



**UNIVERSIDAD NACIONAL  
"TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA"  
DE AMAZONAS**



**FACULTAD DE ENFERMERÍA**

**INFORME FINAL DE EXAMEN DE  
SUFICIENCIA PROFESIONAL**

**Cuidados de Enfermería a un Paciente  
con Infarto Cerebro Vascular**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

**BACHILLER : Bartra Bautista, Carla**

**JURADO**

**Presidente : Mg. Enf. León Montoya, Gladys Bernardita**

**Secretaria : Mg. Enf. Pineda Castillo, Zoila Roxana**

**Vocal : Lic. Enf. Damián Cubas, Teresita Ácida**

**Chachapoyas - Amazonas**

**2009**



UNIVERSIDAD NACIONAL  
TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA DE AMAZONAS



FACULTAD DE ENFERMERÍA

**INFORME FINAL DE EXAMEN DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

Cuidados de Enfermería a un Paciente  
con Infarto Cerebro Vascular.

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA

**BACHILLER** : Bartra Bautista, Carla.

**JURADO**      **Presidente** : Mg. Enf. León Montoya, Gladys Bernardita.

**Secretaria** : Mg. Enf. Pineda Castillo, Zoila Roxana.

**Vocal** : Lic. Enf. Damián Cubas. Teresita Ácida.

*Chachapoyas - Amazonas*  
**2009**

## DEDICATORIA

### **A mi familia:**

Que con mucho sacrificio y esfuerzo me han brindado toda la ayuda necesaria para llegar a ser una gran profesional.

### **A mi hijo:**

Por saber comprender en los momentos en los que tuve que estar lejos de él y no poder brindarle todo el cariño y amor que se merece.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a mi familia, amigos, compañeros y docentes de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas en especial a los de la Facultad de Enfermería, por haber brindado con su sólida formación humanística, científica y cultural todas las herramientas necesarias para desenvolvemos en los distintos campos de nuestra carrera.

Agradezco también a todo el personal de salud que labora en el Hospital Regional Virgen de Fátima, por haberme brindado el campo práctico para el desarrollo de este trabajo.

## AUTORIDADES

### COMISIÓN DE GOBIERNO

Blgo. GARAY MONTAÑEZ, Héctor Emilio  
**Presidente**

M.Sc. ALVIDES VELEIEZMORO, Lorenzo Melquíades  
**Vicepresidente Administrativo**

Ing. SÁNCHEZ MERINO, Federico Raúl

**Vicepresidente Académico.**

### RESPONSABLES DE FACULTADES

Lic. Enf. TEJADA MUÑOZ, Sonia  
**Coordinadora (e) de la Facultad de Enfermería**

Ing. BARRENA GURBILLÓN, Miguel Ángel  
**Coordinador (e) de la Facultad de Ingeniería Agroindustrial**

CPC & Lic. BUENDÍA FERNÁNDEZ, Juan Manuel  
**Coordinador (e) de la Facultad de Turismo y Administración**

Ms. ROJAS DE LA PUENTE, Edward Enrique  
**Coordinador (e) de La Facultad de Educación**

## PRESENTACIÓN

Al presentar éste informe, editado con la finalidad de obtener el *Título Profesional en Enfermería*, cuyo contenido está basado en la aplicación de las etapas del Proceso de Atención de Enfermería en la atención de un paciente con infarto cerebro vascular, hospitalizado en el Servicio de Medicina del Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas; con la presente trabajo hago llegar una información recopilada minuciosamente con el objetivo de brindar una atención de calidad donde el paciente y su entorno biopsicosocial se satisfagan y hagan una interacción mutua entre enfermero – paciente.

La Enfermería concebida como Ciencia y Arte, enfocado desde una perspectiva asistencial como desde una vertiente pedagógica y holística que toma en consideración todas las dimensiones del individuo cuya labor no sólo está orientada hacia la atención del individuo enfermo el cual requiere la ejecución de actividades concretas para el alivio de sus padecimientos y la recuperación de su salud, si no también hacia el individuo sano y su entorno, detectando los posibles factores de riesgo y brindando la información más oportuna para evitar los peligros que pueden amenazar la salud del individuo, familia y la comunidad.

**Bach. Enf. Bartra Bautista, Carla**

## INDICE

DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
AUTORIDADES	
PRESENTACIÓN	
I. INTRODUCCIÓN	
II. MARCO TEÓRICO	
2.1.1. DEFINICION .....	2
2.1.2. FORMAS CLINICAS .....	2
2.1.3. ETIOLOGÍA .....	4
2.1.4. EPIDEMIOLOGÍA .....	6
2.1.5. INCIDENCIA .....	7
2.1.6. FISIOPATOLOGÍA .....	8
2.1.7. MANIFESTACIONES CLÍNICAS .....	10
2.1.8. EXÁMENES DE APOYO AL DIAGNÓSTICO.....	14
2.1.9. DIAGNÓSTICO ENFERMERO .....	17
2.1.10. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL .....	26
2.1.11. TRATAMIENTO .....	26
2.1.12. COMPLICACIONES .....	31
2.1.13. PRONÓSTICO .....	32

III.	PROCESO ENFERMERO	
3.1.	VALORACIÓN.....	33
3.1.1.	DATOS DE IDENTIFICACIÓN.....	33
3.1.2.	SITUACIÓN PROBLEMA.....	33
3.1.3.	EXÁMEN FÍSICO.....	34
3.1.4.	VALORACIÓN DE LOS PATRONES FUNCIONALES DE SALUD.....	38
3.1.5.	ANTECEDENTES PERSONALES.....	40
3.1.6.	TRATAMIENTO E INDICACIONES.....	41
3.1.7.	EXÁMENES AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO.....	41
3.1.8.	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS.....	42
3.2.	DIAGNÓSTICO .....	47
3.3.	PLANIFICACIÓN .....	49
3.4.	EJECUCIÓN .....	64
3.5.	EVALUACIÓN .....	66
IV.	DISCUSIÓN.....	67
V.	CONCLUSIÓN.....	68
VI.	RECOMENDACIÓN.....	69
VII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	70

## VIII. ANEXOS

A. TARJETAS FARMACOLOGICAS.....	72
B. REGIMEN DE DIETA BLANDA HIPOSÓDICA.....	77
C. ESCALA DE COMA DE GLASGOW.....	78
D. PANEL FOTOGRAFICO.....	79
E. PLANES DE SESIÓN EDUCATIVA.....	86
F. INFORME DE SESIONES EDUCATIVAS.....	91

## I. INTRODUCCIÓN

De acuerdo a los últimos estudios realizados los accidentes vasculares encefálico constituyen la tercera causa de muerte tras las cardiopatías y el cáncer y la primera causa de incapacidad permanente, afectan a un 28% de la población. Para ayudar a reducir la mortalidad y discapacidad, es muy importante un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.

La mayoría de los accidentes vasculares encefálico son isquémicos, dentro de los factores pre disponentes de estos se encuentran los no modificables y los modificables, siendo uno de los más importantes la aterosclerosis. Por esto se hace necesario informar, promover, y estimular a la población para reducir los factores de riesgo modificables.

Esta enfermedad produce un cambio permanente y completo en el individuo. Estos pacientes requieren importantes cuidados debido a sus múltiples complicaciones, de tipo preventivo, asistencial y de rehabilitación. Es importante mencionar que el proceso de atención de enfermería prolongado en este caso, requiere el esfuerzo del paciente y sus cuidadores, así como también motivación y conocimientos. Partiendo desde esta descripción, es importante manifestar la relación entre el trabajo médico y el de enfermería, el cual está claramente diferenciado entre sí de acuerdo a sus objetivos y a su vez íntimamente relacionado.

Los profesionales de enfermería además de cumplir con las indicaciones médicas deben centrar su trabajo en la valoración de las manifestaciones que produce dicha experiencia en el ser humano.

Como método de trabajo hemos empleado el proceso cuidado enfermería el cual tiene como base plantear objetivos de acuerdo a las necesidades encontradas en el paciente para luego desarrollar las acciones de enfermería.

## II. MARCO TEÓRICO

### ✓ INFARTO CEREBRO VASCULAR

#### 2.1.1. DEFINICIÓN:

Según la O.M.S. la enfermedad cerebro vascular es el desarrollo rápido de signos clínicos de disturbios de la función cerebral o global, con síntomas que persisten 24 horas o más, o que llevan a la muerte con ninguna otra causa evidente que el origen vascular.

Esto si bien incluye la hemorragia subaracnoidea, excluye los accidentes isquémicos transitorios, los hematomas subdurales y los infartos isquémicos de otra etiología (embolias sépticas o neoplásicas).

Todo eso sin duda va a influir en un sub-registro de esta patología en los estudios epidemiológicos que consideren esta definición de ACV.

#### 2.1.2. FORMAS CLÍNICAS

- **Accidente Cerebral Vascular Isquémico:** Resulta cuando un embolo obstruye una arteria cerebral impidiendo el paso de la sangre al cerebro. Estos a su vez se dividen en 2 tipos:
  - a) **Embòlico:** Causado cuando un coagulo sanguíneo desalojado que ha viajado a través de los vasos sanguíneos hasta que se encaja en una arteria.
  - b) **Trombòtico:** Causado cuando una arteria del cerebro esta bloqueada por un coagulo sanguíneo formado como resultado de la aterosclerosis o endurecimiento de las arterias.
- **Accidente Cerebral Hemorrágico:** Aparece cuando se rompe bruscamente un vaso cerebral con lo que la sangre penetra el tejido cerebral, constituye el 15 % de los ACV y se clasifican en:

- a) **Hemorragia Extradural:** También llamada hemorragia epidural, ya que la sangre sale por fuera de la duramadre, es una urgencia neuroquirúrgica que obliga a medidas inmediatas de corrección.
  
  - b) **Hemorragia Subdural:** Es básicamente igual a la epidural excepto que en el hematoma subdural por lo común se rompe una vena de unión, por lo que es necesario mayor cantidad de tiempo para la formación del hematoma y que este a su vez ejerza presión en el encéfalo, por ende hay un periodo más largo de lucidez. La salida de sangre ocurre por debajo de la duramadre.
  
  - c) **Hemorragia Subaracnoidea:** Es la salida de sangre al espacio subaracnoideo, puede ser por consecuencia traumática o hipertensión, siendo las causas más comunes la rotura de un aneurisma o malformaciones arteriovenosas congénitas del encéfalo.
  
  - d) **Hemorragias Intracerebrales:** La salida de sangre ocurre al parénquima encefálico, es frecuente en personas con HTA y aterosclerosis cerebral, ya que los cambios degenerativos que resultan de ella rompen el vaso.
- **TIA (Accidente De Infarto Transitorio):** Son crisis temporales de disfunción neurológica que suelen manifestarse por pérdida repentina de las funciones motoras, sensorial o visual durante segundos a minutos, pero no más de 24 horas. Entre uno y otro ataque el enfermo suele restablecerse del todo. El TIA puede ser señal que indica la inminencia de un ACV, su causa es la disminución temporal del flujo sanguíneo a una región específica del cerebro por diversas razones como aterosclerosis de vasos cerebrales, trombosis, isquemia o por disritmias cardíacas u otros factores.

### 2.1.3. ETIOLOGÍA

- **Modificables:**

- **Hipertensión:** Provoca que el tejido elástico de las arterias se convierta en tejido fibroso por lo que disminuye la distensibilidad y esto hace que la resistencia al flujo se vea aumentada. Infarto, trombo mural, fibrilación auricular, insuficiencia cardíaca, enfermedad valvular reumática, válvulas protésicas. La muerte cardiovascular es la causa principal de deceso en los sobrevivientes de ACV, hecho que enfatiza la necesidad de una evaluación cardíaca sistemática en todos los pacientes con patología cerebrovascular, tengan o no síntomas de cardiopatía.
- **Diabetes Mellitus.** La diabetes es otra enfermedad que aumenta el riesgo de una persona de sufrir un accidente cerebrovascular. Se cree que los cambios metabólicos de la glucosa y de las grasas afectan a los procesos ateroscleróticos. Las personas con diabetes tienen tres veces el riesgo de un accidente cerebrovascular de las personas sin diabetes. El riesgo relativo de accidente cerebrovascular de la diabetes alcanza el punto más elevado en los cincuenta y sesenta años de edad y disminuye después de los sesenta años.
- **Fibrinógeno:** Las concentraciones plasmáticas de fibrinógeno son un factor de riesgo para ACV. las mismas se ven afectadas por el alcohol, el cigarrillo, el sobrepeso, el sedentarismo y algunos factores psicosociales.
- **Patologías Cardiovasculares:** Están predispuestos en mayor grado por que la embolia cerebral puede originarse en algún trastorno cardiaco como cardiopatía reumática, disritmias, insuficiencia congestiva cardíaca, hipertrofia ventricular izquierda y particularmente fibrilación vascular.
- **Anticonceptivos Orales:** el uso de anticonceptivos orales especialmente aquellos que tienen concentraciones relativamente altas de estrógenos. se han relacionado con la presencia de ACV tanto isquémica como hemorrágica.

- **Tabaco:** La nicotina origina contracción venosa y espasmos arteriales, reduciendo la circulación arterial. El CO<sub>2</sub> inhalado al fumar disminuye el oxígeno transportado a los tejidos.
- **Hiperlipidemia:** El colesterol y los triglicéridos contribuyen a la formación de placas ateroscleróticas en los vasos sanguíneos.
- **Obesidad:** El exceso de grasa compromete vasos sanguíneos, siendo factor de riesgo para la aterosclerosis y consiguiente oclusión arterial.
- **Alcohol:** El consumo moderado (hasta 45 g/día) tiene un efecto protector sobre la circulación cardíaca y cerebral, pero el exceso produce un efecto inverso a través de fenómenos tales como hemoconcentración, aumento de la viscosidad sanguínea, arritmias cardíacas durante la intoxicación aguda, trombocitosis durante la abstinencia y anomalías de las funciones plaquetarias.
- **Inactividad Física:** Priva de los beneficios que brinda la actividad que produce la contracción y relajación muscular, ya que ayudan a una buena circulación sanguínea.
- **Estrés Emocional:** Estimula el sistema nervioso simpático y causa vasoconstricción periférica, también aumenta el nivel de colesterol y plaquetas, disminuye el tiempo de coagulación y favorece la HTA mantenida.
- **Infecciones:** Recientes infecciones virales y bacterianas pueden actuar con otros factores de riesgo añadiendo un pequeño riesgo de accidente cerebrovascular. El sistema inmunológico responde a la infección aumentando la respuesta inmunológica, aumenta el número de factores de coagulación en la sangre, lo que conduce a un riesgo mayor de accidente cerebro-vascular embólico-isquémico.

- **No Modificables:**

- **Edad:** Es el más importante. Se sabe que la incidencia de ACV se duplica cada década después de los 55 años de edad.
- **Raza:** Hay mayor frecuencia de enfermedad oclusiva extracraneal en la raza blanca y la preferencia de lesiones ubicadas en la carótida supraclinoidea y en la arteria cerebral media en la raza negra.
- **Genética:** Es menos importante, aunque está presente.
- **Sexo:** Es un 30% más frecuente en el hombre que en la mujer.
- **ACV Previo:** El riesgo de repetir un ACV es mayor que en aquellas personas que no lo han padecido.
- **Costumbres:** los malos hábitos alimenticios como el consumo en exceso de grasas o de alcohol y cigarrillo incrementa el riesgo de sufrir un ACV.

#### 2.1.4. EPIDEMIOLOGÍA

La ACV, para algunos centros hospitalarios constituye la tercera causa de muerte, y uno de los más importantes motivos de consulta, la ACV es la causa del 10% a 12 % de las muertes en los países industrializados, la mayoría 80% en personas mayores de 65 años. Durante los últimos años este porcentaje tiene una tendencia a disminuir, al parecer por la modificación de los factores de riesgo, los cuales de alguna manera podrían influir en la historia natural de la enfermedad.

La incidencia de la enfermedad aumenta de manera exponencial conforme aumenta la edad, comprometiendo a 3 por cada 10.000 personas entre la tercera y cuarta década de vida, hasta 300 de cada 1.000 personas entre la octava y la novena década de la vida. El riesgo de ACV es mayor en hombres que en mujeres, aunque la posibilidad de muerte en estas es de 16% y el 8% para aquellos.

Esta diferencia se debe a la presentación de la ACV más tardía en la mujer y, a una mayor expectativa de vida en ella.

La fatalidad de la presentación de los ACV dependen de varios factores entre ellos los que sobresalen es la edad y, la condición de salud previa.

#### **2.1.5. INCIDENCIA**

- Los ACV constituyen una de las causas más importantes de morbimortalidad en el mundo (6 % de todas las hospitalizaciones en adultos y 50 % de las neurológicas que se hospitalizan).
- Además implican un gran número de días de hospitalización, con el consiguiente gasto económico, el que estará dado no sólo por el manejo agudo, sino también por el proceso de neurorehabilitación.

##### **ACV isquémicos 70 - 80 %**

- **Embólicos** 30-40 %
- **Aterotrombóticos** 10-20 %
- **Lacunares** 10-20 %
- **Causa no determinada** 30 %

##### **ACV hemorrágicos 20 – 30**

### 2.1.6. FISIOPATOLOGÍA

La oclusión repentina de un vaso intracraneal reduce la corriente sanguínea en la región encefálica que el vaso irriga. Las consecuencias del riego reducido dependen de la circulación colateral, que a su vez está sujeta a la anatomía vascular de cada persona y al sitio de la oclusión.

La ausencia completa de circulación cerebral origina la muerte del tejido encefálico en un lapso de 4 a 10 min; cuando es  $<16$  a  $18$  ml/100 g de tejido por minuto se produce un infarto en unos 60 min y si la corriente es menor de 20 ml/100 g de tejido por minuto aparece isquemia sin infarto, a menos que se prolongue durante varias horas o días. Si la corriente sanguínea se reanuda antes de que haya muerto un gran número de células, el individuo experimenta únicamente síntomas transitorios, como es el caso del TIA. El tejido que rodea al centro del infarto sufre de isquemia, pero su disfunción es reversible y por ello se le conoce como zona de penumbra isquémica. Si no se producen cambios en la irrigación, finalmente la penumbra isquémica culminará en un infarto y por este motivo el objetivo de la terapia con trombolíticos y de los métodos terapéuticos que se están investigando es salvar la penumbra isquémica.

Las células mueren a través de dos rutas: 1) la ruta necrótica, en la que la degradación del citoesqueleto celular es rápida, principalmente al faltar sustratos energéticos a la célula y 2) la ruta de la apoptosis, en que la célula está "programada" para morir. La isquemia produce necrosis al privar a las neuronas de glucosa, que a su vez impide la producción de trifosfato de adenosina (ATP) en las mitocondrias. Sin este compuesto fosfatado, las bombas iónicas de la membrana dejan de funcionar y las neuronas se despolarizan, con lo que aumenta la concentración intracelular de calcio. La despolarización también provoca la liberación de glutamato en las terminaciones sinápticas y el exceso de esta sustancia fuera de la célula es neurotóxico puesto que anula la actividad de los receptores postsinápticos de glutamato, lo que aumenta la penetración de calcio a la neurona. La degradación de lípidos de la membrana y la disfunción mitocondrial originan radicales libres, que provocan la destrucción catalítica de las membranas y probablemente dañan otras funciones vitales de las células. La isquemia moderada, como la que se observa en la zona de penumbra isquémica, favorece la muerte por apoptosis, donde las células se destruyen días o semanas después. No existen estrategias comprobadas en la clínica para modificar estas secuencias isquémicas pese a los estudios clínicos extensos. Sin embargo, se sabe que la fiebre acentúa de manera dramática la isquemia, al igual que la hiperglucemia [glucosa  $>11.1$  a  $16.7$  mmol/L (200 a 300 mg/100 ml)], lo que justifica suprimir la hipertermia y evitar la hiperglucemia en la medida de lo posible. Constantemente se están investigando la hipotermia y otras estrategias neuroprotectoras.



## MANIFESTACIONES CLÍNICAS

### ✓ Reflejos y Sensibilidad:

- \* **Reflejo rotuliano:** Se realizara semiflexando la extremidad, colocando la mano en el área poplítea y dando un golpe bajo la rotula.(Se espera la elevación de la pierna)
- \* **Reflejo de Babinski:** Pasando el dedo o una punta roma por el área externa de la planta del pie de abajo hacia arriba (Se espera la flexión de los dedos del pie).
- \* **Sensibilidad:** Se le solicita al paciente que cierre los párpados e identifique la sensación y las zonas donde esta sintiendo el estímulo. (Pasando Una punta roma por la palma de las manos, planta de los pies, áreas de la cara, ya sea con un algodón húmedo o seco).
- \* **Pulmonar:** Frecuencia y patrón respiratorio; ruidos pulmonares; oxigenación y perfusión.
- \* **Cardiovascular:** Valorar la labilidad del ritmo cardiaco y presión arterial. Presión del pulso estrecha, ruidos carotideos, pulsos y llene capilar.
- \* **Digestiva:** Membranas mucosas, capacidad de masticar y tragar (secreciones propias), continencia intestinal.
- \* **Genitourinaria:** Diuresis mayor de 30 ml/hr. Continencia vesical.
- \* **Piel:** Turgencia, temperatura, color e integridad de la piel; riesgo de lesiones por decúbito.

✓ **Motoras:**

- **Hemiparesia:** Debilidad de la cara, brazos y piernas del mismo lado (debido a la lesión del hemisferio opuesto).
- **Hemiplejia:** Parálisis de la cara, brazos y piernas del mismo lado (debido a la lesión del hemisferio opuesto), por oclusión de la arteria carotídea anterior.
- **Apraxias:** es la incapacidad para llevar a cabo actos motores ante una orden verbal o imitación en un paciente con una adecuada comprensión y sin déficits motores o sensitivos primarios que interfieran con el desarrollo del movimiento.
  - \* **Apraxias ideomotora:** Incapacidad para llevar a cabo actos motores ante una orden verbal, aparece con lesiones en áreas frontales y parietales izquierdas.
  - \* **Apraxias ideatoria:** Incapacidad para llevar a cabo una secuencia ordenada de actos motores, generalmente es vista en enfermedades cerebrales bilaterales.
  - \* **Apraxias constructivas:** es la incapacidad para dibujar o construir figuras o formas. Aparece con lesiones hemisféricas derechas.
  - \* **Apraxia del vestido:** incapacidad de paciente para vestirse de forma correcta cuando se le entregan las distintas piezas del vestuario. se ve mas frecuentemente el lesiones parietooccipitales derechas o bilaterales.
  - \* **Apraxia de la marcha:** el paciente en posición bípeda no es capaz de iniciar la deambulación por haber perdido los patrones motores aprendidos para caminar. sin embargo en de cubito puede realizar la dinámica de la deambulación. Se da en lesiones frontales bilaterales.
  - \* **Apraxia buco-linguo-facial:** es la incapacidad para abrir o cerrar los ojos cuando se lo indica el examinador, aunque lo puede hacer de forma espontanea.

- **Ataxia:** trastorno de la coordinación que, sin debilidad motora y en ausencia de apraxia, altera la dirección de amplitud del movimiento voluntario.
  - \* **Ataxia sensitiva:** Se produce como consecuencia de trastornos que afectan a la vía propioceptiva consciente a nivel del nervio periférico, raíces posteriores, cordones posteriores o lemnisco medial en el tronco encefálico.
  - \* **Ataxia cerebelosa:** Puede afectar a la bipedestación; marcha y miembros y, a diferencia de la ataxia sensitiva, persiste aun con ayuda visual y no se agrava tan intensamente con el cierre de los ojos.
  
- **Disartria:** Es un trastorno específico de la articulación del lenguaje (área de Broca) en el que las bases del mismo (gramática, comprensión y elección de las palabras) están intactas que corresponden al área de Wernicke.
  
- **Disfagia:** Dificultad para deglutir, ya que se ve alterada la motilidad Muscular.

✓ **Sensoriales:**

- **Parestesia:** Entumecimiento y hormigueo de las partes corporales, dificultad con la propiosección.
  
- **Deficiencia del Campo visual:**
  - **Hemianopsia Homónima:** Pérdida de la mitad de un campo visual, esto lleva a inconsciencia de personas y objetos del lado de la pérdida visual, descuido de un lado del cuerpo, dificultad para juzgar distancias.
  
  - **Pérdida de Visión periférica:** Dificultad para ver en la noche, inconsciencia de objetos o bordes de los objetos.

➤ **Diplopía:** Visión doble.

✓ **Deficiencias Verbales:**

- **Afasia expresiva:** Incapacidad para formar palabras que sean comprensibles.
- **Afasia Receptiva:** Incapaz de comprender la palabra hablada.
- **Afasia Global:** Combinación de afasia receptiva y expresiva.

✓ **Deficiencias Cognoscitivas:** Pérdida de la memoria de corto y largo plazo, tiempo de atención disminuido, alteración de la capacidad para concentrarse, razonamiento abstracto deficiente, juicio alterado.

✓ **Deficiencias Emocionales:** Pérdida del control de sí mismo, inestabilidad emocional, disminución de la tolerancia a situaciones de estrés, depresión, introversión, temor, hostilidad y enojo, sentimientos de aislamiento.

✓ **Manifestaciones Clínicas del TIA:**

- **Amaurosis Fugaz:** Ceguera repentina y breve que surge sin signos prodromáticos, en la cual hay ceguera repentina e indolora de un ojo u oscurecimiento del campo visual.

Si la isquemia se manifiesta en el sistema arterial vertebro basilar, pueden aparecer: vértigo, diplopía, disminución del nivel de conciencia o diversos signos de perturbación motora y sensorial.

### 2.1.7. EXÁMENES DE APOYO AL DIAGNÓSTICO

La prueba diagnóstica inicial en cualquiera de los tipos de infarto cerebral es la TC craneal, para establecer el diagnóstico de ictus isquémico hemorrágico, así como para descartar etiologías que pueden cursar como un proceso vascular (tumores, sangrados, metástasis, etc.) e informa sobre la extensión de la lesión isquémica. Durante las primeras 24 – 72 horas pueden no observarse lesiones isquémicas, aunque es posible detectar signos indirectos como asimetrías de surcos corticales por edema, desplazamiento de estructuras o aumento de densidad de la arteria cerebral media en su trayecto basal. Es de escasa utilidad para la visualización de infartos vertebrobasilares debido a los artefactos óseos que genera la fosa posterior.

La TC supera a la resonancia magnética en la detección de sangrados, aunque esta es más sensible para la visualización de lesiones de fosa posterior (procedimiento de elección). En los infartos lacunares la prueba inicial de elección en la fase aguda es igualmente el TC craneal (para el diagnóstico diferencial isquémico-hemorrágico), pero para su estudio posterior es necesario realizar una RMN craneal, ya que el TC no detecta los infartos menores de 5 mm y los situados en fosa posterior.

- ✓ **Tomografía Cerebral Computarizada (TAC):** Es el examen mas importante para el diagnostico de ACV. un TAC simple es suficiente y ayuda además a diferenciar entre hemorragia e infarto cerebral, pues en el caso de la hemorragia aparece inmediatamente un aumento de la densidad del tejido nervioso en el sitio de la lesión. Debe tenerse en cuenta que la imagen de hipodensidad característica del infarto cerebral no aparece hasta después de las 24 a 48 horas, en algunos casos, pero lo que interesa es descartar que la ACV no sea hemorrágica, y esto se puede hacer por medio del TAC.

La resonancia magnética RM no es necesaria, a no ser que se sospeche de un ACV del tallo cerebral, lo cual por los signos y síntomas se pueden hacerse fácilmente. Para el diagnostico de ACV de tallo cerebral es indispensable la RM.

- ✓ **Electrocardiograma (ECG):** Sirva para descubrir cambios importantes en el ritmo cardiaco, que pueden ayudar a evaluar el diagnostico de la ACV, como por

ejemplo una fibrilación auricular, además permite establecer la hipertrofia ventricular izquierda, y la presencia de infartos del miocardio silenciosos.

- ✓ **Radiografía X de Tórax:** Son útiles para evaluar la silueta cardiaca, lesiones pulmonares y otras alteraciones, como por ejemplo lesiones en la aorta.
- ✓ **Estudios Hematológicos:** Los estudios hematológicos como el hemograma completo y la eritrosedimentación, recuento de plaquetas, tiempo de protrombina (TP) y tiempo parcial de tromboplastina (TPT), son útiles cuando hay que anticoagular al paciente. Por su parte el VDRL permite aclarar posibles etiologías del ACV (Neurosifilis, Síndrome Antifosfolípido).
- ✓ **Química Sanguínea:** Incluye la determinación de electrolíticos séricos, glicemia, pruebas hepáticas y renales (BUN y creatinina) y el perfil lipídico. En los pacientes jóvenes se recomienda descartar cuagulopatías, por eso es necesario la dosificación de proteínas S y C, antitrombina III, anticoagulante lupico, ANAs, anticuerpos anticardiolipina y anticitoplasmáticos (ANCAs) para el estudio de vasculitis. Según la sospecha clínica, como en el caso de anemias falciformes, se debe solicitar una prueba de ciclaje y electroforesis de hemoglobina, ELISA para VIH y estudios de tóxicos (cocaínas y anfetaminas), dosificación de aminoácidos (homosisteina) y lactato en casos sospechosos de enfermedades mitocondriales (MELAS).
- ✓ **Gases Arteriales:** Los gases arteriales son importantes cuando se sospecha de hipoxia o anoxia cerebral por hipoventilación.
- ✓ **Punción Lumbar:** La punción lumbar no debe hacerse como procedimiento diagnóstico de urgencia en la ACV, pues tiene el riesgo de agravar el estado de conciencia del paciente, al descompensar un edema cerebral o hematomas intracraneanos. además no presta ayuda diagnóstica, pues el líquido cefalorraquídeo puede ser hemorrágico en un infarto cerebral isquémico. solamente se realizara la punción lumbar cuando el TAC del cráneo previo sea lumbar y se sospeche otra causa de irritación meníngea (meningitis aguda o crónica).

- ✓ **Angiograma Cerebral:** la angiograma cerebral por sustracción digital, se debe realizar solamente por casos seleccionados en que se sospeche AIT localizados en el cuello, en territorio carotideo, este procedimiento se realiza siempre con un estudio previo de triplex carotideo y vertebral que sean sugestivos de dicha patología (estenosis vascular mayor del 70%) y que sean candidatos a una endarterectomia carodidea. también esta indicada en el estudio de malformaciones arteriovenosas. este método es mas sensible que la angiografía convencional para detectar alteraciones cardiovasculares.
  
- ✓ **Angiograma por RM:** La angiograma por RM esta indicada en casos de placa de ateroma en las carótidas, las cuales tienen un alto riesgo de embolización cuando se practica la angiografía convencional.
  
- ✓ **Triplex Carotideo:** El triplex carotideo se pide en casos de sospecha de embolia, cuyas fuentes de origen sean los vasos del cuello (enfermedad carotidea, embolia, trombosis o disección).
  
- ✓ **Doplex Transcraneal:** El doplex transcraneal es de valor en el estudio de la circulación intracraneana, ayuda a medir la velocidad del flujo sanguíneo cerebral (FSC), y a detectar zonas de isquemia intracerebral y evaluación de muerte cerebral.
  
- ✓ **Ecografía Doppler Carotideo:** Se realiza cuando existe la sospecha clínica de que estos vasos son los causantes de la isquemia.
  
- ✓ **Eco Cardiografía:** Se realiza para la detección de una eventual fuente cardioembolica, existen 2 tipos: la transtoraxica y la transesogagica, las que se complementan.
  
- ✓ **Estudio de Trombofilia:** Se estudia en casos especiales (menores de 40 años, sin causa aparente de infarto cerebral o antecedentes protromboticos, personales o familiares).

### 2.1.8. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

- ✓ **Anamnesis:** La anamnesis permite identificar una serie de claves que orienten en los aspectos fisiopatológicos del cuadro clínico. Los trastornos neuronales primarios (sustancia gris) se manifiestan inicialmente en forma de perturbaciones cognitivas tempranas, trastornos cinéticos o convulsiones, en tanto que la lesión de la sustancia blanca origina predominantemente cuadros de haces largos en las vías motoras, sensitivas, visuales y cerebelosas. Los síntomas progresivos y simétricos suelen tener origen metabólico o degenerativo; en tales casos las lesiones no están circunscritas nitidamente. Así, la persona con paraparesia y la demarcación neta de un punto sensitivo en la médula espinal posiblemente tenga hipovitaminosis B12. El síntoma de Lhermitte (sensaciones similares a un choque eléctrico desencadenadas por la flexión del cuello), se debe a la generación de impulsos ectópicos en las vías de la sustancia blanca y aparece al desmielinizarse la médula cervical. Los síntomas que se agravan después de la exposición al calor o al ejercicio indican un bloqueo de la conducción en axones desmielinizados, como se observa en la esclerosis múltiple. Algunos episodios recurrentes de diplopía y disartria que aparecen con el ejercicio o la fatiga indican un trastorno en la transmisión neuromuscular, como la miastenia grave. El escotoma visual de ensanchamiento lento con bordes luminosos llamado espectro de fortificación, denota depresión cortical cada vez más amplia, típicamente con migraña.
  
- \* **La anamnesis neurológica:** Como en todos los aspectos de la medicina clínica, valorar la descripción de los síntomas (que otras personas corroboran), permite a menudo la localización precisa y la identificación de la causa de la sintomatología, incluso antes de que se realice la exploración del sistema nervioso. El análisis de los datos obtenidos en el interrogatorio es importante antes de realizar la exploración física neurológica. Es importante investigar cada dato hasta donde sea posible, para dilucidar el sitio de la lesión, los aspectos fisiopatológicos básicos posibles y las causas potenciales. Por ejemplo, en el caso de una persona que señala debilidad del brazo derecho: ¿Cuáles son las manifestaciones de su cuadro? ¿Tiene dificultad para cepillarse el cabello o alcanzar desde arriba la zona de su nuca (en sentido proximal), abrocharse los botones de la camisa o abrir un recipiente con tapa giratoria (distal)? Los vínculos negativos también son importantes. La persona con hemiparesia derecha sin deficiencia de lenguaje, posiblemente tenga una lesión (en la

cápsula interna, el tallo encefálico o la médula espinal), diferente de la del individuo con hemiparesia derecha y afasia (hemisferio izquierdo). Datos adicionales de la anamnesis incluyen:

- ✓ **Evolución Cronológica de la Enfermedad:** Es importante determinar la fecha exacta de aparición de los síntomas y la rapidez de su evolución. Si una manifestación neurológica comienza en término de segundos o minutos, ello indicará a menudo un trastorno vascular, una convulsión o jaqueca. Los síntomas sensitivos de una extremidad que comienzan y se propagan en cuestión de segundos a zonas vecinas de la misma extremidad para pasar a otras regiones del cuerpo, sugieren la presencia de una convulsión. Un inicio gradual con síntomas menos "localizados" orienta hacia un ataque isquémico transitorio (transient ischemic attack, TIA). La evolución cronológica de los síntomas semejante pero más lenta que se acompaña de cefalea, náuseas y perturbaciones visuales, sugiere jaqueca. La presencia de síntomas sensitivos positivos (como disestesias o sensaciones difíciles de describir) o movimientos motores involuntarios sugiere un episodio convulsivo; a diferencia de ello, la pérdida transitoria de la función (síntomas negativos) sugiere un ataque isquémico transitorio (TIA). El cuadro de comienzo incierto, en que los síntomas aparecen, se estabilizan para evolucionar en horas o días, también sugiere enfermedad cerebrovascular; el antecedente de remisión o regresión transitoria denota que probablemente la alteración es causada por isquemia y no por hemorragia. La evolución gradual de los síntomas en el curso de horas o días sugiere un trastorno tóxico, metabólico, infeccioso o inflamatorio. Los síntomas en evolución que se acompañan de manifestaciones generalizadas como fiebre, rigidez de cuello y alteración del nivel de conciencia orientan hacia la posibilidad de un proceso infeccioso. Los síntomas recidivantes y remitentes que afectan niveles diferentes del sistema nervioso sugieren esclerosis múltiple u otros cuadros inflamatorios: tales trastornos a veces originan síntomas nuevos que evolucionan rápidamente en cuestión de horas. Los síntomas de evolución lenta sin remisiones son característicos de enfermedades neurodegenerativas, infecciones crónicas, intoxicaciones graduales y neoplasias.

- ✓ **Descripción de los Síntomas por el Paciente:** Los mismos términos suelen significar cosas o hechos diferentes para cada paciente. El término "mareo" significa tanto síncope inminente, como sensación de desequilibrio o vértigo verdadero. "Insensibilidad" denota la pérdida completa de la sensibilidad, una sensación positiva como el "hormiguelo" o bien parálisis. "Visión borrosa" es un término que se utiliza para describir la pérdida de la visión en un ojo, como sería la ceguera monocular transitoria o la diplopía. La interpretación del significado verdadero de los términos usados por los pacientes para describir sus síntomas se complica mucho más si existen diferencias en las lenguas y culturas originales.
  
- ✓ **Corroboración de los Datos por Parte de Terceros:** Casi siempre es útil obtener información adicional de los parientes, los amigos u observadores, para corroborar o ampliar la descripción hecha por el paciente. La amnesia, la afasia, la pérdida de la introspección, las intoxicaciones y otros factores reducen la capacidad del sujeto para comunicarse normalmente con el explorador o le impiden señalar los factores que contribuyeron a la enfermedad. Los episodios de inconciencia obligan a solicitar a los observadores que aporten detalles para saber exactamente lo que ocurrió durante el hecho.
  
- ✓ **Antecedentes Familiares:** Muchas enfermedades del sistema nervioso tienen un componente genético primario. Si se cuenta con datos familiares, por lo común se detecta la presencia de algún trastorno de tipo mendeliano como la enfermedad de Huntington o la neuropatía de Charcot-Marie-Tooth. Se necesitan preguntas más minuciosas respecto a los antecedentes familiares para la detección de trastornos poligénicos como la esclerosis múltiple, la jaqueca y muchos tipos de epilepsia. Es importante obtener los antecedentes de todas las enfermedades, además de los trastornos neurológicos y psiquiátricos. La propensión familiar de hipertensión o cardiopatías es importante en un individuo cuyo cuadro inicial es un accidente cerebrovascular.

Se conocen muchas enfermedades hereditarias del sistema nervioso que se acompañan de manifestaciones en múltiples órganos y sistemas y que aportan claves que conducen hacia el diagnóstico (como neurofibromatosis, enfermedad de Wilson y síndromes neurooftálmicos).

✓ **Antecedentes Personales (enfermedades clínicas):** Muchas enfermedades del sistema nervioso se manifiestan en el contexto de trastornos generalizados. La diabetes mellitus, la hipertensión y las anomalías de los lípidos sanguíneos predisponen a la aparición de enfermedad cerebrovascular. Una tumoración solitaria en el encéfalo pudiera ser un absceso en un individuo con valvulopatía cardíaca, una hemorragia primaria en un sujeto con una coagulopatía; un linfoma o toxoplasmosis en el paciente de SIDA o metástasis en una persona con cáncer subyacente. Algunos pacientes con cáncer manifiestan inicialmente un síndrome paraneoplásico (cap. 87) o bien alguna complicación de la quimioterapia o radioterapia. El síndrome de Marfan y las conjuntivopatías similares predisponen a la disección de las arterias intracraneales y hemorragia subaracnoidea aneurismática; el riñón poliquistico también se acompaña de esta última. El asma de aparición reciente sugiere la posibilidad de poliarteritis nudosa. Diversos cuadros neurológicos surgen con enfermedades tiroideas u otras endocrinopatías. Es especialmente importante averiguar la presencia de enfermedades generalizadas en personas con neuropatía periférica. Muchos individuos en coma dentro del hospital tienen alguna causa metabólica, tóxica o infecciosa.

✓ **Examen Físico**

- **Exploración:** Tras una rápida constatación clínica de la presencia de un déficit neurológico de perfil ictal, se debe proceder a realizar una exploración general, que incluya necesariamente la auscultación de ambas carótidas para detectar soplos y la palpación de las arterias temporales. También se realizará una rápida exclusión de signos clínicos de:

- \* Diátesis hemorrágica
- \* Proceso infeccioso
- \* Cardiopatía e hipoglucemia.

Se realizará una exploración neurológica reglada que evaluará las funciones superiores (conciencia, atención, orientación, memoria y lenguaje), los pares craneales, la potencia muscular, los reflejos osteotendinosos normales y patológicos, la sensibilidad (termo-algesia

y posicional), el cerebelo, la estación y marcha, y los signos meníngeos.

- ✓ **Control de Signos Vitales:** La alteración de los signos vitales puede ser signo tardío de la hipertensión intracraneal.

Al aumentar la presión se desaceleran las frecuencias de pulso y respiratoria, y aumentan la presión arterial y temperatura. Entre los signos especiales que deben buscarse están hipertensión arterial, bradicardia e irregularidades respiratorias, cuya aparición justifica estudios diagnósticos ulteriores.

Entre los signos clínicos iniciales de la hipertensión intracraneal están inquietud, cefalea, respiración forzada, movimientos intencionados y obnubilación psíquica

- **Neurológica y Psicológica:** Estado mental (pérdida de conciencia, confusión, inquietud, agitación) Cefalea, visión, pupilas (tamaño, forma, reactividad), Afasia, disfasia, Ptosis ocular/facial, capacidad de seguir indicaciones y hablar, pérdida sensitiva, debilidad motora (temblor, parálisis) riesgo de caídas.

\* **Estado de conciencia.** Un paciente lúcido rara vez tiene un déficit importante de la volemia. Una caída de la volemia por debajo del 50 % origina pérdida de la conciencia.

- **Color de la Piel.** Un color rosado de la piel en cara, cuello y extremidades indica que la pérdida de volemia no es crítica. Un color pálido grisáceo es índice de hipovolemia severa. También es útil determinar el tiempo de relleno capilar a nivel de la eminencia hipotenar, el pulgar y el lecho ungueal. El tiempo normal de relleno capilar es menor de 2 segundos.
- **Cambios Pupilares:** La hipertensión o un coágulo en expansión puede desplazar el cerebro contra los nervios motor ocular común u óptico y ocasionar cambios pupilares.

Un signo temprano que indica elevación de la PIC es descenso en el estado de conciencia, y otros signos como las alteraciones pupilares (al principio anisocoria, posteriormente midriasis y pupilas areactivas).

- ✓ **Evaluación del Estado Mental:** Se evaluará el estado mental del paciente, realizando preguntas en relación a la ubicación temporo-especial (fecha, día de la semana, mes, lugar donde está, pidiéndole al paciente que nombre los días de la semana al revés, etc.)

La función motora, dependerá del área donde se haya producido el daño y se valorará solicitando al paciente que apriete la mano de la enfermera, que ejerza fuerza contra contraria, pidiéndole que eleve extremidades, tanto superiores como inferiores.

La coordinación y la marcha solicitando la elevación del brazo dando la orden de derecho o izquierdo, que se toque la punta de la nariz, que se mantenga en un pie, que camine en línea recta o simplemente que se mantenga de pie.

- ✓ **Exploración de Pares Craneales:**

- \* **Primer Par (olfatorio):** Por lo común no se estudia el nervio olfatorio, salvo que se sospeche alguna enfermedad de la porción inferior del lóbulo frontal, como un meningioma. Con los párpados cerrados se pide a la persona que huela alguna sustancia poco olorosa como un dentífrico o café y que la identifique.
- \* **Segundo Par (óptico):** El médico valorará la agudeza visual (con anteojos o lentes de contacto) y para ello utilizará una tabla de Snellen o un cartelón semejante. Se estudiarán los campos visuales por confrontación, es decir, comparando los del paciente con los del explorador. Como prueba de detección suele bastar el examen de los campos visuales de ambos ojos simultáneamente; pero habrá que evaluar los campos en forma individual si se sospecha un problema visual, con base en los datos de la anamnesis u otros elementos de la exploración, o si en las pruebas de detección se identifica alguna

anormalidad. El explorador se coloca cara a cara frente al paciente a 0.6 a 1.0 m de distancia y pone sus manos en la periferia de los campos visuales, en un plano equidistante entre él y el enfermo. Se pide al paciente que mire directamente al centro de la cara del explorador y que indique el momento y el sitio en que detecta el movimiento de alguno de los dedos. La maniobra se inicia en los cuadrantes inferiores y después con los superiores, de modo que el explorador mueve el dedo índice de alguna o ambas manos simultáneamente, y observa si la persona detecta los movimientos. Un solo movimiento de poca amplitud del dedo basta para obtener una respuesta normal. Los estudios de perimetría focal y pantalla tangente se utilizarán para la "localización gráfica" de defectos del campo visual de manera plena, o para buscar anomalías sutiles. Es necesario explorar el fondo de ambos ojos con un oftalmoscopio y observar el color, el tamaño y el grado de turgencia o elevación del disco óptico así como el color y la textura de la retina. Se revisan los vasos retinianos en cuanto a su calibre, regularidad, "muescas" arteriovenosas en los puntos de cruce, hemorragias, exudados y otras anomalías.

- \* **III, IV y VI Pares (nervios motor ocular común, patético y motor ocular externo):** Es importante describir el diámetro y forma de las pupilas, su reacción a la luz y a la acomodación (es decir al converger ambos ojos mientras siguen el dedo del explorador acercándolo hacia el puente de la nariz). Para evaluar los movimientos extraoculares se pedirá al enfermo que conserve fija la cabeza en tanto sigue el movimiento del dedo, que se desplazará lentamente en los planos horizontal y vertical y se buscará cualquier paresia, nistagmo o anomalías de la búsqueda uniforme (movimientos sacádicos, ataxia del motor ocular común y otras). Si es necesario, se valorará la posición relativa de los ojos, con la mirada primaria y multidireccional, comparando los reflejos de luz intensa fuera de las pupilas. Sin embargo, es más útil saber si la persona describe diplopía en cualquier dirección de la mirada. La diplopía verdadera casi siempre se resuelve cuando el individuo cierra un ojo. El nistagmo horizontal se evalúa mejor a 45° y no en el extremo lateral de los campos visuales (situación

incómoda para el paciente); el dedo debe sostenerse en la posición lateral unos segundos para detectar cualquier anomalía.

- \* **V Par (trigémino):** Se explora la función sensitiva en los tres territorios de las ramas del nervio trigémino (oftálmico, maxilar superior e inferior) y en cada lado de la cara. Como ocurre con otros elementos de la exploración sensitiva, basta para el estudio de detección la evaluación de dos modalidades sensitivas derivadas de vías anatómicas diferentes (como el tacto leve y la temperatura). Si algunos datos de la anamnesis lo sugieren, conviene evaluar otras modalidades, el reflejo corneal y el componente motor del trigémino (acción del músculo masetero al cerrar la boca fuertemente).
  
- \* **VII Par (facial):** Aquí se busca asimetría de la cara en el reposo y con movimientos espontáneos. También se evalúa la elevación de las cejas, la aparición de arrugas en la frente, el cierre de los párpados, la sonrisa y el inflar los carrillos. Se buscarán en particular diferencias en la mitad inferior de los músculos de la cara en comparación con la mitad superior; la debilidad de los dos tercios inferiores de la cara con conservación del tercio superior sugiere una lesión de motoneurona superior, en tanto que la debilidad de toda esa mitad sugiere una lesión de motoneurona inferior.
  
- \* **VIII Par (vestibulococlear):** En este punto se valora la capacidad del sujeto para captar el frote de un dedo o la voz susurrada en cada oído. Si el interrogatorio o la exploración física detectan alguna anomalía, se realizan pruebas más específicas de conducción aérea y ósea en mastoides (Rinne) y de lateralización, colocando un diapasón que suene a 512 Hz en el centro de la frente (Weber). Habrá que hacer audiometría formal después de identificar cualquier problema.
  
- \* **Nervios glossofaríngeos y neumogástrico (IX y X pares):** Se observa la posición y la simetría del paladar blando y la úvula en el reposo y con la fonación ("aah"). También se valorará el reflejo nauseoso o faríngeo al estimular la pared retrofaríngea en cada lado con un objeto estéril y

romo (como un abatelenguas), pero tal reflejo a menudo no se detecta en personas normales.

- \* **XI Par (nervio espinal):** Aquí se valora al músculo trapecio por medio de la contracción de los hombros (encoger los hombros) y por la rotación de la cabeza hacia cada lado (esternocleidomastoideo) contra resistencia.
  
- \* **XII Par (hipogloso):** Se revisa la lengua en busca de atrofia o fasciculaciones, posición con la protrusión y fuerza cuando se le extiende contra la superficie interna de los carrillos.

## 2.1.9. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Estado Post- Convulsiones.
- Migraña complicada.
- Alteraciones metabólicas.
- Encefalopatía hipertensiva.
- TEC previo.
- Meningoencefalitis.
- Tumor intracraneano.

## 2.1.10. TRATAMIENTO

El tratamiento del paciente con enfermedad cerebro vascular requiere de soporte medico con base a la vigilancia estricta por parte del personal de enfermería, los cuidados de prevención primaria y secundaria y el uso de medicamentos, los cuales son de diferentes tipos, ya que el daño cerebral es multifactorial.

### ✓ **Objetivos:**

1. Mejorar el flujo sanguíneo y metabolismo cerebral.
  2. Mantener una buena ventilación y oxigenación cerebral.
  3. Impedir o controlar complicaciones como edema cerebral, hipertensión intracraneana (HIC).
  4. Conservar la presión arterial y el gasto cardiaco.
  5. Evitar la hiperglicemia
  6. Evitar extremos de HTA.
  7. Evitar la hipertermia.
- ✓ **Controlar la Vía Aérea:** Usando cánulas mayo, poniendo al paciente en posición semifowler, en caso de presentar secreciones, realizar aspiración, indicaciones medicas(oxigenoterapia y/o nebulizaciones), realizando ejercicios respiratorios, incentivando a la tos eficaz, control de saturometría y gases arteriales.
- ✓ **Ventilación y Oxigenación:** Una vez asegurada la vía aérea se debe tener presente que ventilación y oxigenación no son sinónimos (ventilar significa

movilizar volúmenes de aire). La hipoxemia es un factor dominante en el traumatizado por lo que tanto la ventilación como la oxigenación deben ser adecuadas. En los pacientes que ventilan espontáneamente, se deben utilizar máscaras multigraduadas con FIO<sub>2</sub> conocidas (en lo posible mayores de 0,50). En los pacientes intubados se aconseja usar bolsas resucitadoras con mezclas enriquecidas. Se debe recordar que si se ventila con una bolsa resucitadora sin utilizar el reservorio la FIO<sub>2</sub> es de aproximadamente 0,5, y si se lo utiliza, de aproximadamente 0,8 a 0.9. Para aliviar la hipoxemia y evitar la hipoxia; es necesario regular la velocidad del flujo y su concentración para mantener la Pa. O<sub>2</sub> entre 60 y 100 mm Hg.

- ✓ **Control de Signos Vitales:** La alteración de los signos vitales puede ser signo tardío de la hipertensión intracraneal.

Al aumentar la presión se desaceleran las frecuencias de pulso y respiratoria, y aumentan la presión arterial y temperatura. Entre los signos especiales que deben buscarse están hipertensión arterial, bradicardia e irregularidades respiratorias, cuya aparición justifica estudios diagnósticos ulteriores.

- **Frecuencia, Regularidad y Presión del Pulso.** Un pulso regular, de baja frecuencia y lleno, es de buen pronóstico. El hallazgo de pulsos carotídeos o femorales indica la presencia de por lo menos el 50 % de la volemia. El hallazgo del pulso radial denota una presión arterial mayor de 80 mmHg. En cambio, la ausencia de los pulsos carotídeos o femorales indica una pérdida superior al 50 % de la volemia. Una disminución en la presión del pulso es el signo más precoz del shock hipovolémico.
- ✓ **Hidratación:** Por vía endovenosa para disminuir la viscosidad de la sangre y mejorar el flujo cerebral.
- ✓ **Antiagregantes Plaquetario:**
  - \* **Aspirina:** Impide la formación de nuevos coágulos. Se usa por sus efectos antiplaquetarios por su capacidad de disminuir la formación de prostaglandinas y tromboxanos.

- \* **Dipirimadol:** Antitrombotico vasodilatador, modifica función plaquetaria en especial la agregación y adherencia. En el AVE es coadyuvante de anticoagulantes orales para prevenir.

✓ **Diuréticos:**

- \* **Furosemida;** es un diurético de asa potente y rápido es el fármaco de elección para reducir el edema si la función renal es adecuada y además actúa como antihipertensivo.
- \* **Manitol:** Diurético osmótico, induce la diuresis impidiendo la reabsorción de Na, cloruros y solutos.

- ✓ **Anticoagulantes.** Paciente con alto riesgo de AVE y para prevenir complicaciones.

No es útil cuando hay proceso trombótico de gran tamaño ya que puede estimular una futura hemorragia.

- ✓ **Heparina:** inyectable o subcutánea profunda, para detener la propagación, progresión de la trombosis o embolización proveniente de otros sitios. Permiten que los procesos naturales fibrinolíticos del organismo disuelvan el coagulo y prevengan la formación de otros nuevos.

- ✓ **Antihipertensivos:** Mantienen la presión sistólica normal.

- \* **Nimodipino:** vasodilatador cerebral que inhibe la entrada de Ca a la célula de la musculatura vascular lisa.
- \* **Beta Bloqueador:** Propanolol, reduce la presión arterial.
  - Propanolol
  - Metildopa

- ✓ **Trombolíticos:** Debe utilizarse con precaución y únicamente si esta claro que el AVE no es hemorrágica, en las primeras 3 horas desde la aparición

de un síntoma, ya que luego de este tiempo puede agravar la situación del paciente aumentando el riesgo de hemorragias.

- ✓ **Corticoides** (Dexametasona): Se usan en el control del edema cerebral, gracias a su efecto antiinflamatorio, no se ha demostrado que en infartos cerebrales en evolución respondan.
- ✓ **Sedantes:** (Diazepam, fenobarbital): Se usa para evitar agitación y estrés y además de convulsiones, por aumento de la presión intracraneal y demanda de oxígeno por las neuronas.
  - \* Reposo en cama.
  - \* Sonda Naso gástrica
  - \* Gases arteriales seriados.
  - \* Vigilancia de ECG y cardíaca.
  - \* Hipotermia.
  - \* Vigilancia de la PIC
  - \* Sonda urinaria permanente.
  - \* Rehabilitación neurológica.
- ✓ **Tratamiento Quirúrgico:** Este tipo tratamiento se utiliza con el fin de prevenir o evitar infartos o hemorragias cerebrales.

#### **Candidatos Para Cirugía:**

- **Candidatos no quirúrgicos:**
  - \* Hemorragia pequeña (<10cc) o déficit neurológico mínimo.
  - \* Escala de Glasgow en 4 (grado 1)
- **Candidatos quirúrgicos:**
  - \* Hemorragia cerebelosa.
  - \* Hemorragia grande (>10 cc con empeoramiento neurológico o compresión de tronco)
  - \* **Objetivo:**
    - Disminuir efecto de masa.
    - Disminuir presión intracraneal.

- Remover malformación vascular o clipaje de aneurisma.
  - **Endarterectomia Carotídea:** consiste en extraer trombo o placa aterosclerótica de la arteria carotídea para prevenir un AVE. Tiene como complicación provocar un a embolia.
  - **Angioplastia con Balón:** consiste en introducir un catéter hasta la arteria afectada, el balón del extremo del catéter es inflado rompiendo la placa y dilatando la arteria.
  - **Cirugía Intracraneal:** no tiene sentido en el infarto cerebral y raramente es útil en las hemorragias o infartos masivos.
  - **Drenaje:** este tipo de tratamiento se utiliza en hematomas subdurales e HT intracraneana.
- ✓ **Rehabilitación:** El objetivo de la rehabilitación es minimizar las complicaciones personales, familiares y sociales, para el éxito de un programa rehabilitador deberán plantearse objetivos concretos mediante la identificación de problemas que más incapaciten al paciente, dentro de un plan global que involucre tanto al paciente como a su familia y equipo multidisciplinario .La rehabilitación comienza cuando el médico ve por primera vez al enfermo, incluso antes de haber llegado a un diagnostico definitivo, la enfermera debe iniciar un programa dirigido a evitar complicaciones y reducir al mínimo el posible déficit neurológico, tanto como las complicaciones propias de la inmovilización.

La rehabilitación de los pacientes puede verse afectada por depresión, demencia, afasia, relaciones espaciales alteradas, etc, y es por eso que uno de los factores más importantes es la motivación y cariño que le brinde la familia, junto con el apoyo del equipo de salud.

La información que se les da al paciente y a su familia sobre su enfermedad, tratamiento e intervenciones, tanto como la disposición para

escuchar, aclarar dudas y temores, facilita la participación del paciente como de su familia en su rehabilitación.

La educación de la familia sobre los cuidados que deberá proporcionar al paciente en la casa, es de mucha importancia ya que será ésta la que continué con su recuperación cuando el paciente sea dado de alta.

\* **Objetivos de la Rehabilitación:**

- Integrar a la familia en la rehabilitación del paciente.
- Mejorar la movilidad y prevenir deformaciones.
- Lograr auto cuidado.
- Adquisición de alguna forma de comunicación.
- Mantener la integridad de la piel.

**2.1.11. COMPLICACIONES:**

✓ **SNC:**

- Hipoxia cerebral
- Hidrocefalia
- Extensión del área de la lesión
- Convulsiones
  
- **Edema Cerebral:** aumenta el agua del parénquima del encéfalo, con lo cual aumenta el volumen de éste.
  
- **HT Intracraneana:** Se debe a la alteración de la circulación del LCR por la presencia de sangre en las cisternas básales.
  
- **Vasoespasma Cerebral:** Se relaciona con volúmenes cada más mayor de sangre en las cisternas subaracnoideas y cisuras cerebrales. Ocasiona mayor resistencia vascular, que entorpece el riego sanguíneo cerebral.
- Arritmias Cardiacas.
- Trombosis venosa profunda.
- AVE posteriores.

- ✓ **Digestivo:**
  - Incontinencia o estreñimiento.
  - Mal nutrición.
- ✓ **Urinario:**
  - Incontinencia o retención.
  - Infecciones.
- ✓ **Músculo- Esquelético:**
  - Contracturas y deformidades
  - Ulceras por presión.
- ✓ **Respiratorio**
  - Tromboembolismo pulmonar.
  - Infecciones.
  - Neumonías.
  - Aspiraciones, Atelectasia.
  - Insuficiencia Respiratoria.

**2.1.12. PRONÓSTICO:** Es importante hacer un pronóstico de la evaluación del paciente ya que ello puede permitir una mejor planeación en las acciones a tomar. entre los factores de mal pronóstico están el daño cerebral bilateral, la demencia, la edad avanzada, el antecedente de una enfermedad cerebro vascular previa, las enfermedades concomitantes, los déficit perceptuales o cognoscitivos, la parálisis flácida mayor de dos meses, la negligencia atencional prolongada, la incontinencia vesical o intestinal que dure mas de cuatro semanas, un estado de coma que dure mas de cuatro semanas, la afasia severa, el reposo prolongado en cama, la depresión, las enfermedades asociadas, y un lapso grande entre la lesión y el inicio del proceso de rehabilitación.

### III. PROCESO ENFERMERO

#### 3.1. VALORACIÓN

##### 3.1.1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

* Nombre	: Luz Angélica Pilco Culqui.
* Edad	: 64 años.
* Sexo	: femenino.
* Fecha de Nacimiento	: 10/12/1944
* Grado de Instrucción	: Primaria Incompleta.
* Dirección	: Jr. Ayacucho n° 597
* Peso	: 45 Kg
* Talla	: 1.55
* Fecha de Ingreso	:23-10-09
* Servicio	: Medicina.
* Diagnóstico	: ACV isquémico, hemiplejia derecha.

##### 3.1.2. SITUACIÓN PROBLEMA

Paciente L.A.P.C. adulto mayor de 64 años, sexo (F) HCL N°: 1793 con Diagnóstico Médico: "ACV isquémico, Hemiplejia derecha", en la cama N°244-A , del Servicio de Medicina del H.R.V.F , en posición de cúbito dorsal, en AREG, AREN, AREH, con dificultad para comunicarse, dificultad para la movilización, dificultad para la alimentación, ventilando espontáneamente mucosas orales semihidratadas, escala de Glasgow 11, se encuentra con vía clampada en miembro superior derecho, con sonda Foley para control de diuresis, al CSV: P/A: 120/80 mmHg F.C: 88 X<sup>l</sup> F.R: 16 X<sup>l</sup> y T<sup>o</sup> 36.2° C.

### 3.1.3. EXÁMEN FÍSICO

PARÁMETROS	HALLAZGO
<b>SIGNOS VITALES</b>	
P/A	120/80 mmHg
FC	88 X <sup>l</sup>
FR	16 X <sup>l</sup>
T <sup>o</sup> C	36.2 <sup>o</sup> C
<b>MEDIDAS ANTROPOMETRICAS</b>	
Peso	45 Kg.
Talla	1.55 M.
IMC	18.75
<b>ESTADO GENERAL</b>	AREG, AREH, AREN, dificultad para comunicarse, dificultad para moverse.
<b>PIEL</b>	Piel trigueña, poco elástica, mucosas orales semihidratadas.
<b>CABEZA</b>	
Forma	Ovaladas
Simetría	Simétrica
Tamaño	De acuerdo a su edad
Integridad	Integra, no lesiones, poca higiene.
Distribución del Cabello	Color negro, adecuada distribución del cabello
<b>* OJOS</b>	
Forma	Achinados
Tamaño	Adecuado para la edad
Simetría	Simétricamente espaciados
Secreción	No secreciones
Párpados	Sin alteración
Escleras	Blanquecinas
Pupilas	Isocóricas, fotoreactivas (PIRRLAS)
<b>* OIDOS</b>	
Tamaño	Adecuado para la edad
Integridad	Integra

Simetría	Simétricos
Implantación	Adecuada implantación.
Secreciones	No presenta secreciones
Permeabilidad	Conducto auditivo permeable.
<b>* NARIZ</b>	
Tamaño	Adecuado para la edad
Integridad	Integra
Permeabilidad	Coanas permeables
<b>* BOCA</b>	
Simetría	Simétrica
Tamaño	Adecuado para la edad
Integridad	No presenta lesiones
Mucosas	Sonrosadas, semihidratadas
Encías	Integras, no gingivitis
Dientes	Piezas dentarias incompletas.
Paladar	Blando y duro íntegro.
Lengua	Normoglosa, poco móvil.
<b>* CUELLO</b>	
Simetría	Simétrico
Tamaño	Corto
Movimiento	Dificultad en la movilización.
<b>* TORAX</b>	
Forma	Cilíndrica
Simetría	Simétrico
Tiraje	No presenta
Integridad de la Clavícula	Sin alteración
Integridad de la Escápula	Sin alteración
<b>* APARATO RESPIRATORIO</b>	
Frecuencia respiratoria	16 X'
Ritmo/Profundidad	Rítmicas y superficiales
Ruidos respiratorios	No ruidos agregados
Simetría	Movimientos respiratorios simétricos
<b>* APARATO CARDIOVASCULAR</b>	
Frecuencia cardíaca	Adecuada intensidad
Ritmo y profundidad	Ruidos cardíacos rítmicos

Ruidos agregados	No ruidos agregados
<b>* ABDOMEN</b>	Blando depresible, no doloroso a la palpación.
Integridad	
<b>* GENITALES</b>	Presencia de sonda Foley.
<b>* RECTO ANO</b>	No evaluados.
<b>* MUSCULO ESQUELÉTICOS</b>	
Movilidad	Limitada.
Extremidades Superiores	MMSS derecho no focaliza estímulo doloroso, pero se retira del dolor. MMSS izquierdo obedece órdenes simples, focaliza estímulo doloroso e intenta retirarlo con la mano.
Extremidades Inferiores	MMII derecho no focaliza estímulo doloroso, pero se retira del dolor, MMII izquierdo focaliza estímulo doloroso, obedece ordenes simples.
<b>SISTEMA NERVIOSO</b>	
<b>* Estado de conciencia</b>	Paciente se muestra consiente de todo lo ocurrido, manifiesta su estado de ánimo con el llanto.
<b>* Capacidad Cognitiva</b>	Paciente con puede expresar verbalmente lo que siente, se expresa a través de facies.
<b>* Capacidad Sensorio/Perceptivo</b>	
<b>PAR CRANEAL</b>	
I Olfatorio	No se examinó.
II Óptico	No se examinó.
III Motor Ocular Común	Pupilas fotoreactivas movimientos de glóbulos oculares presentes
IV Patético	Realiza movimientos activos de glóbulos oculares.
V Trigémico	Paciente percibe estímulos al tacto leve y a la temperatura en ambos lados de la cara.

VI Motor Ocular Externo	Realiza movimientos de los glóbulos oculares en dirección lateral.
VII Facial	Asimetría de la cara en el reposo y con movimientos espontáneos, elevación de las cejas, aparición de arrugas en la frente y cierre de los párpados.
VIII Auditivo	Obedece a órdenes sencillas con un tono de voz alto.
IX Glossofaríngeo	No presenta dificultad para la deglución, reflejo de nauseoso o faríngeo al estimular la pared retro faríngea,
X Neumogástrico	No problemas en la deglución elevación del paladar.
XI Espinal	Paciente con dificultad del musculo trapecio, no encoje hombros, no realiza rotación de la cabeza normalmente.
XII Hipogloso	Presencia de atrofia en la lengua.

### 3.1.4. VALORACIÓN DE LOS PATRONES FUNCIONALES DE SALUD

#### \* PATRÓN PERCEPCIÓN / MANTENIMIENTO DE LA SALUD

Paciente con problemas en la comunicación, no se expresa verbalmente según resultados de exámenes de laboratorio evidencia foco infeccioso (Hemograma: leucocitos de 14.200 pmm<sup>3</sup>).

#### \* PATRÓN NUTRICIONAL METABOLICO

Paciente con IMC de 18 actualmente se encuentra con dieta blanda hipo sódica, tolera alimentos normalmente.

#### \* PATRON HIDROELECTROLÍTICO

Paciente con mucosas orales semihidratadas, con sonda Foley para control de balance hídrico.

#### \* PATRÓN ELIMINACIÓN

##### ▪ Eliminación intestinal.

Paciente realiza sus evacuaciones 2 veces por día característica pastosa.

##### ▪ Eliminación vesical.

Paciente con control de diuresis aproximadamente 835 ml por día.

#### \* PATRON COMODIDAD Y CONFORT

Paciente con facies quejumbrosas a la movilización, intensidad del dolor según escala de caras 4 puntos.

#### \* PATRÓN DE ACTIVIDAD EJERCICIO

▪ **Estado Respiratorio** : Paciente presenta movimientos respiratorios rítmicos, superficiales, evidencia FR. 16 X'

▪ **Estado Cardíaco** : Paciente con ruidos cardiacos rítmicos, evidencia una FC. 88 X' y P/A 120/80 mmHg

#### \* PATRÓN DE REPOSO / SUEÑO

Se observa al paciente dormir por periodos cortos de tiempo.

\* **PATRÓN COGNITIVO / PERCEPTIVO.**

- **Estado de conciencia:** Paciente con dificultad para la comunicación.
- **Capacidad Sensorio/perceptiva:** Paciente a la evaluación de los pares craneales presenta alteración en la respuesta verbal, no manifiesta sonido en respuesta al dolor.
- **Capacidad cognitiva:** Paciente consiente de su estado de salud, se expresa mediante gestos y facies de dolor y tristeza.

\* **PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN/AUTOCONCEPTO**

Paciente consiente de su estado de salud, se expresa mediante gestos y facies de dolor y tristeza.

\* **PATRÓN DE ROL/RELACIÓN.**

Paciente recibe el apoyo de su esposo, hijos y hermanos de la religión.

\* **PATRÓN AFRONTAMIENTO Y TOLERANCIA AL ESTRÉS**

Paciente expresa sus emociones mediante gestos de angustia y llanto.

\* **VALORES Y CREENCIAS.**

Paciente profesa la religión evangélica, familiares creen en Dios y creen cumplir con sus designios.

### 3.1.5. ANTECEDENTES

#### \* PERSONALES

- Enfermedad Hereditaria : Ninguna
- Accidentes : Ninguno
- Alergias : No tiene conocimiento.
- Quirúrgicas : Ninguna
- Patologías : Ninguna
- Transfusiones : Ninguno.
- Funciones Fisiológicas : Sin alteración.

#### \* SOCIOECONÓMICOS

- Vivienda : Propia de adobe, ubicada en el Jr. Ayacucho, la cual está en alquiler para el sustento del hogar.
- Servicios básicos : Cuenta con servicios básicos.
- Actividad económica : Comerciante.

### 3.1.6. EXÁMENES AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO

FECHA	EXÁMEN	VALORES ENCONTRADOS
23-10-09	Hemograma	
	Leucocitosis	14.200 pmm <sup>3</sup>
	Hematocrito	46%
	Hemoglobina	15.3 mg/dL

ASPECTO MICROSCÓPICO	
Leucocitos	2 -3 x campo.
Hematíes.	0 - 1 x campo.
Células epiteliales	2 -3 x campo.

EXAMEN DE ORINA	
Color	Amarillo
Aspect	Limpio
Densidad	1010
PH	7

### 3.1.7. TRATAMIENTO E INDICACIONES

MEDICAMENTO	PRESENTACION	DOSIS	VIA	FRECUENCIA
Captopril.	25mg	25 mg	V.O.	Cond. PA > = 160/90mmHg
Ceftriaxona.	1gr	1.5 mg	E.V.	C/ 12 h.
Lozartan.	50 mg	50 mg	V.O.	C/24 h.
Ranitidina.	300 mg	300 mg	V.O.	C/24 h.
Alprazolam.	0.5mg	0.5 mg	V.O.	C/8 h.
Fluoxetina.	20 mg	20 mg	V.O.	C / 24 h.

### 3.1.8. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

DATOS	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN CONFRONTACIÓN CON LA LITERATURA	CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA
Hemiplejía derecha.	<p>Al producirse un accidente-vascular, resulta afectada en mayor o menor grado la corteza cerebral motora y, en especial, las fibras del haz piramidal que transmiten los impulsos nerviosos motores a la musculatura. Dado que tales fibras se entrecruzan a nivel del tronco encefálico, la musculatura afectada será contra lateral al hemisferio cerebral lesionado.</p> <p>La hemiplejía suele definirse como la parálisis de una mitad del cuerpo, pero en realidad el trastorno corresponde a una perturbación funcional de la actividad de los músculos del lado opuesto al hemisferio cerebral afectado, ya que no toda la musculatura se afecta por igual, sino que predomina el fallo de unos músculos sobre otros.</p>	Alteración de la perfusión istica cerebral r/c hemorragia súbita en el tracto corticoespinal m/p cefalea, pérdida súbita y transitoria de la conciencia, hemiplejía derecha.
Incapacidad de comer por si sola, disfagia.	El proceso normal de deglución incluye cuatro fases: oral de preparación, oral, faríngea y esofágica. El ACV a menudo afecta las tres primeras al interrumpir el control normal voluntario de la masticación y de los movimientos de la comida en el interior de la boca (más común en presencia de lesiones cerebrales) o al retardar el reflejo faríngeo (más frecuente en pacientes con lesiones del tronco encefálico). Las secreciones excesivas, el movimiento exagerado de la lengua, la debilidad facial, la tos durante la alimentación, las alteraciones de la voz	Desequilibrio nutricional por defecto r/c incapacidad para digerir los alimentos a/a debilidad de los músculos requeridos para la masticación o la deglución s/a ACV m/p no puede comer por si sola, disfagia.

	y las neumonías frecuentes son algunos de los signos y síntomas que deben hacer pensar en disfagia.	
Paciente con incapacidad para la deambulación.	El deterioro de la movilidad física definido por la NANDA como la limitación del movimiento independiente, intencionado, que padece la persona en el conjunto de su cuerpo o de una o más extremidades. Teniendo en cuenta el marco conceptual de Virginia Henderson, modelo de cuidados más utilizado en la actualidad en nuestro entorno, la acción de la enfermera se centra en reforzar, aumentar, completar o sustituir la Fuerza, el Conocimiento y/o la Voluntad de la persona y su familia, con el objetivo de que alcance lo antes posible la máxima independencia. En aquellos casos en que la movilidad está deteriorada de forma irreversible, la enfermera centrará sus intervenciones en disponer agentes de autonomía asistida que suplan la cobertura de necesidades y en la prevención de las consecuencias de la falta de movilidad y respuestas humanas asociadas.	Alteración de la movilidad física r/c disminución del flujo sanguíneo encefálico a nivel de la corteza o haz corticoespinal lo que origina disminución del trabajo de las células piramidales de Betz en hemisferio izquierdo m/a paciente no realiza deambulación ni movimiento, hemiplejía derecha.
Paciente con hemiplejía derecha, incapacidad para moverse y realizar actividades diarias.	El Ataque Cerebrovascular agudo (ACV) es una de las principales causas de consulta en los servicios de urgencia, y sus secuelas condicionan una discapacidad muy seria en diferentes aspectos de la vida como el autocuidado, el lenguaje, la movilidad y la marcha y disminuye la percepción de calidad de vida. La evaluación de la discapacidad por ACV comprende varios aspectos en los que se incluye las actividades de la vida cotidiana (AVC),	Déficit del autocuidado: Baño / higiene r/c compromiso de las funciones cerebrales, inactividad neuromuscular deterioro de la movilidad física asociado a ACV isquémico m/a cuerpo desaseado, al olor.

	<p>lenguaje, marcha, movilidad y estado mental; tal vez el factor que más impacta en la discapacidad es la posibilidad de ser independiente en las actividades básicas de la vida cotidiana como alimentarse, vestirse, limpiarse, controlar esfínteres, caminar y subir escaleras, lo que determina la verdadera secuela dejada por el ACV; dichos aspectos han sido recopilados en la Escala de Barthel la cual ha sido validada extensamente en diversas investigaciones.</p>	
<p>Paciente no hace ningún sonido en respuesta al dolor.</p>	<p>Se define afasia como la pérdida o el deterioro de los procesos complejos de interpretación y formulación del lenguaje simbólico debido al daño cerebral adquirido que afecta la red, ampliamente distribuida, de estructuras corticales y subcorticales del hemisferio dominante del lenguaje. La afasia es un trastorno polimodal que afecta la comprensión auditiva, la lectura, el lenguaje oral y escrito.</p>	<p>Alteración de la comunicación verbal r/a obstrucción de la arteria cerebral media que disminuye el flujo sanguíneo al hemisferio izquierdo a nivel del área de wernicke, y de broca m/a afasia, no responde al llamado.</p>
<p>Familiares muestran preocupación con respecto a los cuidados de su paciente.</p>	<p>La ansiedad, definida como una sensación subjetiva de inquietud, temor o aprensión, puede indicar un proceso psiquiátrico primario o formar parte de una enfermedad médica primaria, o ser una reacción a ésta.</p> <p>Los trastornos primarios de ansiedad se clasifican de acuerdo con su duración y evolución, y según la existencia y naturaleza de todos los factores desencadenantes.</p>	<p>Alteración del patrón afrontamiento y Tolerancia al estrés. Ansiedad r/c falta de conocimiento por parte de los cuidadores con respecto a los cuidados en el hogar m/p expresión verbal.</p>
<p>Presencia de sonda Foley.</p>	<p>El cateterismo vesical (CV), que consiste en la introducción de una sonda a través de la uretra con fines diagnósticos y/o terapéuticos, es el</p>	<p>Riesgo a infección R/C mecanismos inmunológicos disminuidos, presencia de</p>

	<p>factor más influyente para desarrollar una infección urinaria. Aproximadamente el 75% de las infecciones del tracto urinario inciden en pacientes que han requerido sondaje vesical.</p> <p>Los gérmenes invaden el tracto urinario por vía ascendente, ya sean de fuente endógena (flora intestinal y uretral del paciente) o exógena (microorganismos propios del personal sanitario o por transmisión cruzada de otro paciente).</p>	sonda Foley.
Inmovilidad física.	<p>La piel es el órgano más grande del cuerpo que protege al organismo frente a la pérdida excesiva de agua, agentes ambientales (bacterias, virus), productos químicos o radiación ultravioleta; la piel posee la función extremadamente importante de reaccionar inmunológicamente frente a los microorganismos que pueden causar infección.</p> <p>Las úlceras por presión o escaras constituyen un gran problema en la población anciana institucionalizada, Este porcentaje aumenta mientras más años se tiene. Son el comienzo del final de su vida, llevándolos a una muerte casi segura y poco digna.</p> <p>Las úlceras por presión y/o úlceras por decúbitos y/o escaras, se deben a una presión sostenida de una prominencia ósea sobre una superficie externa. Esta presión puede ser directa por fricción o por deslizamiento</p>	Riesgo a deterioro de la integridad cutánea r/c disminución de la perfusión tisular en zonas de mayor presión, inmovilidad física y disminución de los tejidos adiposos y musculares.

	reduciendo el flujo sanguíneo capilar de la piel y de los tejidos adyacentes.	
Inmovilidad física.	La inmovilidad física disminuye la fuerza muscular, se observa atrofia de los músculos de predominio en los músculos flexores; en el sistema digestivo disminuye el apetito, puede existir reflujo gastroesofágico y estreñimiento.	Riesgo de estreñimiento r/c actividad física insuficiente, debilidad de los músculos abdominales, aporte insuficiente de fibras.
	El control del intestino y la vejiga es una función del sistema nervioso automático. Normalmente un ACV cortical que afecta solo un hemisferio deja a la persona sin la capacidad de controlar esfínteres. Sin embargo, déficits en la memoria pueden interferir con la incontinencia. Personas que han tenido ACV pueden darse cuenta cuando tienen que orinar o defecar, pero a veces lo hacen un segundo tarde y así ser incontinentes. Pueden llegar a tener problemas o perder capacidad para comunicar su necesidad de ayuda para ir al baño. También pueden tener problemas o perder capacidad para llegar al baño.	Riesgo a alteración del patrón eliminación r/c con incapacidad de músculo detrusor de la vejiga para contraerse y relajarse asociado al problema isquémico cerebral y el grado de conciencia del paciente m/p pañal húmedo.

### 3.2. DIAGNÓSTICO

1. Alteración de la perfusión ística cerebral r/c hemorragia súbita en el espacio subaracnoideo m/p cefalea, perdida súbita y transitoria de la conciencia.
2. Alteración de la deglución r/a disminución de los movimientos de los músculos del habla por compromiso de la corteza cerebral primaria asociado a ACV m/a no tolera alimentos.
3. Desequilibrio nutricional por defecto r/c disminución de la ingesta de nutrientes o incapacidad para digerirlos a/a debilidad de los músculos requeridos para la masticación o la deglución s/a ACV m/p IMC inferior a lo normal.
4. Alteración de la movilidad física r/a disminución del flujo sanguíneo encefálico a nivel de la corteza o haz corticoespinal lo que origina disminución del trabajo de las células piramidales de Betz en hemisferio izquierdo m/a paciente no realiza deambulación ni movimiento, hemiplejia.
5. Déficit del autocuidado: Baño / higiene r/a compromiso de las funciones cerebrales, inactividad neuromuscular deterioro de la movilidad física asociado a ACV isquémico m/a cuerpo desaseado.
6. Alteración de la comunicación verbal r/a obstrucción de la arteria cerebral media que disminuye el flujo sanguíneo al hemisferio izquierdo a nivel del área de wernicke, y de broca a nivel de la circunvalación superior del lóbulo temporal asociado al ACV m/a perdida del habla, no responde al llamado.
7. Alteración del patrón afrontamiento y Tolerancia al estrés. ansiedad r/c falta de conocimiento por parte de los cuidadores con respecto a los cuidados en el hogar m/p expresión verbal.
8. Riesgo a infección R/C mecanismos inmunológicos disminuidos, estado nutricional afectado a/a presencia de sonda Foley.
9. Riesgo de estreñimiento r/c actividad física insuficiente, debilidad de los músculos abdominales, aporte insuficiente de fibras.

10. Riesgo a alteración del patrón eliminación r/a con incapacidad de músculo detrusor de la vejiga para contraerse y relajarse asociado al problema isquémico cerebral y el grado de conciencia del paciente m/a pañal húmedo.
  
11. Riesgo a deterioro de la integridad cutánea r/c disminución de la perfusión tisular en zonas de mayor presión, inmovilidad física y disminución de los tejidos adiposos y musculares.

### 3.3. PLANIFICACIÓN

**3.3.1. DIAGNÓSTICO** : Alteración de la perfusión ística cerebral r/c hemorragia súbita en el espacio subaracnoideo m/p cefalea, perdida súbita y transitoria de la conciencia, nauseas, vómitos, aumento de la PIC.

**OBJETIVO** : Restablecer la perfusión ística.

**CRITERIO RESULTADO:** Paciente no evidencia vómitos, nauseas.

ACCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none"><li>• Evaluar la escala de coma de Glasgow.</li><li>• Elevar la cabecera de la cama 15-30 grados.</li><li>• Buscar cambios en las constantes vitales.</li><li>• Administración de captopril condicional a PA 160/90 mmHg.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hacer un examen físico minucioso en las áreas motrices, sensitivas y del habla ya que los pacientes con ICV. A menudo presentan adormecimientos, hipoestesis, debilidad o parálisis de uno o más extremidades.</li><li>• Una ligera elevación de la cabeza puede facilitar el drenaje venoso para disminuir la congestión cerebro vascular.</li><li>• Estos cambios pueden indicar un aumento de la PIC.</li><li>• inhibe la enzima convertidora de angiotensina (IECA), floqueando la formación de angiotensida II, que es un potente vasoconstrictor y estimulante de la secreción de aldosterona. Son vasodilatadores, arteriovenosos e hipotensores, sin alterar los reflejos cardiovasculares, producen eliminación de sodio, reducen el consumo de oxígeno por el miocardio y mejorar el volumen minuto en pacientes con insuficiencia cardiaca, pero no</li></ul>

<ul style="list-style-type: none"><li>• Valorar signos neurológicos.</li></ul>	<p>lo aumentan en caso de hipertensión arterial.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• tamaño de las pupilas, fuerza motora, nivel de conciencia, habla y orientación reflejan el daño presentado a nivel del SNC.</li></ul>
--	--

**3.3.2. DIAGNÓSTICO** : Alteración de la deglución r/a disminución de los movimientos de los músculos del habla por compromiso de la corteza cerebral primaria asociado a ACV m/a no tolera alimentos normalmente.

**OBJETIVO** : Restablecer el patrón de deglución progresivamente.

**CRITERIO RESULTADO:** Paciente con capacidad de tragar sus Alimentos y líquidos.

ACCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Balance hídrico estricto cada 6 horas.</li>   <li>• posición Semi fowler.</li>   <li>• planificar los horarios de comida.</li>   <li>• brindar al paciente sus alimentos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayudara a controlar el ingreso y egreso para poder detectar una posible deshidratación.</li>   <li>• Con esta posición se utiliza la fuerza de gravedad para facilitar el paso hacia debajo de los alimentos.</li>   <li>• Brindar las comidas cuando el paciente este descansado disminuye la fatiga y el riesgo de aspiración.</li>   <li>• Es posible que el paciente no pueda comer sin ayuda, se debe proporcionar primero los sólidos ya que estimulan los músculos necesarios para la deglución y cierre de la epiglotis.</li> </ul>

**3.3.3. DIAGNÓSTICO** : Desequilibrio nutricional por defecto R/C disminución de la ingesta de nutrientes o incapacidad para digerirlos A/A debilidad de los músculos requeridos para la masticación o la deglución S/A ACV m/p IMC inferior a lo normal.

**OBJETIVO** : Restablecer el patrón nutricional progresivamente.

**CRITERIO RESULTADO:** Paciente evidencia un estado nutricional normal.

ACCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valorar el patrón nutricional, ingesta (ingesta diaria de alimentos: cantidad, frecuencia, calidad).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Permite identificar el estado nutricional del paciente y planificar y realizar acciones de enfermería.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Balance hídrico estricto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayudara a controlar los ingresos y egresos y a detectar las posibles deshidrataciones o sobre hidratación.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Posición Semi fowler para la alimentación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Con esta posición se utiliza la fuerza de gravedad para facilitar el paso hacia debajo de los alimentos.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administración de dieta blanda.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayudara a disminuir un excesivo procesamiento en la boca</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administración de Ranitidina 50 mg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antagonista competitivo de la histamina a nivel de los receptores H2 especialmente las ubicadas en las células parietales de la mucosa gástrica. Inhibe la secreción acida gástrica basal (ayuno) y nocturna, así como la inducida por alimentos, histamina y otros antagonistas H2 y pentagastrina.</li> </ul>

**3.3.4. DIAGNÓSTICO** : Alteración de la movilidad física r/a disminución del flujo sanguíneo encefálico a nivel de la corteza o haz corticoespinal lo que origina disminución del trabajo de las células piramidales de Betz en hemisferio izquierdo m/a paciente no realiza deambulacion ni movimiento, hemiplejia.

**OBJETIVO** : Restablecer el patrón movilidad progresivamente.

**CRITERIO RESULTADO:** Paciente evidencia mayor movilidad.

ACCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valorar la capacidad de moverse del paciente.</li>   <li>• Evaluar el reflejo de babinski</li>   <li>• Comparar el tamaño y fuerza muscular con los datos basales y con la otra parte del cuerpo diariamente.</li>   <li>• Colocar al paciente en una postura adecuada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El deterioro de la movilidad física obliga al paciente a mantener la misma postura corporal durante largos periodos, una presión constante provoca isquemia en el tejido comprimido siendo la principal causa de ulceración del tejido blando.</li>   <li>• El reflejo de babinski consiste en la extensión del dedo gordo del pie con la subsiguiente extensión separación en abanico de los restantes dedos de dicha extremidad. Este reflejo que se obtiene al rascar la planta del pie, es característico de la hemiplejia, aunque puede estar presente en diversas afectaciones neurológicas.</li>   <li>• La detección precoz de atrofia muscular o de disminución de la fuerza facilita una intervención oportuna en el problema.</li>   <li>• La rehabilitación de un enfermo hemipléjico va a depender, en buena parte e la postura en que este colocado. Las posturas de cubito</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"><li>• Colocar al cliente en una buena alineación.</li><li>• Realizar ejercicios diariamente.</li></ul>	<p>lateral, apoyando el brazo y la pierna enferma sobre una almohada, figuran entre las más utilizadas.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Una buena alineación previene contracturas y mantiene la integridad estructural de</li><li>• Es de gran importancia la rehabilitación continuada para mantener la movilidad articular y evita contracturas, mejorar el tono muscular, y mantienen y mejoran la función cardiovascular.</li></ul>
--	--

**3.3.5. DIAGNÓSTICO** : Déficit del autocuidado: Baño / higiene r/a compromiso de las funciones cerebrales, inactividad neuromuscular deterioro de la movilidad física asociado a ACV isquémico m/a cuerpo desaseado.

**OBJETIVO** : Brindar educación a la familia sobre la importancia de la higiene del paciente.

**CRITERIO RESULTADO:** Paciente evidencia buena higiene.

ACCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar baños de esponja, cambio de vestido y ropa de cama.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El baño de esponja se realiza para la eliminación por arrastre y fricción las sustancias de desecho acumulados en piel mucosas favoreciendo el cumplimiento de sus funciones.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar higiene constante del cabello del paciente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimular la circulación del cuero cabelludo y evitar lesiones derivadas de la suciedad. Proporciona comodidad y sensación de bienestar al cliente, mejora su aspecto físico.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantener la piel limpia y seca.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evita la proliferación de microorganismos.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enseñar a la familia la importancia de una buena higiene del paciente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayuda a mejorar la calidad de vida del paciente.</li> </ul>

**3.3.6. DIAGNÓSTICO** : Alteración de la comunicación verbal r/a obstrucción de la arteria cerebral media que disminuye el flujo sanguíneo al hemisferio izquierdo a nivel del área de wernicke, y de broca a nivel de la circunvalación superior del lóbulo temporal asociado al ACV m/a pérdida del habla, no responde al llamado.

**OBJETIVO** : Restablecer la comunicación verbal progresivamente.

**CRITERIO RESULTADO:** Paciente se comunica verbalmente.

ACCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionar un ambiente de aceptación e intimidad.</li>   <li>• Ayudar al paciente a pronunciar palabras para recuperar el habla progresivamente.</li>   <li>• esforzarse al máximo lo que el paciente intenta decir.</li>   <li>• Realizar ejercicios vocálicos.</li>   <li>• Orientar a la familia sobre el apoyo en el hogar para su comunicación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La comunicación es la base de toda relación humana. el deterioro de la capacidad de comunicarse espontáneamente resulta frustrante y violento. las acciones de enfermería deberán centrarse en reducir la tensión y transmitir una comprensión de hasta que punto la situación tiene que ser difícil para el paciente.</li>   <li>• Permite recuperar la articulación de la palabra si no existe daño total del centro del habla.</li>   <li>• La enfermera tendrá que esforzarse al máximo para comprender al paciente, cada vez que lo consigue, independientemente de si tiene poca importancia, reduce la frustración y aumenta la motivación.</li>   <li>• Permite articular palabras en forma progresiva.</li>   <li>• Ayudara a ser llevadero el proceso de comunicación dentro del ambiente familiar.</li> </ul>

--	--

**3.3.7. DIAGNÓSTICO** : Alteración del patrón afrontamiento y Tolerancia al estrés. Ansiedad r/c falta de conocimiento por parte de los cuidadores con respecto a los cuidados en el hogar m/p expresión verbal

**OBJETIVO** : Brindar información sobre los cuidados en el hogar.

**CRITERIO RESULTADO:** Familiares informados acerca del cuidado de su paciente.

ACCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informar acerca de la enfermedad, su causa y tratamiento.</li> <li>• Establecer una relación de confianza.</li> <li>• Identificar los factores de riesgo que pueden controlarse.</li> <li>• Explicar los signos y síntomas de complicaciones.</li> <li>• Comentar con la familia los factores de tensión previstos, asociados al ACV y a su tratamiento.</li> <li>• Administración de fluoxetina 20 mg c/ 24 horas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comprender puede reforzar la necesidad de continuar con el tratamiento.</li> <li>• Esto ayuda que el paciente pueda expresar sus sentimientos y pensamientos con mayor facilidad y veracidad.</li> <li>• Centrarse en los factores que pueden controlarse puede mejorar el cumplimiento, aumentar la autoestima y reducir la sensación de impotencia.</li> <li>• Estos signos pueden indicar un aumento de la PIC o una hipoxia del tejido cerebral.</li> <li>• Una tensión fuerte dentro del hogar podría alterar el proceso de recuperación.</li> <li>• Antidepresivo: inhibe la captación de serotonina por las neuronas en el SNC, actuando como un agonista indirecto de la acción de serotonina.</li> </ul>

**3.3.8. DIAGNÓSTICO :** Riesgo a infección R/C mecanismos inmunológicos disminuidos, estado nutricional afectado a/a presencia de sonda Foley.

**OBJETIVO :** Disminuir el riesgo de infección.

**CRITERIO RESULTADO:** Paciente no evidencia signos de infección.

ACCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Controlar la temperatura cada 2 horas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La temperatura es regulado casi en su totalidad por mecanismos nerviosos, a través de centro termorregulador situados en el hipotálamo. para que estos mecanismos actúen, se necesita detectores de temperatura como la endotoxina de la bacteria que se encuentra en los tejidos o la sangre, los leucocitos de la sangre, los macrófagos de los tejidos y los grandes linfocitos granulados citolíticos lo fagocitan, a la vez estas células digieren los productos bacterianos y liberan luego la sustancia interleucina – 1, a los líquidos corporales, esta alcanza el hipotálamo y activa los procesos de la fiebre.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisar análisis de laboratorio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayuda a identificar un proceso infeccioso.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Continuar con la alimentación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumenta las defensas del organismo y previene las infecciones.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar higiene diaria.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mecanismo que por arrastre o fricción ayuda a eliminar microorganismos que llevan a un proceso infeccioso.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambio de posición frecuentemente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La inactividad puede producir una retención de secreciones que conduce a una obstrucción o infección.</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"><li>• Administración de ceftriaxona.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Antibiótico cefalosporínico de amplio espectro y acción prolongada. Inhiben la síntesis de la pared celular, muy estable ante la mayor parte de la B-lactamasa.</li></ul>
--	---

**3.3.9. DIAGNÓSTICO :** Riesgo a deterioro de la integridad cutánea r/c disminución de la perfusión tisular en zonas de mayor presión, inmovilidad física y disminución de los tejidos adiposos y musculares.

**OBJETIVO :** Mantener la integridad cutánea.

**CRITERIO RESULTADO:** Paciente evidencia una piel integra.

ACCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inspeccionar con regularidad la superficie cutánea.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es de suma importancia para valorar zonas de enrojecimiento y de úlceras en zonas de mayor presión.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar cambios de posición cada 2 horas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los cambios de posición ayudan a mejorar la irrigación sanguínea y evitan las úlceras por presión.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicar vendajes compresivos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilita el retorno venoso y evita la formación de trombos.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar ejercicios diariamente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La movilización activa aumenta la masa, el tono y la fuerza músculos y mejoran las funciones cardíacas y respiratorias.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar cambio de pañal cuando sea necesario.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evita la formación de escaldaduras.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar baño diariamente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayuda a la relajación de los músculos.</li> </ul>

**3.3.10.DIAGNÓSTICO** : Riesgo de estreñimiento r/c actividad física insuficiente, debilidad de los músculos abdominales, aporte insuficiente de fibras.

**OBJETIVO** : Disminuir el riesgo de estreñimiento.

**CRITERIO RESULTADO:** Paciente realiza deposiciones sin dificultad.

ACCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar el patrón de deposición normal.</li>   <li>• Explicar los efectos de la actividad diaria en la evaluación, ayuda con la realización de ejercicios cuando sea posible.</li>   <li>• Brindar líquidos y una dieta rica en fibra.</li>   <li>• Promover la situación de un ambiente doméstico.</li>   <li>• Fomentar la actividad física.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El tomar ventaja de los ritmos circadianos puede ayudar a establecer un horario regular de deposición.</li>   <li>• La actividad incluye en la actividad intestinal mejorando el tono de los músculos abdominales y estimulando así el apetito y el peristaltismo.</li>   <li>• Una dieta equilibrada rica en fibra mejora el peristaltismo. Permite recuperar la motilidad gastrointestinal, previene el estreñimiento.</li>   <li>• La intimidad y la sensación de normalidad pueden promover la relajación, que favorece la deposición.</li>   <li>• Fortalece los músculos abdominales, mejora el peristaltismo y favorece las deposiciones.</li> </ul>

**3.3.11. DIAGNÓSTICO** : Alteración del patrón eliminación r/c incapacidad de músculo detrusor de la vejiga para contraerse y relajarse asociado al problema isquémico cerebral y el grado de conciencia del paciente m/p pañal húmedo.

**OBJETIVO** : Restablecer el patrón eliminación progresivamente.

**CRITERIO RESULTADO:** Paciente controla esfínter progresivamente.

ACCIONES DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluar el patrón de eliminación urinaria (incontinencia).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El conocimiento de los patrones actuales del paciente sirve de base para calibrar la gravedad del problema y la eficacia de la terapia.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colocación de sonda vesical.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La colocación de sonda vesical nos permite el Vaciamiento de la vejiga total, mantiene seca la zona genital.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluar la hidratación del paciente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Una buena hidratación aumenta el flujo urinario y evitar el riesgo de infección.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Limpieza de la zona perineal exhaustivamente cada 6 horas, comprobando que no hay secreción alrededor de la sonda.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Para prevenir la proliferación de microorganismos de forma ascendente y la aparición de infección.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantener al paciente hidratado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Una buena hidratación aumenta el flujo urinario y evitar el riesgo de infección.</li> </ul>

### 3.4. EJECUCIÓN

FECHA	HORA	ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA
26-10-09	8:00 am.	Lavado de manos antes y después de atender al paciente.
		Controlar signos vitales: FC, FR, P/A y T <sup>0</sup> C
		Examen físico general.
		Evaluación de la escala de Glasgow.
		Brindar dieta al paciente.
	2:00 pm	Cambio de posición al paciente.
		Administración de medicamento según kardex.
		Cuidado de la vía endovenosa.
		Educación a la familia a brindar los alimentos a su paciente.
		Enseñar a los familiares la importancia del cambio de posición.
		Realizar BHE.
		Estimular al paciente a la movilización.
		Estimular al paciente a la comunicación.
	27-10-09	9:00am
10:00 am		Pedir permiso al personal de turno para realización de acciones de enfermería en su servicio.
		Control de funciones vitales.
		Verificar órdenes médicas.
		Retiro de vía ev.
		Retiro de sonda Foley
		Brindar consejería a la familia sobre los cuidados en el hogar.
		Brindar consejería sobre como prevenir un ACV.
		Vestir al paciente para su alta.
		Enseñar a los familiares a realizar el cambio de ropa.
		Coordinar con el personal de turno para la donación de algunos medicamentos indicados.
		Coordinar con fisioterapeuta sobre los cuidados a seguir.
		Trasladar al paciente en silla de ruedas hasta la unidad de transporte a su domicilio.
		Brindar información a los familiares sobre un lugar y posturas adecuadas dentro del domicilio.
	Enseñar a la familia sobre la administración de los medicamentos	

		prescritos en el alta.
28-10-09	9:00am	Visita domiciliaria.
		Control de funciones vitales.
		Enseñar a familiares a realizar higiene del paciente.
		Verificar la correcta administración de alimentos.
		Verificar la administración de medicamentos.
		Verificar la realización de ejercicios.
		Verificar el cambio de posición del paciente.
		Se observó mejoría en cuanto a respuesta verbal (paciente responde a preguntas)
		Se brinda información sobre estimulación del lenguaje.

### 3.5. EVALUACIÓN

ETAPAS DEL PROCESO	EVALUACIÓN
<b>VALORACIÓN</b>	Se realizó de la siguiente manera: <ul style="list-style-type: none"><li>* La captación del paciente se llevó a cabo en el servicio de Medicina del H.R.V.F.</li><li>* Se realizó el examen físico integral al paciente.</li><li>* Se realizó la valoración de los patrones funcionales de salud, gracias a la colaboración del paciente y los familiares.</li></ul>
<b>DIAGNÓSTICO</b>	Cada uno de los diagnósticos se plateó después de un minucioso análisis, presentándose los más importantes de acuerdo a su priorización.
<b>PLANIFICACIÓN</b>	Esta se realizó de acuerdo a los diagnósticos presentados priorizando acciones del personal de enfermería en las áreas física, biológica y psicológica tanto del paciente como de los familiares.
<b>EJECUCIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>* Se logró brindar una atención integral al paciente, gracias a la colaboración del personal que labora en el servicio, ya que me brindaron las facilidades para realizar la atención al paciente.</li><li>* Se logró orientar a los familiares acerca de los cuidados que debe recibir el paciente.</li></ul>
<b>EVALUACIÓN</b>	Asimismo de todas las actividades programadas, se realizaron en un 90% lo cual fue provechoso para el estado de salud del paciente, el cual va evolucionando favorablemente.

#### IV. DISCUSIÓN

Los pacientes que han sufrido un ICV se encuentran en la mayoría de los casos limitados de las actividades físicas, sensoriales y motoras, de esta forma son mas susceptibles y dependientes de un personal capacitado que ayude a contribuir con sus requerimientos y necesidades y hacer mas llevadera el proceso de recuperación.

Los planes de cuidado de enfermería presentados, reflejan la experiencia adquirida durante el cuidado a un paciente con diagnostico ACV isquémico, hemiplejia derecha, en el Servicio de Medicina del Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas, la cual refleja que el paciente que ha sufrido un ACV necesita asistencia permanente, por tal motivo es de suma importancia brindar la información necesaria a los familiares para que puedan asistir a su paciente y hacer mas llevadera la vida diaria.

## V. CONCLUSIÓN

El objetivo de este trabajo, basado en la detección de problemas, planteamiento de objetivos y desglose de actividades nos podrá llevar a una certera intervención de enfermería basada en conocimientos teóricos y prácticos, cuya objetivo se basa en la pronta recuperación y rehabilitación del paciente con infarto cerebro vascular con mínimas secuelas y en las mejores condiciones posibles y así conseguir la máxima independencia.

## VI. RECOMENDACIÓN

El cuidado de enfermería a un paciente implica considerarlo como un "Todo Funcional" , es decir el paciente debe ser reconocido en su totalidad no es posible separar los componentes físico, social y emocional de su salud, pues si el paciente requiere hospitalización se alejará involuntariamente de sus actividades normales, de la convivencia con familiares y amigos, por tal motivo se recomienda a la enfermera realizar una valoración minuciosa y detallada a fin de identificar alteraciones principalmente de índole emocional, ya que las alteraciones físicas generalmente son tratados por el personal médico restándole importancia al componente psicológico.

## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 7.1. HARRISON. (2006). "Principios de Medicina Interna". 16ª ed. Edit. Mc. Graw Hill. España. Pág. 153, 155, 162-163, 173-178.
- 7.2. HARRISON. (2006). "Manual de Medicina". 6ª ed. Edit. McGraw-Hill Interamericana. España. Pág.: 59 – 62, 65-66.
- 7.3. VADEMECÚM MÉDICO Del PERÚ. (2005). "La Revista Médica". Lima- Perú. Pág. 694, 241, 469, 48, 212, 487.
- 7.4. CARDENAS La PEÑA. (1996). "Terminología Medica". 3ª ed. Edit. McGraw-Hill Interamericana. México. Pág.: 19, 172, 234, 346, 456.
- 7.5. LINDA JUALL CARPENITO. (1994). "Planes De Cuidado Y Documentación En Enfermería". 2ª ed. Edit. McGraw-Hill Interamericana. España. Pág.: 219- 229.
- 7.6. MANUAL CTO de Medicina y Cirugía. (2005). "Farmacología". 6ª ed. Edit. Gráfica S.R.L. España. Pág.: 12-13.
- 7.7. PAMELA KIDD; PATTY STURT. (1995). "Urgencias en Enfermería". 2ª ed. Edit. Océano. España. Pág.: 137-142, 146-156.
- 7.8. LÓPEZ Valdés E., SANZ GARCÍA RM, PORTA J. (2000). "Manual de Diagnóstico y Terapéutica médica". 3ra. Ed. Edit. Aula Médica. México. P. 136, 146, 148-152.
- 7.9. RUIZ, L, RIZO, P. (1996). "Planificación de Cuidados a Pacientes de AVC Enfermería Clínica". 1ra Ed. Edit. Océano. España. P: 158-163.
- 7.10. A. CORUÑA. (2006). "Tratamiento de Terapia Ocupacional en el Accidente Cerebrovascular". 3ra Ed. Edit. Océano/Ergón. España. P: 12-24.

# ANEXOS

VIII. ANEXOS

A) TARJETAS FARMACOLÓGICAS

**RANITIDINA**

(Zantac, Atural, Ranitas, Ulcip)  
Antagonistas de los Receptores H<sub>2</sub> / Antiulceroso

**MECANISMO DE ACCIÓN** : Bloquea competitivamente los receptores de las histaminas H<sub>2</sub>, inhibe la secreción ácida basal y la que son estimuladas por el nervio vago, alimentos, cafeína, pentagastrina.

**INDICACIONES** : úlcera duodenal, úlcera gástrica, esofagitis de reflujo, hemorragia digestiva, síndrome de Zollinger.

**REACCIÓN ADVERSA** : Hipotensión transitoria, rash, alopecia, diarrea, náuseas, vómitos, artralgias, insomnios, palidez.

**PRESENTACIÓN** :

Tab. 150- 300 mg  
Comp. 150- 300 mg  
Amp. 50mg/  
Tab. Eferv. 150- 300 mg

**POSOLOGÍA** :

Adultos : 150 – 300 mg V.O / 50 mg IM/EV C/ 6 h / infusión 6.25 mg/h

## CEFTRIAXONA

(Cefalogen, Rocephin, Cefotal)  
Cefalosporina de 3era generación/Antibiótico

**MECANISMO DE ACCIÓN** : Inhibe la síntesis de la pared bacteriana al impedir la formación de las uniones entre las cadenas de peptidoglicanos, que permiten la estabilidad de la pared, disminuyendo su resistencia y rigidez.

**INDICACIONES** : Infecciones por gérmenes sensibles del tracto respiratorio inferior, urinarias, de la piel y tejidos blandos intraabdominales incluyendo peritonitis, osteoarticulares, meningitis, septicemia, EPI.

**REACCION ADVERSA** : Rash, prurito, diaforesis, colitis pseudomembranosas, diarrea leve, náuseas, vómitos, cefalea, flujo vaginal.

**PRESENTACIÓN** :

Fco: 250mg. 1g. IM  
Fco. 500mg. 1- 2g. EV

**POSOLOGIA** :

Adultos : 1-2 g. IM/EV C/24 horas. Alternativamente 500mg- 1g. C/12 horas.

## CAPTOPRIL

(Caposan, Capoten, Digram, Nolectin)

**MECANISMO DE ACCIÓN** : Inhibe la enzima convertidora de Angiotensina (IECA). Bloqueando la formación de Angiotensina II. Que es un potente vasoconstrictor y estimulante de la secreción de aldosterona.

Son vasodilatadores arteriovenosos e hipotensores, sin alterar los reflejos cardiovasculares, producen la eliminación de sodio, reducen el consumo de oxígeno por el miocardio y mejoran el volumen minuto en pacientes con insuficiencia cardíaca, pero no la aumentan en caso de hipertensión arterial.

### INDICACIONES :

- Insuficiencia cardíaca: reduce la mortalidad, tanto más cuanto más grave es la insuficiencia de base.
- IAM: indicados desde el primer día, reducen la mortalidad y la morbilidad, tanto precoz como tardía, siendo claramente más beneficioso en caso de disfunción del ventrículo izquierdo.
- HTA: eficaces principalmente en la hipertensión de origen renal o vasculorenal y en las formas graves.
- Nefropatía Diabética: Efecto nefroprotector al reducir la infiltración de la albuminuria.

**REACCION ADVERSA** : La tos, insuficiencia renal, hiperpotasemia, neutropenia.

### PRESENTACIÓN :

Tab. 25mg. caj. x 30 u.  
30mg. Caj. x 30u.

### POSOLOGIA :

Adultos : 25 mg V.O. c/ 8 a 12 h.

## **ALPRAZOLAM**

**(ALPAZ, XANAX)**  
**Ansiolítico.**

**MECANISMO DE ACCIÓN** : su efecto deriva de la interacción con el receptor neuronal GABA. en el cual a través del ionóforo para el cloruro, se hiperpolariza la neurona post sináptica inhibiendo la descarga neuronal.

**INDICACIONES** : Ansiolítico, Hipnótico, Antipánico.

**REACCION ADVERSA** : taquicardia, hipotensión, síncope, exantema, prurito, rash.

**PRESENTACIÓN** :

Tab.: 0.25mg

Tab.: 0.5 mg.

### **POSOLOGIA**

**Ansiedad** : Adultos 0.25 mg. V.O. 3v/d.

**Trastornos del Pánico** : Adultos 0.5 – 1 mg V.O. 3v/d.

## LOZARTAN

(Cozaar, Lozacor)  
Antihipertensivo.

**MECANISMO DE ACCIÓN** : Bloquea el efecto vasoconstrictor de angiotensina II y reduce la secreción de aldosterona. Actúa en el músculo liso vascular y glándulas suprarrenales.

**INDICACIONES** : Hipertensión Arterial.

**REACCIÓN ADVERSA** : taquicardia, bradicardia, hipotensión, síncope, exantema, prurito, rash, diaforesis, anoxia, estreñimiento.

**PRESENTACIÓN** :

Tab.: 50 mg.V.O.

**POSOLOGIA**

**Ansiedad:** Adultos 50 mg. V.O. 1v/d.

## **B. Régimen: Dieta Blanda Hiposódica.**

### **Alimentos Prohibidos:**

- Quesos salados.
- Condimentos.
- Café.
- Embutidos.
- Conservas.
- Carnes grasas.

### **Alimentos Permitidos:**

- Leche.
- Huevos sancochados.
- Pan.
- Carne; pollo (sancochado).
- Frutas; (todas).
- Verduras: (todas).
- Tubérculos: papa, yuca, camote (purés.).
- Arroz, fideo, sémola, trigo.

### **Recomendación:**

- Usar poca sal.
- Alimentos sancochados.
- Postres; mazamorra de leche con harina, flan, arroz con leche.

### **Modulo de la Dieta:**

#### **Desayuno:**

- 1 taza de avena.
- 1 taza de leche.
- 1 pan.
- 1 tajada de queso. (10: 00 am una taza de leche y pan).

#### **Almuerzo:**

- Sopa de fideo 1 taza.
- Arroz ½ taza.
- Puré ½ taza.
- Pollo guisado 1 presa
- Postre; mazamorra de leche. (3:00 pm un pan o bizcochuelo.)

#### **Comida:**

- Sepa de sémola + una presa de pollo.
- Mazamorra de maicena con/ leche.

### C. ESCALA DE COMA DE GLASGOW

CATEGORIA	RESPUESTA	DESCRIPCIÓN/TECNICA	PUNTUACION
<b>Mejor respuesta ocular.</b>	Apertura espontánea de los ojos	Abre los ojos sin estímulos verbales o táctiles.	4
	Apertura de los ojos ante un estímulo verbal.	Abre los ojos cuando se le solicita o se lo llama por su nombre. Comience con un tono normal de voz e incremente según sea necesario.	3
	Apertura de los ojos ante un estímulo doloroso.	Pellizque el músculo trapecio o la cara anterior del brazo o del muslo.	2
	No abre los ojos	No abre los ojos ante los estímulos dolorosos.	1
<b>Mejor respuesta motriz.</b>	Obedece órdenes simples.	Eleva los brazos o muestra un muero específico de dedos cuando se le pide.	6
	Localiza el dolor.	No puede seguir ordenes pero localiza el estímulo doloroso e intenta retirarlo con la mano.	5
	Se retira del dolor.	No localiza en realidad la fuente del dolor con la mano, pero se retira del dolor.	4
	Flexión anormal (en respuesta a estímulo nociceptivo o doloroso).	Hombros en abducción, brazos en flexión y pronación, muñecas en flexión, mano empuñada. (Postura de decorticación).	3
	Extensión anormal (en respuesta a estímulo nociceptivo o doloroso).	Hombros en abducción, brazos en rotación interna, antebrazo en extensión, muñeca en flexión. (Postura de descerebración).	2
	Ausencia de respuesta motriz.	Flácido, no hay respuesta a los estímulos dolorosos máximos aplicados.	1
<b>Mejor respuesta verbal.</b>	Orientado.	Puede conversar, esta orientado en tiempo, espacio y persona.	5
	Confuso.	Puede conversar pero no esta del todo orientado o demuestra confusión.	4
	Palabras inadecuadas.	Las palabras son reconocibles pero no tienen sentido. Expresa las palabras en forma desorganizada.	3
	Sonidos incomprensibles.	Las palabras son irreconocibles gruñidos – quejidos.	2
	Ninguno.	No hace ningún sonido en respuesta al dolor.	1

F. PANEL FOTOGRÁFICO.

Control de funciones vitales



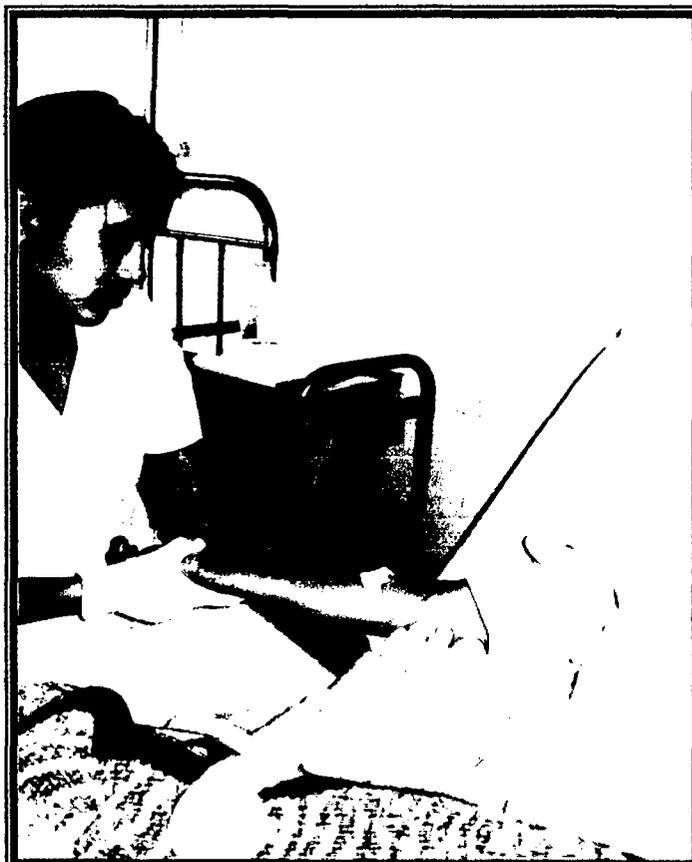
Valorando Reflejo De Babinski



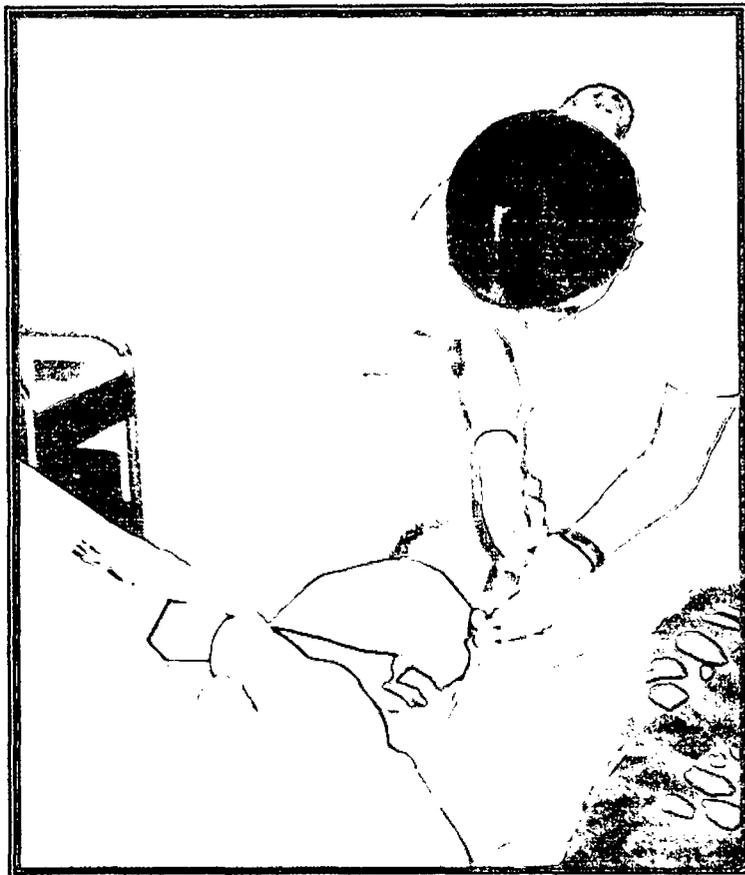
**Brindando sesiones educativas a los familiares.**



**Enseñando la importancia de la movilización de las extremidades afectadas.**



**Retiro de sonda foley**



**Cambio de ropa del paciente con ayuda de familiar**



Enseñando a familiares a contribuir con la alimentación de su paciente.



Verificando la vía endovenosa permeable



**Enseñando la correcta posición al brindar la alimentación.**



**Educar a brindar comodidad y confort en el domicilio.**



**Verificando la realización de ejercicios en el hogar.**



**Verificando la realización de la terapia ocupacional.**



Estimular a paciente a alimentarse por si sola.





---

**PLAN DE SESIÓN EDUCATIVA N° 01**

**I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

- \* **Tema** : "Cuidados a un paciente con Infarto Cerebro Vascular"
- \* **Dirigido a** : Paciente y/o familiares
- \* **A cargo de** : Bach. Enf. Bartra Bautista, Carla.
- \* **Lugar** : Unidad del Paciente /Servicio de Medicina del Hospital Regional Virgen de Fátima
- \* **Fecha** : 27-10-09
- \* **Hora** : 4: 00 pm.
- \* **Duración** : 15 minutos

**II. FINALIDAD**

Optimizar la recuperación y evitar las complicaciones de un paciente con Infarto Cerebro Vascular

**III. OBJETIVOS**

- \* Garantizar una atención de calidad que esta orientada a disminuir las complicaciones de un infarto cerebro vascular.

**IV. RECURSOS**

- \* **Humanos** : Bach. Enf. Bartra Bautista, Carla.
- \* **Institucionales** : Unidad del Paciente /Servicio de medicina del Hospital Regional Virgen de Fátima
- \* **Materiales** : Material de escritorio, Tríptico Informativo Alusivo al tema

**V. METODOLOGIA**

- \* **Motivación** : Se iniciara la reunión educativa, pidiendo la opinión de la participante sobre la importancia de los tema a desarrollar.
- \* **Desarrollo del Tema** : El desarrollo del tema será expositivo Teórico-Práctico utilizando el tríptico.
- \* **Evaluación** : La evaluación se hará a través de preguntas directas.



## VI. CONTENIDO

### ✓ CUIDADOS EN EL PACIENTE CON ACV

- Mantener al paciente en una posición cómoda, la cual debe ser modificada con regularidad para evitar que se dañe la piel en los puntos de presión.
- Mantenerlo limpio y atender sus necesidades fisiológicas.
- Asegurarse de que ingiere los alimentos adecuados y el suficiente líquido.
- Mantener la función respiratoria.
- Proteger la piel.

### ✓ EL ROL DE LA FAMILIA

La familia es el sustento más importante en el largo proceso de rehabilitación. Únicamente los miembros de la familia le pueden demostrar al paciente que es querido, necesitado y todavía importante para ellos.

Algunos miembros de la familia también deben responsabilizarse del cuidado. Una buena forma de que los miembros de la familia cuiden adecuadamente del paciente es practicando durante la internación en el hospital.

### ✓ FISIOTERAPIA RESPIRATORIA

- Medio ambiente: Evitar las atmósferas secas.
- Hidratación: Mantener una adecuada hidratación.
- Cuidados posturales: para mejorar la ventilación y evitar la congestión pasiva del pulmón.
- Mantener la permeabilidad de las vías aéreas: para ello se debe hacer una tos reglada (inspiración profunda y espiración brusca con contracción de la musculatura espiratoria), incluso estimulación mecánica de la tos, expectoración asistida y, en último caso, aspiración con sonda.
- Mantener una ventilación adecuada: ejercicios fisioterápicos respiratorios para realizar una ventilación correcta y dirigida.
- Drenaje postural: Permiten que las secreciones pulmonares drenen por la acción de la gravedad hacia los bronquios mayores o tráquea, para su expulsión. Si el anciano no puede realizar los drenajes se le aplica percusión o vibración (clapping)
- Enseñar a toser y expectorar eficazmente: ejercicios respiratorios frente al espejo, ayudando a tomar un buen ritmo respiratorio (con inspiración profunda y espiración prolongada) y dirigiendo la ventilación hacia zonas concretas donde el paciente tenga mayores problemas respiratorios, intentando siempre aumentar la capacidad pulmonar y de ventilación.



✓ **PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN:**

Lesión que se produce en la piel de cualquier parte del cuerpo al ejercer sobre ésta una presión prolongada contra un plano duro.

- Examen diario de la piel del anciano.
- Movilizaciones pasivas articulares.
- Disminuir la presión y modificar los puntos de presión mediante cambios posturales cada 2 horas en pacientes encamados y en pacientes en sedestación cada 30 minutos.
- El cabezal de la cama debe tener una inclinación inferior a 30°.
- Colocar protectores locales de material acolchado para proteger las prominencias óseas.

✓ **MEMORIA**

Se pueden esperar algunos problemas en la memoria en personas que han sufrido un ACV. Cuando se trabaja con deficiencias en la memoria, las personas que cuidan al paciente diariamente pueden colaborar de la siguiente forma:

- Estableciendo una rutina fija en cualquier momento posible
- Dándole mensajes cortos para que logre una mayor retención
- Presentándole nueva información paso a paso
- Utilizando ayuda memoria como agendas, escribiendo notas etc.
- Utilizando objetos familiares y asociaciones antiguas para enseñar nuevos patrones.

✓ **INCONTINENCIA**

El control del intestino y la vejiga es una función del sistema nervioso automático. Normalmente un ACV cortical que afecta solo un hemisferio deja a la persona sin la capacidad de controlar el intestino y la vejiga. Sin embargo, déficits en la memoria pueden interferir con la incontinencia. Personas que han tenido ACV pueden darse cuenta cuando tienen que orinar o defecar, pero a veces lo hacen un segundo tarde y así ser Incontinentes. Pueden llegar a tener problemas o perder capacidad para comunicar su necesidad de ayuda para ir al baño. También pueden tener problemas o perder capacidad para llegar al baño.



✓ TERAPIAS DE REHABILITACIÓN

REABILITACION DEL ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR	
TIPO	OBJETIVO
TERAPIA FISICA	Volver a aprender a caminar, sentarse, acostarse, y cambiar de un tipo de movimiento a otro. De entrada hacer movimientos pasivos, y luego pasar a activos
TERAPIA OCUPACIONAL	Volver a aprender a comer, beber, tragar, vestirse, bañarse, cocinar, leer, escribir, cuidado personal. Utilizar refuerzos para piernas, apoyos de resorte, marcos o bastones
TERAPIA DE DICCIÓN O DEL HABLA.	Volver a aprender el lenguaje y las destrezas de comunicación.
TERAPIA PSICOLÓGICA O PSIQUIÁTRICA.	Aliviar algunos problemas mentales y emocionales relacionados.

El objetivo de la terapia física es lograr que el paciente que sufre un accidente cerebrovascular vuelva a aprender actividades motoras simples. El objetivo de la terapia ocupacional es ayudar al paciente a ser independiente o alcanzar el nivel más alto posible de independencia. La terapia del habla ayuda al paciente a volver a aprender el lenguaje y la dicción o aprender otras formas de comunicación. También es beneficioso que los miembros de la familia del paciente reciban ayuda psicológica.

✓ PIE GERIÁTRICO

Debido a las alteraciones vasculares y osteoarticulares, así como a las modificaciones que sufre la marcha con la edad, se provocan cambios en la distribución de las cargas, lo cual hace que disminuya o aumente la presión en determinadas zonas del pie.

En primer lugar destacaremos la importancia de la profilaxis de las afecciones del pie con los siguientes consejos:

- Higiene: Lavado diario y secado minucioso de espacios interdigitales.
- Ejercicios de la musculatura del pie y la pierna: caminar de puntillas y sobre los talones 2 ó 3 veces al día.
- Calcetín: Que permita la transpiración.
- Calzado: Zapatos holgados y flexibles
- Uñas: Cuidado minucioso, baños previos al cortado que debe ser regular y cuadrado.
- Hiperqueratosis: Suelen producirse por el roce del calzado.

✓ PÉRDIDA DE CONTROL EMOCIONAL

Las personas que han tenido un ACV pueden mostrar una pérdida parcial del control emocional. Pueden pasar de la carcajada al llanto sin ninguna razón aparente. A veces las personas que han tenido un ACV lloran porque están deprimidas. El llanto excesivo o impredecible es el resultado del daño sufrido en el cerebro, y no está directamente conectado con pérdida de percepción.



Esta pérdida de control emocional a causa de un daño orgánico en el cerebro es conocida como labilidad emocional.

✓ **ACTIVIDADES BÁSICAS EN LA VIDA DIARIA**

- Alimentación: indicándole la postura correcta para la alimentación.
- Aseo personal: lavarse la cara, manos, dientes, peinarse, afeitarse.
- Vestido: primero la parte superior y luego la parte posterior incluyendo las prendas mas complejas.
- Baño: incluyendo el traslado hacia la bañera o ducha, siempre se realizara esta actividad en sedestacion.

**VII. EVALUACIÓN**

Se evaluara mediante pregunta para comprobar si el paciente y/o familiares comprendieron el desarrollo del tema, en caso contrario se realizará el reforzamiento en los ítems que no se haya comprendido, además se permitirá que los participantes pregunten sus inquietudes.

\* **REFLEXIÓN SOBRE LO APRENDIDO**

El paciente y familiares reflexionan acerca de la importancia de los cuidados en el paciente con ACV y de no cumplirlas cuales podrían ser sus consecuencias.

\* **TAREAS Y COMPROMISOS**

El paciente y familiares se compromete a:

- Cumplir con las indicaciones y recomendaciones que se le brindó para así favorecer su rápida recuperación.

**VIII. BIBLIOGRAFIA**

- \* A. Coruña. (2006). "Tratamiento de terapia ocupacional en el accidente cerebrovascular". 3ra Ed. Edit. Océano/Ergon. España. P: 12-24.
- \* Pamela kidd y Patty Sturt. "Urgencias en enfermería". 2da Ed. Edit. Océano. España. P: 136-156.



UNIVERSIDAD NACIONAL  
TORIBIO RODRIGUEZ DE MENDOZA DE AMAZONAS  
*Facultad De Enfermería*



- Se Proporcionó información al paciente y familiares válida para su rehabilitación.
- Se logró corregir las creencias erróneas que tiene el paciente y familiares con respecto al consumo de algunos alimentos, los cuales pueden causar daño a su salud.

Es todo cuanto tengo que informar para los fines pertinentes.

Atentamente

Bach. Enf. Bartra Bautista, Carla.



UNIVERSIDAD NACIONAL  
"TORIBIO RODRIGUEZ DE MENDOZA  
DE AMAZONAS"  
*Facultad De Enfermería*



**CUIDADOS A UN PACIENTE  
CON ACCIDENTE CEREBRO  
VASCULAR (ACV)**



Elaborado por:

Bach. Enf. Carla Bartra Bautista.



---

**PLAN DE SESIÓN EDUCATIVA N° 02**

**I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

- \* **Tema** : “Como prevenir un accidente cerebro vascular”
- \* **Dirigido a** : Paciente y/o familiares.
- \* **A cargo de** : Bach. Enf. Bartra Bautista, Carla
- \* **Lugar** : Unidad del Paciente /Servicio de Cirugía del Hospital Regional Virgen de Fátima
- \* **Fecha** : 27-10-09
- \* **Hora** : 4:30
- \* **Duración** : 15 minutos

**II. FINALIDAD**

Optimizar la recuperación adecuada del paciente y se reintegre a su vida cotidiana sin dificultad alguna.

**III. OBJETIVOS**

- \* Garantizar los cuidados del paciente una vez fuera del hospital.
- \* Disminuir el temor y la ansiedad del paciente.

**IV. RECURSOS**

- \* **Humanos** : Bach. Bartra Bautista, Carla
- \* **Institucionales** : Unidad del Paciente /Servicio de Medicina del Hospital Regional Virgen de Fátima
- \* **Materiales** : Material de escritorio, Tríptico Informativo Alusivo al tema

**V. METODOLOGIA**

- \* **Motivación** : Se iniciara la reunión educativa, pidiendo la opinión de la participante sobre la importancia de los tema a desarrollar.
- \* **Desarrollo del Tema** : El desarrollo del tema será expositivo Teórico-Práctico utilizando el tríptico.
- \* **Evaluación** : La evaluación se hará a través de preguntas directas.



## VI. CONTENIDO

### ✓ FACTORES CONTROLABLES PARCIALMENTE

- **Enfermedad del corazón:** La enfermedad cardiovascular tiene relación con el corazón y los vasos sanguíneos. Ciertos tipos de ACV, como la trombosis, están relacionados con una condición conocida como la aterosclerosis
- **Hipertensión:** La hipertensión se refiere a la alta presión sanguínea. Alta presión sanguínea significa que la fuerza de la sangre contra las paredes arteriales es demasiado alta. Como resultado, las arterias se debilitan y pueden reventar. Si ocurre en el cerebro, se llama hemorragia cerebral.
- **Diabetes:** Con diabetes tienen mayor riesgo de sufrir un ACV que los no diabéticos. Es importante que el diabético conduzca su problema de la mejor forma, siguiendo la dieta adecuada y las instrucciones médicas.

### ✓ FACTORES CONTROLABLES

- **Colesterol alto:** El colesterol alto se refiere a la existencia de grasa en la sangre. La grasa genera placas, que crecen en los revestimientos de los vasos sanguíneos. Esas placas pueden romperse y llevar a un ACV embólico, o crecer de tal manera de que un ACV trombótico tenga lugar. Es importante mantener una dieta baja en grasas después de volver de la internación de un ACV.
- **Fumadores:** El cigarrillo tiene un efecto vaso constrictor. Esto significa que fumar un cigarrillo puede causar que un vaso sanguíneo se achique.
- **Alcohol:** El alcohol se convierte en un factor de riesgo cuando se consume en exceso. El consumo en exceso contribuye a una alta presión sanguínea.
- También contribuye a la ataxia (pérdida de equilibrio), que generalmente es un problema luego de un ACV.
- **Obesidad:** Contribuye negativamente a la diabetes, a la hipertensión, a los ataques al corazón, y el colesterol alto. Si se controla el tema del peso, se estará controlando un factor de riesgo importante.



### ✓ SEÑALES Y SÍNTOMAS DE UN ACV

Su cuerpo le puede avisar la posibilidad de sufrir un ACV. Lo hace mostrándole ciertos síntomas que puede reconocer y se los puede comunicar inmediatamente a un personal de salud.

- Un repentino debilitamiento y entumecimiento de la cara, brazo, pierna o cierto lado del cuerpo.
- Un repentino cambio o pérdida de la visión, especialmente en un solo ojo.
- Pérdida del habla, o problemas para hablar y entender el lenguaje.
- Dolores de cabeza severos sin motivos aparentes.
- Pérdidas de equilibrio y caídas inexplicables.

### VII. EVALUACIÓN

Se evaluara mediante pregunta para comprobar si el paciente y/o familiares comprendieron el desarrollo del tema, en caso contrario se realizará el reforzamiento en los ítems que no se haya comprendido, además se permitirá que los participantes pregunten sus inquietudes.

#### \* REFLEXIÓN SOBRE LO APRENDIDO

El paciente y familiares reflexionan acerca de la importancia de los conocimientos generales que debe tener un paciente con ACV y de no cumplirlas cuales podrían ser sus consecuencias.

#### \* TAREAS Y COMPROMISOS

El paciente se compromete a:

- Cumplir con las indicaciones y recomendaciones que se le brindó para así prevenir un nuevo episodio de ACV.

### VIII. BIBLIOGRAFÍA

- \* López Valdés E., Sanz García RM, Porta J. (2000). "Manual de Diagnóstico y Terapéutica médica". 3ra. Ed. Edit. Aula Médica. México. P. 136, 146, 148-152.
- \* Ruiz, L, Rizo, P. (1996). "Planificación de cuidados a pacientes de AVC Enfermería clínica". 1ra Ed. Edit. Océano. España. P: 158-163.



**INFORME DE SESIÓN EDUCATIVA N° 02**

Chachapoyas, 27-10-09

**INFORME N° 02-2009.UNAT-A/ FE/ Bach. Enf.C.B.B.**

**A** : Mg. Enf. León Montoya, Gladys Bernardita (Presidente)  
Lic. Enf. Teresita A. Damián Cubas (Secretaria)  
Mg. Enf. Pineda Castillo, Roxana. (Vocal)

**DE** : Bach. Enf. Bartra Bautista, Carla.

**ASUNTO** : REMITE INFORME DE SESIÓN EDUCATIVA N° 02

**FECHA** : 27-10-09

Es grato dirigirme a Uds. para saludarles cordialmente y al mismo tiempo hacerles llegar el Informe de La Sesión Educativa N° 02 "Signos y síntomas de las complicaciones en un infarto cerebro vascular" según se detalla a continuación:

**I. IDENTIFICACIÓN**

- \* **Tema** : Manejo de factores de riesgo para evitar complicaciones y o recaídas de un infarto cerebro vascular.
- \* **Duración** : 15 minutos.
- \* **Hora** : 4:30 PM
- \* **Lugar** :Unidad del Paciente /Servicio de medicina del Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas.
- \* **Dirigido a** : **Paciente y/o Familiares.**
- \* **Responsable** : Bach. Enf. Bartra Bautista, Carla.

**II. FUNDAMENTACIÓN**

Se hace llegar el presente informe con la finalidad de dar a conocer cumplimiento de actividad.

**III. OBJETIVO**

Informar el cumplimiento de actividad realizada.

**IV. CARACTERISTICAS DEL EVENTO**

La actividad es de carácter educativo para el paciente y familiares.

**V. LIMITACIONES**

- El paciente se encuentra en sala común lo cual dificultó en un inicio la atención del paciente.



## VI. LOGROS

- Se logró entablar lazos de amistad con el paciente y familiares.
- Se Proporcionó información al paciente y familiares.
- Se logró corregir las creencias erróneas que tiene el paciente y familiares con respecto a la actividad diaria que puede generar daño en su organismo.
- Se logró que el paciente pueda identificar signos de complicaciones de un infarto cerebro vascular.
- Se logró sensibilizar al paciente y familiares para acudir a cualquier establecimiento de salud en caso de cualquier signo de alarma.

Es todo cuanto tengo que informar para los fines pertinentes.

Atentamente

\_\_\_\_\_  
Bach. Enf. Bartra Bautista, Carla



UNIVERSIDAD NACIONAL  
"TORIBIO RODRIGUEZ DE MENDOZA  
DE AMAZONAS"  
*Facultad De Enfermería*



**"UN AVISO TE PUEDE  
DEVOLVER LA VIDA"**

**ACCIDENTE CEREBRO  
VASCULAR**



*"Nuestro Conocimiento es Necesariamente Finito,  
Mientras que Nuestra Ignorancia es Necesariamente  
Infinito"*