisiones, al cambio, a la mejora de la práctica profesional al brindar nuestros servicios, a la eficacia, a la satisfacción del usuario interno y externo.

Nivel Económico: Los pacientes con accidente cerebrovascular son un gran problema para la salud pública como para la familia por la morbimortalidad que suponen, por las graves repercusiones médicas, económicas y sociales que conllevan y por ende el aumento de estancias y costos hospitalarios.

II.MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

MAURICIO MONSALVO, Anabel/ FERNÁNDEZ PRIETO, Alejandro Macchia. **“Muerte prematura por accidente cerebrovascular y condición socioeconómica en la Argentina”**. 2016 Con el objetivo de describir la evolución temporal de la mortalidad por accidente cerebrovascular y su asociación con el nivel socioeconómico en Argentina entre 2000 y 2011. Material y métodos; Se realizó un estudio ecológico longitudinal. La mortalidad se cuantificó mediante tasas estandarizadas por edad y sexo, y el nivel socioeconómico mediante quintilos de necesidades básicas insatisfechas. Las unidades de observación fueron los departamentos de Argentina. La asociación entre mortalidad y nivel socioeconómico se evaluó utilizando un modelo de regresión de Poisson para datos de panel. Resultados; La mortalidad por accidente cerebrovascular aumentó progresivamente entre los quintilos de nivel socioeconómico (26,2, 28,4, 30,5, 34,5 y 36,9 por 100.000 personas, para los quintilos 1 a 5, respectivamente en el año 2000). La mortalidad en todos los grupos de nivel socioeconómico disminuyó, aunque persistieron diferencias entre ellos (17,2, 18,5, 20,1, 22,1 y 25,3 por 100.000 personas, para los quintilos 1 a 5, respectivamente en el año 2011). Las razones de tasas de incidencias fueron 1,15 (IC 95% 1,09 a 1,22&59; p&60; 0,001), 1,27 (IC 95% 1,21 a 1,34&59; p&60; 0,001), 1,32 (IC 95%

1,26 a 1,39⁵⁹; p⁶⁰; 0,001), y de 1,48 (IC 95% 1,41 a 1,56⁵⁹; p⁶⁰; 0,001), para los quintiles 2 a 5. Conclusiones; Los resultados sugieren una asociación inversa entre el nivel socioeconómico y la mortalidad por accidente cerebrovascular. Además, persistió una diferencia de mortalidad entre los niveles socioeconómicos durante el período de estudio. (9)

DOMÍNGUEZ, Joana/ LEMOS, Romina/ VIZAGUIRRE Roxana.
“Conocimiento de la población sobre Accidentes Cerebro Vasculares” Mendoza – Argentina 2013.

Con el objetivo de determinar el nivel de conocimientos que tiene la población en estudio acerca del Accidente cerebro vascular, y su relación con la incidencia de esta patología en los 2 últimos años, Es un trabajo de tipo descriptivo, de corte transversal, a una muestra de 120 pacientes. Resultados respecto al sexo de la muestra los porcentajes son muy similares (49% femenino y 51% masculino), destacando la diferencia de solo un paciente más de sexo masculino sobre el femenino. En cuanto a la edad la franja etaria que más consulta es la de 30 a 34 años (19.2%), esto es alentador, en cuanto al aprovechamiento por parte del equipo de salud para hacer prevención y control de las enfermedades. En cuanto al conocimiento que la población estudiada tiene sobre los Accidentes Cerebro vasculares, resulto que la gran mayoría de la muestra (63.3%) refieren tener pocos conocimientos sobre esta patología, esto aumenta el riesgo en ellos de sufrirla ya que los factores que predisponen a su producción, generalmente están asociados a los estilos y hábitos de vida

que se pueden corregir y mejorar. Dentro de los signos del ACV que más conocen se encuentra en primer lugar parálisis de cara y cuello (55%), siguiendo por dificultad para hablar (54%). Es un buen indicador, ya que a pesar de poseer pocos conocimientos si pueden reconocer algunos de los signos de esta patología. (10)

CASTILLA HUAYHUA, Carmen Natividad. “Incidencia de accidente cerebrovascular en pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena Ayacucho” Perú – 2015. Con el objetivo de determinar la incidencia de pacientes con accidente cerebrovascular en la unidad de cuidados intensivos del hospital regional de Ayacucho Adultos. Metodología: El estudio es tipo cuantitativo y retrospectivo, método descriptivo. Población: Fueron 226 pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos del hospital regional de Ayacucho en el 2015. Resultados: Del 100% de pacientes, el 13% (30) se hospitalizaron por accidente cerebrovascular y el 87 son otros diagnósticos. Conclusiones: Se puede evidenciar que hay un porcentaje considerable de pacientes hospitalizado por ACV. (7)

CASTAÑEDA GUARDERAS, Ana/ GUILLERMO BELTRÁN, Renzo/ CASMA BUSTAMANTE, Paulo Ruiz-Grosso/ MÁLAGA Germán. “Registro de pacientes con accidente cerebrovascular en un hospital público del Perú” 2015. Con el objetivo de describir las características de los registros de pacientes con accidente cerebrovascular como

diagnostico causante de hospitalización en el hospital nacional Cayetano Heredia. El estudio fue cuantitativa, longitudinal y tuvieron como población todo los registros de pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de accidente cerebrovascular asignados por el médico tratante al momento de salir de alta. La información fue recogida en una ficha de recolección de datos con la cual se llegó a los siguientes hallazgos: "La forma de ACV más frecuente fue la de ACV isquémico, que se presentó en el 48,1 % de los casos, seguido por la forma de ACV-h con el 24,9 %. Proporcionalmente, la forma de ACV que presenta mayor mortalidad fue la hemorrágica con 31,8 % de los casos (11)

2.2 Marco Conceptual

Accidente cerebrovascular

a) Definición

El accidente cerebrovascular es una lesión cerebral. Se produce cuando se interrumpe el riego sanguíneo a una parte del cerebro o cuando se produce un derrame de sangre en el cerebro o alrededor de él.(1)

Según la OMS es una afección neurológica focal (o a veces general) de aparición súbita, que perdura más de 24 horas (o causa la muerte) y de presunto origen vascular. Esta definición clínica tiene cuatro componentes:

- Una deficiencia o déficit neurológico

- De aparición súbita,
- Que perdura más de 24 horas (o causa la muerte) y
- De presunto origen vascular.
- La definición normalizada de la OMS excluye: la definición normalizada
- El accidente isquémico transitorio (AIT), que se define como la presencia de síntomas neurológicos focales pero con una duración inferior a 24 horas;
- La hemorragia subdural;
- La hemorragia epidural;
- Las intoxicaciones;
- Los síntomas causados por traumatismos. "General" se refiere a los pacientes con hemorragia subaracnoidea o coma profundo pero excluye el coma de origen vascular sistémico como en caso de: choque, síndrome de Stokes-Adams, encefalopatía hipertensiva. (12)

b) Factores de riesgo

Los factores de riesgo:

- La edad.
- La hipertensión arterial, de manera que valores iguales o superiores a 110 mmHg de tensión arterial diastólica aumentan significativamente el riesgo de ictus en 10 años (Odds ratio de

3.6), así como el riesgo de mortalidad por ictus.

- La diabetes mellitus, que aumenta el riesgo de ictus en 5 años (riesgo relativo de 1.80), así como el riesgo de muerte por ictus.
- (12-15) d) El consumo de tabaco, con un riesgo relativo de ictus en el plazo de 10 años de 1.9 para fumadores de menos de 20 cigarrillos/día y de 2.7 para fumadores de más cantidad.
- Los niveles elevados de colesterol, que se asocian proporcionalmente con riesgo aumentado de padecer un ictus no hemorrágico.
- Las enfermedades cardiovasculares claramente asociadas a riesgo elevado de ictus isquémico, como son:
 - La fibrilación auricular, de manera que una quinta parte de los pacientes que padecen esta arritmia sufrirán un ictus dentro de 5 años, salvo que reciban tratamiento antitrombótico apropiado (medida que ha mostrado eficacia en la prevención de cardioembolismos cerebrales). El riesgo de ictus en pacientes con fibrilación auricular aumenta especialmente en aquellos con otros factores de riesgo, de manera que pacientes menores de 65 años tienen un riesgo de ictus en cinco años del 1.0% si no presentan otros factores de riesgo y del 4.9% (3.0-8.1%) si presentan uno o más factores de riesgo, especialmente hipertensión arterial o antecedente de cardioembolismo. Por su parte en pacientes mayores de 75 años estos riesgos son del

3.5% y del 8.1 (4.7-14%) respectivamente

- La cardiopatía isquémica y la presencia de ateromas aórticos, que elevan el riesgo de ictus con una Odds ratio de 2.2 y 7.1 respectivamente.
- La insuficiencia cardiaca.
- La arteriopatía periférica. (13)

c) Causa

Alrededor del 87 % de los accidentes cerebrovasculares son ocasionados por un coágulo sanguíneo o la obstrucción de una arteria que lleva sangre al cerebro. Este tipo de ataque cerebral se denomina «accidente cerebrovascular isquémico». Existen dos tipos de accidentes cerebrovasculares isquémicos: trombosis cerebral y embolia cerebral.

El 13 % restante es ocasionado por vasos sanguíneos rotos o dañados que derraman sangre en el cerebro o alrededor de él. Este tipo de ataque cerebral se denomina «accidente cerebrovascular hemorrágico». Existen dos tipos de accidentes cerebrovasculares hemorrágicos: cerebral y subaracnoideo. Los accidentes cerebrovasculares hemorrágicos producen más muertes que los isquémicos, pero los pacientes que sobreviven a un

accidente cerebrovascular hemorrágico se recuperan mejor y sufren menos discapacidades de larga duración. (1)

d) Tipos

Existen dos tipos básicos:

- Accidente cerebrovascular isquémico , puede ser trombotico o embolico
- Accidente cerebrovascular hemorrágico, los hemorrágicos se clasifican en; Hemorragia subaracnóidea, y hemorragia intracerebral. (14)

d.1 Accidente cerebro vascular Isquémico

El Ictus isquémico es secundario a la disminución del flujo cerebral, causado por lo general por la oclusión de un vaso sanguíneo. La oclusión puede ser de origen trombótico o embólico. La tasa aproximadamente de supervivencia a los 30 días después es de 77 a 85%.La mayoría de los ictus trombóticos se debe a la acumulación de placa ateroscleróticas en la luz vascular, sobre todo en las bifurcaciones arteriales. El principal factor es la hipertensión arterial, otros; la diabetes, hiperlipidemia, la obesidad, el tabaquismo, el estrés y los antecedentes familiares.

La localización de placas ateroscleróticas más frecuente es en

la bifurcación de la arteria carotídea común, el origen de las arterias cerebrales media y anterior y el origen de las arterias vertebrales. Las mujeres de edad avanzada tienen un mayor riesgo de ictus de origen cardioembólico. (15)

El ictus embólico aparece cuando un pequeño embolo procedente del corazón o de la circulación cerebral proximal se desplaza distalmente y se aloja en un vaso de menor tamaño dando lugar a una disminución o desaparición de la irrigación sanguínea. Más de un tercio de los ictus isquémicos son atribuibles a fenómenos cardioembólicos. Los factores de riesgo incluyen la fibrilación auricular, la enfermedad arterial coronaria y la dilatación de las cavidades cardíacas. El tratamiento con aspirina y anticoagulantes orales está siendo investigado como medida preventiva para evitar esta complicación en los pacientes con fibrilación auricular. (14,15)

Fisiopatología

El cerebro recibe 20% del gasto cardíaco. Aproximadamente 800 ml. de sangre circulan en el cerebro en cada minuto. Una gota de sangre que fluya a través del encéfalo tarda alrededor de 7 segundos para pasar de la arteria carótida interna a la vena yugular interna. Este flujo continuo se requiere debido a que el cerebro no almacena oxígeno ni glucosa, y de manera

casi exclusiva obtiene su energía del metabolismo aeróbico de la glucosa sanguínea.

La fisiopatología del daño por la oclusión cerebrovascular puede ser separada en dos procesos secuenciales: de una parte los eventos vasculares y hematológicos que causan la reducción inicial y la subsecuente alteración del flujo sanguíneo cerebral local y de otra, las anormalidades celulares inducidas por la hipoxia y anoxia que producen la necrosis y muerte neuronal. (7)

A consecuencia de la reducción del flujo sanguíneo cerebral (FSC), disminuye el ATP, falla en la recaptación sináptica del glutamato, estimulación de NMDA y AMPA, con ingreso masivo de Na^+ , agua y Ca^{++} produciendose un edema citotóxico. El aumento del Ca intracelular activa una cascada que lesiona la membrana celular, generando ácidos grasos libres, AA, PG y LT.

El Ca también activa: proteasas que fragmentan el ADN y el citoesqueleto; lipooxigenasas, COX, oxidasa de xantinas y NOS. Esto produce radicales libres muy citotóxicos que aumentan el daño a la membrana mitrondrial, produciendo edema y afectando la producción de ATP.

La isquemia activa leucocitos que producen citosinas pro inflamatorias, como TNF alfa y facilitan la adhesión de

macrófagos y monocitos al endotelio .Resultado: más radicales libres lo que lleva a más muerte celular por dos mecanismos:

1) Necrosis: por falla energética. Predomina en el centro del infarto, con edema celular, lesión del tejido vecino, lisis de la membrana celular e inflamación,

2) Apoptosis: Como hay un grado de isquemia menor con respecto a la necrosis, hay energía suficiente como para permitir la expresión de caspasas que dirigen apoptosis. Está a diferencia de la necrosis, no se asocia a inflamación, ni daño del tejido vecino. Se caracteriza por fragmentación de la cromatina, reducción de volumen, condensación del citoplasma y núcleo. Generando el "cuerpo apoptótico".

La isquemia permite el ingreso masivo de sodio a la célula, por apertura de canales y también por creación de gradiente osmótico. También produce disfunción de los capilares cerebrales y la lesión por reperfusión altera la permeabilidad de la barrera hemato-encefálica (BHE) dando como resultado edema iónico, edema vasogénico y transformación hemorrágica. Durante esta fase se desencadena extravasación de proteínas plasmáticas al espacio extracelular, y

macromoléculas, como albúmina, IgG y dextrán, empiezan a difundir rápidamente a través del endotelio.

Al caer en isquemia, el tejido cerebral pierde la capacidad de autorregular su flujo sanguíneo, y este pasa a depender directamente de la presión sanguínea sistémica. Este es un punto importante a recordar para el manejo de un paciente con un ACV, ya que debemos evitar bajar en exceso su presión e incluso pensar en que pacientes hipertensos (uno de los factores de riesgo) serán aún más sensibles a la baja presión (que podría corresponder a nuestros parámetros normales) (16)

d.2 Accidente cerebro vascular hemorrágico

El accidente cerebrovascular hemorrágico ocurre cuando se rompe un vaso sanguíneo que llega al cerebro. La sangre de este vaso puede penetrar en el cerebro y causar daño. Hay dos tipos de accidentes cerebrovasculares hemorrágicos:

Hemorragia subaracnoidea (HSA): significa que el sangrado está entre el cerebro y el cráneo.

Hemorragia intracerebral (HIC): significa que el sangrado está directamente dentro del cerebro. (7)

d.2.1 Hemorragia subaracnoidea (HSA): Es un sangrado en el interior del espacio subaracnoideo, causado por lo general por la rotura de un aneurisma cerebral o una malformación

arteriovenosa (MAV), Las HSA constituye un 6-7% de todos los ictus, La incidencia es mayor en las mujeres y aumenta con la edad, la tasa de mortalidad global es de 25%, y la mayoría fallece en el primer día siguiente del evento. Los factores de riesgo conocidos incluyen; hipertensión, tabaquismo, ingesta de alcohol, y consumo de estimulantes. Como en el ictus isquémico el factor de riesgo aislado más importante es la hipertensión. Las causas de HSA son principalmente los aneurismas cerebrales, MAV, hemorragias hipertensivas intracerebrales y el sangrado de un tumor cerebral (15)

Podemos clasificar a la hemorragia subaracnoidea en diferentes grados:

GRADO I: asintomático, cefalea mínima, escasa rigidez de nuca.

GRADO II: cefalea moderada, rigidez de nuca.

GRADO III: confusión, déficit focal medio, letargo.

GRADO IV: estupor, hemiparesia moderada, severa aparición de rigidez, descerebración, disturbios vegetativos.

GRADO V: coma, rigidez, descerebración, apariencia de moribundo. (17)

Fisiopatología

La HSA hace referencia a la extravasación de sangre hacia los espacios subaracnoideos (un espacio continuo entre los

compartimientos supratentorial e infratentorial). Usualmente existe una elevada concentración de los productos de la sangre alrededor del origen de la hemorragia, pero la HSA originada de una fuente local tiende a ser difusa y llega a extenderse a los componentes del espacio subaracnoideo. La hemorragia también puede afectar a las estructuras del parénquima cerebral y el sistema ventricular adyacente. Al ocurrir la hemorragia se eleva la presión intracraneal (PIC), y como consecuencia disminuye de forma aguda la presión de perfusión cerebral. La hipoperfusión produce isquemia cerebral aguda y pérdida de la conciencia. El fallecimiento durante esta fase aguda se ha explicado por la destrucción neural directa por la fuerza de la sangre extravasada, isquemia cerebral secundaria a elevación aguda de la PIC, y muerte súbita atribuida a arritmias ventriculares mediadas por el sistema simpático. Con la recurrencia de los episodios de hemorragia la PIC se puede incrementar más debido al efecto de masa de los coágulos, edema cerebral e hidrocefalia obstructiva. (18)

d.2.2 Hemorragia intracerebral (HIC):

La hemorragia intracerebral (HIC) consiste en un sangrado directo al tejido cerebral, procedente por lo general de una arteria pequeña. Las causas son: rotura de un aneurisma o MAV,

traumatismo y hemorragia hipertensiva. La HIC destruye el tejido cerebral, causa edema e incremento de la PIC, La hemorragia hipertensiva es responsable del 10 15% de todos los ictus. Aparece por lo general en pacientes 55 a 75 años. El origen suele ser la rotura hipertensiva de un vaso cerebral. La causa de un ictus hipertensivo es con frecuencia la hipertensión de larga evolución. Las discrasias sanguíneas (leucemia, hemofilia, anemia falciforme), el tratamiento anticoagulante y la hemorragia intratumorales son otras posibles causas de las hemorragias intracerebrales (15)

Fisiopatología

La fisiopatología de la hemorragia intracerebral depende de la elevación continuada de la presión arterial, que presiona contra los pequeños vasos arteriales previamente dañados por cambios arterioscleróticos. En ocasiones, estas arterias se rompen y la sangre sale de los vasos hacia el tejido cerebral circundante, formando un hematoma. La PIC se eleva de forma brusca como respuesta al incremento del volumen intracraneal global. (14, 15)

e) Cuadro clínico

El cuadro clínico del ACV isquémico es variable, dependiendo de su duración, extensión, localización y factores constitucionales del individuo. Pero se manifiesta habitualmente como un déficit neurológico de aparición brusca. El carácter temporal del déficit

neurológico, pues en general, los ictus embólicos y la hemorragia sub-aracnoídea (HSA) comienzan de forma BRUSCA. Los trombóticos también, pero es frecuente que sean CAMBIANTES a lo largo de horas e incluso días. La HIC por hipertensión arterial produce un déficit firmemente PROGRESIVO desde el momento del inicio de los síntomas, por un período de minutos a horas.

Hay que descartar mediante el interrogatorio la coexistencia de fiebre, antecedentes de traumatismo craneoencefálico y presencia de crisis comiciales.

Existen circunstancias y síntomas acompañantes que orientan hacia la patología subyacente:

- 1) Cefalea (hemorragia, tumor)
- 2) Disminución del nivel de conciencia (hemorragia, isquemia basilar)
- 3) Vértigo, náuseas, vómitos (hemorragia, isquemia basilar)
- 4) Relación con la maniobra de Valsalva, ejercicio físico intenso, y coito (HSA).(16)

La cefalea súbita e inesperada es el síntoma característico más común de la HSA. La cefalea alcanza su máxima severidad de forma instantánea en el 50% de los pacientes con HSA, se desarrolla en pocos segundos en un 25%, demora de 1–5

minutos en un 20%, y supera los 5 minutos en el resto. Generalmente el dolor es difuso y frecuentemente se describe por los pacientes como el más severo que alguna vez se ha tenido. Muchos pacientes refieren la sensación de "estallido en la cabeza" o "golpe en la cabeza", pero este elemento puede ser difícil de obtener cuando hay deterioro de conciencia.(18)

Y en la anamnesis remota, preguntas dirigidas que tengan por fin conocer el estado vascular del individuo. Además de los factores de riesgo mencionados, nos interesa preguntar: historia de claudicación intermitente, anginas, repercusiones sistémicas de las enfermedades de base (DM2, HTA), control metabólico, alimentación, déficits neurológicos previos, déficit cognitivo leve o demencia, síncope previos, postración, y datos de las redes de apoyo del paciente.(16)

Los síntomas y/o alteraciones que el ictus puede producir, varían según la localización y tamaño de la lesión; ya que el cerebro es un órgano muy complejo y se encarga del control de varias funciones del cuerpo. Por lo que, si el flujo cerebral no llega a una determinada región, la función del cuerpo situada en ésta, no se desarrollará adecuadamente. Los síntomas se presentan generalmente de manera súbita, con manifestaciones focales y resolución gradual. Entre los síntomas más comunes destacamos: hemiparesias, alteración del nivel de conciencia,

problemas visuales, auditivos y del tacto, dificultad para mantener el equilibrio y/o coordinación, vértigo intenso, dificultad para deglutir, alteración emocional, afasia, pérdida de control de esfínteres, pérdida de memoria y cefalea de inicio brusco sin causa conocida. De igual forma, los efectos de la ECV dependen fundamentalmente de la localización de la obstrucción, el grado de tejido cerebral afectado, la rapidez con la que el flujo sanguíneo se restablece y la rapidez con la que zonas no dañadas suplen las que sí lo fueron. Además, si éste afecta al lado derecho del cerebro, el lado izquierdo del cuerpo puede quedar paralizado. Si afecta, en cambio al lado izquierdo del cerebro, el lado derecho del cuerpo será el que pueda quedar paralizado (19)

f) Diagnóstico

Por clínica, no se puede diferenciar un ACV isquémico de uno Hemorrágico, se debe hacer una Tomografía axial Computarizada (TAC) sin contraste para diferenciarlos rápidamente bajo sospecha.

Se sospecha hemorragia si el compromiso de conciencia es más agudo y profundo, ya que es más posible que produzca Hipertensión endocraneana.

El Diagnóstico Clínico debe complementarse con Pruebas Complementarias que cumplen los siguientes objetivos:

- Descarten otras entidades clínicas alternativas
- Establezcan la Naturaleza Isquémica o Hemorrágica de los síntomas
- Definan su Localización, extensión e identifiquen su etiología.(18)

g) Tratamiento

Terapia trombolítica

Administración rTpa: 0,9 mg/kg iv (máximo 90 mg): 10% de la dosis total en bolo y el resto en 1hr. Con vigilancia constante de la PA. No dar ningún otro antitrombotico en 24 hrs. Si se deteriora condición neurológica o descontrola PA, detener el goteo.

Indicaciones:

- Diagnóstico clínico de ACV
- 3 a 4,5 hrs de evolución de ACV.
- TC sin hemorragia ni edema > 1/3 de la ACM.
- Edad >18 años.
- Consentimiento del paciente o su representante.

Contraindicación:

- PA sostenida >185/110 a pesar de tratamiento.
- Plaquetas <100mil; Hto <25%, glucosa <50 o >400 mg/100dl.
- Heparina en las 48 hrs previas y PPT prolongado o INR elevado.

- Síntomas que mejoran con rapidez.
- Cirugía mayor en los 14 días previos.
- Antecedentes de ACV, hemorragia intracraneal, o traumatismo craneal en los 3 meses previos,
- Síntomas de ACV menor
- Hemorragia digestiva en los 21 días previos.
- Infarto agudo al miocardio reciente
- Estupor o coma.

Neuroprotección

Las medidas de neuroprotección son:

- 1) **Reposo absoluto con cabeza a 30°:** Esto para disminuir por presión hidrostática la formación de edema y la posibilidad de aspiración en un paciente con compromiso de conciencia o vómitos.
- 2) **Régimen 0:** al menos hasta que se estabilice el cuadro, para evitar vómitos y aspiración.
- 3) **Normotermia.** La temperatura elevada favorece la isquemia (antipiréticos en caso de fiebre)
- 4) **Normoglicemia:** la hiperglicemia favorece la isquemia.
- 5) **Normotensión:** mantener PAM No bajar PA: irrigación colateral en el cerebro isquémico depende de esta. Se baja solo si hay hipertensión maligna, isquemia concomitante del

miocardio o presión arterial mayor de 185/110 mmHg y se prevé el uso de trombolíticos.

- 6) **Normoxemia.** SI hay Glasgow<8 se debe intubar.
- 7) Control de Frecuencia cardiaca. Ayuda a disminuir riesgo de isquemia cardiaca o embolos que agraven la condición clínica.
- 8) Trombolisis dentro de las primeras 3 hrs de comenzado el ACV isquémico: ver cuadro de indicación y contraindicación.
- 9) **Normonatremia:** No dar soluciones hipotónicas (como suero glucosado al 5%, hidrosalino 0,45%) aumentan el edema cerebral. SI hay hipovolemia, usar soluciones hipertónicas (como manitol, disminuye edema cerebral) o isotónicas, pues agrava el infarto.
- 10) Descompresión cerebral: Entre 5 y 50% de pacientes desarrollan edema cerebral significativo; hay más posibilidad mientras más grande es el infarto. Es máximo entre 2ºy 3ºdia, pudiendo ser reconocible hasta el 10ºdia.
- 11) Trombectomia o trombolisis endoarterial: la FDA no ha aprobado la administración endoarterial de los trombolíticos contra ACV agudo; sin embargo, muchos centros especializados ofrecen el tratamiento. Ha sido promisoria la trombectomía mecánica intravascular hasta 8 hrs después de iniciado los síntomas, aprobada por la FDA. En 48% de

los pacientes hubo recanalización del vaso y también la hubo en 60% después de emplear métodos endovasculares complementarios. La recanalización satisfactoria a los 90 días tuvo relación con resultados favorables.

12) **Aspirina:** Por cada 1000 ACV tratados con este fármaco, en promedio se evitarán en las primeras semanas 9 fallecimientos o recurrencias no fatales y aproximadamente 13 pacientes menos habrán muerto o quedarán inválidos en los siguientes seis meses. Un paciente post ACV debe permanecer de 7 a 10 días (GES) hospitalizado para el manejo de medidas de neuroprotección. Si el cuadro ha evolucionado sin complicaciones se podrá proceder al alta luego de terminado el período.(16)

Tratamiento quirúrgico

El tratamiento quirúrgico de la HIC es motivo de controversia y la individualización de cada caso es la regla. Las hemorragias de volumen menor, entre 25 y 30 ml no se benefician de evacuación quirúrgica, particularmente si se ejecuta por medio de procedimientos traumáticos (a cráneo abierto y a ciegas), del mismo modo que no se recomiendan en hemorragias grandes de 75 a 80 cc o mayores, en especial en pacientes admitidos en coma,

cualquiera que sea su tiempo de evolución, debido a que estas últimas tienen altas tasas de mortalidad y a que una eventual supervivencia ocurre en pésima condición, como estado vegetativo permanente o afasia global. El tratamiento quirúrgico de la HSA debida a aneurisma o MAV no admite ya controversia. No obstante, el éxito del tratamiento de la HSA depende, además de la pericia y oportunidad del tratamiento quirúrgico, del manejo médico pre y postoperatorio en unidades de cuidado crítico, atendiendo tanto las variables médicas en la etapa aguda, como los riesgos de deterioro tardío. Los mayores avances en prevención quirúrgica de ECV se han realizado a través de grandes estudios que han puesto a prueba dos procedimientos:

- Procedimientos de revascularización del cerebro por medio de anastomosis entre la circulación extracraneal y la intracraneal: estos procedimientos han sido prácticamente abandonados después de 1989, cuando fue demostrado que la cirugía de anastomosis no protege al grupo de pacientes de una recurrencia de IC o de AIT, ni reduce la mortalidad por IC tanto de los eventos ipsilaterales al lado tratado como en cualquiera otra parte de la circulación cerebral; ningún subgrupo de este estudio obtuvo beneficio clínico o radiológico de cirugía e incluso el grupo tratado con cirugía tuvo una mortalidad mayor. Este resultado negativo fue independiente de la magnífica

permeabilidad de las anastomosis a largo plazo

- La endarterectomía carotídea contrariamente, ha demostrado en estudios simultáneos en América y Europa, ser eficaz en reducir el riesgo relativo en 17% (20)

h) Prevención

Prevención Primaria

Se basa en el manejo de los factores de riesgo modificables, con especial énfasis en control de la hipertensión arterial, de las dislipidemias, control de peso y diabetes. También es importante informar a las personas de como sospechar un evento agudo, para disminuir el tiempo de consulta y mejorar el pronóstico llegando al manejo médico dentro de las primeras 4.5 hrs.

Prevención secundaria

- En todo paciente que haya sufrido un ACV, que no esté severamente discapacitado y que sea candidato a una endarterectomía (eco doppler carotideo muestra un grado significativo de estenosis), se debe realizar una angiografía digital para precisar el grado de estenosis. A todo paciente con más de un 70% de oclusión ipsilateral a la lesión se debe ofrecer una endarterectomía carotidea (siempre que no existan contraindicaciones)
- La mortalidad de la angiografía y la endarterectomía es inferior al 7%

- En caso de candidatos a endarterectomía carotídea que no cumplan las indicaciones se puede evaluar la instalación de un stent carotideo
- Pacientes que presenten fibrilación auricular deben iniciar terapia anticoagulante, siempre y cuando no tenga contraindicaciones. Esta podrá iniciarse entre 4 a 14 días post evento (para evitar conversión hemorrágica) y busca un INR entre 2.0 y 3.0
- Todo paciente debe recibir (a menos que existan contraindicaciones) terapia farmacológica antihipertensiva permanente. La combinación de un IECA, as un diurético ha demostrado ser efectiva para prevenir la recurrencia del ACV, independiente de la línea basal de presión arterial del paciente.
- Además se debe administrar estatinas, a menos que existan contraindicaciones para ello. (16)

j.- Complicaciones y secuelas

Un ictus puede provocar secuelas diversas entre las que se encuentran los trastornos sensitivos, déficit de visión, trastornos motores, pérdida de sensibilidad, alteración del equilibrio y afectación en el habla.

Las complicaciones más comunes son el edema cerebral, convulsiones, depresión clínica, úlceras de decúbito, contracciones de las extremidades, dolor de hombro, trombosis venosa profunda, infección del tracto urinario y control de la vejiga y neumonía.

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

La rehabilitación en este tipo de pacientes abarca distintas áreas y se requiere una asistencia multidisciplinar además de ser fundamental el apoyo y ayuda familiar. Es importante señalar que el grado de discapacidad sufrido tras el ictus, afecta tanto al estilo de vida y al concepto de calidad de vida de la persona como al de sus cuidadores (19)

2.1.1 Manejo de paciente con accidente cerebrovascular

Las prioridades de enfermería se orienta a realizar una valoración neurológica y hemodinámica frecuente controlar la aparición de complicaciones e informar al paciente y a la familia.

Realizar valoración frecuente:

El objetivo de las valoraciones repetidas es reconocer de forma precoz cualquier signo de deterioro neurológico y/o hemodinámico.

El control estricto de signos neurológicos y vitales del paciente es esencial y requiere una observación casi continua. La crisis convulsiva se debe identificar y tratar de inmediato.

Control de las complicaciones:

El paciente con accidente cerebrovascular debe ser controlado cuidadosamente por si aparece signos hemorragia, vasoespasmos, o aumento de la presión intracraneal. Otras complicaciones del ictus incluyen aspiración, malnutrición, neumonía, trombosis venosa profunda, embolismo pulmonar, úlceras de decúbito, contracturas y alteraciones articulares. Las medidas de enfermería para prevenir estas complicaciones son bien conocidas.

Hemorragia y vasospasmo. En el paciente con un aneurisma cerebral, un comienzo súbito o un incremento de la cefalea, de las náuseas y vómitos, el aumento de la PA y las alteraciones respiratorias pueden anunciar el inicio de la recidiva hemorrágica. El primer signo que indica vasospasmo suele ser la aparición de un déficit neurológico nuevo o global. Las preocupaciones utilizadas en la HSA implican la prevención de cualquier tipo de estrés o tensión que puedan precipitar la recidiva hemorrágica. Estas medidas incluyen el reposo en cama, un ambiente oscuro y tranquilo y

asientos blandos. Para aliviar el dolor y la ansiedad se administran analgésicos y sedantes de vida media corta. El paciente debe estar tranquilo. Las medidas de sujeción de los miembros son estresantes y deben evitarse. En caso necesario, sólo debe utilizarse una camiseta o chaqueta. La cabecera de la cama siempre debe estar elevada 35 a 45°. Hay que pedir al paciente que evite cualquier actividad que reproduzca la maniobra de valsalva, como empujar con las piernas para levantarse de la cama, retener la necesidad de defecar o mantener la respiración durante las pruebas o cuando sienta malestar. Además hay que tener en cuenta las medidas rutinarias para prevenir la trombosis venosa profunda. Clásicamente. Hipertensión intracraneal: disminución de la conciencia, triada de Cushing (bradicardia, hipertensión sistólica, y bradipnea), disminución de los reflejos tronco encefálico, papiledema, postura de descerebración (extensión anormal), postura de decorticación (flexión anormal), asimetría del tamaño pupilar, vómitos en escopetazo, disminución de la respuesta pupilar a la luz, patrones de respiración anómalos y cefalea. (15)

Diagnósticos de enfermería:

- Disminución de la capacidad de adaptación intracraneal R/C alteración de los mecanismos intracraneales de compensación normales.

- Alteración de la perfusión tisular cerebral, R/C vasoespasmos o hemorragia
- Desatención unilateral, R/C la alteración de la percepción.
- Trastorno de la comunicación verbal R/C con la lesión del área cerebral del habla.
- Trastorno de la deglución R/C el trastorno neuromuscular, fatiga y deterioro del estado de alerta.
- Alteración de la imagen corporal R/C el cambio real de la estructura, función o aspectos corporales. (21)

Intervención de enfermería:

La actuación de la enfermera en el equipo de salud debe ser complementaria con las demás especialidades que manejan el paciente con accidente cerebrovascular:

Valoración neurológica Requiere de la permanente observación, del monitoreo continuo de los signos vitales y neurológicos para el reconocimiento temprano del deterioro hemodinámico y neurológico. Cuando un paciente ingresa con un cuadro de sospecha de ACV en la guardia de una institución hay algunos aspectos muy importantes a desarrollar durante la recepción:

1. Valoración de la vía aérea, respiración y circulación (ABC). La prioridad más importante en estos pacientes es asegurar una adecuada ventilación con la consecuente llegada de oxígeno a

todos los órganos. La enfermera debe conocer el manejo de la urgencia y el cuidado permanente de la vía aérea. Debemos tener en cuenta que los pacientes con deterioros neurológicos, tienen gran riesgo de desarrollar obstrucción de la vía aérea. La relajación de la lengua y de otros tejidos blandos hipo faríngeos en pacientes sobre todo en decúbito dorsal, pueden provocar obturación parcial o total de la misma.

2. Reconocer el estado de conciencia, recordando los diferentes estadios de la misma: alerta, letargo, obnubilación, estupor, coma.
3. Valorar la movilidad de los cuatro miembros.
4. Control estricto de signos vitales: Frecuencia Cardíaca (por lo menos en un minuto), buscando reconocer arritmias cardíacas muchas veces responsables de los trastornos neurológicos. Tensión arterial (auscultatorio-palpatorio), la hipertensión es un signo común a varias injurias cerebrales, después de un ACV el estado hemodinámico es parte de la respuesta compensatoria. Respiración (tipos, frecuencia) se debe poner especial interés en valorar el patrón respiratorio y el estado de la vía aérea. y Temperatura (axilar y/o mucosa) Se debe tener presente la triada de bradicardia, hipertensión sistólica y amplia presión de pulso, como signos de deterioro neurológico.

5. Colocación de vía endovenosa periférica (seleccionar el miembro superior no afectado, iniciar la hidratación con Solución fisiológica de cloruro de sodio).
6. Coordinarla actividad con los servicios de apoyo: Rayos y Laboratorio.
7. Observar en forma continua al paciente en busca de clonas, episodios de desorientación, cambios en la coloración de la piel, signos vitales, relajación de esfínteres, registrar e informar. Registrar todos los datos del ingreso como así también todas las intervenciones realizadas.
8. Conocer y Aplicar la escala de Glasgow. Valorando la respuesta motora, verbal y la apertura de los ojos, ante los estímulos externos.
9. No quitar la ropa si no es necesario. Tener precauciones con las pertenencias de valor y las prótesis.
10. Asegurar el correcto y seguro traslado el paciente a lo servicios de apoyo.
11. Informar los cambios al médico tratante.
12. Disminuir la ansiedad del paciente con expresiones de apoyo, amabilidad e información sobre su estado actual y los procedimientos que se han de realizar.
13. Información a la familia sobre la situación del paciente (actividad conjunta entre médico y enfermera) y permitir el acompañamiento

del paciente cuando sea pertinente. La presencia de los padres en el paciente pediátrico es esencial para ayudar al niño a afrontar el estrés de la lesión traumática. (17, 22)

2.1.2 Teoría del autocuidado de Dorotea Orem

Orem nació en Baltimore, y se educó con las Hijas de la Caridad de S. Vicente de Paúl. Se graduó en 1930. Dentro de su trayectoria como teórica no influyó ninguna enfermera más que otra, sino que fue el conjunto de todas con las que había tenido contacto, y la experiencia de las mismas lo que le sirvió de fuente teórica. (23)

a.- Sus teorías:

Dorothea no tuvo un autor que influyó en su modelo, pero sí se ha sentido inspirada por varios agentes relacionados con la enfermería como son: Nightingale, Peplau, Rogers y demás.

Ha descrito la Teoría General del Autocuidado, la cual trata de tres subteorías relacionadas:

La teoría del autocuidado:

En la que explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: "El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o

hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar".

Define además tres requisitos de autocuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado, indican una actividad que un individuo debe realizar para cuidar de sí mismo:

- Requisitos de autocuidado universal: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.
 - Requisitos de autocuidado del desarrollo: promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.
 - Requisitos de autocuidado de desviación de la salud: que surgen o están vinculados a los estados de salud.
- La teoría del déficit de autocuidado:

En la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la

intervención de la enfermera.

- La teoría de sistemas de enfermería:

En la que se explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas:

- Sistemas de enfermería totalmente compensadores: La enfermera supe al individuo.

Acción de la enfermera: Cumple con el autocuidado terapéutico del paciente; Compensa la incapacidad del paciente; da apoyo al paciente y le protege.

- Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: El personal de enfermería proporciona autocuidados:

Acción de la enfermera: Desarrolla algunas medidas de autocuidado para el paciente; compensa las limitaciones de autocuidado; ayuda al paciente.

Acción del paciente: Desempeña algunas medidas de autocuidado; regula la actividad de autocuidado; acepta el cuidado y ayuda a la enfermera.

- Sistemas de enfermería de apoyo-educación: la enfermera actua ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda:

Acción de la enfermera: regula el ejercicio y desarrollo de la

actividad de autocuidado. (23, 24)

CONCEPTOS SEGÚN LA TEORÍA:

Concepto de persona:

Concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como tal es afectado por el entorno Y es capaz de acciones predeterminadas que le afecten a él mismo, a otros y a su entorno, condiciones que le hacen capaz de llevar a cabo su autocuidado. Además es un todo complejo y unificado objeto de la naturaleza en el sentido de que está sometido a las fuerzas de la misma, lo que le hace cambiante. Es una persona con capacidad para conocerse, con facultad para utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales, a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado y el cuidado dependiente.

Concepto de Salud:

La Salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos.

El hombre trata de conseguir la Salud utilizando sus facultades para llevar a cabo acciones que le permitan integridad física, estructural y

de desarrollo.

Concepto de Enfermería:

Enfermería es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales.

Los cuidados de Enfermería se definen como ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener, por si mismo, acciones de autocuidado para conservar la Salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta.

La enfermera actúa cuando el individuo, por cualquier razón, no puede autocuidarse. Los métodos de asistencia de enfermería que D. Orem propone, se basan en la relación de ayuda y/o suplencia de la enfermera hacia el paciente, y son:

- 1.- Actuar en lugar de la persona, por ejemplo en el caso del enfermo inconsciente.
- 2.- Ayudar u orientar a la persona ayudada, como por ejemplo en el de las recomendaciones sanitarias a las mujeres embarazadas.
- 3.- Apoyar física y psicológicamente a la persona ayudada. Por ejemplo, aplicar el tratamiento médico que se haya prescrito.
- 4.- Promover un entorno favorable al desarrollo personal, como por ejemplo las medidas de higiene en las escuelas.
- 5.- Enseñar a la persona que se ayuda; por ejemplo, la educación a un enfermo colostomizado en cuanto a la higiene que debe

realizar. (24)

Conceptos de Entorno:

Factores físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean comunitarios o familiares que pueden influir o interactuar con la persona.

También es necesario aclarar los siguientes conceptos, abarcados en la teoría de Orem:

Necesidades de autocuidado terapéutico: El conjunto de medidas de cuidado que se requieren en ciertos momentos o durante un cierto tiempo, para cubrir las necesidades de autocuidado de la persona.

Actividad de autocuidado: Las acciones deliberadas e intencionadas que llevan a cabo las personas, para regular su propio funcionamiento y desarrollo.

Agente: La persona que se compromete a realizar un curso de acción o que tiene el poder de comprometerse en él mismo.

Agente de cuidado dependiente: Es el adolescente o adulto que asume la responsabilidad de cubrir las demandas terapéuticas de las personas que son importantes para él.

Aplicación a la práctica

La relación enfermero-paciente-familia representa para Orem el elemento básico del sistema de enfermeros, ya que influyen estos agentes en el proceso de enfermería, el cual se basa en tener una relación efectiva, en la cual se deberá ponerse de acuerdo para poder

realizar las cuestiones relacionadas con la salud del paciente.

Esta relación se ve también en la guía de planificación de la enfermera según Orem, que dice:

Información previa, se debe consultar al paciente y a la familia sobre el estado de salud del mismo y las condiciones culturales. A su vez Identificar y analizar el impacto de la condición del paciente sobre los miembros de la familia y su interacción con ellos.

Valoración: evaluar el desarrollo del paciente y su familia, que se analizara las necesidades de aprendizaje del paciente y de su familia (acerca del tratamiento).

Planificación: Planificar los cuidados de enfermería, dirigidos a superar los déficit de autocuidado del paciente y aquellos problemas con que puede encontrarse la familia. La enfermera deberá apoyar la toma de decisiones del paciente y su familia. (19,20)

2.3 Definición de Términos

- a) Escala de coma de Glasgow: Es una escala de aplicación neurológica que permite medir el nivel de conciencia de una persona. Una exploración neurológica de un paciente con traumatismo craneoencefálico debe ser simple, objetiva y rápida. Utiliza tres parámetros que han demostrado ser muy replicables en su apreciación entre los distintos observadores: la respuesta verbal,

la respuesta ocular y la respuesta motora. El puntaje más bajo es 3 puntos, mientras que el valor más alto es 15 puntos.

b) Hemorragia: Es la salida de sangre desde el aparato circulatorio, provocada por la ruptura de vasos sanguíneos como venas, arterias o capilares. Es una lesión que desencadena una pérdida de sangre, de carácter interno o externo, y dependiendo de su volumen puede originar diversas complicaciones (anemia, choque hipovolémico, etc.).

c) Oxigenoterapia: Es una medida terapéutica que consiste en la administración de oxígeno a concentraciones mayores que las que se encuentran en aire del ambiente, con la intención de tratar o prevenir los síntomas y las manifestaciones de la hipoxia.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 Recolección de Datos

Para la realización del presente informe de experiencia profesional se llevó a cabo la recolección de datos, utilizando la técnica de revisión documentaria, para lo cual se hizo la revisión de los registros de Enfermería del servicio, como las historias clínicas, de los cuales se recabaron datos coherentes a la temática en estudio. Asimismo, para la obtención de los datos que contiene el presente informe, se llevó a cabo las siguientes acciones:

- **Autorización:** Se solicitó la autorización a las respectivas Jefaturas; Servicio de Emergencia y de enfermería, oficina de estadística a fin de tener acceso a los registros anteriores e historias clínicas.
- **Recolección de Datos:** Libro de registro, Historia clínica, registros de enfermería
- **Procesamiento de Datos:** Se realizó a través del programa informático Excel, que facilitó el trabajo a través de las hojas de cálculo.
- **Resultados:** Los resultados se presentan a través de gráficos.
- **Análisis e interpretación de resultados:**

3.2. Experiencia Profesional

- Recuento de la Experiencia Profesional

Mi desempeño laboral se inicia con el SERUMS el cual realice en P.S Malvinas bajo la modalidad de equivalente en el año Lugar, Distrito Imperial Provincia Cañete Región Lima.

A partir de 01 de junio del 2013 al 31 de mayo 2014, luego inicie mi labor en el Hospital II Cañete desde enero 2014 del a la actualidad. Laboro en el servicio de Emergencia, rotando por todas las áreas del servicio como, shock trauma, sala de observaciones, y diversos tópicos, realizando labores asistenciales.

- Descripción del Área Laboral

Es la unidad orgánica encargada de realizar tratamiento médico quirúrgico de emergencia y de cuidados críticos, proporcionando permanentemente la oportuna atención de salud, a todas las personas cuya vida y/o salud se encuentre en grave riesgo o severamente alterada; durante las 24 horas del día. Depende de la Dirección Ejecutiva.

- Organización

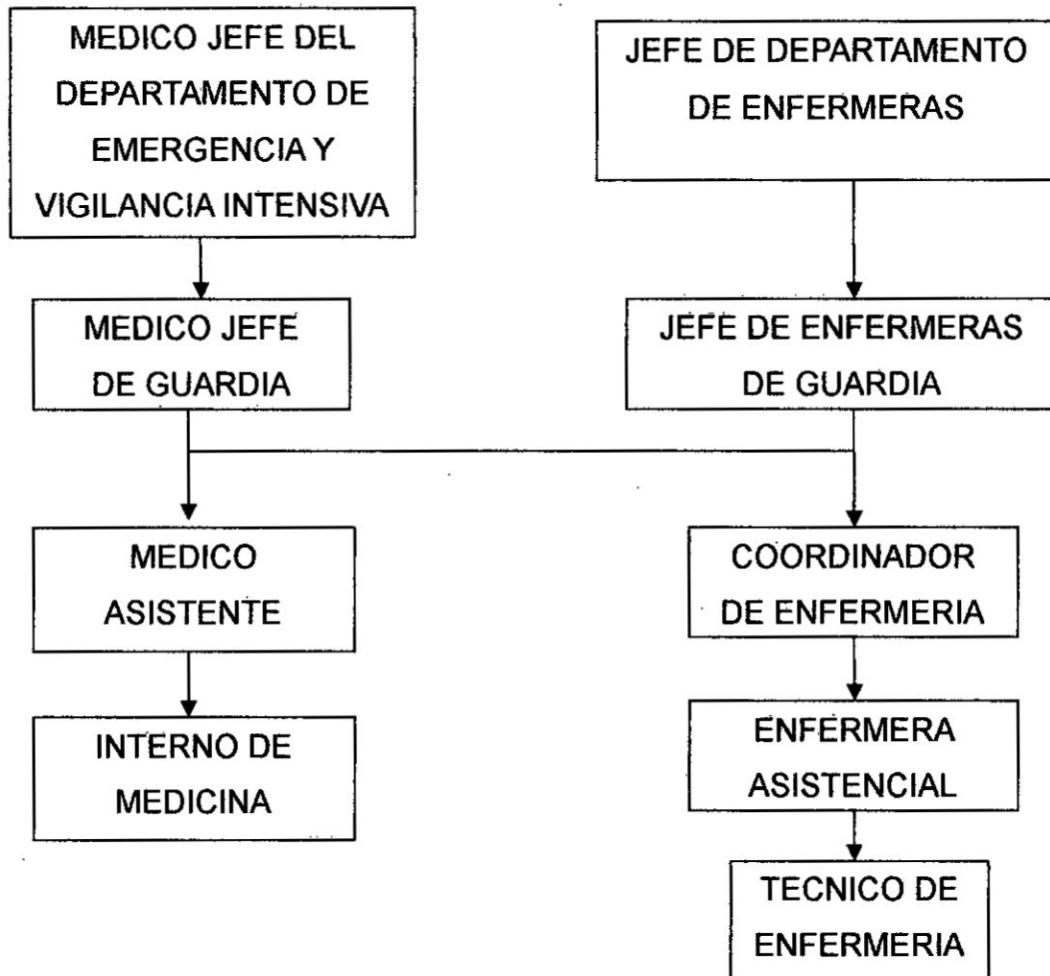
ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DEL SERVICIO DE EMERGENCIA - HOSPITAL II ESSALUD DE CAÑETE



Fuente: Oficina de Planeamiento Estratégico HEC

**ORGANIGRAMA FUNCIONAL DEL SERVICIO DE EMERGENCIA
HOSPITAL II ESSALUD DE CAÑETE**

GRAFICA N°02



Fuente: Oficina de Planeamiento Estratégico HEC

- Recursos Humanos

10 médicos, 11 enfermeros y 15 técnicos de enfermería.

- Infraestructura

Se encuentra ubicado en el primer piso con puerta a la Calle y cuenta con las siguientes áreas:

- **Área administrativa**

- Sala de Espera
- Star de Enfermería
- Estacionamiento de ambulancias

- **Área Asistencial**

- Atención al paciente
- Triage.
- Unidad de Reanimación o Shock Trauma.
- Consultorio diferenciado por especialidades. (Medicina, Cirugía, Gineco obstetricia y Pediatría.)
- Área de Inyectable y nebulizaciones.
- Sala de Observación adulto diferenciado por sexo.
- Sala de Observación pediátrica.
- Otras Áreas

- Área para stock de materiales e insumos.
- Depósito de ropa limpia.
- Depósito de ropa sucia.
- Cuarto de limpieza.

- Funciones Desarrolladas en la Actualidad

a) Área Asistencial

Disponer las medidas necesarias para el buen cuidado de los pacientes en el servicio de Emergencia y supervisar su ejecución.

Brindar atención integral de enfermería y realizar la referencia y contra referencia cuando el caso lo requiera.

Ejecutar las actividades de salud en Emergencia y realizar seguimiento de casos en riesgo.

Controlar y registrar los controles vitales cuando ahí se requieren de acuerdo a estado del paciente.

Brindar educación sanitaria al usuario, la familia y la comunidad de acuerdo a las necesidades identificadas.

Brindar atención de enfermería en situaciones de emergencia y desastres.

Cumplir con las guardias hospitalarias y realizar la atención domiciliaria según el usuario y la comunidad.

Realizar el registro diario de las actividades de enfermería y realizar las anotaciones de enfermería de cada paciente.

Cumplir con las medidas de bioseguridad.

Participa en la vigilancia epidemiológica intra-hospitalaria.

Velar por el mantenimiento y la conservación del buen estado de los equipos y mobiliario del servicio y responder ante cualquier circunstancia de sustracción o pérdida de cualquier material u equipo.

Realizar la entrega de turno a la enfermera entrante con su respectiva entrega de cargo.

Realizar el traslado del paciente a hospitalización o sala de operaciones.

Colaborar con la conservación del buen estado de los equipos y enseres del servicio.

b) Área Administrativa

Supervisar las actividades del personal técnico de enfermería.

Participar en la elaboración de los documentos de gestión del servicio de Emergencia, como guías de procedimientos, guías de atención de enfermería.

Participar en las reuniones programadas por el Departamento de Enfermería.

c) Área Docencia

Participar en los programas de formación y capacitación programados por la Unidad de Docencia e Investigación.

Capacitación en servicio al personal técnico de enfermería a mi cargo.

d) Área Investigación

Mantener un nivel óptimo de conocimientos de Enfermería, acorde con los avances científicos y tecnológicos en la salud.

3.3 Procesos Realizados en el Tema del Informe

El presente informe profesional se realizó en el servicio de emergencia recabando datos de los diferentes registros que contamos en el servicio y casos clínicos.

3.3.1. Presentación de Caso

Paciente de 66 años, sexo masculino, ingresa al servicio de emergencia inicia con una cefalea 10/10 de predominio frontal, instalación brusca, asociado a náuseas, mareo, mientras se encontraba sentado a la mesa. Al levantarse nota un aumento de su paresia crural y cae al suelo, refiere pérdida de conciencia de aproximadamente 20 minutos

Antecedentes:

- ACV isquémico secuestrado (2008) paresia braquiocrural

- HTA sin control ni tratamiento (2008)

Al control de signos vitales:

PA 180/115mmhg FC 64 x min SO2 85% FR 12 x min

3.3.2. ¿Que se hizo?

- Se instala en la unidad de Shock Trauma, con monitoreo neurológico, cardiorrespiratorio y hemodinamia.
- Se realiza permeabilización de vía aérea, mas oxigenoterapia.
- Se canaliza vía periférica
- Se efectiviza exámenes de laboratorio, radiografías, tomografía.
- Se prepara paciente para referencia a hospital de mayor complejidad.

3.3.3. ¿Qué se aprendió?

A partir del caso se aprendió el manejo del paciente con accidente cerebrovascular así como la valoración neurológica y el control y prevención de las complicaciones.

3.3.4. Innovaciones – Aportes

- Guía de atención de enfermería paciente con accidente cerebro vascular.
- Guía de procedimientos de enfermería en emergencia.
- Capacitación en servicio al personal de enfermería.

3.3.5- Limitaciones para el Desempeño Profesional

- Una de las principales limitaciones es el recurso humano, ya que no tenemos personal de enfermería de reten o para las referencias de pacientes a un hospital de mayor complejidad.
- En cuanto a la infraestructura, el espacio es pequeño, el hospital está declarado en emergencia.
- El equipamiento e insumos es insuficiente para el área de Shock trauma.

IV.RESULTADOS

CUADRO 4.1

NUMERO DE PACIENTE CON ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR POR AÑO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL II ESSALUD DE CAÑETE 2014 - 2016

AÑO	N° CASOS	%
2014	82	29%
2015	95	33%
2016	109	38%
TOTAL	286	100%

Fuente: Oficina de Estadística (2017)

En el cuadro 4.1 vemos que según Oficina de Estadística del hospital II Es salud de Cañete, el número de casos de pacientes con accidente cardiovascular son atendidos en el servicio de emergencia va en aumento: 82 casos (2014), 95 casos (2015), 109 casos (2016).

CUADRO 4.2

**EDAD Y SEXO DE LOS PACIENTES CON ACCIDENTE CEREBRO
VASCULAR EN SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL II
ESSALUD DE CAÑETE 2014 - 2016**

GRUPO DE EDAD	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
18 - 29 años	03	2.6%	08	4.7%	11	04%
30 - 59 años	33	28.5%	47	27.6%	80	28%
60 años a mas	80	68.9%	115	67.6%	195	68%
TOTAL	116	100%	170	100%	286	100%

Fuente: Oficina de Estadística (2017)

En el cuadro 4.2 vemos que a mayor edad aumenta la frecuencia de los casos , siendo el grupo de 60 años a más el que aporto 195 casos (68%) del total, siendo predominante en el género masculino en aprox. el 59.4%, con 170 casos.

CUADRO 4.3

**NUMERO DE PACIENTE FALLECIDO CON ACCIDENTE CEREBRO
VASCULAR POR AÑO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL
HOSPITAL II ESSALUD DE CAÑETE 2014 – 2016**

AÑO	N° FALLECIDOS				TOTAL	%
	MASCULINO		FEMENINO			
	N°	%	N°	%		
2014	04	30.8%	02	40%	06	33.3%
2015	03	23.0%	00	0%	03	16.6%
2016	06	46.2%	03	60%	09	50 %
TOTAL	13	100%	05	100%	18	100%

Fuente: Oficina de Estadística (2017)

En el cuadro 4.3 podemos apreciar que mayor mortalidad se presentó en el año 2016 con el 50%, además vemos que se caracterizó en el sexo masculino con el 72% y en el sexo femenino con el 28% respectivamente.

CUADRO 4.4

**NUMERO DE PACIENTE PACIENTES CON ACCIDENTE CEREBRO
VASCULAR EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL II
CAÑETE REFERIDOS A HOSPITAL DE MAYOR COMPLEJIDAD 2014 –
2016**

AÑO	N° PACIENTE REFERIDO				TOTAL	%
	MASCULINO		FEMENINO			
	N°	%	N°	%		
2014	18	24.7%	10	16.0%	28	20.7%
2015	25	34.3%	20	32.4%	45	33.3%
2016	30	41.0%	32	51.6%	62	45.9%
TOTAL	73	100%	62	100%	135	100%

Fuente: Oficina de Estadística (2017)

En el cuadro 4.4 vemos que a medida que ha transcurrido el tiempo se ha incrementado el número de referencias así como también el incremento de casos año a año, y está en relación con el perfil epidemiológico de las enfermedades crónicas no transmisibles (HTA y DM tipo 2) de la provincia de Cañete.

V. CONCLUSIONES

- a) La experiencia profesional y la preparación adecuada, permiten que el Enfermero desarrolle capacidades cognitivas, procedimentales y actitudinales para brindar un cuidado de calidad, eficiente, oportuno y seguro al paciente con accidente cerebrovascular.
- b) Se evidencia que la adecuada intervención del profesional de enfermería desde el triaje hasta el alta, es fundamental para la atención del paciente con accidente cerebrovascular para controlar y o prevenir complicaciones. Tal es así que el número de casos que son atendidos en el servicio de emergencia va en aumento: 82 casos (2014), 95 casos (2015), 109 casos (2016). A predominio en el adulto mayor y en el sexo masculino, así como también en la mortalidad.
- c) A pesar de los esfuerzos, aún hay mucho trabajo por realizar, esto hace que el personal de enfermería del servicio de emergencia plante estrategias dirigidas a mejorar la atención y el cuidado de enfermería del usuario que acude al servicio, haciendo hincapié en la prevención y promoción de la salud correspondiente al II nivel de atención, de acuerdo al perfil epidemiológico de las enfermedades crónicas no transmisibles (HTA y DM tipo 2) de la provincia de Cañete.

VI. RECOMENDACIONES

- a) A los profesionales: Actualizar permanentemente los conocimientos y destrezas en el cuidado del paciente con accidente cerebrovascular, que permita un desempeño profesional eficiente; que cubra las más altas expectativas de los usuarios que en ellos confían, a fin de brindar un cuidado con excelencia y calidad.

- b) A la institución: Brindar las facilidades para la realización de las actividades académicas científicas que compete al servicio de emergencia, mejorando así la calidad de la atención y el cuidado de enfermería al paciente con accidente cerebrovascular previniendo y controlando las complicaciones que aumentan los costes hospitalarios y costes sociales.

- c) Al servicio: Continuar con el gran trabajo, que no se pierdan las ganas de innovar y mejorar cada día, a pesar de las limitaciones existentes; cumpliendo con el compromiso de mejorar la salud de las personas sobre todo a los pacientes con accidente cerebrovascular.

VII REFERENCIALES

1.- Centro de Información Cardiovascular del Texas Heart Institute, Accidente cerebrovascular. Disponible en:

http://www.texasheart.org/HIC/Topics_Esp/Cond/strok_sp.cfm Consultada el 11 de Diciembre del 2017.

2- OMS Enfermedades cardiovasculares. Disponible en:

http://www.who.int/cardiovascular_diseases/es/. Consultada el 18 de Diciembre del 2017.

3.- Giraldo, Elias A.. University of Central Florida College of Medicine.

Introducción a los accidentes cerebrovasculares. Disponible en:

<http://www.msmanuals.com/es-pe/hogar/enfermedades-cerebrales,-medulares-y-nerviosas/accidente-cerebrovascular->

[acv/introducci%C3%B3n-a-los-accidentes-cerebrovasculares](http://www.msmanuals.com/es-pe/hogar/enfermedades-cerebrales,-medulares-y-nerviosas/accidente-cerebrovascular-acv/introducci%C3%B3n-a-los-accidentes-cerebrovasculares). Consultada el 11 de Diciembre del 2017.

4.- Puentes Madera, Isabel Cristina. Epidemiología de las enfermedades cerebrovasculares de origen extracraneal Rev Cubana Angiol Cir Vasc.

2014; 15(2) Disponible en:

http://www.bvs.sld.cu/revistas/ang/vol15_2_14/ang02214.htm. Consultada el 11 de Diciembre del 2017.

5.-Servicio Andaluz de Salud de la Consejería de Salud. Panorámica mundial del accidente cerebrovascular. Disponible en:

<http://www.evidenciasaludandalucia.es/revisiones/panoramica-mundial-del-accidente-cerebrovascular>. Consultada el 22 de Diciembre del 2017.

6.- Ministerio de Salud Argentina. Gobierno de Entre Rios. Boletín N° 12 Las Enfermedades Crónicas No Transmisibles. Disponible en: <http://www.entrerios.gov.ar/msalud/wp-content/uploads/2013/05/Boletin-ECNT-N%C2%B0-12-Febrero2017.pdf>. Consultada el 11 de Diciembre del 2017.

7.- Castilla Huayhua, Carmen Natividad. Incidencia de accidente cerebrovascular en pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena Ayacucho – 2015. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/5267/1/Castilla_hc.pdf. Consultada el 22 de Diciembre del 2017.

8.- Dávalos, Long F Y Málaga, Germán. El accidente cerebrovascular en el Perú: una enfermedad prevalente olvidada y desatendida. Rev. perú. med. exp. Salud publica 2014, vol.31, n.2, pp.400-401. ISSN 1726-4634.

9.- Monsalvo, Mauricio. Fernández Prieto, Anabel. Macchia Source, Alejandro. Muerte prematura por accidente cerebrovascular y condición socioeconómica en la Argentina. Revista Argentina de Cardiología, Volume 84, Number 2, 2016, pp. 120-125(6) Publisher: Directory of Open Access Journals Disponible en:

DOI: <https://doi.org/10.7775/rac.es.v84.i2.8021>. Consultada el 27 de Diciembre del 2017.

- 10.- Domínguez, Joana. Lemos, Romina. Vizaguirre, Roxana. Conocimiento de la población sobre Accidentes Cerebro Vasculares Mendoza – Argentina 2013. Disponible en:
http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/5915/dominguez.pdf.
Consultada el 27 de Diciembre del 2017.
- 11.- Castañeda Guarderas, Ana. Guillermo Beltrán, Renzo. Casma Bustamante, Paulo Ruiz-Grosso. Málaga Germán. "Registro de pacientes con accidente cerebrovascular en un hospital público del Perú" 2015. Disponible en: <http://biblioteca.ucm.es/tesis/med/ucm-t26848.pdf>.
Consultada el 27 de Diciembre del 2017.
- 12.-OMS Estrategia paso a paso de la OMS para la vigilancia de accidentes cerebrovasculares.2005. Disponible en:
<http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/manuales.pdf>. Consultada el 27 de Diciembre del 2017.
- 13.- Varona Arche, José Felipe. Ictus En El Paciente Adulto Joven. Etiología Y Pronóstico A Largo Plazo. Universidad Complutense De Madrid Facultad De Medicina. Madrid. 2013.
<http://biblioteca.ucm.es/tesis/med/ucm-t26848.pdf>. Consultada el 29 de Diciembre del 2017.
- 14.- Brunner y Suderath. Enfermería Medico quirúrgica. 12 ° ed. España: Ed. Lippincott Williams y Wilkins. 2013.
- 15.- Urden Ld, Lough ME, Stacy KM. Cuidados intensivos en enfermería. En O'Donnell.M. Dirks J , editores. Trastornos cardiovasculares. 3ª ed. Madrid: Ed. Harcourt/Oceano.; 2005

ANEXOS

ANEXO 01
GUIA DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA EN LA ASISTENCIA
DE LA PUNCIÓN LUMBAR

1. DESCRIPCION:

Es un procedimiento que consiste en la introducción de una aguja de punción lumbar en el espacio sub aracnoides de la columna vertebral.

2. INDICACIONES:

- La finalidad de la punción lumbar es medir la presión del líquido cefalorraquídeo (LCR) en el espacio subaracnoideo para su examen visual y de laboratorio, o inyectar un agente anestésico, diagnóstico o terapéutico. La punción lumbar resulta útil en el diagnóstico de meningitis, encefalitis, tumores cerebrales o medulares y hemorragias cerebrales.

3. CONTRAINDICACIONES:

- Está contraindicada si existen evidencias de un gran aumento de la presión intracraneal, ya que se podría producir una herniación de las estructuras cerebrales.

4. COMPLICACIONES:

- Cefalea post-punción: Se desarrolla en las primeras 72 horas y termina a los 3-5 días, se debe a la pérdida excesiva de LCR en los espacios paraespinosos lo que ocasiona una hipotensión intracraneal con distensión y expansión de las venas intracerebrales sensibles al dolor. Se manifiesta como cefalea fronto-occipital de intensidad variable que

aumenta al elevar la cabeza y también con el decúbito horizontal, se suele acompañar de náuseas, vómitos, vértigos y rigidez de nuca.

- Radiculalgia
- Dolor lumbar: frecuentemente temporal.
- Dilopia. Por parálisis del VI par, es infrecuente.
- Hemorragia (epidural, subdural y subaracnoidea)
- Neumoencefalo: si se deja libremente la aguja y si el L.C.R. no fluye puede, por presión negativa, entrar aire en el sistema subaracnoideo.
- Meningitis: por técnica no aséptica o si existe infección en zona próxima a la punción.
- Tumor epidermoide intraespinal: se produce como consecuencia de practicar una punción lumbar con una aguja sin fiador, la causa es un desplazamiento de un tapón de tejido epitelial hacia la duramadre.
- Herminación cerebral: en casos de HTIC, complicación más grave y poco frecuente.
- Lesión en médula espinal y nerviosa: para evitar esta complicación usar espacios por debajo de L4. Reacción alérgica a la anestesia.
- Pérdida auditiva: la disminución de la PIC ocasionada por el drenaje se transmite a la perilinfa a través de la cóclea y puede causar un empeoramiento de la audición.

5. PERSONAL RESPONSABLE: Médico

6. RECURSOS HUMANOS: Medico, Enfermera.

7. EQUIPOS Y MATERIALES:

ANEXO 02

ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL II CAÑETE – ESSALUD



ANEXO 03
MANEJO DE PACIENTE CON ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR
EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL II CAÑETE -
ESSALUD

