

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL**



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ACCIDENTE
CEREBROVASCULAR ISQUEMICO AGUDO EN LA UNIDAD DE
SHOCK TRAUMA DEL HOSPITAL NACIONAL ALBERTO SABOGAL
SOLOGUREN – CALLAO, 2022**

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

LIC. CARLOTTO SOTO, JESSICA

Callao, 2022

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO Y APROBACIÓN

MIEMBROS DEL JURADO EVALUADOR:

- Dr. Hernan Oscar Cortez Gutierrez PRESIDENTE
- Dra. Maria Elena Teodosio Yorugo SECRETARIA
- Mg. Yrene Zenaida Blas Sancho VOCAL
- Mg. José Luis Salazar Huarote SUPLENTE

ASESORA: Dra. Juana Gladys Medina Mandujano

Nº de Libro: 07

Nº de Folio: 367

Nº de Acta: 145

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico:

10 DE AGOSTO 2022

Resolución de Sustentación: N° 179-2022-D/FCS

DEDICATORIA

Dedicado a todo el personal de
Enfermería del Servicio de Emergencia
Del Hospital Alberto Sabogal, por ser mi segundo hogar.

AGRADECIMIENTO

A Dios por ser forjador de mi camino, guiador de cada
Uno de mis pasos.

A mi amado esposo por su paciencia y apoyo.

A mis Hijos por ser mi motor para Seguir adelante.

INDICE

INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO I	9
DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA	9
CAPITULO II	11
MARCO TEÓRICO	11
2.1. Antecedentes del estudio	11
2.1.1 Antecedentes Internacionales	11
2.1.2 Antecedentes Nacionales	15
2.2 Base teórica	17
2.2.1 Teoría del logro de metas de Imogene King	17
2.2.2 Teoría de la Adaptación de Sor Callista Roy	18
2.2.3 Modelo por Necesidades Básicas de Virginia Henderson	19
2.3 Base Conceptual.	20
2.3.1 Accidente Cerebrovascular Isquémico	20
2.3.2 Unidad de Shock Trauma	34
2.3.3 Cuidados de Enfermería en Accidente Cerebrovascular Isquémico Agudo	35
CAPÍTULO III.	37
3.1 Valoración	37
3.1.1 Datos de filiación:	37
3.1.2 Motivo de Consulta:	37
3.1.3 Enfermedad Actual:	37
3.1.4 Antecedentes:	38
3.1.5 Exámen Físico:	38
Control de signos vitales	38
Presión arterial: 146/114 mmhg.	38
Frecuencia cardíaca: 84 X'	38
Frecuencia respiratoria: 20 X'	38
Temperatura: 36.5 °C	38
Sat. O2: 96 %	38
Evaluación Física:	38
3.1.6 Exámenes Auxiliares:	38

3.1.7 Indicación Terapéutica:	40
3.1.8 Valoración según Modelo de Clasificación de Dominios y Clases:	40
3.1.9 Esquema de Valoración:	43
3.2 Diagnóstico de Enfermería	44
3.2.2 Esquema de Diagnóstico de Enfermería	44
3.3 Planificación	45
3.3.1 Esquema de Planificación	45
3.4 Ejecución y Evaluación	50
3.4.1 Registro de Enfermería, SOAPIE:	50
IV CONCLUSIONES	52
V: RECOMENDACIONES	53
VI: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54
VII ANEXOS	56

INTRODUCCIÓN

El Ataque Cerebrovascular (ACV) es una emergencia que pone en peligro la salud de las personas e incluso puede poner en riesgo la vida, si no se atiende de forma oportuna. (1)

Actualmente en los servicios de emergencia de los hospitales en nuestro país, por lo general se observa un panorama caótico: colas de gente en espera de recibir un tratamiento inmediato para sus dolencias o internarse en emergencia, tópicos y/o pasadizos llenos de pacientes en camillas esperando ser hospitalizados. Esta situación constante ha sido motivo de reclamos por parte del público usuario que demanda un mejor trato a las personas, y de protesta gremial por parte del personal de salud que reclama mejores condiciones de trabajo. Ha generado reportajes en los principales medios de comunicación masiva y circulación de fotos, tomadas muchas veces clandestinamente, en las redes sociales. También ha suscitado demandas legales. La opinión pública tiende a creer que esta situación solo se presenta en los principales prestadores de salud a nivel nacional: Ministerio de Salud (MINSA) y el Seguro Social de Salud (Essalud). Pocos conocen que se trata de una crisis en los sistemas de salud a nivel internacional, que afecta directamente la calidad y el acceso a la asistencia sanitaria en los servicios de emergencia. (2)

Frente a esta situación crítica de la salud, el enfermero emergencista en el área de shock trauma, debe actuar con mucha rapidez, veracidad y buen juicio en la atención de los pacientes que llegan a esta área y que están en grave peligro su vida. El profesional de enfermería se desempeña tomando decisiones basados en los conocimientos científicos considerando la ética profesional fundamentada en el actuar asistencial, no dejando de lado el apoyo emocional que lo diferencia de otro profesional, de manera que el paciente pueda expresar con libertad sus temores e inseguridades.

Es en este panorama que el enfermero afronta la atención de pacientes que llegan con un accidente cerebrovascular isquémico. Que es el resultado de una isquemia cerebral focal asociada a un infarto encefálico permanente. Sus causas más frecuentes que podemos mencionar son: la oclusión aterotrombótica de arterias grandes; la embolia cerebral (infarto embólico); la oclusión no trombótica de las

arterias cerebrales pequeñas y profundas (infarto lacunar) y la estenosis arterial proximal con hipotensión que disminuye el flujo sanguíneo cerebral en las zonas arteriales limítrofes (accidente cerebrovascular hemodinámico). Su diagnóstico es clínico, pero se realiza una tomografía cerebral o una resonancia magnética para confirmar la presencia del accidente cerebrovascular (ACV) y su extensión. El tratamiento trombolítico puede resultar útil si se aplica de forma aguda en algunos pacientes. (1)

El presente trabajo académico es elaborado con el fin de optar la segunda especialidad titulado **“CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUEMICO AGUDO EN LA UNIDAD DE SHOCK TRAUMA DEL HOSPITAL NACIONAL ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN – CALLAO, 2022”**, se desarrolló en el Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, Essalud, donde se atienden pacientes adultos asegurados que pertenecen a la red Sabogal.

El presente plan de atención elaborado para pacientes con accidente cerebrovascular isquémico agudo ha sido elaborado para la atención de estos pacientes en la unidad de shock trauma Y fue elaborado durante el segundo trimestre del año en curso.

El presente trabajo académico, se encuentra dividido en tres capítulos:

Capítulo I: Analiza la situación problemática, Identificando las causas más comunes y el grado de afectación de la población que la sufre.

Capítulo II: se confronta diferentes antecedentes internacionales y nacionales que se relacionen con el tema del trabajo académico.

Capítulo III: Elaboración del Proceso de Atención de Enfermería, determinando diagnósticos, plan e intervención más acertados para hacer frente a este problema de salud, con la finalidad de lograr mejorar la salud del paciente y poder reincorporarlo positivamente a su núcleo familiar, dándole todas las pautas necesarias para afrontar su proceso de rehabilitación y así disminuir posibles secuelas.

Finalmente, este trabajo académico busca sensibilizar al personal de salud, sobre la importancia que tiene el efectuar actividades rápidas, oportunas, coordinadas y

sobretudo evidenciar la importancia que tiene el trabajo en conjunto con la finalidad de disminuir las secuelas y complicaciones en el paciente.

CAPÍTULO I

DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

El evento vascular cerebral (EVC) isquémico es la principal causa de incapacidad y segunda causa de mortalidad en el mundo. La mortalidad a 30 días para EVC isquémico en Occidente se encuentra entre 10 y 17%. El retardo en la evaluación clínica y tomográfica es la principal causa de exclusión de tratamiento trombolítico.

El manejo inicial de este ECV, va requerir de un diagnóstico rápido, veraz y oportuno, que se basa en la evaluación clínica, pero requiere de su confirmación con una tomografía cerebral.

En los países occidentales la enfermedad cerebrovascular es la tercera causa de mortalidad tras las enfermedades cardiovasculares y neoplasias, con el 10 % de fallecimientos. Constituyen la primera causa de discapacidad en el adulto y la segunda causa de demencia. Según datos de la Organización Mundial de la Salud, 15 millones de personas sufren un ictus cada año; entre ellas, 5,5 millones mueren (el 10 % de todas las muertes producidas) y otros cinco millones quedan con alguna discapacidad permanente. A pesar de tener mayor incidencia en las edades avanzadas de la vida se ha observado un desplazamiento hacia las edades más jóvenes.

La enfermedad cerebrovascular es una enfermedad prevalente, con alta morbilidad y mortalidad, lo que genera una demanda de cuidados y un considerable gasto sanitario y social.

El ACV es la segunda causa de muerte en la mayoría de países de Latinoamérica, con una tasa regional de 41 fallecimientos por 100.000 habitantes, frente a una de 21,9 en Norteamérica (Estados Unidos y Canadá), de acuerdo con datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Pese a que la tasa de mortalidad ha disminuido desde 1990, el número de casos en la región aumenta (aunque no hay datos consolidados disponibles), así como el de personas que sobreviven.

En Latinoamérica, las muertes son alrededor de 85.000 al año, entre los ACV isquémicos (37.869) y los hemorrágicos (47.484), los más graves

En el Perú 2017, se registró un total de 10 570 casos de ACV, mientras que en 2018 hubo 12 835. Los eventos isquémicos fueron más frecuentes en ambos años. Independientemente del subtipo de ACV y del año, los varones fueron más afectados que las mujeres. En la población de 35 años a más, se evidenció un aumento en la incidencia cruda de ACV total entre 2017 y 2018, de 80,9 a 96,7 por 100 000 personas-año. La incidencia estandarizada mostró la misma tendencia, pero en mayor magnitud: de 93,9 a 109,8 por 100 000 personas-año. El ACV isquémico fue el que más aumentó, con una tasa estandarizada en mayores de 35 años.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio

2.1.1 Antecedentes Internacionales

Navarrete Balladares, L. A. (Ecuador, 2022), realizó una investigación sobre “Manejo integral de la Enfermedad cerebrovascular en la sala de Urgencias del Hospital San Vicente de Paul de la Provincia de Imbabura”. La enfermedad por accidente cerebrovascular (ACV) El presente estudio de tipo descriptivo-cualitativo no experimental realizado al personal de salud del Hospital San Vicente de Paul, tuvo como **objetivo** principal el evaluar el manejo integral de los pacientes que llegan con accidente cerebro vascular a los Servicio de Emergencias y la identificación de los factores que influyen en la calidad de atención. Los **resultados** obtenidos fueron que el Hospital cuenta con poca capacitación a su personal médico sobre el ACV (14% refirió haber recibido capacitaciones una vez al año, el 19% cada 6 meses y el 67% refirió no haber recibido ningún tipo de capacitación), además también se reportó una falta de insumos y equipos adecuados para el tratamiento de estos casos. (4)

Domingo Hurtado, A. (España 2021). Realizó una investigación sobre “Plan de cuidados estandarizado para la atención de pacientes con ictus en las primeras 24 horas: El papel de enfermería en la urgencia neurológica”. **Objetivo:** la creación de un plan de cuidados estandarizados que permita proporcionar unos cuidados adecuados y eficaces basados en la evidencia científica, durante el período crítico

de las primeras 24 horas desde el inicio de la sintomatología. **Método.** Se ha realizado una revisión bibliográfica en diversas bases de datos (Pubmed, ScienceDirect...), así como de las principales guías de práctica clínica nacionales e internacionales y su bibliografía. Empleando el método del proceso de atención enfermero (PAE) se estructuró un plan de cuidados utilizando la taxonomía NANDA, NOC y NIC. **Conclusiones.** El tiempo es el principal factor a tener en cuenta en la atención al ictus ya que cuanto más rápida y efectiva sea la atención, menores serán los índices de discapacidad y mortalidad, y mejor será la calidad de vida del paciente. (5)

Guanotasing Villamarin, J. A. Arcos Camacho, L.(Ecuador, 2021), Realizó una investigación sobre “Tiempo de respuesta paciente código ictus, desde la entrada a emergencia hasta trombólisis, hospital Carlos Andrade Marín”. **Objetivos:** Determinar el tiempo de respuesta en la atención de pacientes catalogados como “código ictus”, desde su entrada a emergencia hasta la trombosis, en el Hospital Carlos Andrade Marín entre enero del 2016 hasta diciembre del 2018, así como, describir sus características sociodemográficas. **Métodos:** Estudio observacional, descriptivo, transversal de direccionalidad retrospectiva. **Resultados:** Se identificaron 377 pacientes con diagnóstico de enfermedad cerebrovascular, de estos 52 cumplieron criterios de inclusión para catalogarlos como código ictus, en los que se le practicó trombólisis. **Conclusiones:** En el Hospital Carlos Andrade Marín se determinó que 28 de los 52 (54%) pacientes desde su entrada al servicio de emergencia hasta el inicio de la trombólisis cumplieron los tiempos recomendados internacionalmente para su manejo es decir menos de 60 minutos. De este grupo de pacientes, la mayoría fue: de sexo masculino, jubilados, con nivel de escolaridad secundaria y una edad promedio de 68 años. (6)

Colque Mollo Jesús (Bolivia 2021), realizó una investigación sobre “La importancia del tiempo para identificar accidentes cerebrovasculares en emergencias, en hospitales de primer nivel”. **Objetivo:** El accidente cerebrovascular es una emergencia médica, la atención realizada por los servicios de emergencias prehospitalarias es clave porque nos permite identificar, activar (código ictus) y trasladar de manera oportuna y rápida a pacientes que sufren un episodio de accidente cerebrovascular (se realizan todos estos procedimientos porque se sigue un protocolo). Quedo demostrado que el tiempo desde el inicio de los síntomas

hasta llegar al tratamiento es el factor pronóstico más importante, de ahí la. **Conclusiones:** Los protocolos que fueron implementados tienen eficacia al momento de ponerlos a prueba y de esa manera demuestran que los tiempos de diagnóstico traslado y atención ante un paciente que este cursando un episodio de accidente cerebrovascular agudo son menores y por lo tanto reciben un tratamiento oportuno y especializado. Con mejores pronósticos clínicos. (7)

Dayami Lescay Balanquet, Gerardo Tellez Gamayo, Marlene Fong Osejo, Fátima Flores Bolivar, Ulises Guerra Cepena. (Cuba 2020), realizaron una investigación sobre “Caracterización de pacientes con accidente cerebrovascular en un servicio de emergencias de Santiago de Cuba”. **Objetivo** Caracterizar a los pacientes con accidente cerebrovascular atendidos en el Servicio de Emergencias del Hospital Clínico quirúrgico Docente Dr. Joaquín Castillo Duany de Santiago de Cuba. **Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo y transversal de 122 pacientes con accidente cerebrovascular atendidos en el mencionado Servicio desde octubre de 2016 hasta igual mes de 2017. Se tuvieron en cuenta variables de interés demográficas relacionadas con la enfermedad y se utilizó el porcentaje como medida resumen. **Resultados:** En la serie predominaron el sexo femenino (58,2 %) y el grupo etario de 61-70 años. Se comprobó que 26,2 % de los afectados permanecieron más de 6 horas en el Servicio de Emergencias y se encontró una asociación de esta enfermedad con la hipertensión arterial, la diabetes *mellitus*, la cardiopatía isquémica, el hábito de fumar, el alcoholismo y la hiperlipidemia; igualmente, el uso inadecuado del tratamiento farmacológico y de la ventilación mecánica artificial ocasionó una tasa de letalidad elevada. **Conclusiones:** A pesar de los estudios realizados en esta misma institución, se impone continuar profundizando en el adecuado control y seguimiento de dichos accidentes, así como también desarrollar estrategias que permitan la superación y preparación del personal médico y paramédico de ese centro hospitalario. (8)

E. San Juan, O. Pancorbo, K. Santana, O. Miñarro, M. Muchada, S. Boned, J.M. Juega, J. Pagola.(España 2020), realizó una investigación sobre “Manejo del ictus

agudo. Tratamientos y cuidados específicos de enfermería en la Unidad de Ictus Manejo del ictus agudo. Cuidados y tratamientos específicos de enfermería en la unidad de ictus”. **Objetivo.** Proporcionar un conjunto de recomendaciones actualizadas y basadas en la evidencia disponible para el manejo del ictus agudo. Proporcionar una base para el desarrollo de los protocolos internos de cada centro, sirviendo de referencia para los cuidados de enfermería. **Métodos.** Se revisan las pruebas disponibles sobre la atención del accidente cerebrovascular agudo. Se consultaron las directrices nacionales e internacionales más recientes. Los niveles de evidencia y los grados de recomendación se basan en la clasificación del Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford. **Resultados** El estudio describe la atención pre hospitalaria del accidente cerebrovascular agudo, el funcionamiento del protocolo de accidente cerebrovascular de código, la atención proporcionada por el equipo de accidente cerebrovascular a la llegada del paciente al hospital, los tratamientos de reperfusión y sus limitaciones, el ingreso en la unidad de accidente cerebrovascular, la atención de enfermería en la unidad de accidente cerebrovascular y el alta hospitalaria. **Conclusiones.** Estas guías proporcionan recomendaciones generales basadas en la evidencia para guiar a los profesionales que atienden a pacientes con accidente cerebrovascular agudo. Sin embargo, hay datos limitados disponibles sobre algunos aspectos, lo que muestra la necesidad de continuar la investigación sobre el tratamiento del accidente cerebrovascular agudo.

(9)

Mendieta PMD, Budet BD, Gonzáles LI (Cuba 2019), realizó una investigación sobre “Señales asociadas a la muerte en la enfermedad cerebrovascular isquémica”

Objetivo: determinar las señales asociadas a las muertes por enfermedad cerebrovascular isquémica en pacientes hospitalizados de Mayabeque.

Métodos: se realizó un estudio observacional analítico. El universo de estudio estuvo constituido por 982 pacientes. Para la selección de la muestra se realizó un muestreo no probabilístico intencional, quedando conformado por un total de 334 pacientes (167 vivos y 167 fallecidos). Para el procesamiento de los datos se aplicó el test *Chi-Cuadrado* para medir la asociación entre las variables, con un nivel de confianza del 95%. **Resultados:** la mayor incidencia de fallecidos por enfermedad cerebrovascular ocurrió en el grupo 70 a 79 años. Predominaron los pacientes con tensión sistodiastólica para un total de 294 pacientes con 152 vivos y 142 fallecidos. Se apreció la hiperuricemia en 109 fallecidos y 41vivos, así como la hiperglucemia

en 128 fallecidos y 75 vivos. Predominaron los pacientes fallecidos con tromboembolismo pulmonar y neumonía en un 60 a un 75% respectivamente.

Conclusiones: la mayor mortalidad por enfermedad cerebrovascular isquémica fueron los pacientes mayores de 70 años. La hipertensión arterial sistodiastólica, la hiperglicemia y la elevación de la urea se asociaron a los fallecimientos y la neumonía, el tromboembolismo pulmonar y los desequilibrios hidroelectrolítico, son las complicaciones que más se asocian a la mortalidad; así como la estadía mayor de 8 días se asoció a mayor mortalidad. (10)

2.1.2 Antecedentes Nacionales

Miguel Quiñones. , Moquillaza, M. (Lima, 2019), realizó una investigación sobre “Uso de fibrinolíticos en la enfermedad cerebrovascular isquémica, resultados de una serie de 23 pacientes. Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen”. **Objetivo** de describir los resultados del uso de fibrinolíticos (alteplase endovenoso) en pacientes con ECV isquémico, se realizó un estudio descriptivo, observacional y prospectivo en 23 pacientes que fueron diagnosticados con ECV isquémico, además se describieron los principales factores de riesgo y los porcentajes de recuperación usando las escalas de Rankin y Barthel modificados. Se encontró que el factor de riesgo más frecuente fue la hipertensión arterial. El tiempo total desde que se presentaron los síntomas hasta la administración del tratamiento tuvo una media de 168,78 minutos, la escala de NISSH aplicada a los pacientes tuvo un promedio de 2,1 puntos a las 24 horas, 1,26 puntos a los 7 días y 0,5 puntos a los 3 meses, 20 de los pacientes trombolisados obtuvieron un puntaje de 0-2 en la escala de Rankin de y de >95 en la escala de Barthel. **Conclusión,** que el uso de fibrinolíticos en pacientes con ECV isquémico produce mejoría clínica y menor discapacidad evaluados por las escalas de Rankin y Barthel modificados. (11)

Camarena De la Cruz, R. M. (lima 2019), realizó una investigación sobre “Proceso de atención de enfermería aplicado a pacientes con accidente cerebro vascular isquémico, en un servicio de Emergencia de una clínica de Lima”. La aplicación del presente trabajo del proceso de atención de enfermería corresponde al paciente S.A.V.A., aplicado durante las 4 primeras horas de su ingreso al servicio de emergencia de una institución privada de Lima. Siendo el diagnóstico médico del

paciente a su ingreso ACV isquémico. En las 4 horas de brindarle los cuidados de enfermería se identificaron 8 diagnósticos de enfermería, de los cuales se priorizaron 5 diagnósticos que fueron los siguientes: Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz relacionado con lesión cerebral secundario a desorden cerebrovascular isquémico, Riesgo del deterioro de la función cardiovascular relacionado con hipertensión, diabetes mellitus, edad >65 años, obesidad, Hiperglicemia, Ansiedad relacionado con grandes cambios: estado de salud evidenciado por inquietud, aprensión, Sobrepeso relacionado con comer frecuentemente en restaurante evidenciado IMC > 25kg/m². Los objetivos generales fueron: el paciente disminuirá el riesgo de perfusión cerebral ineficaz durante su estancia hospitalaria, disminuirá riesgo del deterioro de la función cardiovascular, presentará resultados de glucosa dentro de los parámetros normales, disminuirá su nivel de ansiedad en su estancia hospitalaria, mantendrá peso ideal en relación con su edad. De los objetivos propuestos, el cuarto objetivo fue alcanzado, el primer, segundo y tercer objetivo fueron parcialmente alcanzados, el quinto objetivo no fue alcanzado. (12)

Carlos Rodolfo Mendoza Macuri (Lima 2019), realizó una investigación sobre “Características epidemiológicas en morbilidad por Accidente Cerebrovascular Isquémico en un Hospital Regional 2019”. **Objetivos:** Determinar las características epidemiológicas en morbilidad por ACV-Isquémico en el área de Medicina Interna de un Hospital Regional 2019. **Materiales y métodos:** Estudio observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo. Se revisaron todas las historias clínicas con diagnóstico de ACV-Isquémico. **Resultados:** Se incluyó 80 (100%) pacientes con ACV isquémico, 60 (75%) vivos y 20 (25%) fallecidos. La edad promedio fue de 72,6 años, el 82,5% tenía 60 años de edad a más, el 52,5% de sexo femenino; ambas características como los principales factores de riesgo no modificables en el total de pacientes, en los vivos y fallecidos. La frecuencia de factores de riesgo modificables en pacientes con ACV isquémico fue: hipertensión arterial (HTA) (61,3%), insuficiencia cardíaca (56,3%), fibrilación auricular (41,3%), dislipidemia (28,7%), diabetes mellitus (DM) (25,0%), y obesos (20,0%). La presencia simultánea de la HTA y la edad \geq a 60 años en pacientes con ACV-I es 57,5%, lo que indica que, de cada 2 pacientes con ACV-I, 1 padecía ambas patologías, y su aparición mutua se halló en el 80% de los fallecidos, lo cual muestra que, 1 de cada 5 pacientes que las sufría, falleció. **Conclusiones:** La edad \geq a 60 y el sexo femenino fueron los

factores de riesgo no modificables más frecuentes en morbilidad por ACV-I, la HTA y la IC fueron los modificables más frecuentes. La presencia simultánea de la HTA y la edad \geq a 60, en pacientes con ACV-I, es alta y casi todos los fallecidos las padecían. (13)

Marco Aurelio Canchos Ccahuay (Lima 2018), realizó una investigación sobre “Factores relacionados a accidente cerebrovascular en pacientes atendidos por emergencia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza – 2018”. **Objetivo:** Determinar los factores modificables o tradicionales relacionados al accidente cerebrovascular en pacientes adultos atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el tercer trimestre del año 2018. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio analítico, observacional, transversal, retrospectivo. La población de estudio estuvo conformada por 176 pacientes con diagnóstico de ACV, en quienes se indagó, a través de sus expedientes clínicos, la presencia de factores de riesgo modificables relacionados al ACV. Dicha información fue recabada por medio de una ficha de recolección de datos previamente sometida a evaluación por juicio de expertos. El análisis de los datos se realizó con apoyo del programa SPSS versión 22. **Resultados:** Respecto a las características sociodemográficas, el sexo masculino primó con un 53.4% (94 pacientes), el grado de instrucción primaria tuvo preponderancia sobre los demás con un 42% (74 pacientes) y la edad promedio calculada fue de 69.5 años. Entre los factores relacionados al ACV, cinco de los seis estudiados presentaron relación estadísticamente significativa: HTA ($p=0.024$), dislipidemia ($p=0.038$), DM2 ($p=0.042$), hábito de fumar ($p=0.033$) y obesidad ($p=0.035$). En lo concerniente al tiempo de hospitalización, la media encontrada fue de 10.5 días, la cual presentó ligera variación entre el grupo isquémico (10 días) y el hemorrágico (13 días). La presencia de secuelas al momento del alta médica se evidenció en el 72.7% (128 pacientes) del total de la población, siendo la debilidad en brazo (61.7%) y la debilidad en pierna (50.8%) las dos más frecuentes. **Conclusiones:** Se halló relación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) entre ACV y cinco factores modificables (HTA, dislipidemia, DM2, hábito de fumar y obesidad) en los pacientes atendidos por emergencia del HNAL durante el tercer trimestre del año 2018. (14)

2.2 Base teórica

2.2.1 Teoría del logro de metas de Imogene King

La Teoría del Logro de Metas establece que “La enfermería es un proceso de acción, reacción e interacción mediante el cual la enfermera y el paciente comparten información sobre su percepción en una situación de enfermería” y “un proceso de interacciones humanas entre la enfermera y el paciente mediante el cual cada uno percibe al otro y la situación, y a través de la comunicación, establecen metas, exploran medios y acuerdan los medios para lograr las metas”.

Según King, hay tres sistemas que interactúan en la Teoría del Logro de Metas. Estos son el **sistema personal** (la percepción, el yo, el crecimiento, el desarrollo, la imagen corporal, el espacio y el tiempo), el **sistema interpersonal** (interacción, comunicación, transacción, rol y estrés) y el **sistema social** (organización, autoridad, poder, estatus y toma de decisiones).

Según King, el objetivo de una enfermera es ayudar a las personas a mantener su salud para que puedan desempeñar sus funciones. El dominio de la enfermera “incluye promover, mantener y restaurar la salud y cuidar a los enfermos, heridos y moribundos”. La función de una enfermera profesional es “interpretar la información en el proceso de enfermería para planificar, implementar y evaluar la atención de enfermería”. (16)

2.2.2 Teoría de la Adaptación de Sor Callista Roy

El modelo de Callista Roy es determinado como una teoría de sistema con un análisis significativo de las interacciones.

Contiene cinco elementos esenciales en el Modelo de Callista Roy: *Paciente*: Persona que recibe los cuidados enfermeros, *Meta* de la enfermería (que se adapte el cambio), *Salud*, *Entorno* y *Dirección de las actividades enfermeras* (que facilitan la adaptación).

Todos los elementos están relacionados entre sí. Los sistemas, los mecanismos de afrontación y los modos de adaptación son utilizados para tratar estos elementos.

En el Modelo de Callista Roy, los sistemas son un conjunto de componentes organizados, relacionados para formar un todo. Son más que la suma de sus partes, reacciona como un todo e interactúan con otros sistemas del entorno. El paciente es un sistema abierto y adaptativo, que aplica un ciclo de retroacción de entrada, procesamiento y salida.

El Modelo de Callista Roy establece cuatro modos de adaptación: En primer lugar, Modo Fisiológico y físico de adaptación; Segundo lugar, Modo de adaptación del auto-concepto; En tercer lugar, Modo de Adaptación de función del rol; Cuarto lugar, Modo de adaptación de la interdependencia. (17)

2.2.3 Modelo por Necesidades Básicas de Virginia Henderson

Las necesidades de Virginia Henderson es una teoría o modelo que define el enfoque de la práctica de la enfermería. Busca aumentar la independencia del paciente en su recuperación para acelerar su mejoría durante su estadía en el hospital.

Según Henderson, en un inicio una enfermera debe actuar por el paciente solo cuando este no tenga conocimientos, fuerza física, voluntad o capacidad para hacer las cosas por sí solo o para llevar correctamente el tratamiento. La idea es asistir o contribuir a la mejoría del paciente hasta que él mismo pueda atenderse por sí solo. También incluye la asistencia a una persona enferma ayudando a llevarlo a una muerte tranquila y pacífica.

Las 14 Necesidades básicas, según Henderson:

- 1- Respirar con normalidad.
- 2- Comer y beber adecuadamente.
- 3- Eliminación normal de desechos corporales.
- 4- Movilidad y posturas adecuadas.
- 5- Dormir y descansar.
- 6- Vestirse y desvestirse con normalidad.
- 7- Mantener la temperatura del cuerpo en los rangos normales.
- 8- Mantener una buena higiene corporal.
- 9- Evitar los peligros en el entorno y evitar poner en peligro a otros.
- 10- Comunicar emociones, necesidades, temores y opiniones.
- 11- Actuar o reaccionar de acuerdo con las propias creencias.
- 12- Desarrollarse de manera que exista un sentido de logro.
- 13- Participar en actividades recreativas o juegos.
- 14- Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad personal. (18)

2.3 Base Conceptual.

2.3.1 Accidente Cerebrovascular Isquémico

Un accidente cerebrovascular isquémico es la muerte de una zona de tejido cerebral (infarto cerebral) como consecuencia de un suministro insuficiente de sangre y oxígeno al cerebro debido a la obstrucción de una arteria.

El accidente cerebrovascular isquémico generalmente se produce por la obstrucción de una arteria que va al cerebro; la obstrucción es debida a la formación de un coágulo sanguíneo o a un depósito de grasa aterosclerótico. (1)

Causas del accidente cerebrovascular isquémico

Un accidente cerebrovascular isquémico suele ser 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.

Frecuentemente, las obstrucciones son debidas a coágulos de sangre (trombos) o fragmentos de depósitos grasos (ateromas o placas) por aterosclerosis. Tales obstrucciones suelen ocurrir del siguiente modo:

- Por una formación interna de 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 modo el flujo sanguíneo a través de una arteria estrechada que puede causar la muerte de las neuronas irrigadas por dicha arteria. O, si un ateroma se divide (rotura), el material existente en su interior puede desencadenar la formación de un coágulo de sangre que puede bloquear la arteria (véase figura Cómo se desarrolla la aterosclerosis).
- 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), alojarse en una arteria que irriga el cerebro y obstruir el flujo sanguíneo. (La palabra embolia se refiere a la obstrucción de las arterias por los materiales que viajan por el torrente sanguíneo hacia otras partes del cuerpo.) Dichas

obstrucciones ocurren con mayor probabilidad 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 del corazón, en particular en válvulas artificiales y válvulas que han sido dañadas por una infección del revestimiento del corazón (endocarditis). Estos coágulos pueden desprenderse, viajar como émbolos y obstruir una arteria que llega al cerebro. Los accidentes cerebrovasculares debidos a estos coágulos de sangre son más frecuentes 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. (1)

Infarto lacunar

El infarto lacunar se refiere a pequeños accidentes cerebrovasculares isquémicos, por lo general no mayores de un tercio de pulgada (1 centímetro). En el infarto lagunar, 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 aterosclerosis, pero ambos trastornos pueden causar la obstrucción de las arterias.

El infarto lagunar tiende a ocurrir en las personas mayores con diabetes o control deficiente de la hipertensión arterial. En el infarto lagunar solo se daña una pequeña parte del cerebro, y el pronóstico suele ser favorable. Sin embargo, con el tiempo, pueden desarrollarse muchos infartos lacunares pequeños y causar problemas, incluyendo problemas relacionados con el pensamiento y otras funciones mentales (deterioro cognitivo).

Otras causas

Existen diversas 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. Se incluyen los siguientes:

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

Un accidente cerebrovascular isquémico también puede producirse como resultado de cualquier trastorno que reduce la cantidad de sangre que llega al cerebro. Por ejemplo,

- Puede darse un accidente cerebrovascular si los vasos sanguíneos que irrigan el cerebro se estrechan a causa de una inflamación (vasculitis) o infección (como el herpes simple).
- En la fibrilación auricular, el corazón no se contrae normalmente y la sangre puede estancarse y coagularse. Puede desprenderse un coágulo y viajar seguidamente hasta una arteria del cerebro y obstruirla.
- A veces, las capas de las paredes de una arteria que lleva sangre al cerebro (como las arterias del cuello) se separan unas de otras (lo que se denomina disección) y afectan al flujo de sangre al cerebro.
- Las jaquecas o algunas drogas, como la cocaína y las anfetaminas, producen espasmos de las arterias, de modo que las que irrigan el cerebro pueden estrecharse durante el tiempo suficiente para ocasionar un accidente cerebrovascular.

En raras ocasiones, se produce un accidente cerebrovascular debido a una disminución general en el flujo sanguíneo, como ocurre cuando el sujeto pierde mucha sangre, sufre una deshidratación grave o presenta una tensión arterial muy baja. Este tipo de accidente cerebrovascular se produce a menudo cuando las arterias que irrigan el cerebro se estrechan sin haber causado ningún síntoma previo y sin ser detectadas.

A veces, este accidente tiene lugar cuando, siendo normal el flujo sanguíneo hacia el cerebro, la sangre no contiene suficiente oxígeno. Los trastornos que disminuyen el contenido de oxígeno en la sangre son: la grave deficiencia de glóbulos rojos (anemia), la asfixia y la intoxicación con monóxido de carbono. En estos casos, el daño cerebral suele ser generalizado (difuso) y se produce un estado de coma.

A veces, circula en el torrente sanguíneo un coágulo formado en una vena de la pierna (trombosis venosa profunda) o, rara vez, pequeñas partículas de grasa procedentes de la médula ósea de un hueso roto de la extremidad inferior. Normalmente, estos coágulos y acumulaciones de grasa viajan al corazón y bloquean una arteria en los pulmones (embolia pulmonar). No obstante, algunas personas tienen una abertura anómala entre las cavidades superiores derecha e izquierda del corazón (llamada agujero oval permeable [persistente]). En estos casos, los coágulos de sangre y partículas de grasa pueden atravesar la abertura y así eludir los pulmones y entrar en la aorta (la arteria más grande del cuerpo). Si viajan hacia arterias situadas en el cerebro, puede producirse un accidente cerebrovascular (ictus). (1)

Factores de riesgo

Los **principales factores de riesgo modificables** para el accidente cerebrovascular isquémico son

- Fibrilación auricular
- Estrechamiento (estenosis) de una arteria carótida del cuello
- Niveles altos de colesterol
- Arteriopatía coronaria
- Hipertensión arterial
- Diabetes
- Resistencia a la insulina (una respuesta inadecuada a la insulina), que sucede en la diabetes tipo 2
- Consumo de cigarrillos

- La obesidad, particularmente si el exceso de peso se localiza alrededor del abdomen
- Consumo excesivo de alcohol
- Falta de actividad física
- Una dieta poco saludable (como por ejemplo una dieta rica en grasas saturadas, grasas trans y calorías)
- Depresión u otras causas de estrés mental
- Trastornos cardíacos (como un infarto de miocardio o una arritmia llamada fibrilación auricular) que aumentan el riesgo de que se formen coágulos sanguíneos en el corazón, se rompan y viajen a través de los vasos sanguíneos en forma de émbolos
- Endocarditis infecciosa (infección del revestimiento interno del corazón que suele afectar las válvulas cardíacas)
- Consumo de cocaína o anfetaminas
- Inflamación de los vasos sanguíneos (vasculitis)
- Trastornos de la coagulación que dan lugar a una coagulación excesiva
- Terapia sustitutiva con estrógenos, incluyendo los anticonceptivos orales
-

Los **factores de riesgo no modificables** son

- Haber sufrido un accidente cerebrovascular previo
- Ser hombre
- Ser una persona mayor
- Tener familiares que han sufrido un accidente cerebrovascular

Síntomas de un accidente cerebrovascular isquémico

Por lo general, los síntomas de un accidente cerebrovascular isquémico se producen repentinamente y se agravan de forma considerable a los pocos minutos. La mayoría de los accidentes cerebrovasculares isquémicos comienzan de forma

repentina, evolucionan rápidamente 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 probable de este tipo de accidente cerebrovascular.

En cerca del 10 al 15% de los accidentes cerebrovasculares, el daño se continúa produciendo y los síntomas continúan empeorando durante dos días como máximo, a medida que la zona de tejido cerebral que muere aumenta de tamaño constantemente. En este caso se denominan accidentes cerebrovasculares en evolución. En algunas personas, los síntomas afectan un solo brazo y luego se extienden a otras zonas del mismo lado del cuerpo. Por lo general, la evolución de los síntomas y la lesión es gradual y queda interrumpida por periodos que en cierto modo son estables. Durante estos períodos, la zona deja de crecer temporalmente o se observa alguna mejoría. En general, estos accidentes cerebrovasculares se deben a la formación de coágulos en una arteria estrechada.

Los accidentes cerebrovasculares causados por un émbolo ocurren a menudo durante el día, y el primer síntoma puede ser un dolor de cabeza. Los accidentes cerebrovasculares causados por un coágulo de sangre en una arteria estrechada ocurren a menudo durante la noche y la persona afectada se da cuenta por primera vez cuando se despierta.

Se manifiestan, según los casos, otros muchos síntomas, dependiendo de la arteria bloqueada y en consecuencia de qué parte del cerebro está desprovista de sangre y oxígeno.

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
- Pérdida de visión en el mismo lado de ambos ojos (ya sea el lado izquierdo o el derecho de los mismos)
- 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.

Los accidentes cerebrovasculares graves evolucionan provocando estupor o coma. Además, los accidentes cerebrovasculares, incluso los pequeños, causan depresión o incapacidad para controlar las emociones. Por ejemplo, la persona afectada llora o ríe de manera inoportuna.

Algunas personas sufren una crisis convulsiva al inicio del accidente cerebrovascular. Las crisis convulsivas también pueden aparecer meses o años más tarde. Las convulsiones tardías son el resultado de la cicatrización o de la existencia de materiales que se depositan desde la sangre en el tejido cerebral dañado.

En determinadas ocasiones, se desarrolla fiebre. Puede estar causada por el accidente cerebrovascular o por otro trastorno.

Si los síntomas, en particular el deterioro de la consciencia, empeoran durante los 2 o 3 primeros días, la causa suele ser la inflamación debida al exceso de líquido (edema) en el cerebro. En los accidentes cerebrovasculares masivos, la inflamación en el cerebro suele alcanzar la máxima gravedad al cabo de unos 3 días después del inicio del accidente cerebrovascular. Los síntomas tienden a mejorar a los pocos días, al reabsorberse el líquido. Sin embargo, la inflamación es particularmente peligrosa porque el cráneo no puede dilatarse. El consiguiente aumento de la presión hace que el cerebro se desplace, reduciéndose aún más la funcionalidad cerebral aunque la zona directamente dañada por el accidente cerebrovascular no aumente de tamaño. Si la presión es muy alta, el cerebro puede verse empujado hacia los lados y hacia la parte inferior del cráneo, a través de las estructuras rígidas

que lo separan en compartimentos. El trastorno resultante es la llamada hernia cerebral, que puede ser mortal. (1)

Complicaciones del accidente cerebrovascular

Los accidentes cerebrovasculares pueden causar también otros problemas (complicaciones):

- Si la deglución es difícil, los pacientes no comen lo suficiente y sufren desnutrición y deshidratación.
- Los alimentos, la saliva o el vómito pueden ser inhalados (aspiración) hacia el interior de los pulmones, dando lugar a neumonía por aspiración.
- La permanencia en una determinada posición durante demasiado tiempo produce úlceras por presión y debilidad muscular.
- La incapacidad de mover las piernas favorece la formación de coágulos de sangre en las venas profundas de las piernas y la ingle (trombosis venosa profunda).
- El desprendimiento de los coágulos permite que puedan viajar a través del torrente sanguíneo, pudiéndose obstruir una arteria del pulmón (un trastorno denominado embolia pulmonar).
- Las personas afectadas pueden tener dificultad para dormir.

Las pérdidas y los problemas derivados de los accidentes cerebrovasculares hacen que las personas afectadas se depriman. (1)

Diagnóstico del accidente cerebrovascular isquémico

- Evaluación médica
- Tomografía computarizada y, algunas veces, resonancia magnética nuclear
- Pruebas de laboratorio, como las que se realizan para medir la concentración de azúcar en sangre

Por lo general, se diagnostica un accidente cerebrovascular isquémico en función de la historia de los acontecimientos y de los resultados de la exploración física. Los síntomas neurológicos le permitirán identificar cuál es la arteria del cerebro que se encuentra obstruida. Por ejemplo, la debilidad o la parálisis de la pierna izquierda indican una oclusión de la arteria que irriga la zona localizada en el lado derecho del cerebro, el que controla los movimientos de los músculos de esa pierna.

En primer lugar, se suele realizar la tomografía computarizada (TC). Esta prueba de diagnóstico por imagen ayuda a distinguir un accidente cerebrovascular isquémico de un accidente cerebrovascular hemorrágico, un tumor cerebral, un absceso y otras anomalías estructurales.

Se debe también medir el nivel de glucosa en sangre para descartar un nivel bajo de glucosa en sangre (hipoglucemia), que causa síntomas similares.

Si es posible, se practica a continuación una resonancia magnética nuclear (RMN) ponderada por difusión, que detecta los accidentes cerebrovasculares isquémicos a los pocos minutos de su comienzo.

Tan pronto como sea posible, se puede también realizar pruebas de diagnóstico por la imagen (angiografía por TC o angiografía por resonancia magnética) para detectar obstrucciones en las arterias grandes. En ocasiones, el tratamiento temprano de estas obstrucciones puede limitar la cantidad de daño cerebral causado por el accidente cerebrovascular. ⁽¹⁹⁾

Pruebas Diagnósticas

Las pruebas para determinar las causas pueden incluir:

- Electrocardiografía (ECG) para detectar arritmias, anomalías en el bombeo, problemas estructurales y valvulopatías.
- Pruebas de diagnóstico por la imagen como ecografía Doppler en color, angiografía por resonancia magnética nuclear, angiografía por tomografía computarizada o angiografía cerebral (realizada mediante el uso de un catéter insertado en una arteria), para determinar si las arterias, especialmente las arterias carótidas internas, están obstruidas o estrechadas

- Análisis de sangre para verificar si hay anemia, policitemia, trastornos de la coagulación sanguínea, vasculitis y algunas infecciones (como infecciones de las válvulas del corazón y sífilis) y los factores de riesgo como niveles altos de colesterol o diabetes
- Análisis de drogas en la orina para detectar la presencia de cocaína y anfetaminas ⁽¹⁹⁾

Pronóstico del accidente cerebrovascular isquémico

Cuanto antes se trate un accidente cerebrovascular con un medicamento que disuelva los coágulos de sangre (medicamento trombolítico), mayor será la probabilidad de que el daño cerebral sea menos grave y mejores serán las posibilidades de recuperación.

Durante los primeros días posteriores a un accidente cerebrovascular isquémico, el médico, por lo general, no puede predecir si la persona va a mejorar o empeorar. Los sujetos más jóvenes y los que comienzan a recuperarse rápidamente tienen mayores probabilidades de recuperarse por completo.

Es más frecuente la limitación en el uso de un brazo que en el uso de una pierna.

Aproximadamente el 10% de las personas que sufren un accidente cerebrovascular isquémico recuperan todas las funciones normales.

Otras personas quedan tan afectadas física y mentalmente que son incapaces de moverse, hablar o alimentarse de modo normal.

Alrededor del 20% de las personas que sufren un accidente cerebrovascular isquémico mueren en el hospital. El porcentaje es aún más elevado entre personas mayores. Aproximadamente un 25% de las personas que se recuperan de un primero accidente cerebrovascular sufren otro accidente en los 5 años siguientes. Los accidentes cerebrovasculares subsiguientes dañan aún más la funcionalidad.

La mayoría de las discapacidades presentes después de 12 meses son permanentes. ⁽¹⁾

Tratamiento del accidente cerebrovascular agudo

Cuando se produce un accidente cerebrovascular, los minutos son importantes. Cuanto más se reduzca o se interrumpa el flujo de sangre al cerebro, mayor será el daño cerebral. El tratamiento para eliminar o descomponer los coágulos es más eficaz cuando se inicia lo antes posible. Para que estos tratamientos farmacológicos sean eficaces, deben iniciarse dentro de las 4,5 horas posteriores al inicio del accidente cerebrovascular.

Existen guías para el tratamiento temprano del accidente cerebrovascular de la American Heart Association and American Stroke Association. Los pacientes que presentan un accidente cerebrovascular isquémico agudo suelen ser hospitalizados.

Durante la evaluación y la estabilización iniciales pueden requerirse medidas sintomáticas como las siguientes.

- Soporte de la vía aérea y asistencia ventilatoria si la disminución de la conciencia o la disfunción bulbar compromete la vía aérea
- Suplemento de oxígeno solo si es necesario para mantener la saturación de oxígeno > 94%
- Corrección de la hipertermia (temperatura > 38° C) mediante el uso de un fármaco antipirético e identificación y tratamiento de la causa de la hipotermia
- Tratamiento de la hipoglucemia (glucemia < 60 mg/dl)
- Tratamiento de la hiperglucemia (una opción razonable) para reducir la glucemia a 140 a 180 mg/dl mientras se controla de cerca la hipoglucemia

La perfusión de una zona cerebral isquémica puede requerir una presión arterial alta porque se pierde la autorregulación; por lo tanto, no habría que reducir la presión arterial salvo en los siguientes casos:

- Existen signos de lesión en otro órgano terminal (p. ej., disección aórtica, infarto agudo de miocardio, edema de pulmón, encefalopatía hipertensiva, insuficiencia renal aguda).
- Puede utilizarse el activador tisular del plasminógeno (tPA) recombinante, la trombectomía mecánica o ambos.

Si la tensión arterial es ≥ 220 mmHg de sistólica o ≥ 120 mmHg de diastólica en 2 lecturas sucesivas con 15 minutos de separación, el descenso del 15% en la TA en las 24 horas posteriores al accidente cerebrovascular resulta razonable.

Para los pacientes que son elegibles para la terapia de reperfusión aguda, salvo que la TA sea $> 185/110$ mmHg, la TA puede ser tratada para disminuir la TA por debajo de $185/110$ mmHg.

Los pacientes con probables trombos o embolias pueden ser tratados con una combinación de lo siguiente:

- tPA, trombólisis in situ y/o trombectomía mecánica
- Antiagregantes plaquetarios
- Anticoagulantes

La mayoría de los pacientes no son candidatos para el tratamiento trombolítico; deberían recibir un tratamiento antiplaquetario (habitualmente, aspirina 325 mg por vía oral) cuando son hospitalizados. Las contraindicaciones para los agentes antiplaquetarios incluyen asma o urticaria inducidos por aspirina (ácido acetilsalicílico) o por medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE), otra hipersensibilidad a la aspirina (ácido acetilsalicílico) o a la tartrazina, una hemorragia digestiva aguda y el uso de warfarina.

Se puede utilizar tPA recombinante (alteplase) en los pacientes con un accidente cerebrovascular isquémico agudo hasta 3 h después del inicio de los síntomas si no presentan contraindicaciones para su uso.

Antes del tratamiento con tPA, se requiere lo siguiente:

- Debe descartarse la hemorragia cerebral mediante una TC

- La presión arterial sistólica debe ser < 185 mmHg.
- La presión arterial diastólica debe ser < 110 mmHg
- La glucemia debe ser > 50 mg/dl

La **trombectomía mecánica** (extirpación intraarterial dirigida por angiografía de un trombo o de un émbolo mediante un dispositivo recuperador de tutores endovasculares [stent]) es el tratamiento de elección en centros grandes que tratan accidentes cerebrovasculares para pacientes con oclusión reciente de grandes vasos en la circulación anterior.

Se utilizan **antiagregantes plaquetarios por vía oral** en el tratamiento del accidente cerebrovascular agudo. Puede utilizarse lo siguiente:

- Aspirina 100 a 325 mg dentro de las 48 horas desde el inicio del accidente cerebrovascular
- Terapia antiagregante plaquetaria doble: aspirina más clopidogrel (p. ej., 300 a 600 mg por vía oral una vez, luego 75 mg por vía oral 1 vez al día) dentro de las 24 horas del inicio del accidente cerebrovascular.

La **anticoagulación** con heparina o heparina de bajo peso molecular se utiliza para el accidente cerebrovascular causado por la trombosis venosa cerebral y a veces para el accidente cerebrovascular causado por la disección de la arteria cervical. También se puede utilizar anticoagulación en pacientes con alto riesgo de embolias cardíacas recurrentes (p. ej., aquellos con trombos cardíacos o válvulas mecánicas). Por lo general, la anticoagulación se evita en la etapa aguda porque el riesgo de hemorragia (transformación hemorrágica) es mayor, especialmente con infartos grandes.

Tratamiento a largo plazo del accidente cerebrovascular

Las **medidas sintomáticas** se mantienen durante la convalecencia:

- El control de la hiperglucemia y de la fiebre puede reducir el daño cerebral después de un accidente cerebrovascular y conducir a mejores resultados funcionales.

- La detección sistemática de disfagia antes de que los pacientes coman, beban o reciban fármacos orales puede ayudar a identificar a los pacientes con mayor riesgo de aspiración; debe ser realizada por un fonoaudiólogo (logopeda) u otro profesional de la salud capacitado.
- La nutrición enteral, si es necesaria, debe iniciarse dentro de los 7 días posteriores al ingreso después de un accidente cerebrovascular agudo.
- La compresión neumática intermitente (IPC) para la profilaxis de la trombosis venosa profunda se recomienda en los pacientes con accidente cerebrovascular que permanecen inmóviles y no tienen contraindicaciones.
- Se puede administrar heparina de bajo peso molecular a pacientes con accidente cerebrovascular que permanecen inmóviles y no tienen contraindicaciones.
- Las medidas para prevenir las úlceras de decúbito se comienzan en forma temprana.

El tratamiento a largo plazo también se centra en la prevención del accidente cerebrovascular recurrente (prevención secundaria). Se tratan los factores de riesgo modificables (p. ej., la hipertensión, la diabetes, el tabaquismo, el alcoholismo, la dislipidemia, la obesidad). La reducción de la presión arterial sistólica puede ser más eficaz cuando el objetivo de presión arterial es < 120 mmHg más que el nivel típico (< 140 mmHg).

- Los antiagregantes plaquetarios orales se utilizan para evitar los accidentes cerebrovasculares no cardioembólicos (aterotrombóticos, lacunares, criptogénicos) ulteriores (prevención secundaria).
- Los anticoagulantes orales están indicados para la prevención secundaria de accidentes cerebrovasculares cardioembólicos (así como la prevención primaria). (19)

2.3.2 Unidad de Shock Trauma

Área destinada a la evaluación, estabilización, diagnóstico de problemas y tratamiento del paciente con Prioridad I, a cargo de un médico especialista en Medicina de Emergencias y Desastres, Medicina Interna o médico general quien debe ser certificado y acreditado por la Escuela Nacional de Emergencias o equivalentes.

La atención se realiza por un equipo multidisciplinario.

El tiempo de permanencia del paciente en la sala de Shock Trauma, debe ser el estrictamente necesario, hasta conseguir la estabilidad del paciente que permita su traslado a otro servicio para el tratamiento definitivo.

El traslado del paciente a otra área o servicio, será indicado por el médico responsable, determinando las condiciones de traslado y el personal que estará a cargo del mismo, de acuerdo al estado del paciente. Se requiere coordinación previa entre el personal médico y el de enfermería del servicio de emergencia y del área o servicio de destino.

La enfermera realiza las coordinaciones previas con la enfermera del servicio o área de destino y dispone lo conveniente para la remisión de la documentación, material de atención y pertenencias del paciente, según corresponda.

La sala de Reanimación o unidad de Shock Trauma, podrá contar con un sistema informático o registro manual donde se consignen los datos de la atención realizada, especificándose: fecha, hora de llegada, nombre, edad, sexo, documento de identidad, diagnóstico, tratamiento, destino, nombre y firma del médico tratante.

(20)(21)

2.3.3 Cuidados de Enfermería en Accidente Cerebrovascular Isquémico Agudo Fase aguda (desde el inicio hasta las 48-72 horas)

- Valoración de síntomas
- Valoración de constantes vitales

- Valoración del estado neurológico: disfagia, nivel de consciencia, lenguaje (afasia, disartria), orientación...
- Valorar la disposición de la familia para colaborar en los cuidados.

Fase subaguda (desde las 48-72 horas hasta el alta hospitalaria)

La valoración enfermera se centrará en:

- Valoración de síntomas
- Valoración de constantes vitales
- Valoración del estado neurológico
- Identificar las posibles complicaciones que precisan vigilancia, prevención y control. · Valorar el dolor y signos y síntomas de enfermedad tromboembólica
- Disfagia orofaríngea: medidas necesarias para prevenir la broncoaspiración
- Educación sanitaria al paciente/cuidador en las medidas para prevenir la broncoaspiración
- Valorar el riesgo de caídas
- Valorar si hay Incontinencia/retención urinaria y/o fecal (necesidad de dispositivos absorbentes y /o sondaje vesical). (1)

CAPÍTULO III.
**DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA EL PLAN DE MEJORAMIENTO EN RELACIÓN
A LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA**

PLAN DE INTERVENCIÓN

**PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON ACCIDENTE
CEREBROVASCULAR AGUDO**

3.1 Valoración

3.1.1 Datos de filiación:

Paciente:	D.C. Y
Sexo:	Femenino
Estado Civil:	Casada
Edad:	70 a 2 m
Hora:	18:46
Historia Clínica:	292832

3.1.2 Motivo de Consulta:

Familiar refiere que la ve por última vez a las 3pm que se va a dormir, al despertar nota dificultad para movilizarse, por lo que es traída en ambulancia al hospital.

3.1.3 Enfermedad Actual:

Paciente adulta mayor de sexo femenino, traída por su esposo en ambulancia, despierta, disartria leve al habla, hemiparesia derecha, hemihipoestesia ipsilateral.

Ingresa a la unidad de shock trauma, donde es recibida por equipo multidisciplinario.

Evaluada por médico emergencista y personal de enfermería (licenciada y técnico de enfermería).

Se realiza la evaluación inicial, se procede a colocación de vía ev periférica, se coordina inmediatamente a la toma de TAC Cerebral por Código Stroke. Se realiza I/C a neurólogo de turno.

3.1.4 Antecedentes:

- Diabetes Mellitus tipo 2.
- Hipertensión Arterial.

3.1.5 Exámen Físico:

Control de signos vitales

Presión arterial: 146/114 mmhg.
Frecuencia cardíaca: 84 X'
Frecuencia respiratoria: 20 X'
Temperatura: 36.5 °C
Sat. O2: 96 %

Evaluación Física:

AREG, AREN, AREH, Afebril.

Piel: turgente, húmedo y elástico, llenado capilar 2"

Aparato Respiratorio: Murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.

Aparato Cardiovascular: RCR, BI, No soplos.

Abdomen: Globuloso, blando, depresible, RHA +/-+++, No doloroso.

Sistema nervioso central: SCG 11/15 RM 6 RO 4 RV 1, Afasia de expresión y Afasia de Nominación.

No Edemas en MMII.

3.1.6 Exámenes Auxiliares:

HISOPADO NASOFARINGEO	No Reactivo.
-----------------------	--------------

TOMOGRAFÍA CEREBRAL SIN CONTRASTE
HALLAZGOS: Pobre diferenciación cortico subcortical frontal izquierdo, lesión de tenue hipodensidad en brazo anterior de la cápsula interna izquierda. No se evidencia signos de sangrado reciente. Línea media central. Sistema ventricular de volumetría conservada. Calota craneana sin trazo de fractura ni lesión focal.

CONCLUSIÓN: Lesión hipodensa en el brazo anterior de la capsula interna izquierda sugestivo de evento isquémico.
 Pobre diferenciación cortico subcortical frontal izquierdo inespecífico.

GLUCOSA	143 mg / dl
----------------	--------------------

HEMOGRAMA	RESULTADOS
Leucocitos	7.28
Hematíes	3.86
Hemoglobina	11.2 g/dl
Volumen corpuscular medio	87.8
Hemoglobina corpuscular media	29 pg.
Concentración de Hemoglobina C	33 g/dl
Recuento de plaquetas	266
Volumen plaquetario medio	9
Neutrófilos segmentados	52%
Eosonófilos	1%
Monocitos	7%
Linfocitos	40%

GASES EN SANGRE	RESULTADOS
Temperatura	37°c
Fio2	21.0%
PH	7.450
PCO2	37.7 mmhg
PO2	81.8 mmhg
SO2	95.6 %
Potasio	3.6 meq/L
Sodio	144 meq/L
Calcio iónico	1.31 meq/L
Cloro	104 meq/L
Glucosa	124 meq/L
Lactato	1.1 meq/L
THB	12.8 g/dl
O2HB	92.6 %
COHB	92.6 %
METHB	1.9 %
CHCO3	25.8 mmol/L
PO2/FIO2	389 mmhg
Anión Gap	13.9 meq/L

3.1.7 Indicación Terapéutica:

- NPO
- NACL 0,9 % 1000 CC 60CC/Hora
- Trombolización: Alteplase dosis 0.9/kg (peso estimado 60kg), pasar el 10 % en bolo y el volumen restante en 1 hora.
- Omeprazol 40 mg vo cada 24 horas.
- Atorvastatina 40 mg vo cada 24 horas.
- Captopril 25 mg PRN PA >180/105.
- Insulina cristalina escala móvil.
- HGT cada 6 horas.
- Monitoreo neurológico
- Control de funciones vitales + diuresis estricta.

3.1.8 Valoración según Modelo de Clasificación de Dominios y Clases:

DOMINIO 1. Promoción y gestión de la salud.

Clase 1. Toma de conciencia de la salud: Desconocimiento del diagnóstico.

Clase 2. Gestión de salud.

DOMINIO 2. Nutrición

Clase 1. Ingestión: NPO

Clase 2. Digestión: No se evidencia residuos gástricos

Clase 3. Absorción: Parcial se evidencia eliminación

Clase 4. Metabolismo: glucosa 143 mg/dl

Clase 5. Hidratación: EV. Con CLNA 9 % por vía periférica.

DOMINIO 3. Eliminación

Clase 1. Función urinaria: orina espontánea.

Clase 2. Función gastrointestinal: RHA presentes.

Clase 3. Función tegumentaria: Piel intacta, no se evidencia lesiones aparentes.

Clase 4. Función respiratoria: Saturación de oxígeno 96%, no distrés respiratorio

DOMINIO 4. Actividad y reposo

Clase 1. Reposo/sueño: Reposo absoluto en la etapa aguda.

Clase 2. Actividad/ejercicio: disminuido.

Clase 3. Equilibrio/energía: Dificultad al movimiento.

Clase 4. Respuesta cardiovascular/pulmonar: normales.

Clase 5. Autocuidado: Atención a cargo de personal médico y de enfermería a cargo de paciente.

DOMINIO 5: Percepción – Cognición

Clase 1. Atención: Responde a las preguntas.

Clase 2. Orientación: Orientado en tiempo espacio y persona

Clase 3. Sensación-percepción: Limitación del movimiento

Clase 4. Cognición: Control emocional inestable

Clase 5. Comunicación: Fastidiado, quejumbroso, irritable

DOMINIO 6. Autopercepción

Clase 1. Autoconcepción: Expectativa ante la situación de salud actual.

Clase 2. Autoestima: miedo a lo desconocido.

DOMINIO 7. Rol/Relaciones

- Clase 1.** Rol de cuidador: esposo a cargo de paciente.
- Clase 2.** Relaciones familiares: Ingresa acompañado de familiares.
- Clase 3.** Desempeño del rol: Familiares preocupados ante situación de salud actual.

DOMINIO 8. Sexualidad

- Clase 1.** Identidad sexual: No refiere.
- Clase 2.** Función sexual: No refiere.
- Clase 3.** Reproducción: Tiene una hija.

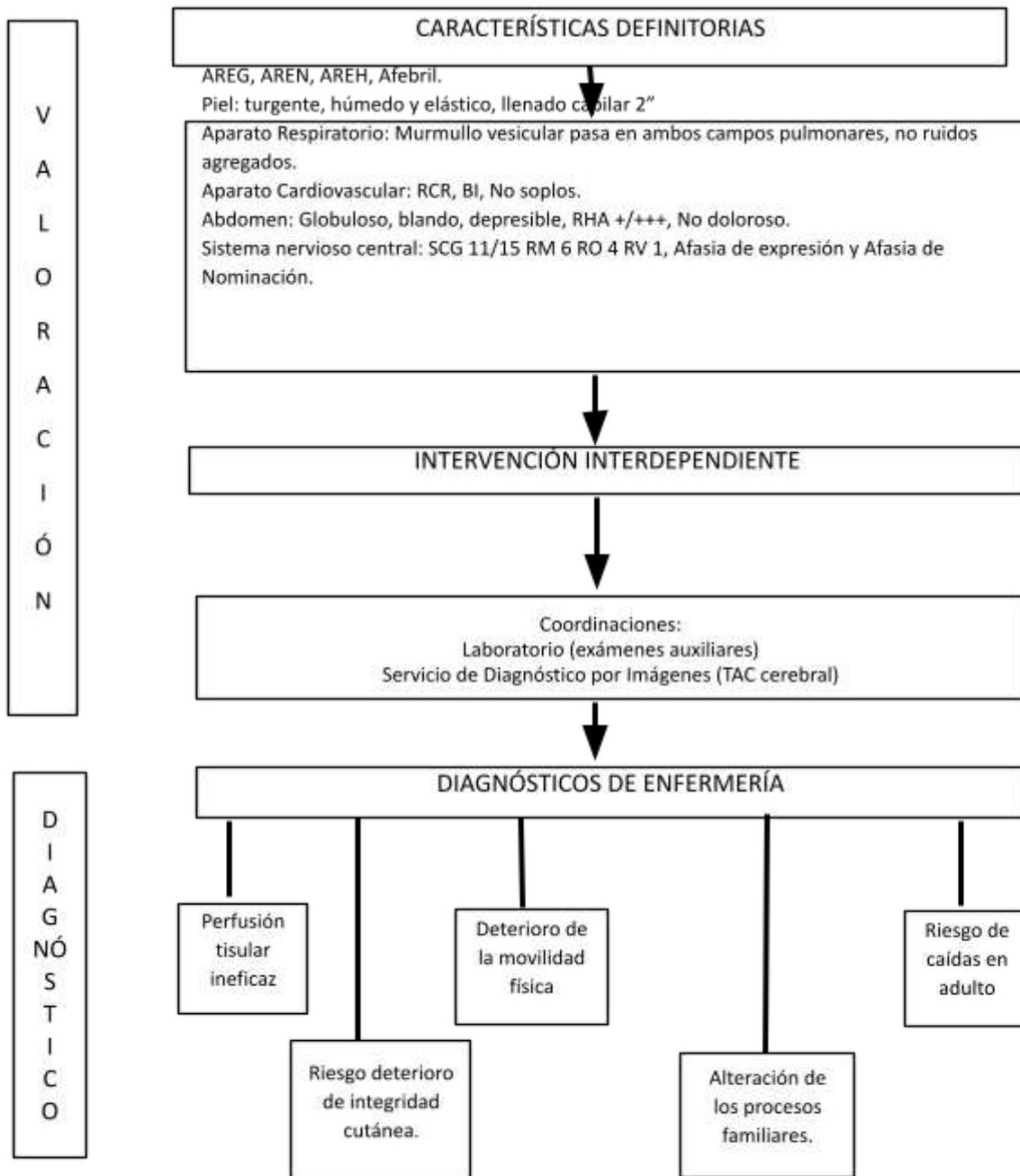
DOMINIO 9. Afrontamiento/Tolerancia al estrés

- Clase 1.** Respuesta post traumática: Refiere temor a la presencia de limitaciones que va experimentando.
- Clase 2.** Respuesta de afrontamiento: paciente no toma conciencia de la gravedad de su problema de salud.
- Clase 3.** Estrés neuro-comportamental.

DOMINIO 10. Principios vitales

- Clase 1.** Valores: Colaborador y agradecido por la atención recibida.
- Clase 2.** Creencia: católico.
- Clase 3.** Congruencia entre valores/creencias/acciones: No se evidencia.

3.1.9 Esquema de Valoración:



3.2 Diagnóstico de Enfermería

- Perfusión tisular periférica ineficaz r/c alteración de la función motora periférica e/p hemiparesia derecha, disartria leve.
- Deterioro de la movilidad física r/c deterioro neuromuscular e/p hemiparesia derecha.
- Riesgo de caídas en el adulto e/p disminución del estado mental.
- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea e/p deterioro de la sensibilidad y movilidad.
- Alteración de los procesos familiares r/c estancia hospitalaria. (22)

3.2.2 Esquema de Diagnóstico de Enfermería

Problema	Factor Relacionado	Evidencia	Diagnóstico
Perfusión tisular periférica ineficaz	Alteración de la función motora periférica.	Hemiparesia derecha, disartria leve.	Perfusión tisular periférica ineficaz r/c alteración de la función motora periférica e/p hemiparesia derecha, disartria leve.
Deterioro de la movilidad física	Deterioro neuromuscular	Hemiparesia derecha	Deterioro de la movilidad física r/c deterioro neuromuscular e/p hemiparesia derecha.
Riesgo de caídas en el adulto	.	Disminución de estado mental.	Riesgo de caídas en el adulto e/p disminución del estado mental

Riesgo de deterioro de la integridad cutánea		Deterioro de la sensibilidad y movilidad.	Riesgo de deterioro de la integridad cutánea e/p deterioro de la sensibilidad y movilidad
Alteración de los procesos familiares	Cambio en el estado de salud de un miembro de la familia	Estancia hospitalaria.	Alteración de los procesos familiares e/p estancia hospitalaria.

3.3 Planificación

3.3.1 Esquema de Planificación

Diagnóstico de Enfermería	Objetivo NOC	Intervención de Enfermería NIC	Evaluación
Código: 00024 Perfusión tisular cerebral inefectiva r/c alteración de la función motora periférica.	Código: 00406 Perfusión tisular cerebral	Código:2620 Monitorización Neurológica . Comprobar nivel de orientación. . Vigilar nivel de conciencia. . Monitorizar la simetría facial. Explorar tono muscular, movimiento motor, marcha.	. Paciente con Glasgow de 11/15. . Hemiparesia derecha sin aumento. . Disartria leve.

		<p>Observar si el paciente refiere cefalea.</p> <p>Vigilar signos de temperatura, presión sanguínea y respiraciones.</p> <p>Vigilar características del habla: fluencia, presencia de afasias.</p> <ul style="list-style-type: none"> . observar respuesta a los medicamentos. <p>Aumentar frecuencia de monitorización neurológica.</p> <p>Código: 4200</p> <p>Terapia intravenosa</p> <p>TROMBOLIZACIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> . Verificar orden de la terapia. . Realizar técnica aséptica estricta. . seleccionar y prepara la bomba de infusión. . Administrar medicamento según prescripción. . Vigilar flujo intravenoso. . Realizar registro detallado en hcl. 	
--	--	---	--

		. mantener precauciones universales.	
Código: 00085 Deterioro de la movilidad física r/c deterioro neuromuscular e/p hemiparesia derecha.	Código: 0208 Movilidad.	. Código:0140 Fomentar la mecánica corporal. . determinar el grado de compromiso del paciente. . Enseñar al paciente a utilizar posturas y mecanismos corporales para evitar lesiones al realizar cualquier actividad física. . Disponer la utilización de aditamentos como almohadas, colchones de ser necesario.	Paciente con reposo en cama, con buena alineación corporal.
Código: 00306 Riesgo de caídas en el adulto e/p disminución del estado mental	Código: 1909 Conducta de prevención de caídas	Código:6490 Prevención de caídas. . Identificar déficit cognitivos o físicos del paciente. . Identificar las características del ambiente (barandas,	Paciente seguro en cama, no presenta lesiones por caída.

		<p>cama con frenos, etc.).</p> <ul style="list-style-type: none"> . Utilizar técnica adecuada para la movilización del paciente. . Utilizar barandillas laterales de longitud y altura adecuadas. . Instruir al paciente para que pida ayuda al moverse, si lo precisa. 	
<p>Código: 000047</p> <p>Riesgo de deterioro de la integridad cutánea e/p deterioro de la sensibilidad y movilidad</p>	<p>Código: 3590</p> <p>Vigilancia de la piel</p>	<p>Código: 0840</p> <p>Cambio de posición.</p> <ul style="list-style-type: none"> . Colocar sobre un colchón firme. . Vigilar el estado de oxigenación antes y después de la movilización. . Explicar al paciente que se le va cambiar de posición. . Minimizar la fricción y las fuerzas de cizallamiento al cambiar de posición al paciente. . Colocar los objetos de uso frecuente, al alcance. 	<p>Paciente mantiene piel integra, sin ninguna alteración dérmica.</p>

		<ul style="list-style-type: none"> . Colocar en posición de alineación corporal correcta. . Documentar los cambios en la piel. . Realizar medidas que prevengan deterioro de la piel. 	
<p>Código: 00060</p> <p>Interrupción de los procesos familiares e/p estancia hospitalaria.</p>	<p>Código: 2604</p> <p>Normalización de la familia.</p>	<p>Código:7140</p> <p>Apoyo a la familia.</p> <ul style="list-style-type: none"> . Asegurar a la familia que al paciente se le brindan los mejores cuidados posibles. . valorar la reacción emocional de la familia frente a la enfermedad del paciente. . determinar la carga psicológica para la familia que tiene el pronóstico. . favorecer una relación de confianza con la familia. . Enseñar a la familia los planes médicos y de cuidados. . Ayudar a la familia a adquirir el 	<p>La familia apoya al paciente y anima a su recuperación.</p>

		conocimiento, técnica y equipo necesarios para apoyar su decisión acerca de los cuidados del paciente.	
--	--	--	--

Fuente: NANDA. (23) (24)

3.4 Ejecución y Evaluación

3.4.1 Registro de Enfermería, SOAPIE:

- S** Paciente adulta mayor, refiere “no puedo hablar bien, no puedo caminar”.
- O** Paciente adulta mayor AREG, AREN, AREH, Afebril con piel: turgente, húmeda y elástica, llenado capilar 2”
- Aparato Respiratorio: Murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados.
- Aparato Cardiovascular: RCR, BI, No soplos.
- Abdomen: Globuloso, blando, depresible, RHA +/+++ , No doloroso.
- Sistema nervioso central: SCG 11/15 RM 6 RO 4 RV 1, hemiparesia derecha, Afasia de expresión y Afasia de Nominación. No Edemas en MMII.
- A** Perfusión tisular periférica ineficaz r/c alteración de la función motora periférica e/p hemiparesia derecha, disartria leve.
- Deterioro de la movilidad física r/c deterioro neuromuscular e/p hemiparesia derecha.
- Riesgo de caídas en el adulto e/p disminución del estado mental.
- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea e/p deterioro de la sensibilidad y movilidad.
- Alteración de los procesos familiares r/c estancia hospitalaria.

P Valorar al paciente al ingreso, sobre tiempo de enfermedad, funciones vitales, hacer un exámen intensivo sobre tiempo de inicio de enfermedad.

Coordinar rápidamente con unidad de apoyo al diagnóstico para la TAC cerebral, toma de laboratorio, cursas efectivamente las interconsultas con médicos especialistas.

Mantener al paciente cómodo, informarle sobre su tratamiento.

I Canalización de vía ev periférica e inicio de Trombolización, con monitorización estricta de paciente.

Observar posibles signos de alarma y/o descompensación de paciente.

Administrar medicación aplicando los cinco correctos.

Realizar registro adecuado y oportuno de las intervenciones y respuestas realizadas del paciente.

Prevenir posibles complicaciones del paciente y disminuir riesgos potenciales a los que el paciente puede estar expuesto.

E Paciente hemodinámicamente estable, funciones vitales.

IV CONCLUSIONES

1. El accidente cerebrovascular agudo es una situación médica delicada que requiere de un Triage adecuado para poder iniciar tratamiento lo más pronto posible.

2. La evolución de la enfermedad y las posibles secuelas van a depender de la rapidez con la que se inicie el tratamiento del paciente.
3. Se requiere de un personal altamente entrenado en Triage y evaluación para diagnosticarlo correctamente.
4. La comunicación permanente con el paciente para observar su comportamiento antes, durante y después del tratamiento y así poder evitar las complicaciones.
5. La familia cumple un rol muy importante en el soporte del paciente, debido a las secuelas y la necesidad de rehabilitación que afronta el paciente al alta hospitalaria.
6. El incremento de la población adulta mayor en los últimos años, significa un reto para la enfermera, ya que estamos frente a una población con muchos riesgos y comorbilidades frecuentes, que requieren controles continuos, que deben tener su pilar fundamental en el primer nivel de atención, así evitar mayores complicaciones en los adultos mayores.

V: RECOMENDACIONES

- 1- Mantener capacitaciones constantes y actualizaciones al personal para la detección precoz de esta afección y hacer un diagnóstico diferencial adecuado.
- 2- Idealmente se debería contar con una unidad de código Stroke, para el manejo de estos pacientes. Pero al no contar con esta unidad, la unidad de shock trauma debe contar con material y medicación (Trombolización) para inicio rápido de tratamiento.
- 3- Mantener una monitorización estricta del paciente en la etapa aguda, poniendo énfasis en la Trombolización.
- 4- Velar por la reevaluación del paciente por otras especialidades que ayuden a la prevención de complicaciones, como cardiología.
- 5- Sugerir pronto inicio de terapia, ante déficit neuromuscular que afronte el paciente, para disminuir la secuela de la afección.
- 6- Realizar un adiestramiento oportuno al familiar (cuidador), que se hará responsable del paciente a la alta médica.
- 7- Fortalecimiento del nivel preventivo promocional en el primer nivel de atención, para hacer frente a los factores de riesgo modificables que tienen los pacientes, así disminuir la incidencia de casos.

VI: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ji Y. Chong, MD, Weill Cornell Medical College. Manual MERCK. 2020
2. Perfil de enfermería en urgencias y emergencias. 2007. Disponibilidad en: <http://ibameue.blogspot.pe/2007/07/perfil-profesional-ultima-version.html>
3. Matzumura J, Gutiérrez H, Zamudio L. Satisfacción de la atención en el servicio de emergencia de una institución privada de salud. Qhalikay Revista de Ciencias de la Salud 2018.
4. Navarrete Balladares, L.A. Manejo integral de la Enfermedad cerebrovascular en la sala de Urgencias del Hospital San Vicente de Paul de la Provincia de Imbabura. Ecuador. 2022
5. Domingo Hurtado, A. Plan de cuidados estandarizado para la atención de pacientes con ictus en las primeras 24 horas: El papel de enfermería en la urgencia neurológica. España. 2021
6. Guanotasing Villamarin, J. A. Arcos Camacho, L. Tiempo de respuesta paciente código ictus, desde la entrada a emergencia hasta trombólisis, hospital Carlos Andrade Marín. Ecuador. 2021.
7. Colque Mollo Jesús. La importancia del tiempo para identificar accidentes cerebrovasculares en emergencias, en hospitales de primer nivel. Bolivia. 2021
8. Dayami Lescay Balanquet, Gerardo Tellez Gamayo, Marlene Fong Osejo, Fátima Flores Bolívar, Ulises Guerra Cepena. Caracterización de pacientes con accidente cerebrovascular en un servicio de emergencias de Santiago de Cuba. Cuba. 2020.
9. E. San Juan, O. Pancorbo, K. Santana, O. Miñarro, M. Muchada, S. Boned, J.M. Juega, J. Pagola. Manejo del ictus agudo. Tratamientos y cuidados específicos de enfermería en la Unidad de Ictus Manejo del ictus agudo. Cuidados y tratamientos específicos de enfermería en la unidad de ictus. España. 2020.
10. Mendieta PMD, Budet BD, Gonzáles LI. Señales asociadas a la muerte en la enfermedad cerebrovascular isquémica. Cuba. 2019.
11. Miguel Quiñones., Moquillaza, M. Uso de fibrinolíticos en la enfermedad cerebrovascular isquémica, resultados de una serie de 23 pacientes. Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Lima. 2019.

12. Camarena De la Cruz, R. M. Proceso de atención de enfermería aplicado a pacientes con accidente cerebro vascular isquémico, en un servicio de Emergencia de una clínica de Lima. Lima. 2019.
13. Carlos Rodolfo Mendoza Macuri. Características epidemiológicas en morbimortalidad por Accidente Cerebrovascular Isquémico en un Hospital Regional 2019. Lima. 2019.
14. Marco Aurelio Canchos Ccahuay. Factores relacionados a accidente cerebrovascular en pacientes atendidos por emergencia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza – 2018. Lima. 2018.
15. Domingo Hurtado, A. Plan de cuidados estandarizado para la atención de pacientes con ictus en las primeras 24 horas: El papel de enfermería en la urgencia neurológica. España. 2021
16. Cristina Sieloff. Imogene King: un marco conceptual para la enfermería. Vol. 2. Publicaciones SAGE. 1991.
17. Leticia Díaz de Flores; Mercedes Durán de Villalobos. Patricia Gallego de Pardo. Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy. 2002
18. Fernández Fernández María Luz. Bases Históricas y Teóricas de la Enfermería. Universidad de Cantabria. 2019.
19. Guía de Práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la etapa aguda de ataque cerebrovascular isquémico. Essalud. 2018.
20. Dirección General de salud de las personas. NT N° 042 MINSA / DGSP-V-01. Norma técnica de los servicios de emergencia.
21. Directiva N° '20-GCPS-ESSALUD-2016, "Normas para las Prestaciones Asistencia/es de Emergencias y Urgencias en las Instituciones Prestadoras de Servicio de Salud (/PRESS) en el Seguro Social de Salud - ESSALUD".
22. Heather Herdman, Shigemi Kamitsuru, Camila Takáo Lopes. Diagnósticos Enfermeros de NANDA. 12° Edición. 2021- 2023.
23. Sue Moorhead. Marion Johnson. Meridean L. Mass. Elizabeth Swanson. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 6° Edición. 2018
24. Gloria M. Bulechek. Howard K. Butcher. Joanne M. Dochterman. Cheryl M. Wagner. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Séptima edición. 2018.

VII ANEXOS





REPORTE DE CASO / CASE REPORT

Rev Neuropsiquiatr. 2020; 83(2):127-133
DOI: <https://doi.org/10.20453/rnp.v83i2.3756>



Accidente cerebrovascular isquémico asociado a COVID-19: primer reporte de casos en Perú.

59

SARS-CoV-2 associated ischemic stroke: first case report in Peru.

Evelyn Mariños^{1,2}, Elliot Barreto-Acevedo^{1,2}, Poul Espino^{1,2}

