

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA ESPECIALIZADA
EN PACIENTES CON ACCIDENTE VASCULAR CEREBRAL
ISQUEMICO EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA N° 32
DEL IMSS, EN MEXICO, D.F.

TESINA

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
ENFERMERIA DEL ADULTO EN ESTADO CRITICO

PRESENTA

PEDRO PABLO ARELLANO JIMENEZ

CON LA ASESORIA DE LA DRA.
CARMEN L. BALSEIRO ALMARIO

MEXICO D.F

JUNIO DEL 2008



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

La Dra. Carmen Lasty Balseiro Almario por la asesoría de metodología y corrección de estilo brindada que hizo posible la feliz culminación de esta tesina.

A la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia por la enseñanza recibida por la Especialidad del Adulto en Estado Crítico a través de sus excelentes maestros.

A todo el personal de Enfermería del Hospital General de Zona N° 32 del IMSS por las facilidades otorgadas para la recolección de la información actualizada.

DEDICATORIAS

A mis Padres Andrés Arellano Aguilar y Auroras Jiménez García por todo el apoyo brindado durante toda mi vida y por haber sembrado los principios de la superación personal y profesional que permitieron alcanzar esta meta como Enfermero Especialista.

A mi amada esposa Celia Analco Velázquez e hijas Gabriela y Valeria quienes me apoyaron durante toda la Especialidad en todos los momentos más difíciles.

A mis compañeros de Especialidad M^a. De los Ángeles y Teresita, quienes me dieron su apoyo durante la especialidad hasta culminarla.

CONTENIDO

INTRODUCCION	1
1.- <u>FUNDAMENTACION DEL TEMA DE TESINA</u>	3
1.1 DESCRIPCION DE LA SITUACIÓN PROBLEMA.	3
1.2 IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	5
1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA TESINA	5
1.4 UBICACIÓN DEL TEMA DE ESTUDIO	6
1.5 OBJETIVOS	7
1.5.1 General	7
1.5.2 Específicos	7
2.- <u>MARCO TEORICO</u>	8
2.1 ATENCION DE ENFERMERIA ESPECIALIZADA EN EL PACIENTE CON ACCIDENTE VASCULAR CEREBRAL ISQUEMICO	8
2.1.1 Definición	8
2.1.2 Etiología	9
- Tipo embólico	9
- Tipo trombótico	9
- Subtipos etiológicos	10
• Aterosclerosis de grandes arterias	10
• Cardioembolismo	10
• Enfermedades de pequeños vasos	11
• Otras causas de isquemia cerebral	11

2.1.3 Clasificación	12
- La isquemia cerebral	12
- La hemorragia cerebral	12
2.1.4 Factores de riesgo	14
- Principales factores de riesgo.	15
2.1.5 Manifestaciones clínicas.	16
- Déficit motor	16
- Déficit visual	16
- Déficit sensorial	16
- Trastornos propioceptivos	16
- Déficit de lenguaje	16
- Déficit cognoscitivo	17
- Alteraciones emocionales	17
- Alteración central	17
2.1.6 Diagnóstico.	17
- Diagnóstico Clínico	17
• La entrevista	17
• El examen físico	18
• Diagnóstico diferencial	18
• Estudios de diagnóstico	19
○ La Tomografía Computarizada de cráneo	20
○ La Resonancia Magnética	20
○ La Angiografía Convencional	20
○ Otros estudios no invasivos	21
○ Estudios de laboratorio	21

2.1.7 Tratamiento	22
- Tratamiento farmacológico	22
• Anticoagulantes	22
• Antiagregantes plaquetarios	23
• Trombolíticos	23
• Calcioantagonista	23
2.1.8 Rehabilitación	23
- Guía de rehabilitación para el paciente Con ACV	27
• Preparación de la habitación	27
• Posición acostada sobre el lado del hemipléjico	27
• Posición acostada sobre la espalda	28
• Posición acostada sobre el lado válido	28
• Desplazamiento lateral en la cama	29
• Rotación sobre el lado válido (pasivo)	29
• Rotación sobre el lado válido (activo)	29
• Rotación sobre el lado hemipléjico (Activo)	30
• Posición sentada en cama	30
• Paso de la posición sentada a la posición sentada (pasivo)	31
• Paso de la posición sentada a la posición sentada (activo)	31
• Desplazamiento por movimientos de la pelvis (pasivo)	31

• Desplazamiento por movimientos de la pelvis (activo)	32
• Paso de la silla a la cama y viceversa (A – pasivo)	32
• Paso de la silla a la cama y viceversa (B – más activo)	32
• Paso de la silla a la cama y viceversa (C – pasivo)	33
• Paso de la silla a la cama y viceversa (D – sin ayuda)	33
• Posición sentada frente a una mesa, en una silla de ruedas	34
• Paso de la posición sentada a la posición erecta	34
• Caminar con ayuda frontal	34
• Caminar con ayuda lateral	35
2.2 ACCIONES DE ENFERMERIA ESPECIALIZADA	35
- Medidas asistenciales de primer contacto	35
- Asegurar la permeabilidad de la vía aérea	36
- Mantener una adecuada oxigenación	37
- Vigilar la función cardiaca	37
- Detectar alteraciones electrocardiográficas	38
- Detectar alteraciones del ritmo cardiaco	38
- Manejo de la hipertensión arterial	38
- Mantenimiento del balance hidroelectrolítico	40
- Mantener un adecuado balance nutricional	40

- Control de la glucemia	41
- Control de la hipertermia	41
- Combate del edema cerebral	42
- Tratamiento de la crisis comiciales precoces	43
- Prevención de tromboembolismo pulmonar y de la trombosis venosas	43
- Ulceras por decúbito	44
- Rehabilitación precoz	44
- Manejo de la agitación psicomotriz	44
3. <u>METODOLOGÍA</u>	45
3.1 VARIABLES E INDICADORES	45
3.1.1 Dependientes	45
- Indicadores de la variable	45
3.1.2 Definición operacional	45
3.1.3 Modelo de relación de influencia de la Variable	50
3.2 TIPO DE DISEÑO DE TESINA	51
3.2.1 Tipo de tesina	51
3.2.2 Diseño de tesina	51
3.3 TECNICAS DE INVESTIGACION UTILIZADAS	52
3.3.1 Fichas de trabajo	52
3.3.2 Observaciones	52
4. <u>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</u>	53
4.1 CONCLUSIONES	53
- En aspectos clínicos	53

- En aspectos docentes	54
- En aspectos administrativos	54
- En aspectos de investigación	54
4.2 RECOMENDACIONES	55
- Desde el punto de vista clínico	55
- Desde el punto de vista docente	58
- Desde el punto de vista administrativo	60
- Desde el punto de vista de investigación	61
5. <u>ANEXOS Y APENDICES</u>	62
6. <u>GLOSARIO DE TERMINOS</u>	91
7. <u>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</u>	103

INTRODUCCION

La presente investigación documental tiene como objeto analizar las intervenciones de Enfermería Especializada en pacientes con Accidente Vascular Cerebral Isquémico en el Hospital General de Zona N° 32 del IMSS en México DF.

Para realizar tal análisis se ha planeado desarrollar en esta investigación en el primer capítulo la fundamentación del tema de investigación que tiene diversos apartados de importancia en los que están: descripción de la situación problema, justificación del tema, ubicación, del mismo y objetivos.

En el segundo capítulo se da a conocer el marco teórico de la variable, intervenciones de enfermería especializada del adulto en estado crítico, en donde se ubican todos los fundamentos teóricos-metodológicos de la enfermería especializada que apoyan al problema y a los objetivos de esta tesina es decir, el marco teórico reúne las fuentes primarias y secundarias del problema y de los objetivos.

En el tercer capítulo se ubica la metodología que incluye la variable de enfermería especializada del adulto en estado crítico y el modelo de relación de influencia de la misma, también se incluyen en este capítulo las técnicas de investigación utilizadas: fichas de trabajo y observación.

Finaliza esta investigación documental con las conclusiones, recomendaciones, anexos, apéndices, glosario de términos y las referencias bibliográficas que se encuentran en los capítulos cuarto, quinto, sexto y séptimo respectivamente.

Es de esperarse que al culminar esta tesina se pueda tener un panorama mas general de lo significa la Enfermería Especializada del Adulto en Estado Crítico, en la atención de los pacientes con Accidente Vascular Cerebral Isquémico y con ello resolver en la parte la problemática estudiada.

1. FUNDAMENTACION DEL TEMA DE TESIS

1.1 DESCRIPCION DE LA SITUACIÓN PROBLEMA.

El Instituto Mexicano del Seguro Social es un organismo descentralizado con estructura y patrimonio propio y es considerado como instrumento básico de la seguridad social, puesto que proporciona servicios al público con carácter nacional. Fue creado durante el periodo presidencial del General Manuel Ávila Camacho el 19 de enero de 1943 al promulgarse la ley del Seguro Social.

El Hospital inicia labores el 6 de diciembre de 1978, identificándose como hospital de urgencias y especialidades N° 32, en ese momento el C. presidente de la republica Mexicana fue el Lic. José López Portillo; el director de la unidad, la doctora, Maria de la luz Montoya N. El jefe de enfermeras; Enf. Rene de la lleve.

Se proyecto como unidad de segundo nivel de atención para 80,000 derecho habientes con una capacidad de 120 camas, con cuatro especialidades truncales (Pediatria, Medicina Interna, ginecología y obstetricia y cirugia general y 8 sub-especialidades.

De acuerdo a las necesidades de atención de la población derechohabiente se amplia el servicio de urgencias medicas con 12 camas no censables en observación hombres y 13 en observación mujeres, 8 en observación pediátrica y una cama en la unidad de choque y se integran en las salas de espera un cubículo para toma de signos vitales y realización de diversos procedimientos.

En el año 2005 para cubrir las necesidades de capacitación y formación de recursos humanos para la salud, se incrementan 2 aulas de enseñanza ubicadas en la planta alta.

Actualmente esta atiende a una población de 301,625 derechohabientes, la capacidad de camas censables es de 185 y no censables de 135, con 9 salas quirúrgicas.

Actualmente cuenta con 1695 plazas autorizadas del personal que labora en este hospital donde 638 corresponden al personal de enfermería donde solo el 8% son especialistas, el 30% son licenciadas en enfermería no reconocida actualmente en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Como podemos ver es pobre el número de enfermeras Especializadas, en cuestiones de cursos de actualización no los hay. Dentro de las patologías que atiende el servicio de urgencias son: Dolor abdominal, Diabetes Mellitus, insuficiencia renal crónica, cardiopatía isquémica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, infecciones de vías urinarias, insuficiencia cardíaca, enfermedad vascular cerebral, sangrado de tubo digestivo e hipertensión arterial sistémica.

El servicio de urgencias tiene una gran demanda de atención pero las condiciones del servicio en estructura, recursos materiales y del personal no especializado dejan muchas acciones sin cumplir que son de vital importancia para el paciente, se piensa que muchos

pacientes con accidente vascular cerebral tendrían menos secuelas si se atendieren de manera precoz con calidad y calidez por un enfermero especializado.

Además se reducirían en el paciente algunas complicaciones, secuelas, los trastornos psicológicos, el índice de mortalidad así como los gastos de la familia y de la institución.

También le sugeriría a la institución que mejorara sus instalaciones de oxígeno, de aspiración, de iluminación, y del equipo de monitoreo hemodinámica y además que implementar cursos de actualización para el personal constantemente.

1.2 IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

La pregunta fundamental de esta tesina es la siguiente:

¿Cual es la intervención de la enfermería especializada en pacientes con Accidente Vascular Cerebral Isquémico en el hospital General de Zona N° 32 IMSS en México D.F.?

1.3 JUSTIFICACION DE LA TESINA

La presente tesina se justifica por varias razones:

En primer lugar se justifica por pocas investigaciones realizadas por enfermería especializada en el cuidado del adulto en estado crítico que tengan que ver con los aportes con los pacientes con Accidente Vascular Cerebral Isquémico.

En segundo lugar esta tesina se justifica por que se pretende diagnosticar desde el punto de vista teórico empírico, para el cuidado especializado que requiere el paciente con Accidente Vascular Cerebral, por ello en esta tesina se propone a partir de este diagnostico, diversas medidas de atención especializada que garanticen que un paciente con accidente vascular cerebral tenga la mejor atención.

1.4 UBICACION DEL TEMA DE ESTUDIO

El tema de la presente tesina se ubica en las disciplinas de la Enfermería Especializada de cuidados del Adulto en Estado Crítico.

Se ubica en salud publica por que esta disciplina es la que se encarga de prevenir las enfermedades de cómo ver la salud y de prolongar la vida mediante el esfuerzo organizado en la comunidad que debe auto cuidarse y donde la enfermera debe especializarse para otorgar un tratamiento oportuno y establecer los mecanismos necesarios para prevenir posibles complicaciones, se ubica en enfermería por que en esta profesión es la que imparte la educación a la población de la mejor forma.

Así las enfermeras en salud publica formalizan programas que informan, que educan promueven la salud y en donde la enfermera especialista es quien coordina estas actividades para mantener el bienestar del individuo y de la comunidad.

1.5 OBJETIVO

1.5.1 General

- Analizar las intervenciones de Enfermería Especializada en pacientes con Accidente Vascular Cerebral Isquémico en el Hospital General de zona N° 32 del IMSS, en México, D.F.

1.5.2 Específicos

- Identificar las principales funciones y actividades de la Enfermería Especializada que permita guiar las acciones de todas las enfermeras de esta especialidad para lograr la calidad de la atención de los pacientes en estado crítico.
- Proponer acciones, con las que se puedan mejorar la calidad de atención especializada en el adulto en estado crítico en los pacientes con Accidente Vascular Cerebral Isquémico.

2. MARCO TEORICO

2.1 ATENCION DE ENFERMERIA ESPECIALIZADA EN EL PACIENTE CON ACCIDENTE VASCULAR CEREBRAL ISQUEMICO.

2.1.1 Definición.

La definición más ampliamente aceptada de enfermedad vascular cerebral (EVC) es la adoptada por la organización mundial de la salud: “síndrome clínico caracterizado por el rápido desarrollo de síntomas y o signos correspondientes usualmente a afección neurológica focal, y a veces global, que persiste más de 24 hrs. o conduce a la muerte, sin otra causa aparente que un origen vascular”.

El término Enfermedad Vascular Cerebral se refiere a toda anomalía funcional del sistema nervioso central causada por la interferencia con el aporte normal de sangre al cerebro. La patología puede implicar una arteria una vena o ambas cuando la circulación cerebral queda perturbada como resultado de oclusión parcial o completa de un vaso sanguíneo.¹

¹ Fernando Barinagarrementeria y cols. Enfermedad vascular cerebral Ed. Manual moderno. México, 2003.p 2

2.1.2 Etiología.

La causa desencadenantes de un ACV de tipo Isquémico, son principalmente.

- Tipo embólico.

- Cardíaco. Producido por patologías valvulares, isquemias cardíacas, arritmias, endocarditis, etc.
- No cardíaco. debido a ateromatosis aórtica o carótidea, aneurismas cerebrales, embolias gaseosas postoperatorias o postraumáticas, embolia producida por células tumorales, procesos infecciosos sistémicos, etc.

- Tipo trombótico.

Puede ser secundario a aterosclerosis de arterias carótidas, vertebrales o intracerebrales, arteritis, enfermedades infecciosas arteriales como sífilis, tuberculosis, hipertensión arterial y radioterapia.²

² Susana O, Laurens. manual de enfermería médico quirúrgica patrón cognoscitivo perceptivo. Ed grupo editorial Universitario, México, 2004. p 121.

- Subtipos etiológicos en el AVC Isquémico:

- Aterosclerosis de grandes arterias.

La aterosclerosis es la principal enfermedad de las arterias grandes y de mediano tamaño, y tiende a desarrollarse en los puntos de bifurcación arterial de curvatura (bifurcación carótidea, aortíco) y de confluencia arterial (basilar).

A nivel extracraneal tiende a afectar la bifurcación carótidea y porción proximal de la carótida interna y el origen de las arterias vertebrales. La isquemia cerebral relacionada con la aterosclerosis es el resultado de oclusión trombótica (aterotrombosis) o tromboembólica (arteria-arteria) de los vasos cerebrales.

- Cardioembolismo.

Se debe a la oclusión de una arteria cerebral a partir de una fuente embólica secundaria a un trastorno cardíaco.

Se caracteriza como:

- Episodio súbito con déficit neurológico máximo desde el inicio de la enfermedad isquémica.
- Evidencia de infartos cerebrales previos en diferentes territorios arteriales.
- Presencia de infarto superficial o cortical en estudio de neuro imagen o cuando el infarto sufre transformación hemorrágica.
- Presencia de una fuente cardioembólica específica en la evaluación cardíaca (por eco cardiografía, electrocardiograma).

- Ausencia de una fuente arterial de embolia y de otras causas de isquemia cerebral.

El material embólico de origen cardiaco es muy diverso e incluso trombos, fragmentos de vegetaciones valvulares, partículas calcificadas, material fibromixomatoso y células de tumores cardiacos. Los trombos murales son los más comunes y peligrosos.

- Enfermedad de pequeños vasos.

Las pequeñas arterias penetrantes del parénquima cerebral están sujetas a diversos procesos oclusivos. Estos vasos penetrantes surgen directamente de las arterias localizadas en el espacio subaracnoideo, como las ramas tálamo perforantes de la arteria basilar.

Se manifiesta presentando pequeños infartos conocidos como lacunares. Se ha estudiado y la aterosclerosis es la causante de las lesiones lacunares. Junto con la hipertensión arterial, diabetes mellitus y envejecimiento.

- Otras causas de isquemia cerebral.

Como la disección arterial, la displasia fibromuscular, la vasculitis del SNC, la trombofilia.³

³ Favc, A. Harrison Y Cols. Principios De Medicina Interna Ed. Mcgraw-Hill Interamericana. 14° ed. Vol. I, II. México, 2005. p. 2608.

2.1.3 Clasificación.

La enfermedad vascular cerebral se clasifica en dos grandes tipos: la isquémica y la hemorragia.

- La isquemia cerebral.

Es el estado caracterizado por la disminución del metabolismo energético como consecuencia de disminución del aporte sanguíneo en forma total (isquemia global) o parcial (isquemia focal).

La isquemia solo puede manifestarse solo por daño neurológico funcional, como ocurre en el ataque Isquémico transitorio o puede evolucionar al infarto cerebral, que implica la evidencia morfológica de daño estructural neuronal irreversible.

- La hemorragia cerebral.

Es la consecuencia de la rotura de un vaso cerebral y dependiendo de su localización, se divide en intracerebral y subaracnoidea.

En la hemorragia intracerebral, la rotura vascular da lugar a una colección hemática en el parénquima encefálico.

En la hemorragia subaracnoidea, se presenta extravasación espontánea de sangre hacia el espacio subaracnoideo.

La integridad estructural y funcional del encéfalo requiere un aporte de oxígeno y sustratos metabólicos, en particular de glucosa. Por consiguiente, el flujo sanguíneo adecuado fundamental para

mantener este aporte crítico de sustrato. En condiciones normales, el flujo sanguíneo cerebral es de 50 a 55 ml/100 g de tejido cerebral por minuto y el consumo metabólico de oxígeno es de 3.5 ml/100g de tejido cerebral por minuto.

Además, a través del mecanismo de autorregulación, la circulación cerebral tiene la capacidad para mantener un flujo sanguíneo constante a pesar de cambios en la presión de perfusión cerebral, dentro de ciertos límites (nivel superior 150 mmHg y nivel inferior 60 mmHg). La presión de perfusión cerebral está estrechamente relacionada con la presión arterial sistémica y con la presión intracraneal.

La isquemia no puede considerarse como un proceso anatomopatológico estático; es un estado dinámico e inestable donde la magnitud del daño al tejido cerebral dependerá de tres factores fundamentales:

- La intensidad de la isquemia.
- La duración de la isquemia
- La presencia de la circulación colateral.

La isquemia aparece cuando el aporte sanguíneo cerebral disminuye a menos de 23 ml/min/100g de tejido cerebral; cuando el flujo sanguíneo cerebral se encuentra entre 10 y 23 ml/min. La zona isquémica recibe suficiente flujo sanguíneo para mantener la vitalidad estructural, pero no para realizar funciones fisiológicas

(zona de penumbra), mientras que el flujo cerebral por debajo de 10 ml / min. Se asocia a daño estructural irreversible.

El flujo cerebral regional en la zona de isquemia es proporcionado por la circulación lateral, la cual es responsable de la variabilidad y reversibilidad de la isquemia cerebral focal.

Dependiendo de su duración la isquemia puede ser transitoria sin producir daño cerebral cuando el flujo sanguíneo se restablece con prontitud, o puede prolongarse hasta conducir a la destrucción de las neuronas, dando lugar al infarto cerebral. En el primer caso los síntomas son pasajeros, en forma de episodios conocidos como ataques isquémicos transitorios, que deben considerarse como un signo de alerta, ya que suele proceder a la instalación, en los siguientes días o semanas, del déficit neurológico permanente.⁴

2.1.4 Factores de riesgo

Se emprenden medidas para modificar los factores y trastornos o situaciones que predisponen al accidente, o que agravan la predisposición a sufrirlo.

⁴ Ramón S, Manzanero. Atención Especializada en enfermería al paciente ingresado a la unidad de cuidados intensivos Ed. CEP. Madrid, 2006. p. 231.

- Principales factores de riesgo.

- La hipertensión arterial.
- La patología cardiovascular.
 - Arteriopatía coronaria
 - Insuficiencia cardiaca congestiva
 - Hipertrofia del ventrículo izquierdo
 - Anormalidades del ritmo (fibrilación artrial).
 - Reumatismo cardiaco.
- Colesterol alto
- Obesidad
- La elevación de hematocrito.
- Diabetes Mellitus.
- Anticonceptivos orales.
- Abuso de drogas en especial la cocaína.
- Consumo de alcohol.
- Tabaquismo.⁵

⁵ Susanne C, Smeltzer y cols. Enfermería Médico Quirúrgica Ed. McGraw-Hill Interamericana. 8° ed. México, 2007. p. 1735.

2.1.5 Manifestaciones clínicas

Manifestaciones neurológicas de acuerdo con el territorio arterial afectado, de la extensión de la lesión isquémica y de existencia o no de flujo colateral.

- Déficit motor.

- Hemiparesia o hemiplejía que afecta a la cara, brazo y pierna del lado opuesto a la lesión que puede aparecer parálisis flácida o con pérdida de los reflejos osteotendinosos profundos.
- Ataxia: marcha inestable.
- Disartria: dificultad para formar las palabras.
- Disfagia: dificultad para tragar.

- Déficit visual.

- Hemianopsia homónima: pérdida de la mitad del campo visual.
- Diplopía.
- Pérdida de la visión periférica.

- Déficit sensorial.

- Parestesias en el lado opuesto a la lesión.

- Trastornos propioceptivos.

- Dificultad para interpretar estímulos visuales, auditivos o táctiles.

- Déficit de lenguaje.

- Afasia: expresiva, receptiva o global.

- Déficit cognoscitivo.

- Disminución o pérdida de la memoria a corto y largo plazo.
- Disminución de la capacidad de atención y concentración.
- Dificultad para el razonamiento abstracto.
- Apraxia o incapacidad para realizar actos cotidianos aprendidos.

- Alteraciones emocionales.

- Labilidad emocional.
- Disminución de tolerancia al estrés.
- Irritabilidad, miedo, ira.
- Introversión, depresión y aislamiento.

- Alteración central.

- Signos meníngeos, signos de Babinski.
- Signos de descerebración o decorticación.

2.1.6 Diagnóstico.

- Diagnóstico clínico

- La entrevista.

Siempre que sea posible se debe escoger por medio de entrevistas con la familia o con el paciente sobre la forma de inicio, existencia o no de síntomas anteriores como diplopía, disartria, cefalea, etc.

Existencia de factores de riesgo o antecedentes de hipertensión arterial, aterosclerosis, hipercolesterolemia, diabetes mellitus, etc...

- El examen físico.

Mediante la observación comprobaremos la presencia de vomito, simetría o asimetría facial, descenso del brazo, lenguaje anormal, convulsiones, somnolencia, mirada, o si se distrae fácilmente, labilidad emocional como pasar de la risa al llanto con facilidad, enfadado, impaciencia y disartria (Anexo 4). así como en la evaluación motora de miembros superiores (Anexo 5).

Utilizando las escalas de valoración de Glasgow (Anexo 1), la prehospitalaria de Accidente Cerebro Vascular de valoración de Cincinnati, (Anexo 2). Así mismo la investigación prehospitalaria de Accidente Cerebrovascular de los Angeles (Anexo 3).⁶

- Diagnostico diferencial.

La hemorragia o embolia cerebral es importante a la hora de sentar el pronóstico y decidir la conveniencia de administrar anticoagulante o recurrir a la cirugía.

El diagnostico de embolia tiene una gran importancia, ya que el riesgo de recidiva es grande. En la gran mayoría de los casos de embolismo sistémico los síntomas principales son cerebrales.

⁶. Susanne C. Op. cit. p. 1735.

La angiografía en las primeras 48 horas después del ictus suele poner de manifiesto un patrón de oclusión arterial que es típico de la embolia y permite llegar al diagnóstico.

El diagnóstico de trombosis se sospecha como primera posibilidad cuando el ictus ha sido precedido por antecedentes isquémicos transitorios. Caso de que el síndrome sea de comienzo brusco, la trombosis será clínicamente indistinguible de la embolia.

La hemorragia tiene comienzo típicamente gradual que resulta muy significativo a la hora de establecer un diagnóstico diferencial. Cuando el síndrome se desarrolla hasta una fase avanzada en un plazo de minutos o interrumpe su evolución en el estadio precoz con las manifestaciones de signos poco importantes, la evolución gradual bien pasa desapercibida; el cuadro clínico será entonces inseparable del infarto.

La TAC permite distinguir entre la hemorragia clínicamente poco evidentes y los infartos y debe utilizarse siempre que se plantee la necesidad de un tratamiento anticoagulante.

- Estudios de diagnóstico.

Una vez que se considera, con bases clínicas, que el paciente está desarrollando un accidente vascular cerebral, se requiere de un método de neuroimagen que permita confirmarlo y sobre todo determinar si el proceso vascular es una isquemia o una hemorragia, dada las implicaciones terapéuticas. Además, permite

descartar lesiones no vasculares que ocasionalmente se manifiestan con focalización neurológica aguda.

- La tomografía computarizada de cráneo.

Es hoy en día el método de diagnóstico inicial más útil en el paciente con AVC aguda.

En relación con la hemorragia se detecta en las primeras 24 h de evolución con tomografía computarizada hasta el 98% de los casos, mientras que al final del segundo día se reduce a 75%. La tomografía inicial debe ser simple para evitar que el contraste pueda simular sangrado subaracnoideo.

- La Resonancia Magnética.

Sustituye a la tomografía computarizada en pacientes con isquemia cerebral, cuando se sospecha que la lesión vascular se localiza en el tallo cerebral o cerebelo, este debe ser el estudio inicial dada la mejor definición de las lesiones en la fosa posterior. Así mismo ofrece importantes ventajas en la evaluación de los pacientes con sospecha de trombosis venosas, de los senos dúrales y de los infartos venosos.

- La angiografía convencional.

Es el estándar de oro y a pesar de su invasividad sigue siendo el método de elección en casos seleccionados; en pacientes con isquemia para definir en forma detallada casos de aterosclerosis difusa, sospecha de disección arterial o vasculitis, mientras que en pacientes con hemorragia es de particular utilidad para descartar

aneurismas cerebrales y para definir la angioarquitectura de las malformaciones arteriovenosas.⁷

- Otros estudios no invasivos.

Como la ultrasonografía de alta resolución, de la imagen de flujo doppler codificada a color y del Doppler transcraneal, evaluar en forma completa el estado de la circulación cerebral extracraneal e intracraneal.

Los hallazgos de ultrasonografía Doppler pueden complementarse con otros estudios no invasivos como la angiorresonancia magnética y la angiografía. Cuando se ha establecido el ACV Isquémico, debe considerar la posibilidad de realizar una evaluación cardiovascular completa para descartar una fuente cardioembólica. Se realiza un electrocardiograma, Holter, o un ecocardiograma transesofágico.

- Estudios de Laboratorio.

Se debe considerar en pacientes jóvenes el origen de un ACV Isquémico oclusiva puede estar asociada a estados trombofílicos y requerirse una evaluación completa de las trombofilias hereditarias y adquiridas, incluyendo; hemograma completo, electrolitos, estudios de coagulación.

⁷ Sue, F. Bongard. Diagnostico Y Tratamiento En Cuidados Intensivos. Ed. El Manual Moderno. México, 2005. p. 244.

Para identificar:

- Deficiencia de anticoagulantes naturales: proteína C.
- Proteína S y antitrombina III.
- Resistencia a la proteína C activada.
- Mutación del factor V de Leiden y la mutación 20210 del gen de la protrombina.
- Hiperhomocisteinemia.
- Anticuerpo antifosfolípido.⁸

2.1.7 Tratamiento.

- Tratamiento farmacológico.
 - Anticoagulantes.
 - Cumarínicos
 - Bihidroxicumarina: 75 mg/día V.O.
 - Warfarina: 5mg c/24 horas V.O.
 - Heparina: 10 000 U al inicio, luego 5 000 U c/6 horas ó 1000 U c/hora, subcutáneo. La warfarina y la heparina deben administrarse simultáneamente desde el inicio de la enfermedad y al tercer o cuarto día solo administrar warfarina durante un tiempo, según el caso clínico, debiendo realizarse el monitoreo del tiempo de protrombina y tromboplastina, así como el índice INR.

⁸ Sequera, O. Garcia. Enfermedad Vascular Cerebral Desarrollo Científico De La Enfermería, Ed. Harcourt Agosto 2005. p134.

- Antiagregantes plaquetarios

- Ácido acetilsalicílico: 100 a 150 mg/día VO.
- Triclopídina: 250 mg c/12 horas V.O.
- Trifusal: 350 mg c/12 horas VO.
- Dipyridamol: 75 mg cada 12 horas V.O.
- Clopidogrel: 75 mg/día VO.

- Trombolíticos

- Estreptoquinasa: 750 000 - 1500 000 U en bolo en 60'.
- Uroquinasa y prouroquinasa.
- Factor activador del plasminógeno tisular: 15mg en bolo endovenoso. A los 30 min: 0,75 mg/kg peso y a los 60 min: 0,5 mg/kg peso.

- Calcioantagonista

- Nimodipino: 30 mg cada 8 horas VO. tratamiento en la fase aguda de la isquemia por tromboembolismo arterial y en casos de enfermedad cerebrovascular crónica.⁹

2.1.8 Rehabilitación.

El ictus es una enfermedad aguda con un comienzo brusco pero con consecuencias para toda la vida que producen unos efectos devastadores en la vida del paciente y de su familia. Se considera la

⁹ Ricardo, J. Ginestal. Libro de texto de cuidados intensivos. Ed. Mc Graw-Hill. 1º ed. México. 2005. p. 107.

causa más frecuente de discapacidad de origen neurológico. Su tratamiento rehabilitador ofrece una gran diversidad de métodos y técnicas abordadas desde diferentes puntos de vista por el equipo interdisciplinario que se ocupa de su manejo.

El propio paciente y sus familiares y cuidadores son la pieza más importante del equipo, por lo que deben recibir continua formación, asesoramiento y apoyo psicológico y social.

La enfermera especializada se ocupa ya desde la fase aguda de evaluar los diferentes tipos de déficit y discapacidades; establecer un pronóstico funcional, no siempre en concordancia con las expectativas del paciente y de su familia; coordinar a los diferentes especialistas terapeutas, que intervienen en todo el proceso rehabilitador y finalmente, definir, junto con las opiniones del resto del equipo, en qué momento el proceso de recuperación se ha estabilizado, de tal forma que no justifica la continuación del tratamiento específico.

La enfermera especializada, ya desde los primeros días, es la encargada de lograr una correcta postura del paciente en la cama en los diferentes decúbitos para mejorar la distribución del tono muscular en los diferentes segmentos corporales e incrementar la estimulación sensorial en espera de que vayan reapareciendo unos patrones de movimiento más o menos normalizados.

Al cabo de unos pocos días, cuando el paciente ya está estabilizado dirige sus esfuerzos a mejorar las reacciones de equilibrio en las

diferentes posiciones, estimulación de actividades diarias, transferencias básicas, reeducación de la marcha y ascenso y descenso de escaleras. También están especializados en el manejo de diferentes complicaciones músculo esqueléticas que pueden ir apareciendo como el dolor de hombro, y en la utilización de diversos medios físicos como el calor, el frío y la electroterapia para conseguir mejorar al paciente con ictus.

La enfermera especializada es la única pieza del equipo que pasa con el paciente veinticuatro horas al día. Es sin duda, la que mejor conoce al paciente, sus reacciones diarias, sus temores, por lo que además de los cuidados de enfermería especializada, se ocupa de la alimentación, cuidado de la piel, sondeos, cambios posturales específicos, medicación, cuidados intestinales y vesicales, y manejo psicológico inmediato. Interviene de forma directa en todas las actividades que el paciente realiza en su habitación, transferencias, sedestación, bipedestación, utilización del inodoro, aseo personal y vestido, teniendo en cuenta en todo momento la promoción de autonomía y la prestación de la menor asistencia posible con una finalidad rehabilitadora global.

La enfermera especializada es la encargada de mejorar todos los aspectos alterados del lenguaje oral y escrito, en sus dos esferas de emisión y comprensión, así como de tratar las diversas alteraciones prácticas bucolinguofaciales, y los desórdenes disfuncionales que influyan en los trastornos de la deglución, sobre todo en las etapas tempranas. Y ayuda al paciente en todas las dificultades cognitivas

y de memoria así como alteraciones emocionales y conductuales tan frecuentes en las fases iniciales.

Las técnicas de Facilitación Neuromuscular Propioceptiva descritas por Kabat, Knott y Voss entre otros, se basan en el principio de que todo acto motor es una elaboración del SNC, en respuesta a una múltiple información sensitivo motora simultánea y secuencial, de manera que puede influirse o modificarse mediante diversos estímulos táctiles, propioceptivos, auditivos, visuales, etc. Es un método también muy conocido y utilizado pero es menos específico que los anteriores en la rehabilitación de los pacientes con ictus.

La reeducación de la marcha según las técnicas “orientadas hacia la tarea” no debe retrasarse como se hace en la metodología clásica de Bobath hasta que el paciente ha conseguido un buen control cefálico y del tronco en sedestación y en bipedestación y han desaparecido las reacciones anómalas y la espasticidad ha sido controlada, sino que aseguran que la marcha es una actividad funcional automática que puede y debe adiestrarse de forma precoz aún a pesar de la ausencia de los condicionantes anteriores, por lo que en ocasiones puede ser necesaria la utilización de recursos tales como una pista de marcha (cinta sin fin) con sistema de arnés para suspender al paciente desde la cintura escapular y tronco (utilizable en enfermos hipotónicos o que presentan una inestabilidad estática y dinámica muy importante).¹⁰

¹⁰ Francisco, R. Roberti. Rehabilitación y recuperación funcional del lisiado. Ed. científico-técnicas americanas. Buenos aires, 2006. p. 3.

- Guía de Rehabilitación para el paciente con ACV.

Con el fin de evitar pérdidas sensoriales, el (la) paciente debe recibir la máxima estimulación sensorial posible por el lado afectado.

- Preparación de la habitación.
 - Para ello será necesario preparar la habitación de forma que todas las actividades se desarrollen por ese lado. (Anexo 6)
- Posición acostada sobre el lado hemipléjico.
 - Cama: horizontal.
 - Cabeza: apoyada confortablemente.
 - Tronco: ligeramente inclinado hacia atrás, sostenido por un cojín colocado detrás de la espalda y la cadera.
 - Hombro hemipléjico: hacia abajo y dirigido hacia delante.
 - Brazo hemipléjico:
 - Hacia adelante formando un ángulo de +/- 90° con el cuerpo.
 - Totalmente sostenido sobre una mesa situada cerca de la cama del (la) paciente.
 - El codo extendido lo máximo posible, con la palma de la mano puesta hacia arriba.
 - Pierna hemipléjica:
 - Cadera extendida.
 - Rodilla ligeramente flexionada.
 - Brazo válido: colocado sobre el cuerpo o sobre un cojín.
 - Pierna y pie válidos:
 - Sobre un cojín en posición de marcha.
 - Rodilla y cadera ligeramente flexionada. (Anexo 7)

- Posición acostada sobre la espalda
 - Cama: horizontal.
 - Cabeza: sobre una almohada, sin inclinación hacia delante.
 - Tronco: ligeramente inclinado hacia delante.
 - Hombro hemipléjico y el válido: reposando por igual sobre la almohada.
 - Brazo hemipléjico:
 - Colocado sobre un cojín al lado del cuerpo.
 - En ligera abducción (separación).
 - El codo extendido.
 - Mano con la palma hacia abajo.
 - Dedos extendidos.
 - Cadera hemipléjica:
 - Extendida y colocada sobre el cojín que sostiene el brazo hemipléjico. (Anexo 8).

- Posición acostada sobre el lado válido
 - Cama: horizontal.
 - Cabeza: apoyada confortablemente, en el eje corporal.
 - Tronco: ligeramente inclinado hacia delante.
 - Hombro hemipléjico: hacia abajo y dirigido hacia delante.
 - Brazo y mano hemipléjicos:
 - Colocados sobre un cojín.
 - Formando un ángulo de +/- 100° con el cuerpo con palma de la mano hacia abajo y dedos extendidos.
 - Pierna hemipléjica:
 - Cadera y rodilla ligeramente flexionadas.

- Pierna y pié totalmente colocados sobre un cojín.
- Brazo válido: en posición comfortable a elección del (la) paciente.
- Pierna válida: cadera y rodilla extendidas. (Anexo 9).
 - Desplazamiento lateral en la cama
- Cama: plana totalmente.
- Paciente: acostado boca arriba con las rodillas flexionadas y con los talones lo más cerca posible de los glúteos.
- Facilitación: la rodilla se presiona hacia abajo y hacia los talones del lado hemipléjico.
- La otra mano acompaña la cadera en su movimiento lateral hacia arriba.
- A continuación, desplazar conjunta y lateralmente los hombros y el cojín, con el fin de volver a alinear el cuerpo.
- Rotación sobre el lado válido. (Anexo 10).
 - Rotación sobre el lado válido (Pasiva).
- La rodilla hemipléjica estará flexionada.
- Las manos del (la) paciente estarán juntas.
- Se girará al (la) paciente acompañando el movimiento a nivel del hombro y de la cadera.
- Acomodar con rapidez la postura del (la) paciente. (Anexo 11).
 - Rotación sobre el lado válido (Activa).
- El (la) paciente tendrá las manos juntas.

- La rotación se efectúa acompañando la pierna hemipléjica sujetando a nivel de la cadera y la parte lateral del pie con la rodilla flexionada. (Anexo 12).
 - Rotación sobre el lado hemipléjico (Activa).
- Facilitación:
- A nivel del hombro y rodilla hemipléjicas.
- El (la) paciente desplaza él (ella) mismo (a) la pierna y el brazo válidos. (Anexo 13).
 - Posición sentada en cama
- Cama:
 - La cabecera de la cama lo más vertical posible.
 - Se colocará un cojín de sostén en la parte baja de la espalda.
- Cabeza:
 - Bastante levantada, sin apoyo.
- Tronco:
 - Derecho a 90°.
- Caderas:
 - Flexionadas con el peso del cuerpo repartido los dos isquiones (Glúteos).
- Brazos:
 - Extendidos hacia delante, con los dos codos puestos en una mesita inmóvil (eventualmente un cojín).
- Manos:
 - sujetas. (Anexo 14).

- Paso de la posición sentada a la posición sentada (Pasivo).
 - El (la) ayudante hará pivotar al paciente, con las rodillas flexionadas, sobre el lado hemipléjico.
 - Con la mano válida, el (la) paciente se apoyará sobre el borde de la cama. (Anexo 15).

- Paso de la posición sentada a la posición sentada (Activo).
 - Paciente acostado(a) sobre el lado hemipléjico.
 - Apoyándose en su mano válida, se incorporará sobre el borde de la cama.
 - El (la) ayudante acompañará el movimiento sosteniendo la cadera válida y ejerciendo una presión hacia abajo sobre el hombro válido. (Anexo 16).

- Desplazamiento por movimientos de la pelvis (Pasivo).
 - El (la) paciente llevará alternativamente el peso de su cuerpo de un lado a otro, y por la repetición sucesiva de estos movimientos, conseguirá avanzar “caminando sobre los glúteos”.
 - El (la) paciente se mantendrá la mano hemipléjica firmemente hacia delante.
 - Existirá una coordinación cruzada entre hombros y pelvis. (Anexo 17).

- Desplazamiento por movimientos de la pelvis (Activo).
- Aquí de igual forma el (la) paciente mantiene la mano hemipléjica sujeta firmemente hacia adelante.
- Paso de la silla a la cama y viceversa. (Anexo 18).
- Paso de la silla a la cama y viceversa (A – pasivo).
- El (la) ayudante se coloca frente a la cara del paciente.
- Sostiene el brazo hemipléjico, manteniéndolo tendido entre su brazo y su cuerpo, y ejercerá presión a nivel de los omóplatos.
- La rodilla hemipléjica del (la) paciente estará firmemente sostenida entre las rodillas del (la) ayudante.
- El peso del (la) paciente se llevará adelante apoyándolo en sus pies.
- Ejerciendo un pequeño empuje hacia delante y abajo, sobre los omóplatos del (la) paciente, conseguirá levantarlo(a) del trasero. El (la) ayudante facilitará la rotación hacia la silla, controlando el movimiento de la pierna hemipléjica, sostenida firmemente entre sus rodillas y pies. (Anexo19).
- Paso de la silla a la cama y viceversa (B – más activo).
- Con el fin de facilitar la posición inclinada hacia delante, se colocará un taburete frente al (la) paciente, para que pueda apoyarse, con las manos juntas, en su movimiento de incorporación.

- Deberá vigilarse que mantenga un buen contacto talón-suelo, con el pie hemipléjico en la vertical de la rodilla.
- Las manos deberán estar juntas hacia delante y apoyarse sobre el taburete.
- Se levantará el trasero y se llevará el peso del cuerpo hacia delante, con la cabeza sobrepasando el nivel de los pies.
- Se desplazará al (la) paciente hacia la silla o hacia la cama.
- El (la) ayudante facilitará el movimiento acompañando la pelvis, sosteniéndola a la altura de los trocánteres (bajo las caderas). (Anexo 20).

- Paso de la silla a la cama y viceversa (C – activo).

- No se apoyará sobre un taburete.
- Se vigilará que mantenga una buena posición de apoyo en los pies.
- Unirá sus manos hacia delante.
- Se inclinará hacia delante.
- Se levantará llevando el peso del cuerpo a delante.
- Efectuará un movimiento de rotación hacia la silla.
- Ayuda: a nivel de los omóplatos. (Anexo 21).

- Paso de la silla a la cama y viceversa (D – sin ayuda).

- Unirá las manos llevándolas lejos hacia adelante al tiempo que la parte superior del tronco.
- Se levantará de atrás y si fuera posible llegará a la posición de pie.

- Pivotará sobre el lado hemipléjico hasta la silla o la cama. (Anexo 22).
 - Posición sentada frente a una mesa, en una silla de ruedas.
- Se pondrá un cojín en la parte baja de la espalda.
- Los brazos extendidos hacia delante con los codos apoyados sobre la mesa. Se vigilará la correcta posición de la mano hemipléjica.
- Los pies estarán planos sobre el suelo o en una pequeña banqueta o reposa pies. (Anexo 23).
 - Paso de la posición sentada a la posición erecta
- Se colocará un taburete delante del (la) paciente.
 - El (la) paciente mantendrá la mano hemipléjica firmemente sostenida hacia delante. Se inclinará hacia delante con la cabeza.
- Sobrepassando el plano de los pies y deberá levantar el trasero.
- Facilitación por un(a) ayudante:
 - Se colocará en el lado hemipléjico.
 - Con una mano sujetará la cadera sana.
 - Con la otra sujetará la pierna hemipléjica por la rodilla. (Anexo 24).
 - Caminar (Ayuda frontal).
- El (la) ayudante se colocará frente a la cara del (la) paciente.
- El (la) paciente pondrá el brazo hemipléjico sobre el hombro del (la) ayudante.

- El (la) ayudante pondrá una mano bajo el hombro hemipléjico sosteniendo así ese brazo del paciente.
- La otra mano estará colocada a la altura de la pelvis guiando la traslación del peso. (Anexo 25 A).
 - Caminar (Ayuda lateral).
- El (la) ayudante se colocará del lado hemipléjico y sostendrá el hombro y el brazo del (la) paciente. (Anexo 25 B).¹¹

2.2. ACCIONES DE ENFERMERIA ESPECIALIZADA

- Medidas de primer contacto
 - Proteger vía aéreas.
 - Adecuada ventilación.
 - Monitoreo de funciones vitales.
 - Mantener la saturación de O₂ mayor de 95%.
 - Evitar caída de presión arterial, tratar la presión arterial si es mayor de 220/120 mm Hg. Se puede usar el nitroprusiato a una dosis de 0,5 a 0,10 mg por minuto, calcioantagonista, inhibidores de ECA, o inhibidores de los receptores de angiotensina II (tipo AT1)
 - Manejo hidroelectrolítico y nutricional. Evitar soluciones hipotónicas (dextrosa al 5%), preferir soluciones isosmolares o hiperosmolares (CINa

¹¹ Pedro, A. Jiménez. Guía de Rehabilitación para el paciente Hemipléjico. México, 2005. p. 12.

al 0,9%). Evitar hiponatremia menor de 35 mEq/L.

- Control de la glicemia. La hiperglicemia produce aumento de la mortalidad.
- Vendaje con medias antivaricosas o botas especiales con estimulación eléctrica.
- Rehabilitación y fisioterapia. Desde el inicio del evento isquémico, movilización del paciente cada dos horas para evitar las úlceras o escaras de decúbito. Masajes, uso de almohadillas etc.

- Asegurar la permeabilidad de la vía aérea.

Una correcta oxigenación y evitar bronco aspiración fundamentalmente en pacientes con deterioro del nivel de conciencia, se debe mantener en posición incorporada, con la cama entre 30 y 45°, con la colocación de la sonda nasogástrica, inicialmente conectada a bolsa para evitar bronco aspiraciones y luego para asegurar una correcta nutrición. Se debe practicar aspiración de secreciones con frecuencia para mantener una adecuada ventilación y evitar la infección de la misma. En caso de que se demuestre o sospeche una dificultad para la ventilación debe suministrarse oxígeno por mascarilla, que impida la aparición de hipoxia. En algunos casos se puede precisar intubación oro traqueal y ventilación mecánica.

- Mantener una adecuada oxigenación.

La aparición de hipoxia tras los primeros días del evento cerebrovascular, hace sospechar en estos casos tromboembolismo pulmonar, neumonía por aspiración o por otras causas, hipoventilación, atelectasia o secreciones. Es importante destacar la alta frecuencia de alteraciones del sueño en el paciente con enfermedad vascular cerebral aguda y dentro de este síndrome de apnea del sueño, hecho que condiciona una mala oxigenación y peor pronóstico de recuperación del área isquémica. Por ello debe valorarse y en caso de sospecha identificarlo y tratarlo por medio de oxigenación nocturna. Debe evitarse la hipercapnia, ya que su acción vasodilatadora cerebral aumenta la hipertensión intracraneal.

- Vigilar la función cardíaca.

Los pacientes con enfermedad cerebrovascular suelen ser ancianos, y los factores de riesgo que predisponen a la enfermedad vascular cerebral también son factores asociados a enfermedad cardíaca; por tanto no es raro que coexistan. La cardiopatía puede coexistir, incluso ser causa del ictus, pero pueden aparecer arritmias, lesión miocárdica o insuficiencia cardíaca secundaria al ictus. En la fase aguda puede ser necesario el tratamiento sintomático de algunas alteraciones, fundamentalmente de las arritmias, teniendo en cuenta como posible etiologías primarias las alteraciones iónicas, de gasometría y el aumento de la presión intracerebral. Alguna de estas alteraciones puede desembocar en insuficiencia cardíaca que se debe controlar vigorosamente contribuye a una peor perfusión cerebral isquémica agravando la lesión cerebral.

- Detectar alteraciones electrocardiográficas.

Se pueden dar en todos los tipos de ictus pero sobre todo aparecen en la hemorragia subaracnoidea. Los cambios más frecuentes son el alargamiento del segmento QT, P picudas, aparición de ondas Q y ondas U, elevación o depresión del ST.

- Detectar alteraciones del ritmo cardiaco.

Pueden aparecer alteraciones del ritmo hasta un 50% de los ictus, tanto como causa del embolismo responsable de la enfermedad cerebrovascular como secundaria al daño cerebral; estas sobre todo aparecen en la hemorragia subaracnoidea y en la hemorragia intracerebral. Aparecen por un aumento de las catecolaminas secundarias al desequilibrio en el sistema nervioso autónomo con un exceso del sistema simpático y suelen ser reversibles. Las arritmias más frecuentes son la taquicardia o la bradicardia sinusal, flutter o fibrilación auricular, taquicardia auricular, extrasistolia auricular y ventricular, bloqueo auriculoventricular intermitente y taquicardia ventricular no mantenida.

- Manejo de la Hipertensión Arterial.

En el cerebro sano se produce una autorregulación de la presión arterial que da lugar a vasoconstricción o vasodilatación para mantener constante la presión de perfusión. Este mecanismo denominado autorregulación permite un flujo sanguíneo cerebral constante, libre de las oscilaciones tensionales.

En condiciones normales este mecanismo mantiene constante el flujo sanguíneo cerebral dentro de un amplio rango de oscilaciones de la presión de perfusión cerebral, gracias a variaciones en las resistencias cerebrovasculares. Cuando se produce un ACV agudo se pierde este mecanismo automático de autorregulación del flujo sanguíneo cerebral, pasando este a depender exclusivamente de la presión de perfusión cerebral, cuando la presión intracraneal (PIC) es normal está determinada por la presión arterial, pero cuando la PIC está elevada, ésta participa también disminuyendo la presión de perfusión cerebral.

Por este motivo se produce en las primeras horas e incluso días tras el inicio de una isquemia cerebral aguda, en un intento de mejorar la presión de perfusión cerebral, una elevación marcada de las cifras tensionales, aún en pacientes que previamente no eran hipertensos. El tratamiento con fármacos hipotensores pueden producir un descenso en la presión de perfusión y aumentar el tamaño del infarto, además en las zonas de cerebro sano con autorregulación conservada, se produciría una vasodilatación compensadora que ocasionaría un fenómeno de robo.

No se deben tratar cifras tensionales menores de 220 mmHg de tensión arterial sistólica, o de 120 de diastólica, o una presión arterial media menor de 130 – 140. En caso de hemorragia cerebral es necesario un control más estricto de la presión arterial, precisando un descenso de la presión arterial sistólica cuando esta supere los 190 mmHg pero sin reducciones bruscas ni severas, hasta alcanzar los 170 mmHg en las seis primeras horas.

- Mantenimiento del balance hidroelectrolítico.

Debe mantenerse un adecuado aporte hídrico con soluciones salinas isotónicas o por sonda nasogástrica. Deben evitarse las soluciones glucosadas en la fase aguda de la enfermedad cerebrovascular, ya que puede conducir a hiperglucemia que se metabolizan por vía anaerobia condicionando una acidosis láctica en el lecho del infarto.

Deben evitarse las soluciones hipotónicas que pueden producir un edema cerebral, vigilando estrechamente la posibilidad de aparición de hiponatremia que está con frecuencia asociada a la aparición de un síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética que suele ser leve y transitorio cuando y suele controlarse con un discreto balance negativo de líquidos sin llegar a la deshidratación que también pueden empeorar la perfusión del tejido cerebral isquémico por aumento de la viscosidad.

- Mantener un adecuado balance nutricional.

La nutrición puede verse interferida en el ictus agudo por disminución del nivel de consciencia, disfagia, etc. La desnutrición es perjudicial porque aumenta las complicaciones infecciosas y favorece la aparición de úlceras de decúbito.

Debe asegurarse una vía adecuada para la nutrición colocándole una sonda nasogástrica, para nutrición si se prevé que ésta no se podrá realizar adecuadamente. No es admisible un ayuno más allá

de las primeras 24 horas, debiendo ajustarse a las demandas metabólicas en cada caso.

- Control de la glucemia.

Se ha demostrado clínica y experimentalmente que la hiperglucemia aumenta la extensión y empeora la mortalidad de la enfermedad cerebrovascular aguda, aumenta por tres las posibilidades de muerte en condiciones de isquemia conlleva acidosis metabólica por la metabolización de la glucosa por vía anaerobia.

El ácido láctico produce aumento de los radicales libres, necrosis por cúmulo de hidrogeniones en los astrositos, pérdida de autorregulación vascular y activación de enzimas lisosomales.

Por ello, debe tratarse enérgicamente la hiperglucemia en el ictus agudo tanto en diabéticos como en pacientes que previamente no se conocían diabéticos. Debe utilizarse insulina para el control y evitar soluciones glucosadas.

- Control de la hipertermia.

La fiebre también es un factor deteriorante del ictus agudo, y es una complicación frecuentemente asociada a la enfermedad cerebrovascular aguda. Por otra parte, la hipotermia queda como protector. La hipertermia produce sus efectos negativos aumentando las demandas metabólicas, produciendo un aumento de la barrera hematoencefálica y por medio de la acidosis y liberación de aminoácidos excitadores que generan. Por otro lado, potencializan los efectos negativos de la hiperglucemia. Cuando

aparece antes que pensar que sea de origen central hay que descartar foco infeccioso. La fiebre muestra sus efectos antes mínimas elevaciones de medio grado incluso; por ello debemos tratar de inmediato con antitérmicos, medidas físicas y localizando el foco infeccioso si existe para comenzar el tratamiento antibiótico más adecuado. No este justificado demorar el tiempo de inicio de antibioterapia para obtener más posibilidades cultivos de sangre u orina positivos, deben obtenerse las muestras y comenzar con antibiótico de forma empírica.

- Combate del edema cerebral.

Representa la primera causa de mortalidad en la primera semana del ictus y probablemente juegue un importante papel en las secuelas posteriores. Suele asociarse a grandes ictus hemisféricos y a infartos cerebelosos. La elevación de la PIC eventualmente compromete el flujo sanguíneo cerebral, ocasionando mayor isquemia, mayor edema y potencialmente herniación cerebral. Clínicamente, el edema cerebral se manifiesta por una gran tendencia al sueño, del que cada vez cuesta más despertar, al que más tarde se añadirán otros signos como son la cefalea, vomito, dilatación pupilar ipsilateral a la lesión, Babinski contralateral al hemicuerpo patético, alteración de los patrones respiratorios y finalmente muerte por herniación uncal o piramidal.

La medida más eficaz contra el edema cerebral es prevenir su aparición, evitando cambios agudos de la presión arterial, evitando administrar soluciones hipotónicas o glucosadas, combatiendo la hipertermia, manteniendo una adecuada oxigenación, luchando

contra la hipercapnia, manteniendo al paciente en decúbito con la cabecera incorporada con un adecuado balance hidroelectrolítico, etc. Una vez que aparece existen tres modalidades de tratamiento; diuréticos osmóticos, hiperventilación y las técnicas neuro quirúrgicas.

- Tratamiento de las crisis comiciales precoces.

Las crisis comiciales aparecen hasta en un 5% en la fase precoz de la enfermedad cerebrovascular aguda generalmente más frecuentes en las causas hemorrágicas y en los infartos de causa embólica. El status epiléptico es raro. Es posible que en la fase precoz puedan condicionar una mayor morbi mortalidad y un agravamiento de las secuelas. Cuando aparecen deben tratarse, tal vez no en el caso de una única crisis simple, pero en la mayoría de las ocasiones se requiere de tratamiento, inicialmente con benzodiazepinas y después si las crisis son importantes, generalizan o duraderas con fenitoína. El status epiléptico debe tratarse enérgicamente con oxigenación, administración de vitamina B1, y benzodiazepinas inicialmente combinadas con fenitoína.

- Prevención del tromboembolismo pulmonar y de la trombosis venosas.

Se realiza fundamentalmente con sedestación precoz, movilización de las extremidades patéticas, vendajes o medias elásticas de compresión decreciente, y en caso de afectación motora importante o disminución del nivel de conciencia deben aplicarse heparina de bajo peso molecular o heparina cálcica. Parece que la

antiagregación con AAS también disminuye el riesgo de trombosis venosa y tromboembolismo pulmonar.

- Úlceras por decúbito.

Deben utilizarse colchones antiescaras, realizarse cambios posturales frecuentes, higiene y cuidados de la piel, tejidos suaves y protección de los lugares de mayor roce como talones con aplicación de vendajes o taloneras.

- Rehabilitación precoz.

Desde el primer momento debe iniciarse la movilización pasiva de extremidades paréticas y lo antes posible medidas rehabilitadoras. La rehabilitación precoz ha demostrado un aumento de la recuperación y un acortamiento de la estancia.

- Manejo de la agitación psicomotriz.

Todos los psicofármacos pueden afectar la recuperación, deben evitarse las benzodiazepinas por su poder sedativo y en algunos casos su acumulación. Si son más recomendables los neurolepticos como el haloperidol a dosis cortas y pautadas, no a demanda, evitando la sedación excesiva que puede interferir a la hora de la valoración inicial.¹²

¹² Velez. H. Borrero y cols. Fundamentos De Medicina. El Paciente En Estado Crítico. Ed. Corporación Para Investigaciones Biológicas. 2° ed. Colombia, 2002. 514 Pp.

3. METODOLOGÍA

3.1 VARIABLES E INDICADORES

3.1.1 Dependientes

- Indicadores de la variable
 - Oxigenoterapia
 - Toma de signos vitales
 - Instalación de accesos venosos
 - Estudios de laboratorio
 - Monitorización hemodinámica
 - Glucometría
 - Gasometría arterial
 - Control estricto de líquidos
 - Instalación de sonda de drenaje urinario
 - Posición adecuada
 - Rehabilitación
 - Higiene personal
 - Exploración física
 - Evaluación neurológica
 - Administración de medicamentos

3.1.2 Definición Operacional.

La definición del accidente vascular cerebral corresponde a la clasificación internacional de enfermedades y la definen como el desarrollo rápido de signos clínicos de afectación focal o global

de las funciones cerebrales con síntomas que duran por lo menos 24 horas, conduciendo a la muerte, sin otra causa aparente que no sea de origen vascular.

La definición adoptada por la organización mundial de la salud “síndrome clínico caracterizado por el rápido desarrollo de síntomas y o signos correspondientes usualmente a afección neurológica focal y a veces global conduce a la muerte, sin otra causa aparente que un origen vascular.

Cabe mencionar que la generación de hábitos alimenticios con altos contenidos en grasa saturadas, metilxantinas y sal, tabaquismo, alcoholismo, sedentarismo y otros.

Cambios de modo de vida relacionados con la urbanización y la industrialización, han dado lugar al aumento progresivo de las enfermedades crónicas degenerativas y otras que influyen en la calidad de vida. Entre estos, los Accidentes Cardiovasculares y Cerebrovasculares, fueron las dos primeras causas de muerte en el mundo para 2005.

En nuestro país, las enfermedades cerebrovasculares también conocidas como accidente vascular cerebral, ictus o apoplejía, ocupan un lugar significativo debido a que son las causas de incapacidad más frecuente en la población adulta mayor de 64 años y se considera un asunto trascendental de salud pública.

Los principales tipos de enfermedades vasculares cerebrales son insuficientes debida a alteraciones transitorias de flujo sanguíneo o a una encefalopatía hipertensiva, el infarto cerebral causado por una embolia o una trombosis de arterias intracraneales o extra craneales.

En México durante el decenio de 1970 la enfermedad vascular cerebral se reporto como la séptima causa de muerte, con tasa de 24.7 defunciones por cada 100,000 habitantes en el transcurso de los años 1990 a 2000 la enfermedad vascular cerebral estuvo entre las primeras cinco causas de muerte en la ciudad de México, superada por padecimientos cardiacos, tumores, diabetes Melitus, accidentes y enfermedades hepáticas.

En ese mismo periodo fue la cuarta causa de muerte en personas mayores de 65 años y la séptima en individuos de 15 a 65 años de edad. En el año 2003 fue la sexta causa de muerte en hombres y la cuarta en mujeres. Presentándose una mortalidad de 26,892 defunciones totales.

Los registros por entidades federativas muestran que no obstante que las tasas han descendido en Aguascalientes, chihuahua, nuevo león y Tamaulipas, notifican las cifras más altas en el territorio nacional, incluyendo el distrito federal y Yucatán en los últimos 2 años.

Se ha considerado que entre los sujetos que sufren un evento agudo de 15 a 30 % mueren en los primeros 30 días posteriores.

Por entidad federativa se observó que Colima, Distrito Federal, Veracruz, Yucatán y Zacatecas se mantienen constantes en los primeros lugares de mortalidad por accidente vascular cerebral en el periodo de 2000 a 2005.

Esta patología condiciona uno de los mayores índices de ocupación de camas hospitalarias, sin embargo el problema sobrepasa el ámbito hospitalario ya que las secuelas neurológicas requieren del nivel primario y especializado ya que el 50% de los enfermos quedan con incapacidad que limitan la calidad de vida.

Gran parte de los servicios de hospitalización son ocupados por pacientes con ictus que frecuentemente requieren de esta estancia prolongada.

Por otra parte, la edad de los pacientes así como la incapacidad funcional subsecuente que padecen muchos de ellos, pueden determinar problemas sociales que producen mayor retraso en el alta hospitalaria.

Además se debe tener en cuenta que la propia hospitalización puede causar complicaciones que condicionan un aumento considerable de la mortalidad por último cabe destacar el considerable gasto económico que supone la patología.

Entre los factores de riesgo más frecuentes de la enfermedad se encuentra la hipertensión arterial que a su vez está relacionada

con la obesidad así mismo la edad, tabaquismo, ingesta de alcohol, diabetes, drogadicción, raza, factores hereditarios, anticonceptivos orales, crisis isquémicas, lípidos.

Una vez establecido el tipo de evento se establece el tratamiento se han encontrado estudios recientes 2008 que refieren que una atención precoz e inmediata disminuye el índice de mortalidad, así como la actualización y preparación del personal especializado.¹³

¹³ Cabrera RA y cols. Epidemiología de la enfermedad vascular cerebral en hospitales de la ciudad de México. Estudio multicentrico. Med. Int. Mex. 2008; 24(2):98-103. marzo 2008.

3.1.3 Modelo de relación de influencia de la variable.



3.2 TIPO DE DISEÑO DE TESINA

3.2.1 Tipo de tesina.

El tipo de investigación documental que se realiza es diagnóstica, descriptiva, analítica y transversal.

Es diagnóstica por que se pretende realizar un diagnóstico situacional de enfermedad del adulto en estado crítico a fin de proponer esta atención en todos los pacientes con accidente vascular cerebral en el hospital general de zona N° 32 de IMSS en México d.f. Es descriptiva por que se describe ampliamente el comportamiento de la enfermería del adulto en estado crítico con los pacientes con accidente vascular cerebral.

Es analítica por que estudia la enfermería especializada en adulto en estado crítico y es necesario descomponerla en sus indicadores básicos.

Es transversal por que esta investigación se hizo en un periodo corto de tiempo, es decir en los meses de abril, mayo y junio del 2008.

3.2.2 Diseño de tesina

El diseño de esta investigación documental se ha elaborado los siguientes aspectos.

- Asistencia de un seminario taller de elaboración de tesina en las instalaciones de la escuela nacional de enfermería y obstetricia de la UNAM.
- Búsqueda de un problema de investigación de enfermería Especializada relevante para la enfermera de cuidados del adulto en estado crítico.

- Asistencia a la biblioteca en varias ocasiones para buscar el marco conceptual y referencial del Accidente vascular cerebral.
- Elaboración de los objetivos de esta tesina así como el marco teórico que sustenta la enfermería especializada en adulto en estado crítico
- Búsqueda de los indicadores de atención de enfermería especializada en adulto en estado crítico.
- Elaboración de las conclusiones y de las recomendaciones los anexos, apéndices, glosario de términos y las referencias bibliográficas.

3.3 TECNICAS DE INVESTIGACION UTILIZADOS

3.3.1 Fichas de trabajo

Mediante la fichas a sido posible recopilar toda la información para elaborar el marco teórico. En cada ficha se ha anotado el marco teórico conceptual y el marco teórico referencial, de tal suerte que con las fichas fue posible de clasificar y ordenar el pensamiento de los autores y las vivencias propias de la enfermería especializada.

3.3.2 Observaciones

Con esta técnica se pudo visualizar la importante participación que tiene la enfermería especializada en adulto en estado crítico en la atención de los pacientes con la patología con Accidente Vascular Cerebral en el Hospital General de Zona N° 32 del IMSS en México D.F.

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

4.1 CONCLUSIONES.

Esta patología afecta gravemente a nuestra población, la mayor parte del daño cerebral se produce en las horas inmediatas posteriores al presentarse el evento; en algunos casos se quedan con secuelas durante toda su vida y otros casos no, por lo que se hace más necesario realizar mas procesos de investigación y buscar las mejores acciones de enfermería especializada para una mejor atención en pacientes con accidente vascular cerebral acorde e individualizado a cada paciente en cada fase o etapa y poder llevarlo de la toda dependencia a la independencia y que realice sus actividades propias de la vida diaria humana.

Que esta tesina sirva para futuras especialistas en enfermería y puedan actuar de la mejor manera, evitar posibles complicaciones y secuelas que limiten a los pacientes en sus actividades de la vida diaria.

- En aspectos clínicos.

Desde el punto de vista clínico cabe mencionar que conociendo la enfermedad es más fácil manejar esta patología y que además esta tesina sirva a futuras generaciones de guía para poder diagnosticar y atender adecuadamente y oportuna a pacientes con accidente cerebrovascular y evitar complicaciones como las crisis convulsivas así como saber el porque se deben mantener los niveles de glucosa en los limites normales, en estos pacientes así como los factores de

riesgo para la prevención al igual en el manejo de medicamentos sabiendo efectos dosis, complicaciones, y beneficios que nos pueden llevar estos. Una vez sabiendo el manejo, complicaciones y las secuelas que esta enfermedad deja.

- En aspectos docentes.

Desde el punto de vista docente podemos proporcionar enseñanza para el manejo de pacientes con accidente cerebrovascular a enfermeras especializadas y no especializadas, a sí mismo dar enseñanzas para el manejo del paciente a el mismo y a las personas que le rodean y así llevarlo a una vida mejor e independiente junto con su familia.

- En aspectos administrativos.

Desde le punto de vista administrativo sabemos que esta enfermedad puede dejar grandes secuelas como muy pocas, es importante llevar un control de la mejor manera para disminuir los índices morbi-mortalidad y que además el paciente pueda manejar sus medicamentos bajo horarios durante el manejo de anecdotario de sus medicamentos, de su presión arterial y prevenir complicaciones, y que además esta tesina nos sirva de guía y respaldo para preparar personal no especializado en el manejo de ellos.

- En aspectos de investigación.

Desde el punto de vista investigación como sabemos en México existe poca investigación bueno que esta tesina sea de base para futuras investigaciones siempre en busca de la mejora en la

atención oportuna y evitar lo menos posible de secuelas en estos pacientes. Más adelante enliste una serie de recomendaciones desde los 4 puntos de vista en forma más específica.

4.2 RECOMENDACIONES

- Desde el punto de vista clínico.

- Atender oportunamente a un paciente con isquemia cerebral previene complicaciones como crisis convulsivas que pueden desembocar en un estado epiléptico.
- Mantener un buen control de los niveles de glucosa y aterosclerosis en pacientes con diabetes mellitus previene el desarrollo de un ACV.
- Detectar a mujeres mayores de 35 años que consumen, tomen anticonceptivos orales y que además padecen de hipertensión arterial tiene el alto riesgo de presentar un evento vascular cerebral.
- Conocer las indicaciones, las dosis, las precauciones y las contraindicaciones de los agentes fibrinolíticos, antihipertensivos para poder actuar en el momento oportuno en la atención de pacientes con ACV Isquémico y prevenir serias complicaciones o la muerte del mismo.
- Reconocer los signos y síntomas de un accidente vascular cerebral para poder actuar de manera precoz y oportuna para darle un mejor pronóstico del paciente.
- Efectuar un examen neurológico rápido que comprendan los elementos de la escala prehospitalaria de ACV de Cincinnati o

de la investigación prehospitalaria de ACV de los Ángeles para que el paciente se le de el mejor pronóstico.

- Conocer los riesgos y beneficios del tratamiento fibrinolítico para determinados pacientes con ACV isquémicos agudo que se presentan dentro de las tres horas de comienzo de los síntomas para que el paciente tenga una mejor calidad de vida.
- Vigilar la vía aérea del paciente con ACV Isquémico cuando se presenta este tipo de eventos el paciente manifiesta parálisis de los músculos de la garganta, lengua o la boca que pueden causar la obstrucción parcial o completa de la vía aérea superior, también se puede acumular saliva en las fauces y ser aspirada. Y estar preparado para dar apoyo ventilatorio avanzado como la intubación endotraqueal.
- Conocer el manejo de líquidos por vía venosa ya que los indicados son los líquidos isotónicos como la solución salina o ringar lactato y contraindicadas las soluciones hipotónicas por que pueden precipitar una caída brusca del sodio y de la osmolaridad serica y un desplazamiento de líquidos del extra vascular, que pueden contribuir a la aparición de edema cerebral y llevar a un paciente a un mal pronóstico.
- Evaluar rápidamente el ABC y volverá a verificarlo con frecuencia, así como el examen neurológico, además confirmara la hora precisa del ACV o del comienzo de los síntomas con los familiares o las personas presentes en el lugar, para poder tomar la decisión de administrar o no agentes fibrinolíticos , los cuales le darán un mejor pronóstico de vida.

- Controlar y reducir las complicaciones en AVC, evaluando cada hora el estado neurológico del paciente a través de la escala de valoración de Glasgow, como vigilando diámetro, tamaño y reacción pupilar, manteniéndolo en reposo en posición semi fowler, vigilando el patrón respiratorio, evaluando signos vitales completos, monitoreando la presión arterial cada hora en caso de hipertensión arterial, siguiendo la terapéutica medica indicada, cuidando efectos deseados y no deseados de antihipertensivos, administrando analgésicos prescritos para aliviar o disminuir la cefalea para que paciente mantenga una perfusión cerebral suficiente y que su estado neurológico no empeore.
- Mantener la presión arterial de oxígeno arriba de 80 mmHg. Vigilando el patrón respiratorio, oxigenar al paciente para prevenir hipoxemia e hipercapnia, mantener vías aéreas permeables y una ventilación adecuada.
- Mantener las vías respiratorias permeables , conservar gases sanguíneos normales y desaparecer ruidos respiratorios adventicios, valorando la función respiratoria y tipo de respiración, manteniendo elevación de la cabecera a 30°, aspirar secreciones si es necesario y manteniendo una buena hidratación para evitar complicaciones del paciente.
- Mantener la comunicación con el paciente para satisfacción de necesidades, observando y comprendiendo sus gesticulaciones y expresiones corporales, recomendar paciencia y tranquilidad, también emplear todas las formas posibles para comunicarse

con el y no cansarlo, para reducir el estrés por el que pasan al no tener una comunicación.

- Desde el punto de vista docente.

- Asistir al desplazarse, incluyendo la movilidad en cama, dándole movilidad a las articulaciones, ejercicios pasivos y activos según tolerancia, alertando a la actividad independiente, manteniendo alineado anatómicamente, colocando a su alcance artículos personales, timbre, teléfono, manteniendo barandales arriba y aplicando protocolos de prevención de caídas para evitar deterioro de la movilidad física.
- Mantener orientado en lugar, tiempo, persona y espacio al paciente, llamarle por su nombre y con frecuencia por sus apellidos, decirle el nombre de la enfermera (o) que lo está atendiendo, proporcionarle medios para que se mantenga orientado, explicarle de todos los procedimientos a realizar, darle indicaciones sencillas para que comprenda, para evitar alteraciones de los procesos del pensamiento.
- Hacer participe a la familia en las actividades de la vida diaria humana, de su paciente enseñándoles a la asistencia en el baño, realizar cambios de ropa de cama y pijama, ayudarle a vestirse y a desvestirse, peinarse, mantener su piel lubricada, así como a protegerlo de riesgos o daño a su integridad física respetando su individualidad y espacio corporal para evitar déficit de auto cuidado.

- Comunicar sus sentimientos acerca de la situación presente con sus familiares para evitar alteraciones de los procesos familiares.
- Explicar se plan de atención a los familiares para hacerlos participes en la atención de su paciente cuando sea adecuado y estén separados.
- Educar al paciente y a los familiares acerca de la enfermedad vascular cerebral, sus efectos y como compensar y adaptarse a las deficiencias asociadas para una mejor atención y pronta recuperación lo mejor posible.
- Animar al paciente y a sus familiares a que asistan a las sesiones formativas y acudan a las reuniones de grupo, ya sea por separado o en familia para poder convivir en su nuevo habitat y evitar depresión.
- Informar de la importancia después del alta y de seguir el tratamiento ambulatorio prescrito como chequeos de presión arterial, llevar acabo dietas pobres en grasas y bajas en sales, organizarse para la administración de medicamentos y así evitar recaídas.
- Favorecer y promover el auto cuidado y que realice ejercicio de acuerdo a sus posibilidades y limitación física según el caso para mejorar su movilidad e independencia.
- Instruir al paciente y a la familia sobre la medicación, sus indicaciones, dosis, vía y frecuencia de administración y efectos secundarios, advertir del no abuso de los fármacos para evitar posible repetición del evento vascular cerebral.

- Enseñar y alentar a que participe en el cumplimiento de su tratamiento para llevarlo de la dependencia a la independencia y ha la realización de las actividades de la vida diaria humana con sus limitaciones.

- Desde el punto de vista administrativo.

- Llevar un control del estoc.
- Capturar de datos sirva para la elaboración del expediente clínico.
- vigilar y hacer cumplir los objetivos y metas de esta investigación.
- informar esta tesina y que sirva como base para la supervisión de planes y programas.
- utilizar esta tesina como instrumento de enseñanza aprendizaje.
- establecer líneas de comunicación necesarias para la elaboración de trabajos de investigación.
- Establecer relaciones humanas positivas para el trabajo de grupo.
- Realizar tratamientos y procedimientos de atención de salud a los individuos que los requieran.
- Participar como potencial humano, conciente de que la preparación de enfermería coadyuva en la mejoría de la praxis profesional
- Integrar los recursos necesarios para la adecuada ejecución del trabajo de enfermería especializada.

- Adiestrar y capacitar al personal de enfermería sobre la metodología de trabajo de enfermería.

- Desde el punto de vista de investigación.

- Capturar de los datos para realizar los diagnósticos de la enfermedad para la mejora en la atención oportuna de los pacientes.
- Elaborar de programas y planes de trabajo que sirvan de bases para una buena atención de calidad y calidez.
- Utilizar esta tesina para futuras y nuevas investigaciones para un mejor tratamiento.
- Elaborar planes para que sirvan de guía para una mejor atención.
- Ejecutar esta investigación de la mejor manera.
- Reportar de esta investigación y que sea de gran utilidad para la mejora de la atención del los pacientes con ACV.
- Publicar esta tesina y que sirva de sostén de otras investigaciones.
- Utilizar esta tesina para exposiciones y conferencias.
- Apoyar la información de esta tesina para la suscripción de revistas científicas.
- Servir para el inicio de actividades de docencia.

5. ANEXOS Y APENDICES

ANEXO 1: ESCALA DE GLASGOW.

ANEXO 2: ESCALA PREHOSPITALARIA DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAS DE CINCINNATI.

ANEXO 3: LA ESCALA DE INVESTIGACIÓN PREHOSPITALARIA DEL ACCIDENTE CEREBROVASCULAR.

ANEXO 4: IMAGEN DE UN PACIENTE QUE MUESTRA ASIMETRIA FACIAL ANTE UN EVENTO VASCULAR CEREBRAL.

ANEXO 5: IMAGEN DE UN PACIENTE EN LA EVALUACIÓN MOTORA DE LOS MIEMBROS TORAXICOS EN LA EVALUACIÓN DE LA ESCALA DE CINCINNATI.

ANEXO 6: PREPARACIÓN DE LA HABITACIÓN.

ANEXO 7: POSICIÓN ACOSTADA SOBRE EL LADO HEMILEJICO.

ANEXO 8: POSICIÓN ACOSTADA SOBRE LA ESPALDA.

ANEXO 9: POSICIÓN ACOSTADA SOBRE EL LADO VÁLIDO.

ANEXO 10: DESPLAZAMIENTO LATERAL EN LA CAMA.

ANEXO 11: ROTACIÓN SOBRE EL LADO VÁLIDO (PASIVO).

ANEXO 12: ROTACION SOBRE EL LADO VÁLIDO (ACTIVO).

ANEXO 13: ROTACIÓN SOBRE EL LADO HEMIPLÉJICO
(ACTIVO).

ANEXO 14: POSICIÓN SENTADA EN CAMA.

ANEXO 15: PASO DE LA POSICIÓN SENTADA A LA POSICIÓN
SENTADA (PASIVO).

ANEXO 16: PASO DE LA POSICIÓN SENTADA A LA POSICIÓN
SENTADA (ACTIVO).

ANEXO 17: DESPLAZAMIENTO POR MOVIMIENTO DRE LA
PELVIS (PASIVO).

ANEXO 18: DESPLAZAMIENTO POR MOVIMIENTO DRE LA
PELVIS (ACTIVO).

ANEXO 19: PASO DE LA SILLA A LA CAMA Y VICEVERSA (A-
PASIVA).

ANEXO 20: PASO DE LA SILLA A LA CAMA Y VICEVERSA (B-
MAS ACTIVO).

ANEXO 21: PASO DE LA SILLA A LA CAMA Y VICEVERSA (C-ACTIVO).

ANEXO 22: PASO DE LA SILLA A LA CAMA Y VICEVERSA (D-SIN AYUDA).

ANEXO 23: POSICIÓN SENTADA FRENTE A UNA MESA, EN SILLA DE RUEDAS.

ANEXO 24: PASO DE LA POSICIÓN SENTADA A LA POSICIÓN ERECTA.

ANEXO 25: CAMINAR CON AYUDA FRONTAL.

A

ANEXO 25: CAMINAR CON AYUDA LATERAL.

B

ANEXO 1
ESCALA DE GLASGOW

Puntuación

Apertura de los ojos

- Espontánea 4
- En respuesta a la palabra 3
- En respuesta al dolor 2
- Ninguna 1

Mejor respuesta verbal

- Conversación orientada 5
- Conversación confusa 4
- Palabras inapropiadas 3
- Sonidos incomprensibles 2
- Ninguna 1

Mejor respuesta motriz

- Obedece 6
- Localiza 5
- Se aleja 4
- Flexión anormal 3
- Extensión anormal 2
- Ninguna 1

FUENTE: CUMMIS O. Richard. Manual para Proveedores AVCA.
Buenos Aires, 2006. p. 196.

ANEXO 2
ESCALA PREHOSPITALARIA DE ACCIDENTE
CEREBROVASCULAR DE CINCINNATI

Escala prehospitalaria de Accidente cerebrovascular

Asimetría facial (haga que el paciente sonría o muestre los dientes)

- Normal: ambos lados de la cara se mueven en forma simétrica
- Anormal: un lado de la cara no se mueve tan bien como el otro.

Descenso del brazo (haga que el paciente cierre los ojos y mantenga ambos brazos extendidos durante 10 segundos):

- Normal: ambos brazos se mueven igual o no se mueven (pueden ser útiles otros hallazgos, como caída de manos en pronación)
- Anormal: un brazo no se mueve o cae respecto del otro

Lenguaje anormal (haga que el paciente repita “usted no le puede enseñar trucos nuevos a un perro viejo” u otra frase similar popular en su comunidad):

- Normal: el paciente utiliza las palabras correctas sin farfullar
- Anormal: el paciente arrastra las palabras, utiliza palabras incorrectas o no puede hablar

Interpretación: si 1 de estos 3 signos es anormal, la probabilidad de ACV es del 72%.

FUENTE: Misma del anexo N° 1. p.193.

ANEXO 3

LA ESCALA DE INVESTIGACION DE PREHOSPITALARIA DE
ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR DE LOS ANGELES

Criterios	si	desconocido	no
1. Edad > 45 años			
2. Sin antecedente de convulsiones o epilepsia			
3. Tiempo de evolución de los síntomas < 24 horas			
4. Al comienzo el paciente no esta en silla de ruedas ni postrado			
5. Glicemia entre 60 y 400 mgdl			
6. Asimetría evidente (derecha Vs izquierda) en cualquiera de los siguientes signos (debe ser unilateral):	igual	Debilidad der.	Debilidad izq.
Sonrisa / gesticulación facial		Asimetría	Asimetría
Prensión		Prensión débil	Prensión débil
		Sin prensión	Sin prensión
Fuerza de miembro superior		Desciende	Desciende
		Cae con rapidez	Cae con rapidez

FUENTE: FUENTE: Misma del anexo N° 1. p. 193.

ANEXO 4

IMAGEN DE UN PACIENTE QUE MUESTRA ASIMETRIA FACIAL.



Izquierda: normal. Derecha: paciente con asimetría facial por AGV (lado derecho de la cara).

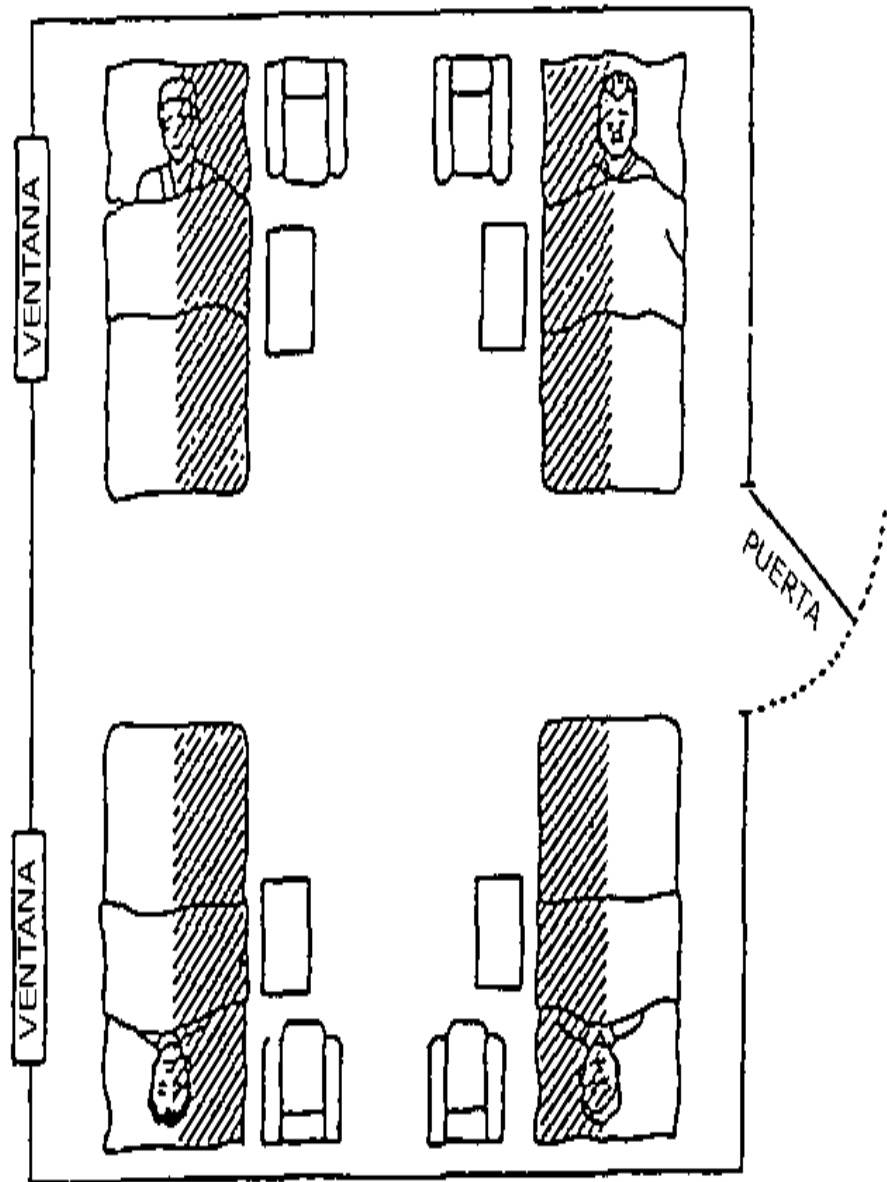
ANEXO 5

IMAGEN DE UN PACIENTE EN LA EVALUACION MOTORA DE
LOS MIEMBROS TORAXICOS EN LA EVALUACION DE LA
ESCALA DE CINCINNATI.



*Debilidad motora unilateral
(brazo derecho).*

ANEXO 6
PREPARACIÓN DE LA HABITACIÓN



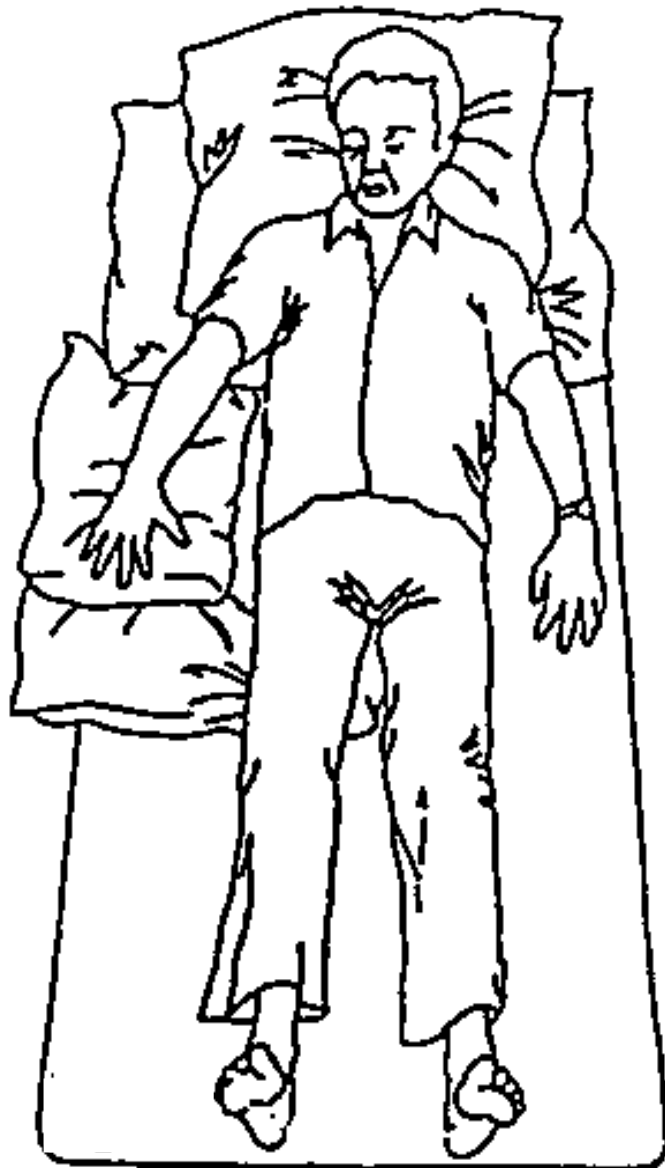
FUENTE. ARELLANO J. Pedro. Guía para el manejo del paciente hemipléjico. México, 2005. p. 14.

ANEXO 7
POSICIÓN ACOSTADA SOBRE EL LADO HEMIPLÉJICO



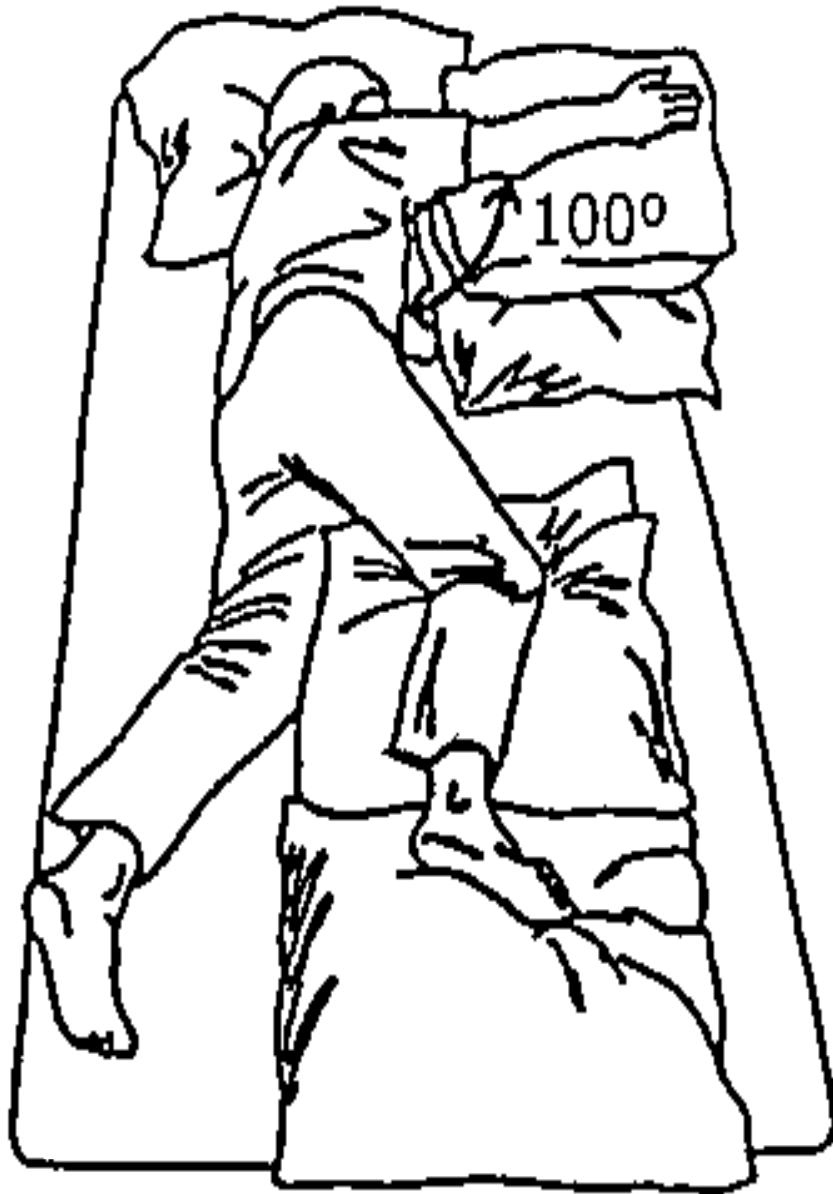
FUENTE. Misma del anexo N° 6. p.15.

ANEXO 8
POSICIÓN ACOSTADA SOBRE LA ESPALDA



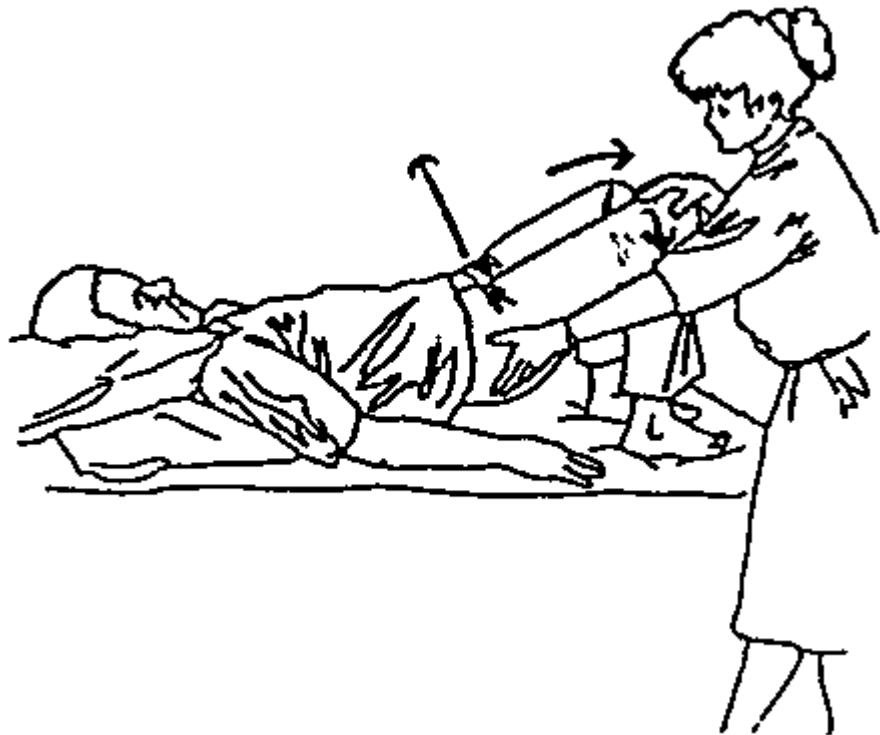
FUENTE. Misma del anexo N° 6. p.16.

ANEXO 9
POSICIÓN ACOSTADA SOBRE EL LADO VÁLIDO



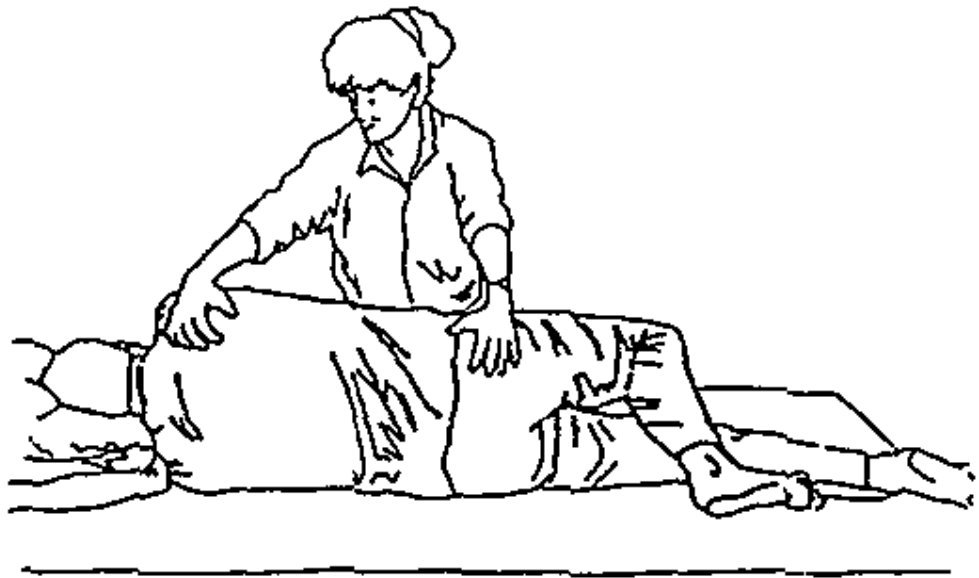
FUENTE. Misma del anexo N° 6. p.17.

ANEXO 10
DESPLAZAMIENTO LATERAL EN LA CAMA

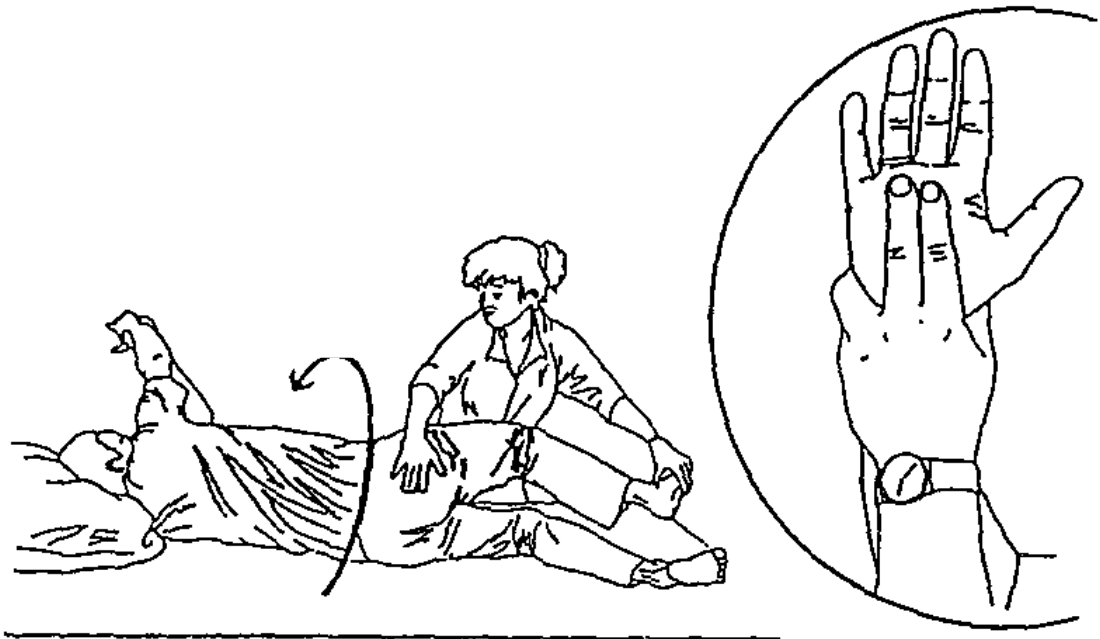


FUENTE. Misma del anexo N° 6. p.18.

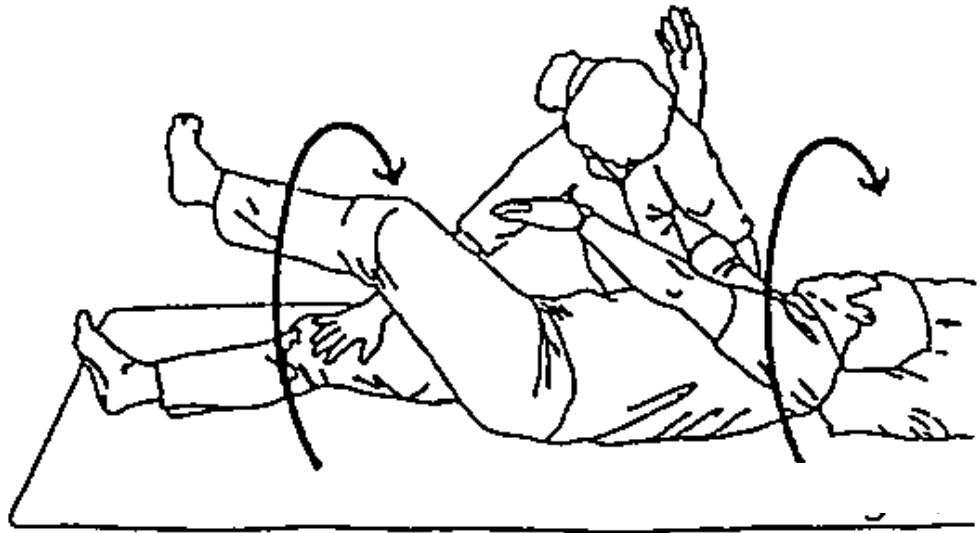
ANEXO 11
ROTACIÓN SOBRE EL LADO VÁLIDO
PASIVA



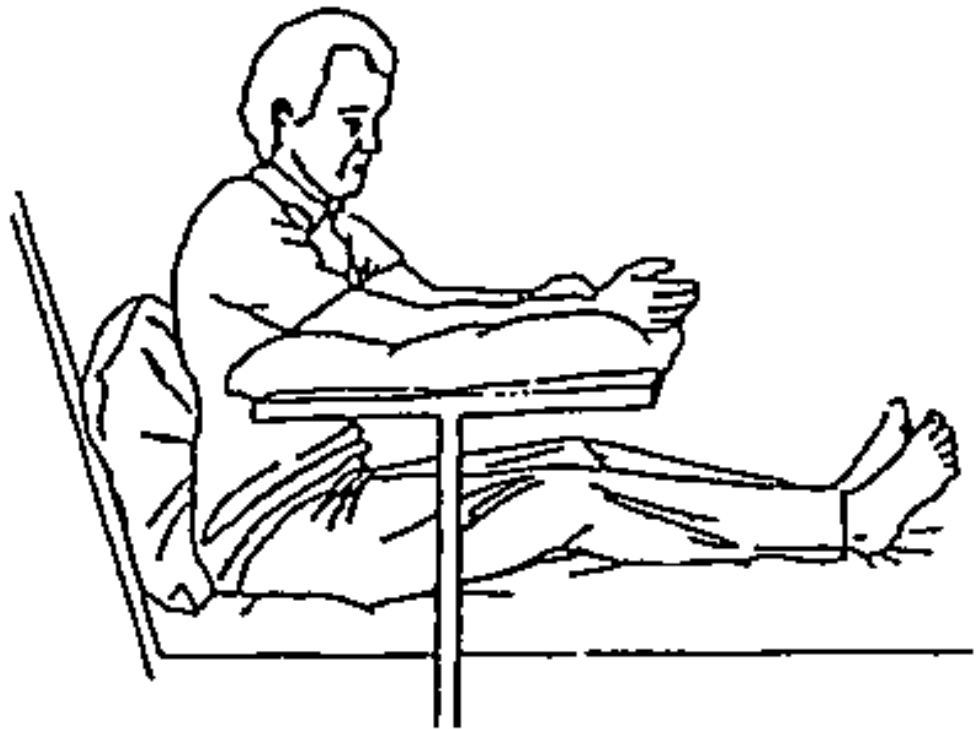
ANEXO 12
ROTACIÓN SOBRE EL LADO VÁLIDO
ACTIVA



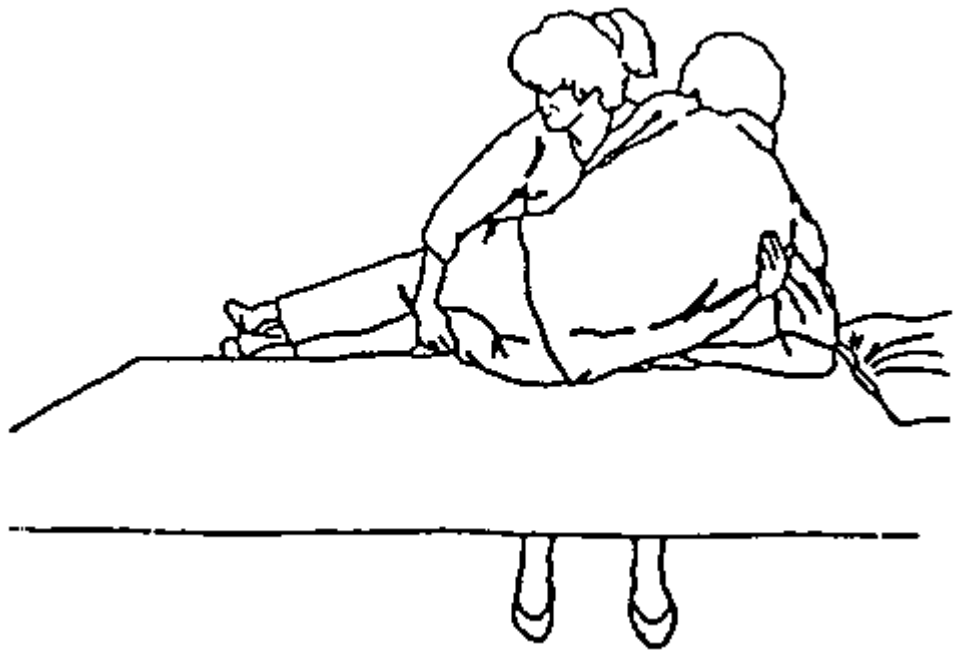
ANEXO 13
ROTACIÓN SOBRE EL LADO HEMIPLÉJICO
ACTIVA



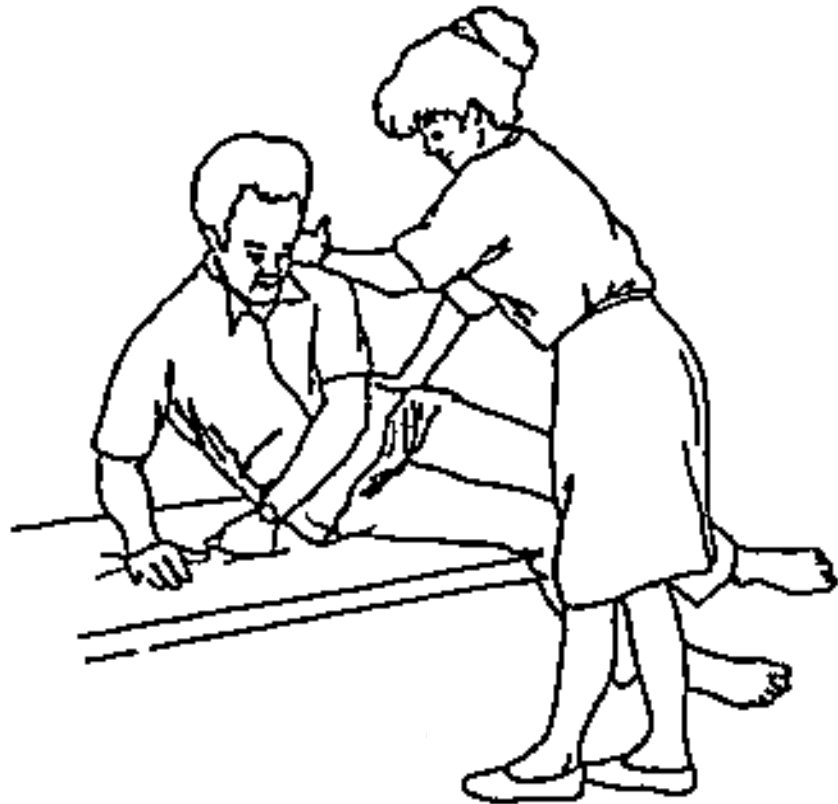
ANEXO 14
POSICIÓN SENTADA EN CAMA



ANEXO 15
PASO DE LA POSICIÓN SENTADA A LA POSICIÓN SENTADA
(PASIVO)



ANEXO 16
- PASO DE LA POSICIÓN SENTADA A LA POSICIÓN SENTADA
(ACTIVO)



ANEXO 17
DESPLAZAMIENTO POR MOVIMIENTOS DE LA PELVIS
(PASIVO)



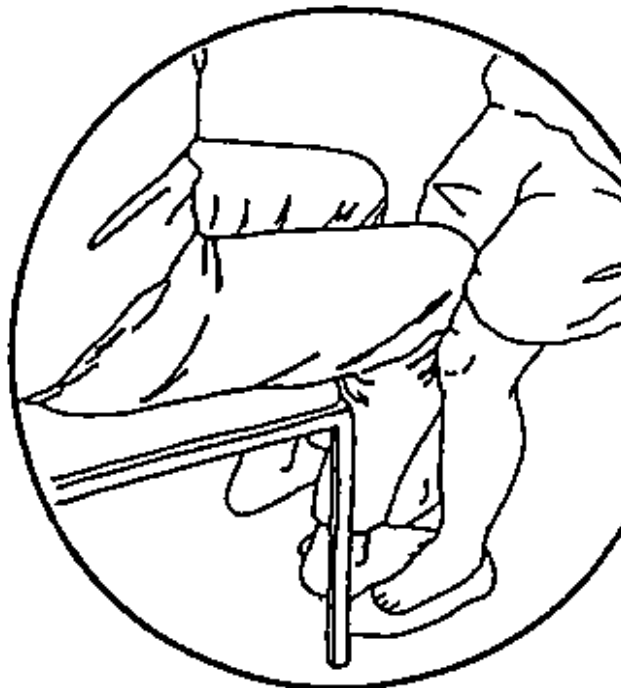
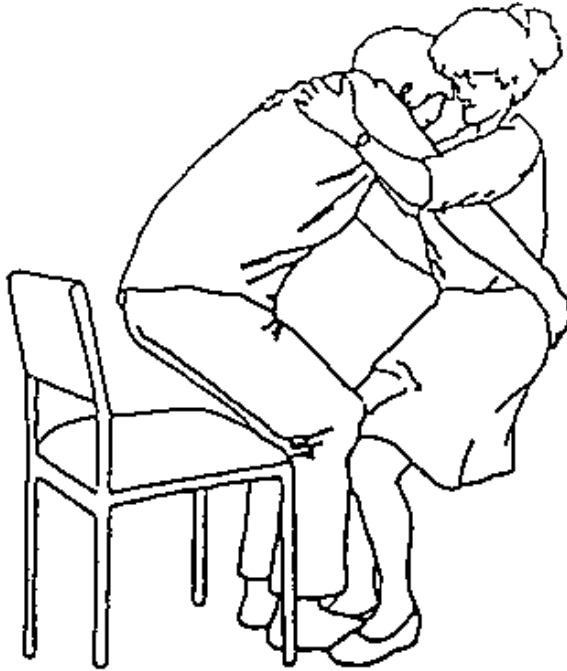
FUENTE. Misma del anexo N° 6. p.25.

ANEXO 18
DESPLAZAMIENTO POR MOVIMIENTOS DE LA PELVIS
(ACTIVO)



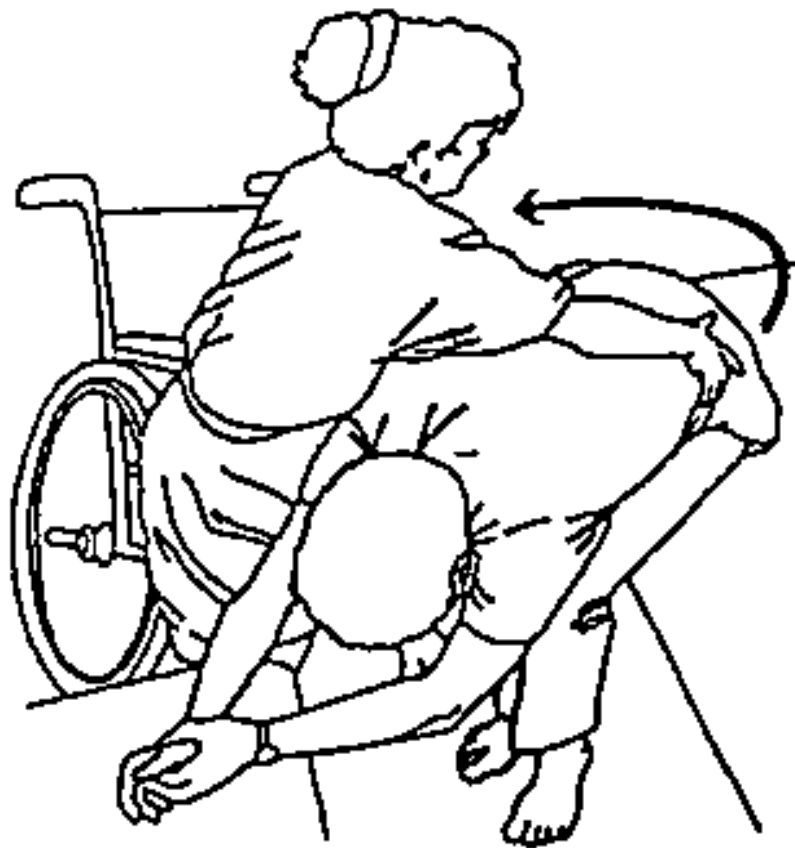
FUENTE. Misma del anexo N° 6. p.26.

ANEXO 19
PASO DE LA SILLA A LA CAMA Y VICEVERSA
(A- PASIVO)

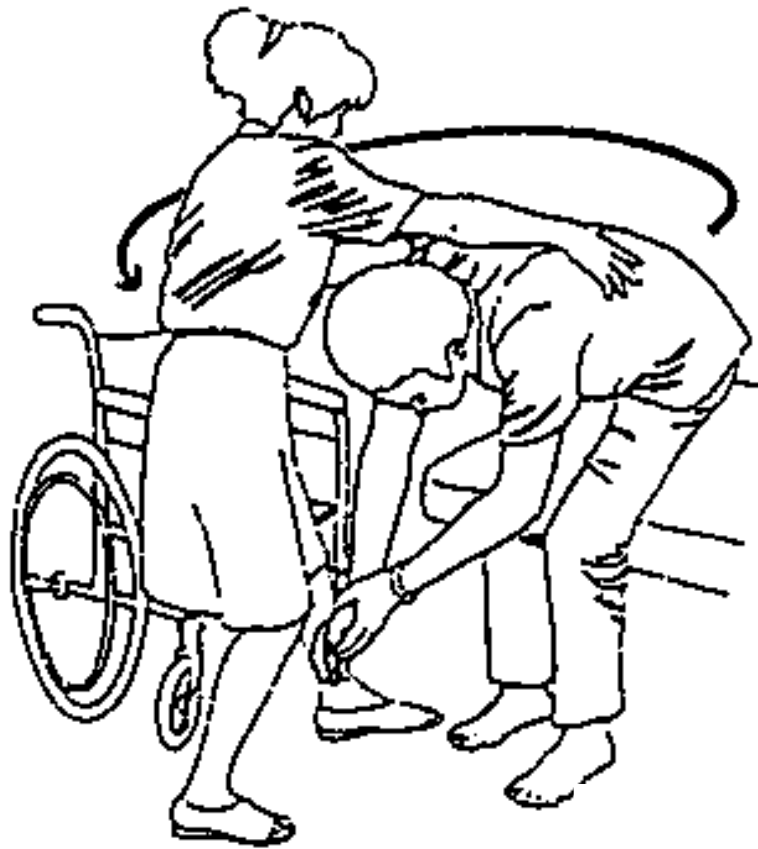


FUENTE. Misma del anexo N° 6. p.27.

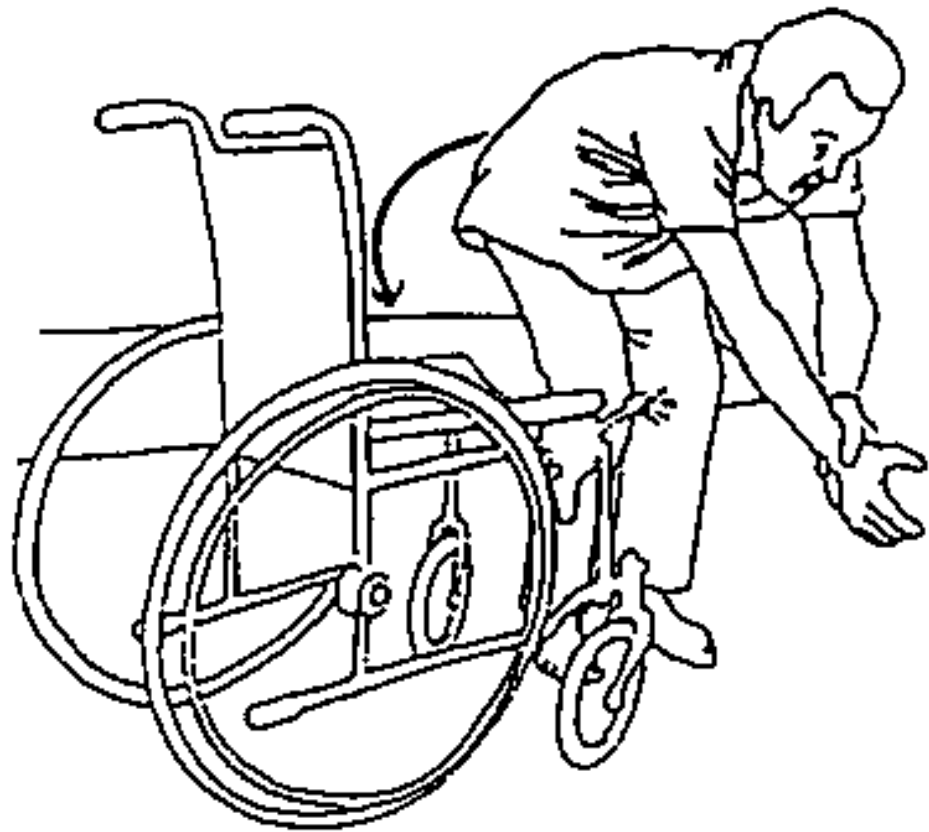
ANEXO 20
PASO DE LA SILLA A LA CAMA Y VICEVERSA
(B-MAS ACTIVO)



ANEXO 21
PASO DE LA SILLA A LA CAMA Y VICEVERSA
(C-ACTIVO)

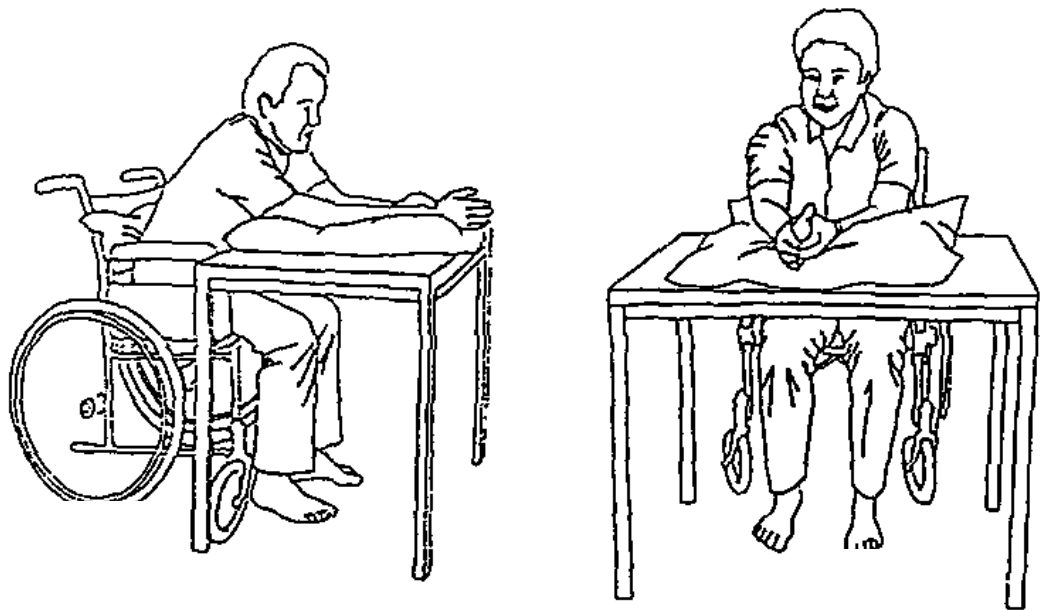


ANEXO 22
PASO DE LA SILLA A LA CAMA Y VICEVERSA
(D-SIN AYUDA)

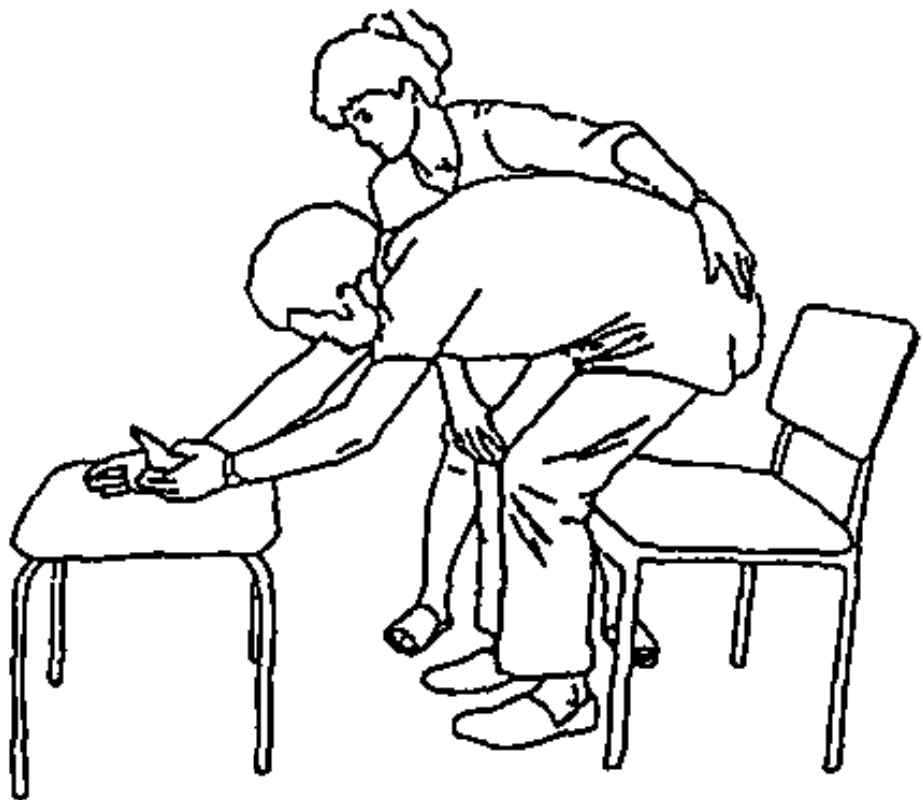


ANEXO 23

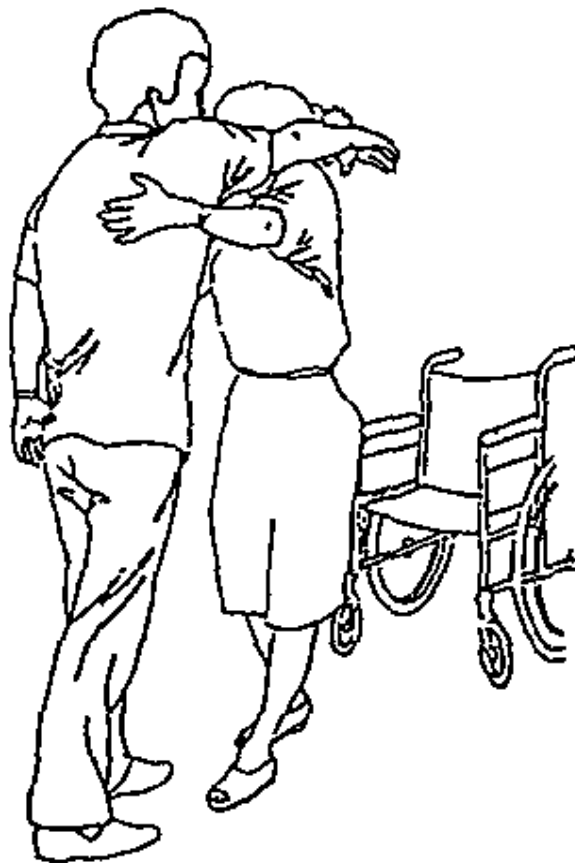
POSICIÓN SENTADA FRENTE A UNA MESA, EN UNA SILLA DE RUEDAS



ANEXO 24
PASO DE LA POSICIÓN SENTADA A LA POSICIÓN ERECTA



ANEXO 25 A
CAMINAR
CON AYUDA FRONTAL.



ANEXO 25 B
CAMINAR
CON AYUDA LATERAL.



6. GLOSARIO DE TERMINOS

ACROPARESTESIA. Paresia de la extremidad caracterizada por excesos de sensaciones de cosquilleo, estupor y rigidez de los dedos esencialmente se debe por alteraciones neurológicas ya sean centrales o periféricas.

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS. Procedimiento por medio del cual se proporcionan elementos terapéuticos al organismo humano por diferentes vías, ya sea vascular, central o periféricas, subcutáneas, intratecal, rectal, sublingual, oral, intradérmica, respiratoria, genitourinario, oftálmica.

AFASIA. Ausencia de lenguaje en sentido literal; constituye un trastorno en la utilización de los símbolos del lenguaje se presenta en algunos trastornos como en la parálisis facial, en pacientes con accidente vascular cerebral, etc.

AGNOSIA. Perdida del conocimiento de las impresiones sensoriales de un objeto visto o sentido; puede ser visual, auditiva o táctil, esta puede ser causada por algún traumatismo craneoencefálico, tumor, un accidente cerebro vascular y otros.

AMPLECIÓN O AMPLEXACIÓN. Se refiere al abrazo, acción de rodear con el brazo un objeto para apreciar su forma y desarrollo; se he aplicado al examen del tórax, pero sirviéndose de las manos acomodadas de plano para comparar volumen y dilatación de un hemitórax con el homólogo.

ANEURISMA. Se refiere a la dilatación por pérdida del paralelismo de la aorta, una arteria cerebral o periférica, o del corazón mismo; en este último caso, subsiguiente a un infarto del miocardio, las capas de las arterias en especial la elástica pierde sus propiedades de elasticidad al contacto de ateromas.

ANGIOGRAFÍA CARÓTIDEA. Procedimiento radiológico con utilización de medios de contraste tratan de de visualizar los vasos del cerebro por ejemplo a nivel carotídeo donde se localiza su bifurcación es sitio ideal para la aterosclerosis con este estudio podemos identificarlo con gran facilidad.

ANOSOGNOSIA. Impercepción, negación o ausencia de percepción de las parálisis del propio cuerpo; también negación de defectos como ceguera, paraplejía, hemiplejía, hemibalismo, sordera, cualquier clase de incontinencia o impotencia sexual.

ANTICOAGULANTE. Pertenece a un grupo de medicamentos, o estancias que se utilizan y se oponen para evitar la coagulación, como por ejemplo la heparina, dicumarol, la enoxoparina, etc.

APRAXIA. Incapacidad para realizar algún movimiento intencional cuya naturaleza el enfermo comprende sin la existencia de grave parálisis, pérdida sensitiva o ataxia manifestación clínica de inicio en isquemia cerebrovascular.

ARTERIOESCLEROSIS. Es cuando se presenta el endurecimiento de las arterias; se presenta a lo largo de la vida y es más acentuada en personas con herencia al respecto, así como en diabéticos y cuando la presión arterial se incrementa.

ASINERGIA. Falta de cooperación y coordinación muscular al llevar al cabo los movimientos musculares simples como la marcha. Algunas otras alteraciones asincrónicas se manifiestan como en la escritura y emisión de la palabra hablada.

BLOQUEO. Nos referimos al obstáculo en el paso del estímulo en algún punto del sistema especializado de conducción del corazón: puede ser aurícula ventricular o de las ramas derecha o izquierda; en general carecen de gravedad, salvo el bloqueo aurículo ventricular completo que puede producir crisis por mal riego del cerebro y requiere la implantación de un estímulo eléctrico artificial o marcapaso. También se puede referir al proceso anestésico que se utiliza para algunas cirugías.

CAPILARES. En el sistema circulatorio encontramos gran cantidad de venas, arterias arteriolas y capilares y a estos nos referimos que son los de menor calibre que unen a la circulación arterial con la venosa, lo mismo a nivel de los tejidos periféricos como en los pulmones.

CHEYNE-STOKES. Es el tipo de respiración que se caracteriza por la alternancia de respiración rápida y paros respiratorios;

presentase en la insuficiencia cardiaca y en algunos padecimientos cerebrales como accidente vascular cerebral.

CLONUS. Clono, serie de contracciones rítmicas e involuntarias, determinadas en un músculo o grupo muscular por la extensión súbita y pasiva de sus tendones; constituye una hiperexcitabilidad refleja por supresión de la acción frenadora que normalmente ejercer la vía piramidal.

COLESTEROL. El colesterol siempre ha sido uno de los enemigos del hombre en concentraciones altas pero este es un alcohol monohídrico constituyente de las grasas de los animales, que tiene gran importancia el metabolismo y cuyo depósito en las arterias provoca esclerosis; es el precursor de los ácidos biliares y tiene importancia en la síntesis de hormonas esteroides.

CONCIENCIA. Elemento primario de la experiencia cuyo contenido consiste en sensaciones, emociones, imágenes, recuerdos de las experiencias similares dependiente de la actividad de la corteza y el tálamo óptica; conocimiento interior de la existencia propia y de sus modificaciones.

CONTROL ESTRICTO DE LÍQUIDOS. El ser humano requiere de un equilibrio fisiológico homeostático, el cual depende de la integridad funcional de las células y la estabilidad de su medio interno en cuanto a volumen, concentración y composición (líquidos y electrolitos), en relación a su medio externo. Dicha homeostasis necesita de mecanismos para conservación constante del

funcionamiento renal, hormonal y nervioso, así como la compensación a través de órganos homeostáticos o sus reguladores.

CONVERSIÓN. se refiere la conversión al mecanismo de defensa inconsciente que sirve de propósito generalmente de todos los mecanismos de este tipo de evitar angustia; expresa simbólicamente un conflicto en síntomas somáticos por ejemplo la parálisis psicógena de un brazo u otro miembro del cuerpo.

DEPRESIÓN. En psiquiatría significa tristeza mórbida o melancolía en desproporción a las pérdidas de objetos amorosos que algún individuo haya sufrido por ejemplo en pacientes hemipléjicos la pérdida del control corporal les causa depresión.

DESORIENTACIÓN. Se le llama desorientación a la pérdida de la advertencia o posición de uno mismo, en relación con el tiempo, espacio u otras personas; forma parte de un síndrome de confusión mental que tienden a manifestarse en personas que han sufrido alguna alteración neurológica por trauma o consumo de alguna droga entre otros.

EMBOLIA. Se refiere a la obstrucción súbita de un vaso llámese arteria o vena, predominando mas en arterias, debido a un cuerpo arrastrado por la corriente sanguínea desprendido, si es coágulo , del interior del corazón o de la túnica interna vascular.

EMPATÍA. Es la advertencia adjetiva y penetrante de los sentimientos, emociones y conducta de otra persona, además de lograr la percepción de su significado; el termino ha distinguirse del de simpatía, usualmente subjetiva y crítica.

CATETERISMO. Es la introducción de un tubo delgado por una vena o arteria de los miembros para llevarlo hasta el interior del corazón mediante el control radiológico, con el fin de estudiar la presión sanguínea, el contenido de oxígeno en sangre, la existencia de orificios o conductos anormales y hacer cálculo de áreas de las válvulas cardiacas y de la cantidad de sangre que maneja el corazón.

ESPASTICIDAD. Se le llama espasticidad a la exageración de los reflejos miotático espinales manifestadas por un estado de hipertonia muscular; esta se caracteriza por mayor contracción del músculo distendido, exaltación de reflejos profundos, clono, descenso liminal del reflejo miotático espinal y ensanchamiento del área Reflexógena.

ESTUDIOS DE LABORATORIO. Procedimiento que suele realizarse en el laboratorio con el fin de detecta e identificar o cuantificar una o más sustancias valorar las funciones orgánicas o hallar el origen de alguna enfermedad. Se utilizan para diagnosticar y tratar alguna enfermedad.

EXPLORACIÓN FÍSICA. Investigación de las distintas partes del organismo para determinar su estado de salud con ayuda de las técnicas de inspección, palpación percusión auscultación y olfacción. La exploración física, la historia clínica y las pruebas analíticas constituyen uno de los básicos sobre los cuales se elabora el diagnóstico y se desarrolla el plan de tratamiento.

GASOMETRÍA ARTERIAL. Valoración por los diferentes métodos de la cantidad de oxígeno y dióxido de carbono presentes en la sangre arterial para valorar el grado de ventilación y oxigenación, así como el equilibrio ácido base del organismo del paciente. El contenido de oxígeno de la sangre arterial, que normalmente es de 15 a 22 volúmenes por ciento el cual disminuye en algunas patologías respiratorias.

GLUCOMETRÍA. Es un procedimiento que se realiza para a través de un glucómetro para medir los niveles de glucosa en sangre de forma fácil puede ser en un medio hospitalario o de forma ambulatoria el cual nos muestra un equilibrio fisiológico del organismo para mantener la salud.

HIGIENE PERSONAL. Mantener o fomentar los buenos hábitos de limpieza en los pacientes es una de las funciones primordiales del equipo de salud, pues sabemos que en algunos de los individuos la estimación del aseo depende de gran parte de los patrones culturales del que practique el grupo del que procede; por tal razón, algunos pacientes ingresan al hospital con buenos hábitos de higiene y otros necesitan ser instruidos en estos.

INCONSCIENTE. Parte de la mente o del funcionamiento mental del cual el contenido es sólo sujeto a la advertencia de modo ocasional; desde el punto de vista teórico es el depósito de datos que nunca han sido conscientes (represión primaria) o que pudieron haber sido conscientes brevemente y más tarde reprimidos (represión secundaria).

INSTALACIÓN DE ACCESOS VENOSOS. Es un canal que nos sirve para acceder medicamentos y líquidos o para tomar muestras o extraer líquido normalmente se utiliza un catéter hueco que se introduce en un vaso o en la cavidad de un organismo para extraer o introducir líquidos.

INSTALACIÓN DE SONDA DE DRENAJE URINARIO. Introducción de una sonda en un órgano o cavidad corporal para inyectar o extraer un líquido. El procedimiento más frecuente consiste en la introducción de una sonda en la vejiga a través de la uretra para tratar una retención urinaria o vaciar totalmente el contenido vesical ante una intervención quirúrgica. Para el control de líquidos para poder hacer los balances hídricos del paciente.

LOBOTOMÍA. Procedimiento usado en psicocirugía: consiste en la interrupción quirúrgica de vías neuronales asociativas de los lóbulos frontales; usarse para corregir el afecto y la conducta de ciertos pacientes sicóticos crónicos y como tratamiento del dolor.

MECANISMO DE DEFENSA. Es un proceso inconsciente intrapsíquico empleado para alguno de ellos, comunes, son: anulación, idealización identificación, incorporación, introyección, proyección, racionalización, formación reactiva, regresión, represión, sublimación, sustitución y simbolización.

MONITORIZACIÓN CARDIACA. Comprobación continúa del funcionamiento del corazón mediante un instrumento electrónico que recoge una lectura electrocardiográfica en un osciloscopio. Cada contracción ventricular del corazón produce una luz destellante o un sonido audible. El indicador suele estar integrado dentro de un sistema de alarma que se pone en marcha cuando la frecuencia del pulso se sale de uno límites predeterminados.

OXÍGENO. Nos referimos al elemento gaseoso suministrado por inhalación en los casos de asfixia e insuficiencia cardiaca; elemento gaseoso bivalente, incoloro, libre en la atmósfera, de cuyo peso constituye el 20%, peso específico 1.105, símbolo O, agente especial en la respiración y la combustión.

OXIGENOTERAPIA. Procedimiento en el cual se administra oxígeno a una persona con el fin de la hipoxia. Método la selección de alguno de los métodos de administración de oxígeno depende del estado del enfermo de la causa de la hipoxia. La cantidad bajas o moderadas de oxígeno se pueden administrar a los enfermos post operados mediante una cánula o un catéter. Se puede utilizar de cualquier situación que de lugar a hipoxia. Aunque existen varios tipos de hipoxia, todos producen hipoxemia, la administración de

oxígeno puede mejorar la hipotensión, arritmias cardíacas, taquipnea, dolor de cabeza, desorientación náuseas y la agitación características de la hipoxia, así como restablecer las capacidades de las células del organismo para desempeñar una función metabólica normal.

POSICIÓN ADECUADA. La postura es la alineación corporal que se adopta espontáneamente en forma correcta o incorrecta; la posición es la alineación de segmentos orgánicos que se adecuan en forma intencional con fines de comodidad, diagnóstica o terapéutica.

PRESIÓN ARTERIAL. Es uno de los signos vitales de gran importancia donde la presión arterial determinada por varios factores, en especial el volumen sanguíneo que los ventrículos expulsan en un minuto y sobre todo por la resistencia al paso de la sangre, opuesta por las arteriolas.

REACCIÓN DE ESTRÉS. El término empleado para designar la reacción emocional aguda ocurrida frente a una tensión ambiental intensa, así en operaciones militares, desastres industriales o domésticos o civiles, y otras situaciones vitales.

REHABILITACIÓN. Restitución de un individuo o un órgano a la normalidad después de una enfermedad incapacitante, una lesión o un período de adicción o encarcelamiento, además de la estimulación neuromusculoesquelética condiciones de salud cuando el paciente presenta limitaciones físicas.

SODIO. Es el elemento metálico que tiene gran afinidad por el oxígeno y con otros elementos no metálicos; en forma de cloruro forma la sal común, suele restringirse en las dietas de los pacientes afectados del corazón; elemento metálico, alcalino y blando, de color blanco de plata, símbolo Na, número atómico 11, peso atómico 22.990, densidad 0.971.

SONIDO. Se le llama sonido a lo movimiento molecular uniforme que despierta en el ser humano una sensación específica; efecto producido en el sentido del oído por vibraciones regulares del aire u otro medio. Cuando se presentan signos de hipertensión se manifiesta un sonido sordo.

SUEÑO. Se le llama sueño a la suspensión de la conciencia acompañada de una relajación del tono muscular; en algún periodo de tal estado fisiológico puede establecer una actividad onírica, el ensueño, que puede evocarse o no al despertar.

TOMA DE SIGNOS VITALES. Determinación de la frecuencia del pulso, la frecuencia respiratoria y la temperatura corporal. Aunque no se considera estrictamente un signo vital, también se incluye la presión arterial son signos característicos de la vida

VALORACIÓN NEUROLÓGICA. Evaluación y apereamiento de una circunstancia en ella se consideran 4 aspectos: nivel de conciencia, tipo de accidente cerebro vascular y gravedad del accidente cerebro vascular, ante un evento se realizan exámenes

neurológicos focales con frecuencia, de manera de poder detectar cualquier cambio de estado (agravamiento o mejoría).

VÉRTIGO. Son alucinaciones de movimiento; alteración del sentido del equilibrio, caracterizada por una sensación de inestabilidad y de movimiento aparente rotatorio del cuerpo o de los objetos presentes, tienden además a manifestar ansiedad, náuseas, hasta llegar en ocasiones al vómito.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ALSPACH, J. Bongard. Cuidados intensivos de Enfermería en el adulto. Ed. Mcgraw-Hill interamericana. 5° ed. México, 2003. 947p.p.

ANDERSON, Jhon. Y Cols. Redacción De Tesis Y Trabajos Escolares. Ed. Diana. México, 1990. 174 p.p.

ARELLANO, J. Pedro. Guía de rehabilitación para el paciente Hemipléjico. México, 2005. 98. p. p.

ASOCIACIÓN DE MEDICINA INTERNA DE MÉXICO. Temas De Medicina Interna. Y Cuidados Intensivos. Vol. I, II, III Ed. Mcgraw-Hill. Interamericana. México, 2001. 1412 p.p.

BALSEIRO, A. Lasty. Investigación En Enfermería. Ed. Acuario. México, 1991. 164 p.p.

BARINAGARREMENTERIA, L. Fernando Y Cols. Enfermedad Vascular Cerebral. Ed. Manual Moderno. México, 2003. 1536 p.p.

BENNETT, J. Claude. Tratado De Medicina Interna. Ed. Mcgraw-Hill Interamericana. 6° ed. México, 2006. 2585 p.p.

BONGARD, F. Sue. Diagnóstico Y Tratamiento En Cuidados Intensivos. Ed. El Manual Moderno México, 2005. 998 p.p.

BRUNNER, Ls. Suddarth. Manual De Enfermería Médico Quirúrgica. Ed. Interamericana. 6° Ed. Vol. I, II. México, 2006. 2087 p.p.

CÁRDENAS, De La Peña. Terminología Médica. Ed. Mcgraw-Hill Interamericana. 3° Ed. Tomo I, II. México, 2004. 332 p.p.

CARPENITO, L. Manual De Diagnósticos De Enfermería. Ed. Mcgraw-Hill Interamericana. 9° ed. Tomo I, II. México, 2002. 992 p.p.

CHIPPS, Em. Trastornos Neurológicos. Ed. Mosby/Doyman. 2° ed. Barcelona, 2005. 216 p.p.

ECO, Humberto. Como Hacer Una Tesis; Técnicas Y Procedimientos De Investigación; Estudio Y Escritura. Ed. Gedira. México, 2002. 267 p.p.

ENEO. División De Estudios De Posgrado. Guía Para El Diseño De Las Operaciones De Graduación. Ed. Eneo. México, 2005. 22 p.p.

ESTEBAN, A. Martín C. Manual De Cuidados Intensivos Para Enfermería. Ed. Springer-Verlag Ibérica. 6° ed. Barcelona, 2006. 429 p.p.

ESTELLER, Cordero M. Fundamentos De Fisiopatología. Ed. Mcgraw-Hill Interamericana. 2° ed. México, 2006. 689 p.p.

FAVC, A Harrisón y Cols. Principios De Medicina Interna Ed. Mcgraw-Hill Interamericana. 17° ed. Vol. I, II. México, 2006. 2941 p.p.

FREDERIC, S. Bongard. Diagnostico Y Tratamiento En Cuidados Intensivos. Ed. El Manual Moderno S.A. De C.V. 3° ed. México D.F, 2005. 953 p.p.

GINESTAL, G. Ricardo. Libro De Textos De Cuidados Intensivos. Ed. Mcgraw-Hill Interamericana. 4° ed. México, 2005. 1991 p.p.

GUAMARRA, B. Yolanda. Técnicas De Enfermería En El Paciente Crítico. Ed. Lcala 2° ed. México, 2006. 326 p.p.

HUNFORD, D. We Y Cols. Cuidados Intensivos Del Hospital De Massachussets. Ed. Marbán. España, 2001. 734 p.p.

KERLINGER, M. Fred. La Investigación Del Comportamiento. Ed. Interamericana. México, 2001. 525 p.p.

KIM, M. Ja Y Cols. Guía Clínica De Enfermería Diagnósticos En Enfermería. Ed. Harcourt/Brace. 7° ed. México D.F, 2004. 413 p.p.

KOZIER, B. Olivieri. Enfermería Fundamental, Conceptos, Procesos Y Práctica. Ed. Mcgraw-Hill Interamericana. 6° ed. Tomo I, II. México, 2003. 1178 p.p.

LAURENS, O. Susana. Manual de Enfermería Médico Quirúrgica patrón cognoscitivo perceptivo. Ed grupo editorial Universitario, México, 2004. 484. p.p.

MANUAL MERCK. Diagnostico Y Tratamiento. Ed. Océano. 9° ed. Barcelona, 2004. 2607 p.p.

MANZANERO, S. Ramón,. Atención Especializada en enfermería al paciente ingresado a la unidad de cuidados intensivos Ed. CEP. Madrid, 2006. 468. p.p.

NET, A. Marruecos y Cols. Neurología Crítica. Ed. Springer- Verlag Ibérica. Barcelona, 2005. 401 p.p.

ORTEGA, L. Susana. manual de enfermería médico quirúrgica patrón cognoscitivo perceptivo. Ed grupo editorial Universitario, México, 2004. 432 p.p.

PROLE, A. Jean. Enfermería De Urgencias Técnicas Y Procedimientos. Ed. Elsevier 3° ed. Madrid, Septiembre, 2005. 872 p.p.

ROBERTI, R. Francisco, Rehabilitación y recuperación funcional del lisiado. Ed. científico-técnicas americanas. Buenos aires, 2006. 267 p.p.

SEQUERA, O. García y Cols. Enfermedad Vascular Cerebral Desarrollo Científico De La Enfermería, Ed. Harcourt Agosto 2005. 236 p.p.

SMELTZER, C. Susanne. y Cols. Enfermería Médico Quirúrgica. Ed. Mcgraw-Hill Interamericana. 12° ed. México, 2007. 2136 p.p.

STEPHEN, J. Mc Phee. Fisiopatología Médica: Una Introducción A La Clínica. Ed. El Manual Moderno S.A. De C.V. 4° ed. México, 2003. 626 p.p.

TAMAYO, T. Mario. El Proceso De Investigación Científica. Fundamentos De Enfermería. Ed. Limusa, México, 1981, 127 p.p.

URDEN, D. Lough y cols. Cuidados Intensivos De Enfermería. Ed. Mcgraw-Hill Interamericana. 2° ed. México, 2004. 1999 p.p.

URDEN, L. Stacy. Cuidados Intensivos En Enfermería. Ed. Harcourt/Océano. 2° ed. México, 2005. 508 p.p.

VELEZ, H. Borrero. y cols. Fundamentos De Medicina. El Paciente En Estado Crítico. Ed. Corporación Para Investigaciones Biológicas. 2° ed. Colombia, 2002. 514 p.p.

WILLIAMS, M. Susan. Desiciones En Enfermería De Cuidados Críticos. Ed Doyma. 3° ed. Louisiana, 2003. 299 p.p.