

**ROL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DEL
PACIENTE CON ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR ISQUÉMICA EN
UNIDADES DE CUIDADO CRÍTICO**

**VERÓNICA SEPÚLVEDA TABARES
OLGA BEATRIZ VALENCIA CASTAÑEDA
YAMILE VÉLEZ BERNAL**

**UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
FACULTAD DE ENFERMERIA
ESPECIALIZACION EN CUIDADO DE ENFERMERIA AL ADULTO EN ESTADO
CRITICO DE SALUD**

MEDELLIN

2018



**Rol del profesional de enfermería en el cuidado del
paciente con enfermedad cerebrovascular isquémica en
unidades de cuidado crítico**

**Monografía para optar al título de Especialistas en Cuidado de enfermería al
Adulto en Estado Crítico de Salud**

Por

**Verónica Sepúlveda Tabares
Olga Beatriz Valencia Castañeda
Yamile Vélez Bernal**

**ESPECIALIZACIÓN CUIDADO DE ENFERMERÍA AL ADULTO EN ESTADO
CRÍTICO DE SALUD**

Trabajo monográfico

Nombre del Profesor Asesor

Elizabeth Correa Grisales

Especialista en Enfermería Cardiovascular

Medellín, Antioquia, Colombia

Mayo 2018

Medellín, 7 mayo de 2018

NOTA DE ACEPTACION

Presidente del jurado

Jurado

Jurado (En caso de ser solo uno,
borrar este o agregar de ser
necesario).

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por iluminarnos y darnos la fortaleza para el logro de nuestros objetivos.

A nuestras familias por su entrega y brindarnos su apoyo incondicional.

A la institución donde laboramos por el tiempo y la confianza brindada, y a nuestra asesora por el acompañamiento y excelente calidad humana.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	5
1. FORMULACIÓN SUSTENTADA DEL TEMA.....	7
2. ELEMENTOS QUE VAN A SER ANALIZADOS Y POR QUE.....	14
3. JUSTIFICACIÓN.....	18
4. OBJETIVOS.....	24
4.1 Objetivo general.....	24
4.2 Objetivos específicos	24
5. MARCO CONCEPTUAL	25
5.1 CONCEPTUALIZACIÓN ENFERMERÍA.....	25
5.1.1 Enfermería según teóricas	26
5.1.1.1 Modelo de Marjory Gordon	28
5.1.2 Enfoques de enfermería.....	32
5.2 CONCEPTUALIZACIÓN DE UCI.....	33
5.2.1 Unidades de cuidado intensivo	34
5.2.2 Unidades especializadas en ICTUS.....	36
5.3 ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO (ECV)	38
5.3.1 CONCEPTO DE ECV ISQUÉMICO	39
5.3.2 EPIDEMIOLOGÍA.....	40
5.3.3 ETIOLOGÍA.....	41
5.3.4 FISIOLOGÍA.....	44
5.3.5 FACTORES DE RIESGO.....	48
5.3.6 TRATAMIENTO	52
5.3.7 PREVENCIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA	56

5.3.8 REHABILITACIÓN	59
5.4 PAPEL DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE PACIENTES CON ECV ISQUÉMICO	61
5.4.1 Manejo inicial de la enfermería en la ECV	62
5.4.2 Intervenciones de enfermería a pacientes con ECV	64
5.4.3 Necesidad del personal de enfermería especializado en manejo de pacientes con ECV	73
5.4.4 Plan de cuidados de enfermería	75
5.4.5 Calidad de vida	77
6. METODOLOGÍA	80
7. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.....	85
8. CONCLUSIONES.....	101
9. RECOMENDACIONES	104
10. CONSIDERACIONES ETICAS.....	106
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	108
12. ANEXOS	111

LISTA DE FIGURAS (TABLAS)

Figura 1. Tabla de distribución de pacientes según etiología.....	43
Figura 2. Tabla de factores de riesgo en infartos ateroscleróticos.....	49
Figura 3. Tabla de distribución de pacientes según etiología en el infarto cerebral cardioembólico.....	50
Figura 4. Tabla de distribución de pacientes según factores de riesgo en el infarto cerebral lacunar.....	51
Figura 5. Figura que propone un esquema de tratamiento y árbol de decisión terapéutica.....	54
Figura 6. Tabla de criterios de exclusión.....	55

INTRODUCCIÓN

El aumento en la morbilidad y mortalidad por enfermedades crónicas, como es la enfermedad cerebrovascular (ECV), la cual constituye la cuarta causa de muerte en Colombia, lleva al profesional de enfermería a la investigación, partiendo desde su formación científico - técnica para la intervención en diferentes ámbitos desde la prevención primaria, secundaria y terciaria, logrando llegar no sólo a un individuo, sino a la familia y comunidad. Es así como en las unidades de cuidado crítico, siendo estas las unidades de más alta complejidad a nivel hospitalario, el paciente y su familia se enfrenta no sólo al manejo de una patología, sino a un sin número de cambios adaptativos, que como consecuencia de su proceso salud-enfermedad genera secuelas, alteraciones de roles y un cambio en sus estilos de vida; es decir, que en esta etapa de su proceso, requieren la atención de un personal idóneo, capacitado, multidisciplinario que esté encaminado a intervenir a tiempo, prevenir progresión y complicaciones derivadas de su enfermedad.

Dado que el profesional de enfermería brinda cuidados como esencia de su profesión “cuidar”, parte desde su formación con bases sólidas como son el conocimiento, la aplicación de valores y principios éticos que le permitan integrar al ser humano como un todo, es por esto que se busca analizar conceptos validados científicamente, que permitan no sólo el crecimiento a nivel profesional si no que puedan ser aplicables al

paciente visto de una forma holística. La teoría de Marjory Gordon permite desde sus 11 patrones funcionales, definir un comportamiento común en las personas, independiente del estado de salud del paciente, cumple con una valoración completa, integrando al ser humano en todos sus aspectos para analizar e intervenir acciones que contribuyan a mejorar su calidad de vida. Por tanto, el profesional de enfermería se enfrenta a un reto en las unidades de cuidado crítico, donde por su nivel de complejidad, el uso de equipos de alta tecnología, monitorización avanzada, estado crítico del paciente, estrés familiar; requiere que el plan de atención de enfermería se haga partiendo de las necesidades específicas de cada paciente.

1. FORMULACIÓN SUSTENTADA DEL TEMA

La enfermedad cerebrovascular (ECV) es una entidad con alta incidencia, la cual constituye un problema de salud pública a nivel mundial. El estudio Global Burden of Disease realizado en Cambridge, Universidad de Harvard describe que, en 2005, el 87% de las muertes por accidente cerebrovascular en todo el mundo se produjeron en países de bajos y medianos ingresos (Avezum, Costa-Filho, Pieri, Martins, & MarinNeto, 2015). En Colombia, la ECV es la cuarta causa de muerte en la población adulta y la tercera causa de discapacidad, que a su vez representa la segunda causa de muerte en todo el mundo (Silva, Zarruk, Quintero, Arenas, & Silva, 2006). La ECV isquémica tiene mayor incidencia a nivel mundial que la ECV hemorrágica, que a su vez, genera gran discapacidad, deterioro de la calidad de vida, alto costo para el sistema de salud y gran implicación a nivel familiar y laboral, por lo cual es el objetivo de estudio de esta revisión monográfica.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la enfermedad cerebrovascular como el rápido desarrollo de signos focales o globales de compromiso de la función cerebral con síntomas de 24 horas o más, que pueden llevar a la muerte sin otra causa que el origen vascular. El crecimiento de la incidencia de ECV, ha sido marcado por diferencias socioeconómicas, es así como en países con ingreso per cápita alto, el mejoramiento de la prevención primaria se ha asociado a una disminución progresiva de su

incidencia, en contraposición a países en vía de desarrollo donde la proporción de pacientes que padecen la enfermedad va en aumento (Silva et al., 2006).

Cabe resaltar que la incidencia de ECV varía en las poblaciones que han sido estudiadas y se ha encontrado que su mayor incidencia es en hombres, en poblaciones de raza negra y que aumenta exponencialmente con la edad (Silva et al., 2006). Así mismo, la ECV se encuentra asociado a factores de riesgo que son modificables. Un estudio realizado en Argentina proporcionó datos sobre los factores de riesgo cardiovascular más prevalentes en pacientes con ECV. El estudio incluyó 84 centros de todo el país y los datos de 1.235 pacientes, los investigadores encontraron que el principal factor de riesgo fue la hipertensión arterial (78,5%), seguido por la historia de enfermedades del corazón (34%), el tabaquismo (32%), dislipidemia (31%), derrame cerebral anterior (22%), diabetes mellitus (17%), y la fibrilación auricular (15%) (Goldman-Celcil, 2015).

La ECV se produce por una alteración del aporte sanguíneo al encéfalo y la lesión puede ser focal (relacionada con oclusión de una única arteria), multifocal (relacionada con oclusión de varias arterias) o difusa. Aunque algunas características clínicas como la hipertensión grave, cefalea y alteración de conciencia pueden indicar hemorragia encefálica más que isquemia, sin un estudio de imagen encefálico no es posible diferenciar los dos tipos de enfermedades (Prieto et al., 2010).

A su vez, de acuerdo a varios estudios, la ECV isquémica es la que tiene mayor incidencia tanto a nivel mundial, como en Colombia y esta puede clasificarse en embólico y trombótico. El embólico es de fuente cardiogénica o arterial proximal, y en trombótico es la afectación de un único territorio vascular y puede deberse a enfermedad esteno-oclusiva local, por ejemplo, la aterosclerosis. La afectación en la distribución de una única arteria penetrante indica enfermedad intracraneal de tipo pequeño vaso.

El interés por identificar el rol del profesional de enfermería en el cuidado de los pacientes con ECV isquémico en cuidado intensivo, es la alta incidencia de la ECV isquémico que representa de 85 a 90 %, mientras que un 10 a 15 % corresponde a una hemorragia intracraneana espontánea (Prieto et al., 2010). Además de su alta mortalidad, los pacientes que sobreviven después de un ECV isquémico presentan frecuentemente limitaciones físicas marcadas y discapacidad funcional. En Junín, Argentina, un estudio mostró que para los pacientes que sobreviven después de un ECV isquémico el 52% tenía moderada a severa discapacidad. En Santiago de Chile, un estudio prospectivo de pacientes hospitalizados con edad mayor de 60 años con diagnóstico de ECV isquémico o hemorrágico mostró que de 122 pacientes evaluados, el 66% tenían deterioro cognitivo a los 3 meses después del accidente cerebro vascular y después de 1 año el 22% tenía demencia, que es el doble de la prevalencia esperada para las personas de la misma edad en América Latina (Avezum et al., 2015).

Así pues, la ECV es la enfermedad neurológica que más discapacidad y hospitalizaciones origina, a pesar de su alta supervivencia hasta un 90% de ellos sufren secuelas, las cuales pueden ser temporales o permanentes y a su vez, estas secuelas pueden ser en el pensamiento, en la memoria, en el movimiento, el habla o la sensibilidad. Cabe mencionar que hasta el 30% de los casos incapacitan al individuo para realizar sus actividades de la vida diaria, como alimentarse, vestirse, realizar su cuidado e higiene personal entre otros (Paixão Teixeira & Silva, 2009).

Esta situación tiene implicaciones que afectan no sólo al individuo, sino también al núcleo familiar, lo cual genera una demanda de cuidado especial por parte los servicios de salud y la familia, representando un gasto sanitario y social importante debido a que la ECV está relacionada con un largo período de incapacidad laboral, alto grado de invalidez y notable dificultad para la readaptación social y laboral, a su vez, es la causa más mortal e incapacitante de las enfermedades neurológicas (Paixão Teixeira & Silva, 2009).

Otra de las implicaciones que genera son los gastos económicos tan altos, según un estudio realizado en dos hospitales públicos de Brasil, el costo de la hospitalización para la ECV aguda fue de US \$ 1.902 para el accidente cerebro vascular isquémico y US \$ 4.101 para el accidente cerebro vascular hemorrágico. Los investigadores hicieron énfasis en la necesidad de la prevención eficaz y el tratamiento agudo para disminuir la incidencia y la discapacidad y en consecuencia reducir los costos (Avezum et al., 2015).

Por tanto, las necesidades de cuidado del paciente con secuelas de ECV y su familia constituyen un desafío importante para el profesional de enfermería y un grupo interdisciplinario de salud, que permitan un tratamiento y una rehabilitación adecuada, que incluya desde la estancia en la unidad de cuidado crítico y en el servicio de hospitalización, además de la preparación para el egreso y el seguimiento domiciliario.

Florence Nightingale define enfermería como la responsabilidad de velar por la salud de otros. Las acciones de cuidado de la persona y su entorno, a partir del desarrollo de habilidades tales como las observaciones inteligentes, la perseverancia y el ingenio. Además, expresó que una enfermera es una persona con conocimientos teóricos y habilidades prácticas capacitada para observar inteligentemente a los pacientes y su entorno, proporcionarles los cuidados necesarios para su salud e influir en la modificación de la misma mediante el fomento de mejoras en sus condiciones de vida (Amaro Cano, 2004).

Es por esto que el profesional de enfermería debe estar capacitado para trabajar tempranamente en el cuidado y rehabilitación desde la unidad de cuidado crítico del paciente con secuelas de ECV isquémico y para orientarlo en sus principales dificultades, esto podría ayudar a reducir los reingresos hospitalarios y complicaciones asociadas. Frente a esta problemática, se hace necesario generar conocimientos sobre las necesidades de cuidado del

paciente con secuelas de ECV isquémico que permitan guiar de forma integral su cuidado y donde se pueda identificar el rol del profesional de enfermería frente a esta compleja situación para generar cambios que contribuyan a mejorar la calidad de vida del paciente y su familia.

Por lo anterior, es evidente que se requiere del trabajo de un equipo interdisciplinario, ya que en los pacientes con secuelas de ECV isquémico se han identificado necesidades de educación y acompañamiento en aspectos como terapia física, terapia ocupacional, dicción y habla y acompañamiento psicológico, entre otros. El acompañamiento del grupo interdisciplinario y en especial del profesional de enfermería tiene como objetivo lograr que el paciente aprenda a realizar actividades motoras simples como volver a caminar, sentarse, acostarse y cambiar de posición, lo que también contribuirá en la disminución de aparición de úlceras por presión y trombosis venosas (Vives Medina, Quintana Pereda, y Soto Páez, 2014).

Se evidencia que el objetivo principal aparte de la atención del evento agudo en la UCI, es la rehabilitación con el fin de minimizar las secuelas neurológicas. Es fundamental el acompañamiento y la educación por parte de un grupo liderado por el profesional de enfermería desde la unidad de cuidado intensivo, debido a que la estancia de estos pacientes puede ser prolongada como consecuencia a todas las complicaciones que el EVC isquémico implica, así pues, se busca que el paciente pueda ser independiente o alcanzar el nivel más alto posible de independencia. Se quiere lograr con estos grupos liderados

por enfermería desde la UCI que el paciente pueda volver a aprender a comer, beber, deglutir, vestirse, bañarse, cocinar, leer, escribir, llevar a cabo su cuidado personal, facilitar el habla, la deglución y así mismo, brindar acompañamiento a la familia encaminado a aliviar la carga emocional derivada de su enfermedad y discapacidad (Vives Medina et al., 2014).

2. ELEMENTOS QUE VAN A SER ANALIZADOS Y POR QUÉ

Es importante mencionar que la persona que sufre una ECV tiene un cambio en su calidad de vida, ya que esta se ve afectada por las secuelas que deja; como es la discapacidad motriz, dificultad en el habla y en la alimentación, el cambio de rol, que no sólo afectan un individuo sino que trae consigo todo un grupo familiar donde en el contexto de atención hospitalaria más específicamente durante la estancia en una unidad de cuidado crítico, se ve la ruptura de roles, cambio en sus estilos de vida y finalmente son llevados a una adaptación forzada por el estado de salud-enfermedad de un integrante de este grupo familiar.

Surge entonces la necesidad de intervenir desde el conocimiento y el cuidado de enfermería para prevenir posibles complicaciones en el paciente críticamente enfermo, un cuidado especializado que intervenga en la detección precoz de las alteraciones hemodinámicas y funcionales desde su valoración cotidiana, para lo cual podría apoyarse de varias disciplinas como son la medicina, psicología, trabajo social, nutrición, fisioterapia, según las necesidades específicas de cada paciente y grupo familiar, que permitan ir más allá de un tratamiento clínico, ahondado en la prevención de complicaciones y en la rehabilitación hospitalaria.

Los profesionales de la salud en el momento donde inician la atención del paciente con ECV en un centro hospitalario deben enfocarse en brindar el mejor cuidado, se debe intervenir en cuanto a la prevención secundaria, está enfocada

en la detección temprana de la enfermedad, utilizando los recursos necesarios para este fin y a su vez, en la prevención terciaria para lograr intervenir a tiempo y prevenir la progresión y posibles complicaciones de esta enfermedad. Es en este punto que el profesional de enfermería debe brindar unos cuidados especializados al paciente que ha sufrido una enfermedad cerebrovascular, con una formación desde el conocimiento y la aplicación de principios y valores éticos que le permitan abarcar al ser humano como un ser holístico.

Por consiguiente, se pretende dejar unas bases teóricas que permitan continuar en un futuro con la integración de la familia en los cuidados del paciente con ECV, un programa estructurado para tal fin, ya que como se mencionó anteriormente las secuelas que generan incapacidad en este ser humano afectan la funcionalidad de todo un grupo familiar y por ende de una sociedad.

La enfermedad cerebrovascular es la enfermedad que genera mayor discapacidad a nivel mundial, por sus altos costos en rehabilitación y discapacidad, afectación de la calidad de vida, lleva a que el profesional de enfermería se interese en adquirir competencias a nivel hospitalario, que le permitan brindar una atención con calidad al paciente que la sufre.

Del mismo modo para profundizar en el tema a tratar se considera apoyarse en la teoría de Marjory Gordon que por su enfoque funcional permite que sea aplicada en el ámbito de cuidado crítico; utilizando sus 11 patrones de valoración se puede detectar y

ampliar las intervenciones que contribuyan a mejorar la calidad de vida del paciente y de su entorno. Marjory Gordon define los patrones como una configuración de comportamientos más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano; que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo y proporcionan un marco para la valoración con independencia de la edad, el nivel de cuidados o la patología (Álvarez, Arévalo, Fernández y Muñoz, 2010).

De la valoración de los patrones funcionales se obtienen una cantidad de datos relevantes de la persona (físicos, psíquicos, sociales, del entorno), de una manera ordenada, lo que facilita a su vez el análisis de los mismos. Los 11 patrones son una división estructurada del funcionamiento humano integrado, no deben ser entendidos de forma aislada; la interrelación que se da entre ellos es lógica, las personas como un todo sin fraccionar, todo influye en todo (el entorno, la cultura, el nivel social, los valores, las creencias). Algunos patrones comparten información y ciertos datos pueden estar presentes en más de un patrón, no siendo necesario registrarlos de forma repetida. (Quintero, Silva, Zarruk, 2002).

Los patrones disfuncionales o potencialmente disfuncionales, describen situaciones que no corresponden a la salud esperada en una persona, a valorar

los siguientes patrones: 1. Percepción-Manejo de salud, 2. Nutricional-Metabólico, 3. Eliminación, 4. Actividad/Ejercicio, 5. Sueño-Descanso, 6. Cognitivo-Perceptivo, 7. Auto percepción- Auto concepto, 8. Rol-Relaciones, 9. Sexualidad-Reproducción, 10. Adaptación-Tolerancia al estrés, 11. Valores-Creencias.

Es así que como desde la profesión de enfermería, se busca mediante la realización de esta monografía integrar conocimientos adquiridos para alcanzar los objetivos propuestos, con bases teórico-científicas que permitan garantizar la calidad del cuidado mediante el cumplimiento del plan de atención de enfermería, que resulta de las necesidades específicas de un individuo, familia y comunidad.

3. JUSTIFICACIÓN

La enfermedad cerebrovascular constituye un problema de salud pública mundial, en Colombia es la cuarta causa de muerte en la población adulta y genera una alta discapacidad en estos pacientes (Silva et al., 2006). La ECV es una patología que además de su alta incidencia entre la población, suele dejar secuelas importantes para quienes la padecen y en ocasiones, modifica radicalmente su calidad de vida. Ocasiona alteraciones en la vida y desempeño de las personas, en sus relaciones familiares y sociales que los médicos no siempre valoran adecuadamente y de cuya importancia y tratamiento se ocupan ocasionalmente (Pérez, 2004).

En Estados Unidos aproximadamente ocurren 700.000 casos nuevos por año. Se calcula que la incidencia global para Europa es de 235/100.000, es decir cerca de 1.070.000 nuevos casos por año, lo que hace de la ECV un serio problema de salud pública en el mundo. La incidencia calculada para América Latina varía entre 35 y 183/100.000, cifra menor a las reportadas en países de Europa y Asia (Quintero, Silva, Zarruk, 2002).

En un estudio de cohorte, realizado entre abril y junio de 1992 en el área urbana de Sabaneta (Antioquia), se halló que la prevalencia de ECV fue 559,3/100.000 habitantes, lo que aumenta con la edad. En el grupo de 15-40 años de edad la incidencia de ECV fue de 44 veces mayor en mujeres que en hombres.

La tasa de incidencia anual fue de 88,9/100.000 habitantes siendo la enfermedad tromboembólica la más frecuente. De un total de 87 casos de ECV, 12 (13, 98%) fallecieron por diversas causas durante el año en el que estaban siendo observados. La tasa de mortalidad anual de la ECV fue de 16,2/100.000 habitantes, siendo todos los casos primarios (Uribe et al., 1997).

Es importante tener en cuenta que los factores de riesgo que predisponen a las personas a presentar una ECV, hacen que este grupo varíe en gran medida en edad, raza, género, clase social, entre otros; por lo que las estrategias de prevención que se desarrollan deben de abarcar gran área de la población, y a su vez, las estrategias de atención que se llevan a cabo para los pacientes que sufren ECV, deben de ir enfocadas en la prevención de complicaciones, teniendo en cuenta la serie de escenarios en las que dichas personas se encuentran: grado de educación, situación socioeconómica, red de apoyo familiar o de cuidadores, motivación y afrontamiento por parte del paciente, y grado de severidad de las secuelas de ECV o de riesgo de presentarlas.

Dentro de las secuelas que se presentan en pacientes con ECV, encontramos trastornos en la deglución, movilidad limitada, afasia, demencia, entre otros; y según la severidad de dichas secuelas, se pueden presentar complicaciones como neumonías, desnutrición, úlceras por presión, desacondicionamiento físico, depresión.

Sin desconocer, además los altos costos que implica para el sistema de salud, la atención integral a estas complicaciones, sumado a la patología como tal, y representado en la tasa de reingresos hospitalarios, la estancia hospitalaria prolongada, el alto número de insumos que se requieren tanto para la atención hospitalaria como para el cuidado domiciliario, entre otras. Y así mismo, el alto costo que representa para las familias y cuidadores, quienes deben asumir un acompañamiento permanente hacia estos pacientes y con ello una modificación en su economía familiar.

Estas complicaciones, son altamente prevenibles con unos cuidados de enfermería óptimos y una atención adecuada, que favorezca la rehabilitación de estos pacientes y minimice en lo posible el riesgo de presentarlas.

Por otro lado, se debe tener presente, que la calidad de vida de los pacientes que han presentado ECV y sus cuidadores, también se ve afectada de una u otra manera. Entendiendo calidad de vida relacionada con la salud, como el valor que se asigna a la duración de la vida que se modifica por la incapacidad, estado funcional, percepción individual y las consecuencias sociales para el individuo (Patrick, Starks, Cain, Uhlmann, y Pearlman, 1994).

Según un estudio que se realizó en el año 2007, sobre calidad de vida en pacientes post evento cerebrovascular en la ciudad de Barranquilla se describe que hay una gran afectación en el rol físico y la función física de estos pacientes; esta aptitud física débil y la dificultad en realizar las actividades diarias están

relacionadas sin duda alguna con la edad avanzada de los individuos; sin embargo, el factor más decisivo para estas limitaciones funcionales deriva de las repercusiones y secuelas de la enfermedad estudiada. Se observó también una afectación de la función social, en donde se aprecia la integración familiar a las actividades cotidianas (Henao, Pirela, Escobar, Luján, y Alonso, 2009).

Sin duda alguna, el estilo de vida de estos pacientes sufre variaciones, desde sus rutinas diarias en casa, hasta en la dinámica familiar, social y laboral; es por esto que el paciente con secuelas de ECV en compañía de sus cuidadores y/o núcleo familiar, deben realizar un reconocimiento de su estado de salud y un proceso de adaptación a él. Una reasignación de funciones y roles, en la medida en que sea necesario, y una nueva dinámica que vaya en favor de su rehabilitación y prevención de complicaciones asociadas al evento.

Por esta razón en las unidades de cuidado crítico, el personal de enfermería que tiene bajo su cuidado a pacientes con ECV en estado crítico de salud, es primordial que cuenten con el conocimiento científico necesario que permita realizar unas acciones fundamentadas en su proceso de atención, para así identificar las necesidades de estos pacientes y sus familias, e intervenirlas a fin de evitar la aparición de complicaciones.

Además, se debe tener un personal de enfermería que cuente con las capacidades y habilidades para intervenir, y que en conjunto con un grupo interdisciplinario (intensivista, nutricionista, fisioterapeuta, terapeuta respiratorio,

fonoaudiólogo, trabajador social, entre otros) generan un impacto positivo, en la rehabilitación de estos pacientes, en el acompañamiento que se brinde para modificar estilos de vida y adaptación a este proceso de salud-enfermedad, y en el entrenamiento que se brinde a los pacientes y familias para el cuidado posterior en casa.

Y es por ello, que se busca en este trabajo monográfico, tener unos conceptos claros acerca del cuidado de enfermería al paciente con ECV y a partir de ahí se de la formación de un programa estructurado, que tenga dentro de sus objetivos poder impactar en la educación y formación al personal que brinda dicha atención, y por ello, entrenar al personal que cuida de estos pacientes, para brindar un cuidado con mayor calidad y efectividad.

Esta monografía busca profundizar los cuidados específicos que se deben tener hacia el paciente ha sufrido una ECV y bajo la visión de esta persona como ser holístico e integral con unas necesidades básicas que se ven modificadas por su proceso de enfermedad. Además, como parte de este trabajo se contempla realizar una revisión sobre bases teóricas que sustenten y guíen el cuidado de enfermería, que permitan estandarizar las bases para la formación de un programa estructurado y especializado en la atención a estos pacientes y que, permita la integración de la familia en este acontecimiento, a fin de facilitar el proceso de adaptación a la enfermedad y sus posibles secuelas, modificación de roles, y reconocimiento del proceso salud enfermedad para de evitar

complicaciones. Para esto se buscará hacer énfasis también, en prevención secundaria y terciaria de las complicaciones derivadas de ECV.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo General.

Analizar comprensivamente la producción científica sobre el rol del profesional de enfermería en el cuidado del paciente con enfermedad cerebrovascular isquémica como entidad de mayor incidencia y de discapacidad en las unidades de cuidado crítico en el periodo del 2004 al 2017.

4.2 Objetivos Específicos.

- Describir los conceptos básicos sobre la fisiopatología, tratamiento y rehabilitación de los pacientes con enfermedad cerebrovascular isquémica.
- Reconocer las principales complicaciones derivadas de la ECV isquémica y las estrategias de prevención secundaria y terciaria existentes en el medio para el manejo de las mismas.
- Determinar las necesidades asistenciales desde el rol de enfermería de los pacientes con ECV isquémica en las unidades de cuidado crítico.
- Realizar una revisión bibliográfica acerca de las teorías de enfermería que guíen la valoración a pacientes con ECV isquémico y faciliten la aplicación de un plan de cuidados en unidades de cuidado crítico.

5. MARCO CONCEPTUAL

5.1 CONCEPTUALIZACIÓN DE ENFERMERÍA.

La enfermería es una profesión que desde sus inicios ha fundamentado sus prácticas en aspectos claramente descritos ya sea de manera empírica, a partir de un compendio de principios y tradiciones determinados por el sentido común desarrollado por los años de experiencia, o científicamente probados (Martínez, 2010). A saber “El bien interno de la enfermería consiste en el cuidado a las personas, familias y comunidades, para mantener la calidad de vida; identificar, disminuir o eliminar los riesgos de enfermar y ayudar a recuperar la capacidad del autocuidado” (Sierra, 2013).

En el cuidado de enfermería se han logrado identificar a través de los años varias esferas, dentro de las que cabe mencionar, la interacción, la participación y la ética, todas indispensables en el acto de cuidar. Desde la interacción, la enfermera muestra tanto al paciente como a su familia una relación de ayuda, de compromiso, compasión y respeto, siendo el profesional de la salud más cercano durante su tiempo de hospitalización, por lo cual al ser con quien mayor contacto directo tienen, esta demuestra una mejor relación de empatía, teniendo en cuenta no sólo el paciente sino también la percepción de su familia (Daza, 2005)

Así mismo, la participación en el cuidar de la enfermera integra la comunicación con el paciente, la cual parte desde su valoración inicial para planear un cuidado integral desde las necesidades específicas de cada paciente,

teniendo en cuenta su variación y la posibilidad de ser cambiante a estas, logrando ser partícipe en todo su proceso de salud-enfermedad (Daza et al., 2005)

Finalmente, la enfermera es formada con conocimientos científico-técnicos, integrados al momento de la práctica desde la ética del cuidado, donde surge un compromiso con el cuidado del otro, partiendo de una relación de ayuda donde prima el bienestar y la vida, además de los principios de beneficencia no maleficencia, autonomía, justicia y los valores del respeto, la responsabilidad y la veracidad ante un paciente y su familia que se encuentran vulnerables en una unidad de cuidado crítico (Alvarado, 2004)

5.1.1 Enfermería según teóricas

Las teorías de enfermería, son un conjunto de conceptos interrelacionados que permiten describir, explicar y predecir el fenómeno de interés para la disciplina, por lo tanto, se convierten en un elemento indispensable para la práctica profesional. Así pues, las teóricas de enfermería buscan darle un marco conceptual a la profesión.

Según Martínez (2010) para la enfermería el "cuidado" constituye su esencia y las teorías que sustentan el ejercicio de la profesión son un ejemplo de esto último. Ellas han ayudado a adquirir los conocimientos para perfeccionar las prácticas cotidianas. (p, 158). Desde épocas anteriores la enfermería inicia con su pionera Florence Nightingale, quien es inspiradora de varias escuelas que desarrollaron la formación de enfermeros a partir de su modelo. Para ella la labor

de enfermería consistía en "Manipular el entorno para facilitar el proceso de curación del paciente" (Martínez, 2010).

Ernestina Wiedenbach, teórica en enfermería, consideraba que lo primero para la enfermera era detectar la necesidad de ayuda del paciente para brindar el cuidado necesario y así poder evaluar si se habían cumplido los objetivos (Martínez, 2010).

Otra teórica que aportó a la enfermería un modelo basado en 14 necesidades básicas; fue Virginia Henderson, quien afirmaba que la única función de la enfermera era "Prestar asistencia a la persona, enferma o sana, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a su salud o recuperación (o a una muerte tranquila)" (Martínez, 2010).

Hildegard Peplau, a su vez aportó a la enfermería desde su teoría que plantea "... lo verdaderamente profesional de la enfermería es la relación enfermero-paciente en el aspecto psicodinámico de los cuidados. El cuidado para ella consistía en un proceso educativo que tiende al desarrollo y al crecimiento personal" (Martínez, 2010).

Así mismo, se encuentra la teoría de Dorothea Orem, quien dice que la enfermera debe ser capaz de lograr que el individuo participe de forma activa en la planificación e implementación de su propia atención de salud, teniendo en cuenta los factores básicos que condicionan el autocuidado (Martínez, 2010).

A su vez, se puede mencionar a Marta Rogers, quien, a través de su Teoría de los Seres Humanos Unitarios, logró que la enfermería moderna tuviese una visión más amplia de los seres humanos con su entorno y de un modo extrasensorial. Según esta teórica, el objetivo de la enfermera es ayudar a los individuos para que puedan alcanzar su máximo potencial de salud (Martínez, 2010).

Finalmente, cabe mencionar acerca de la Teoría de la Adaptación, la cual fue desarrollada por Callista Roy, en ella plantea que la labor de la enfermera tiene como objetivo promover la adaptación del individuo al entorno que consideraba constantemente cambiante (Martínez, 2010).

5.1.1.2 Modelo de Marjory Gordon

Marjory Gordon creó un sistema de valoración que proporciona al personal de enfermería unas bases aplicables en cualquier campo de su desempeño profesional, permite una valoración completa y eficaz de la persona, la familia y su entorno. Se convierte en una herramienta útil, proporcionando una clasificación de 11 patrones funcionales de salud, que describen todas las áreas que comprende el ser humano. En cada patrón, el profesional debe recoger datos sobre la conducta disfuncional y funcional del paciente, a continuación, se describen cada uno (Álvarez et al, 2010).

1. Patrón percepción manejo de la salud: En este patrón se valora como percibe el individuo la salud y el bienestar, como maneja todo lo relacionado con

su salud, respecto a su mantenimiento o recuperación, además la adherencia a las prácticas terapéuticas. Incluye prácticas preventivas (vacunaciones). Además, se tiene en cuenta hábitos higiénicos (personales, vivienda, vestido), vacunas, alergias, percepción de su salud, conductas saludables: interés y conocimiento, existencia o no de alteraciones de salud (tipo de alteración, cuidados, conocimiento y disposición), existencia o no de hábitos tóxicos, accidentes laborales, tráfico y domésticos e ingresos hospitalarios.

2. Patrón nutricional metabólico: En este patrón se tiene en cuenta el consumo de alimentos y líquidos relativo a las necesidades metabólicas y aporte de nutrientes, valorando horarios de comida, preferencias y suplementos, y problemas en su ingesta. Además, se tiene en cuenta las medidas de altura, peso y temperatura, condiciones de piel, mucosas y membranas. También se valora: el IMC, valoración de la alimentación (número de comidas, el lugar, el horario, dietas específicas, así como los líquidos recomendados para tomar en el día), se deben hacer preguntas sobre el tipo de alimentos que toma por grupos: frutas, verduras, carnes, pescados, legumbres y lácteos y la valoración de problemas en la boca (si tiene alteraciones bucales como caries, úlceras etc.). Además, va incluida la valoración de dificultades para comer y problemas digestivos (náuseas, vómitos, pirosis).

3. Patrón eliminación: En este patrón se describe las funciones excretoras intestinal, urinaria y de la piel, valorando lo siguiente; a nivel intestinal, la consistencia, regularidad, dolor al defecar, sangre en heces, uso de laxantes,

presencia de ostomías e incontinencia., a nivel urinario, las micciones/día, características de la orina, problemas de micción, sistemas de ayuda (absorbentes, colectores, sondas, urostomías) e incontinencias, a nivel cutáneo la diaforesis.

4. Patrón actividad-ejercicio: En este patrón se valora el tipo, cantidad y calidad del ejercicio. Las actividades de tiempo libre. Se tiene en cuenta valoración del estado cardiovascular (frecuencia cardíaca o PA anormales en respuesta a la actividad, cambios ECG que reflejen isquemia o arritmia), también se valora la tolerancia a la actividad, el énfasis está en las actividades de mayor importancia para la persona; tipo de actividades y tiempo que se le dedica.

5. Patrón sueño-descanso: En este patrón se describe la capacidad de la persona para conseguir dormir, descansar o relajarse a lo largo de las 24 horas del día, además de la percepción de cantidad y calidad del sueño – descanso y del nivel de energía. Se preguntan las ayudas para dormir (medicamentos, rutinas, etc.)

6. Patrón cognitivo-perceptivo: En este se describen los patrones sensorio-perceptuales y cognitivos, nivel de conciencia, conciencia de la realidad, adecuación de los órganos de los sentidos, compensación o prótesis, percepción del dolor y tratamiento. Además del lenguaje, las ayudas que necesita para la comunicación, la memoria y juicio, comprensión de ideas y toma de decisiones.

7. Patrón autopercepción- auto concepto: En este patrón se describe el auto concepto del paciente y la percepción del estado de ánimo, se valora las actitudes acerca de sí mismo, la percepción de las capacidades cognitivas, afectivas o físicas, así como la imagen corporal, social e identidad. Además, se tiene en cuenta el patrón emocional, como es su patrón de postura corporal y movimiento, contacto visual, patrones de voz y conversación.

8. Patrón rol-relaciones: En este patrón se valora los compromisos de rol y relaciones (las relaciones de las personas con los demás), la percepción de los roles más importantes (el papel que ocupan en la familia, sociedad) y responsabilidades en su situación actual. Además, se tiene en cuenta la satisfacción o alteraciones en familia, trabajo y relaciones sociales.

9. Patrón sexualidad y reproducción: Este patrón valora la satisfacción o insatisfacción de la sexualidad, las alteraciones en la sexualidad o en las relaciones sexuales, la seguridad en las relaciones sexuales. Además, incluye el patrón reproductivo, premenopausia y posmenopausia y todos los problemas percibidos por la persona.

10. Patrón adaptación tolerancia al estrés: Este patrón valora las formas o estrategias de afrontamiento general de la persona, como son las respuestas habituales que manifiesta el individuo en situaciones que lo estresan y forma de controlar el estrés. También tiene en cuenta la capacidad de adaptación a los

cambios, el soporte individual y familiar con que cuenta el individuo y la percepción de habilidades para controlar o dirigir situaciones estresantes.

11. Patrón valores y creencias: Este patrón describe los valores y creencias que guían a la persona a las elecciones o decisiones, lo que se considera correcto, apropiado; bien y mal, bueno y malo., lo que es percibido como importante en la vida y las percepciones de conflicto en valores, creencias o expectativas relativas a la salud. Además, incluye las decisiones acerca de tratamientos, prioridades de salud, vida o muerte y las prácticas religiosas.

Finalmente es por medio de estos patrones funcionales, que Marjory Gordon se acerca a una valoración completa de la persona, que permite ahondar y planear un cuidado integral, teniendo en cuenta el ser humano como un ser holístico.

5.1.2 Enfoques de enfermería.

Tres funciones básicas conforman la práctica de enfermería, que se estructuran en ámbitos sociales y dimensiones diferentes, las cuales son: cuidar la salud, administrar el cuidado de enfermería y los servicios de salud y educar para la salud, las cuales se enlazan entre sí (Castrillón, 1992). Estas funciones se pueden clasificar a su vez y de manera general desde dos perspectivas: según el grado de dependencia hacia otras profesiones y según las áreas principales de desempeño del personal.

Según el grado de dependencia hacia otras profesiones, Carpenito (1982) hace alusión a las funciones independientes o propias, que son las que enfermería ejecuta en cumplimiento a sus responsabilidades y para las que está capacitado y autorizado; funciones dependientes o derivadas, que son las que enfermería realiza por delegación de otros profesionales, como puede ser el médico; y las funciones interdependientes, en las que enfermería colabora con el resto del equipo de salud (p, xxxiii).

Las principales áreas de desempeño, según Normark y Rohweder (1959) se describen como función asistencial, encaminada a apoyar el individuo en la conservación y el incremento de su salud; función docente, que permite producir conocimientos, formación de futuros profesionales, y conducir los procesos de enseñanza y aprendizaje; función administrativa, que asegura una actuación de los profesionales de manera sistemática, racional y organizada; y función investigativa, en la que se pretende seguir avanzando en la identidad profesional, investigando sobre los problemas de salud de la población. (p, 25).

5.2 CONCEPTUALIZACIÓN DE UCI

La dimensión técnica de la calidad se refiere a la aplicación de los conocimientos y a la adecuada utilización de la tecnología, cuya función científico técnica favorece la aplicación del conocimiento con criterios unificados, probados y evaluados sistemáticamente” (Sierra, 2013) como lo son en las unidades de cuidado intensivo.

Es importante resaltar que en el desempeño del profesional de enfermería en la unidad de cuidado intensivo, “los cuidados de enfermería transmiten un poder reductor cada vez que limitan las capacidades de los usuarios; cuando no se reconoce lo que pueden y saben hacer por sí mismos y no se indaga por todo aquello que les motiva a descubrir sus propias posibilidades, les genera sentimientos de valoración personal y les permite ganar autoconfianza para asumir sus cuidados y los de sus familias” (Sierra, 2013).

5.2.1 Unidades de cuidado intensivo

La unidad de cuidados intensivos (UCI) es un servicio de alta complejidad cuyo objetivo es brindar un cuidado integral a las personas en condiciones críticas de salud, que fueron internados allí.

A su vez, la UCI, se define como una organización de profesionales en salud que ofrece asistencia multidisciplinar, caracterizado por tener un espacio específico dentro del hospital y que debe cumplir con unos requisitos funcionales, estructurales y

organizativos, de forma que garantice las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender pacientes que, siendo susceptibles de recuperación, requieren soporte respiratorio o que precisan soporte respiratorio básico junto con soporte de, al menos, dos órganos o sistemas; así como todos los pacientes complejos que requieran soporte por fallo multiorgánico (Pérez, 2008).

La estancia de un paciente con ECV isquémico en la UCI estaría indicada en los casos de oclusión de la arteria basilar, infarto expansivo cerebeloso y de territorio de la arteria cerebral media. También estaría justificado el ingreso en estas unidades en casos en los que se administrarán tratamientos agresivos como la trombólisis intra-arterial sola o combinada con la intravenosa (Pérez, 2008).

A su vez, los criterios de ingreso a UCI en los pacientes con ECV isquémico pueden clasificarse en dos grandes grupos, como son los de origen neurológico y los de origen sistémico. Dentro de las indicaciones neurológicas se encuentran los pacientes con agitación o confusión y que requieran sedación, en casos con aumento de la presión intracraneal debido a edema o a la expansión de un hematoma cerebral, en los que es conveniente monitorizar la presión intracraneal, los cambios neurológicos y la aparición de hidrocefalia obstructiva. Así mismo, ingresan a la UCI los pacientes que requieran tratamiento de crisis epilépticas o en los que se evidencien transformación hemorrágica del infarto, la cual puede presentarse como una complicación del tratamiento trombolítico (Mirallas 2004).

Dentro de las indicaciones sistémicas para el ingreso a la UCI, se encuentran los pacientes que presenten trastornos cardiacos, ya que el ECV se asocia con el infarto agudo de miocardio o la insuficiencia cardiaca. Por otro lado, el ictus puede provocar arritmias cardíacas, especialmente cuando se lesiona el área del córtex insular. También hacen parte de estos criterios la hipertensión arterial que no responde al tratamiento habitual o la insuficiencia respiratoria o insuficiencia renal aguda.

5.2.2 Unidades especializadas en Ictus.

Las unidades de Ictus son definidas como una estructura geográfica dedicada a los cuidados no intensivos o semi críticos del pacientes con Ictus o ECV, en la que se realiza una actividad continua basada en la aplicación de protocolos de diagnóstico y tratamientos explícitos, llamados El 'Código Ictus' el cual es un procedimiento de actuación basado en el reconocimiento precoz de los síntomas y signos de un Ictus, con la priorización de cuidados y el traslado inmediato a un hospital donde el paciente se pueda beneficiar de una terapia de reperfusión y/o de los cuidados especiales de una Unidad de Ictus.

“La primera unidad de cuidados intensivos agudos para pacientes con ECV fue la MacLachlan Stroke Unit de Toronto, que inició su actividad en 1970. En Europa, las unidades de ECV han demostrado ser efectivas en la reducción de morbilidad, mortalidad, estancia hospitalaria, coste y en el incremento de la

proporción de pacientes que se reintegran a su hogar, con mejora de la calidad de vida” (Mirallas, 2004)

Las unidades de Ictus son unidades especializadas que cuentan con un equipo multidisciplinario de profesionales expertos y deben disponer de procedimientos diagnósticos, monitorización y tratamientos de fase aguda, con movilización precoz y sobre todo con especial énfasis en la rehabilitación (Duarte, Alonso, Fernández, Flórez, Et al. 2009).

Estas unidades han marcado la pauta en el manejo de la enfermedad cerebrovascular; habiendo demostrado su eficacia en términos de mortalidad, recurrencia y dependencia. El ingreso de los pacientes en las unidades de ictus, disminuye la mortalidad en un 17% y la morbilidad o dependencia funcional en un 25%. Suponiendo las bajas tasas de mortalidad y morbilidad aguda un indicador de calidad en la atención hospitalaria (Fernández, López, Martín & Zubillaga 2012).

Es por ello que se puede afirmar que “la forma en la cual las unidades de tratamiento de ECV ejercen sus beneficios no está determinada por una única intervención. Probablemente, es más bien el modelo de organización en torno a las verdaderas necesidades de un paciente con ECV agudo: énfasis en su rehabilitación precoz y sostenida; disminución de complicaciones debidas a inmovilidad; evaluación de disfagia y prevención de neumonía aspirativa; evitar la

hipotensión, hiperglicemia, hipoxemia, hipercapnia e hiponatremia” (Lavados & Hoppe, 2005).

Son varios los beneficios que se pueden obtener al contar con una unidad especializada, “el promedio de días/cama en los pacientes ingresados en una unidad de ECV es inferior de los pacientes que ingresan a otras unidades de atención, lo cual se atribuye a la acción conjunta de un equipo multidisciplinario, neurólogos, neurocirujanos, fisiatras, kinesiólogos, enfermeras, fonoaudiólogos, protocolos escritos que facilitan el estudio y diagnóstico de los pacientes, las prioridades en la realización de exámenes, el acceso inmediato a neuroimagenología, la disminución de complicaciones habituales en los pacientes vasculares como son las neumonías y trombosis venosa, todo lo cual habla a favor de la atención de estos pacientes en salas especializadas” (Rojas et al, 2010).

5.3 CONCEPTUALIZACIÓN DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO (ECV)

Para conocer y entender el ECV isquémico, se describen a continuación los aspectos etiológicos, epidemiológicos y fisiológicos, así como los factores de riesgo que comprenden el funcionamiento del sistema nervioso central. La claridad en estos conceptos, le permite al lector dimensionar la magnitud del compromiso

que se presenta en estos pacientes y desde la visión de enfermería, realizar el planteamiento de un plan de cuidados según las necesidades prioritarias de cada paciente.

5.3.1 CONCEPTO DE LA ECV ISQUÉMICA

La enfermedad cerebrovascular (ECV) es una patología que afecta a los vasos sanguíneos que suministran sangre al cerebro. A esta enfermedad también se le conoce como ICTUS, infarto cerebral, ataque cerebral, embolia o trombosis cerebral (Vives, Oisis, Quintana & Soto 2014).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la ECV se define como un disturbio de la función cerebral de desarrollo rápido, con signos clínicos focales o globales de una duración igual o mayor de 24 horas o que conducen a la muerte sin ninguna otra causa aparente que el origen vascular.

Se reconocen dos grupos de ECV que comparten factores de riesgo, manifestaciones clínicas y medidas generales de tratamiento de soporte, pero que tienen una fisiopatología y enfoques terapéuticos diferentes. De 85 a 90 % son de origen isquémico u oclusivo y de 10 a 15 % se deben a hemorragia intracraneana espontánea (Vives, Oisis, Quintana y Soto, 2014).

Es importante conocer que los síntomas de la ECV se manifiestan repentinamente, a veces de forma súbita y pueden empeorar en cuestión de horas o días. La mayoría de ECV isquémicos causan uno o varios de los siguientes síntomas: desviación de la boca hacia un lado, pérdida de la fuerza de

la cara, de uno de los brazos, pierna o de todo un lado del cuerpo, dolor de cabeza intenso y sin causa aparente, alteración de la sensibilidad, pérdida brusca de la visión de uno o ambos ojos, puede ser parcial o total, alteración repentina del lenguaje, dificultad para caminar o pérdida del equilibrio, dificultad para tragar, pérdida de la audición y desorientación (Vives, Oisis, Quintana y Soto et al., 2014).

La ECV isquémica puede generar diversas secuelas, entre las que se encuentran los trastornos sensitivos, el déficit de visión, los trastornos motores, la pérdida de la sensibilidad, la alteración del equilibrio y afectación en el habla y dentro de las complicaciones más comunes se encuentran el edema cerebral, convulsiones, depresión clínica, úlceras por dependencia, contracciones de las extremidades, dolor en las extremidades, trombosis venosa profunda e infección del tracto urinario y neumonía (Vives, Oisis, Quintana y Soto et al., 2014).

5.3.2 EPIDEMIOLOGÍA

Las ECV constituyen un problema de salud mundial, representan la primera causa de discapacidad en el adulto y la segunda causa de demencia. Según datos de la OMS, 15 millones de personas sufren una ECV cada año; entre ellas 5,5 millones mueren (el 10 % de todas las muertes producidas) y otros 5 millones quedan con alguna discapacidad permanente. De igual manera se estima que en el 2020 se duplicarán los días perdidos de vida saludable, además cada año en todo el mundo, más de 83.000 personas de 20 años o incluso menores padecen una ECV (Puentes, 2014).

La ECV es una condición tradicionalmente asociada a la edad avanzada, sin embargo, se observa que afecta cada vez más a los jóvenes y a las personas de mediana edad. En consecuencia “el ictus es la tercera causa de mortalidad tras las enfermedades coronarias y respiratorias y constituye la primera causa de discapacidad severa en la persona adulta” (Benítez, 2014).

5.3.3 ETIOLOGÍA DE LA ECV ISQUÉMICA

El instituto americano de estudio del ICTUS clasifica el ECV isquémico según su origen etiopatogénico en 5 subtipos así:

- **Ateromatosis de gran vaso:** es un infarto generalmente de tamaño medio o grande, de topografía cortical o subcortical y localización carotídea o vertebro basilar, en el que se cumple alguno de estos dos criterios:
 1. Presencia de aterosclerosis con estenosis mayor o igual al 50% del diámetro de la luz vascular u oclusión de una arteria extra craneal o de una arteria intracraneal de gran calibre (cerebral media, cerebral posterior o tronco basilar), en ausencia de otra etiología que lo explique.
 2. Aterosclerosis sin estenosis por la presencia de placas o de una estenosis inferior al 50% en la arteria cerebral media, cerebral posterior o basilar, en ausencia de otra etiología. Deben concurrir al menos dos de los siguientes factores de riesgo vascular cerebral: persona mayor de 50 años, HTA (Hipertensión arterial), diabetes mellitus, tabaquismo o hipercolesterolemia (Sánchez, et al., 2016).

- **Embolismo de origen cardíaco:** : generalmente es de tamaño medio o grande, de topografía habitualmente cortical, para el que existe evidencia (en ausencia de otra etiología alternativa) de alguna de las siguientes cardiopatías embolígenas: presencia de un trombo o un tumor intracardiaco, estenosis mitral reumática, prótesis aórtica o mitral, endocarditis, fibrilación auricular, enfermedad del nodo sinusal, infarto agudo de miocardio en los tres meses previos con o sin aneurisma ventricular izquierdo o acinesia extensa o presencia de hipocinesia cardíaca global o discinesia independientemente de la cardiopatía subyacente (Sánchez, et al., 2016).
- **Oclusión de pequeño vaso o lacunar:** es un infarto pequeño (diámetro menor de 1,5 cm) en la zona de una arteria perforante cerebral, que habitualmente ocasiona un síndrome clínico lacunar (hemiparesia motora pura, síndrome sensitivo puro, síndrome sensitivo motor, hemiparesia-ataxia o disartria-mano torpe) en un paciente con antecedentes de HTA u otros factores de riesgo vascular, en ausencia de otra etiología que lo explique (Sánchez, et al., 2016).
- **Ictus de causa infrecuente:** es un infarto de tamaño pequeño, mediano o grande, de localización cortical o subcortical, en territorio carotídeo o vertebro basilar en un paciente en el que se ha descartado el origen aterotrombótico, cardioembólico o lacunar. Puede ser causado por enfermedades sistémicas (alteraciones metabólicas, trastornos de la coagulación, conectivopatías, síndrome mieloproliferativo o procesos

infecciosos) o por otras causas como la trombosis venosa cerebral, migraña, aneurisma del septo, disecciones arteriales, displasia fibromuscular, malformación arteriovenosa, angeítis, o por causa iatrógena (Sánchez, et al., 2016).

- **Ictus de causa indeterminada:** es un infarto de tamaño medio o grande de localización cortical o subcortical, en territorio carotídeo o vertebro basilar, en el que, tras un exhaustivo estudio diagnóstico, se han descartado los subtipos aterotrombótico, cardioembólico, lacunar y de causa inusual. También puede considerarse indeterminado en el caso de coexistir más de una posible etiología o en los casos en los que se lleve a cabo un estudio incompleto o insuficiente para descartar otras causas (Sánchez, et al., 2016).

Figura 1. Tabla de distribución de pacientes según etiología. Tomado de Vargas, Miranda, Fernández, Jiménez & Clemente (2016).

SUBTIPOS ETIOLÓGICOS	n	%
Infarto aterotrombótico	80	45,71%
Infarto de causa habitual	29	16.57%
Infarto cardioembólico	26	14.86%
Infarto indeterminado	24	13,71%
Infarto lacunar	16	9,14%
Total, general	175	100%

5.3.4 FISIOLOGÍA DE LA ECV ISQUÉMICA

La interrupción del flujo sanguíneo cerebral no traumático, súbito, causa injuria cerebral y varias disfunciones neurológicas. El cerebro no tiene reserva de oxígeno y no tolera anoxia, por lo que el daño celular puede ocurrir rápidamente cuando se interrumpe el flujo sanguíneo. Periodos cortos de hipoxia generalmente resultan en déficit neurológicos reversibles, mientras que periodos más largos pueden conducir a déficit neurológicos permanentes y a infartos cerebrales (Corneto, 2005).

La isquemia cerebral es un fenómeno complejo y dinámico; si bien esta tiene lugar de manera abrupta, las alteraciones moleculares que se producen en las células (tanto en neuronas como en glía y en elementos vasculares de la micro circulación en la zona afectada) ocurren de manera secuencial a lo largo de un tiempo que depende de la gravedad de la isquemia, de que ésta sea permanente o transitoria y de que se apliquen o no medidas terapéuticas dirigidas proteger el tejido afectado (Lai, Zhang, Wang, 2014).

La isquemia cerebral focal resulta de la interrupción del flujo sanguíneo regional a causa de la oclusión de una determinada arteria, por mecanismo tromboembólico, o bien hemodinámico. En la ECV la base del daño neuronal está en la escasa e incluso nula producción de energía debido a la hipoxia. De manera secundaria se produce la inactividad de las bombas dependientes de ATP y se genera una alteración iónica, que es la responsable de la excitotoxicidad y/o

muerte neuronal y glial. Como respuesta tisular se activan vías inflamatorias, favoreciendo el incremento en la permeabilidad de la barrera hemato encefálica, la infiltración leucocitaria y el edema cerebral, este último presente en el caso de reperfusión post lesión (Lai, Zhang, Wang, 2014).

Teniendo en cuenta que el tejido cerebral es dependiente del aporte adecuado de oxígeno y glucosa para su funcionamiento normal, el cese del mismo ocasionará diversas alteraciones funcionales que conducirán finalmente a la muerte celular. Las manifestaciones clínicas dependen de la arteria afectada y de la extensión de tejido lesionado.

La isquemia cerebral focal se traduce, en el territorio irrigado por la arteria afectada, en distintos grados de reducción de flujo sanguíneo cerebral regional, que dependen de factores hemodinámicos, fundamentalmente de la existencia de circulación colateral eficaz y del mantenimiento de una adecuada presión arterial, ya que en el tejido isquémico, debido a la lesión de las células endoteliales y de las células musculares lisas de la pared arterial como consecuencia de la isquemia, se pierden los mecanismos normales de regulación de la circulación cerebral y la presión de perfusión se hace dependiente de la presión arterial (Corneto, 2005).

Teniendo en cuenta que existen unos umbrales de flujo a partir de los cuales se van perdiendo las funciones celulares, podemos entender que existirán áreas de tejido sometidas a mayor grado de isquemia, como son aquellas que

dependen estrictamente de la arteria afectada, con ausencia total o casi total de flujo sanguíneo cerebral (FSC), así como las zonas más susceptibles, que sufrirán, de manera prácticamente inmediata la muerte de todas las estirpes celulares (Díez et al., 2004).

Alrededor de esta zona de infarto y dependiendo de los factores hemodinámicos como oxígeno y glucosa, puede existir flujo sanguíneo residual suficiente para mantener la viabilidad celular, aunque no su función normal, durante un tiempo determinado que dependerá de la magnitud de dicha perfusión residual. Esta zona transitoriamente viable, denominada área de penumbra isquémica, que es susceptible de recuperación si la hipoperfusión y las alteraciones que ésta produce se corrigen y por tanto es la diana de las medidas terapéuticas dirigidas a reducir la lesión y las secuelas tras la isquemia cerebral focal (Díez et al., 2004).

La restauración del FSC, es el primer paso lógico en el tratamiento de la isquemia, pero se ha podido comprobar que, si esta normalización no se produce con relativa rapidez, la reperfusión no resulta suficiente para inhibir los mediadores de la cascada isquémica.

Existen dos mecanismos fundamentales de muerte celular tras la exposición a fenómenos nocivos: la necrosis y la apoptosis. En el caso de la isquemia cerebral, hay evidencia de que se desencadenan ambos procesos, los dos tipos de muerte se distinguen por marcadores morfológicos y también

bioquímicos puesto que los mecanismos que las producen son diferentes (Díez et al., 2004).

La muerte celular por necrosis es un fenómeno pasivo que depende de las alteraciones bioquímicas producidas por el déficit energético y por la activación de enzimas líticas constitutivas que destruyen componentes celulares. Como consecuencia de la depleción de energía se produce el fracaso de la función de membrana con pérdida del gradiente iónico y paso de agua al interior del citoplasma y las organelas con el consiguiente edema celular. Finalmente tiene lugar la lisis de las membranas y la pérdida de la diferenciación de los compartimentos celulares. La lisis celular y la liberación del contenido citoplásmico ocasionan una respuesta inflamatoria con infiltración de leucocitos neutrófilos y macrófagos (Díez et al., 2004). En los primeros estadios de la isquemia, el déficit de oxígeno desvía el metabolismo de la glucosa por la vía anaerobia ocasionando el aumento de ácido láctico y acidosis.

La muerte celular por apoptosis es un fenómeno activo que depende de la puesta en marcha de una cadena de señales intracelulares iniciadas por la expresión de genes activados por la exposición a agentes nocivos, en este caso la isquemia, que conducen a la activación de enzimas con actividad proteolítica, denominadas caspasas. Se han descrito al menos 14 caspasas diferentes, algunas de las cuales se denominan iniciadoras y tienen funciones de activación de la cadena, originando la fragmentación de la forma pro enzimática inactiva de otras caspasas para su conversión en forma activa (Díez et al., 2004).

En la fisiopatología de la destrucción celular tras isquemia focal juegan papel fundamental los mecanismos de necrosis, mediados fundamentalmente por fenómenos de excitotoxicidad que desencadenan el incremento citoplásmico de calcio a través de los distintos tipos de canales, la activación de enzimas líticas, el exceso de óxido nítrico, así como la respuesta inflamatoria y el exceso de radicales libres que tendrían su papel fundamental durante la reperfusión (Wang, Qin, 2010).

5.3.5 FACTORES DE RIESGO

El aumento en la esperanza de vida contribuye a que se presenten con mayor frecuencia enfermedades no transmisibles como la enfermedad cerebrovascular, así mismo constituye un reto para la medicina moderna porque representa una de las primeras causas de muerte y produce secuelas invalidantes en los pacientes que sobreviven, demandando numerosos recursos para su tratamiento, tanto en la fase aguda como en la rehabilitación.

Los factores de riesgo de la ECV se han clasificado de la siguiente forma: Factores no controlables o no modificables como lo son la edad avanzada, el sexo masculino, la herencia y raza. Los factores mayores modificables como hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipidemias y enfermedades cardíacas (Isquémicas y arritmias) y los factores menores modificables como el sedentarismo, la obesidad, el hábito de fumar y el alcoholismo (Pérez, Silma, Maurenza et al., 2005).

Figura 2. Tabla de factores de riesgo en infartos ateroscleróticos. Tomado de (Vargas, Miranda, Fernández, Jiménez y Clemente, 2016).

FACTORES DE RIESGO	n	%
Hipertensión arterial	66	82.50%
Consumo de bebidas alcohólicas	55	68.75%
Hipertrigliceridemia	47	58.75%
Habito de fumar	46	57.50%
Hipercolesterolemia	36	45.00%
Ictus previos	34	42.50%
Sobrepeso	29	36.25%
Obesidad	19	23.75%
Hiperuricemia	19	23.75%
Placa ateroma tipo II	9	11.25%

Figura 3. Tabla de distribución de pacientes según etiología en el infarto cerebral cardioembólico.

Tomado de (Vargas, Miranda, Fernández, Jiménez y Clemente, 2016).

FACTORES DE RIESGO	N	%
Fibrilación auricular	10	38.46%
Infarto de miocardio	9	34.62%
Trombo ventrículo izquierdo	5	19.23%
Estenosis mitral	4	15.38%
Miocardiopatía dilatada	3	11.54%
Mixoma auricular	2	7.69%
Insuficiencia mitral	2	7.69%
Prolapso valvular	2	7.69%
Discinesia del tabique	1	3.85%

Figura 4. Tabla de distribución de pacientes según factores de riesgo en el infarto cerebral lacunar.

Tomado de (Vargas, Miranda, Fernández, Jiménez y Clemente, 2016).

FACTORES DE RIESGO	N	%
Hipertensión arterial	13	81,25%
Hipercolesterolemia	12	75,00%
Hipertrigliceridemia	11	68,75%
Consumo de bebidas alcohólicas	7	43,75%
Obesidad	7	43,75%
Habito de fumar	6	37,5%
Sobrepeso	6	37,5%
Placa de ateroma tipo II	4	25,00%
Hiperuricemia	2	12,50%
Ictus previos	1	6,25%

En conclusión “La HTA es responsable directo de alrededor de la mitad de los ataques cerebrales. Tanto el aumento de la presión sistólica como de la diastólica son factores de riesgo del ataque cerebral. El reconocimiento y mejor control de la hipertensión ha sido responsable en las últimas décadas de una sensible reducción en la mortalidad por accidentes cerebrovasculares” (Turrent, 2004).

5.3.6 TRATAMIENTO

La isquemia cerebral es un proceso dinámico desencadenado al ocluir una arteria intracraneal de forma aguda, habitualmente por un embolismo, desde el corazón o desde lesiones arterioescleróticas de arterias más proximales. La recanalización urgente de dichas arterias y reperfusión precoz del tejido cerebral, las terapias neuroprotectoras que intervengan en la cascada isquémica y la prevención de la recurrencia son los objetivos terapéuticos en la fase aguda del ictus isquémico.

El tratamiento trombolítico persigue la lisis del coágulo que ocluye la arteria intracraneal. En la actualidad, el único aprobado es el activador tisular del plasminógeno (rtPA) por vía intravenosa. Se ha demostrado su seguridad y eficacia dentro de las tres primeras horas de evolución del ictus isquémico (Herrera, Gállego, Muñoz, Aymerich y Zandio, 2008).

La restauración del flujo sanguíneo cerebral, es el primer paso en el tratamiento de la isquemia, pero se ha podido comprobar que, si esta normalización no se produce con relativa rapidez, la reperfusión no resulta suficiente para inhibir los mediadores de la cascada isquémica e incluso puede potenciarlos, facilitando la progresión de la lesión hasta la muerte celular y la extensión del área de infarto (Díez et al., 2004).

En el núcleo del tejido isquémico, la caída del flujo por debajo de 10 ml/100g/min producirá una rápida muerte celular (infarto). Entre este núcleo y el

parénquima normalmente perfundido ($>50\text{ml}/100\text{g}/\text{min}$) existe una zona moderadamente hipoperfundida, cuya extensión dependerá de los mecanismos de compensación hemodinámica a través de la circulación colateral. En esta zona hipoperfundida pueden delimitarse a su vez dos regiones: la llamada oligohemia ($>22\text{ml}/100\text{g}/\text{min}$) que raramente se convertirá en tejido infartado, y otra denominada penumbra isquémica ($<22\text{ml}/100\text{g}/\text{min}$), que progresará a infarto cerebral si no se restablece precozmente una perfusión cerebral adecuada (Herrera, Gállego, Muñoz, Aymerich y Zandio, 2008).

Trombolisis endovenosa con RT-PA: el tratamiento trombolítico persigue la lisis del coágulo que ocluye la arteria intracraneal. En la actualidad, el único aprobado por vía sistémica por la Agencia Europea del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS) y la FDA (Administración de alimentos y medicamentos) es el activador tisular del plasminógeno (rtPA) por vía intravenosa (IV) a dosis de $0,9\text{ mg}/\text{kg}$ dentro de las 3 primeras horas de evolución del ictus isquémico. Es el primer fármaco que ha demostrado una notable eficacia en el tratamiento de pacientes seleccionados (Herrera, Gállego, Muñoz, Aymerich y Zandio et al., 2008).

Estado de la arteria: oclusión, recanalización, reclusión: Los pacientes con ictus isquémico agudo tienen una oclusión arterial intracraneal, no objetivable por la tomografía computarizada (TC) craneal. Sin embargo, la recanalización de esta arteria en las primeras horas ha demostrado ser un factor predictivo de buen pronóstico en pacientes tratados. Además del tiempo transcurrido hasta la recanalización, el grado y rapidez con que ésta se produce también se han

demostrado predictores de respuesta así, una recanalización completa de aparición súbita es el objetivo de las terapias de reperfusión. Conocer de forma dinámica el estado de la arteria responsable de la clínica permite por tanto predecir la evolución y tomar decisiones terapéuticas (Herrera, Gállego, Muñoz, Aymerich y Zandio et al., 2008).

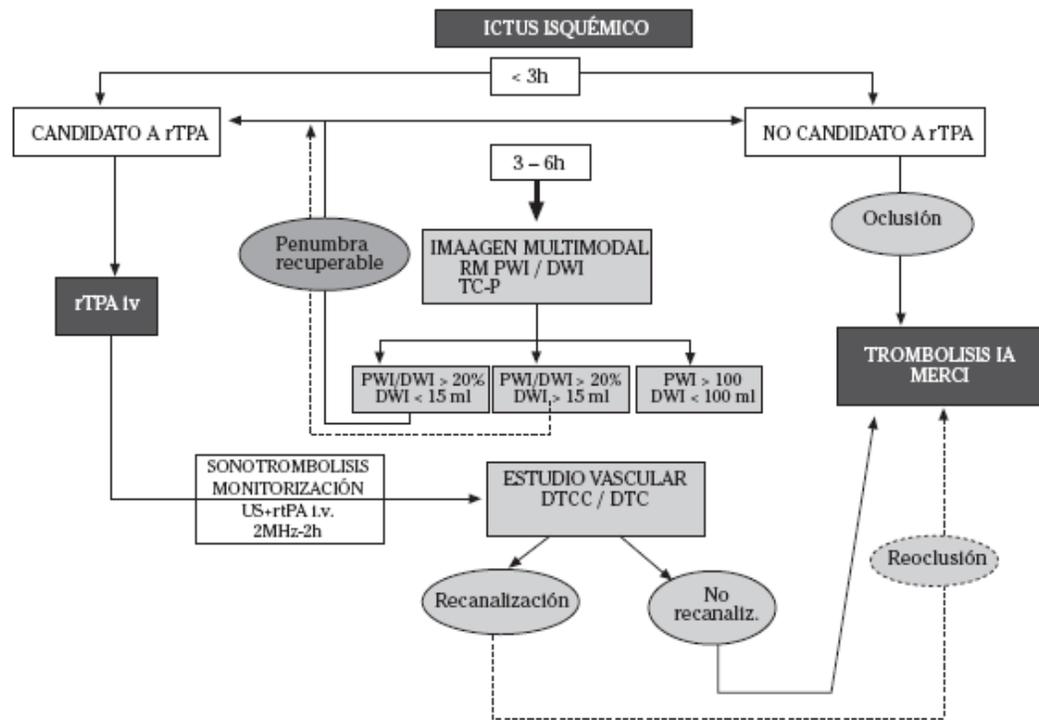


Figura 5. Figura que propone un esquema de tratamiento y árbol de decisión terapéutica. Tomado de (Herrera, Gállego, Muñoz, Aymerich y Zandio et al., 2008).

Criterios de exclusión del uso de rtPA

Contraindicaciones del uso del rTPA iv según la licencia europea. √= criterios coincidentes con guías americanas y canadienses; ♣ = criterios no coincidentes.

- Evidencia actual de hemorragia cerebral o sospecha clínica alta de HSA ✓
- Historia de hemorragia cerebral, subaracnoidea o intracraneal ✓
- Horario de inicio de los síntomas desconocido o más de 3 horas ✓
- Edad <18 ó >80 años ♣
- Déficit menor o mejoría rápida de los síntomas ✓
- Ictus muy grave (NIHSS >25) ♣
- Signos de infarto extenso en la neuroimagen ✓
- TAs > 185mmHg o TAd >105mmHg o cuando se precisen medidas hipotensoras agresivas (más de dos dosis iv de hipotensores) ✓
- Glucemia > 400 mg/dl o < 40 mg/dl ♣
- Tratamiento con anticoagulantes orales o cuando el INR > 1,7 sin el uso previo de anticoagulantes orales ♣
- TTPA alargado si el paciente ha recibido heparina en las 48 horas anteriores, o tratamiento con heparinas de bajo peso molecular a dosis anticoagulantes ✓
- Plaquetas < 100.000/mm³ ✓
- Convulsiones al inicio del ictus ✓
- Ictus o trauma craneal en los tres meses anteriores ✓
- Cirugía mayor en los últimos 3 meses (♣ en los 14 días anteriores)
- Hemorragia sistémica severa actual o reciente (♣ en los 21 días anteriores)
- Punciones arteriales en un lugar no susceptible de compresión (♣ en los siete días anteriores)
- Pericarditis ♣
- Endocarditis bacteriana ♣
- Historia de neoplasia, malformación arterio-venosa, aneurisma cerebral ✓
- Ictus previo en paciente diabético ♣
- Pancreatitis aguda ♣
- Masaje cardíaco reciente ♣
- Varices esofágicas, aneurisma arterial, malformaciones arteriovenosas no cerebrales, neoplasias con riesgo hemorrágico aumentado, insuficiencia hepática ♣
- Parto ✓

Figura 6. Tabla de criterios de exclusión. Tomado de (Herrera, Gállego, Muñoz, Aymerich, & Zandio et al., 2008).

Procedimiento para la colocación intravenosa de rtPA:

- Comprobar criterios de inclusión o exclusión por neuro imagen.
- Ingresar al paciente en una unidad de ictus para monitorizar el tratamiento.
- Mantener la Presión arterial menor de 185/105 mmHg.
- Iniciar el tratamiento precoz de la hiperglucemia. (glicemia mayor de 140 mg/dl).
- Administrar un bolo del 10% de la dosis total del rtPA (0,9 mg/kg, máximo 90 mg). A lo largo de un minuto, infundir la dosis restante a lo largo de 60 minutos por bomba de infusión.

- Valorar la función neurológica cada 15 minutos durante la infusión y cada 30 minutos durante las siguientes 6 horas y luego cada hora hasta cumplir las 24 horas desde el inicio de la infusión.
- En caso de cefalea, hipertensión arterial aguda, náuseas y vomito o disminución del nivel de conciencia, detener la infusión y solicitar una tomografía de cráneo urgente.
- Medir la presión arterial cada 15 minutos durante las primeras dos horas.
- Retrasar la colocación de sondas nasogástricas o urinarias por riesgo de sangrado. (Herrera, Gállego, Muñoz, Aymerich y Zandio et al., 2008).

5.3.7 PREVENCIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA

La enfermedad cerebro vascular está ligada a factores de riesgo que pueden ser modificables y no modificables. Mediante la prevención primaria, secundaria y terciaria el profesional de enfermería junto con un equipo multidisciplinario debe desarrollar medidas que estén encaminadas tanto a prevenir un primer episodio de ECV isquémico, como las recurrencias en aquellos pacientes que ya han sufrido algún episodio y se encuentren en las unidades de cuidado intensivo. El enfermero debe conocer cuáles son los principales factores de riesgo y cuál es la oportunidad de modificación de hábitos y conductas del paciente y su entorno familiar para prevenir posibles complicaciones o reingresos a hospitalarios y poder brindar una atención integral.

A su vez, la relación entre presión arterial e ictus ha sido demostrada en estudios epidemiológicos y en ensayos clínicos, por lo tanto, las modificaciones en los estilos de vida tales como la disminución del consumo de tabaco y alcohol, la reducción del peso, la realización de ejercicio físico moderado, la reducción del consumo de sal y mayor consumo de frutas y verduras, son útiles en la reducción de las cifras de presión arterial (Fuentes, B. et al. 2012). Así mismo, los pacientes con diabetes mellitus tienen una mayor susceptibilidad para el desarrollo de arterioesclerosis y mayor prevalencia de HTA, obesidad y dislipemia, por lo que se la considera un equivalente al riesgo de la enfermedad coronaria y se deben aplicar medidas de prevención secundaria. También se debe tener en cuenta que los niveles altos de colesterol aumentan el riesgo de sufrir un ECV. (Fuentes, B. et al., 2012).

En prevención primaria, las estatinas han demostrado su eficacia en reducir los niveles de colesterol y el riesgo de ictus en varios estudios entre un 27 y un 32%. De igual manera, el consumo de tabaco se asocia con un incremento en el riesgo de todos los subtipos de ictus, especialmente de ictus aterotrombótico en personas jóvenes, además existe una firme evidencia de que el consumo excesivo de alcohol es un factor de riesgo para todos los tipos de ictus (Fuentes, B. et al., 2012).

Por lo tanto, “no puede soslayarse la importancia del dato, pues representa la posibilidad de a través de prevención secundaria reducir la carga de ECV en una comunidad” (Muñoz, 2014). Según varios estudios, se encuentra que “la

adherencia al tratamiento es inferior al 50% y que la no adherencia se relaciona con la falta de información del paciente sobre la hipertensión y sus consecuencias, así como la deficiencia en los programas de seguimiento” (Muñoz, 2014).

Por consiguiente “la prevención secundaria se refiere a la modificación y tratamiento de factores que contribuyen a incrementar la recurrencia. Son de especial importancia el manejo de la HTA, diabetes y dislipidemia. Los antiagregantes plaquetarios constituyen la piedra angular en los ECV por aterosclerosis, en los IL e IC de causa no determinada” (Arauz, 2012).

Por lo cual “es evidente, dada la magnitud del problema, la necesidad no sólo de establecer una adecuada política de prevención, sino de buscar modelos organizativos de asistencia al ictus con los objetivos de disminuir la mortalidad y además reducir sus secuelas. En este sentido, se ha configurado como un claro ejemplo de que la atención urgente, coordinada y multidisciplinar, tanto en la fase aguda como en el proceso de recuperación posterior, puede modificar el pronóstico de los pacientes” (Gallego, 2008).

Por esa razón “es imprescindible reforzar las campañas informativas encaminadas a generar conciencia en la sociedad sobre los factores de riesgo vascular y del conocimiento del ictus y de cómo actuar ante su presentación” (Gallego, 2008).

Para realizar prevención primaria y secundaria “en cualquier sistema de salud, resulta imprescindible desarrollar una cultura médica, tanto en la población

como en el personal de salud que la atiende, sobre las medidas preventivas encaminadas a no adquirir factores de riesgo y controlar o eliminar los ya existentes, en aras de disminuir la aparición de las enfermedades” (Rodríguez et al, 2010)

5.3.8 REHABILITACIÓN

La Sociedad Española de Medicina Física y Rehabilitación elaboró un documento de recomendaciones de buena práctica clínica sobre el modelo asistencial en la rehabilitación (RHB) del ictus basadas en la experiencia clínica y el consenso de los autores y las guías de práctica clínica de referencia. El modelo asistencial tiene como objetivo mejorar la organización en la prevención, atención y RHB de los pacientes que han sufrido un ictus, basadas en la excelencia clínica. El programa rehabilitador del ictus es un proceso complejo que requiere un abordaje multidisciplinario, siendo elementos claves el inicio precoz, la intensidad adecuada, la evaluación periódica y la participación activa de pacientes y cuidadores (Duarte, Alonso, Fernández, Flórez, et al., 2009).

Es así como la RHB (Rehabilitación) del paciente con ictus es un proceso limitado en el tiempo y debe estar orientado por objetivos que tienen como finalidad fundamental tratar y/o compensar los déficits y la discapacidad para conseguir la máxima capacidad funcional posible en cada caso, facilitando la independencia y la reintegración al entorno familiar, social y laboral.

Aunque la evidencia de que el inicio precoz de la RHB mejora el resultado funcional tras el ictus es limitada, está debe iniciarse tan pronto como se haya establecido el diagnóstico y se haya asegurado el control del estado vital. Muchas de las complicaciones inmediatas tras el ictus están relacionadas con la inmovilidad, por lo que se recomienda la movilización precoz tan pronto como la situación clínica del paciente lo permita. Los pacientes que inician el tratamiento rehabilitador durante la primera semana después del ictus tienen menor grado de discapacidad y más calidad de vida a largo plazo que los que la inician más tarde (Duarte, Alonso, Fernández, Flórez, et al., 2009).

Por lo anterior, se reconoce que la RHB de un paciente que ha sufrido un ictus es un proceso continuo, en el que la planificación de objetivos ha de estar coordinada a lo largo de las diferentes fases y los diferentes ámbitos de atención. Después del alta hospitalaria, los pacientes que lo requieren y siguen programas comunitarios de RHB presentan menor riesgo de deterioro funcional y mayor independencia en las actividades de vida diaria que aquellos que no los realizan (Duarte, Alonso, Fernández, Flórez, et al., 2009).

Se ha evidenciado que el mayor grado de recuperación neurológica del déficit tiene lugar en los tres primeros meses y la recuperación funcional en los seis primeros meses, por lo tanto, el proceso de adaptación a la discapacidad y reintegración a la comunidad puede ser más prolongado. Durante los 6 primeros meses tras el ictus, si hay discapacidad, debe mantenerse el tratamiento rehabilitador y prolongarse durante el primer año hasta la estabilización del

proceso, siempre que persistan los objetivos funcionales. Los programas rutinarios de RHB en pacientes de más de un año de evolución no demuestran una eficacia significativa.

El equipo de RHB necesario para atender adecuadamente a pacientes con ictus debe estar formado por un médico especialista en Medicina Física y RHB que coordine un grupo multidisciplinario de profesionales expertos que son fisioterapeuta, enfermero, terapeuta ocupacional, neuropsicología, trabajador social, logopeda y técnico ortoprotésico; todos ellos deben trabajar conjuntamente para conseguir los objetivos previamente marcados. (Duarte, Alonso, Fernández, Flórez, et al., 2009).

5.4 PAPEL DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DE A PACIENTES CON ECV ISQUÉMICO

Se encuentra que “Feigin, & Quot; señala que: La carga del ictus en todo el mundo está creciendo muy rápido y ahora hay una necesidad urgente de diseñar estrategias de prevención, gestión y rehabilitación de la enfermedad cerebrovascular culturalmente aceptables y asequibles para ser desarrollado e implementado en todo el mundo” (Cabrera, 2014, p. 82), donde el profesional de enfermería tiene un importante papel.

De manera que “es importante comprender que el deterioro de las condiciones de salud de un individuo puede llegar a reunir diversos factores hasta

el punto de requerir unos cuidados especializados, como los que se ofrecen en las unidades de cuidado crítico” (Gómez, 2008) en las que enfermería puede ejecutar acciones que generan un impacto positivo en el tratamiento, recuperación y rehabilitación del paciente que sufrió una enfermedad cerebrovascular.

5.4.1 Manejo inicial de la enfermería en la ECV

El manejo de enfermería en los pacientes con ECV isquémico incorpora una variedad de diagnósticos de enfermería, cuyas prioridades están dirigidas hacia la valoración frecuente hemodinámica y neurológica, el monitoreo de las complicaciones y la educación al paciente y la familia. La valoración neurológica, requiere de la permanente observación, del monitoreo continuo de los signos vitales y neurológicos para el reconocimiento temprano del deterioro hemodinámico y neurológico. Cuando un paciente ingresa con un cuadro de sospecha de ECV la enfermera debe valorar los siguientes aspectos:

- **Valoración de la vía aérea, respiración y circulación (ABC).** La prioridad en estos pacientes es asegurar una adecuada ventilación con la consecuente llegada de oxígeno a todos los órganos. La enfermera debe conocer el manejo de la urgencia y el cuidado permanente de la vía aérea. Se debe tener en cuenta que los pacientes con deterioros neurológicos, tienen gran riesgo de desarrollar obstrucción de la vía aérea. La relajación de la lengua y de otros tejidos blandos hipofaríngeo en pacientes sobre

todo en decúbito dorsal, pueden provocar obturación parcial o total de la misma.

- **Reconocer el estado de conciencia.** La enfermera debe reconocer los diferentes estados de conciencia: alerta, letargo, obnubilación, estupor, coma para definir en qué momento debe alertar e informar al médico.
- **Valorar la movilidad de los cuatro miembros.** Esta valoración, permite identificar la presencia de paresias, hemiplejías o cualquier otra alteración de la movilidad.
- **Realizar control estricto de signos vitales.** Frecuencia cardíaca, buscando reconocer arritmias cardíacas muchas veces responsables de los trastornos neurológicos. Tensión arterial (auscultatorio - palpatorio), la hipertensión es un signo común a varias injurias cerebrales, después de un ECV el estado hemodinámico es parte de la respuesta compensatoria. Valorar la respiración (tipos, frecuencia) se debe poner especial interés en valorar el patrón respiratorio y el estado de la vía aérea. Valorar la temperatura, es importante tener presente la triada de bradicardia, hipertensión sistólica y amplia presión de pulso, como signos de deterioro neurológico (Corneto, 2005).
- **Colocación de vía endovenosa periférica.** Se debe seleccionar el miembro superior no afectado e iniciar la hidratación con solución fisiológica de cloruro de sodio.
- **Coordinar la actividad con los servicios de apoyo.** Se debe garantizar la toma de imágenes diagnósticas y laboratorios de manera oportuna.

- **Observar en forma continua al paciente.** Se debe valorar la presencia de clonas, episodios de desorientación, cambios en la coloración de la piel, signos vitales, relajación de esfínteres, para registrar e informar al médico.
- **Conocer y aplicar la escala de Glasgow.** Valorando la respuesta motora, verbal y la apertura de los ojos, ante los estímulos externos.
- **No quitar la ropa si no es necesario.** Se debe garantizar una temperatura adecuada y no llevar al paciente a un estado de hipotermia que le demande mayor consumo de oxígeno.
- **Asegurar el correcto y seguro traslado del paciente a los servicios de apoyo.** Valorar la necesidad de trasladar al paciente a unidades especializadas e inicio de tratamiento trombolítico.

5.4.2 Intervenciones de enfermería a pacientes con ECV

En una revisión documental realizada en 2009 en Brasil, sobre las intervenciones de enfermería efectuadas a pacientes hospitalizados por enfermedad cerebrovascular, se identificó que el mayor número de intervenciones fueron asistenciales, seguidas de intervenciones educativas, gerenciales y de investigación (Calcante et al., 2011).

En el cuidado del paciente con ECV, enfermería ejecuta acciones dentro de las cuales las asistenciales son vitales para la evolución de dichos pacientes. Los cuidados que se brindan en la parte inicial y más aguda del ECV, son las que marcan la pauta en la recuperación y rehabilitación temprana del paciente y que

permiten reconocer precozmente potenciales complicaciones propias de la patología y prevenir complicaciones propias del cuidado.

Dentro del estudio mencionado, se encontraron:

“Intervenciones de enfermería asistenciales:

1. Rehabilitación motora y funcional
2. Administración de medicamentos
3. Monitoreo de las funciones fisiológicas
4. Planificación para la elevación del paciente
5. Cuidado emocional
6. Cuidados para la prevención de complicaciones y traumas
7. Evaluación para el uso de la terapia trombolítica
8. Clasificación en la emergencia
9. Cuidado de la piel
10. Evaluación de elementos clínicos y neurológicos
11. Cuidados relacionados con las actividades de autocuidado
12. Cateterismo urinario
13. Administración de oxígeno nasal
14. Cuidado oral
15. Posicionamiento correcto del paciente en el lecho
16. Cuidados para la prevención de la aspiración
17. Masaje en la espalda

18. Anotar el peso del paciente

19. Documentar el horario de inicio de los síntomas

Intervenciones de enfermería educativas:

1. Educación del paciente y de los familiares sobre el tratamiento
2. Informar las consecuencias de la enfermedad
3. Explicar al paciente sobre los exámenes de imagen
4. Educación para la prevención de la recurrencia de ECV
5. Orientar sobre el hogar en el lecho
6. Educación y entrenamiento del equipo para el cuidado al paciente con ECV.

Intervenciones de enfermería gerenciales:

1. Coordinación del cuidado
2. Organización, evaluación y coordinación del tratamiento que se necesario en el domicilio
3. Transferencia del paciente a otros sectores del hospital” (Calcante et al., 2011).

Durante la estancia hospitalaria, enfermería acompañada de un grupo interdisciplinar, ejecutan intervenciones asistenciales como la rehabilitación motora temprana, que le ayuda al paciente a adquirir habilidades para ejecutar actividades básicas de su vida diaria, lo que le proporciona cierto grado de seguridad. Por otro lado, brindan un soporte emocional, que para el paciente y su familia es de gran importancia para afrontar este cambio en sus estilos de vida, para el que no estaban preparados.

Las intervenciones educativas que enfermería realiza hacia el paciente y su familia, en las que se promueve la comprensión de ellos sobre la patología en curso, sobre las posibilidades de mejorar, sobre las potenciales complicaciones inherentes a la misma patología o derivadas del cuidado, y sobre la manera en que lo pueden ayudar en su rehabilitación; son intervenciones fundamentales en el sujeto del cuidado y su familia, dado el desconocimiento que poseen sobre la situación y sobre el tema, y por ende sobre su actuar frente a él.

“Las experiencias de los cuidadores, para cuidar de pacientes con ECV, en la fase de transición del hospital a casa, revelan la necesidad de entrenamientos importantes para que den cuenta de ese proceso. Las estrategias se pueden dividir en: aspectos que involucra la sociedad, el sistema de cuidado y la persona involucrada en este proceso” (Rodriguez et al., 2013)

No se debe olvidar también, que las intervenciones educativas no solo van encaminadas al paciente, también deben de ir encaminadas al autocuidado del cuidador. “El cuidador principal es la persona adulta, con vínculos de parentesco o cercanía, que asume las responsabilidades de cuidado de un ser querido que vive en situación de enfermedad crónica discapacitante y participa con ella en la toma de decisiones, realizan y supervisan las actividades de la vida diaria en busca de compensar las disfunciones existentes por parte del sujeto de cuidado. Este cuidador en su nuevo rol se ve sometido a un estrés permanente, presenta sentimiento de ansiedad,

temor, frustración, especialmente cuando cumplir este nuevo rol implica cambios en la vida familiar, personal, confinamiento y alejamiento de su vida social. Se ha demostrado que en la medida que el paciente empeora es más dependiente del cuidador principal, por lo cual el cuidador tiene menos oportunidades de salir, participar en reuniones sociales, tener contacto con sus amigos y vecinos” (Prieto et al., 2010).

“La información que la familia posee es producto de la orientación que recibe de manera informal en la consulta ambulatoria o en la de alta de un servicio de hospitalización. Esta información se brinda para satisfacer las necesidades básicas relacionadas con la enfermedad. Por lo general, se desconocen las necesidades de la persona que debe asumir el nuevo rol de cuidador” (Montalvo y Flórez, 2008).

“Gómez et al 1997, hablan de que solo el 3% de los cuidadores informales presentan conocimientos adecuados para el cuidado de este tipo de pacientes. Otros estudios llegan a la misma conclusión, sobre el escaso adiestramiento de los cuidadores para dar respuesta a las necesidades de los pacientes y pone de manifiesto los riesgos que tanto para el cuidador como para el paciente supone esta situación, riesgo que lleva a una alta incidencia de enfermedades físicas, y abandono por cansancio del ROL del

cuidador. Al cuidador informal hay que enseñarle a cuidar de sí mismo” (Moreno et al., 2007).

Según lo anterior, respecto a las intervenciones educativas, se hace evidente la “necesidad de intervenciones de enfermería que promuevan la autonomía, la reinserción familiar y social de los pacientes que han padecido un ECV, además la participación de los familiares en el cuidado y de la necesidad de reforzar y/o iniciar actividades educativas, de modo que se favorezca su bienestar y se facilite todo el proceso de participación informal en los cuidados por parte de los familiares.

Se hace imprescindible, llevar a cabo una intervención educativa para que los cuidadores informales adquieran las capacidades y habilidades necesarias para poder atender a estos pacientes fuera del ámbito hospitalario, es decir en su domicilio (Moreno et al., 2007).

“Todo lo anterior supone un cambio en la práctica de las enfermeras que cuidan a este tipo de pacientes en su fase aguda; significa pasar de un papel centrado en los aspectos físicos de los cuidados a otro de formador, asesor y coordinador que se inicia en el ámbito hospitalario, pero que tiene una continuidad después del alta hospitalaria. Este nuevo enfoque demuestra la necesidad de programas educativos que formen y motiven a las enfermeras y posiblemente la necesidad de disponer del tiempo necesario para asumir este nuevo papel” (Portillo et al., 2002).

Dentro de las intervenciones gerenciales que enfermería ejecuta, están la planificación del cuidado que se brinda al paciente, la coordinación del grupo interdisciplinar que interviene en la rehabilitación del paciente, la gestión de exámenes y ayudas diagnósticas, y la gestión de insumos y terapias que el paciente requiere para su domicilio; todo esto a fin de que sus necesidades y problemas puedan ser identificados oportunamente, para que le puedan proporcionar los recursos y ejecutar acciones que favorezcan la recuperación del paciente, y que muestran unos resultados que evidencian un cuidado con calidad.

Desde la estancia hospitalaria del paciente, se comienza a planificar su egreso de manera que se garantice un cuidado con calidad: planifica actividades que involucran a la familia como eje fundamental para el cuidado en casa, los educa sobre los cuidados domiciliarios, sobre signos de alarma, sobre el tratamiento que deben seguir, y los orienta sobre los aspectos administrativos y técnicos que deben saber una vez estén en el hogar. Esto aumenta la calidad de su cuidado, y con ello, la calidad de vida del paciente, y facilita su recuperación y rehabilitación.

“Además de los cuidados de emergencia y aquellos durante el período de hospitalización, la planificación del alta hospitalaria puede favorecer la mejora de la calidad de la atención, del cuidado y la comunicación entre el hospital y el domicilio, ya que alrededor del 70% de los sobrevivientes del ECV requieren el cuidado de familiares en el domicilio. Entre las actividades de planificación del

alta están: involucrar a familiares y cuidadores en la evaluación de las necesidades después del ECV y en la planificación del tratamiento; alentar familiares y cuidadores para participar en las sesiones de rehabilitación y en la asistencia en las actividades funcionales; seguimiento post-alta, el cual incluye prevención secundaria, rehabilitación, apoyo social y atención domiciliaria; proporcionar educación de los familiares y cuidadores sobre la enfermedad”.(Calcante et al., 2011)

“Este planteamiento supone un cambio en la práctica de las enfermeras que cuidan a este tipo de pacientes en su fase aguda; significa pasar de un papel centrado en los aspectos físicos de los cuidados, a otro de formador, asesor y coordinador que se inicia en el ámbito hospitalario, pero que tiene una continuidad después del alta hospitalaria” (Moreno et al., 2007)

Hay también una intervención investigativa, en la que enfermería se abre nuevos campos en el conocimiento sobre la influencia de los cuidados a los pacientes con ECV, sobre estrategias de intervención en su proceso de rehabilitación, y sobre la eficiencia y eficacia de las acciones que ya se realizan hoy en día para estos pacientes. La tecnología por sí sola no genera un impacto en el manejo inicial, tratamiento y recuperación de estos pacientes, por el contrario, debe de ir de la mano de protocolos y guías de atención basadas en la evidencia., que a su vez influyan en la prevención de complicaciones. “La estructura de cuidados (organización del sistema, plantilla de expertos y

sofisticación tecnológica) no se asociaba con mejores resultados funcionales; mientras que la realización de rehabilitación mediante guías específicas post-ECV mejoraba estos mismos resultados. Esta aparente paradoja puede apoyar la importancia de utilizar evidencia o guías para ayudar a los médicos rehabilitadores a individualizar la rehabilitación de los pacientes con ECV como oposición a una medida única para todos los enfermos” (Mirallas, 2004).

Para finalizar es evidente, dada la magnitud del problema, la necesidad no sólo de establecer una adecuada política de prevención, sino de buscar modelos organizativos de asistencia en ECV con los objetivos de disminuir la mortalidad y además reducir sus secuelas. En este sentido, “se ha configurado como un claro ejemplo de que la atención urgente, coordinada y multidisciplinar, tanto en la fase aguda como en el proceso de recuperación posterior, puede modificar el pronóstico de los pacientes” (Gallego, 2008).

El papel que enfermería ejerce también sobre la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, cobra importancia también sobre la incidencia de la ECV, y es enlazando sus intervenciones asistenciales, educativas, gerenciales y de investigación, que se puede lograr un gran impacto en esta área. “Es imprescindible reforzar las campañas informativas encaminadas a generar conciencia a la sociedad sobre los factores de riesgo vascular y del conocimiento del ECV y de cómo actuar ante su presentación” (Gallego, 2008).

5.4.3 Necesidad de personal de enfermería especializado en manejo a pacientes con ECV

En la actualidad el profesional de enfermería se enfrenta a un mundo de alta tecnología y de alto uso de dispositivos médicos debido a enfermedades incapacitantes, donde debe verse impulsado a mantener un nivel superior de educación que le permita brindar sus cuidados con calidad científica. Como se evidencia en el proyecto de Benítez donde se confirmó que “la enfermera comunitaria especializada en rehabilitación post-ECV aporta un papel especial y fundamental al equipo que refuerza el modelo de trabajo interdisciplinar” (Benítez, 2014).

Así mismo el Protocolo de actuación de Enfermería para pacientes con enfermedad cerebrovascular demuestra “la necesidad de implementar un protocolo de actuación de enfermería basado en la aplicación del proceso de atención de enfermería, para unificar criterios y acordar de forma conjunta el abordaje de diferentes técnicas, terapias y/o problemas de enfermería, basados en la evidencia científica más reciente” (Vives, 2014).

En la actualidad la mayoría de los enfermeros (85%) son licenciados en enfermería como cumplimiento de la estrategia necesaria de los servicios de salud para elevar la atención integral al paciente y a la comunidad, sobre todo en servicios donde se atienden a pacientes con afecciones más complejas” (Vives, 2014).

Para enfermería, tener conocimiento especializado, en este caso, en la atención y el cuidado a pacientes que sufrieron una ECV, es lo que marca la pauta en un cuidado con más calidad y en la elaboración de un plan de cuidados que se trace unas metas más encaminadas a los problemas reales de los pacientes y a las actividades más eficientes y eficaces para solucionarlos. Es importante para enfermería tener conocimiento sobre la fisiopatología, sobre su epidemiología e incidencia, factores de riesgo, signos de alarma, posibles complicaciones derivadas de la misma patología o derivadas del cuidado, y sobre rehabilitación y cuidados post ECV. “Para el personal de enfermería el conocimiento de la clasificación diagnóstica de los ECV reviste importancia, pues esto les permite trazar las acciones encaminadas a la recuperación de los enfermos, tales como la prevención de complicaciones, recuperación y rehabilitación, indicadas en el plan de cuidados con la aplicación del proceso de atención de enfermería al 100 % de los pacientes ingresados” (Ferrer et al., 2002).

Sin duda, el cuidado de un enfermero con más preparación y entrenamiento en la atención a pacientes con ECV, va a ser un cuidado que refleja más calidad en su qué hacer, va a proporcionar mejores resultados en la recuperación y rehabilitación de pacientes, va a contribuir en la prevención o detección temprana de complicaciones, y va a influenciar una mejor preparación del paciente y su familia para el egreso. Sin embargo, un enfermero especializado en la atención a pacientes con ECV, puede cobrar gran importancia en la promoción de la salud y

prevención de la enfermedad, así como lo hace en el manejo y cuidado al paciente con ECV.

La consulta de enfermería, es una acción que cobra importancia en la captación, evaluación integral y asistencia con calidad a pacientes de diversas patologías. En Colombia, sin embargo, es una acción poco explorada y ejecutada, pero que puede ser realmente valiosa en casos como los de ECV. “La institucionalización de la consulta de enfermería es una actividad desarrollada para una mejor asistencia a la salud, que sea apropiada para satisfacer las necesidades de la población. Por lo tanto, su realización se constituye una importante y esencial acción de enfermería en la asistencia prestada, donde el método científico podrá utilizarse para identificar situaciones de salud-enfermedad y prescribir e implementar medidas que contribuyan a la protección, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud del individuo” (Díaz y Duarte, 2011). Valdría la pena profundizar en el ejercicio de esta actividad, y una mayor apropiación de ella, para sacar máximo provecho en pro de los pacientes y sus familias.

5.4.4 Plan de cuidados de enfermería

Dada la complejidad en el manejo, tratamiento y rehabilitación del paciente que ha sufrido de una enfermedad cerebrovascular, es imprescindible que enfermería realice un plan de cuidados, producto de una valoración completa y adecuada, y mediante el cual se puedan identificar los principales problemas, y

sobre los cuáles se realizarán intervenciones específicas que ayudarán a paciente a resolverlos y a su pronta recuperación. Se debe tener en cuenta en esta planificación, al paciente como un ser individual, así mismo como a su familia, que es de vital importancia en este proceso, y se debe ir de la mano del equipo interdisciplinar para lograr las metas planteadas de la mejor manera.

Partiendo de lo anterior, el plan de cuidados debe ir orientado finalmente a la pronta recuperación, rehabilitación y preparación del paciente y su familia, para el cuidado en casa, “corresponde al enfermero de la rehabilitación: el desarrollo de un proceso interactivo y transdisciplinar que favorezca la planificación; aplicación y evaluación de las medidas terapéuticas de enfermería orientadas a la educación y promoción de la salud con enfoque en el autocuidado; proporcionar la participación y la participación activa y sistemática del paciente, familia y personas significativas en relación con los cuidados a desempeñarse en el hogar” (Rangel y Senna, 2008).

Por otro lado, la evaluación por sistemas, especialmente neurológica, que sea completa y adecuada, permite identificar problemas que puedan ser intervenidos de manera eficaz. “La evaluación del déficit motor (paresias y/o disartria), es de suma importancia debido a que es la principal complicación y es también un factor importante en la independencia para la vida... Así mismo la aplicación de escalas clínicas y de calidad vida es la forma inicial de acercarnos a un adecuado enfoque terapéutico en los pacientes con ECV” (Roa, 2011).

Así mismo, “la enfermera podría explicar a la familia los cuidados que se le están realizando, a qué hora y por qué se llevan a cabo y cuáles de ellos deben continuar al alta... la familia espera que la enfermera les informe sobre los signos vitales, el cuidado, el confort y el descanso del paciente, así como el tratamiento y los aspectos concretos de la UCI” (Pardavila, 2012).

Es importante resaltar también que el plan de cuidados de enfermería, debe realizarse al paciente, en el contexto de un humano único y valorado en todas sus esferas como tal, un plan que sea individualizado, ya que “el desenlace funcional de los pacientes que han tenido un evento cerebral isquémico puede estar determinado por factores como la edad, el sexo, los factores de riesgo cardiovasculares, las comorbilidades y la etiología de la enfermedad, entre otros; todos ellos pueden definir la severidad del pronóstico, de ahí que conocerlos puede guiar al equipo de salud para la toma de decisiones terapéuticas y de rehabilitación, y a las familias a tener expectativas realistas para reorganizar la vida familiar y planificar el cuidado del paciente” (Pérez, 2015).

5.4.5 Calidad de vida

“La ECV constituye una gran carga social, sanitaria y económica, pues genera una importante demanda de cuidados integrales y de inversión tanto para el paciente como para su familia en las instituciones de salud; igualmente repercute sobre la calidad de vida del paciente y sus cuidadores, tal y como ocurre con los otros tipos de enfermedades crónicas y tratamientos” (Henaó et al., 2009).

Referente a la calidad de vida de los pacientes después de sufrir un ECV se encuentra que “diferentes autores señalan que las deficiencias físicas y sensoriales, cambios posturales y ocupacionales conducen a la debilidad en las actividades motoras, también promover cambios en la función sexual. En la mayoría de los casos, la ECV causa cambios en la capacidad funcional y que la permanencia de secuelas después del ECV impone limitaciones a los pacientes, pudiendo alterar la dinámica de vida de estos individuos en diversas situaciones, entre ellas en la dependencia de terceros, movilidad y en las actividades sexuales y de vida diaria” (Pereira, 2017).

Por lo anterior, se hace necesario que el paciente inicie un proceso de rehabilitación que lo lleve a mejorar su calidad de vida. Su familia, debe comprender dicha situación, entender la severidad de las secuelas con que el paciente pudo quedar, y las implicaciones que esto conlleva, en cuanto a la modificación de sus estilos de vida, reorganización de roles en el hogar, asignación de responsabilidades para el cuidado del paciente y complicaciones que se pueden presentar derivadas del cuidado. “Como la recuperación del paciente está directamente relacionada con el inicio de un programa de rehabilitación y atención temprana para prevenir secuelas, la enfermera debe estar preparada para orientar sobre la atención y alentar a los propios pacientes y familiares a darse cuenta de ello como debieran” (Paixão y Silva, 2009).

Además, las restricciones del día a día llevan a la familia a responsabilizarse por la prestación de cuidados en la salud y la enfermedad de sus seres queridos. “Es en la familia que se aprende el autocuidado, se adquieren comportamientos de bienestar, se prestan cuidados a diferentes miembros a lo largo de su desarrollo y durante las diferentes transiciones del ciclo vital” (Reis, 2017). Entonces si bien, en el hospital se inicia el proceso de recuperación y rehabilitación del paciente, también se inician una serie de ajustes que involucran la familia, como eje fundamental para el cuidado en casa, y todo esto en busca de una mejor calidad de vida. Cabe resaltar que “el ajuste a la discapacidad física después de un accidente cerebrovascular es un proceso de colaboración entre el paciente, la familia y los profesionales de la salud. Esa colaboración no se limita al ambiente del hospital y debe continuar durante todo el curso de la enfermedad” (Paixão y Silva et al., 2009).

“La ECV tiene gran capacidad de generar déficit en el funcionamiento físico, sensorial y cognitivo, con impacto en el día a día y en el desempeño del individuo, en lo que se refiere a las actividades de la vida diaria.” (Reis, 2017) por lo que “las consecuencias y sentimientos de angustia afecta directamente a la atención proporcionada a ser, y por último, la oferta de un mayor esfuerzo a la calidad de vida del paciente. Los cuidadores deben presentarse dotados del sentimiento de cuidar, pues, de esa forma, es posible brindar el cuidado, siguiendo el modelo holístico de cuidado, bastante defendido por la enfermería actual, que lleve al sujeto a la mayor autonomía e independencia” (Reis, 2017).

6. METODOLOGÍA

La realización de este protocolo, va orientada a ser la primera fase del desarrollo de la monografía, la cual está definida como una descripción, narración o exposición explicativa sobre una determinada parte de la ciencia o sobre un asunto en particular; es entonces un trabajo escrito basado en el estudio minucioso de un tema específico (Ander-Egg, 2008).

Para este caso, se busca profundizar sobre las necesidades de cuidado del paciente con enfermedad cerebro vascular isquémico y el rol que desempeña en el profesional de enfermería en el proceso de salud enfermedad de estos pacientes y sus familias. El desarrollo de este trabajo está orientado bajo un enfoque hermenéutico entendido como la ciencia de la interpretación y como el elemento estructurador del proceso de construcción del estado del arte.

Consuelo Hoyos, reconocida investigadora y filósofa colombiana, plantea cinco fases para el desarrollo del estado del arte, la Fase I. Preparatoria, Fase II. Descriptiva, Fase III. Interpretativa por núcleo temático, Fase IV. Construcción teórica global, Fase V. Extensión y publicación, estas fases serán llevadas a cabo en su totalidad para el desarrollo de esta monografía (Hoyos, 2008).

Fase I preparatoria: En esta fase inicialmente, se planteó el tema de cuidados de enfermería al paciente crónico en unidades de cuidado crítico, al realizar una revisión bibliográfica, se observó la necesidad de delimitar el tema, ya que este

comprendía un campo bastante amplio y era necesario tener claros los principios que se tienen en cuenta al realizar un estado del arte como la finalidad y la coherencia con los objetivos que se querían plantear, así como los límites de la investigación en cuanto al tiempo y material investigado. Es así como se definió realizar una revisión bibliográfica para dar cuenta del rol que cumple el profesional de enfermería en el cuidado de pacientes con enfermedad cerebro vascular isquémico en unidades de cuidado crítico bajo el modelo de valoración diseñado por Marjory Gordon y sus once patrones funcionales.

La elección del tema se definió basado en la población que se quería estudiar, además de las necesidades de cuidado de estos pacientes y a los objetivos que se querían alcanzar.

Fase II descriptiva: Inicialmente, se realizó una revisión bibliográfica en la biblioteca de la facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia, que buscaba dar cuenta de los estudios monográficos realizados sobre pacientes con enfermedad cerebro vascular isquémico con el fin de trascender en ese conocimiento y no investigar sobre un tema que ya hubiese sido investigado. Se definió que la búsqueda bibliográfica se llevaría a cabo por unidades de análisis ubicadas en libros, artículos de revistas científicas indexadas, monografías y tesis de grados, encontradas en medios físicos y en bases de datos que brinden información sobre la definición de Enfermedad Cerebro Vascular Isquémico, las secuelas en el paciente con ECV, los cuidados de enfermería a pacientes con ECV, las unidades de cuidado crítico y pacientes con ECV.

Para llevar a cabo la revisión de documentos electrónicos, las principales bases de datos que se consultaron fueron: LILACS, ELSEVIER, PUBMED, SCIELO, DIALNET, CLINICAL KEY, además de Google académico. Los documentos que se seleccionaron y fueron tenidos en cuenta son los publicados desde el año 2005 hasta el año 2017, en los idiomas de inglés, español y portugués. Esta delimitación se hizo con el fin de tener acceso a material actualizado y amplio. A su vez, el gestor bibliográfico que se empleó fue la herramienta Mendeley. La búsqueda bibliográfica se filtró por medio de los siguientes términos MESH: Isquemia cerebral, hipoxia encefálica, infarto encefálico, ataque isquémico, Brain ischemia, Nursing care, intensive care, Patrones funcionales, Marjory Gordon, critical care, fisiopatología, enfermedad cerebro vascular, discapacidad y se emplearon los operadores booleanos OR, AND, NOT.

La búsqueda de documentos físicos, se realizó en el sistema de bibliotecas de la Universidad de Antioquia por medio del OPAC y en la biblioteca del Hospital Pablo Tobón Uribe. Los estudios revisados se filtraron a partir del título y posteriormente se realizó una lectura crítica de la totalidad del artículo para definir su pertinencia y el vínculo teórico dentro del desarrollo de la monografía. A partir de allí se diseñaron las fichas bibliográficas, las cuales permiten la ubicación rápida de los diferentes temas y el almacenamiento más organizado y detallado de cada artículo, las fichas contienen el título del artículo, los autores, su referencia

bibliográfica en normas APA, palabras claves, base de datos, resumen y conclusiones, lo que facilita el almacenamiento e interpretación de la información.

La matriz de vaciado que se definió emplear son cuadros en Word, mediante la realización de las fichas bibliográficas.

Fase III. Interpretativa por núcleo temático: Esta fase se pretendía que mediante la revisión bibliográfica realizada se pudiera hacer una contextualización del paciente con ECV isquémico en las unidades de cuidado crítico (UCI). Así mismo, que mediante la evidencia científica se pudiera identificar cual es el rol del profesional de Enfermería en la atención de estos pacientes y las necesidades de cuidado durante la atención inmediata de su patología, en la fase de rehabilitación y en su posterior egreso hospitalario. A su vez, las necesidades de cuidado identificadas fueron analizadas mediante el modelo de valoración de Marjory Gordon y sus once patrones funcionales, esto con el fin de desarrollar un protocolo de atención del paciente con ECV isquémico en la UCI donde se definan las intervenciones que serán desarrolladas por el personal de enfermería con el paciente y su familia.

Fase IV. Construcción teórica global: En esta fase se contextualizó el concepto de anatomía vascular cerebral, el concepto fisiológico de ECV isquémico, su clasificación y sus características patológicas. Además, se identificó cuáles son las secuelas y complicaciones que sufren estos pacientes, así como el tratamiento y las intervenciones necesarias mediante el modelo de valoración de Marjory

Gordon por parte del profesional de enfermería en la UCI y la integración de las Taxonomías de diagnósticos, intervenciones y resultados NANDA, NIC y NOC en la elaboración de los planes de cuidado.

Fase V. Extensión y publicación: Con el fin de contribuir en el desarrollo y crecimiento disciplinar de la profesión de enfermería, el producto final de esta monografía se dará a conocer de manera verbal a la comunidad académica de la facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia quien está brindando el acompañamiento para llevarla a cabo. Se plantea, además, la presentación verbal y escrita a las directivas del Hospital Pablo Tobón Uribe y el personal médico y de enfermería de las unidades de cuidado crítico, para que los resultados de esta monografía puedan ser tenidos en cuenta para la implementación de guías y protocolos que orienten el cuidado del paciente con ECV isquémico en la UCI. Finalmente, se dejará una copia del material monográfico en la Biblioteca de la facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia con el fin de que toda la comunidad académica tenga libre acceso a ella y pueda servir de guía en el desarrollo de nuevas revisiones bibliográficas e investigaciones.

7. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

El objeto de la profesión de enfermería es el cuidado y para esto cuenta con una base de conocimientos adquiridos con evidencia científica que le permite dar soporte a su quehacer diario. El enfermero es un ser humano que desde su formación crece día a día con valores y principios que permiten el fortalecimiento profesional y la atención con calidad, permitiéndole ejecutar un plan de cuidado óptimo según la particularidad de cada paciente.

Enfermería, es una disciplina que busca consolidar un cuerpo de conocimientos relacionado con el estudio de la salud humana. El punto de partida ha sido la identificación de los cuatro conceptos centrales: Salud, Persona, Ambiente y Cuidado, los cuales describen el campo de indagación. A partir de estos cuatro conceptos, con todos o alguno de ellos, se describen las proposiciones generales y sus relaciones tratando de explicar cual es el aporte de enfermería en esa relación (Vega, 2017). En efecto enfermería busca integrar al ser humano con todo lo que lo rodea, siempre se basa en el cuidado del otro partiendo de que es un ser integral, busca enriquecer su conocimiento en pro del cuidado a la persona.

El cuerpo de conocimientos que ofrece un fundamento razonado para el quehacer de enfermería, tiene patrones, formas y estructura que enmarcan los horizontes de sus expectativas y representan maneras propias de pensar a cerca de los fenómenos de su interés: El cuidado y la salud (Vega et al., 2017). Al

respecto se encuentra que enfermería cuenta con varios modelos, teorías y conceptos que guían su quehacer, es importante reconocer que, aunque se pueden retomar estos para un objetivo específico como es el cuidado del paciente con enfermedad cerebrovascular isquémica en unidades de cuidado intensivo, no se encuentra bibliografía respecto al tema que relacione un modelo o teoría de enfermería orientado al cuidado del paciente con esta enfermedad.

Así mismo, se evidencia la capacidad del profesional de enfermería para interactuar no solo con el paciente si no con todo su entorno, se convierte en una figura de confianza y enlace para el paciente y su familia con todo el equipo interdisciplinario quien brinda su atención.

En lo que respecta a las unidades de cuidados intensivos, también conocidos como cuidados críticos, es una especialidad multidisciplinaria e interprofesional dedicada al manejo integral de pacientes que tienen o están en riesgo de desarrollar una disfunción aguda de órganos que pone en peligro la vida. La terapia intensiva usa una variedad de tecnologías que brindan soporte a los sistemas de órganos defectuosos, particularmente los pulmones, el sistema cardiovascular y los riñones (Marshall et al., 2017). A saber, se encuentra que las unidades de cuidado intensivo son reconocidas como unidades de alta complejidad, debido a que cuentan con un equipo humano cualificado y tecnología de punta para la atención del paciente críticamente enfermo.

Igualmente, en estas unidades el profesional de enfermería juega un papel importante y primordial en la atención del paciente y su familia, es la persona ideal para liderar y pautar todo lo relacionado con el proceso de recuperación de estos pacientes, y es el llamado a interrelacionar al resto del equipo de trabajo en busca del bienestar del paciente.

La atención intensiva no es solo una especialidad clínica, sino un sistema de atención brindado por un equipo interprofesional calificado que incluye médicos, enfermeras, terapeutas respiratorios, fisioterapeutas, farmacéuticos, microbiólogos, trabajadores sociales, especialistas en ética, cuidados espirituales y muchos otros (Marshall et al., 2017).

En el medio se encuentran varias instituciones que cuentan con la atención al paciente críticamente enfermo, dotación de última tecnología y personal cualificado para brindar un cuidado con calidad. No obstante, se evidencia la falta de unidades especializadas en ICTUS, que garanticen una atención más específica para el paciente con enfermedad cerebrovascular.

Se debe agregar que las unidades especializadas en ICTUS, cuentan con personal idóneo, entrenado y reentrenado para la atención de pacientes con enfermedad cerebrovascular, que permiten un cuidado particular para estos pacientes, logrando disminuir su morbimortalidad y por ende mejorando su calidad de vida. Así mismo, logran un beneficio para el paciente y su familia garantizando

un diagnóstico y tratamiento precoz, y de igual manera un enfoque más oportuno desde la prevención y posterior rehabilitación.

Es así, como cada vez mas se reconoce la importancia de la implementación de unidades especializadas en cuidados neurológicos para pacientes de alta complejidad, pues se debe tener en cuenta que el ictus constituye una de las primeras causas de muerte y de discapacidad en el adulto mayor; así mismo genera altos costos para el sistema de salud y gran alteración en el rol familiar y social. A su vez, conocer y comprender el concepto del paciente que sufre un accidente cerebro vascular isquémico desde una mirada holística, constituye un pilar fundamental para que el profesional de enfermería pueda diseñar un plan de cuidados que sea adaptado a las necesidades individuales del paciente y que pueda ser eje transversal para el acompañamiento del paciente y su familia durante la atención inicial, tratamiento y rehabilitación.

Es importante comprender que el papel de enfermería no debe estar limitado sólo a la fase aguda de la enfermedad, sino que debe tener continuidad tras el alta hospitalaria para que se pueda garantizar una atención integral, sin dejar de lado, que el abordaje en la fase aguda es la piedra angular en el pronóstico y rehabilitación.

A su vez, es un imperativo que las actividades de enfermería deben estar sustentadas en el proceso de atención de enfermería (PAE), el cual constituye un método sistemático, dinámico y planificado que permite guiar de manera más

objetiva los cuidados del paciente con ECV isquémico. (Berman, Dnyder, Kozier, 2008) De esta manera, el plan de cuidados debe estar encaminado a identificar las necesidades reales y potenciales del paciente y su objetivo principal debe ser el de disminuir las complicaciones, la estancia hospitalaria y ayudar en la rehabilitación temprana de los pacientes desde las unidades especializadas.

Sin embargo, el profesional de enfermería y el equipo interdisciplinario no puede cuidar de estos pacientes si no se estandarizan los cuidados y se adoptan las guías de manejo en las instituciones. Para ello se requiere establecer protocolos y escalas de valoración que sean difundidos al personal que realiza el cuidado directo de los pacientes y que sea evaluada la adherencia a las mismas de manera periódica.

En la revisión bibliográfica se documentó que se necesita una mayor capacitación y entrenamiento para un cuidado estandarizado y con calidad y que sin lugar a duda, el profesional de enfermería requiere desarrollar capacidades técnicas e intelectuales para la implementación del PAE en el paciente neurológico a la luz de un modelo teórico de enfermería, más aún si se tiene en cuenta que la valoración de estos pacientes es el primer punto en el proceso de atención de enfermería y que a su vez, constituye la base para el diagnóstico que permita llevar al paciente de la dependencia hacia la independencia en la realización de las actividades de la vida diaria. Las guías de manejo de ECV isquémico deben incluir en el proceso de rehabilitación un enfoque de prevención secundaria y

terciaria, con el fin de disminuir la incidencia de factores de riesgo identificados en los pacientes y que puedan representar un reingreso hospitalario.

El equipo de trabajo de la presente monografía evidenció durante la revisión bibliográfica que la ECV isquémica tiene su origen en los hábitos y estilos de vida no saludables, es por ello, que la prevención y la promoción de la salud debe estar basada en teorías y modelos de enfermería que aporten en la solución de este problema de salud pública. Así pues, se identificó que los factores de riesgo modificables son conductas de las personas que aumentan la probabilidad de sufrir la enfermedad.

Dentro de la revisión bibliográfica, se encontraron como los principales factores de riesgo para padecer la enfermedad factores no modificables como son: la edad avanzada, pertenecer al género masculino, la herencia y la raza. A su vez, dentro de los factores de riesgo modificables se encontraron la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, las dislipidemias, las enfermedades cardíacas, la obesidad, el hábito de fumar y el alcoholismo como las principales causas del ECV isquémico (Vargas, Miranda, Fernández, Jiménez y Clemente, 2016).

De acuerdo a lo anterior, cobra mayor importancia la prevención y promoción de la salud a través de la modificación de hábitos y estilos de vida poco saludables para el control de los factores de riesgo y así lograr la disminución de la progresión de la enfermedad y los reingresos hospitalarios. Esta monografía

sirve para resaltar la importancia de la educación para la salud dentro de la atención especializada de las unidades de cuidado intensivo.

La OMS indica que las actividades de información y educación para la Salud deben encaminarse a aumentar la capacidad de los individuos y comunidad para participar en la acción sanitaria y de la auto responsabilidad en materia de salud y a fomentar un comportamiento saludable.

Por lo tanto, dentro del equipo de salud, la labor del enfermero es ayudar a la persona a adoptar una actitud responsable en su auto cuidado, con el fin de ayudar al paciente a conseguir la mayor independencia en la realización de las actividades de la vida diaria, proporcionándole soporte emocional y educando a la familia para que desarrolle las habilidades necesarias para afrontar la nueva situación de salud.

De este modo, se hace necesario que los enfermeros empiecen a comprender y a emplear teorías de enfermería y a generar investigaciones sobre la promoción de la salud. Uno de los modelos teóricos que se podrían empezar a implementar es el de Nola Pender, el cual permite comprender los comportamientos humanos relacionados con la salud y a su vez, orienta hacia la generación de conductas saludables (Aristizabal, H et al., 2012).

Igualmente, durante la revisión se mencionan varios modelos y teorías de enfermería, de los cuales se rescata el modelo de patrones funcionales de Marjory Gordon, que aplicado a los pacientes con enfermedad cerebro vascular isquémica

permiten una valoración integral e identificación de necesidades específicas de cada paciente durante su estancia hospitalaria, y a su vez es un modelo que puede ser adaptado en la implementación de la consulta de enfermería en la etapa de rehabilitación.

Gran parte de la bibliografía consultada considera que el enfermero es quien gestiona e integra de manera coordinada la atención del paciente con ECV isquémico, es decir que es eje central dentro de la atención. Por lo tanto, debe conocer que la isquemia cerebral es un proceso dinámico que requiere actuar de manera inmediata, y que se requiere de entrenamiento especializado sobre su atención, teniendo en cuenta que el tiempo disminuye la eficacia del tratamiento y que si se brinda un tratamiento en fases precoces se reducen las lesiones cerebrales, la discapacidad y la muerte.

Por lo anterior, se necesita la creación e implementación de guías y protocolos asistenciales para la atención del ICTUS en las unidades de cuidado intensivo y a su vez, la conformación de un equipo multidisciplinario para la atención urgente y coordinada en la fase aguda de la enfermedad, ya que se ha demostrado que se puede modificar de manera positiva el pronóstico de los pacientes.

En cuanto al tratamiento farmacológico, la revisión bibliográfica recomienda que este debe realizarse siempre de manera precoz con el fin de intervenir en el desarrollo de la cascada

isquémica y en la recurrencia del ECV isquémico. Así mismo, el tratamiento trombolítico aprobado en la actualidad es el activador tisular del plasminógeno (rtPA) por vía intravenosa y se ha demostrado su seguridad y eficacia dentro de las tres primeras horas de evolución del ictus isquémico (Herrera, Gállego, Muñoz, Aymerich y Zandio, 2008).

Sin embargo, se ha evidenciado, que el personal de enfermería no se encuentra capacitado para la administración y manejo de estas terapias y que es imprescindible el reconocimiento de los síntomas, la valoración neurológica completa y la mirada integral del paciente como principal sujeto de cuidado. Se debe tener en cuenta, que una adecuada comunicación entre los distintos profesionales, la planeación de un cuidado individualizado y la continuidad del mismo son eje fundamental para brindar un cuidado de calidad.

De este modo, resulta de fundamental importancia el papel que ejerce el cuidado de enfermería dentro del proceso de atención a pacientes con ECV, ya que involucra actividades que guían su tratamiento y rehabilitación hacia unas metas que buscan tanto minimizar las complicaciones generadas por la patología, como también proporcionar y orientar la mejor adaptación posible a este nuevo proceso salud-enfermedad, involucrando tanto al paciente como a su familia y cuidadores principales.

En la revisión bibliográfica, se encontró que enfermería realiza acciones en el manejo inicial del paciente con ECV encaminadas a valoración hemodinámica y neurológica, así como a la observación y seguimiento a su evolución en las primeras horas, con lo que se busca orientar un diagnóstico clínico oportuno y así mismo, la detección temprana de posibles complicaciones.

Sin embargo, se encontró también, que las intervenciones que enfermería realiza, van más allá de la valoración y las acciones propias de la atención inicial o de urgencia. Intervenciones en el campo asistencial, educativo, gerencial y de investigación (Calcante et al, 2011). Son intervenciones que se complementan y buscan en el paciente un tratamiento rápido y oportuno, una detección temprana de complicaciones, así como también una mejor adaptación del paciente y su familia, mediante un acompañamiento, seguimiento y asesoría, y por ende una rehabilitación más exitosa.

En este aspecto, enfermería va más allá de elaborar tareas y ejercer acciones básicas del día a día en el que se busca ayudar a satisfacer las necesidades básicas y fisiológicas del paciente; busca también ver el paciente como un ser integral, involucrar a su familia y cuidadores en el proceso de rehabilitación de una manera más interactiva y dinámica, educarlos, acompañarlos y prepararlos para el cuidado en el domicilio posterior al alta hospitalaria, como también, ayudarlos y orientarlos en la gestión y trámites que se requieren para ello. Para este fin, enfermería se apoya de un grupo interdisciplinario, y vela por la valoración y orientación integral a estos pacientes y

sus familias. Por esta razón el papel que enfermería juega en este proceso es trascendental para que la rehabilitación y adaptación de estos pacientes, sea efectiva.

Partiendo de la importancia que cobran estas intervenciones de enfermería, se hace evidente la necesidad de personal capacitado y entrenado, con conocimiento especializado y con rigor científico en el proceso de atención, manejo y rehabilitación de pacientes con ECV. Este conocimiento permite realizar una valoración adecuada y oportuna, y a su vez, ejecutar un plan de cuidados específico para estos pacientes, y lograr metas concretas con ellos en pro de su recuperación garantizando así un cuidado con mayor calidad y mejores resultados (Ferrer et al., 2002). Así mismo, un enfermero entrenado y capacitado, puede generar un impacto positivo en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, en la captación de pacientes con mayores factores de riesgo, buscando así la modificación de estos por medio de la educación, y reducción de las tasas de morbilidad y, por ende, mortalidad por ECV.

Como ya se había mencionado anteriormente, una acción que cobra importancia en este aspecto, es la consulta de enfermería, que se encontró en la revisión bibliográfica como una actividad bastante útil para identificar pacientes de alto riesgo, captar pacientes en este proceso de salud enfermedad, y poder implementar medidas que contribuyan a la protección, promoción, recuperación y rehabilitación de estos (Díaz y Duarte, 2011).

Sin embargo, a pesar de la importancia que se le otorga en la revisión bibliográfica a esta actividad, en Colombia es una acción poco explorada, poco ejercida y por ende subvalorada. Es una herramienta, que requiere mayor empoderamiento por el personal de enfermería, en pro de los pacientes y en donde el enfermero puede explotar también sus conocimientos y destrezas en la captación de estos pacientes, y generar así un impacto positivo en la disminución de la morbilidad por esta patología, y en el acompañamiento y orientación a los pacientes que ya la padecen.

El cuidado de enfermería, en el contexto del paciente con ECV, siempre debe ir dirigido con miras a hacer lo mejor posible para mejorar la calidad de vida del paciente y su familia (Paixão y Silva, 2009). Por ello sus intervenciones directas y a su vez, la coordinación de un grupo interdisciplinario, deben ir encaminadas a lograr que el paciente y su familia o cuidadores principales, entiendan el comportamiento de la patología en curso y la manera en que ésta puede repercutir en la calidad de vida, en su dinámica individual y familiar. Se deben acompañar y orientar en la modificación de sus estilos de vida, en la adquisición de nuevos roles, nuevos comportamientos y nuevas actividades, dentro de su dinámica familiar en pro del paciente que padece de un ECV, y que por ello padece deficiencias físicas, sensoriales y cognitivas que de una u otra manera alteran su calidad de vida. Es por esto que, dentro del plan de cuidados de enfermería, debe contemplarse también el preparar al paciente y su familia, brindándoles conocimientos y bases, para que posteriormente en el domicilio y

durante su rehabilitación, puedan ir adquiriendo nuevamente un grado de independencia y autonomía, que les permita también una mejor calidad de vida (Reis, 2017).

Partiendo de todo lo anterior, salen a relucir diferentes necesidades en el proceso de atención al paciente con ECV, en aspectos claves para fortalecer su atención, manejo y rehabilitación, y a su vez, son aspectos en los que enfermería puede hacer frente, liderar y así, poder enriquecer la disciplina en su arte del cuidado.

Si bien se habló anteriormente de la consulta de enfermería como una herramienta bastante útil en la atención y seguimiento a estos pacientes, también se evidenció su poca ejecución. Por ello partiendo de la revisión bibliográfica, se plantea en esta monografía la implementación y ejecución de la misma, tanto en pacientes con factores de riesgo potenciales como en pacientes en los que se identifica dicha patología en su fase aguda.

La consulta de enfermería es una de las estrategias de las que se puede valer enfermería para valorar, diagnosticar, tomar decisiones, y ejecutar acciones en pro de los pacientes, pero que también brinden a los cuidadores, las herramientas necesarias para cuidar. (Sotto et al., 2013)

En los pacientes con factores de riesgo, la estrategia serviría como una forma de prevención primaria, mediante la educación sobre conductas saludables, control de patologías de base, identificación temprana de signos de alarma o de

primeros signos de aparición de ECV, y ello contribuiría a disminuir las tasas de morbilidad por ECV.

Por otro lado, en los pacientes que acaban de sufrir esta patología, la consulta de enfermería permitiría una valoración integral e individualizada, tanto del paciente como de su familia y su entorno, identificar sus necesidades principales de acuerdo a su estado, y así el profesional de enfermería puede diseñar un plan de cuidados acorde a lo encontrado y que realmente impacte en los problemas reales y potenciales del paciente, y que de allí se deriven intervenciones propias del cuidado directo al paciente, intervenciones de apoyo y asesoría al paciente y su familia en temas administrativos en los que enfermería puede hacer una buena gestión, intervenciones de educación y preparación para el cuidado en el hogar, y finalmente, realizar un seguimiento y apoyo a los pacientes y sus familias posteriormente al alta.

Para la utilización de esta herramienta y partiendo también de lo encontrado en la construcción del estado del arte, se propone también la utilización de un modelo de enfermería, que permita la valoración de paciente y sus necesidades de manera completa, partiendo de unas bases conceptuales y con fundamentación científica. En la presente monografía se plantea la utilización del modelo de enfermería de Marjory Gordon y sus 11 patrones funcionales, y es por eso que se propone la utilización de este mismo modelo en la realización de la consulta de enfermería, que le de validez científica y técnica a esta herramienta,

justificando sus intervenciones, y así contribuyendo en el desarrollo y avance de la disciplina.

Así mismo, el profesional de enfermería es llamado a hacer uso de un lenguaje propio en medio de su práctica, que incluye las etiquetas diagnósticas *NANDA*, los criterios de resultados *NOC* y las intervenciones *NIC*, las cuales permiten evidenciar y resaltar la importancia de las actividades e intervenciones que el profesional de enfermería ejecuta.

Por consiguiente, el profesional de enfermería evidencia la necesidad de implementar un plan de cuidados, como es el caso específico para el paciente con ECV isquémico; se podría apoyar en el modelo de valoración de Marjory Gordon, que por su enfoque funcional permite ser aplicada en el paciente neurocrítico. Por medio de sus 11 patrones funcionales permite la identificación de problemas reales en el paciente y así mismo la intervención oportuna para el cumplimiento de un objetivo específico. (Álvarez, Arévalo, Fernández y Muñoz, 2010)

Del mismo modo, el profesional de enfermería por su capacidad de liderazgo y su amplio conocimiento en el cuidado del paciente, es llamado a liderar un equipo multidisciplinario que permita la atención integral del paciente con ECV isquémico.

Esto significará conformar equipos profesionales que incluyan médicos neurólogos dedicados y capacitados, enfermeras, kinesiólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionales y psicólogos. El trabajo de este equipo multiprofesional

debe proveer un ambiente en el cual las actitudes, tratamientos e intervenciones eficaces, sean administradas a todos los pacientes susceptibles de beneficiarse con ellas. (Lavados, Pablo, Hoppe y Arnold, 2005).

El seguimiento al paciente y a su familia, posteriormente al alta, se hacen también cruciales para que su rehabilitación sea exitosa. Y este es otro vacío que se evidenció en la revisión documental. Es importante liderar estrategias que permitan seguir en contacto con estos pacientes, realizar llamadas pos-egreso, grupos de encuentro de pacientes y sus cuidadores principales, brindar la disposición y disponibilidad hacia ellos, para que este proceso de rehabilitación y cuidado en el hogar continúe de la manera más adecuada, y que el paciente y su familia, se sientan guiados, acompañados, asesorados, capacitados, educados y entrenados lo mejor posible, para hacer frente a este nuevo estilo de vida.

Para finalizar, en la revisión documental, no se encontró buena producción científica por el profesional de enfermería dentro del área investigada en esta revisión, y esta escasa producción es aún menor en nuestro país. Por ello se hace necesario un empoderamiento en la realización del plan de cuidados de enfermería, que además de ser apoyado en un modelo teórico, pueda constituir un insumo para generar investigación y que aporte al crecimiento de la disciplina y a su validez, y que evidencie el papel fundamental que desarrolla en el manejo de estos pacientes, que, por el contrario, sí es resaltado por profesionales de otras disciplinas.

8. CONCLUSIONES

- Indiscutiblemente, el profesional de enfermería es quien logra articular a todo un equipo interdisciplinario en pro de la mejor atención al paciente, partiendo de la integración de sus conocimientos para la elaboración de un plan de cuidados dependiente de las necesidades detectadas en la valoración de cada paciente.
- Las unidades de cuidados intensivos, al igual que otros servicios de hospitalización deben especializarse, es evidente la necesidad de una unidad especializada en ICTUS para garantizar la atención particular del paciente con enfermedad cerebrovascular, además debido a su alta discapacidad se convierte en una prioridad para la comunidad, que podría verse reflejado en costo-beneficio.
- El ECV isquémico constituye un problema de salud pública de gran magnitud, siendo una de las primeras causas de mortalidad y de discapacidad que ocasiona un gran impacto personal, familiar, social y laboral. Se hace necesario un abordaje desde enfermería en la prevención secundaria y terciaria, donde se implementen modelos teóricos como el de Nola pender y se dé un abordaje multidisciplinario a la educación en salud

desde las unidades especializadas dirigido especialmente al paciente, familiares y cuidadores.

- Se requiere la implementación de modelos teóricos de enfermería tanto en la fase aguda de la atención del paciente con ECV isquémico, como en su proceso de rehabilitación, a su vez, un elemento clave que es necesario potenciar es el desarrollo de la atención domiciliaria, ya que el domicilio es el lugar donde los pacientes y sus familias pueden mantener el control de su cuidado.
- Si bien se ha resaltado la importancia del papel del enfermero durante todo el proceso de atención del paciente con ECV isquémico, también es fundamental documentar los cuidados que se brindan, implementar un lenguaje enfermero, para garantizar cuidados de calidad, ya que un plan de cuidados escrito es una herramienta de comunicación que facilita la coordinación entre los profesionales y evidencia la labor de enfermería. Dentro de la producción científica revisada se cuenta con muy pocas investigaciones realizadas por enfermeros y producciones científicas que evidencien el quehacer profesional que es transversal en el padecimiento de la enfermedad.

- Dada la importancia de las acciones e intervenciones del personal de enfermería, en el contexto del paciente con ECV, se ratifica la necesidad de que este personal esté entrenado y capacitado, con unas bases técnicas y científicas, que guíen sus conocimientos y actividades en el proceso de atención de enfermería, y, por ende, ejecutando un plan de cuidados específico para el paciente y con alta calidad en sus resultados.
- Se reconoce la consulta de enfermería como una actividad que cobra importancia en la captación de pacientes con factores de riesgo para padecer ECV, así como, en el seguimiento, asesoría y acompañamiento en el proceso de rehabilitación del paciente que ya padece ECV y su familia. Sin embargo, en nuestra ciudad actualmente, es una actividad poco estudiada y ejercida por el personal de enfermería. Sería bastante enriquecedor para la disciplina, empoderarse de herramientas como ésta, para poner en práctica sus conocimientos y habilidades, y lograr un liderazgo en el seguimiento y rehabilitación a estos pacientes, logrando un impacto positivo en la disminución de las tasas de morbimortalidad por ECV y así mismo, favoreciendo una rehabilitación exitosa.

9. RECOMENDACIONES

- Estructurar en las unidades de cuidado intensivo un equipo multidisciplinario (médico intensivista, neurólogo, nutrición, fisioterapia, terapia respiratoria, trabajo social, psicología, fonoaudiología y enfermería) que se encuentre entrenado y capacitado para la atención del paciente con enfermedad cerebro vascular.
- Elaborar un plan de cuidados para el paciente con ECV isquémico, basado en un modelo teórico como es el de Marjory Gordon y que esté fundamentado con unas bases científicas que permitan mayor empoderamiento del profesional de enfermería en las unidades de cuidado crítico.
- Diseñar un diplomado dirigido al personal de enfermería encargado de la atención directa del paciente con ECV isquémico en las unidades de cuidado crítico que permita la capacitación y el entrenamiento integral y específico para brindar un cuidado de calidad tanto en la fase aguda como durante la estancia hospitalaria y la rehabilitación.
- Adoptar y divulgar el uso de las guías y protocolos institucionales con la mejor evidencia científica para guiar el plan de atención de enfermería de los pacientes con ECV isquémico en unidades de cuidado crítico.

- Involucrar a la familia en el plan de atención de enfermería durante el proceso de rehabilitación y de afrontamiento desde su ingreso a la unidad de cuidado crítico y durante la preparación para el alta
- Implementar la consulta de enfermería, como una herramienta estratégica para valorar, diagnosticar, diseñar un plan de cuidados y ejecutar intervenciones de manera individualizada para el paciente con enfermedad cerebrovascular y su familia.
- Realizar mayor producción científica por profesionales de enfermería, en torno al cuidado integral que se brinda al paciente con enfermedad cerebrovascular, y las estrategias que se utilizan para ello, con el fin de dar mayor validez y sustento a la disciplina.

10. CONSIDERACIONES ÉTICAS

La reflexión crítica de la conducta del ser humano es el objeto de la ética, basándose en unos principios como beneficencia no maleficencia, respeto, autonomía y principio de justicia, la ética es la ciencia de la realización de la persona a través de sus propios actos, en el cual se puede medir la responsabilidad de su accionar (Horta, E., & Rodríguez 2011).

En esta monografía se realizará revisión de la literatura frente al cuidado del paciente con ECV por medio de la revisión en diferentes bases de datos. En la realización de este protocolo, se destaca la importancia al respeto de los derechos de autor, es por esto que se trae a consideración la ley 23 del 28 de enero de 1982 (Régimen general de derechos de autor), la cual refiere en el capítulo 3, artículo 31: Es permitido citar a un autor transcribiendo los pasajes necesarios, siempre que estos no sean tantos y seguidos que razonadamente puedan considerarse como una reproducción simulada y sustancial, que redunde en perjuicio del autor de la obra donde se toman. En cada cita deberá mencionarse el nombre del autor de la obra citada y el título de dicha obra (Congreso de Colombia. 1982).

Además es importante resaltar que desde la formación profesional se conservan unos principios éticos que rigen la práctica y son consagrados en la constitución nacional, en este punto a destacar integralidad, individualidad, dialogicidad,

calidad y continuidad, principios que inducen a realizar una revisión de material bibliográfico confiable, veraz, que permita cumplir con el objetivo propuesto, proporcionando una bases teórico-científicas, que orienten hacia un cuidado con calidad, llevando a comprender el entorno, la diversidad, las necesidades individuales y colectivas para poder brindar un cuidado holístico y humanizado desde la profesión de enfermería, donde la principal motivación es la dignidad humana.

De manera que el profesional de enfermería tiene el compromiso de realizar una búsqueda exhaustiva, enfocándose en revisiones bibliográficas científicamente validadas, según es el caso que permita profundizar el tema propuesto y cumplir con el objetivo deseado, estas son enunciadas con sus respectivas citas y bibliografía en este trabajo.

11.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Álvarez, J. Arévalo, F. Fernández, D y Muñoz M. (2010). *Manual de Valoración de Patrones Funcionales*. Recuperado de <http://www.seapaonline.org/UserFiles/File/Ayuda%20en%20consulta/MANUAL%20VALORACION%20NOV%202010.pdf>

Aristizábal, H et al. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. *Enfermería Universitaria*, [S.l.], v. 8, n. 4, sep. 2012. ISSN 2395-8421. Disponible en: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/reu/article/view/32991>

Berman A, Dnyder SJ, Koziar B. (2008) Fundamentos de enfermería. Conceptos, proceso y prácticas. Volumen I. Madrid: Pearson Prentice Hall.

Cavalcante, Tahissa Frota, Moreira, Rafaella Pessoa, Guedes, Nirla Gomes, Araujo, Thelma Leite de, Lopes, Marcos Venícios de Oliveira, Damasceno, Marta Maria Coelho, & Lima, Francisca Elisângela Teixeira. (2011). Intervenções de enfermagem aos pacientes com acidente vascular encefálico: uma revisão integrativa de literatura. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(6), 1495-1500. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342011000600031&script=sci_arttext

Díaz Costa, A., Duarte Costa, M.E. (2011) Assistência do enfermeiro ao paciente incapacitado por acidente vascular cerebral. *Revista Enfermagem Integrada – Ipatinga: Unileste-MG*, 4(1), 698-707. Recuperado de: <https://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v4/06-assistencia-do-enfermeiro-ao-paciente-incapacitado-por-acidente-vascular-cerebral.pdf>

Ferrer Pérez, Rebeca de la Caridad, Ferrer Carrión, Mercedes Aurora, & Miranda Quintana, Jorge Alberto. (2002). Acciones de enfermería en pacientes con

afecciones cerebrovasculares. *Revista Cubana de Enfermería*, 18(3), 189-193. Recuperado de:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086403192002000300010&lng=es&tlng=pt.

John C. Marshall, Laura Bosco BSc, Neill K. Adhikari, Bronwen Connolly PhD, Janet V. Diaz, Todd Dorman, Robert A. Fowler , Geert Meyfroidt , Satoshi Nakagawa, Paolo Pelosi, Jean-Louis Vincent , PhD, Kathleen Vollman RN, & Janice Zimmerman. (2017). ¿Qué es una unidad de cuidados intensivos? Un informe del grupo de trabajo de la Federación Mundial de Sociedades de Medicina Intensiva y de Cuidados Intensivos. *Revista Journal of Critical Care*, (37), 270-276. Recuperado de
<https://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2077/#!/content/journal/1-s2.0-S0883944116302404>.

Manual de la OMS para la vigilancia paso a paso de accidentes cerebrovasculares de la OMS: estrategia paso a paso de la OMS para la vigilancia de accidentes cerebrovasculares / Enfermedades no Transmisibles y Salud Mental, Organización Mundial de la Salud. 2005

Lavados, Pablo M, & Hoppe W, Arnold. (2005). Stroke Units in Chile. *Revista médica de Chile*, 133(11), 1271-1273. Recuperado de:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872005001100001&lng=es&nrm=iso

Paixão Teixeira, C., & Silva, L. D. (2009). Las incapacidades físicas de pacientes con accidente vascular cerebral: acciones de enfermería. *Enfermería Global*, (15), 1–12. Recuperado de:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000100019

Sotto Mayor, Margarida, Sequeira, Carlos, & García, Belén. (2013). Consulta de enfermería dirigida a cuidadores informales: instrumentos de diagnóstico e intervención. *Gerokomos*, 24(3), 115-119. <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2013000300004>

Vega-Angarita, O. (2017). Estructura del conocimiento contemporáneo de enfermería. *Revista Ciencia y Cuidado*, 3(1), 53-68.
doi:<http://dx.doi.org/10.22463/17949831.905>

12. ANEXOS

12.1 Fichas bibliográficas (Ver carpeta Anexa)

12.2 Matriz de vaciado (Ver carpeta Anexa)

12.3 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alvarado García, Alejandra. (2004). La ética del cuidado. *Aquichán*, 4(1), 30-39.

Retrieved October 18, 2017, from

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972004000100005&lng=en&tlng=es

Álvarez, J. Arévalo, F. Fernández, D y Muñoz M. (2010). *Manual de Valoración de*

Patrones Funcionales. Recuperado de

<http://www.seapaonline.org/UserFiles/File/Ayuda%20en%20consulta/MANUAL%20VALORACION%20NOV%202010.pdf>

Arauz, Antonio e Ruiz - Franco, Angélica. Enfermedad vascular cerebral. *Rev. Fac. Med.* (Méx.) [online]. 2012, vol.55, n.3, pp.11-21. Recuperado el 12 de

octubre de <http://www.scielo.org.mx/pdf/facmed/v55n3/v55n3a3.pdf>

Benítez, A. T. (2014). El rol de enfermería comunitaria especializada en

rehabilitación tras el ictus. *En Enfermería Clínica*. Recuperado el 31 de agosto de 2017 de aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:

[2077/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0S1130862114000680.pdf?locale=es_ES](http://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co/2077/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0S1130862114000680.pdf?locale=es_ES)

Belio, M.P., & Vivar, C. G. (2012). Necesidades de la familia en las unidades

de cuidados intensivos. Revisión de la literatura. *En: Enfermería intensiva*.

Recuperado el 31 de agosto de 2017 de

https://aplicacionesbiblioteca.udea.edu.co:2077/service/content/pdf/watermarked/1-s2.0-S1130239911000460.pdf?locale=es_ES

Cavalcante, Tahissa Frota, Moreira, Rafaella Pessoa, Guedes, Nirla Gomes, Araujo, Thelma Leite de, Lopes, Marcos Venícios de Oliveira, Damasceno, Marta Maria Coelho, & Lima, Francisca Elisângela Teixeira. (2011). Intervenções de enfermagem aos pacientes com acidente vascular encefálico: uma revisão integrativa de literatura. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(6), 1495-1500. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342011000600031&script=sci_arttext

Carpenito, L. J. (1982) Diagnóstico de Enfermería, La Habana. Editorial Científico Técnica; 554

Cabrera Zamora, José Luís. (2014). Factores de riesgo y enfermedad cerebrovascular. *Revista Cubana de Angiología y Cirugía Vasculat*, 15(2), 75-88. Recuperado en 22 de noviembre de 2017, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1682-00372014000200003&lng=es&tlng=es

Castrillón Agudelo, M. C (1992) La práctica de enfermería como objeto de estudio. *Revista Investigación y Educación en Enfermería*, 10(2), 7-14. Recuperado el 09 de diciembre de 2017, de <https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/20323/17170>

Ciencias Médicas de Pinar del Río, 18(3), 414-429. Recuperado de 2017, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942014000300006&lng=es&tlng=es

- Corneto. M (2005), manejo de enfermería en el accidente cerebrovascular inicial. *Enfermería global*. ¿Recuperado de:<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365834730019>
- Daza de Caballero, Rosita, Torres Pique, Ana María, & Prieto de Romano, Gloria Inés. (2005). Análisis crítico del cuidado de enfermería: Interacción, participación y afecto. *Index de Enfermería*, 14(48-49), 18-22. Recuperado en 10 de octubre de 2017, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005000100004&lng=es&tlng=es
- Días Costa, A., Duarte Costa, M.E. (2011) Assistência do enfermeiro ao paciente incapacitado por acidente vascular cerebral. *Revista Enfermagem Integrada* – Ipatinga: Unileste-MG, 4(1), 698-707. Recuperado de: <https://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v4/06-assistencia-do-enfermeiro-ao-paciente-incapacitado-por-acidente-vascular-cerebral.pdf>
- Díez-Tejedor E, Alonso de Leciñana M. Fisiopatología de la isquemia cerebral. El daño de isquemiareperfusión. En Barinagarrementeria F, Cantú C Eds. *Enfermedad vascular cerebral*. Ed. Mc Graw-Hill Interamericana, 2004: 13-27
- Duarte, E., Alonso, B., Fernández, M.J., Flórez, M. Et al. (2009) Rehabilitación del ictus: modelo asistencial. Recomendaciones de la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física. *Rehabilitación (Madr)*. 4(1):60–68. Recuperado de: <http://www.elsevier.es/es-revista-rehabilitacion-120-articulo-rehabilitacion-del-ictus-modelo-asistencial--S0048712009000139>
- Fernández, R., López Rojo, N., Martín Toral S., Zubillaga Cué, E.,. (2012). Plan de enfermería estandarizado del paciente con ictus. *Enfermería especializada. Nuber Científ.* 1(7): 60-69 Recuperado de: www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica

- Ferrer Pérez, Rebeca de la Caridad, Ferrer Carrión, Mercedes Aurora, & Miranda Quintana, Jorge Alberto. (2002). Acciones de enfermería en pacientes con afecciones cerebrovasculares. *Revista Cubana de Enfermería*, 18(3), 189-193. Recuperado de:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086403192002000300010&lng=es&tlng=pt.
- Fuentes, B. et al. (2012). Guidelines for the preventive treatment of ischaemic stroke and TIA (I). Update on risk factors and life style. *Neurología* (English Edition), (27), 560-574 recuperado de:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213485310003361>
- Gállego, J., Herrera, M., Jericó, I., Muñoz, R., Aymerich, N., & Martínez-Vila, E.(2008). El ictus en el siglo XXI: Tratamiento de urgencia. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 31(Supl. 1), 15-29. Recuperado en 13 de septiembre de 2017, de
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272008000200003&lng=es&tlng=es
- Gómez Londoño, E. (2008) El cuidado de enfermería del paciente en estado crítico. En: *Persona y bioética*. Recuperado el 31 de agosto de 2017 de
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-31222008000200006&lang=pt
- Henao, A. S., Pirela, C. T., Escobar, A. A., Luján, M. L., & Alonso, P. L. M. (2009). Calidad de vida en pacientes post evento cerebrovascular isquémico en dos hospitales de la ciudad de Barranquilla (Colombia). *Salud Uninorte*, 25(1): 73–79. Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522009000100007&lng=es&nrm=iso

- Herrera, M., Gállego, J., Muñoz, R., Aymerich, N., & Zandio, B. (2008). Reperusión en el ictus isquémico agudo: estado actual y futuro. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 31 (Supl. 1), 31-46. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272008000200004&lng=es&tlng=es
- Lai TW, Zhang S, Wang YT (2014) Excitotoxicity and stroke: identifying novel targets for neuroprotection. *Prog Neurobiol.* ; 115:157-88. Recuperado de: <http://doi.org/b4qs>
- Lavados, Pablo M, & Hoppe W, Arnold. (2005). Stroke Units in Chile. *Revista médica de Chile*, 133(11), 1271-1273. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872005001100001&lng=es&nrm=iso
- Martínez Trujillo, Nelcy, Torres Esperón, Maricela, Otero Ceballos, Marta, & Urbina Laza, Omayda. (2010). La brecha entre Investigación en Sistemas y Servicios y la práctica de enfermería, posibles causas: Possible causes. *Revista Cubana de Enfermería*, 26(3), 161-168. Recuperado en 11 de diciembre de 2017, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192010000300007&lng=es&tlng=es
- Mirallas Martínez, J.A. (2004). Avances en la rehabilitación del paciente con enfermedad cerebrovascular. *Revista Rehabilitación*, 38(2): 78-85. Recuperado de: <http://www.elsevier.es/es-revista-rehabilitacion-120-resumen-avances-rehabilitacion-del-paciente-con-S0048712004734325#elsevierItemBibliografias>
- Montalvo Prieto, A; Flórez Torres, I E; (2008). Características de los cuidadores de personas en situación de cronicidad. Cartagena (Colombia). Un estudio

comparativo. *Salud Uninorte*, 24(1) 181-190. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81722404>

Moreno Verdugo, A. De la Fuente Garcia, A. Caro Quesada, R. Suso Lopez, D. & Duran Rodriguez, A. (2007). Programa de educación a cuidadores informales de pacientes con ictus, para favorecer la continuidad de los cuidados al alta hospitalaria. *Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica*, 25(1). Recuperado de: <http://www.elsevier.es/en-revista-revista-cientifica-sociedad-espanola-enfermeria-319-articulo-programa-educacion-cuidadores-informales-pacientes-S2013524607700570#elsevierItemBibliografias>

Muñoz Collazos, Mario. Enfermedad cerebrovascular: factores de riesgo y el rigor en la observación. *Acta Neurol Colomb*. [online]. 2014, vol.30, n.3, pp.141-142. ISSN 0120-8748.
<http://www.scielo.org.co/pdf/anco/v30n3/v30n3a02.pdf>

Normark P, Rohweder J.(1959) Bases Científicas de la Enfermería. México. La prensa médica; 25.

Paixão Teixeira, C., & Silva, L. D. (2009). Las incapacidades físicas de pacientes con accidente vascular cerebral: acciones de enfermería. *Enfermería Global*, (15), 1–12. Recuperado de:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000100019

Pereira, Alianny Raphaely Rodrigues, Dantas, Diego de Sousa, Torres, Vanessa Braga, Viana, Elizabel de Souza Ramalho, Correia, Grasiéla Nascimento, & Magalhães, Adriana Gomes. (2017). Associação entre função sexual, independência funcional e qualidade de vida em pacientes após acidente vascular encefálico. *Fisioterapia e Pesquisa*, 24(1), 54-61. <https://dx.doi.org/10.1590/1809-2950/16270824012017>

- Pérez Iglesias, Silma, Maurenza González, Godofredo, Nafeh Abi-Resk, Luis, & Romero González, Víctor M. (2005). Enfermedad cerebro vascular: factores de riesgo en un área de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 14(2), 135-140. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251998000200005&lng=es&tlng=en
- Pérez Villa, Marjorie, Massaro Ceballos, Mónica M, Bareño Silva, José, & Franco Ruiz, César A. (2015). La edad y factores clínicos asociados al desenlace funcional a seis meses en pacientes con ataque cerebrovascular isquémico atendidos durante el 2011 en el Instituto Neurológico de Colombia. *Acta Neurológica Colombiana*, 31(2), 167- 175. Recuperado el 12 de septiembre de 2017 de <http://www.scielo.org.co/pdf/anco/v31n2/v31n2a07.pdf>
<https://dx.doi.org/10.22379/2422402224>
- Portillo M.C., Wilson J.B., Saracíbar M.I. (2002). Estudio desde la percepción de pacientes y familiares del proceso de participación informal en el cuidado después de un ictus: metodología y primeros resultados. *Enfermería Clínica*. 12(3):94-103. Recuperado de: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-estudio-desde-percepcion-pacientes-familiares-S1130862102737364>
- Prieto, A. M., Navarro, Y. B., Puello, C. C., Ripoll, E. M., Soraca, K. M., Lobo, C. P., & Gómez, K. R. (2010). Habilidad de cuidado de cuidadores familiares principales de pacientes con ACV. Cartagena (Colombia). *Salud Uninorte*, 26(2), 212–222. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522010000200005&lng=es&tlng=es.

- Puentes, I. (2014) Epidemiología de las enfermedades cerebrovasculares de origen extracraneal. *Rev Cubana Angiol Cir Vasc; 15(2)* Recuperado de: http://www.bvs.sld.cu/revistas/ang/vol15_2_14/ang02214.htm
- Rangel Gomes, S.; Senna, M.; (2008). Assistência de enfermagem à pessoa com acidente vascular cerebral. *Cogitare Enfermagem*, Abril-Junio,13(2) 220-226. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/4836/483648979008/>
- Reis, Rogério Donizeti, Pereira, Elaine Cristina, Pereira, Maria Isabel Marques, Soane, Ana Maria Nassar Cintra, & Silva, José Vitor da. (2017). Significados, para os familiares, de conviver com um idoso com sequelas de Acidente Vascular Cerebral (AVC). *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 21(62), 641-650. Epub December 15, 2016. <https://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0206>
- Roa Wandurraga, Luis Fernando. (2011). Calidad de vida y discapacidad en la enfermedad cerebrovascular: una entidad olvidada. *Acta Neurológica Colombiana*, 27(2), 77-78. Recuperado el 12 de septiembre de 2017, de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-87482011000200001&lng=en&tlng=es
- Rodrigues, Rosalina Aparecida Partezani, Marques, Sueli, Kusumota, Luciana, Santos, Emanuella Barros dos, Fhon, Jack Roberto da Silva, & Fabrício-Wehbe, Suzele Cristina Coelho. (2013). Transição do cuidado com o idoso após acidente vascular cerebral do hospital para casa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(spe), 216-224. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692013000700027&script=sci_arttext&tlng=pt
- Rodríguez Roca, Vilma, Veloso Mariño, Bárbara María, Ortiz Aguilera, Eduardo, Vier Pérez, Edna Mercedes, & Lalondrys Preval, Evelio. (2010). Educational intervention in patients with ischemic stroke and high blood pressure. *Medisan*, 14(3), 318-324. Recuperado de:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192010000300006&lng=es&tlng=en

Rojas Fuentes, Joan, Cutiño Maas, Yainelí, Verdecia Fraga, Ricardo, Sánchez Lozano, Ada, Herrera Alonso, Didiesdle, & López Arguelles, Julio. (2010). Care for patients with cerebrovascular disease in a general hospital. 2 years experience. *MediSur*, 8(4), 25-29. Recuperado en 13 de septiembre de 2017, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2010000400005&lng=es&tlng=en.

Sánchez, Larsen Á, et al. (2016) ¿Se ha producido un cambio en la etiología del ictus isquémico en las últimas décadas? Análisis y comparación de una base de datos de ictus actual frente a las históricas. *Neurología*. Recuperado de:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213485316301682>

Sierra, S. O., & Zapata, A. C. O. (2013). Calidad del cuidado de enfermería. *Investigación y Educación en enfermería*, 19(2). Recuperado el 01 de septiembre de 2017 en <file:///C:/Users/unidades/Downloads/16813-57989-1-PB.pdf>

Turrent, J., Talledo, L., González, A., Gundián, J., & Remuñán, C. (2004). Comportamiento y Manejo de la enfermedad cerebrovascular en una unidad de cuidados intensivos. *Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias*. Recuperado el 01 de septiembre de 2017 de http://www.bvs.sld.cu/revistas/mie/vol3_2_04/mie06204.pdf

Vargas Fernández. D, Miranda, J L, Fernández Cué. L, Jiménez Castro. M & Clemente J. (2016) Risk factors and etiologies of the stroke in 20 to 55 years-old Patients. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 35(4), 341-353. Recuperado de:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002016000400005&lng=es&tlng=es

Vives Medina, Oisis Taimy, Quintana Pereda, René, & Soto Páez, Nuvia. (2014). Protocolo de actuación de Enfermería para pacientes con enfermedad cerebrovascular.

Wang, Y, Qin ZH. (2010) Molecular and cellular mechanisms of excitotoxic neuronal death. *Apoptosis*. 15(11):1382-402. Recuperado de: <http://doi.org/b825kq>