

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**PLAN DE INTERVENCIÓN PARA EL FORTALECIMIENTO DEL CUIDADO DE
ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR
ISQUÉMICO EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL
NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA. LIMA. 2020**

**TRABAJO ACADEMICO PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS Y
DESASTRES**

ESTHER ROSARIO FLORES OJEDA

Callao - 2020

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:

- DRA. MERY JUANA ABASTOS ABARCA PRESIDENTA
- DRA. ANA ELVIRA LÓPEZ DE GÓMEZ SECRETARIA
- MG. VILMA MARÍA ARROYO VIGIL VOCAL

ASESORA: DRA. MERCEDES LULILEA FERRER MEJÍA

Nº de Libro: 04

Nº de Acta: 155-2020

Fecha de Aprobación de la tesis: 11 de Noviembre del 2020

Resolución de Consejo Universitario N° 245-2018-D/FCS, de fecha 30 de Octubre del 2018, para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

ÍNDICE

Introducción	2
Capítulo I. Descripción de la situación problemática	3
Capítulo II. Marco teórico	5
2.1 Antecedentes	5
2.1.1 Antecedentes Internacionales	5
2.1.2 Antecedentes Nacionales	6
2.2 Bases Teóricas	7
2.3 Bases Conceptuales	9
Capítulo III.	22
Desarrollo De Actividades para Plan de Mejoramiento en Relación a la Situación Problemática.	22
Conclusión	29
Recomendaciones	30
Referencias Bibliográficas	31
Anexos	32

INTRODUCCION

En las últimas décadas, en nuestro país la patología neurológica llamada Accidente Cerebro Vascular (ACV), como en muchos países del mundo es la tercera causa de muerte y la primera en producir discapacidad en la persona que la aqueja; motivo por el cual es un gran problema de salud actual.

Uno de los problemas destacados en los servicios de salud hospitalarios es el desconocimiento tanto del paciente como del familiar en cuanto al seguimiento y control del tratamiento haciendo caso omiso a los signos y síntomas que alertan a que algo está fallando, como son: dolor de cabeza intenso de causa desconocida, aumento exagerado de la presión arterial, debilidad y/o pérdida de la conciencia; lo que dificulta un adecuado y oportuno diagnóstico. Cabe decir que según su naturaleza patológica se divide en: isquémico y hemorrágico, ambos son emergencia uno más frecuente que el otro, pero a la vez complejos.

Cabe destacar que el 63% de los eventos isquémicos y el 80% de los eventos hemorrágicos ocurren en países de ingresos medianos y bajos. Teniendo en cuenta también que hasta en el 91% de los eventos isquémicos y el 87% de los eventos hemorrágicos ocurren en personas que presentan factores de riesgo modificables.

Por tal motivo se ha desarrollado el presente trabajo académico dirigido a los cuidados de enfermería en el paciente con ACV Isquémico en el Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2020, con la finalidad de brindar una atención de enfermería eficaz y de calidad a este tipo de pacientes, el cual contiene la justificación, objetivos, programación de actividades, ejecución y evaluación; ya que mi experiencia de 8 años trabajando como enfermera asistencial en el servicio de emergencia de dicho hospital me ha dado la oportunidad de aplicar

mis conocimientos y reflejarlos en los cuidados que requieren, ya que llegan pacientes locales y de referencia nacional por ser considerado un hospital de nivel III – 1 donde se atienden casos de alta complejidad en todas sus áreas.

CAPITULO I

DESCRIPCION DE LA SITUACION PROBLEMÁTICA

Según la organización mundial de la salud (OMS) los ataques cardiovasculares y los accidentes cerebrovasculares suelen ser fenómenos agudos cuyas causas más importantes son estilos de vida (dietas poco saludables, consumo de tabaco), lo que conlleva a la hipertensión arterial o dolor de intenso de causa desconocida, debilidad o pérdida de conciencia. 15 millones de personas sufren de ACV por año, de estos, 5 millones mueren y otros 5 millones quedan con discapacidad permanente. Es la tercera causa de muerte y la primera de discapacidad en el mundo. Esta patología puede ocurrir a cualquier edad, aproximadamente $\frac{3}{4}$ de ellos ocurren en mayores de 65 años y el riesgo se duplica en cada década a partir de los 55 años siendo actualmente en su mayoría mujeres, de estos básicamente el 10 a 15% son hemorrágicos (1).

En Cuba, Se realizó un estudio analítico, observacional de casos y controles en pacientes del Policlínico Docente “Carlos Montalván en Palma de Soriano a fin de determinar los factores de riesgo de los accidentes cerebrovasculares, desde enero 2014 hasta diciembre 2015. Se estudiaron 2 grupos: uno de 90 casos y otro de 180 controles donde se calculó la oportunidad relativa y el intervalo de confianza; se aplicó la prueba de Ji al cuadrarlo con el 95% de confiabilidad y se hizo uso del porcentaje como medida resumen para variables cualitativas. Las condiciones predisponentes que predominaron en la serie fueron: edad, HTA, obesidad, sedentarismo, tabaquismo y dislipidemias; las cuales ponen en riesgo la vida del afectado (2).

En Perú, se estima que el 15% de todas las muertes prematuras son causadas por el ACV. En el año 2011, se encontró una mortalidad de 19,6% en 2225 pacientes

con ACV hospitalizados. Entre los años 2000 – 2009 en un hospital público de Lima, Perú. Dos años después, reportaron 6444 muertes por ACV (67 muertes por 100000 habitantes), de los cuales el 51,3% fueron hombres con una edad promedio de 72,3 años (3).

En el Hospital Nacional Arzobispo Loayza por ser un hospital de nivel III – 1 recibe en sus instalaciones pacientes de diversas localidades tanto nacionales como distritales que llegan en busca de recibir atención y dar solución a sus problemas de salud que los aqueja. Estos pacientes con secuelas de la patología que padecen (ACV) tienen cambios bruscos, los cuales son notados por sus cuidadores, por tal motivo acuden al hospital. El ingreso muchas veces es por consulta externa donde según sus signos y síntomas existentes hacen que su tratamiento sea inmediato por lo que son derivados al área de Emergencia, determinando si es isquémico o hemorrágico, haciendo uso de exámenes auxiliares de laboratorio y tomografías.

Nuestra área de Emergencia desde hace 2 años luce con una infraestructura más amplia, pero siempre con un déficit de recurso humano, ya que se cuenta solo con 2 profesionales de enfermería y 2 técnicos para atender a la alta demanda de pacientes por turno de 12 horas. Además, en la actualidad no se cuenta con un plan de cuidados para la atención de los pacientes con ACV Isquémico, solo con un plan general de atención.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes

2.1.1 Antecedentes Internacionales

RODRIGUEZ M. (2018). Realizó una revisión bibliográfica sobre la “protocolización de los cuidados de enfermería en el ACV”. Coruña – España. Se reconoce que el ACV es una de las enfermedades más prevalentes hoy en día a nivel mundial y la de mayor morbimortalidad presenta. Al tratarse de una patología de tiempo dependiente, es fundamental que el personal de enfermería está capacitado para la rápida respuesta garantizando unos cuidados de calidad y según la mejor evidencia científica. Es por ello que un protocolo que guie esa práctica, sea un aspecto importante a considerar. Al realizar dicha revisión bibliográfica la mayoría de los autores coinciden en el manejo prioritario en la atención de enfermería en el manejo del Ictus. En un segundo plano se encuentran los cuidados de enfermería tales como la movilización pasiva, los cambios posturales es ofrecer seguridad y confort al paciente. En conclusión, la enfermera debe tratar el Ictus según protocolos basados en la evidencia para conseguir los mejores resultados posibles (4).

ALMEIDA Y. (2018). Realizo un estudio de caso clínico titulado “Accidente cerebrovascular de tipo isquémico en pacientes adulto mayor”. Ecuador. El Accidente Cerebro Vascular se ve con mayor incidencia en pacientes adultos

mayores, pero también pueden ser visto en adultos jóvenes ya que es causado por el bloqueo de coagulo de sangre o de placas arterioescleróticas a nivel del cerebro lo cual le imposibilita suministrar sangre a cierta parte del tejido cerebral el cual se va a ver afectado por la falta de nutrientes y de oxígeno. El objetivo de este trabajo es identificar los cuidados de enfermería que vamos a poner en práctica para los posteriores cuidados de los pacientes para la pronta recuperación. Ya que como sabemos esta enfermedad tiene como signos y síntomas la disartria, disfagia neurológica, problemas para caminar, dificultad para ver con uno o ambos ojos. Ya que es causada por los malos hábitos alimenticios, el sedentarismo, la hipertensión arterial y otros factores. Se aplica el proceso de Atención de Enfermería y se realiza un plan de cuidados e intervenciones basados en la clínica y las respuestas humanas que se evidencian, para contribuir a la terapéutica con cuidados en el manejo de farmacoterapias, apoyo emocional y con la vigilancia, y seguimientos periódicos para la evolución de las acciones de salud, como resultados esperados tras las intervenciones realizadas (5).

BRAVO C. (2017). Realizo un estudio “Factores asociados a rehospitalización y mortalidad en pacientes ingresados por un primer accidente cerebrovascular isquémico”. Chile. Es de corte retrospectivo donde se incluyeron a los pacientes ingresados por ACV Isquémico en el Hospital del Salvador en el año 2017, con factores de riesgo asociados a variables sociodemográficas, clínicas relacionados con el proceso de atención y el proceso post hospitalario. Los resultados fueron que de 138 pacientes fueron ingresados en primer evento de ACV Isquémico y de estos 124 egresaron vivos de la hospitalización. Para el evento de la rehospitalización se comprobó que la sobrevida disminuyo 95% en un periodo de seguimiento de 180 días. Por lo que se comprobó que los pacientes que no asisten a control por neurología posterior al alta que tenían mayor riesgo de reingreso que aquellos que si se controlaron. Llegando a la conclusión que no ser atendido por neurólogo post al alta, tienen dislipidemias, haber reincidido en la hospitalización y el grado de discapacidad con el que sale del primer evento. Son factores asociados a los reingresos hospitalarios (6).

2.1.2 Antecedentes Nacionales

TAYPE D. (2017). En un estudio realizado sobre “El cuidado humanizado es la esencia de la enfermería”. Lima. El objetivo es determinar la percepción del familiar sobre cuidado humanizado de la enfermera en pacientes con ACV hospitalizados, este estudio tuvo un enfoque cuantitativo descriptivo, diseño de corte transversal. La población fue 39 cuya muestra fue 36 familiares, obtenida por muestreo probabilístico, el instrumento fue elaborado a su vez en encuestas, arrojando como resultado 16,7% malo, 77,8% regular y 5,5% bueno, y las dimensiones; practicas espirituales mala 36,7%, regular el 55,6% y buena 8,3% entorno saludable 38,9% mala, 50% regular y 11,1% buena. Por lo que se llega a la conclusión que de manera regular la aceptación ante los familiares de pacientes con ACV del cuidado que brinda la enfermera debe ser de manera humanizada siendo así la esencia característica de la enfermera en su labor diaria (7).

ROBLES X., YANA E. (2014). En su estudio realizado “Dependencia funcional y apoyo social en pacientes con enfermedad vascular cerebral después del alta hospitalaria”. Arequipa. En su investigación de tipo descriptivo con diseño correlacional de corte transversal tuvo como objetivo determinar la asociación entre la dependencia funcional y el apoyo social de los pacientes con EVC después del alta hospitalaria. Los resultados obtenidos reflejaron que el nivel de dependencia de la persona con EVC fue un total de 58.11% de una población constituida por 90 pacientes (8) .

2.2 Base Teórica

2.2.1 VIRGINIA HENDERSON

Cuidado: está dirigido a reemplazar el déficit de autonomía del sujeto para poder actuar de modo independiente en la satisfacción de sus necesidades fundamentales. Establece 3 tipos de relación entre enfermera con el paciente:

1. Nivel de Sustitución: la enfermera sustituye totalmente al paciente.

2. Nivel de Ayuda: la enfermera realiza solo aquellas acciones que el paciente no puede hacer por sí solo.
3. Nivel de Acompañamiento: la enfermera permanece al lado del paciente desempeñando tareas de asesoramiento y reforzando el potencial de independencia del mismo y como consecuencia su capacidad de autonomía (9) .

2.2.2 MARJORY GORDON

Creó una escala de valoración que brinda al profesional de enfermería unas bases aplicables en cualquier campo de su desempeño laboral que le permite realizar una valoración completa y eficaz de la persona, la familia y su entorno. Para lo cual proporciona una clasificación de 11 patrones funcionales de salud.

1. Percepción Manejo de la Salud: se valora como percibe el individuo la salud y el bienestar, respecto a su mantenimiento o recuperación incluyendo las prácticas terapéuticas y preventivas. Además, incluye los hábitos higiénicos (personales, vivienda, vestido), interés y conocimiento, existencia o no de alteraciones de salud, existencia o no de hábitos tóxicos, accidentes laborales y domésticos e ingresos hospitalarios.
2. Nutricional y Metabólico: se tiene en cuenta el consumo de alimentos y líquidos relativo a las necesidades metabólicas y aporte de nutrientes, valorando horarios de comida, preferencias y suplementos, así como problemas de ingesta; también se tiene en cuenta condiciones de la piel, mucosas y membranas y en la boca (caries, pérdidas dentarias, úlceras, etc.). Además, se considera la valoración de dificultades o problemas digestivos (náuseas, vómitos, pirosis).
3. Eliminación: se tiene en cuenta las funciones excretoras intestinal, urinaria y de la piel. Específicamente, se valora a nivel intestinal, la consistencia, regularidad, dolor al defecar, sangre en heces, uso de laxantes, presencia de ostomías e incontinencia. A nivel urinario se considera micciones al día, características de la orina, problemas de micción y uso de pañales, colectores, sondas. A nivel cutáneo, la diaforesis.

4. Actividad – Ejercicio: se valora el tipo, cantidad y calidad del ejercicio. Se tiene en cuenta el estado cardiovascular (frecuencia cardiaca o presión arterial anormales en respuesta a la actividad), tolerancia a la actividad, tipo de actividad y tiempo que le dedica.
5. Sueño y Descanso: describe la capacidad de la persona para conciliar el sueño, descansar o relajarse a lo largo de las 24 horas del día.
6. Cognitivo – Perceptivo: se tiene en cuenta el nivel de conciencia, conciencia de la realidad, adecuación de los órganos de los sentidos, compensación o prótesis, percepción del dolor y tratamiento. Además se considera el lenguaje como ayudas para la comunicación, memoria y juicio, comprensión de ideas y toma de decisiones.
7. Autopercepción – Auto concepto: se tiene en cuenta la percepción del estado de ánimo, las actitudes acerca de si mismo, la percepción de las capacidades afectivas o físicas, así como imagen corporal, postura, movimiento, contacto visual, patrón de voz y conversación.
8. Rol – Relaciones: se valora la relación de la persona con los demás, papel que ocupan en la familia, sociedad y responsabilidades en su estado actual.
9. Patrón Sexualidad y Reproducción: valora la satisfacción o insatisfacción de la sexualidad ajustándose a su edad (pre menopausia, post menopausia y/o climaterio).
10. Adaptación Tolerancia al Estrés: se valora las formas o estrategias de afrontamiento general de la persona y las respuestas que demuestra el individuo en situaciones de estrés.
11. Valores y Creencias: se toman en cuenta los valores y creencias que guían a la persona a tomar decisiones o a elegir lo que considera apropiado, correcto, bueno o malo relativos a la salud. También incluye adaptación o no a tratamientos, prioridades de salud, vida o muerte y prácticas religiosas (10).

2.3 Base Conceptual

A. ACV ISQUEMICO

En los últimos años, se viene utilizando el término “ictus” como sinónimo de infarto cerebral. Este término procede del latín (golpe) e implica brusquedad y gravedad. El ACV Isquémico generalmente se produce debido a la obstrucción de una arteria que va al cerebro; la obstrucción se debe a la formación de un coágulo sanguíneo y/o a un depósito de grasa aterosclerótica. A partir de ello los síntomas ocurren repentinamente y consisten en debilidad o astenia muscular, parálisis, pérdida de sensibilidad o sensibilidad anómala en un lado del cuerpo, dificultad para hablar, confusión, problemas en la vista, mareos y pérdida de equilibrio y coordinación. El diagnóstico en la mayoría de los casos se basa en los síntomas y los resultados de la evaluación física y en pruebas de diagnóstico por imagen del cerebro, también se realizan otras pruebas de diagnóstico por la imagen y análisis de sangre para determinar la causa del accidente cerebrovascular. El tratamiento consiste en medicamentos para disolver coágulos de sangre o para reducir la probabilidad de que la sangre se coagule, y en procedimientos para eliminar físicamente los coágulos sanguíneos, seguidos de rehabilitación. Las medidas de prevención (11) incluyen el control de los factores de riesgo, los fármacos que hacen que la sangre sea menos propensa a coagularse, y algunas veces la cirugía o la angioplastia para permeabilizar las arterias bloqueadas. Alrededor de un tercio de las personas afectadas recuperan la totalidad o la mayor parte de la funcionalidad normal después de un accidente cerebrovascular isquémico.

B. Causas

Un ACV Isquémico suele ser el resultado de la obstrucción de una arteria que irriga el cerebro, por lo general una rama de una de las arterias carótidas internas. El daño resultante depende del tiempo que las neuronas se ven privadas de irrigación. La mayoría de las células cerebrales mueren después de verse privadas de sangre durante 4,5 horas.

- **Por una formación interna de ateroma en la arteria, que acaba por obstruirla:** si un ateroma en la pared interna de una arteria sigue

acumulando material graso, puede hacerse lo bastante grande para obstruirla. Incluso si la arteria no está bloqueada por completo, el ateroma estrecha la arteria y disminuye el flujo sanguíneo a través de esta, de la misma manera que una tubería atascada reduce la velocidad del flujo del agua. La circulación lenta de la sangre la hace más propensa a coagularse. Un coágulo grande puede obstruir de tal manera el flujo sanguíneo a través de una arteria estrechada que puede producir la muerte de las neuronas irrigadas por dicha arteria. O, si un ateroma se divide (rompe), el material existente en su interior suele desencadenar la formación de un coágulo de sangre que puede obstruir la arteria.

- **Desplazándose desde otra arteria hacia una arteria del cerebro:** puede desprenderse un fragmento de un ateroma o un coágulo de la pared de una arteria y viajar por el torrente sanguíneo (convertido en un émbolo), este se aloja en una arteria que irriga el cerebro e interrumpe el flujo sanguíneo. (La palabra embolia se refiere a la obstrucción de las arterias por materiales que viajan por el torrente sanguíneo hacia otras partes del cuerpo.) Dichas obstrucciones ocurren con mucha frecuencia en los lugares donde las arterias ya se encuentran estrechadas por la presencia de depósitos grasos.
- **Desplazándose desde el corazón hasta el cerebro:** los coágulos de sangre pueden formarse en el corazón o en una válvula de éste, particularmente en válvulas artificiales y válvulas que han sido dañadas por una infección del revestimiento del corazón (endocarditis). Los accidentes cerebrovasculares ocasionados por estos coágulos de sangre son más comunes entre las personas que han sido sometidas recientemente a una intervención quirúrgica del corazón, entre las que han sufrido un ataque cardíaco o entre las que sufren una valvulopatía o un ritmo cardíaco irregular (arritmia), en especial un ritmo cardíaco rápido e irregular denominado fibrilación auricular.

Existen muchas afecciones, además de la rotura de un ateroma, que desencadenan o favorecen la formación de coágulos de sangre, aumentando así el riesgo de obstrucción por un coágulo. Incluyen los siguientes:

- **Trastornos de la sangre:** ciertos trastornos, como el exceso de glóbulos rojos (policitemia), el síndrome antifosfolipídico y un alto nivel de homocisteína en la sangre (hiperhomocisteinemia), hacen más propensa a que la sangre tienda a coagularse. La enfermedad de células falciformes puede causar un accidente cerebrovascular isquémico en los niños.
- **Anticonceptivos orales:** La ingesta de anticonceptivos orales, específicamente los que contienen una dosis alta de estrógenos, aumenta el riesgo de formación de coágulos de sangre.

Los coágulos de sangre en una arteria del cerebro no siempre ocasionan un accidente cerebrovascular. Si el coágulo se rompe espontáneamente en menos de 15 a 30 minutos, las células del cerebro no mueren y los síntomas se resuelven. Estos casos se denominan accidentes isquémicos transitorios (AIT).

Si una arteria se estrecha de manera gradual, otras arterias (llamadas arterias colaterales) a veces se dilatan para aportar sangre a las partes del cerebro que normalmente están abastecidas por la arteria obstruida. Por lo tanto, si se produce un coágulo en una arteria que ha desarrollado una circulación colateral, la persona puede no presentar síntomas.

El **infarto lacunar** es otra causa frecuente de accidente cerebrovascular isquémico. En el infarto lacunar, una de las pequeñas arterias situadas en una zona profunda del cerebro se obstruye cuando parte de su pared se deteriora y es sustituida por una mezcla de grasa y tejido conjuntivo (un trastorno denominado lipohialinosis). La lipohialinosis es distinta de la

ateroesclerosis, pero ambos trastornos pueden ocasionar la obstrucción de las arterias. El infarto lacunar tiende a presentarse en las personas mayores con diabetes o control deficiente de la hipertensión arterial. En el infarto lacunar solo se daña una pequeña parte del cerebro, y el pronóstico suele ser favorable. Sin embargo, con el tiempo, pueden aparecer muchos infartos lacunares pequeños y causar mayores problemas.

C. Síntomas

Por lo general, los síntomas de un ACV Isquémico se producen repentinamente y se agravan de forma considerable a los pocos minutos. La mayoría de los ACV Isquémicos inicia repentinamente, evolucionan rápido y causan la muerte de tejido cerebral en minutos u horas. Después, la mayoría se estabiliza, de manera que causan pocas lesiones adicionales o ninguna. Los accidentes cerebrovasculares que permanecen estables durante 2 o 3 días se denominan infartos cerebrales. La obstrucción súbita por un émbolo es la causa más común de este tipo de accidente cerebrovascular.

Cuando están afectadas las arterias que se ramifican de la arteria carótida interna (que transporta sangre a lo largo de la parte anterior del cuello hacia el cerebro), los síntomas más frecuentes son los siguientes:

- Ceguera en un ojo.
- Incapacidad para mirar al mismo lado con ambos ojos.
- Sensaciones anormales, debilidad o parálisis en un brazo o una pierna, o en un lado del cuerpo.

Cuando están afectadas las arterias que se ramifican de las arterias vertebrales (que llevan sangre a lo largo de la parte posterior del cuello hacia el cerebro), los síntomas más frecuentes son los siguientes:

- Mareos y vértigo.
- Visión doble o pérdida de visión en ambos ojos.

- Debilidad generalizada en uno o ambos lados del cuerpo.

Otros síntomas que aparecen son: dificultad para hablar (por ejemplo, lenguaje ininteligible), trastornos de consciencia (como confusión), falta de coordinación e incontinencia urinaria (11).

D. Categorías clínicas o subtipos etiológicos de infarto cerebral:

Se dividen en cuatro subgrupos dependiendo el tipo de obstrucción: (Pérez, 2006)

- **Aterosclerosis o Aterotrombosis:** Es un proceso propio de la arteria comprometida y se desarrolla durante años, por lo que suele producirse en mayores de 60-65 años. Se produce por la formación de ateromas (depósitos grasos) en el revestimiento de las paredes de los vasos. El aumento progresivo de elementos plaquetarios sobre esta placa ateromatosa, determinará la posterior formación de un trombo. El desprendimiento de segmentos de la placa libera pequeños émbolos que van a obstruir arterias cerebrales, los que, por su tamaño, pueden ser rápidamente redirigidos y producir sólo síntomas transitorios (AIT); sin embargo, cuando el embolo es grande se hace difícil recanalizarlo, produciendo generalmente un déficit permanente, es decir, una ACV propiamente dicha. Otro mecanismo es la obstrucción arterial que se produce por el crecimiento paulatino del trombo (trombosis in situ), con el consiguiente déficit neurológico que este produce. Los sitios más frecuentes para la formación de ateromas son las zonas en las cuales se produce una alteración del flujo por la existencia de una bifurcación o de curvaturas arteriales. Anatómicamente estas zonas corresponden a la bifurcación de la carótida común en carótida interna y externa, la bifurcación de la arteria basilar en arteria cerebral posterior derecha e izquierda, y los sifones carotideos. Se confirma con Eco doppler y angiografía.
- **Cardioembolia o Embolia cardiaca:** La embolia cardiaca, a diferencia de la aterosclerosis, suele producirse en personas más jóvenes, menores de 55 años porque no es un problema propio del vaso sanguíneo. La cardioembolia es un problema cardiaco que, por alteraciones del flujo

sanguíneo y la coagulación, produce émbolos que pueden obstruir alguna de las ramas del territorio cerebro vascular. Lo más frecuente es que esta embolia vaya al territorio carotideo, obstruyendo algunas ramas de la arteria cerebral media, y menos común a la arteria cerebral anterior y el territorio vertebro basilar (Lee y cols. 2004). Para hacer el diagnóstico de embolia cardiaca, se debe determinar y demostrar la fuente embolígena, como podrían ser una arritmia cardiaca por fibrilación auricular, un trombo intraauricular, una estenosis mitral, etc. El cuadro clínico se caracteriza por tener un inicio rápido. El émbolo es capaz de obstruir la arteria en cuestión de segundos, por lo que se inicia con mayor déficit neurológico, los que eventualmente podrían revertirse. Suele haber compromiso de conciencia desde un principio y, según el territorio afectado (superficial o a nivel cortical profundo) dejará diferentes secuelas como afasias, déficit sensitivo o motor.

- **Lacunares:** Aunque el término “laguna” se refiere a la forma, tamaño (menor de 15 mm) e imagen patológica quística de este tipo de ACV; lo que las caracteriza es la topografía de los vasos lesionados, los síndromes específicos que producen, su estrecha relación con la hipertensión arterial, y su pronóstico favorable en la mayoría de los casos. El mecanismo fisiopatológico de producción se basa, generalmente, en oclusiones de las pequeñas arterias lesionadas por la hipertensión, la cual produce una lesión mural arterial. Los eventos vasculares lacunares se distribuyen en los territorios de las arterias perforantes, las cuales provienen de arterias principales en la zona de los ganglios basales, y de arterias paramedianas del tronco encefálico. Estos pequeños infartos suelen localizarse en la profundidad del hemisferio cerebral o en el tronco cerebral, principalmente en cápsula interna, tálamo, núcleo caudado, protuberancia y parte del bulbo. Dicha localización explica las peculiaridades de su manifestación clínica. Por lo general, los cuadros de infartos lacunares se inician de forma súbita, caracterizándose por la manifestación de cinco síndromes lacunares clásicos (motor puro, sensitivo puro, sensitivo motor, hemiparesia atáxica, disartria y mano torpe) que incluyen cualquier lesión de pequeño tamaño que asocie una clínica específica.

- **Causas desconocidas o infrecuentes:** Se ha calculado que un 2.9% de los eventos cerebro vasculares son causados por procesos poco frecuentes. Éstos afectan principalmente a sujetos jóvenes y son responsables del 40% de las ACV en menores de 50 años. De estas causas infrecuentes la más importante es la disección arterial, un problema propio de la pared arterial, la cual al lesionarse (generalmente de forma traumática) permite la entrada de sangre al espacio, la que se coagula produciendo la estenosis de esa arteria. La disección arterial se caracteriza por un cuadro doloroso en la zona del territorio carotideo o vertebro basilar, posterior al cual se instala el cuadro neurológico focal. Otras causas asociadas a fenómenos vasculíticos, incluyen a algunos procesos autoinmunes (A. Reumatoide, lupus), cuadros aislados de vasculitis en el SNC, y otros tipos de patologías (infecciones, cáncer, trombosis venosa cerebral en el puerperio). Cada uno de estos cuadros presenta una clínica diferencial que es importante considerar cuando las causas frecuentes han sido descartadas.

E. Factores de riesgo implicados en el infarto cerebral:

Los factores que se han visto implicados en el infarto cerebral pueden ser divididos en dos amplios grupos, no modificables (no se puede intervenir médicamente en ellos) y modificables (se puede intervenir médicamente en ellos).

E.1. Factores no modificables:

Edad. A partir de los 55 años, el riesgo de infarto cerebral se duplica cada 10 años. Afectará a uno de cada cuatro hombres y a una de cada cinco mujeres si sobrepasan los 85 años de edad.

Sexo. El infarto cerebral es más frecuente en hombres que en mujeres, hasta un 30% mayor en hombres. Sin embargo, la mortalidad es mayor en las mujeres.

Raza. Determinadas razas como los afroamericanos y los orientales muestran en los estudios una mayor incidencia y mortalidad por infarto cerebral que la raza caucásica.

Antecedentes familiares. Riesgos de personas a sufrir ACV es mayor en personas con familiares que hayan sufrido la misma patología.

E.2. Factores modificables y parcialmente modificables:

1. Hipertensión arterial:

Se debe señalar que está presente hasta en un 60-70% de los pacientes que han tenido un infarto cerebral. En el estudio Framingham el riesgo relativo (RR) ajustado por edad entre las personas con HTA es de 3,1 en hombres y 2,9 en mujeres. Estos resultados se observan incluso para pacientes con HTA leve, cuando se compara con normotensos. La HTA sistólica aislada, que es más frecuente con la edad, incrementa el riesgo de infarto cerebral, pero hay que señalar que es tan importante la presión sistólica como la diastólica. Así se comprueba que el riesgo de presentar un infarto cerebral se duplica por cada incremento de 7,5 mm Hg de presión diastólica. Se ha comprobado que la hipertensión es un factor de riesgo modificable, ya que reduciendo la presión arterial (PA) 5-6 mm Hg se reduce un 40-50% el riesgo de infarto cerebral.

2. Tabaquismo:

Es un factor de riesgo para el infarto cerebral, incluso cuando el hábito es leve. Un meta análisis de 22 estudios confirma que el RR de infarto cerebral es el doble en fumadores moderados (15 cigarrillos/día) en comparación con los no fumadores. El tabaquismo tiene mayor peso como factor de riesgo en mujeres que en hombres.

3. Diabetes Mellitas:

Esta enfermedad aumenta el riesgo de infarto cerebral porque favorece la aterosclerosis. El incremento del RR es de 1,8 en hombres y de 3 en mujeres, sobre todo en la edad avanzada. Los pacientes diabéticos presentan una mayor mortalidad y morbilidad como resultado del infarto cerebral isquémico.

4. Dislipidemia:

Niveles elevados de colesterol LDL y de colesterol total, favorecen la presentación de determinados tipos de infarto cerebral, sobre todo los relacionados con las lesiones ateromatosas en carótidas extra craneales. Al iniciar tratamiento con estatinas, se ha comprobado que la disminución de colesterol LDL influye en la disminución de la incidencia del infarto cerebral en poblaciones de alto riesgo vascular.

5. Cardiopatías:

Constituyen el factor de riesgo más importante en el infarto cerebral embólico de origen cardíaco. La más prevalente es la fibrilación auricular no valvular (FANV), representando la mitad de los infartos cerebrales cardioembólicos. Esta arritmia afecta del 2 al 5% de los adultos mayores de 60 años, incrementándose hasta el 12- 16% en los mayores de 75 años.

6. Otros factores modificables implicados:

Los niveles elevados de fibrinógeno, hiperhomocisteinemia, elevación del hematocrito, síndrome de apnea obstructiva del sueño, obesidad, anticonceptivos orales con dosis elevadas de estrógenos, estados protrombóticos (déficit de antitrombina III, proteína C y S), anticuerpos antifosfolípidos, migraña, dieta rica en grasas e inactividad física. Todos estos factores son comunes para los infartos de etiología isquémica y hemorrágica, pero además en estos últimos, también deben tenerse en cuenta que los factores más importantes son la edad, la hipertensión y la toma de anticoagulantes. En menor frecuencia, pero también presentes como factores implicados en el infarto hemorrágico encontramos: el alcoholismo, las alteraciones en la pared vascular (aneurismas, malformaciones vasculares, angiopatía amiloide), la presencia de tumores, las vasculitis y el consumo de tóxicos (11).

F. Exámenes auxiliares

Los exámenes que pueden ayudar al médico a determinar el tipo, la localización y la causa del ACV y descartar otros trastornos que puedan ser responsables de los síntomas, son:

- a. Tomografía computarizada:** una tomografía de este tipo del cerebro a menudo se realiza poco después del comienzo de los síntomas de la enfermedad. Así mismo, se puede hacer una resonancia magnética del cerebro en lugar o después de esta.
- b. Angiografía por resonancia magnética:** se pide este examen para ver si hay vasos sanguíneos anormales en el cerebro que puedan haber causado el ACV.
Una angiografía de la cabeza puede revelar cual vaso sanguíneo está bloqueando o sangrando y ayudar al médico a decidir si la arteria se puede reabrir usando una sonda delgada.
- c. Ecocardiografía:** se puede hacer una ecocardiografía si el ACV pudo haber sido causado por un coagulo sanguíneo proveniente del corazón.
- d. Dúplex carotideo:** es un tipo de ecografía que puede mostrar si el estrechamiento de las arterias del cuello (estenosis carotidea) llevó a un ACV.
- e. Electrocardiograma:** este examen y un monitoreo del ritmo cardiaco pueden ayudar a determinar si un latido cardiaco irregular (como fibrilación auricular) causó el ACV.
- f. Exámenes de laboratorio:** entre ellos tenemos tiempo de sangría y exámenes de la coagulación sanguínea (tiempo de protrombina o tiempo parcial de tromboplastina) también se verifica el nivel de glucosa y colesterol en la sangre.

G. Tratamiento

- a. Medicamentos:** son los medicamentos utilizados para prevenir o tratar el ACV como agentes antitrombóticos, agentes trombolíticos y neuroprotectores.
- b. Cirugía:** puede utilizarse para prevenir, tratar un ACV o para reparar el daño vascular o las malformaciones en el cerebro o alrededor del mismo.
- c. Rehabilitación:** cuando las labores de autocuidado se ven limitadas es necesaria la ayuda de terceras personas hasta que la persona afectada pueda retomar sus rutinas, aprendiendo nuevas formas de realizar las tareas o hacer uso de ayudas técnicas.

H. Complicaciones

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.
Conciencia (12)

I. Secuelas

Parálisis motora.
Trastornos en el lenguaje.
Alteraciones de la conciencia.
Hombro pléjico.
Parálisis facial.
Trastornos del tono.
Trastornos de la marcha. (13)

CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA PACIENTES CON ACV ISQUEMICO

1. Valorar el estado de conciencia para evitar lesiones y/o caídas (identificar los riesgos para contribuir a la seguridad del paciente y eliminar los peligros. Como barandas o sujeción mecánica).
2. Limpieza eficaz de la vía aérea (fortalecer la permeabilidad de la vía aérea, realizar aspiración de secreciones, colocarlo en ángulo de 30°; suministrar oxígeno húmedo según saturación si esta es menor de 92%).
3. Evaluar el reflejo de deglución (colocar al paciente en posición Fowler y adecuar la dieta en función a este. Como: blanda, blanda severa, líquida o si no hay reflejo de deglución, dieta enteral por sonda nasogástrica).
4. Control estricto de diuresis mediante la colocación de sonda vesical y/o peso de pañal si lo usa el paciente.

5. Realizar cambios posturales cada 2 horas haciendo uso de almohadas (para evitar zonas de presión o úlceras por decúbito).
6. Valorar la integridad de la piel en busca de zonas de presión por el reposo prolongado o por el uso de pañal (eritema de pañal).
7. Evitar infecciones agregadas (realizar lavado de manos antes y después de realizar alguna intervención con el paciente; administrar tratamiento de antibióticos indicados).
8. Observar signos de alarma (aumento de temperatura corporal, aumento de niveles de presión arterial, aumento de glucosa en sangre).
9. Mejorar el sueño durante la estancia hospitalaria (ajustar los horarios de medicación para favorecer un ciclo regular de sueño).
10. Favorecer al autocuidado (alimentación, higiene y vestido). Colocar al paciente en posición adecuada y proporcionarle todo lo más cerca posible para facilitarle su logro.
11. Realizar terapia física para favorecer a la movilidad y equilibrio (rutina de ejercicios con la intervención del equipo de medicina física y rehabilitación)

(14)

CAPITULO III

DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA PLAN DE MEJORAMIENTO EN RELACION A LA SITUACION PROBLEMÁTICA

JUSTIFICACION

El ACV también comúnmente conocido como “Ictus” es una enfermedad que afecta a los vasos sanguíneos encargados de transportar la sangre a la región cerebral, este puede producirse por la rotura de una vena o arteria provocando una hemorragia (ACV Hemorrágico), pero el que se produce en una mayor prevalencia es el que provoca la reducción del flujo sanguíneo a una determinada zona del cerebro provocando una falta de oxígeno en el tejido que termina finalmente en una isquemia (ACV Isquémico) de mayor impacto global afectando específicamente a hombres de edad avanzada; es una patología que produce lesión cerebral potencialmente recuperable que tiene tratamiento médico que se debe aplicar de forma urgente en el centro hospitalario donde se pueda identificar los síntomas para minimizar la gravedad y sus consecuencias.

Es la enfermera del servicio de emergencia que como profesional brinda la atención al paciente que ha sufrido ACV, siendo capaz de detectar rápidamente los síntomas que sospecha de la enfermedad, sometiéndolo a la monitorización y cuidados al paciente tras su ingreso al servicio con el objetivo de disminuir las complicaciones y secuelas.

Acciones de la Enfermera en emergencia CON pacientes con DIAGNOSTICO DE ACV:

* Hacer un interrogatorio breve al paciente, si su estado lo permite o al familiar que lo acompaña.

- * Colocar la cabeza en ángulo de 30°.
- * Proceder a realizar examen físico y neurológico.
- * Medir o valorar las funciones vitales, avisar al médico ante cualquier alteración significativa o convulsión; luego graficar en hoja gráfica.
- * Valorar la saturación de oxígeno si es menor de 93% suministrar oxígeno por cánula binasal a 4 lt. por minuto.
- * Realizar examen neurológico y estado de conciencia aplicando la escala de Glasgow, y comunicar cualquier alteración que se detecte.
- * Canalizar una vía E.V. periférica en un miembro superior que movilice.
- * Controlar estrictamente las hidrataciones y eliminaciones del paciente, abriendo hoja de balance hídrico
- * Tomar electrocardiograma y considerar la evaluación del médico con el mismo.
- * Evitar que el paciente que convulsiona presente lesiones a consecuencia de estas, ejemplo: colocarle un pañuelo en la boca, lateralizar la cabeza para evitar que se aspire.
- * Brindarle seguridad y confort (camillas o camas con barandas).
- * Colocar sonda nasogástrica si el paciente tiene una dificultad para deglutir o deterioro del estado de conciencia.
- * Colocar sonda Foley si se evidencia globo vesical.
- * Gestionar el cumplimiento de exámenes complementarios.
- * Preparar al paciente para pruebas diagnósticas (explicar lo que se le va a realizar si esta consiente).
- * Coordinar para su hospitalización siempre y cuando ya esté estable para continuar su tratamiento y rehabilitación.

Por tal motivo se aplica el presente plan de intervención de enfermería a raíz que hoy en día la incidencia de ingresos de emergencia de pacientes con esta patología

cada vez aumenta evidenciándose en índices de mortalidad y secuelas graves, así como también se ha comprobado que existe mucho desconocimiento por parte de la población en general sobre factores de riesgo que conllevan a la misma.

Objetivo General

Implementar un plan de intervención para fortalecer el cuidado de enfermería estandarizado para pacientes con ACV en el servicio de emergencia del HNAL.

Objetivos Específicos

Mejorar la calidad de los cuidados de enfermería en la atención de pacientes con ACV

- 1.- Identificar temprana y oportunamente las necesidades de salud de los pacientes con ACV. Isquémico.
- 2.- Actuar de manera específica y oportuna en la atención de pacientes con ACV.
- disminuir complicaciones y secuelas mejorando la calidad de vida de los pacientes con dicha patología.

ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	INDICADOR	META	CRONOGRAMA	RESPONSABLE
<p>Identificación temprana y oportuna de las necesidades de salud de los pacientes con ACV.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valoración céfalo caudal • Recolección de datos de la H.C, exámenes de laboratorio e imágenes • Entrevista con los familiares • Conclusión diagnóstica de problemas reales y potenciales 	Datos recolectados	Calidad de datos recolectados	100% de datos recolectados en todos los pacientes	Enero a diciembre del 2020	Licenciadas (os) en enfermería asistenciales de los turnos rotativos del servicio de Emergencia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza
<p>Actuación de manera específica y oportuna en la atención de pacientes con ACV según prioridad de problemas encontrados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ventilación • Circulación • alimentación • eliminación • deambulacion • integridad cutánea • déficit neuromuscular periférico • déficit del autocuidado en baño vestido e higiene 	Intervenciones de enfermería realizadas según prioridad en la atención	<p>Evaluación de las intervenciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ventilación al 100% - PAM >65 Y < a 110mmhg. - Si hay deglución o Esta con SNG - Si hay micción espontánea o con sonda vesical - movilidad - Piel libre de UPP - sensibilidad periférica - Se baña y se viste solo 	Satisfacción de todas las necesidades reales y potenciales de todos los pacientes al 100%	Enero a diciembre del 2020	Licenciadas (os) en enfermería asistenciales de los turnos rotativos del servicio de Emergencia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza

<p>Identificación temprana de posibles complicaciones y secuelas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • monitorización continua • continuidad del tratamiento • evaluación neurológica • efectivizar interconsultas • exámenes de control • rehabilitación temprana • educación a la familia 	<p>Intervenciones del equipo multidisciplinario.</p> <p>Apoyo de la familia</p>	<p>Evolución del estado clínico del paciente</p>	<p>Disminución de complicaciones y secuelas de todos los pacientes con ACV atendidos en el servicio de emergencia</p>	<p>Enero a diciembre del 2020</p>	<p>Licenciadas (os) en enfermería asistenciales de los turnos rotativos del servicio de Emergencia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza</p>
--	---	--	---	-----------------------------------	---

Recursos

1.- Humanos

Equipo multidisciplinario

- Enfermera asistencial del servicio de Emergencia.
- Médico internista.
- Personal técnico de enfermería.
- Tecnólogo de laboratorio.
- Tecnólogo de fisioterapia y rehabilitación.
- Licenciada nutricionista.
- Licenciada de servicio social.
- Psicólogo

2.- materiales

- Material de escritorio
- Pasajes
- refrigerio

EJECUCION

El presente Plan de Intervención para pacientes con diagnóstico de ACV Isquémico se ha diseñado para efectivizar su ejecución e implementación durante el presente año con la finalidad de actuar en forma inmediata y oportuna en su atención como es el actuar de la enfermera emergencista durante sus turnos de 12 horas tanto diurno como nocturno donde al detectar los signos y síntomas de alarma en esta patología dará a sus pacientes el óptimo cuidado que éste amerita haciendo a su vez participe al equipo multidisciplinario para lograr su pronta recuperación o hacer que las secuelas que les deja dicha patología sean atenuadas con el seguimiento a los mismos aun cuando retornan a sus casas en el momento del alta y quedan en manos de su familiar cuidador que será educado continuamente para este fin.

EVALUACION

El Plan de Intervención para pacientes con ACV Isquémico será aplicado si fuera posible en el 100% de los pacientes que acuden al servicio de Emergencia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza con esta patología.

Al finalizar el año se realizará un balance del total de pacientes atendidos con esta patología, en porcentaje de recuperados, fallecidos, reingresos y los que se le realiza un seguimiento en su domicilio para así obtener cifras que nos demuestren que la aplicación de éste plan fue efectivo o no.

CONCLUSIONES

- a. El presente plan de intervención de enfermería para pacientes con Accidente Cerebro Vascular Isquémico, servirá para aplicarlo a pacientes con dicha patología en el área de emergencia y así poder medir su efectividad.
- b. Es necesario difundir las características de ACV Isquémico para así capacitar al personal de enfermería del servicio de Emergencia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza y por lo tanto brindar una atención oportuna e integral al paciente.
- c. La identificación de factores de riesgo y su asociación con ACV Isquémico en pacientes adultos deben tomarse en cuenta en estudios futuros, ya que su modificación podría contribuir con el manejo del mismo y así cambiar su pronóstico.

RECOMENDACIONES

- a. Aplicar un plan de intervención que le permita al paciente con diagnóstico de ACV Isquémico recuperarse lo más pronto posible.
- b. Reconocer oportunamente los signos y síntomas de la enfermedad y actuar inmediatamente.
- c. Realizar seguimiento al paciente año después del Alta con apoyo de equipo multidisciplinario.
- d. Motivar a los pacientes y familiares a controles periódicos para evitar complicaciones o secuelas muy incapacitantes.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. OMS. Accidente Cerebrovascular. Temas de Salud. .
2. Lazaro B, Argelio P. Factores de Riesgo de los accidentes cerebrovasculares durante un bienio: MEDISAN; 2016.
3. German M. La Enfermedad Cerebrovascular en el Peru Perspectivas de investigacion Clinica. AMP. 2018.
4. Monica R. Protocolizacion de los cuidados de Enfermeria en el ACV Coruña; 2018.
5. Yadira AC. Accidente Cerebrovascular de tipo Isquemico en pcte Adulto Mayor Babahoyo Ecuador; 2018.
6. C B. Factores Asociados a Rehospitalizacion y Mortalidad en Pctes Ingresados por un primer accidente cerebrovascular en el Hospital del Salvador Santiago ,Chile; 2017.
7. D T. Percepcion del Familiar sobre el cuidado humanizado de la Enfermera al Pcte con ACV Lima Peru; 2017.
8. Robles X YE. Dependencia funcional y apoyo social en pctes con enfermedad vascular cerebral despues del alta hospitalaria Arequipa; 2014.
9. Henderson V. teoriasdeenfermeriaauns.blogspot.com/virginia-henderson.html. [Online]. [cited 2020 setiembre].
10. Gijon ASV. Manual de valoracion de patrones y funciones de Marjory Gordon. servicio de Salud ASTURIAS. 2010.
11. Sebastian ML. Papel de la Fluoxetina en la recuperacion Motora de pacientes con enfermedad Cerebrovascular Isquemica de Arteria Cerebral Media Quito; 2013.
12. Elias G. Accidente Cerebrovascular Isquemico California; 2018.
13. Jaime M. Secuelas Neurologicas Post ACV; 2020.
14. Raul GS. Cuidados de Enfermeria en Pacientes con ACV Bolivia; 2019.
15. Sebastian ML. Papel De La Fluxotina En La Recuperacion Motora De Pacientes Con Enfermedad Cerebrovascular Isquemica De Arteria Cerebral Media Quito; 2013.

ANEXOS

Grafico 1: Defunciones por ACV (miles) según edad y sexo. 2015

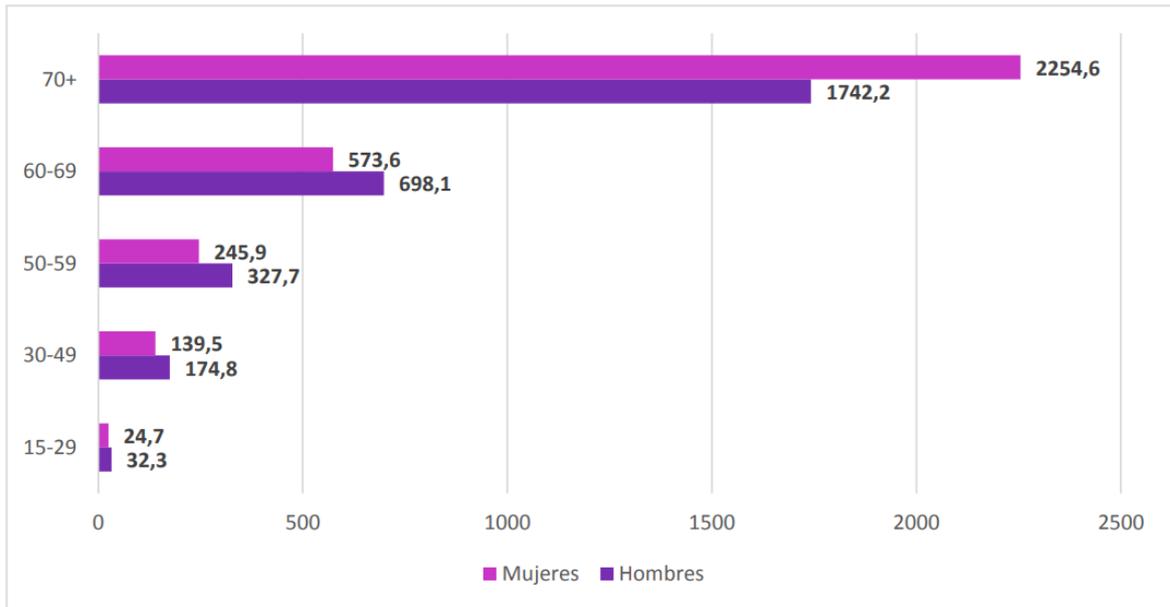
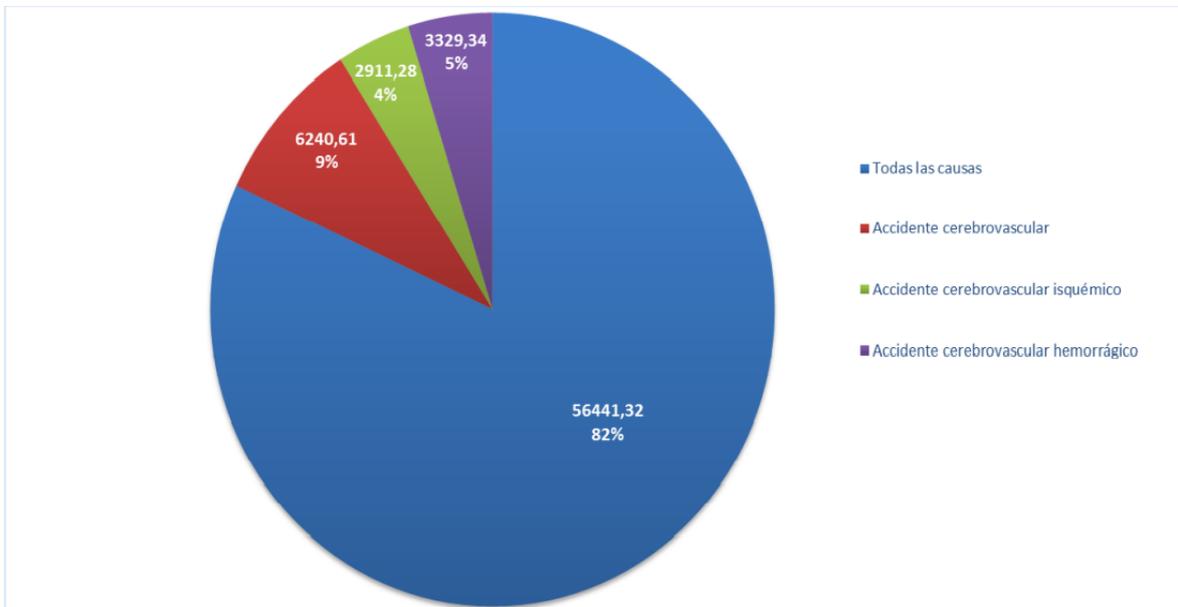


Grafico 2: Comparación de ACV, ACV Isquémico y ACV Hemorrágico (miles). 2015



Cuadro 1: Factores de Riesgo del ACV.

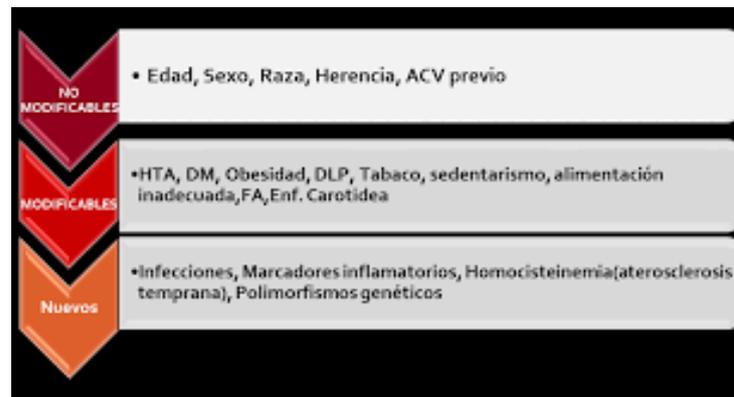


Imagen 1: Atendiendo pacientes con secuelas de ACV.



Imagen 2: Inauguración de la Nueva Emergencia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. 2019



Imagen 3: Insignia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

