

CATALOGO DE TRABAJO DE INVESTIGACION, TESIS Y PROYECTOS

ASAMBLEA NACIONAL DE RECTORES

RESOLUCION N° 1562-2006-ANR

RESUMEN DE TRABAJOS DE INVESTIGACION

TESIS Y PROYECTOS

I. NIVEL:

• **PREGRADO**

- **CARRERA PROFESIONAL:** Enfermería
- **TITULO PROFESIONAL:** Licenciada en Enfermería
- **DENOMINACION DEL TRABAJO DE INVESTIGACION:** El cuidado de Enfermería al Adulto Mayor en la Enfermedad Vasculat Cerebral
- **AUTOR:** Mg. Reyes Avila Edith Janet
Mg. Urrutia Carranza, Claudia del Pilar

• **POSGRADO**

* **MAESTRIA**

- MAESTRIA EN
- DENOMINACION DEL TRABAJO DE INVESTIGACION TESIS O PROYECTO
- AUTOR

* **DOCTORADO**

- DOCTORADO EN
- DENOMINACION DEL TRABAJO DE INVESTIGACION TESIS O PROYECTO
- AUTOR

II. CONTENIDO DEL RESUMEN ()**

ASPECTO METODOLOGICO

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

OBJETIVOS

HIPOTESIS

BREVE REFERENCIA AL MARCO TEORICO

CAPITULO I: GENERALIDADES

1. ADULTO MAYOR

A lo largo del tiempo distintos autores han esbozado diversas definiciones en relación al adulto mayor. A continuación se presentan las siguientes definiciones:

- ❖ La Organización Panamericana de Salud, considera como personas mayores a aquellas que tienen 60 años o más; así mismo desde el punto de vista funcional se puede clasificar en tres grupos a las personas adultas mayores. (29)

Persona adulta mayor autovalente; la persona puede realizar las actividades básicas de su vida diaria,

Persona adulta mayor postrada; aquella que tiene una pérdida del estado de reserva fisiológico.

Persona adulta mayor frágil; aquella persona que tiene disminución del estado de reserva fisiológica

2. ENVEJECIMIENTO

El proceso de envejecimiento particularmente en América Latina se caracteriza por ser más rápido que los países en desarrollo y por darse en un contexto de pobreza y de inequidades socioeconómicas y de género por lo que en algunos casos se acentúan mucho más. Si bien la población peruana sigue siendo predominantemente joven, viene presentando un proceso de envejecimiento que además de ser progresivo demográficamente genera nuevas demandas

sociales y una constante preocupación por parte de las autoridades. Diversos autores proponen algunas definiciones de envejecimiento. (29)

- ❖ Es un proceso secuencial, acumulativo, irreversible, no patológico, de deterioro del organismo maduro propio de todos los cambios de la persona; de manera que con el tiempo se vuelve incapaz de hacer frente el estrés con el tiempo.(26)
- ❖ El envejecimiento es un proceso universal, continuo, irreversible, dinámico, progresivo, declinante, y heterogéneo y hasta el momento inevitable; en el que ocurren cambios biopsicosociales resultantes de la interacción de factores genéticos, sociales, culturales y presencia de enfermedades. (10)

3. TEORIAS PSICOSOCIALES

El envejecimiento psicológico depende de la interrelación entre la dimensión biológica, cognitiva, espiritual, social del ser humano e influencia ambiental para tener un envejecimiento exitoso el cual se demuestra a través de su capacidad de adaptación a los cambios inevitables. (26)

Estos cambios se explican por tres teorías; las cuales tratan de comprender y predecir la adaptación satisfactoria de los adultos mayores.

- ***Teoría del Desligamiento o Desvinculación:***

Según Cumming y Henry, considera que es el mismo Adulto Mayor quien comienza a disminuir sus funciones sociales, lo que origina rechazo y aislamiento entre él y la sociedad.

Teoría de la actividad:

Según Havighurst, considera el fenómeno del envejecimiento de una forma diferente a como lo hace la teoría del desligamiento, sostiene que con excepción de los cambios inevitables de salud, resalta la importancia de mantener la actividad social; en la cual afirma que la persona socialmente activa tiene más capacidad de adaptación.

○ ***Teoría de la continuidad:***

La premisa central de esta teoría es que se centra en la capacidad de adaptación al mundo de manera individual y ajuste al Adulto Mayor tomando en cuenta su personalidad (integrada, defensiva, pasiva-dependiente y no integra) y estilo de vida.

4. CAMBIOS ORGANICOS Y FUNCIONALES DEL ADULTO MAYOR

A medida que envejece la persona se producen una serie de cambios físicos, funcionales, psicosociales, espirituales y cognitivos que caracterizan al adulto mayor. A continuación se describen algunos cambios significativos.

4.1. CAMBIOS FISICOS:

Las modificaciones biológicas que se van produciendo en la vejez forman parte del continuo de la vida, es por ello que se tiene que distinguir cuales son los cambios que podemos identificar como parte del proceso de envejecimiento normal o primario y otras características que resultan de la interacción con el medio o como producto de la enfermedad.

Evidentemente no todos los cambios ocurren con la misma intensidad en todos los Adultos Mayores; debemos recordar que el envejecimiento es un proceso individual.

❖ PIEL Y ANEXOS

La piel se hace más delgada por la disminución del tejido graso, más seca, más transparente y se vuelve menos elástica por lo que aparecen las arrugas que aumentan en número y profundidad debido a una atrofia del tejido elástico de las fibras musculares y grasa subcutánea; lo que también provoca la susceptibilidad a úlceras por presión alterándose la capacidad de cicatrización y a una mayor probabilidad de desarrollo de infecciones secundarias tras un traumatismo; también se produce una reducción de las células de langerhans lo que explica la disminución de la respuesta inmunitaria cutánea y una mayor probabilidad a tumores cutáneos; así mismo la disminución de glándulas sebáceas combinadas con la incapacidad de la piel para retener líquidos conlleva a la resequedad de esta estructura; el color se torna amarillento debiéndose a la pérdida de elastina, los párpados y el tejido submentoniano pierden su turgencia. Posteriormente aparecen manchas en la piel o lentigo senil que se manifiesta en las manos y brazos y a veces en la cara; así mismo se observa el desprendimiento progresivo de la piel comenzando por la línea mandibular y las bolsas subpalpebrales por descenso del párpado inferior. (10)(21)(28)

Con el envejecimiento los corpúsculos de paccini y de Meissner del sistema nervioso periférico descienden en número provocando una disminución de la sensibilidad. (28)

También el tejido conectivo disminuye su contenido de colágeno y los fibroblastos reducen su recambio por pérdida del soporte elástico, es por ello que los traumatismos pueden provocar ruptura de vasos capilares apareciendo trasvasación de sangre (36)

En el cabello se observa la presencia de canas, calvicie y placas seborreicas, así mismo el pelo se hace gris lo cual es el resultado de la pérdida de melanocitos en los bulbos pilosos; al mismo

tiempo el crecimiento de pelos en las fosas nasales y en el conducto auditivo externo; las uñas se atrofian y se vuelven ásperas, gruesas y opacas y hay una reducción en su crecimiento; el cual se debe a la deficiencia de hierro y calcio. (10) (21)

❖ **SISTEMA MÚSCULO ESQUELÉTICO**

Los cambios musculares que se producen en el Adulto Mayor son importantes; su desuso contribuye a cambios en la misma medida que el proceso de envejecimiento.

Con la edad se produce una pérdida de masa muscular y disminución de fuerza; la cual está condicionada a la falta de movimiento de las personas Adultas Mayores. Así mismo el número de fibras musculares disminuyen y estas se vuelven más débiles y pequeñas como consecuencia disminuyen la fuerza, tono y resistencia muscular. Con la edad los ligamentos y tendones que se vuelven rígidos los cual reduce la flexibilidad de las articulaciones; en la que se va degenerando sus cartílagos dando lugar a una incapacidad del hueso para amortiguar una lesión; también hay opacidad del cartílago, aparición de erosiones superficiales, degeneración mucoide y formación de quistes conllevando a una disminución de la elasticidad y predisposición al dolor debido al acortamiento de los ligamentos y fibras musculares. (10) (28)

Por lo tanto el tiempo de reacción de la persona se enlentece con la edad a causa de la disminución de la velocidad de conducción de fibras nerviosas; además este puede retrasarse por la reducción del tono muscular como resultado de la disminución de actividad física (16)

❖ **SISTEMA NERVIOSO CENTRAL: CEREBRO Y MÉDULA ESPINAL**

Con el envejecimiento se observa una disminución en el peso del cerebro en un 10%; con una disminución del número de neuronas de las cuales algunas se atrofian y mueren que ya no son remplazadas. Así mismo el flujo sanguíneo cerebral se reduce en un 20% produciendo alteración de los procesos de autorregulación de flujo y disminución de la síntesis de neurotransmisores. (28)(36)

Las alteraciones involutivas también influyen en los procesos del pensamiento disminuyendo la capacidad de asimilación; reducción de la velocidad de procesamiento de información y consecuentemente se reduce la producción intelectual, disminución de la memoria a corto plazo y pérdida de la capacidad de aprendizaje, también hay una disminución en la capacidad de responder en forma adecuada y efectiva ante estímulos complejos y múltiples, así mismo puede observarse un enlentecimiento de la coordinación sensorio-motora que produce un deterioro en los mecanismos que controlan la postura. (1)(21)(26)

❖ SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO

También existen cambios a nivel del sistema nervioso autónomo que están relacionados al envejecimiento; manifestados con una disminución en la síntesis e hidrólisis de los neurotransmisores, acetilcolina, norepinefrina y dopamina; además existe una reducción en el número de receptores postsinápticos como consecuencia de ello, disminución de la sensibilidad de baroreceptores lo que conlleva a una hipotensión postural, así mismo a un deterioro del centro termorregulador, alteración en la apreciación del dolor visceral lo que puede conducir a la presentación confusa de enfermedades (1)

Es por ello que estas alteraciones neurológicas repercuten en la vida mental del Adulto Mayor configurándoles una personalidad diferente y especial, sin embargo existe un grupo numeroso

que conserva sus funciones intelectuales y cognitivas que le permiten desenvolverse con autovalencia. (19)

❖ ALTERACIONES SENSITIVAS

OIDO Y AUDICIÓN

Las alteraciones del oído en esta edad se deben principalmente a trastornos vasculares que dificultan la circulación afectando la audición y el equilibrio; (21)

En el oído externo se produce excesiva acumulación de cerumen que dificulta la audición y a nivel del oído medio se produce adelgazamiento de la membrana timpánica y pérdida de elasticidad, también hay una disminución de eficiencia en la conducción de los sonidos, la cadena de huesecillos se deteriora y disminuye la producción de endolinfa. (10) (24)

OJOS Y VISIÓN

Hay disminución progresiva de la agudeza visual y estrechamiento del campo visual que se debe a degeneración de las células de la periferia de la retina ocasionando retardo para adaptarse a la oscuridad.

La córnea se hace más espesa y menos sensible; pierde su brillo y por depósitos de lípidos se produce el arco senil; la pupila se hace más pequeña (miosis) el que responde más lentamente y cuesta adaptarse a cambios de iluminación; el iris pierde pigmentación y por lo tanto reducción del color de los ojos y disminución de la capacidad de acomodación del cristalino el que disminuye su elasticidad; es decir; se reduce la capacidad para enfocar objetos, también

pierde transparencia se puede producir opacidad dando lugar a la llamada catarata senil; a nivel de la retina se reduce la acumulación de pigmentos produciéndose la pérdida visual con el paso de los años, finalmente con la edad también existe el aumento de la presión intraocular ocasionando la presencia de glaucoma y reducción de la cantidad de lágrimas.(10)(19)(24)(26)

Todos estos cambios producen una serie de implicancias en la vida diaria del Adulto Mayor como el abandono de actividades y estos cambios bruscos en el nivel de agudeza visual pueden ocasionar caídas y otros accidentes.

GUSTO Y OLFATO

Cuando las personas de edad avanzada se quejan de que su alimento ya no tiene buen sabor es porque tienen menos papilas gustativas en la lengua y también porque el bulbo olfatorio se ha atrofiado. (22)

❖ SISTEMA CARDIOVASCULAR

El corazón en la etapa de la adultez mayor disminuye la capacidad funcional por reducción de energías por lo tanto disminuye el gasto y reserva cardiaca; sin embargo este funciona bien en condiciones de actividad física normal pero tiende a disminuir en situaciones de mayor exigencia del organismo; a la vez se reduce la capacidad del corazón para contraerse; por eso cuando se necesita aumentar el volumen de sangre bombeada por el corazón debe de hacerse a costa de aumentar la frecuencia del latido ya que el músculo esta ya funcionando a mayor demanda (19)

Debido al envejecimiento el musculo cardiaco se llena de grasa, se incrementa el colágeno que provoca el endurecimiento y por ende rigidez de las cavidades del corazón; alterando el ritmo

cardíaco y disminuyendo su fuerza consecuentemente el corazón recurre a sus energías de reserva para vencer este aumento de la resistencia periférica al paso del flujo sanguíneo siendo una de las causas del aumento de la presión arterial; también la alteración en la elasticidad de las arterias al estar disminuida provoca con frecuencia el menor aporte de sangre a las extremidades inferiores y el cerebro, lo que provoca dolor en pantorrillas y mareos respectivamente (16) (19) (21) (26)

También la incompetencia valvular venosa y calcificaciones en las válvulas cardíacas conllevan a la presencia de soplos cardíacos y predisposición a eventos tromboembólicos. (1)

❖ SISTEMA RESPIRATORIO

Junto al envejecimiento aparecen alteraciones anatómicas y funcionales del sistema respiratorio disminuyendo ligeramente la función pulmonar en el que se producen modificaciones proteínicas en las células que forman los pulmones como la elastina y el colágeno; como consecuencia los pulmones pierden cierta elasticidad y capacidad para distenderse; así mismo también puede presentar esclerosis bronquial y de los tejidos de soporte; también degeneración del epitelio bronquial y glándulas mucosas, a consecuencia de ello, una disminución de sensibilidad y eficiencia de los mecanismos de defensa del pulmón tales como el aclaramiento de moco, movimiento ciliar y el reflejo de tos el cual es menos vigorosa. (1) (19)

❖ SISTEMA DIGESTIVO

Este sistema también sufre atrofia progresiva que afecta negativamente sobre el metabolismo celular; acelerando la involución senil. Se observa pérdida de los dientes en el que se producen una recesión importante de las encías y una pérdida de piezas dentales; también reducción de

la pulpa dental por mala perfusión y consecuente reducción de la inervación; a la vez disminución fisiológica de la producción de saliva dificultando la formación del bolo alimenticio, atrofia de la mucosa periodontal lo que lleva a mayor facilidad de lesiones dentales. (19)(21)(36)

El tubo digestivo se dilata y alarga, el esófago se elonga y ensancha; con excepción del estomago y por hipotonía muscular disminuye la elasticidad; su mucosa se adelgaza y los pliegues desaparecen, la superficie secretora de jugo gástrico disminuye afectando la cantidad y calidad de la misma dificultando la absorción de algunos alimentos, el tono muscular de los intestinos disminuye por lo que altera el peristaltismo y eliminación conllevando a una indigestión y estreñimiento. (10)(21)

También en esta edad se produce una disminución de la secreción de ácido clorhídrico que puede afectar en la absorción de ciertas sustancias y medicamentos. Todas estas alteraciones conllevan a mal nutrición calórico-proteica; cuando la cantidad de energía o proteínas que necesita un individuo no es suficiente para cubrir sus necesidades y mantener un estado óptimo conllevando a una pérdida de peso, anemia por falta de Hierro; vit B12 y ácido fólico, manifestándose fatiga, falta de apetito y alteraciones visuales como consecuencia de déficit vitamínico. (10)(19)

4.2. Cambio Cognitivo

El desarrollo cognitivo acaba en la etapa de operaciones formales; sin embargo sabemos que la capacidad intelectual incluye la percepción, el desarrollo cognitivo y el

aprendizaje. Considerando que la capacidad de interpretar depende de los sentidos, y sabiendo que estos están deteriorados, la capacidad de interpretar es menor. (23)

Es por ello que los adultos mayores necesitan mayor tiempo para el logro de aprendizajes significativos siendo necesario también darle mayor tiempo para recuperar la información.

4.3. Cambio Moral y Espiritual

El adulto mayor se preocupa más por los problemas morales que afectan a sus miembros de la familia que por sus mismos problemas e intenta incorporar las teorías teológicas y las acciones religiosas a su pensamiento tratando de comprender las ideas perdidas o interpretarla de manera distinta. (23)

La espiritualidad se aumenta en esta etapa de la vida lo cual se traduce en una mayor filosofía de la vida. Con esto es posible experimentar una sensación de importancia, lo cual puede ayudarle en su aceptación y autoestima. (33)

5. PROBLEMAS PSICOSOCIALES ASOCIADOS AL ADULTO MAYOR

5.1. Jubilación

En este periodo de la vida; la jubilación debería de ser de plena satisfacción para gozar de otras cosas de la vida a las que no ha sido capaz de gozar de las otras cosas de la vida. Sin embargo con mayor frecuencia es la persona que ha disfrutado la que

también disfrutara de su jubilación y si su trabajo ha sido pesado encontrara en su jubilación tiempo adecuado para el descanso. (2)

De cierta manera el adulto mayor pierde actividad en el ámbito laboral, implicando la pérdida de relaciones personales, así mismo el cambio en las costumbres laborales que llegan junto con la jubilación lo que trae dificultades para la adaptación tornándose difícil la vida ya que sus valores están orientados en torno al trabajo y la actividad; las relaciones sociales disminuyen al dejar el ambiente laboral así mismo los recursos económicos disminuyen. (35)

El Adulto Mayor deberá de prepararse antes de la jubilación; debe conocer las consecuencias de la jubilación para prevenir sus efectos negativos.

5.2. Disminución de Ingresos

Muchos adultos mayores contarán con menos ingresos cuando se jubilan o cuando dejan de trabajar es por ello que ellos consideran que necesitan poco ingreso económico para satisfacer necesidades superfluas, pero si consideran que necesitan dinero en lo que respecta salud y alimentación, esto les permite ser independientes y cuidar de sí mismos. (16) (2)

5.3. Pérdida de Status y Compañerismo

La posición de una persona adulta mayor se juzga con frecuencia por su trabajo; pero cuando llega el día de su jubilación este sufre un cambio considerable y comúnmente imprevisible en su status es por ello que cuando pierden el trabajo también pierden este importante elemento de compañerismo y de relación social. (2)

5.4. Enfrentamiento a la Soledad

Las parejas ancianas se adaptan y se apoyan mutuamente, pero cuando uno de los cónyuges muere, la pareja experimenta un vacío y soledad. Las consecuencias psicosociales del envejecimiento se expresan en las siguientes crisis (49)

a) De identidad:

La imagen que la persona tenía de sí misma sufre ahora un cambio por las pérdidas que va sufriendo y por la decadencia general

b) De autonomía:

El adulto mayor experimenta con un evidente realismo, que ahora tiene necesidad de otros, que no se puede manejar a sí mismo, y que en asuntos en los que antes decidía por sí solo, ahora ha de esperar la decisión de otros; depende incluso de los cuidados de los demás.

c) De pertenencia:

En esta etapa es una crisis muy relacionada con las anteriores; el sentido de pertenencia es necesario para llevar una vida normal y sin sobresaltos.

CAPITULO II: ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL

1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Hace más de 2,400 años el padre de la medicina, Hipócrates, reconoció y describió la Enfermedad Vasculal Cerebral como el "inicio repentino de parálisis".

En tiempos antiguos la Enfermedad Vasculal Cerebral se conocía como apoplejía, un término general que los médicos aplicaban a cualquier persona afectada repentinamente por parálisis. La primera persona en investigar los signos patológicos de la apoplejía fue Johann Jacob Wepfer quien estudio medicina y fue el primero en identificar los signos "posmorten" de la hemorragia en el cerebro de los pacientes fallecidos de apoplejía. además de ser ocasionada por la hemorragia en el cerebro, podría también ser causada por un bloqueo de una de las arterias principales que suministran sangre al cerebro..

Durante las dos últimas décadas, los investigadores, muchos de ellos patrocinados y financiados en parte por el Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y Enfermedades Vasculares Cerebral National Institute of Neurological Disorders and Stroke - NINDS, han analizado mucho acerca de la evolución y tratamiento del enfermedad Vasculal Cerebral y muchos de ellos lo han definido de la siguiente manera: (37)

Long, considera que es el desarrollo repentino y dramático de déficit neurológico focal (18)

Brunner, considera que es una alteración funcional del sistema nervioso central, ocasionado por una interrupción al suministro sanguíneo normal del encéfalo y puede deberse a la afección de una arteria, vena o ambas. (4)

La OMS, afirma que la enfermedad Vascul ar Cerebral; ocurre cuando se interrumpe el flujo de sangre hacia el cerebro y éste pierde su suministro de oxígeno y nutrientes, produciendo daño en el tejido cerebral. (42)

2. SITUACIÓN ACTUAL

En la actualidad a través del tiempo han ido surgiendo diferentes centros de apoyo a nivel mundial a cargo del equipo de salud capacitado con el fin de fomentar la rehabilitación en los pacientes con secuelas de Enfermedad Vascul ar Cerebral, asimismo generar la integración óptima del paciente dentro de su entorno familiar y social, con el mayor grado de autonomía posible dentro de las cuales tenemos: la asociación americana del corazón, Instituto de Trastornos Neurológico en Norteamérica (NINDS); asimismo se considera a la familia el sustento más importante en el largo proceso de rehabilitación en el que ellos demuestran responsabilidad cuidando adecuadamente a su familiar durante la hospitalización con la supervisión de la enfermera para asegurarse que están actuando de la forma correcta ya que están íntimamente involucradas en ayudar a sus familiares que sobreviven a un ataque cerebro vascular y manejar su cuidado personal, tales como higiene, vestido, control de esfínteres, etc.

3. EPIDEMIOLOGÍA

El hecho de observar un impresionante aumento de casos, se estima que 5.5 millones de personas en el mundo murieron como consecuencias de Enfermedad Vascul ar Cerebral en el 2001 y en los países occidentales es la segunda causa más frecuente de discapacidad neurológica. (31)

Estudios recientes han constatado que cada año, unas 700 000 personas sufren Enfermedad Vascul ar Cerebral en Estados Unidos, siendo aproximadamente 500000 personas las que lo

padecen por primera vez, y 200000 de los casos son recurrentes. Por año unas 158 000 personas mueren a causa de esta enfermedad y cada 3 minutos alguien muere de este problema (31)

La Enfermedad Vascul ar Cerebral en sus diferentes formas clínicas isquémicas y hemorrágicas agrupadas según la IX clasificación Internacional de Enfermedades, en los dígitos comprendidos entre 430 y 438 ocupan desde 1970 el tercer lugar entre las primeras causas en la población cubana siendo las dos primeras causas las enfermedades del corazón y el cáncer, pero llama la atención el ritmo creciente, tanto del número total de defunciones como de la tasa de mortalidad por 100 000 habitantes excepto en el año 1980. (34)

La Enfermedad Vascul ar Cerebral representa una de las principales causas de mortalidad y discapacidad en honduras; en el año 2001 se registró el primer estudio epidemiológico en la colonia Kennedy en Tegucigalpa en la que Honduras se encontró con una prevalencia de 5,7 x 1000 habitantes. (48)

En Chile, la Enfermedad Vascul ar Cerebral en su conjunto, consigna tasas de mortalidad, de 48,6 por 100.000 habitantes; teniendo una distribución de un 88% para los accidentes cerebro vasculares de origen isquémico y de un 12% para los de origen hemorrágico. (47)

En el Perú, esta entidad se va constituyendo cada vez más en una de las principales causas de morbi-mortalidad en la población adulta; según los reportes del año 2001, de la Oficina General de Epidemiología del Ministerio de Salud, representa la cuarta causa de mortalidad general y en la provincia del Callao la tercera causa; ocasionando un gran impacto esta entidad que trasciende al paciente y población; llegando a constituir un problema familiar, social, laboral y económico. (34)

A nivel local; según estudios realizados por el doctor Alfonso Ortiz Patiño del Hospital Belén de Trujillo se han presentado 170 casos por cada 100.000 habitantes; encontrándose que el 23% fallece antes del mes y el 33% en los primeros 6 meses. (48)

4. FACTORES DE RIESGO

Un factor de riesgo puede definirse como la característica biológica o hábito que permite identificar o un grupo de personas con mayor probabilidad que el resto de la población general para presentar una determinada enfermedad, a lo largo de su vida. La importancia de los factores de Riesgo radica en que su identificación permitirá establecer estrategias y medidas de control en las personas que aún no han padecido la enfermedad. (prevención primaria) o si ya lo han presentado prevenir o reducir las recidivas. (prevención secundaria) (32)

Estos se agrupa en:

5.1. FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES

- Edad:
- Sexo
- Raza

- Genéticos

5.2. FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES

- Presión Arterial Aumentada
- Colesterol sérico
- Sobrepeso
- Consumo de cigarrillo

- Alcoholismo
- Diabetes
- Estrés
- Inactividad Física
- Factores nutricionales

5. ETIOLOGÍA

Entre las causas que predisponen el EVC tenemos: (18)

- Aterosclerosis y Lesiones aterotrombóticas
- Infarto de miocardio
- Endocarditis bacteriana y no bacteriana
- Hemorragia intracerebral hipertensiva
- Hemorragia subaracnoideo
- Hipocoagulación
- Ruptura de un aneurisma
- Malformación arteriovenosa
- Hipoxia generalizada y localizada → Espasmos arteriales cerebrales y vasoconstricción

Entre las causas menos frecuentes incluyen:

- Disección arterias cervicales
- Vasculitis
- Trombosis secundarias o coagulopatias

6. PRUEBAS DIAGNÓSTICAS:

Tiene tres objetivos: (39)

- Buscar una eventual causa del déficit neurológico.
- Detectar complicaciones médicas.
- Optimizar el manejo metabólico del paciente.

Al ingreso se pide:

- Hemograma completo
- Perfil bioquímico
- Electrolitos plasmáticos
- Tiempo de Protombina y de Tromboplastina
- Electroencefalograma (EEG).

DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES

ANGIOGRAFÍA CEREBRAL: visualiza el sistema arterial cerebral inyectando material radio opaco. Permite detección de aneurismas arteriales, anormalidades vasculares, vasos rotos y desplazamiento de los vasos debido a lesiones que ocupan espacios. (18)

TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA (TAC): Debe emplearse en todos los pacientes con enfermedad vascular cerebral debido a la abrumadora cantidad de información que da; así mismo no solo diferencia las hemorragias de infartos sino que también muestra la extensión de la hipertensión intracraneana, documenta el sitio y

localización de la lesión, la salida al líquido cefalorraquídeo a la superficie, la presión sobre estructuras secundarias y la presencia de edema rodeando la lesión. Las imágenes que se obtienen en las primeras horas no suelen mostrar anomalías, de manera que pasadas las 24-48 horas el resultado es fiable. (12) (27)

RESONANCIA MAGNÉTICA: Permite identificar anomalías cerebrales en la etapa más temprana e informa de manera fiable sobre la extensión y localización de un infarto en cualquier región cerebral incluido la fosa anterior y superficie cortical, a la vez identifica hemorragias intracraneales y otras anomalías. (4)(12)

ECOCARDIOGRAFÍA: Se realiza para la detección de una eventual fuente cardioembólica. Existen 2 tipos, la transtorácica y la transesofágica, las que se complementan. La primera evalúa muy bien la pared ventricular izquierda y la segunda visualiza mejor la aurícula izquierda, orejuela, el septum interauricular, la válvula mitral y la primera porción del Arco Aórtico. (39)

PUNCIÓN LUMBAR (PL): Se practica para identificar presencia de sangre en el líquido cefalorraquídeo, lo cual indica hemorragia cerebral; en la que debe ir precedida de un examen de ojo e imágenes cerebrales si es posible para descartar hipertensión intracraneana. Su rentabilidad diagnóstica se centra en la infección del sistema nervioso central (3) (6)

DOPPLER: Define si la carótida está estenosada (porcentaje de estenosis), si está trombosada, y el aspecto de las paredes arteriales. Generalmente esto se definirá con otro estudio, que es la angiografía digital. (40)

7. FISIOPATOLOGÍA

El ictus se define como el déficit neurológico focal que ocurre cuando un vaso sanguíneo que lleva sangre al cerebro se rompe o es taponado por un coágulo u otra partícula. Debido a esta ruptura o bloqueo, parte del cerebro no consigue el flujo de sangre que necesita. La consecuencia es que las células nerviosas del área del cerebro afectada no reciben oxígeno, por lo que no pueden funcionar y mueren transcurridos unos minutos. Así se pueden presentar en Enfermedad Vascul ar Cerebral isquémica o hemorrágica, cuyas consecuencias dependen de la clase de accidente que sufra la persona. (32)

La Enfermedad Vascul ar Cerebral isquémica se produce por la presencia de un coágulo que obstruye una arteria e impide que la sangre llegue a una determinada zona del cerebro. La oclusión puede deberse a una trombosis, cuando el coágulo se produce en él, o a una embolia que es cuando el material se produce en un lugar lejano y llega al vaso a través del torrente sanguíneo y lo tapon a. La Enfermedad Vascul ar Cerebral isquémica suele ser transitorio debido a que las paredes de la arteria están obstruidas y al estar reducida su luz disminuye o se impide el flujo normal de la sangre, y a veces la presión de la sangre hace que las paredes vuelvan a dilatarse.(32)

Las Enfermedades Vasculares Cerebrales hemorrágicas son mucho más severas, se producen por la ruptura de una arteria debido a un traumatismo o a una dilatación localizada de un vaso que provoca una hemorragia que afecta al cerebro o a sus envolturas, ya sea por un aneurisma cerebral o por malformaciones arteriovenosas. (32)

7.1. MOMENTOS DE LA ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL:

7.1.1. Ataques isquémicos transitorios

Un ataque isquémico transitorio, llamado a veces un "mini-accidente cerebro vascular" (conocido en inglés como TIA), comienza exactamente igual que un accidente cerebro vascular pero luego se resuelve sin dejar síntomas o déficit notable lo que la duración promedio de un ataque isquémico transitorio son unos cuantos minutos y menos de 24 horas.

7.1.2. Enfermedad Vascul ar Cerebral recurrente: (38)

La enfermedad Vascul ar Cerebral recurrente es frecuente, aproximadamente un 25% de las personas que se recuperan del primer accidente pueden tener otro dentro de 5 años siendo la causa de discapacidad y/o muerte.

7.2. MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y CRITERIOS DE EVALUACIÓN

A. MANIFESTACIONES CLÍNICAS

***PÉRDIDA MOTORA:* (4)**

- La disfunción motora más frecuente es la hemiplejía por lesión del hemisferio cerebral contralateral.
- Hemiparesia.
- En etapas iniciales las características clínicas incluyen parálisis flácida y pérdida o disminución de los reflejos tendinosos profundos, y al aparecer

estos reflejos por lo regular en 48 horas va ocurrir hipertonía con espasticidad en extremidades del lado afectado.

PÉRDIDA DE LA COMUNICACIÓN (4)

La disfunción del lenguaje y de la comunicación se manifiesta en forma de:

- Disartria; dificultad para hablar.
- Disfasia o afasia; deficiencia en el habla o mudez total. expresiva o receptiva.
- Apraxia; incapacidad para ejecutar un acto aprendido.

ALTERACIÓN DE LA PERCEPCIÓN: (4)

La Enfermedad Vasculat Cerebral provoca disfunciones de la percepción visual, trastornos de la relación visual-espacial y pérdida sensorial.

- Percepción visual: hemianopsia homónima o pérdida de la medida del campo visual.
- Alteración de la relación visual-espacial: diplopía o visión doble

TRASTORNOS COGNITIVOS Y EFECTOS PSICOLÓGICOS: (4)

- Compromiso del lóbulo frontal:
 - Disminución de aprendizaje.
 - Disminución de la memoria.

Estas disfunciones pueden reflejarse en:

- Atención deficiente.
- Amnesia
- Falta de motivación
- Dificultad para la comprensión.

Entre los problemas psicológicos:

- Inestabilidad emocional.
- Hostilidad.
- Frustración.
- Resentimiento.
- Falta de colaboración

B. CRITERIOS DE EVALUACIÓN

ANAMNESIS: Una detallada anamnesis es de especial importancia en los cuadros neurológicos como la Enfermedad Vascul ar Cerebral. (18)

- Forma de inicio de la patología
- Signos y síntomas
- Características de la aparición.
- Cefalea, naturaleza y localización.
- Alteración de la conciencia,
- Déficit sensorial

- Capacidad visual

EXAMEN NEUROLÓGICO:

Es conveniente realizar el examen neurológico en un determinado orden, ello requiere ser minuciosos respecto a lo normal; y respecto a lo patológico. Siendo el examen neurológico, sobre todo un examen funcional. Incluye: (7)

a) Nivel de conciencia: En el que evaluaremos estado de alerta, embotamiento, somnolencia, sopor y coma.

b) Capacidad de respuesta: se evaluara a través de la escala de glasgow, utilizando 3 parámetros: apertura ocular, respuesta verbal y respuesta motora.

c) Escala de Rankin: es una escala funcional que valora al paciente el grado de dependencia para el autocuidado al paciente con ictus al alta

d) Estado de independencia del paciente se evalúa con la escala de Barthel utilizando como parámetros: alimentación, baño, aseo personal, vestirse, y desvestirse, control anal, control vesical, uso de retrete, traslado cama-silla, paseo y subir y bajar escaleras; siendo de importancia valorarlo al ingreso y al alta ya que ayudara en el seguimiento del paciente.

e) EXAMEN MENTAL: Este siempre iniciara el examen, a partir del interrogatorio del paciente observando su aspecto y conducta general, vestimenta, arreglo personal e higiene. etc (4) (7)

f) EXAMEN DE LOS NERVIOS CRANEALES: Es conveniente que el examen de pares craneales se realicen en determinado orden, de modo de adquirir un hábito que evite la confusión o el olvido. (7)

g) EXAMEN DE LA MOTILIDAD: El estudio del sistema motor incluye la valoración del tamaño, tono, fuerza, coordinación y equilibrio de los músculos: tomando nota de todo signo de atrofia o movimiento involuntario. (4)

h) EXAMEN DE LOS REFLEJOS: Los reflejos motores son contracciones involuntarias de músculos o grupos musculares como reacción a la distensión repentina cerca del punto de su inserción. (4)

i) EXAMEN SENSORIAL: Es más complejo que el motor porque las modalidades sensoriales viajan en diferentes tractos, ubicados en partes diversas de la médula espinal, la cual precisa mucho de la colaboración del paciente. (4)

8. TIPOS DE ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL

8.1. Enfermedad Vascul ar Cerebral Isquémica: (8) (38)

Aproximadamente un 80 por ciento de la enfermedad cerebro vascular son de tipo isquémico, que ocurre cuando una arteria que suministra sangre al cerebro queda bloqueada, reduciendo repentinamente, o interrumpiendo el flujo de sangre y con el tiempo, ocasionando un infarto en el cerebro siendo los coágulos de sangre la causa más común de bloqueo arterial y de infarto cerebral.

8.2. Enfermedad Vascular Cerebral Hemorrágica (8) (38)

La enfermedad vascular cerebral hemorrágica representan aproximadamente un 20% de todos los ataques cerebro vasculares que se refiere al rompimiento de una arteria en el cerebro cuya sangre pasa al tejido circundante y perturba no sólo el suministro de sangre sino el equilibrio químico delicado que las neuronas requieren para funcionar ocurriendo la hemorragia de varias formas siendo la más común el aneurisma sangrante, un lugar débil o delgado en una pared arterial que con el tiempo estos lugares débiles se dilatan o se hinchan en forma de globo bajo una presión arterial elevada.

- A. **HEMORRAGIA EXTRADURAL:** También llamada hemorragia epidural que aparece fuera de la duramadre. Este tipo de hemorragia constituye una situación de urgencia neuroquirúrgica que exige acción inmediata que por lo regular es consecuencia de fractura del cráneo con desgarró de la arteria cerebral media u otro vaso meníngeo. Si el paciente no es tratado en términos de hora del accidente, tiene pocas posibilidades de supervivencia.
- B. **HEMORRAGIA SUBDURAL:** Aparece debajo de la duramadre. El hematoma subdural básicamente es igual a la hemorragia epidural, excepto que en el hematoma suele haber rotura de una vena de unión. De esta manera se necesita un lapso mayor para que se forme el hematoma y ejerza presión en el cerebro. Algunos pacientes suelen tener hemorragias subdurales crónicas sin signos ni síntomas.
- C. **HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA:** Aparece en el espacio subaracnoideo y puede ocurrir como resultado de traumatismo o hipertensión, pero la causa más frecuente es la fuga o escape de sangre a partir de un aneurisma en el área del

círculo de Willis así como las malformaciones arteriovenosas congénitas del cerebro. Cualquier arteria intracerebral puede ser el sitio del aneurisma.

D. **HEMORRAGIA INTRACEREBRAL:** Aparece en la sustancia gris. La hemorragia en el parénquima cerebral es más común en personas con hipertensión arterial y aterosclerosis cerebral ya que los cambios degenerativos que resultan de ellos rompen el vaso. Suele ocurrir en una arteria y especialmente cerca de los ganglios basales.

9. TRATAMIENTO:

1. Reposo en cama
2. Alimentación
3. Eliminación
4. Cambio de posición
5. Sedantes
6. Anticoagulantes
7. Antiplaquetarios
8. Anticonvulsivos
9. Diuréticos
10. Tratamiento Quirúrgico

COMPLICACIONES:

- **Bronco aspiración de alimento (aspiración)**
- **Dificultad en la comunicación**
- **Pérdida permanente del movimiento o la sensibilidad en una o más partes del cuerpo**
- **Fracturas**
- **Desnutrición**
- **Espasticidad muscular:**
- **Disminución de la capacidad para desempeñarse o cuidarse**
- **Disminución de la interacción social**
- **Úlceras por presión**
- **Disminución del período de vida**
 - **Compromiso de funciones del pensamiento**

CAPÍTULO III: CUIDADO DE ENFERMERIA

1. CUIDADO DE ENFERMERÍA.

Enfermería; consiste principalmente en ayudar a las personas sanas o enfermas, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila); las cuales podrían efectuar sin ayuda si contaran con la fuerza necesaria, la voluntad o el conocimiento. Por lo que se puede mencionar es temporalmente la conciencia del inconsciente, el amor a la vida del suicida, la pierna del amputado, los ojos del que se ha quedado ciego, una forma de locomoción para el recién nacido, conocimiento y confianza para la madre joven, una voz para aquellos demasiado débiles para hablar y así sucesivamente; siendo estos requerimientos de valorar la necesidad que tiene el individuo de atención momentánea o a cada hora, de apoyo, animación y orientación para la salud lo que hace la Enfermería un servicio tan importante. (13)

En otras palabras las enfermeras ayudan a las personas a mantener o crear regímenes de salud y a llevar a cabo los tratamientos prescritos por los terapeutas que, si los individuos estuvieran fuertes y tuvieran conocimientos los llevarían a cabo sin ayuda; por lo tanto la esencia de la enfermería es el CUIDADO, al cual podemos definir como, los fenómenos relacionados con la asistencia, las conductas de apoyo y capacitación dirigida hacia otros individuos (grupos) con necesidades reales o potenciales para atenuar o mejorar su situación humana o modo de vida. Así mismo los cuidados son la razón de ser de la profesión y constituyen el motor de nuestro quehacer y por lo tanto nuestro foco de atención y objeto de la enfermería como

disciplina profesional que comprende elementos técnicos, aspectos afectivos, actitud y compromiso de quien lo proporciona, pero además es de especial importancia el significado del cuidado para quien lo otorga y para quién lo recibe, la intención y la meta que persigue. Por lo tanto la práctica de enfermería implica brindar un cuidado donde la enfermera recurra a diversos procesos a fin de entregar un servicio de calidad y con calidez sustentado en bases teóricas. (13)(41)

2. MODELOS DE ENFERMERÍA REFERENTES AL CUIDADO DEL PACIENTE CON ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL

Los modelos de enfermería permiten formular e interpretar la práctica de la enfermera basándose en el cuidado continuo, adecuado de forma integral en todas las dimensiones del ser humano identificando las competencias y objetivos de enfermería, por lo que para el profesional de enfermería es importante tener presente las teorías a seguir al momento de proporcionar su cuidado. (20)

2.1. TEORIA DEL DEFICIT DE AUTOCUIDADO: DOROTEA OREM

Su teoría se centra en el auto cuidado, considerándolo una actividad aprendida por el individuo; que contribuye a la integridad estructural al funcionamiento y desarrollo de los seres humanos cuya conducta aparece en situaciones concretas de la vida y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno para regular los factores de su propio desarrollo y actividad en beneficio de su vida, salud o bienestar. También cuenta con requisitos, que vienen a ser la expresión de los objetivos que han de alcanzar de los resultados que se desea obtener para llevar a cabo las acciones que constituyen el auto cuidado; siendo el requisito apropiado para este estudio: (20)

Requisito del auto cuidado de las alteraciones de la salud, referido a que la enfermedad o lesión no solo afecta a la estructura y/o mecanismos fisiológicos y psicológicos sino al funcionamiento humano integrado.

Es así que a partir de este requisito las enfermeras tienen ardua labor para evaluar al individuo y capacitarlo ayudándolo a conocer, identificar su demanda de auto cuidado para controlar el ejercicio o desarrollo de su accionar o cuidado dependiente, proponiendo cuidados centrados en el grado de dependencia del usuario. Así mismo Orem señala la manera como la Enfermería contribuye para superar al déficit, y que el individuo recupere su autocuidado; proponiendo los tres sistemas de Enfermería: sistemas de Enfermería parcialmente compensador, totalmente compensador y apoyo educativo.

Por lo que el profesional de Enfermería al poner en práctica algunos de estos sistemas considera los componentes de poder que la persona posee; cuyos componentes están constituidos por la capacidad del paciente para mantener la atención, razonar, adquirir conocimientos y hacerlo operativo para ordenar acciones de autocuidado y conseguir sus objetivos

2.1.1. IMPLICANCIA CON EL ESTUDIO

Con este modelo podemos comprender que la Enfermera juega un rol muy importante en el quehacer diario de su profesión cuyo gran reto es el cuidar del paciente de forma holística, individualizada y con calidad Así mismo brindarle educación para su autocuidado oportuno y adecuado de tal manera que le ayude a satisfacer sus necesidades tanto en los aspectos físicos y psicosociales relacionados con su entorno;

basándose en el requisito y sistema puesto en práctica ayudara a definir un patrón y estilo de vida saludable para su bienestar y mejor calidad de vida.

Relacionando esta teoría, la Enfermera puede trabajar en conjunto con otros profesionales de salud en la adaptación del paciente con el entorno en el que vive manteniendo una conducta apropiada.

2.2. TEORÍA DE RELACIÓN DE AYUDA: CHALIFOUR

CHALIFOUR, considera que es importante establecer una relación de ayuda entre enfermera y paciente con el objetivo de ayudar a personas enfermas o con problemas y ver que hay diferentes maneras de hacer frente a una misma situación o problema, diferentes formas de ver una misma realidad; siendo así mismo la creación de relaciones humanas que potencien actitudes facilitadoras para la interacción lo que va permitir crear condiciones favorables para el desarrollo de la personas y así mismo ayudar a la persona a utilizar sus propios recursos para afrontar sus propios problemas sin caer en paternalismo ni autoritarismo.(43)

Esta teoría presenta 6 fases necesarias en el proceso de relación de ayuda considerando que es el paciente quien necesita ayuda y es la enfermera quien brinda ayuda, y juntos persiguen el mismo objetivo, satisfacer una necesidad.

Configuración del encuentro personal: Se refiere a la recepción adecuada del paciente tanto en el ámbito físico como psicológico.

Identificación del problema: El objetivo de esta fase definir el problema. Para ello también es necesario que el profesional posea determinadas actitudes como las ya repetidas de la escucha activa, empatía, autenticidad y respeto así como ayudar al paciente a concretarse en sus problemas a comprometerse y responsabilizarse del trabajo terapéutico.

Confrontación y restauración del problema: En esta fase la Enfermera debe ayudar al paciente a cambiar su visión del problema y ver en esta nueva visión perspectiva de solución, debe concienciar al paciente de que él es el responsable de sus experiencias y vivencias y a enseñarle aceptar que existen problemas que no se pueden solucionar.

Iniciación del plan de acción: Es la decisión del diagnóstico de los objetivos y del plan de acción.

Separación: actitudes apropiadas para consolidar la obra que ha realizado mediante la autonomía del individuo.

Evaluación: debe ser tanto una auto evaluación como una evaluación del proceso completo.

Partiendo de la teoría de relación de ayuda de Chalifour, la enfermera cumple un rol importante en el actuar con el paciente, llegando finalmente a conocerse, adaptarse y surgiendo una estrecha relación entre ambos pudiendo establecer 3 tipos de relaciones que dependerá de la valoración de las capacidades de este, que son enfermera sustituto (cuando la dependencia del individuo es total), enfermera de ayuda (cuando apoya sus actividades fomentando su funcionalidad a fin de mantener o motivar su independencia) y enfermera compañera refiriéndose al actuar como consejera o asesora para que conserve su salud dejándole en libertad de acción y tomar sus decisiones (43)

Contando con sistemas de apoyo para aquellas situaciones en que el paciente es capaz de realizar o puede o debe aprender a realizar las medidas requeridas del auto cuidado terapéutico interno o externo, pero que no puede hacerlo sin ayuda de la enfermera tomando actitudes apropiadas para consolidar la obra que ha realizado mediante la autonomía del individuo y auto evaluación para que sigan con la rehabilitación adecuada siguiendo la educación que se le brindo.

2.2.1. IMPLICANCIA CON EL ESTUDIO

La Enfermera bajo los principios de esta teoría debe dejar de centrarse en la atención biofísica de la enfermedad y comenzar acercarse a los sentimientos y los comportamientos frente a la enfermedad del paciente; que con su guía e intervención profesional va ayudar a disminuir, aliviar, darle alternativas y posibilidades para una adecuada recuperación que se va ir dando paulatinamente.

1. VALORACION DE ENFERMERIA

La enfermera debe monitorear y registrar los datos en una hoja de flujo para la valoración del estado general y evolución del paciente con Enfermedad Vasular Cerebral: (4)(18)

- Nivel de conciencia, se valorara con la finalidad de observar la capacidad del paciente para reconocer y responder a estímulos.
- Se realizara la valoración por sistemas: respiratorio, circulatorio, etc; la valoración por sistemas debe ejecutarse para detectar cualquier cambio del estado del paciente, así como posibles complicaciones.

- Capacidad de respuesta: Se evaluara con la Escala de Glasgow
- Funcionalidad: Se evaluara con la escala de Rankin.
- Estado de independencia: Se evaluara con la escala de Barthel
- Estado mental; se evaluara con la finalidad de verificar si el paciente está orientado.
- Examen de nervios craneales; se evalúa la mayoría de estos nervios para comprobar el funcionamiento del encéfalo.
- Examen de reflejos: Se valorará reflejo pupilar, reflejo de deglución, reflejo nauseoso y tusígeno.
- Examen sensorial, se realiza para evaluar la capacidad del paciente de sentir; el cual se realiza con algunos instrumentos.
- Integridad cutánea: es importante la valoración de la piel con atención particular las prominencias óseas; para detectar cualquier presión excesiva sobre la piel que las cubre.

La valoración de la enfermera es continua, dirigiéndose a la afección de la función y habilidades para las actividades cotidianas del paciente; pues la calidad de vida después de la Enfermedad Vascul ar Cerebral se relaciona con el estado funcional de la persona y con frecuencia suele dejar secuelas neurosensitivas y motoras que afectan la calidad de vida.

4 DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

La enfermedad vascular cerebral puede durar de 1-3 días en su fase aguda pero la vigilancia continua de todos los sistemas corporales sigue siendo esencial en tanto la persona requiera de atención. Los diagnósticos de enfermería en el presente estudio se realizaran a partir de la valoración del paciente con Enfermedad Vascul ar Cerebral. (14)

TRATAMIENTO Y RECUPERACION

OBJETIVO

- Realizar en forma conjunto un programa de adaptación del paciente y familia a las modificaciones funcionales y sociales con su entorno.
- Planificar y desarrollar actividades para la recuperación y/o mantenimiento de facultades físicas, mentales y psicosociales del paciente.

Alteración de la Conciencia: Es la manifestación más frecuente de enfermedad vascular cerebral se puede manifestar por somnolencia, confusión, estupor o coma debido a la alteración del flujo sanguíneo provocando que el cerebro deje de recibir el oxígeno y nutrientes, ocasionando daño celular en cuestión de minutos.

ALTERACIÓN DE LA PERFUSIÓN TISULAR CEREBRAL R/C TRANSTORNO DEL FLUJO SANGUÍNEO CEREBRAL.

OBJETIVO

El paciente reducirá condicionantes de aumento de la presión intracraneal y mejorara la circulación cerebral

ACCIONES:

- Valorar el estado de conciencia del paciente: escala de Glasgow, Rankin, Barthel cada 2 horas.
- Elevar la cabecera en un ángulo 30 a 45 grados
- Evitar que el paciente haga esfuerzo, para reducir la PIC. (VN: 20 mmHg)
- Evaluar memoria reciente y remota, si está ubicado en tiempo y espacio
- Balance hídrico estricto, control de peso
- Evaluar los pares craneales.

Limpieza Ineficaz de vías aéreas: Estado en el que la persona es incapaz de eliminar secreciones u obstrucciones de la vía respiratoria para mejorar la permeabilidad de la vía aérea.

LIMPIEZA INEFICAZ DE VIAS AEREAS R/C ACUMULO DE SECRECIONES Y/O INCAPACIDAD PARA TOSER SECUNDARIO A EVC

OBJETIVO:

El paciente mantendrá vías aéreas permeables

ACCIONES:

- Colocar al paciente en posición semifowler.
- Valorar vías aéreas del paciente.
- Auscultar los pulmones del usuario y aspirar sus vías aéreas si es necesario.
- Valorar las características de la respiración.
- Proporcionar oxígeno suplementario según necesidades.
- Realizar cambio de posición cada 2 horas.
- Realizar técnicas de palmoterapia.

Afasia: El paciente con enfermedad vascular cerebral en la mayoría de los casos va presentar esta alteración, que se debe al deterioro de la expresión o comprensión de las palabras habladas o escritas que refleja una lesión en la zona de la tercera circunvolución frontal de la corteza cerebral del hemisferio izquierdo como consecuencia de lesiones o enfermedades de los centros encefálicos; dependiendo de su intensidad esta puede obstaculizar ligeramente la comunicación o imposibilitarla por completo; llegando a concluir en el siguiente diagnóstico.

DÉFICIT DE LA COMUNICACIÓN VERBAL: AFASIA R/C LESIÓN CEREBRAL DEL HEMISFERIO IZQUIERDO

OBJETIVO

El paciente lograra adoptar estrategias para comunicarse adecuadamente

ACCIONES:

- Valorar diariamente la capacidad de comunicación formulando preguntas simples.
- Hablar clara y lentamente utilizando frases cortas, no gritar al paciente.
- Usar explicaciones sencillas y gestos adecuados.
- Garantizar una continuidad en los cuidados manteniendo un esquema de rutinas diarias.
- Proteger al paciente de una excesiva estimulación auditiva o visual.
- Establecer una comunicación no verbal observando al paciente e interpretando sus gestos.
- Tranquilizar al paciente y dirigir su atención hacia otra tarea.

Hemiparesia: Es la debilidad motora de un brazo y una pierna de mismo lado del cuerpo, la cara puede estar o no débil, ocurriendo por una lesión en el tronco cerebral a nivel de hases piramidales.

DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA DEBIDO A LA DISMINUCION DE LA FUNCIÓN MOTORA R/C DETERIORO DE LA FUNCION CEREBRAL CON RIESGO A ULCERAS POR PRESION

OBJETIVO

- El paciente no presentara ulceras por presión

- El paciente lograra realizar movimientos pasivos de acuerdo a tolerancia.
- El paciente lograra mantener su fuerza y tono muscular-

ACCIONES

- Mantener al paciente correctamente alineado anatómicamente
- Valorar la zona afectada en busca de edema.
- Usar sabanas, soleras debidamente alisadas y usar cojines para proporcionar bienestar y confort y movilizar al paciente.
- Proporcionar masajes con crema en prominencias óseas y cambiar al paciente de posición cada 2 horas.
- Realizar ejercicios pasivos de amplitud de movimiento de todas las extremidades, por lo menos 4 veces al día.
- Solicitar interconsulta con fisioterapeuta

Incontinencia Urinaria: Después de una enfermedad vascular cerebral el paciente suele presentar esta alteración temporal debido a la confusión, la incapacidad para comunicar sus necesidades y la incapacidad para usar el urinario debido a la afección del control motor y postural .Asimismo la vejiga entra a veces en atonía con disminución de la sensibilidad en reacción al llenado.

ALTERACIÓN DE LA ELIMINACIÓN URINARIA: INCONTINENCIA R/C COMPROMISO DEL MUSCULO DETRUSOR DE LA VEJIGA

OBJETIVO

El paciente logrará mantener su función de eliminación vesical y disminuir las complicaciones debidas a la incontinencia.

ACCIONES

- Realizar la colocación de la sonda Foley empleando técnica aséptica
- Realizar la higiene perineal de manera aséptica
- Ayudar al paciente a cambios de posición para evitar desplazamiento o desconexión accidental de la sonda Foley.
- Valorar signos de dolor, inflamación, enrojecimiento de la zona.
- Realizar el control de diuresis registrando características de orina: volumen, color, olor y otros constituyentes de la orina.

Estreñimiento: La incontinencia fecal es bastante común en el paciente con enfermedad vascular cerebral y muchas veces debido al reposo prolongado, falta de ejercicio, el compromiso de sistema nervios parasimpático.

ALTERACIÓN DE ELIMINACIÓN: ESTREÑIMIENTO R/C .REPOSO PROLONGADO.

OBJETIVO

El paciente lograra mantener y/o recuperar su función intestinal.

ACCIONES:

- Valorar y registrar la frecuencia, número y características de deposiciones.
- Valorar el tipo de dieta y la cantidad de líquidos que ingiere.
- Registro diario de deposiciones.

- Aumentar el ejercicio físico moderado o ejercicios pasivos, siempre que sea posible.
- Uso profiláctico de laxantes, en caso de ser necesario.
- Aplicar masajes en el abdomen.
- Realizar extracción manual de heces si fuera necesario

Hemianopsia: Es la Pérdida de la mitad del campo visual, en la que se desentiende de la parte afectada del cuerpo y tiende a ser negligente con dicha zona y en el espacio de ese lado debido a una lesión de la vía óptica por detrás del quiasma óptico y provoca pérdida de la visión en el campo temporal de un ojo.

ALTERACIÓN SENSORIO PERCEPTIVO: HEMIANOPSIA R/C LESION DE LA VIA OPTICA

OBJETIVO

El paciente lograra adaptarse a los efectos del déficit en la percepción.

ACCIONES

- Mantenga la alineación de las extremidades y de ser posible colocar las extremidades donde el sujeto pueda verlas.
- Acercarles los objetos del lado en que la percepción visual este intacta.
- Todos los objetos deben colocarse del lado no afectado con el fin de que pueda visualizarlos.
- Se enseñara al paciente a girar la cabeza en dirección del campo visual con defectos para compensar esta pérdida.
- Establecer contacto visual con el sujeto y atraer su atención al lado afectado motivándolo a que mueva la cabeza.

- Incrementar la luz natural o artificial y proporcionar anteojos va ayudar a mejorar la visión del paciente.

Disfagia: El paciente con enfermedad vascular cerebral presenta dificultad para deglutir debido a una lesión neurológica pudiendo provocar parálisis bulbar o parálisis pseudo bulbar.

ALTERACIÓN DE LA NUTRICIÓN POR DEFECTO R/C DIFICULTAD PARA DEGLUTIR Y COMPROMISO DE LA CONCIENCIA

/ OBJETIVO

El paciente lograra mantener y/o mejorar su estado nutricional.

ACCIONES

- Coordinar con la nutricionista la calidad de dieta indicada y verificarla.
- Colocar Sonda Nasogástrica para alimentación y tratamiento
- Verificar la presencia de Sonda Nasogástrica en estomago antes de cada alimentación.
- Elevar la cabeza y tórax del sujeto para administrar medicamento y alimento.
- Iniciar con volúmenes pequeños y lentamente
- Verificar posición de SNG
- Valorar cantidad de residuo gástrico.
- Evitar la obstrucción y acumulación de restos alimentarios en la SNG pasando 50 cm de agua libre.
- Dejar pinzado
- Pesar al paciente y evaluar piel y mucosas.
- Sugerir examen periódico de hemoglobina.

Ansiedad: Estado en que la persona experimenta sentimientos de inquietud y activación del sistema nervioso autónomo, como respuesta a amenazas imprecisas e inespecíficas.

ANSIEDAD R/C PROCESO DE LA ENFERMEDAD Y/O TIEMPO DE HOSPITALIZACION

OBJETIVO:

El paciente disminuirá su ansiedad

ACCIONES:

- Transmitir comprensión y empatía.
- Animar al paciente a que exprese sus preocupaciones y ansiedades, reforzando positivamente sus esfuerzos.
- Mantener un medio ambiente calmado y seguro mediante la disminución de estímulos.
- Proporcionar medidas físicas que le ayuden a relajarse como masajes en la espalda, aromaterapia, musicoterapia, etc.

III NIVEL

Déficit de Autocuidado: estado en que la persona presenta deterioro de la capacidad para realizar o completar por si mismo las actividades del baño e higiene personal.

DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA R/C ALTERACION DE LA MOVILIDAD FISICA Y/O CONFUSION

ACCIONES

- Valorar la capacidad del paciente para realizar por si mismo sus actividades de su vida diaria

- Ayudarlo a fijar metas realistas y de ser posible cada día agregar una nueva tarea.
- Ayudar a realizar su higiene personal mediante el baño de esponja.
- Proporcionar iluminación adecuada cuando desee vestirse o al moverse.
- Apoyar y alentar al paciente para evitar desánimos profundos

Afrontamiento individual ineficaz: Situación en la que la persona experimenta y demuestra trastornos en la conducta de adaptación frente a factores internos y/o ambientales.

AFRONTAMIENTO INDIVIDUAL Y FAMILIAR INEFICAZ R/C CAMBIO EN EL ESTILO DE VIDA

ACCIONES

- Animar al paciente y familia a verbalizar sus sentimientos y/o pensamientos manteniendo una actitud de aceptación y comprensión, así mismo identificar fuerzas y debilidades para adaptarse a su estilo de vida actual.
- Proporcionar información adecuada al paciente y familia para poder así fomentar nuevos comportamientos que sean aprendidos
- Ayudar al paciente y familia a buscar sistemas de apoyo y mecanismos positivos para enfrentar la enfermedad.
- Enseñar técnicas de relajación cada 15 o 20 minutos como respiración profunda, evitar los ruidos, etc
- Facilitar el apoyo emocional de la familia y el entorno.

Déficit de conocimiento: Estado en que la persona carece de los conocimientos o habilidades específicos que afectan a su capacidad para mantener la salud.

DEFICIT DE CONOCIMIENTO R/C EL PROCESO DE REHABILITACION Y EL CUIDADO CONTINUADO EN SU DOMICILIO

ACCIONES:

- Tranquilizar al paciente y su familia manifestándole que la recuperación funcional es posible con paciencia y continua rehabilitación.
- Informar al paciente y a la familia de toda la medicación que debe tomar en su domicilio, incluyendo antihipertensores, anticoagulantes, etc.
- Informar de la importancia de modificar el estilo de vida para reducir el riesgo de recurrencia de EVC
- Enseñar al paciente y familia a reconocer e informar de los síntomas asociados con la enfermedad.
- Informar al paciente y familia de los planes de rehabilitación y hacer los arreglos para el seguimiento o ayuda a domicilio según necesidades afectadas.

CONCLUSIONES

1. La Enfermedad Cerebro Vascular en el Perú según los reportes del año 2001 representa la cuarta causa de mortalidad general.
2. La Enfermedad Cerebro Vascular ocasiona deterioro neurológico en diferentes grados que determina dependencia en el estilo de vida del Adulto Mayor.

3. Las enfermeras cuidadoras del paciente con compromiso neurológico tienen que establecer una estrecha relación entre paciente-enfermera que permita juntos alcanzar el bienestar del sujeto de cuidado.
4. Es importante integrar a la familia dentro del trabajo en equipo en el cuidado del paciente con enfermedad vascular cerebral, pues con el apoyo de la familia se lograra conseguir la rehabilitación máxima de las potencialidades del paciente con secuela de la enfermedad.

BIBLIOGRAFIA

EN LIBROS

1. Anzola Pérez Elías. Enfermería Gerontológica: Conceptos para la práctica. edit. Paltex. 1993. pag 15-20
2. Brocklehurst J.C. Geriatria Fundamental. 1ra edición. Editorial Toray. Barcelona. 1979. pag. 24, 27
3. Brown Rose Minnie. Manual de procedimientos de Enfermería. vol III. Edit. Interamericana. México. 1987. Pag. 685
4. Brunner y Sudarte. Enfermería Medico Quirúrgica. 9na edición. Tomo IV. Edit. Mc Graw Hill. 2004. pag, 1863, 1865, 1869-1873
5. Carpenito Lynda Juall. Diagnósticos de Enfermería. 9na edición. Edit. Mc Graw Hill-Interamericana. pág. 116,176, 838-839. España. 2003.
6. Cecil. Tratado de Medicina Interna. vol II. 19va edición. Edit. Mc Graw Hill. 1994. pag. 2497, 2509
7. Chamorro Z. Gastón. Semiología Médica. 2da edición. edit Mediterráneo. 1999. pág. 450-457

8. Donna, D. Enfermería Médico Quirúrgico. 1ra edición. vol I. Interamericana. México. pag. 947, 953-956
9. Dugas, Beberly Witter. Tratado de Enfermería Practica. 4ta edición. Ed. Mc Graw Hill Interamericana. México. pag 198, 2000
10. Espinoza Leiton Zoila. Autocuidado de la Salud para el Adulto Mayor. Lima. 2003. pag. 21, 23-25, 29
11. Fatorusso-O. Ritter. Vademécum Clínico. 4ta edición. edit. Ateneo S.A.. 1981. pag. 1583, 1587-1588
12. Harrison. Principios de Medicina Interna. 15^{ava} edición. Vol. II. Mc Graw – Hill, Interamericana. pag. 2644, 2658-2661, 1998.
13. Henderson Nite, Virginia y col. Enfermería Teórica y Práctica. vol I. 3ra edición. Edic, Científica. pág. 31-32, México. 1987
14. Holloway Nancy. Planes de Cuidado en Enfermeria Medico Quirúrgico. Edic. Doyma. pag 90,94-97. Barcelona. 1990
15. Iyer W. Patricia. Proceso de Enfermeria y Diagnósticos de Enfermería. 3ra edicion. Mc Graw Hill Interamericana. pag.376, 1997. México.
16. Kozier, Erb y Olivieri. Enfermería Fundamental. 6ta edición. Interamericana. Madrid-España. 2002. pag. 711-714
17. Lilian Sholits Brunner. Manual Enfermería Medico Quirúrgica. vol V. 1971, Edit. Interamericana. Mc Graw Hill. pag. 1281-1282. México.
18. LONG Bárbara. Enfermería Medico Quirúrgica. II tomo. 3^{ra} edic. Harcourt Brace. 1998. pag.1275-1280
19. López Antonio. Guía Médica. edición 2001. Madrid-España. pag 1011-1014

20. Marriner Ann. Modelos y Teorías en Enfermería. 3ra edición. Edit Mosby/Doyma libros. España. 1995, pág. 181-182, 186-189.
21. Miguel A. Llado. La Cuarta Edad. Fondo Editorial. 1990. Pg. 25-28, 31-32, 34-37, 45-46
22. Papalia, Diana E. Desarrollo Humano con aportaciones para IberoAmérica. 6ta edición. Mc Graw Hill, México. 1997
23. Raffen Sperger Ellen Baily. Consultor de Enfermería Clínica. Vol I. edit printed en España.
24. Rubinstein Adolfo. Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria. 2da edición. Editorial Panamericana. 2006. pag.739-740
25. Smeltzer, S.C. Enfermería Médico Quirúrgico. vol II. 8va edición. Mc Graw Hill-Interamericana. México. pág. 1735-1736
26. Stanley Babb Pamela. Manual de Enfermería Gerontológico. 1ra edición. Mc Graw Hill-Interamericana. México. 1998, pág. 3-4
27. Stein, Jay H. Medicina Interna. vol. II. 3ra edición. Salvat Editores. Barcelona. 1991. pag. 1951
28. Taab A.S. Enfermería Gerontológico. Mc Graw Hill-Interamericana. Barcelona. 1998. pág. 3-4, 9-10
29. Townsend Diez Canseco. Ana; Plan Nacional para las personas Adultas Mayores. Perú. 2002-2006. pág 7-10

EN INTERNET

30. Dr. Franck Álvarez Li. Cerebro Vascular en Cuba. [En Línea]

<http://neurologia.rediris.es/congreso-1/conferencias/epidemiol-5-1.html> (consulta 12 de diciembre del 2008)

31. Marylena Loarca. 2007, **El accidente cerebro vascular disminuye la calidad de vida**, [En Línea]
- http://www.deguate.com/artman/publish/salud_especiales/El_accidente_cerebrovascular_disminuye_la_calidad__9687.shtml
32. Accidente Cerebro Vascular y el Tabaco en el Cerebro, 2006. [En Línea]
- <http://www.tabaquismo.freehosting.net/AceVE/ACCEREBROVASC.htm> (consulta 12 de Diciembre 2008)
33. Cuidados de Enfermería en el Adulto Mayor [En Línea]
- <http://escuela.med.puc.cl/publ/manualgeriatria/PDF/CuidadosEnfermeria.pdf> (consulta 2 de enero de 2009)
34. Miguel Ernesto Córdova Ruiz. Introducción y Marco Teórico. [En Línea]
- http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2005/cordova_rm/xhtml/TH.1.xml (consulta 2 de enero de 2009)
35. Martín Milagros. 2001. Envejecimiento y cambios psicológicos. [En Línea]
- <http://www.psyconet.com/tiempo/monografias/cambios.htm> (consulta 15 de diciembre 2008)
36. Dr. Homero Gac E. 2000. Algunos cambios asociados al Envejecimiento [En Línea]
- <http://escuela.med.puc.cl/publ/Boletin/Geriatria/AlgunosCambios.html> (consulta el 20 de diciembre del 2008)

37. Accidente Cerebro Vascular Isquémico. 2000. [En Línea]

http://apuntesdemedicina.awardspace.com/ACV_Isquemico_antecedentes.htm (consulta 20 diciembre 2008)

38. National Institute of Neurological Disorders and Stroke. 2000. Accidente Cerebro Vascular. [En Línea]

http://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/accidente_cerebrovascular.htm (consulta 12 de diciembre de 2008)

39. Dr. Patricio Mellado T. , Enfermedad Cerebro-Vascular [En Línea]

<http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/MedicinaIntensiva/Enfermedad.html>
(consulta 12 de diciembre de 2008)

40. Dr. Carlos Antonio Bargiela, **Accidente Cerebro Vascular**, [En Línea]

http://www.smiba.org.ar/med_interna/vol_02/02_05.htm (consulta 12 de enero de 2008)

41. L. E. O. Patricia Padilla Zárata. Importancia del cuidado de Enfermería [En Línea]

http://hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/enfermeria/arti_22.pdf (consulta 15 de diciembre de 2008)

42. Organización Mundial de la Salud, Evite los infartos de miocardio y los Accidentes Cerebro Vasculares, 2005 [En línea]

http://www.who.int/cardiovascular_diseases/resources/cvd_report_es.pdf (consulta 28 de enero del 2009)

43. Martínez Ortiz, M^a Belén, Relación Enfermera-Paciente, 2001 [En línea]

http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/trabaj_coment_libr_relac.htm. (28 de enero del 2009)

44. Sergio Hurtado Martínez, Enfermería y la Relación de Ayuda, 2004 [En Línea]

http://www.ee.isics.es/serviec/satellite?pagename=excelenciaenfermera/Articulo_EE/plantilla_articulo_E&numrevista=0&idarticulo=1082026113334 (consulta 29 de enero del 2009)

45. Garate Salazar Arturo y col, Enfermedad Cerebro Vascular Isquémica. Propuesta de Protocolo de Manejo, 2002. [En Línea]

http://sisbib.unsm.edu.pe/Bvrevistas/neurologia/v08_ni/enfermedad_cerebrovascular_isqu%c3%A9mica.htm (consulta el 20 de diciembre del 2008)

46. Jeffrey Kauffman, Medline Plus, 2006 [En Línea]

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/003185.htm>. (consulta el 04 de enero del 2009)

47. Cerda Cortés, Paulina, Registro de enfermedades cerebro vascular en el Hospital Clínico Universidad de Chile, 2004. [En Línea]

http://biblioteca.universia.net/html_bura/ficha/params/id/37096173.html (consulta 13 de febrero del 2009)

48. Alfonso Ortiz Patiño, III Curso Internacional de Enfermedades Cerebro Vasculares, 2008,
49. José Luis Ysern de Arce. Características psicosociales del envejecimiento [En Línea]

<http://www.ubiobio.cl/vitrina/articulos/6.shtml> (consulta 3 de Enero 2009)