

Chamorro, Magda Soledad

“Rol de Enfermería en la atención de pacientes con Accidente Cerebrovascular”

2022

Instituto: Ciencias de la Salud

Carrera: Licenciatura en Enfermería



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Argentina.
Atribución 4.0
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

Documento descargado de RID - UNAJ Repositorio Institucional Digital de la Universidad Nacional Arturo Jauretche

Cita recomendada:

Chamorro, M. S. (2022). *Rol de Enfermería en la atención de pacientes con Accidente Cerebrovascular* [tesis de grado Universidad Nacional Arturo Jauretche]

Disponible en RID - UNAJ Repositorio Institucional Digital UNAJ <https://biblioteca.unaj.edu.ar/rid-unaj-repositorio-institucional-digital-unaj>



Universidad Nacional Arturo Jauretche

Instituto de Ciencias de la Salud

Licenciatura en Enfermería

Trabajo Final de Grado

Tema:

“Rol de Enfermería en la atención de pacientes con Accidente Cerebrovascular”

Alumna: Chamorro Magda Soledad

Director de Tesina: Claudio Gabriel Gregorio

Lugar y fecha: Florencio Varela, 14/07/ 2022.

7. INTRODUCCIÓN

El Accidente cerebrovascular (ACV) es una de las enfermedades con un alto porcentaje de muertes y se ubica dentro de los primeros lugares de patologías que causan discapacidad con secuelas permanentes que van en aumento y que a su vez su ocurrencia se observa con mayor frecuencia en adultos jóvenes

El sedentarismo, el tabaquismo, el alcoholismo, una alimentación inadecuada, el estrés y la obesidad son factores predisponentes que junto a la hipertensión como uno de los principales factores de riesgo aceleran el padecimiento de esta enfermedad.

El personal de enfermería cumple un rol fundamental no solo en la atención de los pacientes con ACV, dentro de los servicios de las instituciones sanitarias, sino en el primer nivel de atención fomentando la prevención, los cambios de hábitos en el estilo de vida, contribuyendo a una educación integral al paciente y su entorno familiar por lo cual debe poseer una formación y capacitación adecuada y actualizada a fin de poder responder con eficiencia.

La presente investigación tiene por objeto indagar sobre el rol del personal de enfermería en la atención de pacientes con Accidente Cerebrovascular entre 45 a 60 años de edad, la misma fue llevada a cabo en los servicios de: Unidad de Terapia Intensiva, Guardia Médica y Clínica Médica del Hospital Mi Pueblo en Florencio Varela en el periodo comprendido entre los meses de febrero a junio del año 2022.

8. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Formulación del Problema:

¿Cuál es el rol de Enfermería en la atención de pacientes con Accidente Cerebrovascular entre 45 a 60 años de edad en la Unidad de Terapia Intensiva, Guardia Médica y Clínica Médica del Hospital Mi Pueblo en Florencio Varela durante el periodo de febrero a junio del 2022?

8.1 OBJETIVO GENERAL:

Identificar el Rol de enfermería en la atención de pacientes con accidente cerebrovascular de 45 a 60 años en la Unidad de Terapia, Guardia y Clínica Médica del Hospital Mi Pueblo en Florencio Varela durante el periodo de febrero a junio del 2022

8.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Caracterizar al personal de enfermería según edad, género, estado civil, nivel de formación, que se desempeña dentro de la UTI, Guardia y Clínica Médica.
2. Describir las actividades específicas que realiza un enfermero/a en la Unidad de Terapia Intensiva, Guardia y Clínica Médica relacionadas con la atención de pacientes con accidentes cerebrovasculares.
3. Identificar características sobre la formación y actualización de enfermería en las áreas para la atención y tratamiento de ACV
4. Determinar la existencia de protocolos durante el ingreso y egreso de pacientes con diagnóstico de Accidente cerebrovascular

5. Conocer la incidencia en ingresos de pacientes con ACV dentro de la Unidad de Terapia Intensiva, Guardia y Clínica Médica durante los meses de febrero a junio del año 2022

9. MARCO TEÓRICO

Accidente Cerebrovascular

Se conoce como accidente cerebrovascular (ACV) Ictus o derrame cerebral, a la pérdida brusca de funciones cerebrales causada por una alteración vascular, ya sea por interrupción del flujo sanguíneo o por hemorragia. Cualquiera de las dos situaciones puede provocar que las neuronas se debiliten o mueran, ya que sin oxígeno no pueden funcionar. Las partes del cuerpo controladas por las regiones del cerebro afectadas, consecuentemente, también dejan de funcionar. Se trata de un episodio agudo.

Los ictus pueden ser isquémicos (cuando el aporte sanguíneo a una parte del cerebro se interrumpe, repentinamente, por un trombo [coágulo de sangre], émbolo [sustancia extraña transportada por la circulación], o estenosis [estrechamiento]), o hemorrágicos (cuando se rompe un vaso sanguíneo y se derrama sangre en los espacios que rodean las neuronas). Los déficits neurológicos causados por la isquemia y la necrosis resultante de las células cerebrales varían, según la zona del cerebro afectada, el tamaño del área lesionada y la duración de la disminución o interrupción del flujo sanguíneo. Una reducción notable del aporte sanguíneo al cerebro puede causar una discapacidad grave o la muerte. Cuando la duración de la disminución del flujo sanguíneo es breve y la región anatómica afectada es pequeña, puede que el paciente no sea consciente del daño causado (Burke, 2009).

Incidencia y Prevalencia:

Las diferencias en la incidencia de la Enfermedad Cerebro Vascular dependen de la edad, el género, las razas en la población, los factores de riesgo para cada una de las poblaciones y los criterios diagnósticos utilizados. (S, 2009)

Aunque los ictus se producen en todos los grupos de edad, la mayor incidencia se observa en personas mayores de 65 años; el 28% de los ictus se manifiestan en personas menores de 65 años. En cuanto a su prevalencia los ictus se producen con más frecuencia en los varones que en

las mujeres, aunque el riesgo de ictus puede ser superior en las mujeres durante el embarazo y durante las 6 semanas posteriores al parto.

La tensión arterial elevada es el factor de riesgo más común del ACV. La hipertensión es la causante del 50% de todos los ACV y también aumenta el riesgo de hemorragia intracerebral, que a menudo conduce a discapacidades graves. El tratamiento debe centrarse en el correcto manejo de la diabetes, del colesterol elevado y la fibrilación auricular, así como la prevención de la obesidad y la promoción de la actividad física y la cesación del tabaco.

Factores de Riesgo:

Algunas enfermedades, ciertos hábitos de estilo de vida y antecedentes étnicos, aumentan el riesgo de manifestar un ictus), como los siguientes:

- ❖ Hipertensión. La hipertensión es el factor principal de riesgo de ictus. Un aumento de la presión arterial sistólica y diastólica está asociado a la lesión de todos los vasos sanguíneos, incluso del cerebro. Las personas hipertensas tienen un riesgo de ictus, de cuatro a seis veces superior a las personas sin hipertensión. Un tercio de los adultos estadounidenses padece hipertensión.
- ❖ Cardiopatía. La fibrilación auricular es el segundo factor principal de riesgo de ictus. La fibrilación afecta a 2,2 millones de personas y aumenta el riesgo de ictus entre un 4% y un 6% (AHA, 2005a). Otros problemas cardiovasculares que aumentan el riesgo de ictus son estenosis de la válvula mitral, persistencia del agujero oval y cirugía cardíaca.
- ❖ Diabetes mellitus. La diabetes provoca cambios vasculares, tanto en la circulación general como cerebral, y aumenta el riesgo de hipertensión (la prevalencia de la hipertensión es un 40% superior en las personas con diabetes). Los diabéticos tienen una probabilidad de manifestar un ictus tres veces superior a la de las personas no diabéticas.
- ❖ Apnea del sueño. Se considera el factor de riesgo principal de ictus y aumenta la presión arterial, causando disminución de oxígeno y aumento del dióxido de carbono en la sangre.
- ❖ Concentración de colesterol en sangre. Un aumento de la concentración de colesterol en sangre contribuye al riesgo de aterosclerosis, especialmente de las arterias en la circulación cerebral.

- ❖ **Tabaquismo.** El tabaquismo duplica el riesgo de una persona de padecer un ictus isquémico y aumenta el riesgo de hemorragia cerebral, hasta en un 3,5%. El tabaquismo es directamente responsable de más ictus en las personas jóvenes.
- ❖ **Drepanocitosis.** Los cambios en la forma de los eritrocitos aumentan la viscosidad de la sangre y producen agregación eritrocítica, que puede ocluir los vasos cerebrales pequeños.
- ❖ **Toxicomanía.** La inyección de sustancias no refinadas aumenta el riesgo de ictus y el consumo de algunas drogas puede disminuir el flujo de sangre cerebral y aumentar el riesgo de hemorragia intracraneal. Entre las sustancias asociadas al ictus se incluyen la marihuana, los esteroides anabólicos, la heroína, las anfetaminas y la cocaína

9.1 FISIOPATOLOGÍA

El cerebro, que comprende sólo el 2% del peso total corporal, recibe, aproximadamente, el 20% del gasto cardíaco cada minuto (casi 750 mL), que supone el 20% del consumo de oxígeno corporal. El flujo de sangre cerebral, especialmente, en los vasos cerebrales profundos, está autorregulado principalmente por el cerebro para satisfacer las necesidades metabólicas. Esta autorregulación permite al cerebro mantener un flujo de sangre constante, a pesar de los cambios en la presión arterial sistémica. Sin embargo, la autorregulación no es eficaz cuando la presión arterial sistémica es menor de 50 mm Hg o mayor de 160 mm Hg. En el último caso, el aumento de la presión sistémica (como en la hipertensión) causa elevación del flujo cerebral, que provoca hiperdilatación de los vasos cerebrales. El flujo de sangre cerebral aumenta también en respuesta al incremento de las concentraciones de dióxido de carbono, el aumento de las concentraciones de ion de hidrógeno, y la disminución de la concentración de oxígeno. Cuando disminuye o se interrumpe el flujo de sangre y la oxigenación de las neuronas cerebrales, se producen cambios fisiopatológicos celulares en un período de 4 a 5 minutos. El metabolismo celular se interrumpe, al agotarse la glucosa, el glucógeno y el trifosfato de adenosina (ATP), y la bomba de sodio y potasio se debilita. Las células se hinchan al penetrar agua en su interior por acción del sodio. La pared de los vasos sanguíneos cerebrales se hincha también, disminuyendo más el flujo sanguíneo. Aunque se restaure la circulación, el vasoespasmo y el aumento de la viscosidad de la sangre pueden dificultar el flujo sanguíneo. Una isquemia grave o prolongada causa la muerte

celular. Un núcleo central de células muertas o moribundas queda rodeado por una banda de células mínimamente irrigadas, denominada penumbra. Aunque las células en la penumbra tienen alteradas las actividades metabólicas, mantienen su integridad estructural. La supervivencia de estas células depende de la recuperación oportuna de una circulación suficiente, el volumen de productos tóxicos liberados por las células moribundas adyacentes, el grado de edema cerebral y las alteraciones del flujo de sangre local. La posible supervivencia de las células de la penumbra fundamenta el uso de fármacos fibrinolíticos como tratamiento inicial de un ictus isquémico (Porth, 2005). Los déficits neurológicos que se producen como resultado de un ictus a menudo pueden permitir identificar su localización. Como las vías motoras cruzan por la unión del bulbo raquídeo y la médula espinal (decusación), el ictus causa la pérdida o el deterioro de las funciones sensorio motoras del lado cerebral opuesto al lesionado. Este efecto, denominado déficit contralateral, provoca que los efectos de un ictus en el hemisferio cerebral derecho se manifiesten en el lado corporal izquierdo (y viceversa). Un ictus se caracteriza por el inicio gradual o rápido de deficiencias neurológicas, debido a la afectación del flujo de sangre cerebral. Los ictus pueden producirse por diversos problemas, como una trombosis cerebral, embolia cerebral y hemorragia cerebral.

Ictus isquémico Los ictus isquémicos se producen por el bloqueo o la estenosis, o ambos, de una arteria cerebral, disminuyendo o interrumpiendo el flujo sanguíneo y, finalmente, causando infarto cerebral. Este tipo de ictus comprenden casi el 80% de todos los accidentes cerebrovasculares (NINDS, 2005a (NINDS, 2005). El bloqueo puede producirse por un coágulo de sangre (en forma de trombo o émbolo) o por estenosis de un vaso, a causa de la formación de una placa. La placa puede originar estenosis en los vasos sanguíneos grandes (macroangiopatía) o en los pequeños (microangiopatía). La macroangiopatía está causada, normalmente, por trombos. Los ictus de los vasos pequeños, denominados infartos lagunares, son infartos pequeños o muy pequeños en zonas profundas no corticales, del cerebro o del tronco encefálico. Los ictus isquémicos se clasifican en transitorios, trombóticos o embólicos.

Ataque Isquémico Transitorio: Un ataque isquémico transitorio (AIT), denominado a menudo mini ictus, es un período breve de isquemia cerebral localizada, que causa déficits neurológicos de duración inferior a 24 horas (normalmente entre 1 y 2 horas) (Porth, 2005). Las deficiencias pueden manifestarse durante sólo unos minutos o durar horas. Los AIT son a menudo señales de

alerta de un ictus trombótico isquémico. Un ictus puede estar precedido de una o más AIT, y el tiempo transcurrido entre un AIT y un ictus oscila entre horas y meses. De los 50.000 estadounidenses que manifiestan un AIT cada año, aproximadamente un tercio presentará un ictus agudo en el futuro (NINDS, 2005). La etiología de un AIT incluye trastornos arteriales inflamatorios, anemia drepanocítica, cambios ateroscleróticos en los vasos cerebrales, trombosis y émbolos. Las manifestaciones neurológicas de un AIT varían, según la localización y el tamaño del vaso cerebral afectado. Las manifestaciones se inician repentinamente y a menudo desaparecen en unos minutos u horas. Entre las deficiencias que suelen producirse se incluyen entumecimiento o debilidad contralateral de la pierna, mano, antebrazo, y comisura de la boca (a causa de la afección de la arteria cerebral media); afasia (por isquemia en el hemisferio izquierdo), y trastornos visuales, como visión borrosa (por la afección de la arteria cerebral posterior) (Porth, 2005). El paciente también puede manifestar un trastorno visual denominado amaurosis fugaz (ceguera breve de un ojo, descrita como una sombra que cubre la vista con el ojo afectado).

Ictus Trombóticos:

Un ictus trombótico está causado por la oclusión de un vaso cerebral grande por un trombo (coágulo de sangre). Los ACV trombóticos se producen más a menudo en los ancianos mientras descansan o duermen. La presión arterial es menor durante el sueño, de manera que hay menos presión para empujar la sangre a través de una luz arterial ya estrecha, y puede producirse isquemia. Los trombos suelen formarse en arterias grandes que se bifurcan y tienen un diámetro estrecho, como resultado de los depósitos de placas ateroscleróticas. Estas placas afectan a la capa íntima arterial, causando adelgazamiento y desgaste de la lámina elástica interna, por lo que queda expuesto el tejido conjuntivo subyacente. Este cambio estructural provoca la adhesión de las plaquetas a la superficie rugosa, y la liberación de la enzima difosfato de adenosina, que inicia la secuencia de la coagulación y la formación de un trombo. Un trombo puede permanecer en el sitio de su formación y seguir aumentando de tamaño, obstruyendo totalmente la luz del vaso, o puede romperse parcialmente y formar un émbolo.

Las localizaciones más frecuentes de los trombos son la arteria carótida interna, las arterias vertebrales y la unión de las arterias vertebrales y basilares. Los ictus trombóticos que afectan a los vasos cerebrales más pequeños se denominan ictus lagunares porque las áreas infartadas se

desprenden, dejando una cavidad pequeña o «lago» en el tejido cerebral. Un ictus trombótico afecta, normalmente, sólo a una región del cerebro irrigada por una única arteria cerebral. Un ictus trombótico se produce rápidamente, pero evoluciona lentamente. A menudo se inicia con un AIT y continúa empeorando durante 1 o 2 días; esta situación se denomina ictus en evolución. Cuando se ha alcanzado el grado máximo de déficit neurológico, normalmente en 3 días, la situación patológica se denomina ictus completo. Entonces se observa edema y necrosis en la región cerebral lesionada. (Burke, 2009)

Ictus Embólico: Un ictus embólico se produce cuando un coágulo de sangre o un acúmulo de sustancias que circulan por los vasos cerebrales quedan atascados en un vaso demasiado estrecho para seguir su movimiento. La región cerebral irrigada por este vaso se vuelve isquémica. El lugar más frecuente de embolia cerebral es la bifurcación de los vasos, particularmente de las arterias cerebrales carótida y media. Este tipo de ictus se observa, normalmente, en pacientes más jóvenes que los que manifiestan ictus trombóticos y se produce cuando el paciente está despierto y activo. Muchos ictus embólicos se originan a partir de un trombo en las cámaras izquierdas del corazón, formados durante la fibrilación auricular.

Estos accidentes cerebrovasculares se denominan ictus embólicos cardiógenos. La formación de émbolos se produce cuando se rompe parte de un trombo y llega al cerebro a través de la circulación arterial. Los émbolos cerebrales también se pueden formar a causa de una placa aterosclerótica, endocarditis bacteriana, infarto de miocardio reciente, cardiopatía reumática y aneurisma ventricular. (Burke, 2009)

Un ictus embólico tiene un comienzo repentino y causa déficits inmediatos. Si el émbolo se rompe en fragmentos más pequeños y lo absorbe el organismo, las manifestaciones desaparecerán después de unas horas o días. Si el émbolo no se reabsorbe, las manifestaciones persistirán. Incluso si el émbolo se absorbe, la pared del vaso donde se aloja el émbolo se debilita, aumentando el riesgo de hemorragia cerebral.

Ictus hemorrágico: Un ictus hemorrágico, o hemorragia intracraneal, se produce cuando se rompe un vaso cerebral. Se presenta más a menudo en personas con aumento constante de la presión arterial sistólica-diastólica. La hemorragia intracraneal se produce, normalmente, de manera repentina, a menudo cuando la persona afectada participa en alguna actividad. Aunque la hipertensión es la causa más frecuente, diversos factores pueden contribuir a un ictus

hemorrágico, como la rotura de una pared arterial frágil con una placa incrustada, la rotura de un aneurisma intracraneal, un traumatismo, la erosión de vasos sanguíneos por tumores, malformaciones arteriovenosas, tratamiento anticoagulante y trastornos de la coagulación. De todas las formas de ictus, la hemorrágica es mortal con mayor frecuencia y se observa en casi el 20% de todos los ictus (NINDS, 2005). Existen dos tipos de ictus hemorrágicos: hemorragia intracerebral y hemorragia subaracnoidea. Los ictus hemorrágicos que se producen por la rotura de un aneurisma cerebral o por una malformación arteriovenosa.

Como resultado de la rotura vascular, la sangre penetra en el tejido cerebral, los ventrículos cerebrales o el espacio subaracnoideo, comprimiendo los tejidos adyacentes y causando espasmo vascular y edema cerebral. La sangre presente en los ventrículos o el espacio subaracnoideo irrita las meninges y el tejido cerebral, causando una reacción inflamatoria y alterando la absorción y la circulación del líquido cefalorraquídeo (LCR). El inicio de las manifestaciones de un ictus hemorrágico es rápido. Las manifestaciones dependen de la localización de la hemorragia, pero pueden incluir vómitos, cefalea, convulsiones, hemiplejía y pérdida del conocimiento. La presión en el tejido cerebral a causa del aumento de la presión intracraneal. (Burke, 2009)

Manifestaciones:

Las manifestaciones de un ictus varían, según la arteria cerebral y la región cerebral afectadas. Las manifestaciones son siempre, inicialmente, repentinas, focales y generalmente unilaterales. La manifestación más frecuente es debilitamiento muscular de la cara y el brazo y, a veces, de la pierna del lado afectado. Otras manifestaciones frecuentes son entumecimiento en un lado corporal, pérdida de la vista, dificultades para hablar, cefalea intensa repentina y dificultad para mantener el equilibrio. Los diversos déficits asociados a la afectación de una arteria cerebral específica se denominan colectivamente síndromes de ictus, aunque las deficiencias pueden superponerse. (Porth, 2005)

Arteria Carótida Interna:

- ❖ Parálisis contralateral del brazo, la pierna y la cara
- ❖ Déficits sensoriales contralaterales del brazo, la pierna y la cara

- ❖ Si está afectado el hemisferio dominante: afasia
- ❖ Si está afectado el hemisferio no dominante: apraxia, agnosia, negligencia unilateral
- ❖ Hemianopsia homónima

Arteria Cerebral Media:

- ❖ Somnolencia, estupor, coma
- ❖ Hemiplejía contralateral del brazo y la cara
- ❖ Déficits sensoriales contralaterales del brazo y la cara
- ❖ Afasia global (si está afectado el hemisferio dominante)
- ❖ Hemianopsia homónima

Arteria Cerebral Anterior:

- ❖ Debilidad o parálisis contralateral del pie y la pierna
- ❖ Pérdida sensorial contralateral de los dedos del pie, el pie y la Pierna
- ❖ Pérdida de la capacidad para tomar decisiones o actuar Voluntariamente
- ❖ Incontinencia urinaria

Arteria Vertebral:

- ❖ Dolor en la cara, la nariz o el ojo afectado
- ❖ Entumecimiento y debilidad en la cara, en la parte afectada
- ❖ Problemas en la marcha
- ❖ Disfagia

Complicaciones

Las complicaciones características incluyen deficiencias sensorio-perceptivas, cambios cognitivos y conductuales, trastornos de la comunicación, déficits motores y trastornos de la eliminación. Estos cambios pueden ser transitorios o permanentes, dependiendo del grado de isquemia y de necrosis, así como del momento del tratamiento. Como resultado de los déficits neurológicos, el paciente con un ictus presenta complicaciones que afectan a varios sistemas corporales). A menudo, las discapacidades que causa un ictus provocan alteraciones graves en el estado de salud funcional.

Déficits sensorio perceptivos

Un déficit puede causar cambios patológicos en las vías neurológicas que alteran la capacidad para coordinar, interpretar y prestar atención a los datos sensoriales. El paciente puede manifestar deficiencias en la vista, el oído, el equilibrio, el gusto y el olfato. La capacidad para percibir una vibración, el dolor, el calor, el frío y la presión, puede quedar alterada, así como la propiocepción (la sensación de la propia posición corporal). La pérdida de estas capacidades sensoriales aumenta el riesgo de lesiones. Entre los déficits se incluyen:

Hemianopsia: Pérdida de la mitad del campo visual en uno o ambos ojos; cuando se pierde la misma mitad en cada ojo, esta situación se denomina hemianopsia homónima

Agnosia: Incapacidad para reconocer uno o más objetos que antes eran familiares; la agnosia puede ser visual, táctil o auditiva.

Apraxia: Incapacidad para desempeñar algún patrón motor (p. ej., dibujar una figura, vestirse), incluso teniendo la fuerza y la coordinación suficientes. Otra forma de déficit sensorio perceptivo es el síndrome de negligencia (o negligencia unilateral), por el que el paciente muestra un trastorno de atención. En este síndrome la persona no puede coordinar ni utilizar las percepciones del lado corporal afectado ni de su medio, e ignora esta parte. En los casos graves el paciente puede incluso negar la parálisis. Este déficit es más frecuente después de un ictus en el hemisferio derecho, donde la lesión en el lóbulo parietal (centro de mediación de la atención dirigida) provoca déficit en la percepción. El ictus puede acompañarse de dolor y molestias, y el paciente puede manifestar dolor agudo, entumecimiento o sensaciones extrañas. Aunque es infrecuente, la lesión del tálamo puede causar dolor central por ictus o síndrome de dolor central (SDC). El dolor de este síndrome está causado por el contacto con el calor y el frío, y se

manifiesta por ardor, hormigueo y dolor punzante intenso, con más frecuencia en las extremidades. El dolor empeora con el movimiento y los cambios de temperatura. Los analgésicos no alivian las sensaciones dolorosas ni existen tratamientos específicos.

Cambios cognitivos y conductuales

Una manifestación frecuente de un ictus es un cambio en el nivel de conciencia, que oscila desde una confusión leve al coma. Puede producirse como resultado de la lesión tisular que sigue a la isquemia o la hemorragia, y afecta a las arterias carótidas o vertebrales. La alteración de la conciencia también puede ser consecuencia del edema cerebral o del aumento de la presión intracraneal. Los cambios conductuales comprenden inestabilidad emocional (el paciente puede reír o llorar sin motivo aparente), pérdida de autocontrol (manifestado por una conducta anómala, como decir palabrotas o negarse a vestirse), y disminución de la tolerancia frente al estrés (que causa ira o depresión). Los cambios intelectuales pueden incluir pérdida de memoria, disminución del período de atención, juicio deficiente e incapacidad para pensar en abstracto. (Porth, 2005)

Trastornos de la comunicación

La comunicación es un proceso complejo que abarca funciones motoras, el habla, el lenguaje, la memoria, el razonamiento y las emociones.

Los trastornos de la comunicación son, normalmente, el resultado de un ictus que afecta al hemisferio dominante. El hemisferio izquierdo es dominante en, aproximadamente, el 95% de las personas diestras y el 70% de las personas zurdas. Se pueden manifestar muchas alteraciones distintas y la mayoría son parciales. Los trastornos de la comunicación afectan, tanto al habla (acto mecánico de articular el lenguaje a través de la palabra hablada) como al lenguaje (formulación oral o escrita de las ideas, para comunicar pensamientos y sentimientos). (Burke, 2009).

El lenguaje además comprende la comprensión auditiva y lectora. Estos trastornos incluyen:

- Afasia: incapacidad para utilizar o comprender el lenguaje; la afasia puede ser expresiva, receptiva o mixta (global).

- *Afasia expresiva*: problema motor del habla, caracterizado porque el individuo comprende lo que se dice, pero puede responder verbalmente sólo con frases cortas; se denomina también afasia de Broca.
- *Afasia receptiva*: problema sensorial del habla, por el cual el individuo no puede comprender la palabra hablada (y, a menudo, tampoco la escrita). El habla puede ser fluida, pero con un contenido inadecuado; también, se llama afasia de Wernicke.
- *Afasia mixta o global*: disfunción del lenguaje, tanto de la comprensión como de la expresión.
- *Disartria*: trastorno del control muscular del habla.

Déficits motores

El movimiento corporal es el resultado de la interacción compleja entre el cerebro, la médula espinal y los nervios periféricos. Las áreas motoras de la corteza cerebral, los núcleos basales y el cerebelo inician el movimiento voluntario, al enviar mensajes a la médula espinal, que a su vez los transmite a los nervios periféricos. Un ictus puede interrumpir el elemento del sistema nervioso central (SNC) de este sistema de relevos y producir efectos en el lado opuesto, desde un debilitamiento hasta una limitación grave de cualquier tipo de movimiento. Dependiendo de la región cerebral afectada, los ictus pueden causar debilidad, parálisis o espasticidad, o todo ello. Las deficiencias incluyen:

- Hemiplejía: parálisis de la mitad corporal izquierda o derecha
- Hemiparesia: debilidad en la mitad corporal izquierda o derecha.
- Flacidez: ausencia de tono muscular (hipotonía).
- Espasticidad: aumento del tono muscular (hipertonía), normalmente con cierto grado de debilidad. Los músculos flexores están, generalmente, más afectados en las extremidades superiores, y los músculos extensores en las extremidades inferiores. Cuando la vía corticoespinal está implicada, el brazo y la pierna afectados están, inicialmente, flácidos y luego, espásticos al cabo de 6 u 8 semanas. La espasticidad causa a menudo una postura corporal característica: aducción del hombro, pronación del antebrazo, flexión de los dedos de la mano y extensión de la cadera y las rodillas. A menudo se observa pie caído, rotación externa de la

pierna y edema postural en las extremidades afectadas. Los déficits motores pueden causar alteración de la movilidad y un mayor deterioro de la función corporal. Las complicaciones de la inmovilidad afectan a múltiples sistemas corporales e incluyen hipotensión ortostática, aumento de la formación de trombos, disminución del gasto cardíaco, alteración de la función respiratoria, osteoporosis, formación de cálculos renales, contracturas y formación de úlceras de decúbito.

Trastornos de la eliminación

Los trastornos de la eliminación urinaria y fecal son frecuentes. Un ictus puede causar la pérdida parcial de las sensaciones que desencadenan la eliminación urinaria, causando frecuencia, tenesmo vesical o incontinencia urinaria. El control de la micción puede alterarse como resultado de déficits cognitivos. Es frecuente que se produzcan cambios en la eliminación fecal, causados por una alteración en el nivel de la conciencia (NC), inmovilidad y deshidratación. (Burke, 2009)

10. ASISTENCIA INTERDISCIPLINARIA

El tipo de tratamiento que recibe un paciente con ictus depende de la fase de su enfermedad. En general, hay tres fases del tratamiento: prevención del ictus, cuidados agudos inmediatamente después del ictus, y rehabilitación después del ictus. ((s.f.), 2020).

El paciente con un ictus agudo puede recibir tratamiento médico o quirúrgico, o ambos. El objetivo de la fase de cuidados agudos es diagnosticar el tipo y la causa del ictus, mantener la circulación cerebral y controlar o prevenir otras deficiencias son reducir la lesión cerebral y maximizar la recuperación del paciente mediante:

- La identificación y reacción rápidas ante los signos de alerta del ictus
- La solicitud rápida de los servicios médicos de urgencia
- El transporte rápido y pre notificación al hospital

- Diagnóstico y tratamiento rápidos en el hospital

Diagnóstico

El diagnóstico comienza con una anamnesis completa y una exploración física rigurosa, especialmente una exploración neurológica exhaustiva. El momento del inicio de las manifestaciones del ictus es un aspecto crítico de la valoración. La escala de ictus de los National Institutes of Health (NIH) es una herramienta de evaluación clínica ampliamente utilizada para valorar los resultados neurológicos y el grado de recuperación. (Burke, 2009)

Este instrumento cuantifica el NC, la vista, la parálisis facial, las habilidades motoras, la ataxia, la sensibilidad, el lenguaje y la atención. Las pruebas de imagen sirven para identificar un aumento del riesgo de ictus, o para reconocer los cambios fisiopatológicos después de un ictus. La tomografía computarizada (TC) es la principal técnica de imagen para demostrar la presencia de una hemorragia, tumores, aneurisma, isquemia, edema y necrosis tisular. Una TC también puede demostrar un cambio en el contenido intracraneal y es eficaz para distinguir el tipo de ictus (p. ej., un ictus hemorrágico produce aumento de la densidad). Los infartos cerebrales suelen ser visibles con una TC, entre 6 y 8 horas después del ictus; una hemorragia se observa inmediatamente.

Otras pruebas de imagen que pueden utilizarse como diagnósticas incluyen el arteriograma cerebral, una ecografía de Doppler transcraneal, resonancia magnética (RM), angiografía por resonancia magnética (ARM), tomografía por emisión de positrones (PET) y tomografía computarizada por emisión de fotón único (SPECT) Se puede realizar una punción lumbar para analizar una muestra de Líquido Céfalo Raquídeo (LCR) si no hay riesgo de aumento de la presión intracraneal (API). (La extracción de LCR cuando la presión intracraneal es alta, puede producir hernia en el tronco encefálico.) Un ictus trombótico puede elevar la presión del LCR; después de un ictus hemorrágico se puede observar claramente sangre en el LCR. (Porth, 2005)

Prevención

Los antiplaquetarios se emplean a menudo para tratar a pacientes con un AIT o que hayan padecido anteriormente un ictus. Las plaquetas se concentran en las arterias de flujo elevado, donde se adhieren al endotelio lesionado por la aterosclerosis y obstruyen el vaso. Los fármacos empleados para evitar la formación de un coágulo y la oclusión vascular incluyen el ácido

acetilsalicílico, el clopidogrel, el dipiridamol y la ticlopidina. Una dosis baja de ácido acetilsalicílico diaria reduce la incidencia de un AIT y el riesgo de ictus, al interferir con la agregación plaquetaria. La ticlopidina es un inhibidor de la agregación plaquetaria y se ha demostrado que reduce el riesgo de ictus trombótico (Burke, 2009)

Ictus Agudo

Los medicamentos se emplean para tratar a pacientes durante la fase aguda de un ictus isquémico, y evitar otra trombosis, aumento del flujo sanguíneo y proteger las neuronas cerebrales. La clase de medicamento utilizado varía, según el tipo de ictus. A menudo se prescribe un tratamiento anticoagulante frente a un ictus isquémico. Los anticoagulantes más empleados son warfarina, heparina y enoxaparina. Los anticoagulantes nunca se administran a un paciente con ictus hemorrágico. Los anticoagulantes no disuelven un coágulo ya formado, sino que evitan su extensión y la formación de nuevos coágulos. Se puede administrar heparina sódica subcutáneamente o por infusión continua intravenosa (IV), o warfarina sódica por vía oral. La fibrinoterapia, que emplea un activador de plasminógeno tisular, como alteplasa del activador del plasminógeno tisular recombinante (rt-PA, tPA), y se administra a menudo simultáneamente con un anticoagulante, sirve para tratar el ictus trombótico. El fármaco transforma el plasminógeno en plasmina, que produce la fibrinólisis del coágulo. Para que sea eficaz, se debe administrar en el período de 3 horas desde el inicio de las manifestaciones, después de confirmar (con una TC) que el paciente ha sufrido un ictus isquémico. Los fármacos antitrombóticos que inhiben la fase plaquetaria de la formación del coágulo se han empleado como medida preventiva en pacientes con riesgo de ictus embólico o trombótico. Se han empleado tanto el ácido acetilsalicílico como el dipiridamol con este objetivo. Estos fármacos se emplean a menudo en combinación con otros durante el tratamiento agudo. Los fármacos antiplaquetarios están contraindicados en pacientes con ictus hemorrágicos.

Los corticoesteroides como prednisona o dexametasona se han empleado para tratar el edema cerebral, pero los resultados no son siempre positivos. Si el paciente tiene API, se pueden

administrar soluciones hiperosmolares (como manitol) o diuréticos (como furosemida). Se pueden prescribir anticonvulsivos como fenitoína y barbitúricos, si el API causa convulsiones. (Burke, 2009)

Tratamientos

Los tratamientos utilizados en caso de ictus incluyen la cirugía y la rehabilitación.

Cirugía: Se puede practicar una intervención quirúrgica para evitar la incidencia de un ictus, restaurar el flujo sanguíneo cuando se ha producido un ictus, o reparar una lesión o malformaciones vasculares. En los pacientes que han manifestado un AIT o tienen riesgo de padecer otro ictus, se puede realizar una endarterectomía en la bifurcación de la arteria carótida para extirpar la placa aterosclerótica.

La asistencia de enfermería durante el período postoperatorio inicial del paciente sometido a una endarterectomía carotídea se describe en el recuadro adjunto. Cuando no se puede acceder directamente a un vaso ocluido o estenótico se puede practicar una derivación extracraneal-intracraneal. Puede ser necesario realizar una derivación de las arterias carótida interna, cerebral media o vertebral. Las indicaciones para practicar una derivación son manifestaciones de isquemia causada por un AIT, o un ictus completo leve. La intervención restablece el flujo sanguíneo en la región cerebral afectada. Una angioplastia carotídea con endoprótesis vascular (stent) es una opción reciente para el tratamiento de la estenosis cerebral. Durante el procedimiento de angioplastia se introduce un catéter con globo por una arteria del brazo o la pierna del paciente. Mediante fluoroscopia se avanza el catéter hacia la zona de estenosis de la arteria carotídea y se introduce un pequeño filtro para atrapar los coágulos o restos de partículas sueltas. Luego se infla el globo para ensanchar la arteria y se introduce una endoprótesis permanente en la zona de la angioplastia (Palmieri, 2006).

Rehabilitación: Hay que emplear varios tipos de tratamiento de rehabilitación después de un ictus. A continuación, se indican los tipos y objetivos de los tratamientos empleados:

- La fisioterapia puede ayudar a evitar contracturas y mejorar la fuerza y coordinación musculares. Los profesionales de fisioterapia enseñan ejercicios al paciente para que pueda volver a caminar, sentarse, tumbarse y cambiar de movimiento.
- La ergoterapia proporciona métodos de ayuda y un plan para recuperar las habilidades motoras perdidas, que mejoran notablemente la calidad de vida después de un ictus. Estas habilidades incluyen comer, beber, bañarse, cocinar, leer, escribir y el uso del retrete.
- La logopedia permite al paciente volver a aprender el lenguaje y las habilidades de comunicación, así como mejorar la deglución. (Burke, 2009)

10.1 ASISTENCIA DE ENFERMERÍA

Aunque muchas personas que han padecido un ictus se recuperan totalmente, un número importante queda con discapacidades que afectan a su estado físico, emocional, interpersonal y familiar. La asistencia de enfermería necesaria es a menudo compleja y multidimensional, siendo preciso tener en cuenta la continuidad de la asistencia de pacientes en centros de cuidados agudos, de cuidados prolongados, de rehabilitación y en el hogar.

Los profesionales de enfermería que atienden a pacientes de ictus precisan conocimientos y competencias para satisfacer las necesidades del paciente, tanto en la fase aguda como de rehabilitación. El paciente puede manifestar diversas carencias: de movilidad, capacidad de autocuidado y de comunicarse, pérdida del concepto de sí mismo, y deterioro de las relaciones íntimas y con los demás. Una asistencia de enfermería integral e individualizada es esencial en todos los escenarios, y se basa en favorecer el logro de las máximas posibilidades y de una calidad de vida. La familia del paciente se enfrenta a muchos cambios. Una persona adulta joven o de mediana edad con un familiar que haya padecido un ictus se enfrenta a dificultades económicas y al aislamiento social. Un familiar de mediana edad puede ser el cuidador de su progenitor, con lo que se modifican los roles parentales. Una persona anciana puede ser incapaz de atender a su cónyuge y debe aceptar su ingreso en una residencia para ancianos. Además, el

anciano sin familia puede tener que luchar solo para recuperar su capacidad de funcionar independientemente.

Aunque no todos estos problemas se resuelven con soluciones de enfermería, el profesional de enfermería es quien, frecuentemente, valora e identifica las necesidades de cada persona y proporciona la información y las derivaciones a los pacientes y sus familias para ayudarles a satisfacer sus necesidades. Como un ictus puede causar muchos problemas sanitarios distintos, puede ser aplicable una amplia variedad de diagnósticos de enfermería. Es importante recordar que cada persona quedará afectada de manera diferente, dependiendo del grado de isquemia y de la región cerebral afectada. Los diagnósticos de enfermería que se explicaran continuación se centran en problemas con la perfusión tisular cerebral (específica de la asistencia de enfermería durante la fase aguda), la movilidad física, el autocuidado, la comunicación, los déficits sensorio perceptivos, la eliminación fecal y urinaria, y la deglución (específica de la prevención de complicaciones y la rehabilitación). (Burke, 2009)

Acciones de enfermería

- Primer paso es la Valoración y evaluación neurológica, y luego la diferenciación con hemorragia intracraneal es vital.
- La tomografía sin contraste es un método de elección. El laboratorio es para valorar niveles de glucemia, electrolitos, función hepática, renal, hematológica y gases en sangre.
- El electroencefalograma, la eco cardiografía, la punción lumbar, son métodos expectantes, según el tipo y desarrollo del ACV.

Valoración neurológica

- Requiere de la permanente observación, del monitoreo continuo de los signos vitales y neurológicos para el reconocimiento temprano el deterioro hemodinámico y neurológico.
- Cuando un paciente ingresa con un cuadro de sospecha de ACV en la guardia de una institución hay algunos aspectos muy importantes a desarrollar durante la recepción:
- Valoración de la vía aérea, respiración y circulación (ABC). La prioridad más importante en estos pacientes es asegurar una adecuada ventilación con la consecuente llegada de oxígeno a

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

- Reconocer el estado de conciencia, recordando los diferentes estadios de la misma: alerta, letargo, obnubilación, estupor, coma.
- Valorar la movilidad de los cuatro miembros.
- Control estricto de signos vitales: Frecuencia Cardíaca (por lo menos en un minuto), buscando reconocer arritmias cardíacas muchas veces responsables de los trastornos neurológicos. Tensión arterial (auscultatorio-palpatorio), la hipertensión es un signo común a varias injurias cerebrales, después de un ACV el estado hemodinámico es parte de la respuesta compensatoria. Respiración (tipos, frecuencia) se debe poner especial interés en valorar el patrón respiratorio y el estado de la vía aérea. Temperatura (axilar y/o mucosa) Se debe tener presente la triada de bradicardia, hipertensión sistólica y amplia presión de pulso, como signos de deterioro neurológico.
- Colocación de vía endovenosa periférica (seleccionar el miembro superior no afectado, iniciar la hidratación con Solución fisiológica de cloruro de sodio).
- Coordinarla actividad con los servicios de apoyo: Rayos y Laboratorio.
- Observar en forma continua al paciente en busca de clonas, episodios de desorientación, cambios en la coloración de la piel, signos vitales, relajación de esfínteres, registrar e informar. Registrar todos los datos del ingreso como así también todas las intervenciones realizadas.
- Conocer y Aplicar la escala de Glasgow. Valorando la respuesta motora, verbal y la apertura de los ojos, ante los estímulos externos.
- No quitar la ropa si no es necesario. Tener precauciones con las pertenencias de valor y las prótesis.
- Asegurar el correcto y seguro traslado el paciente a los servicios de apoyo.

- Controlar Signos vitales cada 30 minutos, cada hora, según la necesidad del paciente.
- Al evaluar la temperatura tener precauciones de NO controlarla en la axila del lado afectado.
- Siempre utilizar primero los medios físicos, registrar la evolución de la temperatura y la respuesta a las intervenciones.
- Reconocer los distintos tipos de ritmos respiratorios y monitoreo de la TA y del Pulso.
- Controlar el estado de conciencia y aplicar la escala de Glasgow. Se recomienda establecer el horario, la frecuencia, a los efectos de mantener un registro fidedigno durante las 24 horas.
- Conocer, registrar e informar el BALANCE HIDROELECTROLÍTICO. Es de suma importancia todo lo relacionado al cuidado de la vía endovenosa periférica, de la vía enteral si la tuviere, el control de ingresos en cantidad y calidad, teniendo en cuenta también las pérdidas insensibles.
- Es responsabilidad de la enfermera controlar la diuresis, según la evolución, en lo posible sin la necesidad de catéter.
- Propiciar un ambiente tranquilo: es de suma importancia este aspecto, de manera que no se estimule inapropiadamente al paciente, por lo que se visualizan como importantes algunos cuidados tales como:
 - Disminuir los estímulos sensoriales, sobre todo las alarmas de los aparatos y en especial durante el horario de descanso y sueño.
 - Hacer un uso adecuado de las luces, disminuir la iluminación general, usar las localizadas, permitir la entrada de iluminación natural.
 - Mantener al paciente orientado en forma permanente sobre todo con los horarios de día y de noche.
 - Agregar a su unidad elementos que sean de su vida habitual y respetar sus gustos,
 - ejemplo: radio, música, lectura, fotografías, reloj pulsera, etc.

- Flexibilizar el horario de visitas. Tener siempre presente que lo más importante y urgente es el paciente y su recuperación a una vida lo más parecida posible a la anterior al ACV.
- Acompañar la situación de crisis del paciente y la familia y reconocer cuándo brindar la ayuda convenientemente.
- Incorporar a la familia precozmente en el cuidado del paciente.
- Crear vínculos muy específicos y educativos con la familia.
- Mantener el contacto permanente y brindar el apoyo emocional. (Montano, 2007)

La importancia de la valoración temprana de los ACV en la comunidad científica

Se debe destacar, la importancia de la prevención en salud, que implica promover la misma, así como diagnosticar y tratar oportunamente a un enfermo, también rehabilitarlo y evitar complicaciones o secuelas, mediante sus niveles de intervención. Es un trabajo interdisciplinario entre los tres niveles de atención hospitalaria (primario: APS, secundario: Hospitales, terciario: Hospitales de alta Complejidad). (Walter, 2017)

La recuperación de la discapacidad en los pacientes que han sufrido un accidente cerebrovascular

Es de suma importancia destacar que durante el proceso de recuperación dentro de los servicios de Unidad de Terapia Intensiva, Guardia y Clínica Médica se evidencia el rol del personal de enfermería donde se destacan las acciones de rehabilitación y acompañamiento del paciente como con su entorno familiar.

Para el paciente es fundamental recibir orientaciones acerca de su enfermedad que puedan aportar beneficios, tales como un período más corto de ajuste o de recuperación. Es esencial que la enfermera actúe con el paciente y su familia en la mejora de la calidad de vida para ayudar, informar y educar sobre los efectos de la enfermedad y la discapacidad física en las actividades del día a día. La familia que participa de forma activa en la atención del enfermo, con informaciones claras acerca de la enfermedad y su evolución sabe cómo cuidar activamente en la rehabilitación del paciente.

La capacitación de los enfermeros para trabajar tempranamente con el paciente con accidente cerebrovascular y para orientar en sus principales dificultades, podría ayudar a reducir las re-hospitalizaciones causadas por discapacidad.

10.2 ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ACV

“La empatía es la capacidad de pensar y sentir la vida interior de otra persona como si fuera la propia” ‘Camina en sus zapatos’ Heinz Chut.

Se considera que en la Atención y Cuidados de Enfermería a paciente con enfermedad cerebro vascular gran parte de la responsabilidad y la posible mejora de los pacientes ingresados con estos accidentes recae sobre el personal de enfermería; no sólo a nivel bio-físico sino a nivel psico-social, ayudando al paciente a comprender su enfermedad y sus posibles futuras limitaciones, e implicando y educando a sus familiares en el proceso de la enfermedad.

El personal de enfermería se encarga de atender y cuidar a estos pacientes y desempeña una labor fundamental, en estrecha coordinación con el resto del equipo de salud (fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, médicos) Es trabajo y deber de la Enfermería intentar solventar en la medida de lo posible las limitaciones de estos pacientes y suplir la ayuda que necesita para la realización de sus actividades de la vida diaria, en el proceso de su enfermedad hasta que consigan la mayor independencia posible.

10.3 ROL DE ENFERMERÍA

Se destaca que la misma tiene una importante función de rehabilitación centrada en la educación del individuo y su familia ante la nueva situación. Además, constituye el nexo de unión entre los

diferentes miembros del equipo y trabaja en colaboración para cumplir sus metas de restaurar y mantener la salud física y social, con especial énfasis en el funcionamiento, independencia y calidad de vida para la persona con lesión cerebral y la de su familia. A esto se le suma la alta incidencia de mortalidad y morbilidad que genera, los costos tanto humanos como económicos, el envejecimiento poblacional, la importancia de los hábitos de vida y de la prevención de complicaciones y secuelas, así como las diferentes manifestaciones clínicas presentadas según la localización del ACV. (Montano, 2007)

Desde la enfermería se lleva a cabo un plan de cuidados individualizado de un paciente con esta enfermedad cuyo propósito es identificar el estado de salud del mismo y sus problemas de salud reales y potenciales para establecer planes que aborden las necesidades identificadas y aplicar intervenciones de enfermería específicas que cubran tales necesidades. El objetivo de los cuidados de enfermería es que la persona alcance su bienestar y mejoría; por ello es fundamental que se trabaje en colaboración con el individuo y la familia tanto en la valoración como en la identificación de las necesidades. De igual modo se quiere y se busca rehabilitar y reinsertar al paciente

Durante su hospitalización el paciente con ACV permanece bajo los cuidados de la enfermera, pero una vez en su domicilio también demandara cuidados especiales, es aquí, en el propio entorno del paciente, donde se considera fundamental dar solución a los problemas derivados del ACV, a través de la educación, ya que cambia por completo la vida tanto del paciente afectado como de su familia. Se considera que el paciente con ACV, en la mayoría de los casos, va a necesitar cuidados de larga duración, que implican todas aquellas actividades que se llevan a cabo con el propósito de que las personas dependientes puedan seguir disfrutando de la mayor calidad de vida posible. Así pues, ayudar a una persona a comer, a vestirse o a bañarse, serían todas ellas actividades que cabría conceptuar como cuidados de larga duración.

Conceptualmente, la principal característica de los cuidados de larga duración es que se desarrollan durante períodos de tiempo prolongados. Así por ejemplo cuando una persona sufre un acá que le ocasiona una pérdida de movilidad, lo más habitual es que durante el resto de su vida requiera de la ayuda de otras personas para realizar cierto número de actividades de la vida diaria

11. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

Tipo de estudio:

Se ha elegido para la investigación un tipo de estudio *CUANTITATIVO*, ya que el objetivo principal es medir y expresar en forma estadística las características asociadas de enfermería y el Accidente Cerebrovascular. Se investigará al personal de enfermería en la atención de pacientes que han sufrido un ACV, con sus características y conocimientos que abordan sobre esta población de pacientes.

De acuerdo al periodo y secuencia de la investigación, es de tipo *TRANSVERSAL*, el cual analiza datos de variables recopiladas en un periodo de tiempo, en este caso durante el mes de febrero a junio del 2022, sobre una población de muestra.

Según el análisis y alcance de los resultados, el estudio es de tipo *DESCRIPTIVO*, ya que se caracteriza un fenómeno como es la relación sobre el conocimiento de la enfermedad (ACV) y la incidencia de la misma dentro de la unidad (UTI, Guardia Médica y Clínica Médica)

Es una investigación explicativa, debido a que se determinará los orígenes o causas de un conjunto de fenómenos, en este caso enfermería y el ACV.

Tiempo de Estudio: Periodo de estudio desde febrero a junio del año 2022

Lugar de Estudio: Hospital Mi Pueblo. Florencio Varela

Población La constituye el personal de enfermería de ambos sexos que trabajan en el Hospital Mi Pueblo durante el periodo de febrero a junio del 2022

Universo y muestra

Universo: El personal de Enfermería: se compone de 370 agentes que trabajan dentro del Hospital Mi Pueblo de Florencio Varela

Muestra: La muestra estará conformada por el Personal de enfermería que se desempeña en la Unidad de Terapia Intensiva, Guardia Médica y Clínica Médica, se tomará un tamaño muestra dependiendo del turno (mañana, tarde y noche). Total, de la muestra: 67

Unidad de Terapia Intensiva:

- Turno mañana: 4
- Turno tarde:3

- Turno noche: 3

Guardia:

- Turno mañana: 9
- Turno tarde: 6
- Turno noche:10

Clínica Médica:

- Turno mañana:12
- Turno tarde: 8
- Turno noche:12

Unidad de Análisis: Cada uno de los enfermeros/as que se desempeñan dentro de la Unidad de Terapia Intensiva, Guardia y Clínica Médica, que participen en la investigación y que cumplan con el criterio de inclusión y exclusión establecido. Se estudiará a todo el personal de esas áreas de los diferentes turnos.

Criterio de inclusión: Todos los enfermeros que se desempeñan en la UTI, Guardia y Clínica Médica que desean participar en forma voluntaria.

Criterio de exclusión: Todos aquellos que no pertenezcan al servicio, personal de enfermería que no quiera participar del cuestionario, estudiante de enfermería, personal SADOFE.

Instrumento de Estudio: La técnica de recolección de datos que se utilizará en este proyecto de investigación será en base a un formato de cuestionario cerrado. Con el objetivo de recolectar información con preguntas concretas para así lograr el análisis que serán empleadas para descifrar los datos que sean recogidos

12. VARIABLES EN ESTUDIO

En este proyecto de investigación se utilizará variables cuantitativas. Es un tipo de variable discreta, debido a que la variable se modifica entre un valor a otro en forma paulatina, ejemplo; edades de los enfermeros/as que trabajan dentro de la unidad UTI, Guardia Médica y Clínica Médica categorización por género y nivel de estudio.

Variable	Dimensiones
Enfermería en UTI, Guardia Médica y Clínica Médica	<ul style="list-style-type: none"> • Edad del personal de enfermería de la UTI, Guardia Médica y Clínica Médica • Incidencia por género dentro de UTI, Guardia Médica y Clínica Médica. • Carga horaria del personal de enfermería • Antigüedad del personal de enfermería • Formación Máxima alcanzada por el personal de enfermería • Formación en UTI, Guardia, Médica y Clínica Médica
	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación en ACV
	<ul style="list-style-type: none"> • Incidencia de ACV en UTI, Guardia, y Clínica Médica
	<ul style="list-style-type: none"> • Rol de enfermería en

	ACV en UTI, Guardia Médica y Clínica Médica
--	---

Variable Dependiente: Pacientes de 45 a 60 años de edad que han tenido un accidente cerebrovascular.

Variable Independiente:

- Personal de Enfermería en Unidad de Terapia Intensiva, Guardia Médica y Clínica Médica.
- Personal de Enfermería capacitada para la atención de pacientes con ACV

13. RESULTADOS: GRÁFICOS

Tabla N°1

Personal de enfermería distribuida según servicio

Personal de Enfermería		
UTI	Clinica Médica	Guardia
10	32	25

Fuente: Elaboración Propia

Gráfico N.º 1

Análisis:

Se observa que el servicio de clínica médica es el que posee más personal de enfermería.

Tabla N.º 2

Género del personal de enfermería

Género	UTI	Guardia	Clinica Médica	Total
Femenino	7	20	28	55
Masculino	3	5	4	12
Total	10	25	32	67

Fuente: Elaboración Propia

Gráfico N.º 2

Análisis:

Se observa que el género más representativo es el femenino que posee 55 personal de enfermería femenino sobre 67 del total de los servicios.

Tabla N°3:

Estado civil del personal de enfermería

Estado civil			
	UTI	Guardia	Clinica Médica
Soltera/o	2	5	9
Casada/o	2	8	3
Unión convivencial	5	12	18
Viuda/o	1		2
Total de enfermeros/as			

Fuente: Elaboración Propia

Análisis:

Se visualiza que en los tres servicios (UTI, Guardia Médica y Clínica Médica) existe una mayor incidencia de unión convivencial.

Tabla N°4***Edad del personal de enfermería***

Edad	UTI	Guardia	Clinica Medica	Total
Entre 20-30 años	2	9	3	14
Entre 30-40 años	4	10	22	36
Entre 40-50 años	4	6	7	17
Entre 50-60 años				
Total de enfermeros/as	10	25	32	67

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico N°4***Análisis:***

Se observó que hay mayor incidencia de rango de edad entre los 30 a 40 años en el personal de enfermería en los tres servicios.

Tabla N° 5***Formación máxima alcanzada del personal de enfermería del hospital Mi Pueblo de Florencio Varela.***

Formación en Enfermería	Auxiliar	Enf. Profesional	Enf. Universitaria	Lic. en Enfermería
UTI			8	2
Guardia		2	23	

Clínica Médica	2	29		1
Total	2	31	31	3

Fuente: Elaboración Propia

Grafico N°5

Análisis:

Como se puede visualizar se observa que en los tres servicios prevalece la formación de enfermero/a terciarios y universitarios.

Tabla N°6

Antigüedad laboral del personal según servicio

Antigüedad laboral			
Años	UTI	Guardia	Clinica Médica
1 a 5 años	3	4	15
5 a 10 años	5	12	10
10 a 15 años	2	9	6
Más de 15 años			1

Fuente: Elaboración Propia

Gráfico N°6

Análisis:

Se puede observar que hay 27 agentes de enfermería en el rango de antigüedad de entre 5 y 10 años, seguido por 22 enfermeros/as entre 1 a 5 años y 17 entre 10 a 15 años de antigüedad.

Tabla N°7

Carga Horaria del personal de enfermería

	UTI	Guardia	Clinica Médica
Carga horaria	6 hs	8 hs	8 hs

Fuente: Elaboración Propia

Gráfico N°7**Análisis:**

Del total de enfermeros/as en Unidad de Terapia Intensiva cumplen una carga horaria de 6 horas al ser área cerrada, los demás servicios de Guardia Médica y Clínica Médica cumplen una carga horaria de 8 horas.

Tabla N°8**Personal de enfermería distribuidos según el turno**

Turno		
Servicio	Mañana	Tarde
UTI	4	3
Guardia	9	6
Clinica Médica	12	8
Total	25	17

Fuente: Elaboración Propia

Gráfico N°8

Análisis:

Se observa que hay más personal de enfermería en turno mañana y noche en el servicio de Clínica Médica, e igual cantidad de enfermeros/as en los turnos mañana y noche de los tres servicios.

Tabla N° 9**Capacitación del personal de enfermería sobre el Accidente Cerebrovascular**

Capacitación en ACV	UTI	Guardia	Clínica Médica
Si	3	5	22
No	7	20	10
Total	10	25	32

Fuente: Elaboración Propia

Grafico N°9Análisis:

Se observó que en el área de clínica médica se capacitó más personal que de las demás áreas, sobre la temática accidente cerebrovascular.

Tabla N°10

Organismo elegido por el profesional de enfermería para realizar la capacitación sobre ACV

Capacitación en ACV según organismo	UTI	Guardia	Clinica Médica
	Público	1	3
Privado	2	2	8
Total Enfermeros/as	3	5	22

Fuente: Elaboración Propia

Gráfico N°10

Análisis:

Se observó que 18 profesionales de enfermería recibieron la capacitación sobre ACV en el sector público, en cambio 12 en el sector privado.

Tabla N°11

Ingresos de pacientes con ACV discriminados por servicio.

Ingresos de pacientes con ACV	UTI	Guardia	Clinica Médica
	8	25	32

Fuente: Elaboración Propia

Gráfico N.º 10

Análisis:

Se puede apreciar que el servicio de Clínica Médica ha recibido mayor cantidad de pacientes con ACV, seguido por el servicio de Guardia.

Tabla N°12**Ingreso de pacientes con ACV discriminados según edad**

Ingreso de Pacientes con ACV			
Edad	Clínica Médica	Guardia	UTI
45 a 60 años	32	20	5
Mayor de 60 años	0	5	3

Fuente: Elaboración Propia

Gráfico N°12Análisis:

Se observa que ingresaron 57 pacientes con Accidente cerebrovascular en los tres servicios con rango de edad de 45 a 60 años.

Tabla N°13**Protocolo del Hospital**

Protocolo de Ingreso	UTI	Guardia	Clínica Médica	Total
Si	10	25	32	67
No				

Fuente: Elaboración Propia

Análisis:

Ante la consulta realizada al personal de enfermería de los distintos servicios sobre la existencia de Protocolos de ingresos de pacientes con ACV todos manifestaron que poseen protocolo.

Tabla N°14**Actividades específicas de enfermería en un paciente con ACV**

Enfermería en pacientes con ACV			
Servicio	Higiene y confort	Medicación	Control de SV
UTI	10	10	10
Guardia	25	25	25
Clinica Médica	32	32	32

Fuente: Elaboración Propia

Gráfico N°14*Análisis:*

En este gráfico se detalla las actividades específicas de enfermería en los tres servicios, en el cual realizan todas las actividades profesionales consultadas. Ningún servicio realiza tareas de rehabilitación.

.

Tabla N°15***Rol de Enfermería en pacientes con ACV***

Rol de Enfermería	UTI	Guardia	Clínica Médica
Muy importante para el tratamiento y mejora del paciente.	Si	Si	Si
Ayuda al paciente en la rehabilitación	Si	Si	Si

exitosa			
Acompañamiento del paciente y su entorno durante la recuperación	Si	Si	Si
Muy importante para el tratamiento psicológico y motor	Si	Si	Si

Fuente: Elaboración Propia

Análisis: En esta tabla se puede observar que en los servicios de UTI, Guardia y Clínica Médica, los 67 profesionales que se desempeñan en esa área confirmaron la importancia del rol de enfermería en pacientes con ACV.

14. CONCLUSIÓN

En la presente investigación se logró realizar los análisis pertinentes de las variables planteadas y así obtener los datos en relación al rol de enfermería en el Accidente Cerebrovascular. Se realizó el análisis de tablas y gráficos en base a los 67 enfermeros y enfermeras encuestados en los servicios de Unidad de Terapia Intensiva, Guardia Médica y Clínica Médica en el Hospital Mi Pueblo en Florencio Varela, en los meses de febrero a junio del año 2022.

Se pudieron analizar características personales, respecto al género del personal de enfermería, se determinó una mayor incidencia del personal femenino dentro de estos servicios. En cuanto a la edad se determinó que el rango más prevalente es de 30 a 40 años de edad dentro de los servicios de Unidad de Terapia Intensiva, Guardia Médica y Clínica Médica.

Se tuvo en cuenta los horarios laborales, se determinó que la carga horaria más representativa fue de 8 horas diarias en los servicios de Guardia y Clínica Médica, debido a que en Terapia es un área cerrada y cumple una carga horaria de 6 horas.

También se investigó sobre la antigüedad laboral del personal, en el cual se indicó una mayor incidencia en 5 a 10 años de antigüedad en los tres servicios, en el desempeño de los profesionales de enfermería en la atención de pacientes con ACV.

Se analizaron otras características del personal de enfermería como, formación máxima alcanzada, en el cual cuentan en Clínica Médica con 29 profesionales de enfermería y 8 en UTI y de Enfermeros/as Universitarios en Guardia con un total de 23 profesionales.

Con respecto a capacitación sobre ACV se concluyó que el personal discriminado por servicio indicó que Clínica Médica es el servicio que más se capacitó sobre el ACV. Esto es un dato importante porque influye en la salud y recuperación de los pacientes con ICTUS que ingresan en el hospital. La importancia de la capacitación continua en los profesionales de enfermería es fundamental a la hora del plan de acciones que se van a realizar hacia los pacientes.

Por último, se definió que el rol del personal de enfermería en los tres servicios tiene un protagonismo fundamental en la atención, tratamiento, acompañamiento del paciente y su entorno familiar, en el tratamiento psicológico y motor, además se puso de manifiesto que ningún servicio realiza rehabilitación.

Con este último dato se llega a la conclusión, que las recuperaciones de la enfermedad cerebral interactúan numerosos factores clínicos, sin embargo, según la búsqueda realizada, las intervenciones dirigidas por enfermeras destacan el impacto en la reducción del uso de servicios sanitarios, la mejora del conocimiento del riesgo de accidente cerebrovascular y las condiciones comórbidas, la reducción del riesgo, la mejora de la autoeficacia y la mejora en la calidad de vida. Además, los cuidados proporcionados por el personal de enfermería son eficaces en la rehabilitación de pacientes que han sufrido un accidente cerebrovascular, observándose cambios en la función cognitiva, motora y sobre

todo en el estado de ánimo. Los cuidados de enfermería durante la hospitalización del paciente con accidente cerebral mejoran significativamente su interacción en las actividades diarias y los síntomas depresivos característicos de sufrir esta enfermedad. El papel del profesional de enfermería es clave en la atención al paciente que ha sufrido un ictus. Primero deberá detectar la sintomatología clínica y activar el protocolo de tratamiento. Asimismo, será el encargado de la monitorización constante y de los cuidados del paciente tras el ingreso en la unidad especializada y de la aplicación del tratamiento farmacológico adecuado según las pautas del equipo médico.

El inicio de la rehabilitación debe comenzarse tan pronto como el paciente este estable clínicamente. Los resultados funcionales dependerán de este comienzo precoz, teniendo en cuenta por supuesto la tolerancia del paciente al esfuerzo. Además de llevar a cabo intervenciones con el paciente durante su hospitalización, el personal de enfermería proporciona apoyo a las familias, educación sanitaria y todos los recursos necesarios para llevar a cabo el cuidado del paciente en el domicilio.

15. PROPUESTA

Teniendo en cuenta que la producción de un Accidente cerebrovascular está relacionada con factores de riesgos en su mayoría modificables, sería conveniente concientizar a la población sobre la importancia de poseer conocimientos adecuados y poder realizar prevención, determinando las siguientes propuestas para el Departamento de Enfermería del Hospital Mi Pueblo:

- Informar y capacitar dentro del hospital a la población a través de charlas e información visual como folletos, sobre de que se trata la enfermedad, cuáles son sus consecuencias, cuáles son los factores de riesgos asociados a ella y su forma de prevención.
- Fomentar la realización frecuente de controles de salud, acercando la atención por medio de campañas dentro del hospital.
- Integrar a distintos profesionales y organizar charlas educativas sobre nutrición, hábitos alimentarios, ejercicios y tabaquismo.
- Capacitación continua sobre el accidente cerebrovascular dentro del hospital
- Capacitación al personal de enfermería en los servicios investigados sobre la importancia de la rehabilitación y acompañamiento clínico al paciente con un diagnóstico de ACV.

Anexo 1 Instrumento de recolección de datos**Cuestionario****Rol de Enfermería en pacientes con ACV en la Unidad de Terapia Intensiva, Guardia y Clínica Médica**

Este cuestionario es de carácter anónimo y será utilizado como parte de los requerimientos para realizar mi tesina de grado como estudiante de la carrera Licenciatura en Enfermería de la Universidad Nacional Arturo Jauretche (UNAJ) para la obtención del título de Licenciado/a en Enfermería. El propósito de este cuestionario es recoger información para generar conocimiento sobre: “¿Cuál es el rol de Enfermería en la atención de pacientes con Accidente Cerebrovascular en la Unidad de Terapia Intensiva, Guardia y Clínica Médica” Le solicito responda a continuación las preguntas para colaborar con el objetivo propuesto?

Nota de privacidad: Este cuestionario es anónimo. No se le solicitara ni nombre ni ningún otro dato que lo identifique.

Instrucciones: Lea las preguntas detenidamente.

Revisé todas las opciones y marque con una cruz la respuesta que considere adecuada.

Agradezco su participación.

1. Género:

Masculino

Femenino

Otro

2. Edad:

Entre 20-30 años

Entre 30-40 años

Entre 40-50 años

Entre 50-60 años

3. Estado Civil

Soltera

Casada

Unión de convivencia

Viuda

4. Máximo nivel educativo alcanzado

Primario

Secundario

Terciario

Universitario

5. Formación Máxima alcanzada en Enfermería

Auxiliar

Enfermero/a Profesional

Enfermero/a Universitario

Licenciado/a en Enfermería

6. ¿Hace cuánto tiempo se desempeña en UTI?

Entre 1 a 5 años

Entre 5 a 10 años

Entre 10 a 15 años

Más de 15 años

7. ¿Posee Capacitación en UTI?

Si

No

8. ¿En dónde recibió la Capacitación?

Público

Privado

9. ¿Posee capacitación en atención de pacientes con accidente cerebrovasculares?

Si

No

10. ¿De parte de que organismo recibió la capacitación?

Público

Privado

11. ¿Cuál es su carga horaria diaria en UTI?

De 6 hs

De 8 hs

De 12 hs

Más de 12 hs

12. Con respecto a los ACV, ¿ingresan en UTI pacientes entre 45 a 60 años de edad?

De 45 a 60 años

Mas de 60 años

13 ¿Cuáles son las actividades específicas de enfermería que realiza en un paciente con ACV?

- Higiene y confort
- Medicación
- Control de Signos Vitales
- Rehabilitación
- Todas las anteriores

14 ¿Existen protocolos para el ingreso y egreso de pacientes con ACV en UTI?

- Si
- No

15 ¿Cómo definiría el Rol de Enfermería en la atención de pacientes con ACV?

- Muy importante para el tratamiento y mejora del paciente
- Ayuda al paciente en la Rehabilitación exitosa
- Acompañamiento del paciente y su entorno durante la recuperación
- Muy importante en el tratamiento psicológico y motor del paciente
- Todas son correctas

Nota: El modelo presentado como instrumento de recolección de datos Anexo 1 fue el utilizado, se realizaron tres modelos con el mismo contenido para cada uno de los servicios, el que se exhibe es el que se utilizó en UTI

BIBLIOGRAFÍA

1. ADAMS D.Y RAYMOND V. (2008), "Principles of Neurology", (6ta Ed), Editorial Mac Graw Hill.
2. ALONSO N, ORTEGA M. y ALBERT M., (2009), Enfermedad Cerebrovascular de origen isquémico", Revista Médica chilena, Vol. 42 (2), Pag.23-35.
3. Burke, L. M. (2009). *Enfermería Medicoquirurgica volumen 2*
4. CABRERA S. (2009). "Urgencias en Medicina", (2da Ed), México, Editorial Aula Medica, pg 46-53.
5. EBRARY. (2010), Hipertension arterial en población adulta
<https://link.springer.com/article/10.1007/s11906-013-0327-6>
6. Federación Latinoamericana de Neurocirugía, (2012), "Factores Relevantes del Accidente Cerebro Vascular", Disponible en
7. Fernández Pardal MM, Bonardo P. Enfermedad Cerebrovascular Isquémica. In: Neurología 2a Edición. Panamericana; 2010:39
8. GALVIS V, (2012), "Guía de Atención de la Hipertensión Arterial", Folleto guía del Ministerio de Salud Pública, Vol. 38, (4), Pag.17-24
9. (s.f.), G. S. (2020).
https://solaci.org/_files/jornadas_bolivia/GarciaSerranoRaul-Cuidados-en-enfermeria-en-pacientes-con-ACV.pdf, G. S. (2020). *Cuidados de enfermería en pacientes con ACV*.
10. Montano, F. y. (2005). Manejo de enfermería en accidente cerebrovascular. *Enfermería Global*.
11. SCIELO. (2010), Accidente cerebro vascular algo más que una simple enfermedad;
http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802006000500016&lang=pt
12. SCIELO. (2011), Guías Latinoamericanas de Hipertensión Arterial

https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-85602010000100012&lang=pt

13. Porth, C. M. (2005). *Fisiopatología. Escuela de Enfermería.* .
14. Quevedo C. (2011), Actualización sobre el Accidente Cerebro Vascular, Revista Virtual (On Line), Disponible en <http://intramed.accidentecerebrovascular.com.ec.htm/>
15. Walter, I., Lucas, H., Carlos, V., & Rodolfo, P. (2017). Accidente Cerebrovascular. *Revista Argentina de Medicina*, 11.