

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



**EDUCACIÓN AL FAMILIAR ACOMPAÑANTE PARA EL CUIDADO DEL
PACIENTE ADULTO MAYOR CON SECUELA NEUROLOGÍA DE
ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR EN EL SERVICIO 13 A DEL
HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS ESSALUD**

LIMA, 2013 – 2015

**INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL PARA OPTAR
EL TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL
DE ENFERMERÍA EN GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA**

OLGA EMPERATRIZ PAZ ROJAS

**CALLAO - 2016
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- DRA. ANGÉLICA DÍAZ TINOCO PRESIDENTE
- DRA. NÉLIDA ISABEL CHÁVEZ LINARES SECRETARIA
- MG. MARÍA DEL ROSARIO GUTIÉRREZ CAMPOS VOCAL

ASESORA: DRA. LINDOMIRA CASTRO LLAJA

Nº de Libro: 03

Nº de Acta: 332

Fecha de Aprobación del Informe de Experiencia Laboral: 24/11/2016

Resolución Decanato N° 1357-2016-D/FCS de fecha 23 de Noviembre del 2016 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

ÍNDICE

| | Pág. |
|--------------------------------------------------------|-----------|
| INTRODUCCIÓN | 2 |
| I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 4 |
| 1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA | 4 |
| 1.2 OBJETIVO | 8 |
| 1.3 JUSTIFICACIÓN | 8 |
| II. MARCO TEÓRICO | 10 |
| 2.1 ANTECEDENTES | 15 |
| 2.2 MARCO CONCEPTUAL | 16 |
| 2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS | 37 |
| III. EXPERIENCIA PROFESIONAL | 39 |
| 3.1 RECOLECCIÓN DE DATOS | 39 |
| 3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL | 40 |
| 3.3 PROCESOS REALIZADOS EN EL CUIDADO DE ENFERMERÍA | 45 |
| IV. RESULTADOS | 50 |
| V. CONCLUSIONES | 55 |
| VI. RECOMENDACIONES | 56 |
| VII. REFERENCIALES | 57 |
| ANEXOS | 60 |

INTRODUCCIÓN

El accidente cerebrovascular afecta a numerosas personas en el mundo y se constituye en la principal causa de muerte. Los sobrevivientes pueden padecer discapacidad y sufrir modificaciones en las actividades cotidianas. La familia es el principal apoyo del sobreviviente y al ser parte de una misma cultura, construye acciones de cuidado en búsqueda del bienestar(1). La disminución de la mortalidad por accidente vascular cerebral (AVC) ha provocado un incremento en el número de pacientes que sobreviven con déficits y discapacidades residuales. Estas secuelas pueden afectar a la calidad de vida no solo del individuo enfermo sino también de su entorno, la familia. Debido al “daño cerebral” el paciente sufre una serie de consecuencias físicas, cognitivas y emocionales que alteran su funcionalidad y autonomía y conllevan una pérdida de independencia que va a recaer sobre los familiares más directos. Hoy en día la familia es el mayor recurso de atención a la salud, por lo que las políticas actuales de atención en la comunidad reconocen y cuentan cada vez más con la institución familiar como apoyo al cuidado de los ancianos y personas con algún grado de dependencia.

Por todo esto nos planteamos el desarrollo de un Programa educativo para formar a familiares acompañantes de pacientes con ictus y favorecer la continuidad de los cuidados al alta hospitalaria.

El presente informe consta de VII capítulos, los cuales se detallan a continuación: **El capítulo I:** describe del planteamiento del problema, descripción de la situación problemática, objetivos, justificación, **el capítulo II** incluye los antecedentes, el marco 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

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el (ACV) se define como el desarrollo rápido de signos clínicos de disturbios de la función cerebral o global con síntomas que persisten 24 horas o más, o que llevan a la muerte con ninguna otra causa evidente que el origen vascular.(2)

Un estudio de la (OMS) del 2010 reveló que existe una incidencia de 200 casos por cada 100,000 habitantes y una morbilidad de alrededor de 40 casos por 100 000 habitantes, por lo que afecta alrededor del 1% de la población adulta (15 años o más), entre el 4 y el 5% de los mayores de 50 años y entre el 8 y el 10% de las personas de 65 años y más. (3)

Una lesión cerebral tiene un impacto no sólo sobre la persona afectada sino también sobre su familia y entorno más cercano. Debido al "daño cerebral" el paciente sufre una serie de consecuencias físicas, cognitivas y emocionales que alteran su funcionalidad y autonomía y conllevan una pérdida de independencia que va a recaer sobre los familiares más directos.

En el Perú según la base nacional de defunciones del MINSA del año 2014, un 4.5 % de la población muere a causa de una enfermedad cerebro vascular y constituye el 1.6% de causa de

morbilidad en el año 2014. De los cuales el sexo que prevalece es el masculino y los mayores de 65 años presentan un alto índice de secuelas neurológicas. (4)

Es indiscutible que los hospitales están llenos de familiares junto a sus enfermos. El familiar y el enfermo se necesitan mutuamente. La humanización de los cuidados requiere considerar a la familia como parte de estos. El cuidado no se entiende sin humanización, requiere tener en consideración al familiar. Entendemos que cuidado humanizado es tratar al paciente o familiar como persona, como ser único que vive su proceso de enfermedad; como profesionales “acercarnos” a él, mirarle a los ojos, escucharle, empatizar y comunicarnos con él, establecer una relación de ayuda, proporcionarle los cuidados de acuerdo a sus necesidades como persona, para mejorar su estado de salud.(5)

La familia en su conjunto sufre un cambio en su dinámica y funcionamiento cuando uno de sus miembros presenta alguna enfermedad, sobre todo si ésta lo discapacita, es decir, si hay una pérdida de autonomía para llevar a cabo sus actividades de la vida diaria, y necesitan del apoyo de otros para realizarlas y satisfacer sus necesidades. Generalmente, no solo hay deterioro funcional si no también alteraciones emocionales y cognitivas que agravan la situación del paciente, aumentando la tensión de los miembros de la

familia, y hace más difícil la tarea del cuidado para quienes asumen esta responsabilidad dentro de ella.

Dentro de la familia no todos asumen de igual manera el cuidado de sus enfermos. A los miembros que ocupan la máxima responsabilidad en esta tarea se les ha denominado "cuidador", el cual es definido como "aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad, que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales. La figura del cuidador es entonces imprescindible para que los pacientes tras un ictus puedan retornar a su domicilio.

A partir del momento de la hospitalización, la inmersión en la vida y la estructura hospitalaria genera un cambio profundo en la representación de los roles habituales del cuidador. Sin el apoyo de familiares o amigos, servicios y apoyos públicos o privados y otras alternativas, la carga de los cuidados es demasiado pesada de soportar para la mayoría de las cuidadoras y cuidadores. Por ello, toda ayuda que los cuidadores puedan recibir sólo puede redundar en la mejora de las condiciones de vida cotidianas de ella o él y de su familiar cuidado.

En el servicio de Neurología del hospital Edgardo Rebagliati Martins se recibe mensualmente un promedio de 110 pacientes de diferentes cuadros neurológicos, de los cuales un 45% lo constituyen pacientes

con diagnóstico de ACV isquémico que ingresan al servicio con diferentes grados de deterioro físico y de conciencia, lo que significa que este paciente se convierte en un paciente dependiente del cuidado de enfermería para la satisfacción de sus necesidades básicas. En este contexto se hace necesaria la participación activa del familiar en el cuidado del paciente pues esta situación suscita en el paciente adulto mayor, temor por sentirse vulnerable al no poder valerse por sí mismo. La presencia de la familia en este momento no solo es importante para la asistencia del paciente sino que nos brinda información importante acerca de la evolución de la enfermedad y datos valiosos para la anamnesis.

Es así que se crea un vínculo de intereses, pues el fin de los cuidados de enfermería es la pronta recuperación del paciente y que este se encuentre en un clima óptimo de bienestar, el deseo del familiar es el mismo, pues al encontrarse hospitalizado un miembro de la familia todo el clima en el hogar se altera. En el mejor de los casos el paciente retornara a su hogar habiendo recuperado sus capacidades para el autocuidado, pero si este proceso no se ha completado, el familiar seguirá con los cuidados asistenciales aprendidos durante su etapa de hospitalización.

1.2 Objetivo

Describir la experiencia profesional en la educación al familiar acompañante para el cuidado del paciente adulto mayor con secuela neurológica de ACV en el servicio 13 a neurología hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins EsSalud 2013-2015.

1.3 Justificación

El presente informe se realiza con la finalidad de valorar la importancia de la educación y participación de la familia en los cuidados del paciente adulto mayor hospitalizado en el servicio de Neurología del Hospital Edgardo Rebagliati Martins en el periodo 2013 – 2015 con el propósito de integrar a la familia en la asistencia del paciente pues no siempre se toma en cuenta la valiosa presencia de esta y lo bien que le hace al mismo. Las enfermeras brindamos cuidado asistencial, pero jamás podremos competir con el vínculo familiar, con la historia de vida que une a cada uno de sus integrantes.

De los 45 pacientes atendidos diariamente en el servicio hospitalización de neurología 13 A del hospital Edgardo Rebagliati Martins el 85% presentan alguna discapacidad ya sea motora o sensorial quedando en calidad de pacientes dependientes que necesitan ayuda para satisfacer necesidades básicas como alimentación, eliminación, movilización, higiene etc.

Nivel Teórico: el presente informe resulta sumamente necesario para brindar ayuda a los cuidadores familiares a través de un Programa educativo de la familia cuidadora del paciente dependiente que mejore sus competencias, mejore la calidad de sus cuidados, y aumente su satisfacción y seguridad, logrando un mejor afrontamiento en su rol, actuando con coherencia, unidad de sentimientos y pensamientos y asumiendo no solo un compromiso profesional sino una exigencia y demanda de nuestra sociedad.

Nivel Social: nos permite ser gestores de la continuidad del cuidado domiciliario y mejorar la calidad de vida de los pacientes neurológicos que son dados de alta del servicio en condición de dependientes.

Nivel Económico: Las familias no siempre están en capacidad de poder contratar los servicios de personal de enfermería que se ocupe particularmente de los cuidados del paciente al ser dado de alta, al adquirir ellos estos conocimientos podrán brindar cuidados necesarios durante esta etapa de recuperación extrahospitalaria.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

MONTALVO PRIETO Amparo / BADRÁN NAVARRO Yineth/ CAVADÍAS PUELLO Catherine y otros. **Estudio Habilidad de cuidado de cuidadores familiares principales de pacientes con ACV. Cartagena (Colombia) marzo 2010.** Cuyo objetivo fue identificar las habilidades de cuidado de los cuidadores principales de los pacientes con secuelas de ACV. Estudio de tipo descriptivo, realizado a 152 cuidadores de pacientes con secuelas de ACV en la ciudad de Cartagena. Se utilizaron dos instrumentos: Caracterización de los Cuidadores e Inventario de Habilidad de Cuidado, instrumento que mide la habilidad de cuidado en las dimensiones conocimiento, valor y paciencia. Los resultados que obtuvieron fueron que los cuidadores en su mayoría son mujeres en edad adulta, menores que el sujeto de cuidado, dedicadas al hogar, llevan más de 37 meses dedicados al cuidado, no son las únicas cuidadoras; primer grado de consanguinidad (51,3%), presentan habilidad de cuidado media. Las dimensiones de habilidad de cuidado, el conocimiento (75,7%) y la paciencia (87,5%) estuvieron en categoría alta y el valor en categoría alta (2,6%).concluyen que los cuidadores de personas con ACV no cuentan con la habilidad necesaria para establecer la relación de cuidado, es necesario

realizar intervenciones orientadas a disminuir los riesgos del rol de cuidador. (6)

Se evidencia en este estudio la importancia de educar al familiar cuidador del paciente neurológico en cuidado en este grupo de pacientes pues demandan de asistencia en su mayoría integral, para suplir sus necesidades.

SÁNCHEZ NAZARIO, Rosa María, estudio realizado sobre Experiencias y valores del familiar cuidador sobre el cuidado de enfermería al paciente hospitalizado con enfermedad cerebro vascular. Hospital la caleta - Chimbote, 2010. Tuvo como objetivo analizar y discutir las experiencias y valores del familiar cuidador sobre el cuidado de la enfermera al paciente con enfermedad cerebro vascular, investigación cualitativa, descriptiva exploratoria. La muestra estuvo constituida por 07 familiares cuidadores obtenida a través de la técnica de saturación. La recolección de datos se realizó en el servicio de medicina, con la entrevista semi estructurada y la observación participante. Se analizaron los discursos en búsqueda de significados, sentido y explicaciones para el fenómeno de estudio a partir de los datos obtenidos y análisis de discurso. Emergieron 3 categorías: Experiencias positivas del cuidado, con sub categorías: satisfacción necesidades, Sintiendo seguridad con la presencia de las enfermera, la enfermera preocupada por el paciente y percepción del cuidado como

procedimientos, apoyo espiritual y moral. Experiencias negativas del cuidado con sub categorías: Negligencia en el cuidado, atención ineficaz, trato inadecuado, no tienen paciencia, no son humanitarios. Percibiendo los valores del cuidado con sub categorías: amabilidad y amor, afecto y carisma / no carisma. Se tuvo como consideración realizar otras investigaciones cualitativas, sobre el Cuidar/Cuidado de enfermería desde la perspectiva de la enfermera, permitiendo replantear la enseñanza y modificar la práctica asistencial. (7)

Se desprende de este estudio la importancia de modificar conductas relacionadas al acercamiento al familiar de los pacientes adultos mayores hospitalizados, y que no vean al profesional de enfermería como una persona distante sino como alguien que se involucra en la persecución de un fin común, que es la recuperación del paciente.

LÓPEZ LÓPEZ, Jenny Janet. Tesis Calidad de vida en cuidadores informales de adultos mayores con enfermedades crónicas del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen 2013, Perú. Cuyo objetivo fue Determinar el nivel de calidad de vida en cuidadores informales de adultos mayores con enfermedades crónicas concurrentes a los servicios de Enfermería de Geriátrica, Medicina Interna y Neurocirugía del H.N.G.A.I. Estudio de tipo cuantitativo, método observacional y diseño descriptivo; cuya población fue constituida por cuidadores informales de adultos mayores con enfermedades crónicas que acuden al H.N.G.A.I, con una muestra

es 52 personas. Utilizándose como instrumentos: el test de índice de Barthel (grado de dependencia del adulto mayor cuidado), cuestionario SF-36 (calidad de vida) y escala de Zarit (sobrecarga laboral). La recolección de datos fue realizada entre abril-julio 2012, aplicando las técnicas de revisión de historias clínicas y entrevistas. Los resultados fueron que la mayoría de los cuidadores informales tenía 51 años o más y era mujer, con grado de instrucción superior; la dimensión mental fue la más afectada, siendo el rol emocional el de peor calidad de vida; con una mejor calidad de vida en la dimensión física con el rol físico y una sobrecarga baja, a pesar que el adulto mayor con enfermedad crónica tenía una dependencia de grave a moderado, se concluyó que la mayoría de cuidadores informales indicó tener una mejor calidad de vida de forma global, aunque la dimensión mental se vio más afectada. Cabiéndole al personal de enfermería dar el soporte interviniendo oportunamente.

(8)

Es evidente que al estar el hospital lleno de familiares que apenas cuidamos, pues estamos abocados al cuidado del enfermo y muchas veces olvidamos que el enfermo abarca también al familiar que ve alterado su mundo tras ser protagonista de un proceso de enfermedad en un miembro del núcleo familiar.

ALVARADO Alejandra. Junio de 2010 **Experiencia de cuidar a un paciente con enfermedad crónica después de recibir una**

capacitación. Universidad de la Sabana, Bogotá, D.C., Chía (Cundinamarca), Colombia. Estudio que tuvo como objetivo describir la experiencia de ser cuidador de una persona en situación de enfermedad crónica después de recibir una capacitación.

Metodología: El tipo de diseño fue cualitativo, tipo teoría fundamentada, a fin de enriquecer y fortalecer el cuidado de enfermería a partir de la comprensión de la realidad de la persona.

La saturación teórica de la información se llevó a cabo después de realizar entrevistas a profundidad a 11 informantes. Durante el proceso de análisis de la información se tuvo en cuenta varias etapas, como la identificación de códigos, la conceptualización de las categorías derivadas de los mismos, la identificación de la variable central, para finalmente realizar la validación de los resultados obtenidos entre los participantes y el asesor externo. Se identificó que la experiencia de cuidado se vive en tres fases que se relacionan entre sí y hacen referencia al proceso desarrollado por el cuidador durante su participación en el programa; este proceso se inicia con una exploración y contacto, continúa con una situación de comprensión y progreso, para finalmente experimentar cambios y nuevos retos que emprender. (9)

Se entiende que existen fases importantes en el proceso de aprendizaje y adaptación para el cuidado de pacientes crónicos.

2.2 Marco Conceptual

2.2.1 El Accidente cerebro vascular (AVC), es una lesión del cerebro debida al cese brusco del flujo sanguíneo ya sea oclusivo o por rotura arterial con déficit neurológico focal, que se presenta en forma súbita con rápida progresión, es la primera causa de invalidez en el ámbito mundial. Se debe diferenciar del síncope causado por reducción generalizada del flujo sanguíneo cerebral debido a hipotensión. La isquemia focal, el infarto cerebral o la hemorragia son causados por enfermedad de los vasos cerebrales, embolia arterial o del corazón, o ruptura de las arterias del cerebro, es la tercera causa de muerte en los países industrializados superadas por la cardiopatía isquémica y el cáncer, siendo el principal factor de riesgo la edad, en nuestro medio, ocurren cerca de 30,000 eventos anuales, de los cuales cerca de 300 casos pueden desarrollar demencia vascular y enfermedad de Alzheimer

Los principales factores de riesgo son la hipertensión arterial y la diabetes mellitus tipo 2 (DM), los antecedentes familiares de EVC, con mayor riesgo si las cifras de presión arterial son superiores a 160/90 mm de Hg, al reducir las cifras de la presión arterial, disminuye la incidencia del EVC. DM es otro factor de riesgo para la EVC, ya que aumenta de 2 a 4 veces la incidencia del EVC, incrementando la gravedad y mortalidad del mismo. En nuestro

medio, la incidencia de DM: Entre los adultos mayores es del 40%, con gran riesgo de EVC. Existen otros factores de riesgo de EVC, pero entre la población de ancianos tienen poca importancia, como tabaquismo, obesidad, alcoholismo, dislipidemias, etc., la fibrilación auricular (FA), tiene relevancia especial, pero en nuestro medio, se desconoce la relación con el EVC.

a) clasificación: Se puede clasificar el EVC en 3 tipos: embolia, infarto y hemorragia intracerebral o subaracnoidea.

El más frecuente es el infarto cerebral secundario a lesión vascular por aterosclerosis; la embolia obedece a un trombo generalmente originado en el corazón o en las arterias carótidas y la hemorragia se presenta en sujetos viejos con cifras de presión diastólica superiores a 120 mm de Hg. En ancianos se presentan los infartos lacunares ocasionados por hipertensión, hialinosis o arterioesclerosis de los vasos perforantes y por microembolias de punto de partida cardíacas. Puede ocurrir EVC sin presencia de factores de riesgo El EVC isquémico puede subclasificarse en ataque isquémico transitorio (TIA), con recuperación total de la función en menos de 24 horas, EVC reversible que después de 24 a 72 horas se recupera, con duración máxima de 1 semana y EVC completo que deja lesión permanente. Existe un término que se emplea cuando hay deterioro progresivo de hora en hora, es el denominado EVC progresivo el evento isquémico se puede acompañar de edema citotóxico y

vasogénico con pico máximo entre los 2 a 4 días y duración hasta de 2 semanas; los síntomas y signos dependen del sitio afectado, generalmente hay hemiparesia o hemiplejía, o signos focalizados en el caso de infartos lacunares, con progresión de los síntomas en horas o días.

Los signos clásicos de lesión de neurona motora superior se presentan de inmediato en un evento hemorrágico, en el isquémico tardan aproximadamente 24 hrs. en que sean evidentes. Generalmente en el evento hemorrágico existen pródromos como cefalea intensa de unos días de duración acompañada de elevación de las cifras de presión arterial y la presentación abrupta del evento con cese inmediato de las funciones de acuerdo al área afectada, generalmente acompañado de estado de coma o de deterioro funcional severo; en el evento isquémico hay antecedentes de TIAS, hipertensión, diabetes, cardiopatías etc., y en el viejo el gatillo puede ser la deshidratación por cualquier causa; generalmente y dependiendo del área afectada, se conserva la conciencia y el cuadro clínico no es tan severo como en el caso de la hemorragia, el diagnóstico se efectúa con la historia clínica y la exploración neurológica completa, sin olvidar la auscultación de las arterias carótidas, investigar la sensibilidad, sin olvidar los pares craneales.

El laboratorio debe comprender exámenes básicos, los estudios de gabinete deben incluir, electrocardiograma, radiografía de tórax,

tomografía axial computada de cráneo y en casos especiales resonancia magnética nuclear de cerebro. En forma excepcional ecocardiograma, angiografía digital Doppler de carótidas, etc. Para el diagnóstico se deben excluir otras posibilidades que pueden simular un EVC, como el estatus postepiléptico, el de estado de coma por sí solo no es indicativo de EVC, los cuadros de migraña en ocasiones presentan síntomas sugestivos de EVC, así como la hipoglicemia que puede presentar datos de focalización, por eso los criterios diagnósticos del EVC deben ser: Historia familiar o antecedentes de TIAS, hipertensión, diabetes, presentación súbita con rápido deterioro del paciente en horas, y presencia de signos de focalización. Las complicaciones del EVC son la progresión de la lesión y la presencia de hemorragia intracerebral concomitante, descontrol metabólico en especial de la glucosa, complicaciones con la presión arterial, infecciones de predominio pulmonares y urinarias, así como deshidratación, insuficiencia cardíaca, inmovilidad, úlceras por presión, riesgo alto de abandono (maltrato), y dependencia física y psicológica, depresión reactiva.

La terapéutica consiste en aplicar medidas de sostén, tratamiento de las infecciones, mantener la hidratación adecuada; control de la presión arterial, si las cifras tensionales son superiores a 120 de diastólica, si las cifras tensionales diastólicas son inferiores a 120 mm de Hg y no hay compromiso cardiovascular, se deben observar

cada 2 hrs; es frecuente que existan problemas para la deglución es recomendable la instalación de sonda nasogástrica para alimentación, evitar la sedación, en caso de delirium el uso juicioso de clonazepam o haloperidol en gotas (0.2 a 0.3 mg cada 8 hrs).

Confort, cambio de posición cada 2 horas y el apoyo constante de un familiar.

Valorar el uso de catéter vesical para control de líquidos y evitar "la humedad que puedan predisponer a úlceras por presión. Si el estado del paciente lo permite, sentar a las 24-48 hrs, realizar estimulación sensorial, iniciar maniobras de rehabilitación, si el paciente está consciente iniciar atención de psicología. (10).

2.2.2 Plan de atención de cuidados de enfermería en pacientes con accidente cerebro vascular

OBJETIVO:

El manejo de enfermería en los pacientes con accidente cerebro vascular (ACV) incorpora una variedad de diagnósticos de enfermería, cuyas prioridades están dirigidas hacia la valoración frecuente hemodinámica y neurológica, el monitoreo de las complicaciones y la educación al paciente y la familia. 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.

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. Asegurar el correcto y seguro traslado el paciente a los servicios de apoyo. - Actividades a desarrollar en las primeras 24 a 48 horas de evolución. La gran bisagra en el cuidado estos pacientes es el estado de conciencia; si estamos en presencia de un paciente inconsciente deberemos intervenir con todos los cuidados referidos al paciente en estado de coma, que no es aquí el espacio para tratar este tema hoy. Por lo tanto la referencia va dirigida a las primeras 24

o 48 horas de un paciente no inconsciente, con un ACV en evolución.

2.2.3 Acciones de Enfermería.

1. Controlar Signos vitales cada 30 minutos, cada hora, según la necesidad del paciente. Al evaluar la temperatura tener precauciones de NO controlarla en la axila del lado afectado. Siempre utilizar primero los medios físicos, registrar la evolución de la temperatura y la respuesta a las intervenciones. Reconocer los distintos tipos de ritmos respiratorios y monitoreo de la presión arterial y del Pulso.
2. Controlar el estado de conciencia y aplicar la escala de Glasgow. Se recomienda establecer el horario, la frecuencia, a los efectos de mantener un registro fidedigno durante las 24 horas.
3. Conocer, registrar e informar el balance hidroelectrolítico, Es de suma importancia todo lo relacionado al cuidado de la vía endovenosa periférica, de la vía enteral si la tuviere, el control de ingresos en cantidad y calidad, teniendo en cuenta también las perdidas insensibles.
4. Es responsabilidad de la enfermera controlar la diuresis, según la evolución, en lo posible sin la necesidad de catéter, ver la factibilidad de dispositivo externo en los varones. Valorar la incontinencia, que puede ser causada por (confusión, flacidez,

falta de comunicación) para poder planear acciones para cada problema. Si hay necesidad de catéter vesical, aportar los cuidados del mantenimiento de esa técnica. Con respecto a la valoración de la eliminación intestinal, es de vital importancia conocer los hábitos del paciente, mantener el correcto suministro de líquidos como así también preservar un ambiente adecuado, realizar masajes circulares en el abdomen para estimular, propiciar en lo posible la posición ventral, registrar las eliminaciones y sus características.

5. Aplicar medidas de confort relacionadas con su inmovilidad. Es muy importante establecer y reconocer la movilidad espontánea para delinear un plan de atención.:

- Reconocer el tipo decúbito, pasivo, activo, selectivo, indiferente, etc. y también el tipo de posturas, registrar.
- No olvidar medidas de seguridad como son las barandas, o medidas de sujeción en caso de necesidad, a los efectos de no agregar riesgos externos.
- Mantener un plan de cambio postural, verificar la aceptación y tolerancia el paciente a cada decúbito seleccionado.
- Garantizar la alineación del cuerpo, la postura anatómica, usar dispositivos si fuera necesario.
- Recordar **LIMITAR EL DECÚBITO SOBRE EL LADO AFECTADO.**

- Conocer los patrones de descanso y sueño del paciente y el decúbito de elección para tal fin, a los efectos de que siempre que sea posible colocarlo en dicho decúbito en los horarios del descanso, respetando su individualidad y propiciando ese momento.
 - Observar la piel en cada cambio de posición en busca de signos tempranos de aparición de lesiones, úlceras. Mantener la piel limpia, seca e hidratada.
 - Propiciar medidas de prevención local en prominencias óseas.
 - Mantener la higiene corporal con el baño diario, las higienes parciales según la necesidad del paciente, la higiene bucal y la higiene ocular.
6. Propiciar un ambiente tranquilo: es de suma importancia este aspecto, de manera que no se estimule inapropiadamente al paciente, por lo que se visualizan como importantes algunos cuidados tales como:
- Disminuir los estímulos sensoriales, sobre todo las alarmas de los aparatos y en especial durante el horario de descanso y sueño.
 - Hacer un uso adecuado de las luces, disminuir la iluminación general, usar las localizadas, permitir la entrada de iluminación natural.

- Mantener al paciente orientado en forma permanente sobre todo con los horarios de DIA y de noche.
- Agregar a su unidad elementos que sean de su vida habitual y respetar sus gustos, ejemplo: radio, música, lectura, fotografías, reloj pulsera, etc.
- Flexibilizar el horario de visitas. Tener siempre presente que lo más importante y urgente es el paciente y su recuperación a una vida lo más parecida posible a la anterior al ACV.

7. Acompañar la situación de crisis del paciente y la familia y reconocer cuándo brindar la ayuda convenientemente, incorporar a la familia precozmente en el cuidado del paciente, preparar desde temprano un plan para el alta, evaluando las posibilidades familiares. Crear vínculos muy específicos y educativos con la familia. Mantener el contacto permanente y brindar el apoyo emocional.

8. IMPORTANTE:

- La regularidad, la rutina, ya que el paciente debe poder reconocer sus patrones de hábitos y poder incluir nuevos, para lo cual necesitará de la estimulación y aprendizaje permanente.
- No hacer por el paciente, ni por la familia, lo que son capaces de realizar por sí mismos. Esto es central ya que respeta

como persona y aumenta la autoestima, a la vez que propicia el auto cuidado y la independencia. (11)

2.2.4 MODELO DE VIRGINIA HENDERSON:

El modelo conceptual de V. Henderson da una visión clara de los cuidados de enfermería.

Postulados, valores, conceptos.

a) Postulados:

En los postulados que sostienen el modelo, descubrimos el punto de vista del cliente que recibe los cuidados de la enfermera. Para Virginia Henderson, el individuo sano o enfermo es un todo completo, que presenta catorce necesidades fundamentales y el rol de la enfermera consiste en ayudarlo a recuperar su independencia lo más rápidamente posible.

Inspirándose en el pensamiento de esta autora, los principales conceptos son explicativos de la siguiente manera:

- Necesidad fundamental: Necesidad vital, es decir, todo aquello que es esencial al ser humano para mantenerse vivo o asegurar su bienestar. Son para Henderson un requisito que han de satisfacerse para que la persona mantenga su integridad y promueva su crecimiento y desarrollo, nunca como carencias.
- Independencia: Satisfacción de una o de las necesidades del ser humano a través de las acciones adecuadas que realiza el

mismo o que otros hacen en su lugar según su fase de crecimiento y de desarrollo y según las normas y criterios de salud establecidos.

- Dependencia: No satisfacción de una o varias necesidades del ser humano por las acciones inadecuadas que realiza o por tener la imposibilidad de cumplirlas en virtud de una incapacidad o de una falta de suplencia.
- Problema de dependencia: Cambio desfavorable de orden biopsicosocial en la satisfacción de una necesidad fundamental que se manifiesta por signos observables en el cliente.
- Manifestación: Signos observables en el individuo que permiten identificar la independencia o la dependencia en la satisfacción de sus necesidades.
- Fuente de dificultad: Son aquellos obstáculos o limitaciones que impiden que la persona pueda satisfacer sus necesidades, es decir los orígenes o causas de una dependencia. Henderson identifica tres fuentes de dificultad:

Falta de fuerza, conocimiento y voluntad.

- ✓ Fuerza: Se entienda por ésta no solo la capacidad física o habilidades mecánicas de las personas sino también la capacidad del individuo para llevar a término las acciones. Se distinguen dos tipos de fuerzas: físicas y psíquicas.

- ✓ Conocimientos: los relativos a las cuestiones esenciales sobre la propia salud, situación de la enfermedad, la propia persona y sobre los recursos propios y ajenos disponibles.
- ✓ Voluntad: compromiso en una decisión adecuada a la situación, ejecución y mantenimiento de las acciones oportunas para satisfacer las catorce necesidades, se relaciona con el término motivación.

Dichos postulados se resumen en:

- Cada persona quiere y se esfuerza por conseguir su independencia.
- Cada individuo es un todo compuesto y complejo con catorce necesidades.
- Cuando una necesidad no está satisfecha el individuo no es un todo complejo e independiente.

b) Valores:

Los valores reflejan las creencias subyacentes a la concepción del modelo de Virginia Henderson.

V.H. afirma que si la enfermera no cumple su rol esencial, otras personas menos preparadas que ella lo harán en su lugar. Cuando la enfermera asume el papel del médico delega en otros en otros su propia función.

La sociedad espera de la enfermera un servicio que solamente ella puede prestar.

c) Conceptos:

Los elementos mayores del modelo han sido identificados de la siguiente manera:

Objetivos: Conservar o recuperar la independencia del cliente en la satisfacción de sus catorce necesidades.

Cliente: Ser humano que forma un todo complejo, presentando catorce necesidades fundamentales de orden bio- psicosocial:

1. N. de respirar.
2. N. de beber y comer.
3. N. de eliminar.
4. N. de moverse y mantener una buena postura.
5. N. de dormir y descansar.
6. N. de vestirse y desvestirse.
7. N. de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales.
8. N. de estar limpio, aseado y proteger sus tegumentos.
9. N. de evitar los peligros.
10. N. de comunicarse.
11. N. según sus creencias y sus valores.
12. N. de ocuparse para realizarse.

13.N. de recrearse.

14.N. de aprender.

El cliente debe verse como un todo, teniendo en cuenta las interacciones entre sus distintas necesidades, antes de llegar a planificar los cuidados.

Rol de la enfermera: Es un rol de suplencia-ayuda. Suplir, para Henderson, significa hacer por él aquello que él mismo podría hacer si tuviera la fuerza, voluntad o los conocimientos.

Fuentes de dificultad: Henderson identificó las tres fuentes mencionadas anteriormente. (Falta de fuerza, de voluntad y conocimientos).

Intervenciones: El centro de intervención es el la dependencia del sujeto. A veces la enfermera centra sus intervenciones en las manifestaciones de dependencia y otras veces en el nivel de la fuente de dificultad, según la situación vivida por el cliente. Las acciones de la enfermera consisten en completar o reemplazar acciones realizadas por el individuo para satisfacer sus necesidades.

Consecuencias deseadas: son el cumplimiento del objetivo, es decir, la independencia del cliente en la satisfacción de las sus catorce necesidades fundamentales.

Henderson no perseguía la creación de un modelo de enfermería, lo único que ansiaba era la delimitación y definición de la función de la enfermera.

A continuación, se expondrán los cuatro elementos del metaparadigma.

METAPARADIGMA

El metaparadigma comprende los cuatro elementos siguientes.

- a) Salud: Estado de bienestar físico, mental y social. La salud es una cualidad de la vida. La salud es básica para el funcionamiento del ser humano. Requiere independencia e interdependencia.

La promoción de la salud es más importante que la atención al enfermo.

Los individuos recuperarán la salud o la mantendrán si tienen la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario.

- b) El Entorno Es el conjunto de todas las condiciones externas y las influencias que afectan a la vida y el desarrollo de un organismo.

Los individuos sanos son capaces de controlar su entorno, pero la enfermedad puede interferir en tal capacidad .Las enfermeras deben:

- Recibir información sobre medidas de seguridad.
- Proteger a los pacientes de lesiones producida por agentes mecánicos.
- Minimizar las probabilidades de lesión mediante recomendaciones relativo a la construcción de edificios, compra de equipos y mantenimiento.
- Tener conocimientos sobre los hábitos sociales y las prácticas religiosas para valorar los peligros.

c) Persona: Individuo total que cuenta con catorce necesidades fundamentales.

La persona debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional. La mente y el cuerpo de la persona son inseparables. El paciente requiere ayuda para ser independiente.

El paciente y su familia conforman una unidad.

d) Enfermería: Henderson define la enfermería en términos funcionales.

La función propia de la enfermería es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación o a la muerte pacífica, que éste realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario. Y hacerlo de tal manera que lo ayude a ganar independencia a la mayor brevedad posible. (12)

Se aplicó la teoría de Virginia Henderson para el presente informe pues ella logra identificar las necesidades que presenta el paciente, entre ellas respirar, alimentarse, eliminación, vestido, descanso que en las condiciones normales uno las realiza solo, pero después de sufrir un ACV, las secuelas neurológicas de distinta índole y grado no lo permiten, en este periodo de necesidad de asistencia estas actividades son realizadas por el personal de enfermería y por los familiares a cargo.

2.2.5 La Familia.

La familia desempeña un importante papel en el desarrollo integral de todos sus miembros, no sólo por el cuidado a las personas dependientes sino porque también es un núcleo generador de hábitos; la familia es el entorno en el que los seres humanos aprenden e interiorizan las bases del autocuidado y del cuidado a personas dependientes. De alguna manera la salud de las familias determina la salud de la comunidad. Sin embargo a pesar de que conceptualmente ya no se discute la importancia de la atención a la familia y que está contemplada en la reforma de la atención primaria, lo cierto es que todavía hoy constituye, en los profesionales sanitarios, una asignatura pendiente, aunque se constata la preocupación creciente por el tema. La "atención de enfermería" es un conjunto de acciones intencionadas que la enfermera realiza en un orden específico, con el fin de asegurar que una persona o grupo de personas necesitadas de cuidados de salud reciban el mejor cuidado posible de los profesionales de enfermería. El proceso de atención a la familia y a la comunidad ha de ser el mismo que se aplica cuando se dirige la atención a un individuo. En ambos casos se ha de partir de un modelo conceptual que guíe el proceso de atención en sus diferentes etapas. Utilizar la teoría general de sistemas permite al profesional de enfermería observar al individuo, familia y comunidad en sus interacciones entre ellos y entre su ambiente. Una de las ventajas es que tiene en cuenta y valora la importancia de estas interacciones entre las partes del sistema y entre los

sistemas entre sí y puede planificar estrategias para intervenir favorablemente dentro y entre sistemas. Trabajar con un enfoque centrado en la familia significa trabajar fundamentalmente con la unidad familiar como grupo y no tan sólo como la suma de sus miembros. Implica considerar e incluir a la familia en el proceso de prestación de cuidados.

Se entiende a la familia desde tres perspectivas:

1. Como un factor, que junto con otros condicionantes básicos, influye directamente en necesidades de cuidados de sus miembros y la capacidad y posibilidad de estos de satisfacer dichas necesidades.
2. Como un contexto en el que frecuentemente se proporcionan cuidados a un miembro dependiente.
3. Como una entidad global que puede, en determinadas circunstancias, necesitar cuidados enfermeros transformándose en "una unidad de cuidados". Desde este punto de vista la familia se considera un centro de interés en sí misma. Es un sistema en la cual se produce una intensa, estrecha y duradera interacción entre los componentes que se pone de manifiesto en materia de autocuidado. La familia constituye una fuente de apoyo social inmediato para sus miembros, aunque debido a los cambios socioculturales que está sufriendo la familia, es necesario ser cuidadoso en este último punto ya que no todas las familias pueden proporcionar un apoyo eficaz a sus miembros. Es necesario que el profesional conozca el tipo de familia y el ciclo vital porque esto le permitirá relacionar el tipo de

familia con el proceso salud/enfermedad, identificar la capacidad de la familia para obtener recursos delante de una crisis, conocer el comportamiento de la familia con relación a la utilización de los servicios sanitarios, planificar actividades curativas, preventivas y de promoción de la salud y utilizar recursos individuales, familiares o comunitarios. Debe realizarse una valoración de las necesidades del grupo familiar teniendo en cuenta las características del grupo familiar, estructura, desarrollo, relaciones; los hábitos de vida y el estado de salud de cada uno de sus miembros; las condiciones de la vivienda; el trasfondo cultural de la familia y sus relaciones con la comunidad. Los objetivos de atención a la familia son: Proporcionar una atención continuada. Ayudar a la familia a prepararse para eventualidades previsibles. Potenciar y fomentar el autocuidado. Educar para que sean capaces de proporcionar cuidados de calidad. Ayudarles a afrontar las crisis de forma adaptativa, y a identificar, buscar y utilizar recursos de manera adecuada. Además, desarrollar un sentimiento de unidad y promover la cooperación, el apoyo mutuo y la coordinación dentro del grupo familiar. La salud familiar debe medirse por los siguientes indicadores: La salud individual de cada uno de sus miembros, Si sus roles están bien estructurados y se adaptan a las necesidades cambiantes, si existen patrones de comunicación afectivos, por su capacidad para crear y mantener un hogar y un estilo de vida saludable, por su capacidad para afrontar

los problemas y por sus relaciones con la comunidad. El cuidador principal debe desarrollar multitud de tareas para la persona que recibe cuidados: higiene, alimentación, movilización, curas, compañía, trámites burocráticos, soporte emocional, debe hacer de intermediario y ha de tomar decisiones. Todo ello puede convertirlo en enfermo secundario, ya se han comentado las repercusiones físicas, psicológicas y sociales asociadas al cuidar. El profesional de enfermería debe posicionarse ante la familia del enfermo tratándola como un recurso importante del sistema sanitario, como un cuidador más, pero también como otro cliente del servicio de salud. Para ello debe establecer relaciones de igualdad y cooperación con el sistema informal de cuidados, ha de utilizar la alianza terapéutica y ha de observar cada uno de los problemas individuales, incluidos los del cuidador, dentro del marco del grupo familiar. Aunque las necesidades del cuidador se han de evaluar individualmente hay algunos puntos esenciales para ofrecer apoyo a los cuidadores informales:

1. Proporcionar formación sobre cuidados con el objetivo de mejorar la prestación, pero también para reducir el estrés por la inseguridad de no saber prestar cuidados de calidad. Además utiliza una técnica adecuada mejora no sólo el resultado final sino que puede disminuir el esfuerzo requerido, por ejemplo

- saber aplicar técnicas de ergonomía para la movilización o aprender técnicas para la higiene del paciente encamado.
2. Proporcionar información sobre planificación de actividades. Como gestionar mejor el tiempo.
 3. Enseñar a obtener apoyo de otras personas bien mediante técnicas de asertividad entrenando al cuidador para que sea capaz de identificar otras fuentes de apoyo informal y sea capaz de pedir ayuda y obtener una mayor participación de otros miembros de la familia o informándoles de los sistemas de apoyo formal: servicios sanitarios, sociales o voluntariado.
 4. Identificar los problemas de salud de la cuidadora, diagnosticarlos y tratarlos adecuadamente. Ofrecer apoyo emocional y enseñar estrategias de afrontamiento al estrés.
 5. Facilitar o favorecer la comunicación cuidador/beneficiario cuando esta esté alterada. (13)

2.3 Definición de Términos

- a) Accidente Cerebro Vascular: alteración de la circulación cerebro vascular de inicio súbito dando como consecuencia un déficit neurológico de diversa intensidad y pronóstico en la persona
- b) Paciente: receptor de un servicio de asistencia sanitaria, que padece corporalmente una alteración ya sea física, psicológica, emocional, social o espiritual.

- c) Familia: es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado. y que tienen vínculos de consanguinidad, la filiación entre padres e hijos o los lazos que se establecen entre los hermanos que descienden de un mismo padre. También puede diferenciarse la familia según el grado de parentesco entre sus miembros.(14)
- d) Cuidado: Es una actividad humana que se define como una relación y un proceso cuyo objetivo va más allá de preservar, asistir, conservar la salud.
- e) Cuidador : aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad, que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales(15)

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 Recolección de Datos

Dentro del proceso de elaboración del presente informe de enfermería, fue necesaria la realización de la recolección de datos, la cual se llevó a cabo, posterior a la gestión de la solicitud del permiso correspondiente a la jefatura de enfermería del servicio de Neurología 13 A. Se obtuvo información importante recabada de los cuadernos de registros de enfermería de ingresos y egresos de pacientes, kárdex de enfermería, también se tuvo acceso a la revisión de las epicrisis de los pacientes de alta del servicio para conocimiento del destino y condición de los pacientes al alta.

Para el presente informe además se trabajó con el programa del familiar acompañante adoptado por el servicio, para brindar educación a los familiares y cuidadores de los pacientes dependientes, la gran mayoría con secuela neurológica de ACV. Se elaboró un plan de charlas, las cuales se programaron en distintas fechas y se abordaron distintos temas relacionados a la participación en el cuidado del paciente, teniendo como prioridad la atención de las necesidades básicas del paciente como son: alimentación, respiración, movimiento y cuidado de la piel, eliminación, sueño descanso y rehabilitación.

Los datos recolectados fueron procesados utilizando el Programa de Computación Microsoft Excel. Estos datos fueron la Base para la presentación de los Resultados en Tablas Estadísticas y Gráficos según porcentajes, que se describen y muestran en el Capítulo IV de Resultados.

3.2 Experiencia Profesional

Inicio mi desempeño profesional en el año 2007 trabajando por servicios tercerizados con el grupo encargado de Trasplante renal de la Clínica San Felipe en Jesús María , realmente fue una experiencia invaluable para mi pues estuve rodeada de un grupo humano altamente especializado, el cual me dejó innumerables conocimientos acerca de los cuidados de estos pacientes.

Para el año 2013 obtuve la plaza para trabajar en el hospital Edgardo Rebagliati Martins EsSalud, labore durante los primeros 6 meses en el servicio de Clínica Pediátrica donde brinde cuidado a pacientes escolares, pre- escolares y lactantes con diferentes patologías, incluso brinde atención de enfermería en la unidad de cuidados críticos de dicho servicio atendiendo pacientes con grado IV y V de dependencia, manejo de ventilación mecánica a pacientes intubados y con traqueotomía.

Luego de este tiempo se me desplazo al servicio 13 A Neurología, donde laboro hasta el día de hoy, en esta área tengo la oportunidad

de brindar cuidados a pacientes de diversas patologías de la especialidad como son accidentes cerebro vascular, enfermedad de Parkinson, miastenia gravis, crisis convulsivas, epilepsia, síndromes migrañosos, síndromes vertiginosos, meningitis de diversas etiologías, déficit focales agudos, polineuropatías, etc. De todos los pacientes ingresados al servicio 13ª la mayor parte corresponde a pacientes adultos mayores con ACV que presentan diferentes grados de deterioro neurológico según los factores de riesgo y el área cerebral afectada.

Descripción del área laboral

El servicio de Neurología abarca toda el ala izquierda del piso 13, cuenta con 45 camas de hospitalización entre habitaciones bipersonales y personales está distribuido en cuatro áreas que son: área de pacientes convulsivos, enfermedades desmielinizantes, enfermedades de ictus y una unidad de cuidados especiales neurológicos. En cuanto a equipamiento el servicio tiene un ventilador mecánico Vela, 4 ambientes con monitores Phillips, un electroencefalógrafo, coche de paro y bombas de infusión continua, pues además de atender pacientes grado III y IV , dada la complejidad que caracteriza al paciente neurológico muchas veces estos pacientes pasan a ser de grado de dependencia V.

En el servicio se cuenta con una jefatura médica a cargo del departamento de Neurología, 14 médicos asistenciales, una jefatura de enfermería que depende de la supervisora del área de medicina y que a su vez pertenece al departamento de enfermería, una enfermera coordinadora en el turno de mañana y tarde que cumplen labor administrativa, 14 enfermeras asistenciales y 14 técnicos de enfermería que brinda atención directa al paciente y que laboran en turnos rotativos de mañana, tarde y noche. Se trabaja además con equipo interdisciplinario como son terapeutas físicos y de lenguaje, nutricionista, asistente social y neuropsiquiatra.

Se cuenta con personal fijo de limpieza en número de dos en los turnos de mañana y tarde además de un personal de vigilancia permanente durante las 24 horas del día.

Funciones desarrolladas en la actualidad

a) Asistencial :

- Cuidar la salud del paciente con afección neurológica en forma personalizada, integral y continua, respetando sus valores, costumbres y creencias.
- Aplicación del proceso de Atención de Enfermería, como método científico de la profesión.
- Valoración integral de paciente neurológico, identificando signos de alarma e identificación de riesgos aplicando las

diferentes escalas de valoración: Glasgow, escala de downton, Norton.

- Realizar la preparación y administración de fármacos prescritos por diferentes vías. Utilizando las guías de práctica segura de administración de medicamentos.
- Manejo de infusiones como pulsos de metilprednisolona, inmunoglobulina y citotóxicos.
- Preparación de pacientes para diversas pruebas diagnósticas como resonancia magnética, tomografías, panarteriografías, ecografías ecocardiogramas, punción lumbar, prueba de tensión, etc.
- Atención de emergencias: hipoglicemias e hiperglicemias, hipertensión e hipotensión arterial, participación en RCP. Crisis convulsivas. colocación de TET.
- Aplicar de medidas de bioseguridad durante los diferentes procedimientos realizados.
- Controlar y realizar la preparación física, psicológica preoperatoria del paciente según el tipo de intervención y las normas del servicio.

b) Administrativas:

- Coordinación y registro de los ingresos, egresos, transferencias, del servicio con los distintos servicios de procedencia y destino.

- Realizar las gestiones necesarias para la realización de pruebas diagnósticas dentro y fuera del hospital, garantizando la seguridad del paciente.
- Preparación de documentación para la historia clínica, y kárdex de enfermería.
- Vigilar la funcionalidad y seguridad de los equipos médicos a cargo del servicio realizando gestiones para el mantenimiento y renovación de estos.
- Participación en las diversas reuniones del servicio destinadas a gestionar la mejora de los procesos.
- Conteo y registro de material del servicio fungible y no fungible.
- Dirigir el equipo de enfermería en la recepción y entrega del reporte de enfermería.
- Participar en el planeamiento de acciones interdisciplinarias e intersectoriales en la atención de salud.

c) **Docencia:**

- Participación del programa de educación continua en el servicio, como asistente y ponente en diversos temas científicos de revisión.
- Coordinación con el comité de mejoramiento y calidad para la realización de capacitaciones destinadas a conseguir la mejora de las prestaciones de salud del servicio,

- Participación en el programa de educación al paciente y familia, realizando charlas educativas sobre el cuidado y recuperación de la salud.
- Impartir docencia a los alumnos de pregrado durante su rotación por el servicio.

d) Investigación:

- Realizar la revisión periódica de las guías de procedimientos de enfermería.
- Participación en trabajos de investigación y protocolos de enfermería con el objeto de contribuir al desarrollo profesional y mejoramiento de la salud.
- Divulgar y aplicar los resultados de las investigaciones a fin de contribuir a mejorar la atención de salud, la atención de enfermería y el desarrollo profesional.

3.3 Procesos realizados en el cuidado de enfermería

Para el desarrollo del presente informe se recaudó la experiencia obtenida en la participación del programa del Familiar acompañante anteriormente conocido como programa del Cuidador familiar esta idea surgió debido a la observación de la necesidad de la familia de permanecer más tiempo con su familiar adulto mayor ,que sumado al déficit de personal del servicio se vislumbró a la familia como un recurso valioso debido a que la motivación más importante es el

involucramiento afectivo que tiene con el paciente por lo que está dispuesto a dedicar gran parte de su tiempo y esfuerzo a ayudar a su familiar a adaptarse a las limitaciones que su discapacidad funcional le impone, es el interlocutor del estado de salud de su familiar ante el equipo de salud puede ser el esposo, esposa, hijo, hija u otro familiar que están comprometidos con la atención directa del paciente sin importarle de que se trate la enfermedad que adolece su familiar, sin embargo el familiar generalmente tiene temor consecuencia del desconocimiento ya sea del ambiente hospitalario, sus horarios, reglamentos y sobre todo de la forma de cuidar a su familiar pues carece en gran parte de capacitación mínima elemental que le brinde seguridad para realizar un buen cuidado a su familiar no solo durante su hospitalización sino también al alta.

La población beneficiaria de este programa son los pacientes y familiares que deseen participar voluntariamente del mismo. Cabe señalar que se toma en cuenta la capacidad y disposición del familiar acompañante para recibir la capacitación que se brinda y pueda ponerlas en práctica.

Resulta sorprendente la acogida que se logró con la implementación de este programa, fue muy grato evidenciar la necesidad mutua de pertenencia y afecto que se desarrolla entre la familia y el paciente a partir de una situación difícil como la internación de un familiar sobre todo si es una persona adulta mayor.

Para poder realizar este programa se coordinó con el medico jefe de servicio a fin de poder entregar pases permanentes a los familiares pertenecientes al programa y así garantizar y facilitar su permanencia en el servicio. Las estrategias utilizadas fueron:

1. Sensibilización y educación a la familia cuidadora en la atención del paciente dependiente.
2. Captación de cuidador familiar de pacientes dependientes en hospitalización del Servicio neurología 13 A en el momento de solicitar los pases para cuidar a su familiar.
3. Tener una relación de familiares cuidadores.
4. Llevar un registro de asistencia y seguimiento de los familiares cuidadores inscritos en el programa.
5. Establecer un horario fijo (fecha y hora) semanal para desarrollar el programa de capacitación.
6. Programación y publicación de todos los temas incluidos en el programa.
7. Designar al personal facilitador responsable de cada tema.
8. Elaborar ayudas audio visual para los familiares cuidadores.
9. Reuniones de motivación e intercambio de experiencias entre cuidadores, agrupación de los mismos en clubes de cuidadores.

Durante el tiempo de realización del programa se pudo observar casos realmente sorprendentes de entrega por parte de la familia. Como es el caso del paciente Manuel.T, adulto mayor quien ingresa al piso

proveniente del servicio de emergencia adultos con diagnóstico de ACV isquémico, con oxígeno por cánula binasal, disartrico, con hemiparesia izquierda, sonda nasogástrica, sonda vesical, movilizándolo secreciones purulentas en regular cantidad. El señor Manuel ingresa en un turno en que me encontraba laborando en el turno de guardia nocturna, él ingresa en compañía de su hija quien se encontraba muy ansiosa y preocupada por su padre, se le aborda y explica la situación del paciente, ella comenta "me siento muy mal, encontré a mi padre desmayado en la sala, mi madre felizmente no se dio cuenta de esto, se quedó con mi hermano que vive con nosotros, estoy desde la mañana en emergencia y aun no se claramente lo que sucede"

Se acompaña al familiar y se le permite que se quede esa noche, con el transcurrir de los días se le brinda capacitación teórico práctica acerca de los cuidados que se realizan al paciente, referentes a la alimentación por sonda nasogástrica, cuidados de la piel, cuidados respiratorios, terapia física y de lenguaje y eliminación, la educación se realiza dentro de la unidad del paciente, debido a que no se cuenta con un auditorio donde se pueda reunir a varias familias.

Al inicio hubo mucho temor e inseguridad, pero luego fue sorprendente como el familiar aprende y logra brindar cuidados al paciente que a su vez se recupera con rapidez, me quedo muy sorprendida cuando durante un turno el familiar me comenta "Srta. Usted me dijo que todos los días independientemente del estado en que este mi padre, le hable

y le diga en qué fecha estamos, como está el clima, como van las cosas por casa, que le muestre fotos de la familia e incluso que le cante. Me emocione mucho cuando el paciente dijo "buenas tardes Sra. Olga gracias por todo", eso me lleno de alegría y satisfacción, pues que mejor evidencia de la eficacia de la educación que ver que el propósito compartido que es la recuperación del paciente se pueda lograr como fruto de un trabajo conjunto de educación y aprendizaje. Así como esta experiencia descrita se ha logrado la inclusión de la familia al cuidado del paciente de manera exitosa que no solo termina en el hospital sino se prolonga después del alta a casa o clínica. Para la ejecución del presente informe, el tiempo fue un limitante importante, en lo concerniente la realización del programa, la mayor limitación fue el de contar en contadas oportunidades con un ambiente adecuado para las charlas educativas, además de tener que autofinanciarnos los refrigerios y la producción de material educativo.

IV. RESULTADOS

CUADRO 4.1

**EDAD Y SEXO DE PACIENTES ADULTOS MAYORES CON ACV
PARTICIPANTES EN EL PROGRAMA FAMILIAR ACOMPAÑANTE EN
EL SERVICIO 13 A NEUROLOGÍA, OCTUBRE 2016**

| SEXO | MUJERES | | VARONES | | TOTAL | |
|--------------|-----------|-------------|-----------|-------------|-----------|------------|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| 60 - 65 | 3 | 3,4 | 12 | 13,8 | 15 | 17,2 |
| 65 - 70 | 12 | 13,8 | 35 | 40,2 | 47 | 54,0 |
| 70 - 75 | 10 | 11,5 | 4 | 4,6 | 14 | 16,1 |
| 75 - 80 | 4 | 4,6 | 7 | 8,0 | 11 | 12,6 |
| TOTAL | 29 | 33,3 | 58 | 66,7 | 87 | 100 |

Fuente: base de datos programa familiar acompañante.

Se observa en el cuadro 4.1 que la mayoría de pacientes adultos mayores con ACV son de sexo masculino, y que generalmente la edad en que se produce con mayor frecuencia es entre los 65 y 70 años. Lo que nos sugiere que se debe evaluar los factores de riesgo de ambos grupos.

CUADRO 4.2

EDAD Y SEXO DE FAMILIARES DEL PROGRAMA FAMILIAR ACOMPAÑANTE EN EL SERVICIO 13 A NEUROLOGÍA, OCTUBRE

2016

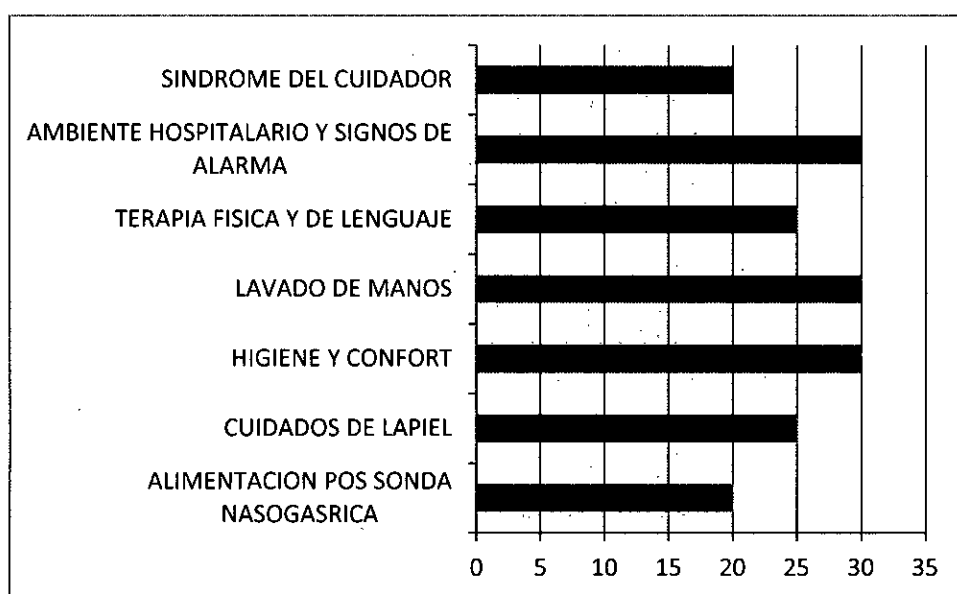
| SEXO | VARONES | | MUJERES | | TOTAL | |
|--------------|-----------|-------------|-----------|-------------|------------|------------|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| 20 – 30 | 5 | 4,7 | 10 | 9,5 | 15 | 13,0 |
| 30- 40- | 15 | 14,2 | 25 | 23,8 | 40 | 34,7 |
| 40 - 50 | 12 | 11,5 | 28 | 26,6 | 40 | 34,7 |
| 50 a mas | 8 | 7,6 | 12 | 11,4 | 20 | 17,3 |
| TOTAL | 40 | 33,3 | 75 | 66,7 | 115 | 100 |

Fuente: base de datos programa familiar acompañante.

Se puede deducir del cuadro 4.2 que son los familiares del sexo femenino las que en su mayoría asumen la responsabilidad del familiar hospitalizado y son generalmente de edad madura,

GRAFICO 4.1

CHARLAS EDUCATIVAS BRINDADAS A FAMILIARES DEL PROGRAMA FAMILIAR ACOMPAÑANTE EN EL SERVICIO 13 A NEUROLOGÍA, OCTUBRE 2016

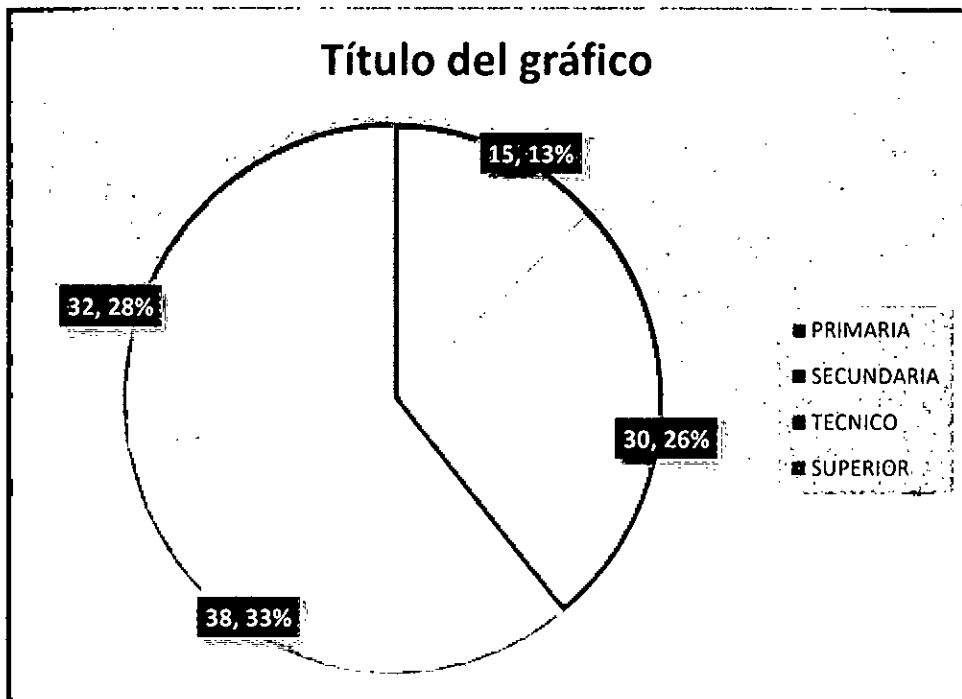


Fuente: base de datos programa familiar acompañante.

EL Cumplimiento de las charlas educativas se brindó de manera personal y grupal dependiendo de la disponibilidad de ambiente. Se realizaron de forma teórica y practican.

GRAFICO 4.2

GRADO DE INSTRUCCIÓN DE FAMILIARES DEL PROGRAMA FAMILIAR ACOMPAÑANTE EN EL SERVICIO 13 A NEUROLOGÍA, OCTUBRE 2016

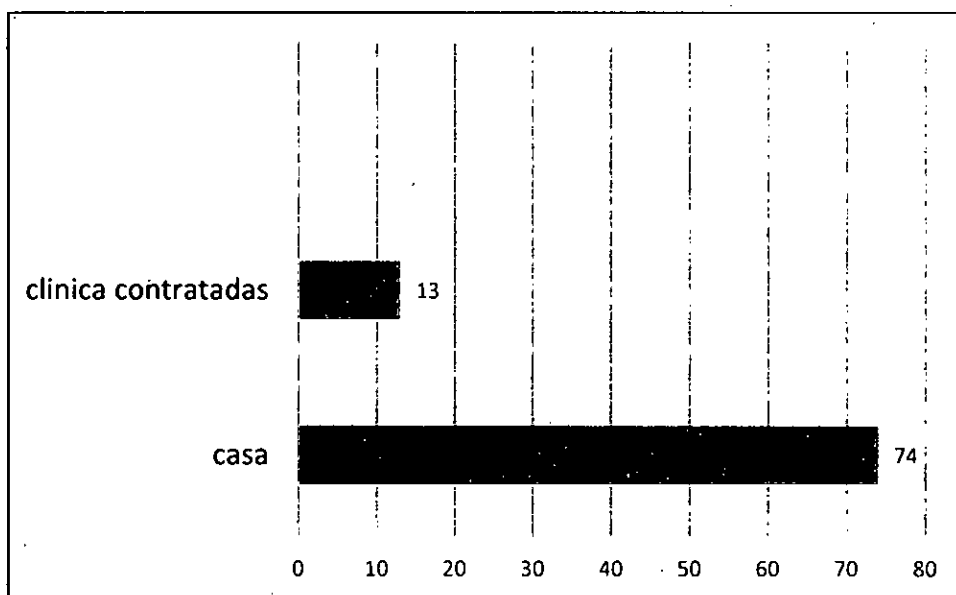


Fuente: base de datos programa familiar acompañante.

En el gráfico 4.2 se correspondiente a grado de instrucción se observa que en su mayoría los familiares que asumen el cuidado del familiar cuentan con estudios técnicos, seguido del grupo de profesionales.

GRAFICO 4.3

DESTINO DE PACIENTES DEL PROGRAMA FAMILIAR ACOMPAÑANTE EN EL SERVICIO 13 A NEUROLOGÍA, OCTUBRE 2016



Fuente: epicrisis de historias de alta del servicio 13 A neurología.

La mayor cantidad de pacientes del servicio tienen como destino el hogar, lo que significa que es de gran importancia que el familiar conozca los cuidados que deberá realizar al paciente en casa.

V. CONCLUSIONES

- a) La educación al familiar acompañante se traduce en la participación activa de la familia en el cuidado del adulto mayor hospitalizado, creándose un vínculo con el personal de enfermería que consigue el único propósito de recuperar al paciente y prevenir las complicaciones al alta hospitalaria.
- b) La preparación adecuada permite que la enfermera desarrolle capacidades cognitivas y actitudinales para brindar educación al paciente y familiar acompañante.
- c) La familia adquiere nuevos conocimientos conforme va avanzando la enfermedad, su participación es valiosa pues es quien nos alerta de los cambios que presenta el paciente, además de alguna manera disminuye la carga laboral de enfermería.

VI. RECOMENDACIONES

- a) Es necesario mejorar el programa de familiar acompañante logrando que los familiares tengan mayor acceso a la información y facilitarles el ingreso y permanencia en el servicio.
- b) Los profesionales de enfermería bebemos entender y reconocer que la familia que recibe educación constituye un elemento sumamente valioso en el hospital y que al alta del paciente se prolongaran los cuidados de calidad en casa evitando así recaídas que se traducirían en hospitalizaciones con el consecuente gasto que implica.
- c) Se debe coordinar la elaboración de formatos informativos para ser entregados al ingreso y alta del paciente con la finalidad de que los miembros familiares ausentes puedan también leer la información.
- d) Resulta necesario contar con un aula donde se pueda ejecutar con comodidad la educación al paciente y familia.

VII. REFERENCIALES

1. Lucero López-Díaz, Fabiola Castellanos-Soriano. y otros. Cuidado popular de familias con un adulto mayor sobreviviente del primer accidente cerebrovascular. Quinchán vol. 16 (N° 2) Bogotá Apr/June 2016.
2. Llanes Torres HM, Alonso Pavón Y, Amaro Hernández AH. Comportamiento de la mortalidad por enfermedad cerebro vascular en el municipio madrugá. Rev de Cienc Méd Habana [Internet]. 2010. [Citado 2013 Mar 22]; 16(1) Disponible: <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/450/html>
3. Rubio Pavón M, Carulla Mora Z, Rodríguez Reyes F, Céspedes Cañamero A, De la Cruz Sando I. Caracterización clínico-epidemiológica de las enfermedades cerebro-vasculares en pacientes del Hospital Militar de Holguín. Enero 2008-diciembre 2009.
4. Fuente: Ministerio de Salud - Oficina General de Estadística e Informática 2015- 2014. www.minsa.gob.pe.
5. Ginesa Zomeño Ros. Incorporación del familiar del enfermo hospitalizado a los cuidados enfermeros intrahospitalarios. Tesis Doctoral. Universidad de Alicante. 2015.

6. MONTALVO PRIETO Amparo / BADRÁN NAVARRO Yineth/
CAVADÍAS PUELLO Catherine y otros. Estudio Habilidad de cuidado de cuidadores familiares principales de pacientes con ACV. Cartagena (Colombia) marzo 2010.
7. SÁNCHEZ NAZARIO, Rosa María, Estudio realizado sobre Experiencias y valores del familiar cuidador sobre el cuidado de enfermería al paciente hospitalizado con enfermedad cerebrovascular. Hospital la caleta - Chimbote, 2010.
8. LÓPEZ LÓPEZ, Jenny Janet. Tesis Calidad de vida en cuidadores informales de adultos mayores con enfermedades crónicas del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen 2013.
9. Alvarado Alejandra. Junio de 2010 Experiencia de cuidar a un paciente con enfermedad crónica después de recibir una capacitación. Universidad de la Sabana, Bogotá, D.C., Chía (Cundinamarca), Colombia.
10. **GUÍAS DIAGNÓSTICAS DE GERIATRÍA** Grupo de Estudio de Enfermedad Vascul ar Cerebral. Academia Mexicana de Neurología A.C. México D.F. 2009: Capítulo 1.
11. Cometto, MC "Medidas de enfermería en el ACV en las primeras horas. 2009. Córdoba. RA.
12. Henderson V, Nite G. Principios y Prácticas de Enfermería (6ta ed.). Nueva York: Mac Millan, 1978.

13. El cuidador familiar. Una revisión sobre la necesidad del cuidado doméstico y sus repercusiones en la familia. UNAM. México 2001.
14. (ENCICLOPEDIA BRITÁNICA EN ESPAÑOL, 2009) visitado [20 octubre 2016]
15. Programa de capacitación: "Apoyo a la familia cuidadora de personas dependientes" 2015, HNERM- EsSalud.

ANEXOS



ANEXO 1 CUIDADOS RESPIRATORIOS



Paciente del programa familiar acompañante día previo al alta



Alimentación por sonda nasogástrica.

ANEXO 2 Asistencia a las charlas educativas

63

Sesión Educativa: PREVENCIÓN DE ÚLCERA POR PRESIÓN

| PACIENTES Y FAMILIARES | | 13A |
|-----------------------------------|--------------------|-----|
| NOMBRE Y APELLIDOS | FORMA | |
| 1. Herberta Josefa Calixta | <i>[Signature]</i> | |
| 2. EDUARDO PONCE ARGANDOÑA | <i>[Signature]</i> | |
| 3. JORGE LUIS ROCCO RUIZ | <i>[Signature]</i> | |
| 4. Hugo Bermudez Viera | <i>[Signature]</i> | |
| 5. Nidia Yosu Saab | <i>[Signature]</i> | |
| 6. Franca Yllera Yllera | <i>[Signature]</i> | |
| 7. Pilsa Ronald Castillo | <i>[Signature]</i> | |
| 8. Rosa Armas Sicutierro | <i>[Signature]</i> | |
| 9. | | |
| 10. MARIANO CHACÓN BUSTIERRE | <i>[Signature]</i> | |
| 11. LAINE LAURA CARHUALLA | <i>[Signature]</i> | |
| 12. Ana Maria Reyes Sanjin | <i>[Signature]</i> | |
| 13. George SO COSTA | <i>[Signature]</i> | |
| 14. Sara Raquel Cordero Rodriguez | <i>[Signature]</i> | |
| 15. Giovanni Valentine Portio | <i>[Signature]</i> | |
| 16. Gabriela Sanchez Valdivia | <i>[Signature]</i> | |
| 17. Juan M. Matos | <i>[Signature]</i> | |
| 18. Jose Luis Cueto Sanchez | <i>[Signature]</i> | |
| 19. Gloria Yllera Medina | <i>[Signature]</i> | |
| 20. | | |
| 21. | | |
| 22. | | |
| 23. | | |
| 24. | | |
| 25. | | |
| 26. | | |

Comités Cívicos / Mentes del Sur

| | |
|------------------------------|-------------------------------|
| Maria E. Valdivia de las | Juanita |
| Sandra Millones Ramirez | Dieter |
| FERNANDO SANTIQUANA CASTILLO | Juanita |
| ROSA TELLO DE NORA | Rosa Tello de Nora |
| Wanda Ramirez | Wanda |
| Juis Ruiz Latorre | JK |
| MARUX OBREGON PIONERO | Marux Obregon |
| Jose R. Ede. Pionero | José R. Ede. |
| OTILIA PIONERO | Otilia |
| JUAN MANUEL VARGAS ROSA | Juan Manuel |
| MARIA MACHACA YANQUEO | Maria |
| Elizabeth Ponce Rojas | Elizabeth |
| Martene Arenas de Espinoza | Martene |
| Rosana Pinedo Ruiz | Rosana |
| Helia Rosas de Lence | Helia |
| Alicia Cruz Coma | Alicia |
| MARIN VARGAS ROSA | Marin |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

ANEXO 3

TEMARIO:

| SESIÓN | TEMA | RESPONSABLE |
|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| 1° | Ambiente domiciliario y signos de alarma. Lavado de manos. Alimentación saludable: prevención de dislipidemias, HTA, DM. | Enfer. Monitora responsable. Nutricionista |
| 2° | Higiene y confort: baño en cama, higiene de boca, ojos, oídos y cambio de pañal. Movilización y Prevención de Ulceras por presión. | Enfer. Monitora responsable. Técnico de enfermería designado. |
| 3° | Alimentación y administración de medicamentos por sonda nasogástrica. Cuidados de sonda Foley. | Enfer. Monitora responsable. |
| 4° | Síndrome del cuidador. Terapia física y del lenguaje. | Psicóloga Fisioterapeuta |

I. CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:

| ACTIVIDAD | RESPONSABLE | ENTREGABLES | FECHA | INDICADORES |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| Elaboración del plan del programa de capacitación | Enf. Jefe del servicio de neurología 13 A. Lic. Olga Paz | Documento impreso | ----- | Proyecto presentado |
| Elaboración del temario del programa de capacitación | Enf. Jefe del servicio de neurología 13 A. Lic. Olga Paz | Documento impreso | ----- | Documento entregado |
| Socialización del plan y programa de capacitación a todo el personal del servicio, enfermeras, técnicos, asistente social, nutricionista, psicóloga y fisioterapeuta. | Enf. Jefe del servicio de neurología 13 A. Lic. Clara Gallegos. | Registro de asistencia de todo el personal debidamente firmado. | ----- | N° de enfermeras y técnicos conocen el programa de capacitación. |
| Elaboración de material audio visual educativo | Lic. Olga Paz | Rotafolio Trípticos folletería | ----- | rotafolios trípticos diferentes |
| Ejecución del programa de capacitación "familiar acompañante" | Enf. Jefe del servicio. Personal designado como monitores o facilitadores | Informes mensuales | | Presentación de informes mensuales o trimestrales con N° de cuidadores capacitados |
| Monitoreo del Programa de capacitación "familiar acompañante" | Enf. Jefe del servicio. Personal designado como monitores o facilitadores | Registro de asistencia de todas las sesiones de aprendizaje | Una vez a la semana. Ejm: todos los miércoles | N° de sesiones asistidas por cuidador familiar |
| Sesiones de aprendizaje | Personal designado como monitores o facilitadores | Registro de asistencia de todos los cuidadores familiares participantes. | Una vez por semana. Ejm: todos los miércoles | N° de sesiones desarrolladas por mes |
| Evaluación y resultados | Enf. Jefe del servicio. Personal designado como monitores. | Pre y post Test | Término del programa completo (4° sesión) | Informe escrito y logros obtenidos |