



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE  
UNIVERSIDAD MARIANA DE PASTO  
INSTITUTO DE POSTGRADO**



**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON  
FACTORES DE RIESGO DE EVENTO CEREBRO –  
VASCULAR EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA  
DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL 2012.**

Trabajo de Investigación previo a la obtención del Título de Especialista en  
Cuidado al Paciente en Estado Crítico.

**AUTORA:**

**LUPE DE LOURDES YANDUN PANTOJA**

**TUTOR:**

**DR. CARLOS RAMIREZ PAREDES.**

**IBARRA - 2012**

## APROBACIÓN DEL TUTOR

En calidad de tutor del Trabajo de Grado, presentado por el señora Lupe de Lourdes Yandún Pantoja, para optar por el título de Especialista en enfermera para el cuidado de paciente en el estado crítico, doy fe de que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a presentación (pública y privada) y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la ciudad de Ibarra, a los 27 días del mes de diciembre del 2012.

-----

Dr. Carlos Ramírez Paredes.  
C.I.

**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO DE EVENTO CEREBROVASCULAR EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL 2012.**

Por: Lupe de Lourdes Yandún Pantoja

Trabajo de Grado de Especialidad aprobado en nombre de la Universidad Técnica del Norte, por el siguiente Jurado, a los 27 días del mes de diciembre del 2012.

-----  
Dr. Patricio Nieto  
Cl.

-----  
Mgs. Avelina Varvárez  
Cl.

-----  
Mgs. Yudy Basantes  
Cl.

## **DEDICATORIA.**

**A mi familia, mi esposo mis hijas que han sido el pilar fundamental en mi vida para continuar adelante, seguir fiel a los principios de superación personal y profesional.**

**Agradezco también a mi tutor por haber dedicado tiempo valioso a mi trabajo de grado aportando sus conocimientos tanto intelectuales como personales haciendo de este trabajo una experiencia gratificante.**

## **RECONOCIMIENTOS**

**A la Universidad Técnica del Norte que me ha dado la oportunidad de obtener la especialidad para contribuir a la sociedad ecuatoriana brindando mejor atención de enfermería y en especial a los pacientes gravemente enfermos.**

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

Aceptación del tutor	ii
Aceptación del Jurado	iii
Dedicatoria	iv
Reconocimiento	v
Índice	viii
Resumen	ix
Summary	x

### CAPÍTULO I

1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	1
1.1 Antecedentes	1
1.2 Planteamiento del Problema	3
1.3 Formulación del Problema	5
1.4 Delimitación del Problema	6
1.5 Limitaciones del estudio	6
1.6 Objetivos	6
1.7 Preguntas de Investigación	7
1.8 Justificación	7

### CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO	11
2.1 Procesos de enfermería	11
2.1.1 Primera etapa: valoración	12
2.1.2 Segunda etapa: diagnóstico	13
2.1.3 Tercera etapa: planeación	15
2.1.4 Cuarta etapa: ejecución del plan	15
2.1.5 Quinta etapa: evaluación	16
2.2 Actuación de enfermería a pacientes con EVC	17
2.2.1 Valoración neurológica	17

2.3	Evento cerebro vascular	19
2.3.1	Definición	20
2.3.2	Fisiopatología	23
2.3.3	Metabolismo celular del cerebro	25
2.3.4	Medición de la actividad metabólica celular	27
2.3.5	Signos y síntomas	28
2.3.6	Medios de diagnóstico	32
2.3.7	Factores de riesgo	33
2.3.8	Complicaciones y secuelas	34
2.3.9	Tratamiento	36
2.3.10	Escala de coma de glasgow	39
2.4	Glosario de términos	39

### **CAPÍTULO III**

3.	METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	43
3.1	Tipos de investigación	43
3.2	Técnicas e instrumentos	43
3.2.1	Técnicas	44
3.2.2	Técnicas de procesamiento y análisis de datos	44
3.2.3	Validez y confiabilidad de los instrumentos	44
3.3	Población y muestra	45
3.4	Proceso de la investigación	46
3.5	Operacionalización de variables	47

### **CAPÍTULO IV**

4.	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	49
----	---	----

### **CAPÍTULO V**

5.	PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN	91
5.1	Antecedentes	91
5.2	Justificación	92

5.3	Objetivos	93
5.4	Descripción De La Propuesta	93
5.5	Beneficiarios	94
5.6	Diseño Técnico	95
5.7	Diseño Administrativo	97
5.8	Determinación de Impactos	98
Conclusiones		99
Recomendaciones		100
BIBLIOGRAFÍA		102
LINCOCRAFIA		103
ANEXOS		104



## **LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: CUIDADO DEL PACIENTE EN ESTADO CRÍTICO.**

### **“INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO DE EVENTO CEREBROVASCULAR EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL 2012”**

AUTORA: LIC. LUPE DE LOURDES YANDUN P.  
TUTOR: MSC. DR. CARLOS RAMÍREZ PAREDES.  
AÑO: 2012

#### **RESUMEN**

Este trabajo de investigación hace referencia a las posibles consecuencias de la atención inadecuada de enfermería a clientes externos del Hospital San Vicente de Paúl de la ciudad de Ibarra con factores de riesgo para Evento Cerebrovascular. El objetivo es proponer a Gestión de Enfermería estandarizar la atención en emergencia para prevenir esta patología. En el reporte del grupo de trabajo de Enfermedad Cerebrovascular que estudió los programas de prevención en Estados Unidos, Brasil, Francia, Reino Unido, Alemania, Italia, Polonia, Japón y datos de prevalencia de la Organización Mundial de la Salud concluyeron que es una enfermedad catastrófica prevenible. La incidencia de Evento Cerebrovascular es de 10 casos por cada 1000 habitantes, en menores de 60 años constituye un 20 a 30% de las causas de muerte y personas discapacitadas, mereciendo la atención familiar y social. En Ecuador es la tercera causa de muerte y la primera de invalidez. En el Hospital San Vicente de Paúl consta entre las 10 primeras causas de mortalidades pertinentes el trabajo de investigación realizado y la intervención del proceso preventivo de enfermería. Este estudio es descriptivo, analítico, por su naturaleza, cualitativo, observacional, no experimental, se realizó en el Servicio de Emergencia del Hospital San Vicente de Paúl, donde se incluye pacientes, con criterios de ingreso al estudio. Entonces la falta de atención protocolizada puede elevar el riesgo de Evento Cerebrovascular en la población estudiada, y se recomienda estandarizar los cuidados en los pacientes, sin embargo el estudio no es concluyente y debe realizarse nuevos estudios.

**DESCRIPTORES: EVENTO CEREBROVASCULAR, FACTORES DE RIESGO, HIPERTENSIÓN, DIABETES, CEFALEA, OBESIDAD.**

**LINE OF INVESTIGATION: CARE OF THE PATIENT IN CRITICAL CONDITION.**

**"INTERVENTION OF NURSING IN PATIENTS WITH CEREBROVASCULAR EVENT RISK FACTORS AND IN THE SERVICE OF EMERGENCY OF THE SERVICE ST. VINCENT DE PAUL 2012"**

AUTORA: LIC. LUPE DE LOURDES YANDUN P.  
TUTOR: M.S.C. DR. CARLOS RAMÍREZ PAREDES.  
YEAR: 2012.

**ABSTRACT**

This work of investigation makes reference to the possible consequences of the inadequate attention of infirmary to external clients of the Hospital San Vicente de Paul of the city of Ibarra with factors of risk for Event Vascular Brain. The objective is proposing Administration of Infirmary standardize the attention in emergency in order to prevent this pathology. In the report of the group of work of Cerebrovascular Illness that studied the programs of prevention in United States, Brazil, France, United Kingdom, Germany, Italy, Poland, Japan and data of prevalence of the World Organization of the Health concluded that it is an illness catastrophic prevent. The incidence of Event Vascular Brain is of 10 cases for each 1000 inhabitants, you/he/she/it in minor of 60 years constitute a 20 to 30% of the causes of death and people, deserving the family and social attention. In Ecuador it is the third cause of death and the first of disability. In the Hospital San Vicente de Paul consists 10 causes of mortality between the first. He/she/it/you is pertinent the work of carried out investigation and the intervention of the preventive process of infirmary. This study is descriptive, analytic, for their nature, qualitative, observational, and not experimental, it was carried out San Vicente de Paul in the Service of Emergency of the Hospital, where it are included patient, with approaches of entrance to the study. And it is recommended standardize the cares in the patients, however the study is not conclusive and should be carried out new studies.

**KEY WORDS:** EVENT VASCULAR BRAIN, RISKFACTORS, HYPERTENSION, DIABETES, HEADACHES, OBESITY.

# **CAPÍTULO I**

## **EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

### **1.1. Antecedentes**

Evento Cerebrovascular, es el nombre dado al conjunto de alteraciones focales o difusas de la función neurológica de origen principalmente vascular (hemorrágico o isquémico), sin consideración específica de tiempo, etiología o localización. El espectro de la enfermedad es muy amplio y heterogéneo, razón por la cual se debe de contar con esquemas de diagnóstico y tratamiento bien definidos para cada subgrupo y cada momento de la enfermedad, ya sea prevención primaria, secundaria o en la atención del Evento Cerebro Vascular agudo (Orozco Vélez, 2009).

El Evento Cerebrovascular es la tercera causa de mortalidad, después de las enfermedades del corazón y el cáncer, y es la principal causa de incapacidad o de pérdida funcional de origen neurológico, razón por la cual el Evento Cerebrovascular, se considera enfermedad de alto costo para el sistema de salud, con impacto significativo sobre la familia, principalmente cuando se presenta en personas laboralmente activas. La mortalidad en el primer mes después del Evento Cerebrovascular depende del tamaño del infarto, es de 2,5% para infartos lacunares y alrededor del 78% para infartos cerebrales extensos.

A nivel mundial su incidencia es de 10 casos por cada 1000 habitantes en menores de 60 años, de 3 a 6 por cada 1000 habitantes y sobre los 65 años se eleva a 50 por 1000 habitantes. En general, la mortalidad es de 100

por cada 100.000 habitantes. En la mayoría de los países corresponde cerca de un 20-30% de todas las causas de muerte.

Hoy en día se considera como un enfermedad crónica, en la cual los malos hábitos; como el consumo de licor, cigarrillo, obesidad, hipercolesterinemia, sedentarismo entre otros, hace que la persona sea más susceptible de esta enfermedad y que sus complicaciones afecten la calidad de vida del paciente y las personas que conviven a su alrededor, de ahí la importancia de la educación continua, insistiendo en los hábitos saludables, para convertirlos en rutinas que impactan en la salud del paciente y por ende el núcleo familiar con respecto a su estilo de vida.

En una encuesta realizada recientemente en el Ecuador sobre los eventos cerebrovasculares, “menos del 10% de las personas tenían una idea clara de la magnitud de este problema”. Esta situación ha motivado que la Sociedad Ecuatoriana de Neurología inicie una campaña tendiente a incrementar el conocimiento público que se tiene sobre el Evento Cerebrovascular y su forma de prevención; se estima que luego de los 55 años, por cada década de vida, la tasa de Evento Cerebrovascular asciende al doble tanto en hombres como en mujeres (Elkind MS; Sacco RL; Stroke. Batchelort 2001 citado por Rojas J; Zurro MC et al 2006).

Según Luengas LC (2007), estudios de grandes cohortes de poblaciones, muestran de manera consistente una relación continua y fuerte entre los niveles de presión arterial (sistólica y diastólica) y la incidencia de Evento Cerebrovascular, así como también de infarto del miocardio, falla cardíaca, insuficiencia renal, enfermedad vascular periférica, alteraciones cognitivas y mortalidad por todas las causas.

La asociación entre el nivel de la presión arterial y los eventos cardiovasculares es continua, consistente e independiente de otros factores de riesgo. A partir de un meta-análisis de estudios observacionales que

involucró 61 ensayos con un total aproximado de un millón de pacientes, se determinó que para individuos con edad entre 40 y 70 años, por cada incremento de 20 mm Hg de la presión sistólica y 10 mm Hg de la presión diastólica, se duplica el riesgo de eventos cardiovasculares a través de todo el rango de la presión arterial desde 115/75 mm Hg hasta 185/115 mm Hg.

Teniendo en cuenta que el adecuado control de la hipertensión arterial con tratamiento farmacológico se ha asociado con la reducción de la incidencia de Evento Cerebrovascular entre 35% y 40%, la correcta estratificación del riesgo cardiovascular global en el paciente hipertenso, debe incluir siempre la determinación de la existencia de daño en órgano blanco.

En el Hospital San Vicente de Paúl de la ciudad de Ibarra, las causas de ingreso más comunes, que pueden llevar al Evento Cerebro Vascular son, cefalea, migrañas, hipertensión y diabetes; y se hallan entre las 30 patologías prevalentes en el servicio de emergencia; con predominio en la etnia mestiza.

## **1.2. Planteamiento del Problema**

El Evento Cerebrovascular es la tercera causa de muerte y la primera causa de invalidez en nuestro medio. Se trata de una enfermedad que no respeta edad, sexo, etnia, ni condición social y que en muchas ocasiones afecta a individuos en las etapas más productivas de sus vidas. A pesar de esto, la mayoría de la gente no es consciente de la gravedad de esta enfermedad, de los factores de riesgo que favorecen su desarrollo, manifestaciones clínicas, y de las opciones de tratamiento que existen en la actualidad; probablemente se desconoce los factores de riesgo que desencadena esta patología y que finalmente se traduce en calidad de vida por las secuelas que puede dejar el Evento Cerebrovascular.

Cuando no existen una adecuada intervención para el manejo de pacientes de riesgo o no se da importancia a los síntomas y signos la posibilidad de presentarse un evento cerebro vascular aumenta en forma significativa; entre otras esta es una causa determinante en las prácticas negativas; y que, usualmente termina con complicaciones graves en los pacientes atendidos.

Si una adecuada intervención a nivel interno, se desconocen o no existen es muy probable que se desconozca el marco legal al que se sujetan los profesionales de la salud respecto de la mala práctica médica por lo que es necesario elaborar un instrumento de enfermería que permita el registro de las actividades realizadas por las enfermeras mediante la aplicación del proceso de atención de enfermaría.

Los agentes de saberes que seguramente están observando y tienen opiniones definitivas para el control de la atención de los pacientes en especial en el área de Emergencia del Hospital San Vicente de Paúl.

La presente investigación se realizó en el área de emergencia del Hospital San Vicente de Paúl, ubicado en la ciudad de Ibarra, Provincia de Imbabura, Institución prestadora de servicios de Salud, perteneciente al Ministerio de Salud Pública. Ofrece programas de prevención, curación y rehabilitación y educación; se atienden un promedio de 200 pacientes diarios, tanto en cirugía, traumatología, ginecología, pediatría, medicina interna y paciente crítico, acudiendo población residente y en tránsito de Imbabura, Carchi, Sur de Colombia, Norte de Pichincha y Nororiente de Esmeraldas.

De acuerdo a estadísticas, de los formulario 008 de emergencia, por enfermedad hipertensivo, consultaron 415 pacientes en el año 2010, con diagnóstico de diabetes mellitus II 138 pacientes y 1062 paciente con diagnóstico de trastornos episódico y paroxístico de epilepsia. Para el año

2012 de enero a junio se atendieron 592 casos de enfermedades hipertensivo, diabetes mellitus 195 casos, y trastornos episódicos paroxísticos epilepsia 1190 casos. Y 56 casos de evento cerebro vascular.

Hasta el año 2010 las estadísticas del servicio de emergencia no hay registros de Evento cerebrovascular como diagnóstico y es a partir del 2011 que puede obtenerse estos datos. Estas cifras demuestran la necesidad de elaboración de un instrumento de enfermería que permita el registro de las actividades realizadas por las enfermeras mediante la aplicación del proceso de atención de enfermería; a la vez que permite hacer una reflexión sobre lo que se realiza a nivel del centro de atención de salud, en donde se debe insistir en medidas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, educando continuamente a la comunidad, por lo tanto modificando estilos de vida, para aumentar la calidad de vida del paciente. Teniendo en cuenta que el adecuado control de la hipertensión arterial con tratamiento farmacológico se ha asociado con la reducción de la incidencia de Evento Cerebrovascular entre 35% y 40%.

La correcta estratificación del riesgo cardiovascular global en el paciente hipertenso, debe incluir siempre la determinación de la existencia de daño en órgano blanco (Luengas C 2007).

### **1.3. Formulación del Problema**

¿Cuál es la intervención de Enfermería que se realiza en pacientes con factores de riesgo de Evento Cerebrovascular en el servicio de emergencia del hospital San Vicente de Paúl?

#### **1.4. Delimitación del Problema**

En un proyecto investigativo, el propósito de la delimitación del tema es “procurar que sea preciso y concreto” (Rodríguez, 2005), por lo que este estudio se realizó , en el año 2012, en el “Hospital San Vicente de Paúl” de la ciudad de Ibarra, provincia de Imbabura, en el área de emergencias, donde de acuerdo a datos estadísticos del Hospital, se reportaron pacientes con Eventos Cerebrovasculares de los que se tomaron todos los casos de los tres primeros meses del año, Enero a Marzo del 2012. (Referencia Tabla 1.1)

#### **1.5. Limitación del Estudio**

El estudio es retrospectivo, tomando una muestra por conveniencia de historias clínicas de pacientes diagnosticados con factores de riesgo para la ocurrencia del Evento Cerebrovascular.

#### **1.6. Objetivos**

##### **1.6.1. Objetivo General**

Determinar la intervención de enfermería en pacientes con factores de riesgo para la ocurrencia del Evento Cerebro Vascular, que acuden al área de emergencias del Hospital San Vicente de Paúl.



### **1.6.2. Objetivos Específicos**

- Identificar los factores de riesgo que suponen la ocurrencia del Evento Cerebrovascular de los pacientes que ingresan por emergencia al Hospital San Vicente de Paul.
- Identificar que actividades de enfermería se realiza durante la atención a los pacientes con factores de riesgo para la ocurrencia del Evento Cerebrovascular.
- Elaborar un instrumento de enfermería que permita el registro de las actividades realizadas por las enfermeras mediante la aplicación del proceso de atención de enfermería.

### **1.7. Preguntas de Investigación**

- ¿Cuáles son las principales causas que permiten el desarrollo de factores de riesgo que conllevan a la ocurrencia del Evento Cerebrovascular?
- ¿Cuáles son las actividades de enfermería que se ejecutan en los pacientes que tienen factores de riesgo para que ocurra el Evento Cerebrovascular?
- ¿Cuál será el instrumento de enfermería que nos permita registrar las actividades de enfermería mediante la aplicación del proceso de atención de enfermería?

### **1.8. Justificación**

El Evento Cerebrovascular, también llamado la enfermedad silenciosa del siglo, es la que tiene la incidencia más grande y tiene mayor morbilidad en el grupo de enfermedades vasculares. Presenta una alta incapacidad, traducida en limitación física, incapacidad de deglución, comunicación verbal

difícil, lo que hace que se deteriore la calidad de vida tanto del paciente, como de la familia, además del alto costo que implica el tratamiento de las secuelas. Por lo tanto es necesario trabajar con la familia y el paciente, los factores de riesgo que pueden en un momento dado desencadenar la ocurrencia del Evento Cerebrovascular en el servicio de emergencias; mediante la educación, clasificando el riesgo cardiovascular, derivándose al paciente a un control oportuno y constante, para prevenir la ocurrencia del evento.

De acuerdo a los registros en Emergencia esta patologías significativa, teniendo como antecedente frecuente la hipertensión arterial, que podría controlarse aún antes del ingreso al Hospital modificando los factores de riesgo. El manejo farmacológico antihipertensivos también puede disminuir el riesgo de Evento Cerebrovascular en pacientes con hipertensión arterial sistólica y diastólica hipertensión sistólica aislada del anciano en 42% y30%, respectivamente.

El educar en factores de riesgo, en especial a la población adulta mayor para evitar la ocurrencia del Evento Cerebrovascular es imprescindible, modificando estilos de vida del paciente, familia y comunidad, así como tomar las medidas farmacológicas y no farmacológicas intra hospitalarias como el buen trato el respeto, cordialidad, la delicadeza, la confianza es decir una atención integral al ser humano y doliente.

Las secuelas dependen de la magnitud del daño, ocasionando limitaciones incapacitan té transitorias o de por vida afectando actividades diarias del paciente y por ende su estilo de vida. Por lo tanto el diseño del instrumento de registro nos permitirá a nosotras las enfermeras de emergencia al paciente y familia de alguna forma controlar los factores de riesgo, minimizando las posibles secuelas que se puedan presentar.

Lo anterior, se articula con lo que se menciona en la Constitución de la República del Ecuador, elaborada en Montecristi en el año 2008, basado en la Sección Séptima: Salud, Art. 32 “El Estado garantiza este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud”.



## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. Proceso de Enfermería.**

Brunner & Smith Suddarth, (1984), manifiestan que:

“El proceso de atención de enfermería, tiene su origen cuando por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Johnson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración, planeación y ejecución); Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación; y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron los cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica”.

En la actualidad existen diversas publicaciones sobre el proceso de enfermería que muestran diversos enfoques de su aplicación, pero son escasos los que profundizan en cada una de sus etapas.

Para Yura y Walsh citado por Brunner & Smith Suddarth: En 1988, el proceso de enfermería en su definición es considerado como una serie de funciones, que pretenden cumplir con el propósito de enfermería, el cual es conservar el estado óptimo de salud del cliente, proporcionando la cantidad y calidad de los cuidados de enfermería, que requiera su estado para recuperar la salud o contribuir a mantener la calidad de vida del cliente, colocando a disposición de este lo necesario de acuerdo a los recursos institucionales y políticas de salud establecidas. ( p.6).

El proceso de enfermería le proporciona al paciente , ccontinuidad en la atención, calidad de atención, participación en el propio cuidado.

Por lo tanto esta herramienta fundamental en el área de trabajo a la profesional de enfermería le permite valorar, diagnosticar, planificar, ejecutar y evaluar cada una de las actividades realizadas con el paciente y su equipo de trabajo.

Es importante mencionar que cada una de las etapas del proceso de enfermería, se retroalimentan mutuamente, por lo tanto los datos y actividades realizadas en cada etapa son importantes para poder validar la siguiente etapa del mismo. A continuación veremos con detalle cada una de ellas:

- **Primera Etapa: Valoración.** Es el primer pasó del proceso de enfermería y se puede describir como la fase organizada y sistemática de recogida de datos, procedentes de diversas fuentes para analizar el estado de salud de un usuario. Podría considerarse, como la base para la construcción adecuada del proceso de enfermería, consta de dos componentes recogida de datos y documentación, se considera la clave para continuar con los pasos restantes del proceso. En esta etapa, prima la necesidad de obtener toda la información posible proveniente del equipo multidisciplinario en salud, cuyos datos están consignados en la historia clínica del paciente, los exámenes de laboratorio y hallazgos importantes en el examen físico y valoración por sistemas. Debemos en este momento confrontar la información con la familia y la comunidad con el resto de personal.

Es importante indagar los antecedentes familiares, personales, farmacológicos, quirúrgicos, patológicos; aquí es preciso obtener una excelente anamnesis. Igualmente es necesario indagar sobre

factores de riesgo como tabaquismo, alcohol, enfermedades de base como hipertensión arterial, diabetes mellitus II, enfermedades cardiacas, dislipidemia; igualmente considerar elementos como la edad superior a los 65 años, raza negra, genero, herencias o factor genético.

Imprescindible considerar hallazgos como disfagia, dificultad motora, limitación física en el paciente, así como antecedentes de disminución de la memoria y la atención, depresión y falta de motivación, dificultades táctiles, visuales y auditivas.

- **Segunda Etapa: El diagnóstico.** Es la segunda fase, hace referencia a la identificación del problema del paciente, de acuerdo al análisis de los resultados obtenidos en la etapa de la valoración; el diagnóstico o problema de enfermería puede ser respecto a una situación actual o sea real, o que podría afectar al paciente a futuro, potencial.

El diagnóstico de enfermería, difiere del diagnóstico médico el cual permanece estático y constante; por el contrario el de enfermería es móvil, cambiante y se adapta a las necesidades actuales y futuras del paciente, previniendo con anticipación, las posibles complicaciones derivadas de la patología, indudablemente se tiene en cuenta la calidad de vida del paciente.

Para formular el diagnóstico de enfermería es necesario clasificar todos los datos obtenidos; como dato objetivo, el cual se puede confrontar con lo obtenido en la historia clínica como exámenes de laboratorio, complementarios, examen físico. Los datos subjetivos, son los datos referidos por el paciente y que generalmente, no se los puede comprobar, pero que son necesarios tener en cuenta; los históricos, son los datos acontecidos en semanas, meses o años y los datos actuales son los hallazgos del momento. Lo anterior nos

permite formular unos diagnósticos en enfermería basados en la teoría de la Nanda, o de acuerdo a patrones funcionales alterados.

- ✓ Se puede afirmar que los diagnósticos de enfermería, irán enfocados a la alteración identificada en el paciente entre los cuales se podría encontrar:
- ✓ Alteración de la movilidad física r/c debilidad, parálisis.
- ✓ Alteración de la nutrición por defecto r/c problemas en la deglución.
- ✓ Incontinencia fecal, urinaria r/c deterioro neurológico.
- ✓ Alteración de la comunicación verbal r/c deterioro neurológico. r/c incapacidad en la comprensión verbal.
- ✓ Déficit de auto cuidado para realizar actividades cotidianas r/c deficiencias motoras.
- ✓ Alteración sensorio perceptivas r/c pérdida del campo visual, disminución del tacto.
- ✓ Trastornos de la autoestima r/c alteración en imagen corporal
- ✓ Ansiedad r/c deterioro de su condición física.

El manejo de enfermería en los pacientes con Evento Cerebrovascular 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.

Requiere de la permanente observación, del monitoreo continuo de los signos vitales y neurológicos para el reconocimiento temprano del deterioro hemodinámico y neurológico. El control periódico de los signos vitales es clave. Recientemente se ha reportado que el incremento en la temperatura corporal por encima de los 38<sup>0</sup> C se



asocia con un incremento en la morbilidad y mortalidad del paciente con Evento Cerebrovascular.

- **Tercera Etapa: Planeación.** Esta responde a la búsqueda de las actividades de enfermería o el tratamiento, que tiene como finalidad, prevenir, disminuir o eliminar el problema detectado en la fase de diagnóstico. Consta de 4 partes: Selección de prioridades, establecimiento de los resultados esperados, establecimiento de las intervenciones, para lograrlos y registro del Plan. En esta etapa es preciso considerar los recursos con los cuales se cuenta tanto institucionales, como el recurso humano disponible.
- **Cuarta Etapa: Ejecución del Plan.** Una vez la enfermera elabora el plan de acción, procede a su ejecución, es necesario tener en cuenta las prioridades del paciente, colocar en conocimiento del mismo lo que se va a ejecutar, involucrando a la familia. Son importantes las actividades ejecutadas conjuntamente con el equipo multidisciplinario.

Es trascendental manejar en esta etapa los factores de riesgo del paciente, como manejo de la presión arterial, manteniéndola en niveles óptimos. Cuando llega a servicios de urgencias con niveles elevados por encima de 160- 180 mmHg la sistólica, conviene valorar la disminución de estos niveles a permisibles, por el peligro a contribuir a formar hemorragias intracraneanas y exacerbar el cuadro; medidas anti edema como elevar la cabecera en promedio de 35 a 40 o, restricción líquidos, valorar la dieta, oxígeno, vigilar saturación de oxígeno, canalización de vena de gran calibre; igualmente observar tratamiento de la diabetes tipo II.

Vigilar referencias a intensidad, localización de cefalea, cuadros epilépticos previos, así como también las convulsiones. Es importante coordinar en esta etapa exámenes de laboratorio como

dopplercarotídeo, electroencefalograma, electrocardiograma, glicemia, perfil lipídico, tomografía craneal, resonancia magnética, para complementar el estudio del paciente. También es importante valorar el efecto de los medicamentos instaurados como tratamiento del Evento Cerebrovascular tales como nitroprusiato de sodio, labetalol en bolos, consideración de la trombólisis cerebral teniendo en cuenta la ventana terapéutica, antihipertensivos, restricción de líquidos, furosemida, manitol, ácido acetil salicílico, complementado con las otras medidas terapéuticas.

- **Quinta Etapa: Evaluación.** Se obtiene tras la comparación del estado actual del paciente con los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona comparándolo con uno o varios criterios. Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia, la efectividad de las actuaciones Griffith y Christensen (1982). Esta etapa sirve para considerar el efecto sobre la salud de paciente de todas las medidas terapéuticas adoptadas para el tratamiento. Para esto se hace necesario aplicar un modelo teórico, considerando el del Auto-cuidado, Dorotea Orem, (Brunner & Smith Suddarth, 1984), dice ....” incumbe a la enfermera estimular las actividades de autocuidado de su paciente encaminadas a fomentar la salud y la vida, así como ayudarle a la recuperación de sus enfermedades, lesiones o heridas, o a enfrentar con entereza y decisión sus posibles efectos” (p. 6).

Por lo tanto es necesario involucrar al paciente y familia en el autocuidado modificando estilos de vida que afectan la calidad del mismo.

(Almeida, Castro, Guzmán, Mena, & Germania., 2000): para éstas autoras la función de Cuidado Directo: “(...) satisfacer sus necesidades, contribuir a su curación, rehabilitación y disminuir o

evitar complicaciones originadas por la enfermedad. Esta atención se la brinda tanto en los servicios de salud como en el domicilio”.

## **2.2. Actuación de Enfermería a Pacientes con Evento Cerebrovascular.**

El manejo de enfermería en los pacientes con accidente cerebrovascular 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 a la familia.

### **2.2.1. 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.

El control periódico de los signos vitales es clave. Recientemente se ha reportado que el incremento en la temperatura corporal por encima de 38°C se asocia con un incremento en la morbilidad y mortalidad del paciente con evento cerebrovascular. Frecuencia Cardíaca (por lo menos en un minuto), buscando reconocer arritmias cardíacas muchas veces responsables de los trastornos neurológicos. Tensión arterial, la hipertensión es un signo común a varias injurias cerebrales, después de un evento cerebrovascular el estado hemodinámico es parte de la respuesta compensatoria. Respiración (tipos, frecuencia) se debe poner especial interés en valorar el patrón respiratorio y el estado de la vía aérea.

Hay algunos aspectos muy importantes a desarrollar durante la recepción.

1. Valoración de la vía aérea, respiración y circulación (ABC).  
La prioridad más importante en estos pacientes es asegurar una adecuada ventilación con la consecuente llegada de oxígeno a todos los órganos.
2. Reconocer el estado de conciencia, recordando los diferentes estadios de la misma: alerta, letargo, obnubilación, estupor, coma.
3. Valorar la movilidad de los cuatro miembros.  
Colocación de la vía endovenosa periférica (seleccionar el miembro superior no afectado, iniciar la hidratación con solución fisiológica de cloruro de sodio).
4. Coordinar actividades con los servicios de apoyo: Rayos X y Laboratorio.
5. Observar en forma continua al paciente en busca de clones, episodios de desorientación, cambios en la coloración de la piel, signos vitales, relajación de esfínteres, registrar e informar. Registrar todos los datos de ingreso como así también todas las intervenciones realizadas.
6. Conocer y aplicar la escala de Glasgow.

Actividades a desarrollar en las primeras 24 a 48 horas de evolución.

De un paciente con inconsciente con un evento cerebrovascular en evolución

1. Controlar signos vitales cada 30 minutos, cada hora
2. Controlar el estado de conciencia y aplicar la escala de Glasgow.
3. Conocer, registrar e informar el balance hidroelectrolítico.
4. Es responsabilidad de la enfermera controlar la diuresis.
5. Aplicar medidas de confort relacionadas con su inmovilidad.
6. Propiciar un ambiente tranquilo

7. Limitar las visitas, excepto a los familiares más cercanos, a quienes se les oriente para asegurar la tranquilidad del paciente.

Diagnósticos de enfermería:

1. Alteración en la perfusión tisular disminuida R/C aumento de la presión intracraneana.
2. Alteración en la comodidad: dolor de cabeza, fotofobia R/C sangrado a nivel del espacio subaracnoideo, aumento de la presión intracraneana.
3. Potencial alteración en el volumen de líquidos: exceso R/C administración excesiva de líquidos endovenosos.
4. Potencial alteración del patrón respiratorio: patrón respiratorio ineficaz, intercambio gaseoso alterado R/C estado de conciencia, reposo prolongado en cama.
5. Potencial de predisposición para las lesiones R/C déficit sensorial y motor, nivel de conciencia alterado.
6. Potencial alterado en el patrón intestinal, estreñimiento R/C cambio de hábitos reposo prolongado en cama.
7. Potencial alteración de la movilidad física R/C estado de conciencia, necesidad de reposo en cama.
8. Alteración en la nutrición por aportes menores a los requerimientos corporales R/C estado de conciencia, intolerancia a alimentos.
9. Alteración potencial en la integridad de la piel R/C disminución por pérdida de la sensibilidad y motilidad, reposo prolongado en cama.

### **2.3. Evento Cerebrovascular (Apoplejía)**

Se la conoce con diferentes nombres como enfermedad cerebrovascular; derrame cerebral; accidente cerebro vascular; Infarto cerebral; hemorragia cerebral; accidente Cerebrovascular isquémico; accidente

Cerebrovascular de tipo isquémico; accidente Cerebrovascular hemorrágico.  
(Fig. 1.1)

### **2.3.1. Definición**

(NAVIA, 2010) en su módulo Alteraciones Neurológicas define:” El término Evento Cerebrovascular, se refiere a todo el proceso que afecta parte de la vasculatura cerebral y al tejido cerebral que irriga...” (Fig. 2.1-2.2).

Es decir que el Evento Cerebrovascular es una patología encefálica que constituye un problema de salud pública y se da por diversas razones. Entre ellas se encuentra la elevada incidencia y secuelas discapacitantes de la misma, trombosis, embolia cerebral, estenosis de una arteria que riega el cerebro.

El término Evento Cerebrovascular se refiere a todo el proceso que afecta a parte de la vasculatura cerebral y al tejido cerebral que irriga, desde mucho antes de las manifestaciones clínicas, cuando se inicia el proceso trombótico o de daño endotelial, y el término Evento Cerebrovascular, se refiere al ictus o evento neurológico agudo que afecta en forma súbita al tejido cerebral y compromete el estado neurológico del paciente, causado por una oclusión súbita de un vaso de origen trombótico o embólico (isquémico) o por una hemorragia intraparenquimatosa, subaracnoidea o intraventricular cuadro hipertensivo o secundario a un tumor o malformación arteriovenosa (hemorrágico)( Centanaro G. sin fecha).

Peláez (2007), en su nota editorial de las Guías de Hipertensión arterial de la sociedad colombiana de cardiología afirma que “el Evento Cerebrovascular, representa una carga muy importante de enfermedad en todo el mundo y es la segunda causa de muerte.

Tiene una relación lineal con la presión arterial, siendo la hipertensión arterial el factor de riesgo modificable más importante en su presentación” (Lancet 2002, citado por Luengas C, 2007), sus elevados costos constituye actualmente un hecho importante de analizar para formular políticas públicas que prevengan la aparición de factores de riesgo, antes que curar y rehabilitar sus implicaciones en salud.

Es así como en este momento se formulan estrategias, estableciendo hábitos importantes entre los cuales se puede considerar el del ejercicio superior a 150 minutos en la semana, hábitos nutricionales, no fumar, actividades para eliminar el sedentarismo y el stress. Convertir estas, en rutinas diarias y buenas prácticas, son las que se deben incorporar a todo el grupo familiar.

El moderno manejo del Evento Cerebrovascular incluye :(Adams HP, Brott TG, Crowell RM et al 1994 citado por Centanaro G)

- ✓ Medidas para diagnosticar tempranamente el Evento Cerebrovascular.
- ✓ Limitar las consecuencias neurológicas del mismo
- ✓ Prevenir y tratar las complicaciones
- ✓ Estrategias para prevenir un nuevo episodio, incluyendo modificación de factores de riesgo y terapia antiagregante e hipolipemiente (Prevención secundaria)
- ✓ Promover una efectiva rehabilitación.

Por lo tanto es imprescindible instaurar el tratamiento lo más rápido posible, evitando complicaciones posteriores que van en detrimento de la calidad de vida del paciente y la familia.

El espectro de la enfermedad es muy amplio y heterogéneo, razón por la cual hay que tener esquemas de diagnóstico y manejo bien definidos para

cada subgrupo y cada momento de la enfermedad y de acuerdo a su etiología (Orozco Vélez JL) (p. 1219).

Para Torres JF (2006), Es importante considerar que el Evento Cerebrovascular en urgencias se considera dos eventos importantes: (P.369-382).

- ✓ Accidente isquémico transitorio
- ✓ Infarto cerebral agudo

La definición clásica, del Accidente isquémico transitorio (AIT), hay un déficit neurológico súbito con una duración no mayor de 24 horas, en el que se presume un origen vascular, y esta confinada a una área del cerebro o del ojo, irrigada por una arteria especial. Históricamente el AIT se diferencia del Evento Cerebrovascular por un tiempo arbitrario de 24 horas y se basa en la presencia o ausencia de injuria en el parenquima cerebral, con resolución completa de los síntomas, entre 30 y 60 minutos, si los síntomas duran más de una hora, la probabilidad de resolución completa antes de las 24 horas es del 15%.

El peso de esta evidencia obliga a redefinir, como breve disfunción neurológica causada por isquemia cerebral o retiniana focal, con síntomas que duren menos de una hora y sin evidencia de infarto cerebral. El AIT y Evento Cerebrovascular, se deben considerar como una **urgencia médica**.

El riesgo de Evento Cerebrovascular por un AIT, se debe estimar en los siguientes 90 días siguientes, después de un AIT, el 10% de los pacientes presentan un Evento Cerebrovascular, y de estos la mitad lo hará en las primeras 48 horas. Todo paciente con un AIT es una **emergencia médica**, y debe ser valorado inmediatamente para su estudio y la situación terapéutica.



### 2.3.2 Fisiopatología

“Los vasos sanguíneos que suministran oxígeno y nutrientes al cerebro se rompen o se ocluyen por una embolia sanguínea o una trombosis, o bien por la ruptura de un vaso sanguineoterminal o de un aneurisma, a consecuencia de esta ruptura o bloqueo de la circulación de la sangre, se produce disminución del flujo sanguíneo cerebral, parte del cerebro no recibe flujo; se priva de oxígeno y las células cerebrales afectadas no pueden funcionar y mueren en minutos a causa de la hipoxia. Cuando estas células mueren, la parte del cuerpo controlada por ellas deja de funcionar. Los efectos devastadores del Evento Cerebrovascular, son generalmente permanentes porque mueren las células cerebrales, las cuales no pueden ser reemplazadas por otras.” Explica Ruth Navia, 2010 en su módulo Alteraciones Neurológicas, docente de la especialización de cuidado crítico.

Según Fontana H, et al (2007), el encéfalo humano recibe el aporte sanguíneo cerebral a través de cuatro grandes vasos sanguíneos: dos arterias, carotídeas internas y dos arterias vertebrales; estas dos últimas forman la arteria basilar. Existen dos sistemas arteriales básicos que son el carotídeo y vertebral basilar que se unen en la base del polígono de Willis.

Para que se produzca una lesión isquémica, el flujo sanguíneo cerebral debe estar por debajo de las necesidades metabólicas mínimas de la zona comprometida.

La “perfusión miserable”. La penumbra isquémica es ese nivel de flujo sanguíneo, que aunque abolida la función, permite la supervivencia de la célula.

Este nivel de flujo, para un tejido neural que trabaja normalmente, está alrededor de 20ml/100gr/min, lo que se consigue con una presión de perfusión de aproximadamente 25 mm de Hg. Zonas del cerebro más o

menos extensas que se hayan mantenido por encima de estos valores de presión de perfusión (PP) o de flujo, durante episodios de riesgo, ya sea por aumentos descontrolados de la presión intracraneana o por hipotensión sistémica, o ambos, podrían aún haber escapado de sufrir una lesión isquémica definitiva.

Por otro lado, los pacientes que se encuentran en coma traumático tienen una disminución franca del metabolismo cerebral, que podría hacer menos vulnerables a la isquemia a extensas áreas de tejido neural, haciendo más tolerables descensos de la PP por debajo de 40- 50 y por encima de 30 mm Hg

Es posible pues, que aún en condiciones de mala perfusión cerebral, existan áreas en donde la isquemia es reversible por períodos importantes.

- ✓ **La regulación química.** Aún en casos en donde la autorregulación esté agotada por descenso de la PP por debajo de 40-50mmHg, los vasos pueden mantener su reactividad a poderosos estímulos químicos generados en el área isquémica: pCO<sub>2</sub>, pH, adenosina. El aumento de estos sustratos produce una vasodilatación, que al reducir la velocidad de flujo sanguíneo capilar, permite una mayor extracción de O<sub>2</sub> por parte del tejido cerebral.
- ✓ **La utilización de la glucosa.** Asumimos que el cerebro se comporta como una máquina que extrae la energía para su funcionamiento de la oxidación completa de la glucosa a CO<sub>2</sub> y H<sub>2</sub>O, y que es altamente eficiente en esta tarea.

La acumulación de metabolitos intermedios ácidos como piruvato-ácido láctico y su paso a la sangre venosa, ha sido interpretada como signo de isquemiasevera<sup>16</sup> y funcionamiento del tejido nervioso en anaerobiosis.

- ✓ **La protección cerebral.** Los métodos de protección cerebral contra la isquemia han consistido históricamente en tratar de disminuir el metabolismo neuronal a un mínimo, e históricamente también, han dado escaso resultado. (p. 35-36).

Los principales factores de riesgo para el Evento Cerebrovascular son: hipertensión arterial, dislipidemia, diabetes, enfermedad coronaria o infarto previo de miocardio, enfermedad cardíaca o valvular con riesgo emboligénico –como la fibrilación auricular o las prótesis valvulares–, presencia de ateromatosis carotídea o vertebro basilar intra o extracraneal de moderada a severa y haber tenido un Ataque Isquémico Transitorio (AIT) o trombosis cerebral.

Otros factores son el tabaquismo, obesidad, sedentarismo, raza afroamericana y edad mayor de 60 años. El riesgo proyectado en cada paciente depende de la sumatoria de factores de riesgo y del grado óptimo de control de los factores modificables a lo largo del tiempo (Orozco JL. 2007) (p. 169).

### **2.3.3 Metabolismo Celular del Cerebro**

Según Fábregas N & Valero R. (2001), las neuronas son extremadamente dependientes del oxígeno y la glucosa. Las cetonas pueden ser metabolizadas, especialmente en períodos de ayuno, aunque de forma limitada y los lípidos no pueden ser utilizados. En el cerebro no existen depósitos de glucógeno. Por ello, el tejido neural depende de un continuo aporte de substratos. A los 20 segundos de ausencia del FSC se pierde el conocimiento. La glucosa y el ATP son consumidos en 3-5 minutos. A los 5-8 minutos de paro cardíaco normotérmico, la lesión neuronal es irreversible (datos obtenidos en pacientes en paro cardíaco no quirúrgico).

El metabolismo anaerobio provoca un rápido aumento de lactato, con una disminución del pH. La glucosa se transporta hacia el cerebro por difusión facilitada gracias a un transportador específico.

Durante el descanso el cerebro extrae el 10% de la glucosa sanguínea, lo que representa una cierta reserva si decrece el flujo, aumentándose la extracción. De cada molécula de glucosa se obtienen teóricamente 38 moléculas de ATP siguiendo el metabolismo aerobio, el ciclo de Krebs y la cadena respiratoria mitocondrial. Esta cadena requiere a su vez el continuo aporte de oxígeno (40-70 ml O<sub>2</sub>/ min), que es, afortunadamente, mayor que la demanda (alrededor de 150 ml /min), por lo que en caso de una disminución del flujo, la extracción de oxígeno de la sangre puede aumentar. Además de la glicolisis y la fosforilación oxidativa, el cerebro tiene otros dos mecanismos para mantener concentraciones estables de ATP: Creatin fosfoquinasa y Adenilquinasa.

La energía en el cerebro es consumida para la actividad de transmisión sináptica (50%-60%) (Liberación y recaptación de neurotransmisores) y para el metabolismo basal (40-50 %) (Mantener los gradientes eléctrico e iónico transmembrana, el soporte de la estructura de la membrana per se, dirigir el flujo axonal, síntesis y almacenamiento de neurotransmisores).

Se acepta que el aporte de sustratos (evidenciado por el flujo sanguíneo) es paralelo al gasto de energía. De una forma global, diríamos que el mayor flujo cerebral se verá durante una crisis epiléptica y el menor, durante el coma. Durante una crisis convulsiva se produce un aumento del FSC y de las demandas metabólicas de un 100 a 400 %.

### 2.3.4 Medición de la Actividad Metabólica Cerebral:

Considerando el acoplamiento entre el consumo de ATP y el aporte de oxígeno, la actividad metabólica cerebral se puede deducir del consumo de oxígeno.

El parámetro más utilizado para determinar la actividad metabólica local es CMRO<sub>2</sub> (Consumo metabólico regional de oxígeno) (3,0-3,8 ml/100g/min; FSC/CMRO<sub>2</sub>=14-18). Existen varias técnicas para su medición:

- Clearance de gas inerte radioactivo
- Diferencia contenido artero venoso de oxígeno y Saturación de oxígeno venosa yugular:

$$\text{CMRO}_2 = \text{FSC} (\text{CaO}_2 - \text{Cjv O}_2)$$

$$\text{AjvDO}_2 \text{ (diferencia A-V del contenido de O}_2\text{)} = \text{CMRO}_2 / \text{FSC}$$

En esta fórmula la medida de AjvDO<sub>2</sub> es una medida del acoplamiento entre metabolismo y flujo.

Permanecerá constante (7 ml O<sub>2</sub> / 100 ml sangre en adultos) en tanto la relación entre oferta y demanda no cambie. Los valores absolutos de los parámetros pueden variar (fiebre, hipotermia, fármacos anestésicos,..) pero se mantendrá la relación. En ciertas ocasiones el acoplamiento puede abolirse (p.ej TCE). En esta situación la relación variará reflejando la adecuación del aporte de oxígeno ante una demanda determinada.

Por ejemplo si AjvDO<sub>2</sub> es menor de 4, puede asumirse un exceso relativo del aporte respecto la demanda (estado hiperhémico). A la inversa, valores superiores a 8-9 indica que el cerebro está extrayendo más oxígeno de la sangre, probablemente debido a que el aporte es demasiado bajo para

los requerimientos metabólicos. Valores superiores a 9 pueden indicar isquemia. Si el aporte sigue disminuyendo, la capacidad compensadora del cerebro se pierde y decrece el índice metabólico, siendo entonces la relación entre flujo y diferencia AV impredecible. Finalmente al aparecer el infarto cerebral la  $AjvDO_2$  decrece dado que el tejido infartado no consume energía.

El **contenido de oxígeno** depende de la concentración de hemoglobina, la cantidad de oxígeno que se combinará con 1g de hemoglobina, el porcentaje de la saturación de oxígeno de la hemoglobina y la cantidad de oxígeno disuelto en el plasma.  $Cont.O_2 = (Hg \times 1,39 \times SatO_2) + (0,003 \times pO_2)$ .

Suponiendo que la concentración de hemoglobina no cambie, la saturación arterial de  $O_2$  permanece estable alrededor del 100 % y que el contenido de oxígeno disuelto en plasma es despreciable, se puede extrapolar que la  $AjvDO_2$  viene determinada primariamente por la **saturación de oxígeno de la sangre venosa yugular** ( $SvO_2$ ):  $AjvDO_2 = (1 - SjVO_2)$ . De esta deriva que:  $SjVO_2 = FSC / CMRO_2$ .

(Valores normales 69 - 70 %). Si valor > 75% puede indicar bien un exceso de aporte respecto los requerimientos energéticos o bien una isquemia cerebral global. Un descenso < 54% puede indicar una hipo perfusión cerebral compensada. Por debajo de 40% se asocia a isquemia cerebral global, que puede caracterizarse por la medida de la concentración de ácido láctico en sangre venosa yugular y el cálculo del índice oxígeno-lactato. (p. 11-12).

### **2.3.5 Signos y Síntomas.**

Los signos y síntomas del Evento Cerebrovascular dependen de qué parte del sistema cerebral esta lesionada. En algunos casos, es posible

que una persona ni siquiera se dé cuenta de que ha tenido un Evento Cerebrovascular.

Los síntomas generalmente se presentan de manera súbita y sin aviso o pueden ocurrir a intervalos durante el primero o segundo día. Los síntomas por lo general son más graves apenas sucede el Evento Cerebrovascular, pero pueden empeorar lentamente.

Se puede presentar un dolor de cabeza, especialmente si el Evento Cerebrovascular es causado por sangrado en el cerebro. La cefalea puede manifestarse

- De comienzo súbito
- Ocurre al estar acostado
- Despierta a la persona
- Cambia de posición
- Esfuerzos o tose

Otros síntomas dependen de la gravedad del Evento Cerebrovascular. Los síntomas pueden abarcar:

- Cambio en la lucidez mental (incluyendo coma, somnolencia y pérdida del conocimiento)
- Cambios en la audición
- Cambios en el sentido del gusto
- Torpeza
- Confusión o pérdida de memoria
- Dificultad para deglutir
- Dificultad para leer o escribir
- Mareos o sensación anormal de movimiento (vértigo)
- Falta de control de esfínteres
- Pérdida del equilibrio

- Pérdida de la coordinación
- Debilidad muscular en la cara, el brazo o la pierna (por lo regular sólo en un lado)
- Entumecimiento u hormigueo en un lado del cuerpo
- Cambios emocionales, de personalidad y estado de ánimo
- Problemas con la vista, incluyendo disminución de la visión, visión doble o ceguera total
- Cambios en la sensibilidad que afectan el tacto y la capacidad para sentir el dolor, la presión, las temperaturas diferentes u otros estímulos
- Problemas para hablar o entender a otros que estén hablando
- Problemas para caminar
- Hemiplejia
- Alteraciones en el lenguaje , afasia
- Alteraciones en la deglución, disfagia, vómitos, náuseas, dificultad al masticar.
- Cambios en estado mental ( apatía, irritabilidad, desorientación, pérdida de memoria, somnolencia, estupor)
- Cefaleas
- Rigidez de nuca
- Convulsiones
- Alteración de la visión( diplopía)
- Signo de Kernig y Brudzinski positivo.

Durante el episodio agudo de isquemia cerebral hay una reacción orgánica de defensa que aumenta la presión arterial para mejorar la perfusión en el área cerebral que sufre la isquemia; por lo tanto, el equipo, médico debe permitir cifras tensionales elevadas, hasta 220/120 mm Hg o presión arterial (PA) media, menor o igual a 130 mmHg y no usar medidas farmacológicas para reducir estas cifras, porque podría empeorar el déficit neurológico. Las únicas excepciones para el tratamiento farmacológico con labetalol o con nitroprusiato en urgencias o en cuidado crítico son la



presencia de disección aórtica, infarto de miocardio, falla cardíaca, edema agudo de pulmón (Orozco JL. 2007) (p.172).

La isquemia puede ser global (parada cardíaca) o focal. En este caso aparece un gradiente topográfico en el que una zona central de isquemia completa está rodeada de áreas de niveles de perfusión variables. Estas áreas son potencialmente viables si el flujo sanguíneo puede ser recuperado.

Posteriormente a la isquemia, cuando se recupera el flujo, aparecen una serie de alteraciones secundarias denominadas lesiones por reperfusión. Inicialmente aparece un período de hiperemia (15-20 min) debido a un descenso de la viscosidad y disminución del tono vascular. Tras ello sucede un período de hipo perfusión post isquémica. Incluyen edema tisular, vasoespasmo, y sedimentación de hematíes que reducirán el flujo sanguíneo; acidosis intracelular; liberación de neurotransmisores aminoácidos excitatorios (NAE) ;liberación de catecolaminas; hipermetabolismo; depresión secundaria del metabolismo recuperado; exceso de calcio intracelular con la liberación de la cascada de procesos mediados por el calcio; cambios en la compartimentalización y quelación de metales libres; y alteración del metabolismo del oxígeno con producción de radicales libres.

Es probable que estas alteraciones pos isquémicas sean debidas a la vasoconstricción provocada por el aumento del calcio en las células endoteliales y al aumento de tromboxano A2.

### **2.3.6 Medios de Diagnóstico**

#### **a) Anamnesis:**

Es parte importante en la historia, haciendo un recuento desde la aparición de los síntomas, hasta el momento de consulta, características, duración e intensidad. Antecedentes personales, familiares, ictus previos, cirugías previas, tratamiento actual, circunstancias en las que aparecieron síntomas y signos, evolución y aparición de otros síntomas.

#### **b) Examen físico**

Centrado en la valoración y evaluación neurológica exhaustiva. Requiere de la permanente observación, del monitoreo continuo de los signos vitales y neurológicos para el reconocimiento temprano del deterioro hemodinámico y neurológico. Es importante la valoración cardiovascular completa como la carotídea.

#### **Pruebas complementarias.**

- 1) Clínica
- 2) TAC cerebral
- 3) rayos X
- 4) Electrocardiograma
- 5) Ecocardiograma transesofágico, transtorácico.
- 6) resonancia magnética (RMN)
- 7) Doppler de carótidas.

Otros como química sanguínea entre los cuales tenemos cuadro hemático completo, tiempos de protrombina (PT), tiempo de tromboplastina (PTT), proteína C reactiva.

### 2.3.7 Factores de Resgo Relacionados con el ECV

Estos se clasifican de acuerdo con su susceptibilidad o posibilidad de ser modificados con los programas de prevención que el equipo de salud haya planeado.

#### a. Factores de riesgo no modificables

- **Edad.-** es el más importante se conoce que la incidencia del Evento Cerebrovascular se duplica cada década después de los 55 años de edad.
- **Sexo.-** Es un 30% más frecuente en el hombre que en la mujer,
- **Predisposición Genética.-** Es menos importante aunque está presente.

#### b. Factores de riesgo modificables

- **Hipertensión arterial.-** Es el más importante y prevalente de los factores de riesgo. La hipertensión no solo se relaciona con infartos cerebrales sino también con la hemorragia intracerebral.
- **Enfermedad cardíaca.-** Infarto, trombo mural, fibrilación auricular, insuficiencia cardíaca, enfermedad valvular reumática.
- **Diabetes Mellitus.-** Es un factor independiente de riesgo para la isquemia cerebral.
- **Tabaquismo.-** Es un importante factor de riesgo, el cese de este hábito reduce rápidamente el riesgo.
- **Alcohol.-** El consumo moderado tiene un efecto protector sobre la circulación cardíaca y cerebral, pero el exceso produce un efecto inverso.

### **2.3.8 Complicaciones y secuelas por Evento Cerebrovascular**

El ajuste a la discapacidad física después de un Evento 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 (OPS. 1998 citado por Teixeira P, Silva LD. 2009) (p. 3).

El Evento Cerebrovascular se transforma en un desafío tanto por el impacto social, como el impacto en la vida de las personas y sus familias. Estar o ser un portador de discapacidad física compromete a la persona y el entorno, especialmente a la familia (OMS. 2003 citado por Teixeira P, Silva LD. 2009) (p. 3).

En la mayoría de los casos, los pacientes con discapacidad por la naturaleza de las secuelas no responden a las intervenciones a corto y mediano plazo, lo que supone un desafío constante para los profesionales y autoridades sanitarias. La Organización Mundial de la Salud (2003), ha conceptualizado discapacidad como una restricción, resultado de la falta de capacidad para llevar a cabo una actividad considerada como normal para el hombre. Esas discapacidades se clasifican como motora y de locomoción; de comunicación, emocional, cognitivo, visual y auditiva. (p.2).

Las secuelas de un Evento Cerebrovascular implican siempre un cierto grado de dependencia. Alrededor del 30% a 40% de los supervivientes en el primer año después del Evento Cerebrovascular no están en condiciones de volver a trabajar y requieren algún tipo de ayuda para realizar actividades básicas de la vida diaria. La pérdida de autonomía entre los adultos y su consiguiente dependencia es otra forma de expresar la severidad de las discapacidades resultantes de los Evento Cerebrovascular (Carvalho EF, et al 1998 citado por Teixeira P, Silva LD. 2009) (p.2).

**Incapacidad motora.** Perlini et al. (2005), al identificar y describir las actividades de la familia que cuida de las personas con discapacidad por un Evento Cerebrovascular en casa, encontró que lo más comprometido es la autonomía del paciente, siendo mayores las exigencias y la complejidad de las actividades realizadas por el cuidador. Los pacientes, presentaban serias dificultades en las actividades de la vida diaria, tales como alimentarse, realizar su higiene personal, movilización y locomoción. Las incapacidades más frecuentes fueron la motora y/o sensorial indicadas por la hemiplejía, hemiparesia o parestesias y déficits cognitivos capaces de interferir con la capacidad de concentración, reducir el nivel de atención, causando la pérdida de la memoria de corta o larga duración. Tareas como vestirse, desvestirse, abrochar los botones, que requieren coordinación, y la administración de medicamentos, dosis y horarios de actividades fueron imposibles de ser ejecutadas (Teixeira P, Silva LD. 2009) (p.5).

**Incapacidad por disfagia.** Kind et al. (2007) citado por (Teixeira P, Silva LD. 2009) hizo una encuesta con 5.250 pacientes que tuvieron accidente Cerebrovascular y encontró que las infecciones y neumonía por aspiración son las razones más comunes que conducen a la re-hospitalización, lo que representa el 15-43% de reingresos de los pacientes afectados por un Evento Cerebro Vascular.

Smithard et al (2007), estudiaron la alta incidencia de la disfagia (30-50%) en los enfermos en la fase aguda y de recuperación del Evento Cerebrovascular. Esto representa un co-factor de mortalidad y morbilidad, con todos los gastos añadidos a la sociedad (Teixeira P, Silva LD2009) (p. 6).

**Incapacidad tipo afasia.** (Mansur et al 2002, citado por Teixeira P, Silva LD2009) (p. 8), en un estudio descriptivo brasileño con 192 pacientes con Evento Cerebrovascular, demostró que la incidencia de la afasia fue de 70%; de la disartria y apraxia fue del 6%, los cambios funcionales de

comunicación que fueron un 17% y el 7% de los pacientes fueron normales. Nos dice que es fundamental comprender los cambios en el habla y el lenguaje de los pacientes y puede ser útil como una referencia para los profesionales de la salud que participan en la rehabilitación de estos trastornos.

### **2.3.9 Tratamiento**

El tratamiento se inicia con la educación a los pacientes sobre los factores de riesgo, dieta, ejercicio, dejar el alcohol y el cigarrillo, incrementando los buenos hábitos.

Es útil el asa, acetil salicílico, en dosis de 100 hasta 1300 mg /día.

Terapia anticoagulante, como la warfarina o el coumadin reduce el riesgo de Evento Cerebrovascular, en pacientes que han padecido fibrilación auricular. Este riesgo aumenta si coexiste la hipertensión arterial, valvulopatías, prótesis de válvulas, edad mayor de 75 años. El rango terapéutico debe estar del INR de 2 a 3.

La angioplastia esta en estudios cuando se ubica alteraciones a nivel de las carotidas interna.

Cuando estamos frente a un Evento Cerebrovascular agudo en 1996 la FDA (Federal drug administration) aprobó el activador del plasminógeno como terapia salvadora frente a la ventana terapéutica, de tres horas después de sucedido el Evento Cerebrovascular, sabemos que este origina la interrupción brusca del flujo cerebral normal, tratando de corregir rápidamente la interrupción cerebral de este flujo mediante esta terapia. Para esto es necesario el tac y descartar el Evento Cerebrovascular del hemorrágico.

La arteriografía cerebral también brinda información sobre el vaso ocluido. Es importante también tener en cuenta las cifras de la tensión arterial media, teniendo la precaución de no disminuirla mas de 20 mmhg.

### **Trombolisis intravenosa.**

La evidencia actual ha demostrado que el alteplase (t-PA) intravenoso es una terapéutica segura en el Evento Cerebrovascular en las tres primeras horas. Existen precauciones para la administración de este medicamento como no cirugía craneana ni trauma en los tres meses anteriores, no hay antecedentes de cirugía mayor a 14 días previos, no historia de hemorragia intracraneal, presión arterial sistólica inferior a 185 mmhg, presión arterial diastólica inferior a 110 mmhg, no síntomas sugestivos de hemorragia subaracnoidea, ausencia de hemorragia gastrointestinal o urinaria, ausencia de punción arterial previos 7 días, no tiene crisis epiléptica en el inicio del Evento Cerebrovascular, PT menor de 15 seg o INR menor de 1.7, no uso de drogas anticoagulantes, heparina administrada en el rango de 48 horas previas, recuento de plaquetas mayor de 100.000 mm<sup>3</sup>, glicemia mayor de 60 mg/dl,g.

Si se considera la administración de alteplase (t-PA) debe hacerse de la siguiente forma: (Torres JF 2006) (p. 375-379)

- Determine si el paciente es candidato para el tratamiento y cumple con los anteriores criterios.
- Infusión de t-PA a 0,9 mg/kg (dosis máxima 90 mg) en un periodo de 60 minutos, iniciando con bolo del 10% de la dosis.
- Realice la valoración neurológica cada 15 minutos, cada 30 minutos después de la infusión por 6 horas y cada hora después durante 16 horas siguientes, igualmente la presión arterial.
- Si hay cefalea o hipertensión TAC de urgencias.

- No colocar heparina ni antiagregante plaquetario en las siguientes 24 horas de la trombolisis. Heparinas de bajo peso molecular después de las 48 horas del Evento Cerebrovascular, se deben instaurar, aun su beneficio no está comprobado.

### **Tratamiento de la Hipertensión Endocraneana**

La hipertensión endocraneana secundaria a un Evento Cerebrovascular se explica por el edema cerebral progresivo que aparece en las primeras 72 horas y está habitualmente relacionada con infartos cerebrales extensos del territorio de la cerebral media o en un hemisferio cerebeloso. En los casos leves, algo de restricción de líquidos y elevación de la cabecera a 30 grados podría ser suficiente, pero en casos graves con deterioro clínico o con signos de herniación se recomienda la intubación orotraqueal para hiperventilar y reducir el PaCO<sub>2</sub> en 5 a 10 mmHg, con lo cual se consigue disminuir la presión intracraneana. El uso de furosemida 40 mg IV o manitol 0,25 a 0,5 mg/kg de peso en bolos IV cada 6 horas, sin pasar de 2 g/kg de peso, a pesar de su uso corriente, no tiene suficiente soporte en la evidencia y además su eficacia está restringida a 24 horas como máximo.

### **Medidas complementarias**

Los pacientes que como resultado de la lesión neurológica tengan alteración del estado de conciencia o disfunción deglutoria con riesgo de bronco aspiración deben ser alimentados por vía enteral mediante sonda nasoyeyunal transitoriamente, o de manera definitiva en algunos casos por yeyunostomía. Deberá mantenerse adecuado balance nutricional e hidroelectrolítico tanto durante la fase aguda como en el proceso de rehabilitación.



## **Prevención de trombosis venosa:**

- Fase aguda: compresión neumática en miembros inferiores.
- Después de 48 a 72 horas iniciar heparina profiláctica.
- En caso de embolismo pulmonar usar filtro de vena cava.
- En caso de presentarse hemorragia secundaria anti coagulación debe usarse protamina o vitamina K.
- Tratamiento quirúrgico:
- Hemorragia cerebelosa de 3 cm con deterioro neurológico, compresión de tallo o hidrocefalia obstructiva.
- Hemorragia lobar superficial a menos de 1 cm de la corteza por craniectomía (Orozcovelez 2009) (p. 173-174).

### **2.3.10 Escala de Coma de Glasgow**

Se basa en la valoración de tres aspectos de la conducta: respuestas ocular verbal y motoro ante órdenes verbales y estímulos dolorosos. El examinador asigna una calificación de la escala a cada respuesta, alta para lo normal y baja para lo anormal: se registra la mejor respuesta; la puntuación más baja es tres y la más alta es quince, una puntuación de 7 o menos se acepta por lo general como coma.

## **2.4. Glosario de Términos**

**Intervención de enfermería.-** Es una acción autónoma basada en fundamentos científicos que se realizan para beneficiar al paciente de modo predecible relacionado con el diagnóstico de enfermería.

**Factores de riesgo.-** En epidemiología un factor de riesgo es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad o cualquier otro problema de salud.

**Evento Cerebrovascular-**una reducción en el suministro de sangre al cerebro bien mediante estrechamiento de las arterias por concentración de placa en las paredes interiores de las arterias, llamada estenosis, o mediante el bloqueo de una arteria debido a un coágulo de sangre.

**Evento Cerebrovascular Agudo:** una etapa del Evento Cerebrovascular que dura desde la aparición de los síntomas hasta unas cuantas horas después de la aparición de dichos síntomas.

**Evento Cerebrovascular Embólico:** un Evento Cerebro Vascular ocasionado por un émbolo.

**Evento Cerebrovascular Hemorrágico:** sangrado repentino dentro o alrededor del cerebro.

**Evento Cerebro Vascular Trombótico:** un Evento Cerebrovascular ocasionado por trombosis.

**Necrosis:** una forma de muerte celular resultante de anoxia, trauma o cualquier otra forma de daño irreversible de la célula; incluye la liberación de material celular tóxico en el espacio intercelular, envenenando células circundantes.

**Trombosis:** formación de un coágulo de sangre en una de las arterias cerebrales de la cabeza o el cuello que permanece pegada a la pared arterial hasta que se hace lo suficientemente grande para bloquear el flujo de sangre.

**Proceso de atención de Enfermería.-** El Proceso de Enfermería o Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es un método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados, apoyándose en un modelo científico realizado por un profesional de enfermería.

**Valoración de Enfermería.-** La valoración consiste en recolectar y organizar los datos que conciernen a la persona, familia y entorno con el fin de identificar las respuestas humanas y fisiopatologías. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores.

**Diagnóstico de Enfermería.-** Los diagnósticos de enfermería son parte de un movimiento en enfermería para estandarizar la terminología que incluye descripciones estándar de diagnósticos, intervenciones y resultados.

**Planificación de Enfermería.-** La planificación consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del cliente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del cliente enfermo, identificadas en el diagnóstico de enfermería.

**Ejecución del plan de Enfermería.-** En esta fase se ejecuta el plan de enfermería descrito anteriormente, realizando las intervenciones definidas en el proceso de diagnóstico.

**Evaluación de Enfermería.-** El propósito de esta etapa es evaluar el progreso hacia las metas identificadas en los estadios previos.

**Escala de Glasgow.-** es una escala neurológica diseñada para evaluar el nivel de conciencia de los pacientes que han sufrido un traumatismo craneoencefálico durante las primeras 24 horas postrauma, al valorar tres parámetros: apertura ocular, espuerta motora, y respuesta verbal.

**Escala de valoración Neurológica en el ACV.-** Las escalas de valoración neurológica nos permite cuantificar de forma bastante fiable la gravedad del ictus, su progresión y desenlace. Se deben aplicar de forma sistemática el ingreso y en intervalos establecidos.

**Escala de Rankin Modificada.-** Es una escala que valora, de forma global, el grado de discapacidad física tras un ictus. Se divide en 7 niveles, desde 0 (sin síntomas) hasta 6 (muerte).

## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **3.1. Tipo de investigación**

El presente trabajo es cuantitativo por qué parte de la recolección de datos numéricos aportados por la encuesta como instrumento válido para dicho propósito.

Descriptivo por identificación de variables que se las va a describir mediante cuadros, gráficos y tablas organizados con referencias absolutamente confiables.

#### **3.2. Técnicas e instrumento**

Técnicas son las encuestas tipo cuestionario que permite el análisis objetivo de las dos poblaciones investigadas tanto de los pacientes teniendo como datos referenciales las historias clínicas y el talento humano de enfermería a quienes se les aplicó la respectiva encuesta. Este instrumento nos permitirá valorar las actividades de enfermería ejecutadas con los pacientes que presentan factores como hipertensión arterial, cefalea, antecedentes de epilepsia, diabetes mellitus, eventos cardiovasculares factores descritos como desencadenantes del Evento Cerebrovascular.

### **3.2.1. Técnicas**

Como recursos para la obtención de información se aplicaron encuestas a los profesionales y personal del Servicio de Emergencia del Hospital San Vicente de Paúl de la ciudad de Ibarra:

Las encuestas se aplicaron a enfermeras, cuyo instrumento es un cuestionario de preguntas de selección y cerradas (lista de chequeo).

### **3.2.2. Técnicas de procesamiento y análisis de datos**

La información recopilada mediante las encuestas, es organizada y tabulada para ingresar en tablas estadísticas, en las que se sustentan la elaboración de gráficos estadísticos, en los que se resaltan los valores porcentuales que permiten objetivar los indicadores de las diferentes variables.

Cada una de las preguntas genera una tabla, gráfico estadístico y el análisis correspondiente, en el que se presentan argumentaciones sobre causas y consecuencias de cada uno de los aspectos.

### **3.2.3. Validez y confiabilidad de los instrumentos**

El cuestionario cuenta con 19 preguntas, cerradas y de selección múltiple.

Los aspectos que se analizan en el estudio diagnóstico son los siguientes:

- Manejo de pacientes de riesgo de ECV

- Toma de signos vitales al ingreso del paciente
- Verificación de historia clínica rápida
- Tecnología para control de signos vitales
- Prácticas de buena atención al cliente externo
- Control periódico de TA
- Medicación disponible en forma inmediata
- Conocimiento teórico de fisiología del ECV
- Conocimiento de protocolos o líneas de atención de enfermería

### 3.3. Población y muestra.

En el área de emergencia se detectó en promedio mensual la atención a 105 casos en el año 2009, 162 casos en el año 2010, 110 casos en el 2011, y 90 casos de enero a junio del 2012, estadísticas que se muestran en el cuadro siguiente y que fueron proporcionadas en el Hospital.

<b>Año</b>	<b># de casos anual</b>	<b># de casos mensual</b>
2005	740	62
2006	697	58
2007	742	62
2008	685	57
2009	1264	105
2010	1615	162
2011	1331	110
2012	1091	90

Fuente: Área de Emergencia  
Hospital San Vicente de Paúl (2012)

De los casos anteriormente citados no hay evidencia de cuántos pacientes se complicaron por una inadecuada atención de enfermería y provocaron Evento Cerebrovascular para la muestra se trabajó con dos

poblaciones pacientes y enfermeras por lo que tomaremos toda la población de riesgo atendida en el Servicio de Emergencia durante los meses de enero a marzo del 2012 y que justifique adecuadamente su situación de salud derivada de esa atención.

El talento humano, con el que se cuenta en emergencias, está compuesto por una licenciada enfermera líder del servicio, diecinueve Licenciadas de Enfermería.

### **3.4. Proceso de la investigación**

**3.4.1.** Determinación del Tema y Problema

**3.4.2.** Declaración de Objetivos

**3.4.3.** Desarrollo del Marco Teórico

**3.4.4.** Construcción de la Metodología

**3.4.5.** Descripción del Entorno

**3.4.6.** Etapa de campo

**3.4.7.** Análisis de la información

**3.4.8.** Formulación de la Propuesta guías



### 3.5. Operacionalización de variables

Tabla 1

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	NIVEL DE MEDICIÓN	ÍNDICE
Factores de riesgo que conllevan a la ocurrencia del Evento Cerebro Vascular.  Factores no modificables	Son particularidades de los pacientes que deben ser tomadas en cuenta como motivos que conllevan a la ocurrencia de un evento Cerebro vascular.	Edad	45 años < 45 años	Ordinal	%
		Género	Femenino Masculino	Nominal	%
		Etnia	Mestizo Indígena Negro	Nominal	%
Factores de riesgo relacionados con el paciente con Evento Cerebro Vascular. Factores modificables	Son factores que se clasifican de acuerdo con su susceptibilidad o posibilidad de ser modificados con los programas de prevención que el equipo de salud haya planeado realizar.	Hipertensión Hipotensión	TAM> 120 TAM<80	Ordinal	%
		Traumatismo Craneoencefálico	Leve Grave	Ordinal	%
		Diabetes M.	Tipo I Tipo II Descompensada Complicada	Ordinal	%

		Cefaleas	Aguda Crónica	Nominal	%
		Tensionale	Si ( ) No ( )	Nominal	%
		Epilepsia	Si ( ) No ( )	Nominal	%
		Cardiopatías	Si ( ) No ( )	Nominal	%
		Hábitos y costumbres	Alcoholismo Tabaquismo Sedentarismo obesidad	Nominal	%
		Antecedentes farmacológicos	Medicación Hipertensiva Medicación Diabetes Automedicación	Nominal	%
Actividades de enfermería se realiza en pacientes con factores de riesgo para la ocurrencia del Evento Cerebro Vascular.	Todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de la Enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente.	Valoración	HCL	Nominal	%
		Diagnóstico	HCL		
		Planificación	HCL		
		Ejecución	HCL		
		Evaluación	HCL		

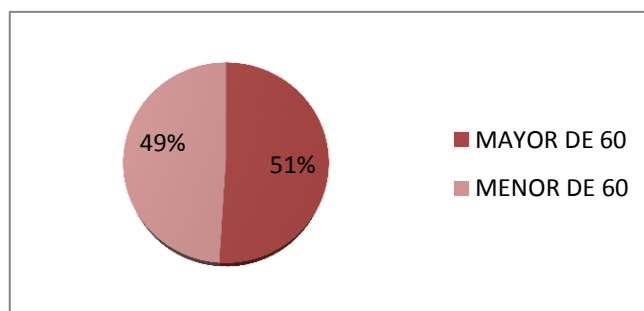
## CAPÍTULO IV

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

**Encuestas realizadas a pacientes que acudieron a emergencia del HSVP**

#### 1. Características Sociodemográficas

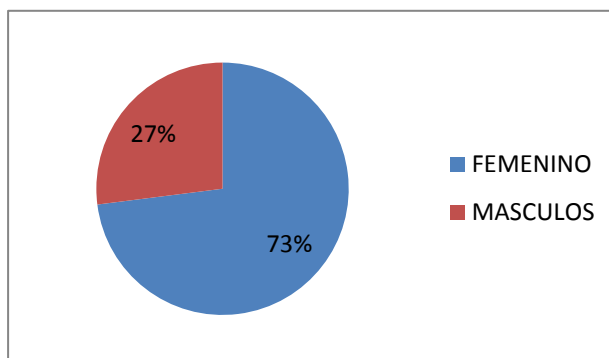
**Gráfico N° 1**  
**Edad mayor de 60 años**



#### **Análisis e interpretación:**

De las 100 personas tomadas como muestra para la presente encuestas la edad es de mayores de 60 años representa el 51 % y menores de 60 años representa el 49%.de la población encuestada entre el adulto mayor y el adulto menor no hay un porcentaje muy diferencial de sufrir un evento Cerebrovascular. Es un mito que el accidente Cerebrovascular ocurre solo en los adultos, en realidad el evento Cerebrovascular ocurre en todas los grupos de edades, desde los fetos aun en el vientre materno, hasta las personas de 100 años. No obstante, que las personas mayor de edad tienen un riesgo más alto de sufrir un evento cerebro vascular que la población en general.

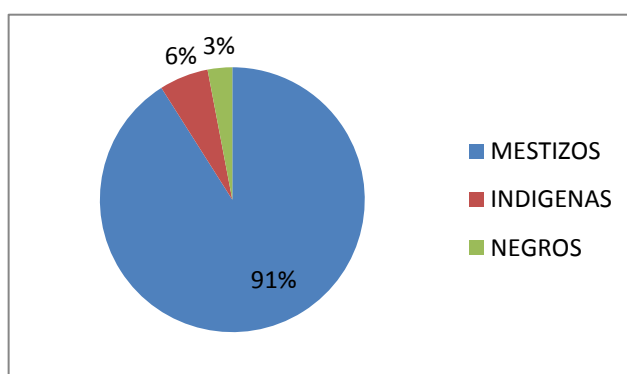
**Gráfico N° 2**  
**Género de los entrevistados**



**Análisis e interpretación:**

De las 100 personas tomadas de muestra para la presente encuestas el género es femenino representa el 73 % y masculinos representan el 27%.encontramos que en el genero femenino el porcentaje de un evento Cerebrovascular es muy elevado en comparación que del genero masculino. Ya que las mujeres suelen tener más depresión, limitaciones físicas y mas restricciones en sus actividades diarias que el hombre.

**Gráfico N° 3**  
**Raza de los entrevistados**

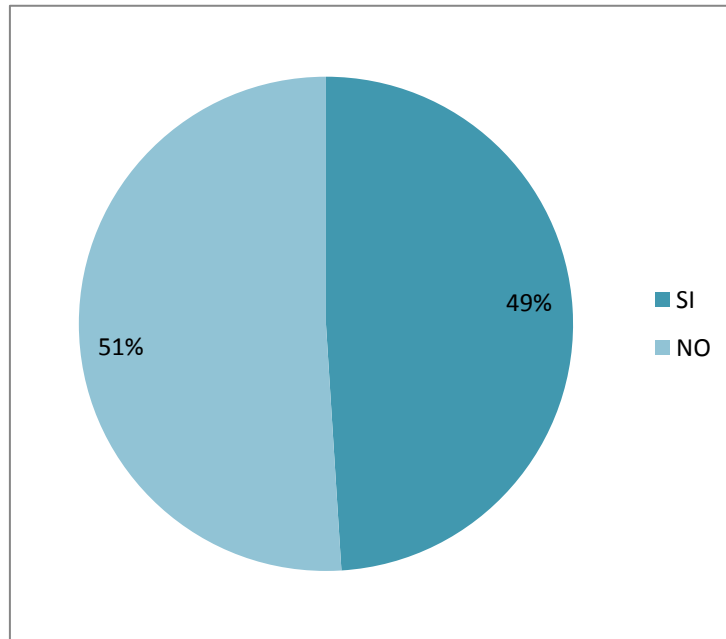


**Análisis e interpretación:**

De las 100 personas tomadas de muestra para la presente encuestas la raza es mestizo representa el 91%, indígenas representa el 6% y negros representa el 3%. Se refleja que la raza mestiza el porcentaje mas elevado de sufrir un evento cerebro vascular a comparación de las demás razas. Esto nos indica que el estilo de vida, el medio ambiente son factores que desempeñas un papel importante en el riesgo de sufrir un evento Cerebrovascular.

## 2. Antecedentes farmacológicos

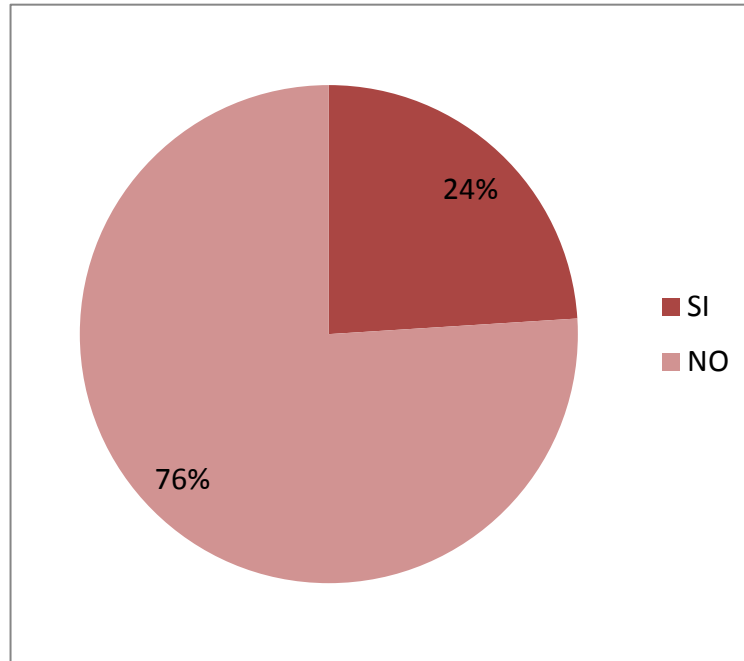
**Gráfico N° 4**  
**Medicación hipertensión**



### **Análisis e interpretación**

De las 100 personas tomadas de muestra para la presente encuesta los pacientes que usan medicación para la hipertensión representan el 49 % y los pacientes que no usan medicación para hipertensión representan el 51%. Entre la población encuestada tenemos que el porcentaje es mayor de las personas que no se controlan la hipertensión ya sea por la falta de información o por el descuido del paciente, siendo estas personas las más propensas a sufrir un evento Cerebrovascular.

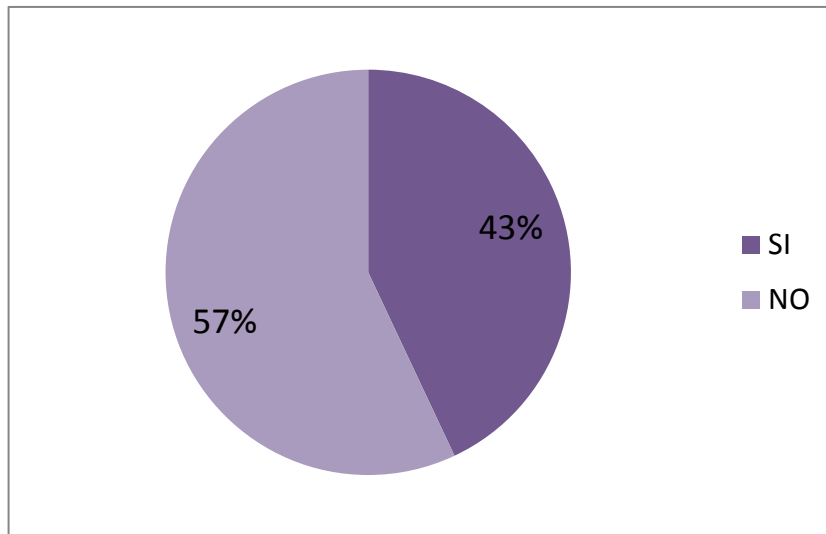
**Gráfico N° 5**  
**Medicación diabetes**



**Análisis e interpretación:**

De las 100 personas tomadas de muestra para la presente encuesta los pacientes que usan medicación para diabetes representan el 24 % y los pacientes que no usan medicación para diabetes representan el 76%. Observamos un alto porcentaje de los pacientes diabéticos que no se controlan con la medicación, siendo esto pacientes de alto riesgo de sufrir un evento Cerebrovascular.

**Gráfico N° 6**  
**Automedicación**

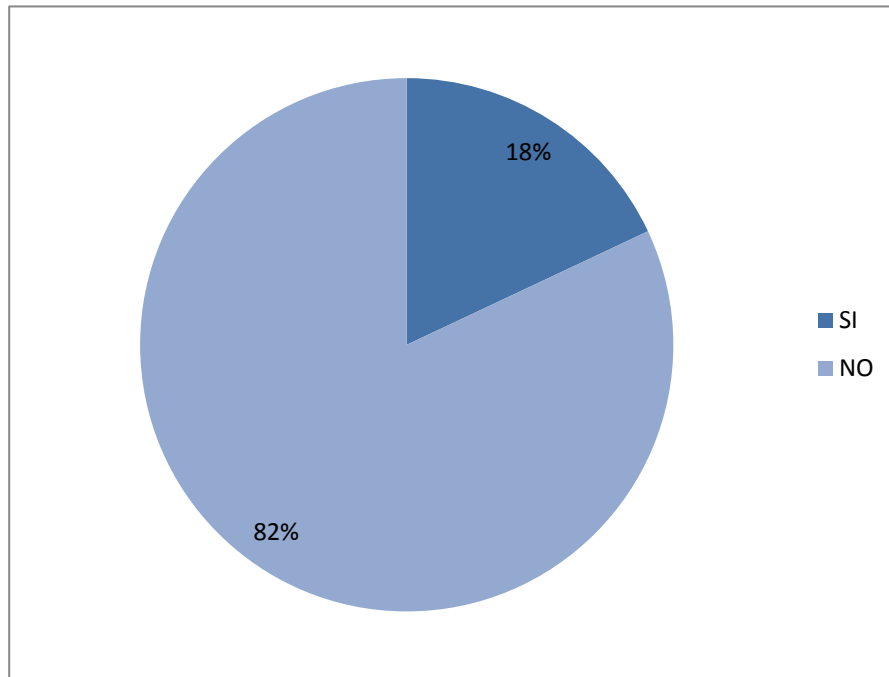


#### **Análisis e interpretación**

De las 100 personas tomadas de muestra para la presente encuesta los pacientes que se automedican representan el 43 % y los pacientes que no se automedican representan el 57%. La diferencia entre los pacientes que se automedican u no se automedican es casi mínima siendo esto un factor fundamental para no identificar a tiempo la enfermedad.

### 3. Antecedentes patológicos

**Gráfico N° 7**  
**ECV previo**



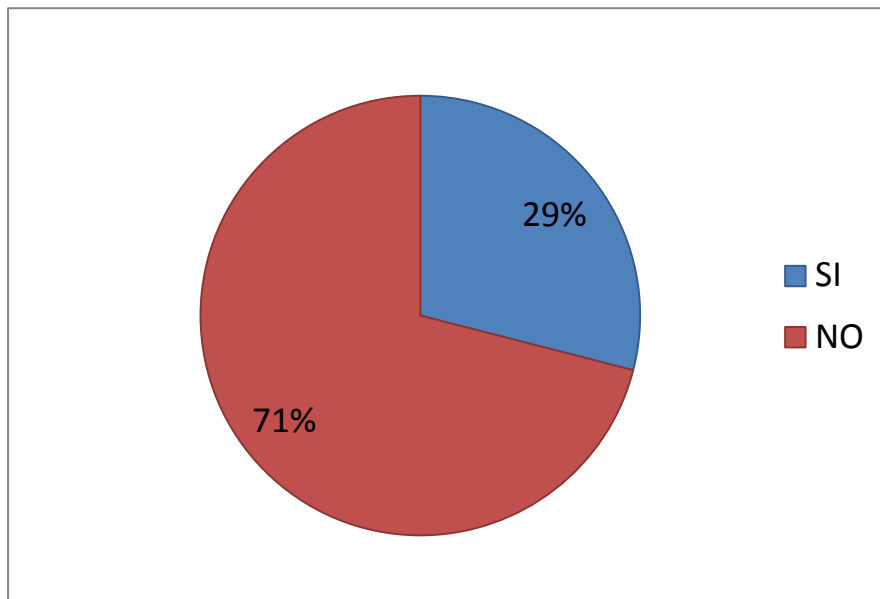
#### **Análisis e interpretación**

De las 100 personas tomadas de muestra para la presente encuesta los pacientes que han presentado ECV previo representan el 18 % y los pacientes que no han presentado ECV previo representan el 82%.

En los antecedentes patológicos tenemos que los pacientes que han sufrido un evento Cerebrovascular previos del 18% siendo esto un porcentaje considerable en nuestra investigación.



**Gráfico N° 8**  
**Diabetes**

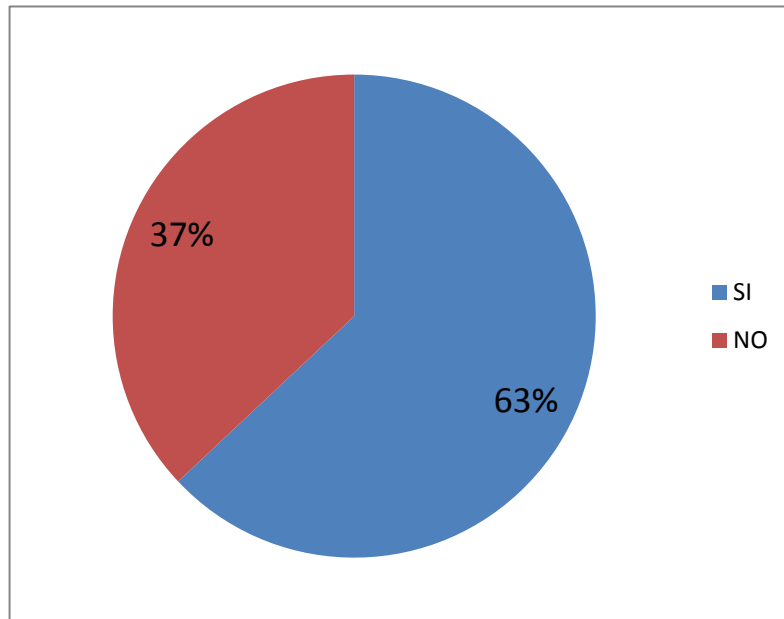


### **Análisis e interpretación**

De las 100 personas tomadas de muestra para la presente encuesta los pacientes que presentan diabetes representan el 29 % y los pacientes que no presentan diabetes representan el 71%

La diabetes es otra enfermedad que aumente el riesgo de una persona de sufrir un accidente cerebro vascular. Las personas con diabetes tienen tres veces el riesgo de un evento Cerebrovascular de las personas sin diabetes.

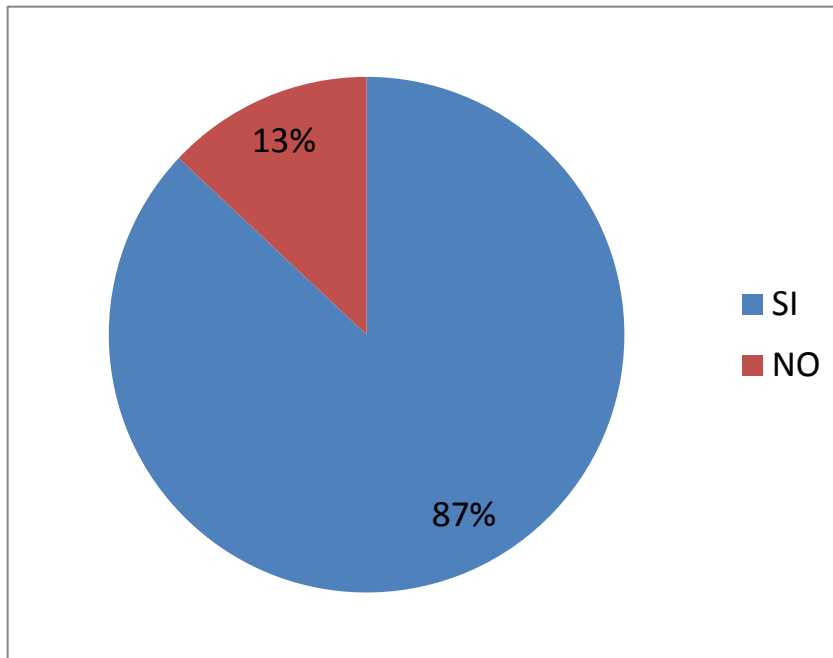
**Gráfico N° 9**  
**Hipertensión**



### **Análisis e interpretación**

De las 100 personas tomadas de muestra para la presente encuesta los pacientes que presentan hipertensión representan el 63 % y los pacientes que no presentan hipertensión representan el 37%. De las encuestas realizadas tenemos un porcentaje elevado de pacientes que presentan hipertensión, siendo este uno de los factores más importantes modificables de sufrir un evento Cerebrovascular, ya sea por el estilo de vida, tipo de alimentación, o por falta de educación.

**Gráfico N° 10**  
**Cefaleas**

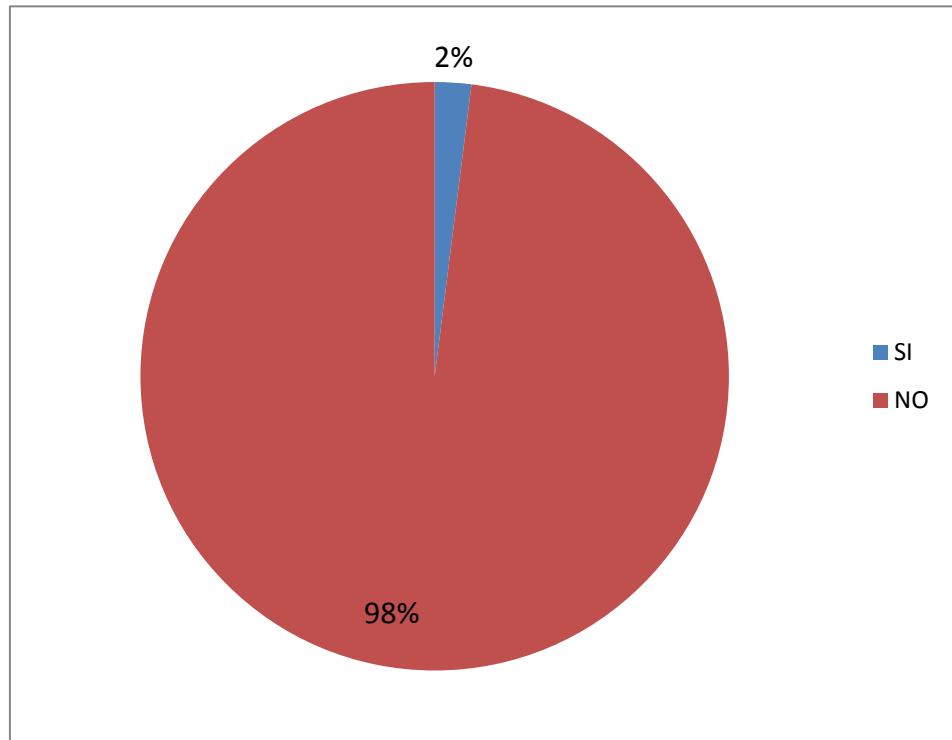


### **Análisis e interpretación**

De las 100 personas tomadas de muestra para la presente encuesta los pacientes que presentan cefaleas representan el 87 % y los pacientes que no presentan cefaleas representan el 13%.

El porcentaje de los pacientes que tienen antecedentes de sufrir cefaleas es elevado, siendo este un síntoma que no debe pasar desapercibido o no tomado en cuenta por el equipo de salud ya que puede ser el inicio de un accidente Cerebrovascular.

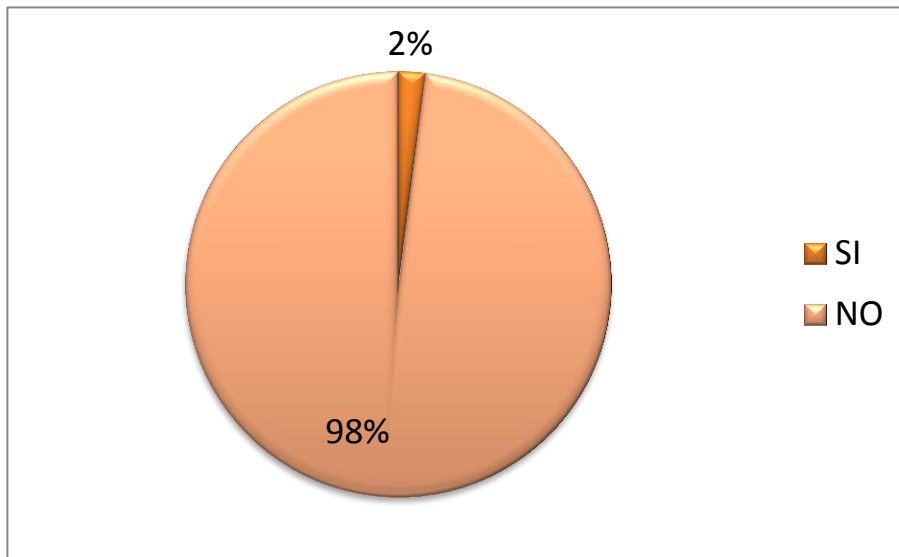
**Gráfico N° 11**  
**Epilepsias**



### **Análisis e interpretación**

De las 100 personas tomadas de muestra para la presente encuesta los pacientes que presentan epilepsias representan el 2% y los pacientes que no presentan epilepsias representan el 98%. El antecedente de epilepsias el porcentaje es menor en los pacientes encuestados, siendo este también un factor de riesgo poco relevante para nuestra investigación

**Gráfico N° 12**  
**Cardiopatías**

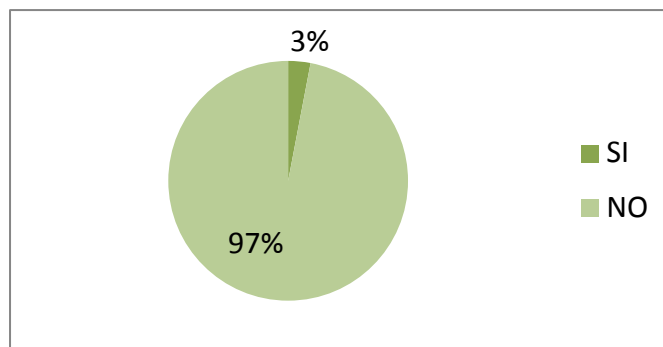


### **Análisis e interpretación**

De las 100 personas tomadas de muestra para la presente encuesta los pacientes que presentan cardiopatías representan el 2% y los pacientes que no presentan cardiopatías representan el 98%.

Después de la hipertensión, el segundo factor más importante de riesgo de un evento Cerebrovascular es la enfermedad cardíaca, en especial una condición conocida como la fibrilación atrial

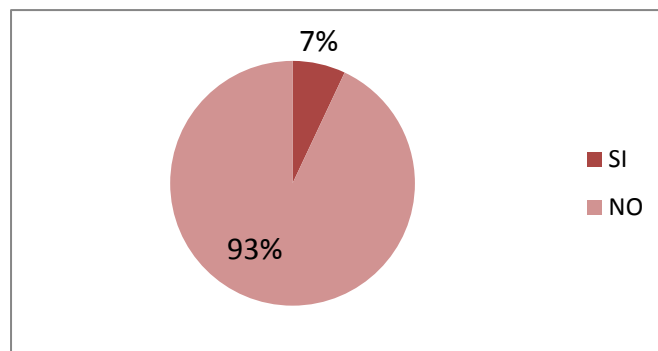
**Gráfico N° 13**  
**Dislipidemias**



**Análisis e interpretación**

De las 100 personas tomadas de muestra para la presente encuestas los pacientes que presentan dislipidemia representan el 3% y los pacientes que no presentan dislipidemia representan el 97%. El antecedente de los pacientes que presentan dislipidemia es del 3% siendo este un factor de riesgo poco relevante para nuestra investigación.

**Grafico N° 14**  
**Obesidad**



**Análisis e interpretación**

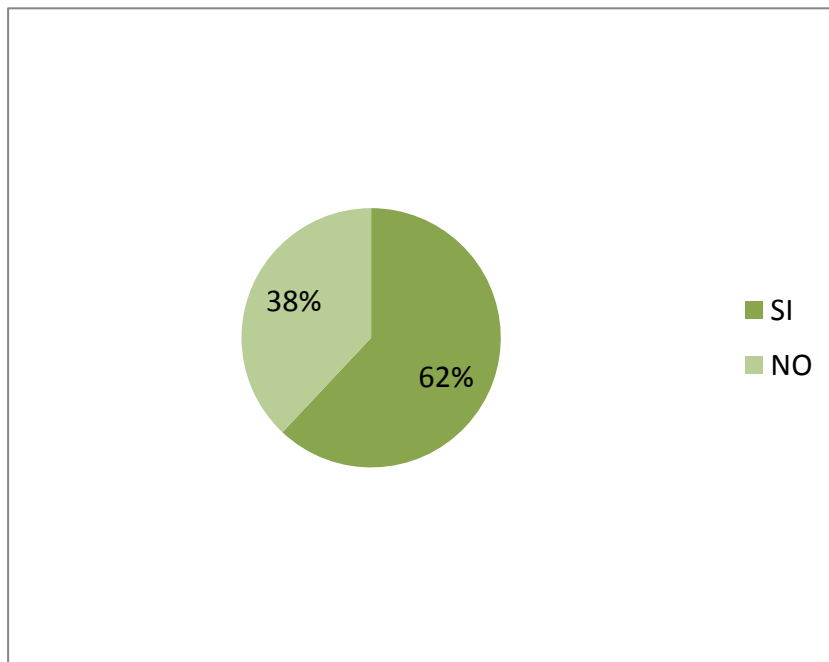
De las 100 personas tomadas de muestra para la presente encuestas los pacientes que presentan obesidad representan el 7% y los pacientes que no presentan obesidad representan el 93%. La obesidad es un factor predispone te de sufrir un evento Cerebrovascular en las encuestas realizadas el porcentaje es minino ya que no encontré la información completa en dicha instrumento.

#### 4. Factores de riesgo

##### Presión arterial media

##### Gráfico Nº 15

TAM > 120

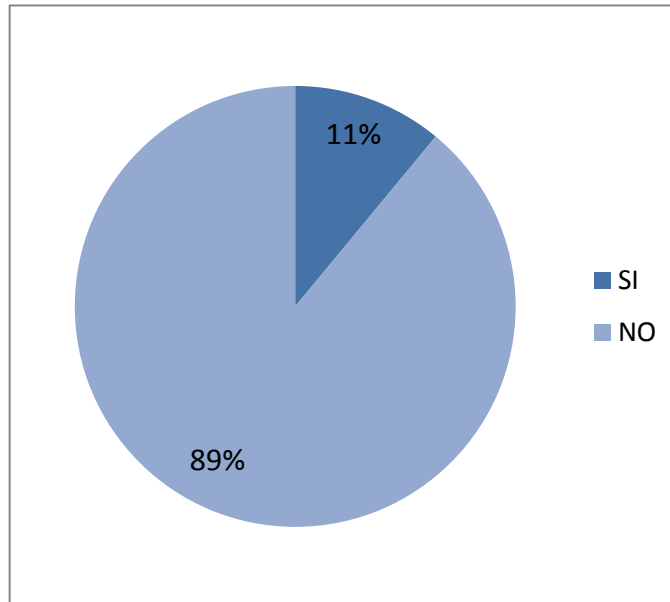


##### Análisis e interpretación

De las 100 personas tomadas de muestra para la presente encuesta los pacientes que presentan presión arterial media mayor a 120 mmHg representan el 62%, y los pacientes que no presentan presión arterial media mayor de 120 mmHg son del 38%.

La presión arterial media se considera como la presión de perfusión de los órganos corporales se cree que una presión arterial media mayor de 60mmHg es suficiente para mantener los órganos de la persona promedio. Se considera normal un valor 70 y 110 mmHg. Teniendo riesgo muy elevado de los pacientes que acuden al servicio de emergencia del Hospital San Vicente de Paul de un evento Cerebrovascular.

**Gráfico N° 16**  
**TAM < 80**

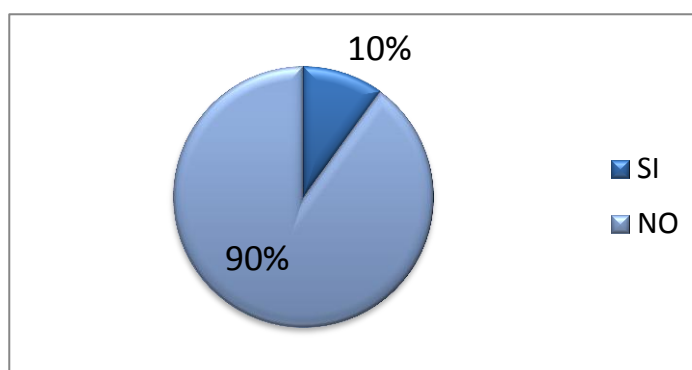


**Análisis e interpretación:**

De las 100 personas tomadas de muestra para la presente encuesta los pacientes que presentan una presión arterial media menor de 80 mmHg son el 11%, y de los pacientes que no presentan una presión arterial media menor de 80mmHg son del 89%. Si la PAM cae de este valor por un tiempo considerable, el órgano blanco no recibirá el suficiente riego sanguíneo y se volverá isquémico.



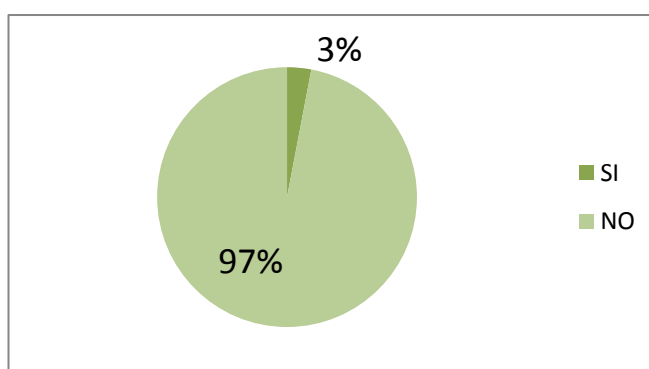
**Grafico N° 17**  
**Trauma craneoencefálico**



**Análisis e interpretación**

De las 100 personas tomadas de muestra para la presente encuestas los pacientes que presentan trauma craneoencefálico representan el 10% y los pacientes que no presentan trauma craneoencefálico representan el 90%. Las lesiones en la cabeza o en el cuello pueden dañar el sistema Cerebrovascular y ocasionar un pequeño número de accidentes Cerebrovascular.

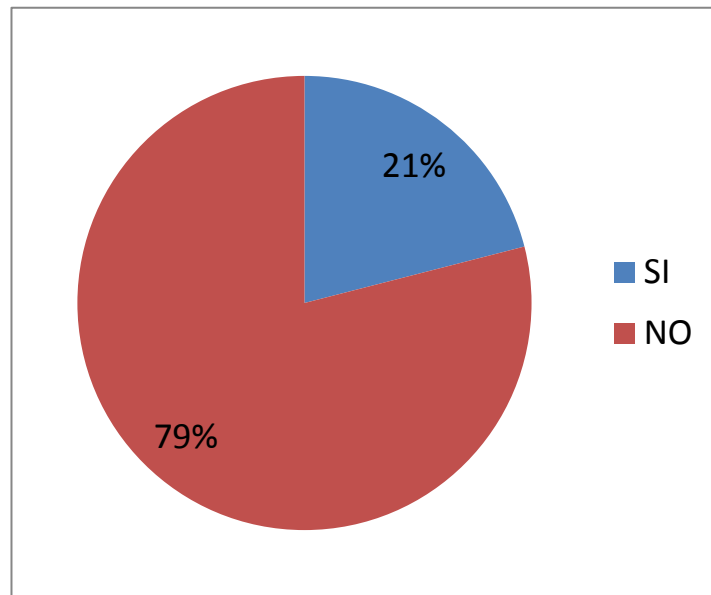
**Gráfico N° 18**  
**Diabetes mellitus tipo I**



**Análisis e interpretación**

De las 100 personas tomadas de muestra para la presente encuestas los pacientes que presentan diabetes Tipo I representan el 3% y los pacientes que no presentan diabetes representan el 97%. Entre uno de los factores de riesgo de un ECV esta la diabetes y este se clasifica en diabetes mellitus tipo 1, diabetes mellitus tipo 2

**Gráfico N° 19**  
**Diabetes mellitus tipo II**



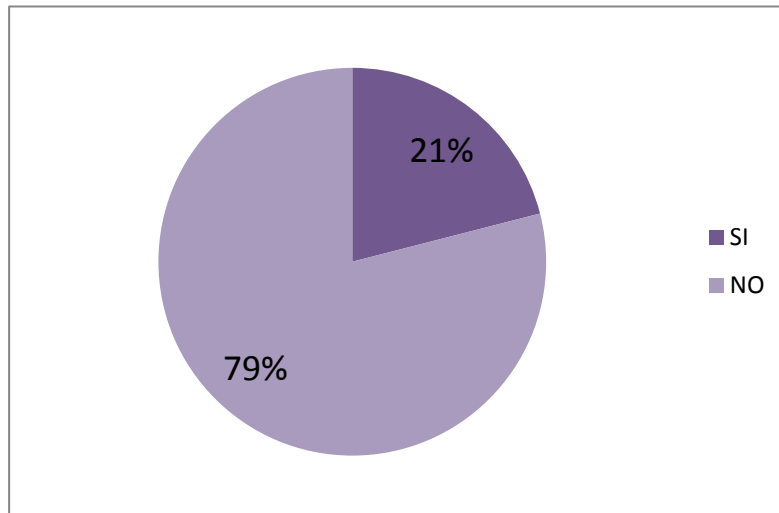
**Análisis e interpretación:**

De las 100 personas tomadas de muestra para la presente encuesta los pacientes que presentan diabetes Tipo II representan el 21% y los pacientes que no presentan diabetes Tipo II representan el 79%.

Este tipo de diabetes se desarrolla en la edad adulta y esta relacionada con la obesidad. Las personas con diabetes tienen tres veces el riesgo de sufrir un evento Cerebrovascular de las personas sin diabetes.

## 5. Hábitos y costumbres

**Gráfico N° 20**  
**Alcoholismo**

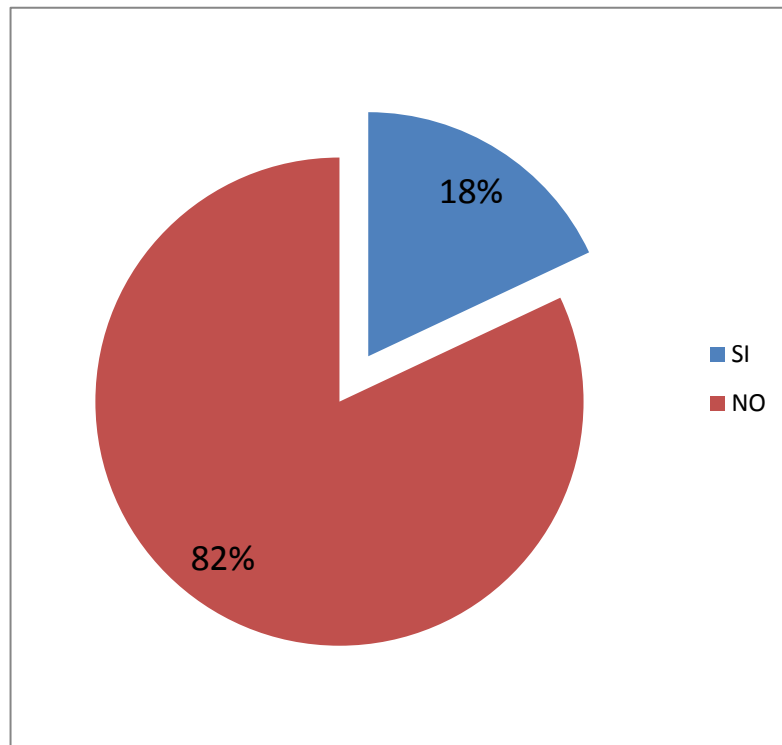


### **Análisis e interpretación**

De las 100 personas tomadas de muestra para la presente encuesta los pacientes que presentan Hábitos de Alcoholismo representan el 21% y los pacientes que no presentan Hábitos de Alcoholismo representan el 79%.

El consumo elevado de alcohol es otro factor de riesgo modificable de evento cerebro vascular por lo general, un incremento en el consumo de alcohol conduce a un incremento en la presión sanguínea. Llevando esto a un riesgo de hemorragia y de un Cerebrovascular vascular isquémico.

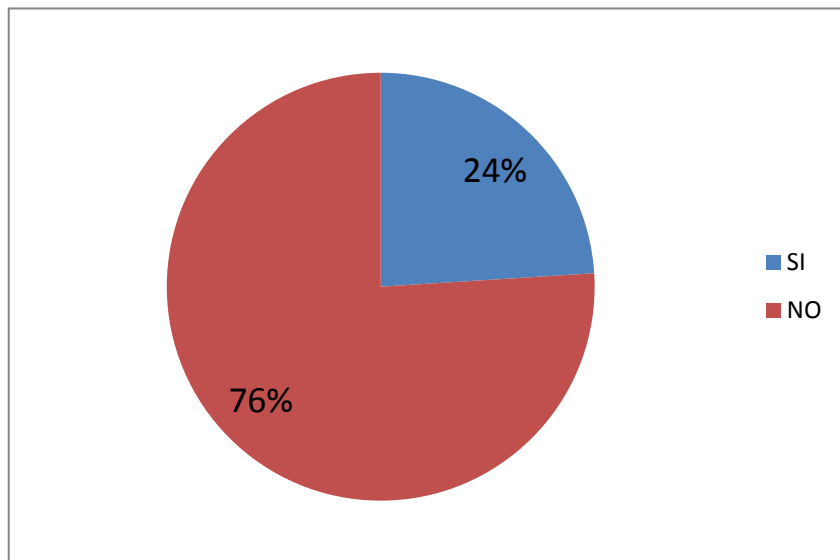
**Gráfico N° 21**  
**Tabaquismo**



### **Análisis e interpretación**

De las 100 personas tomadas de muestra para la presente encuesta los pacientes que presentan Hábitos de Tabaquismo representan el 18% y los pacientes que no presentan Hábitos de Tabaquismo representan el 82%. El consumo de cigarrillo casi duplica el riesgo de una persona de sufrir un evento Cerebrovascular isquémico. Es responsable directo de eventos Cerebrovascular en adultos jóvenes.

**Gráfico N° 22**  
**Sedentarismo**

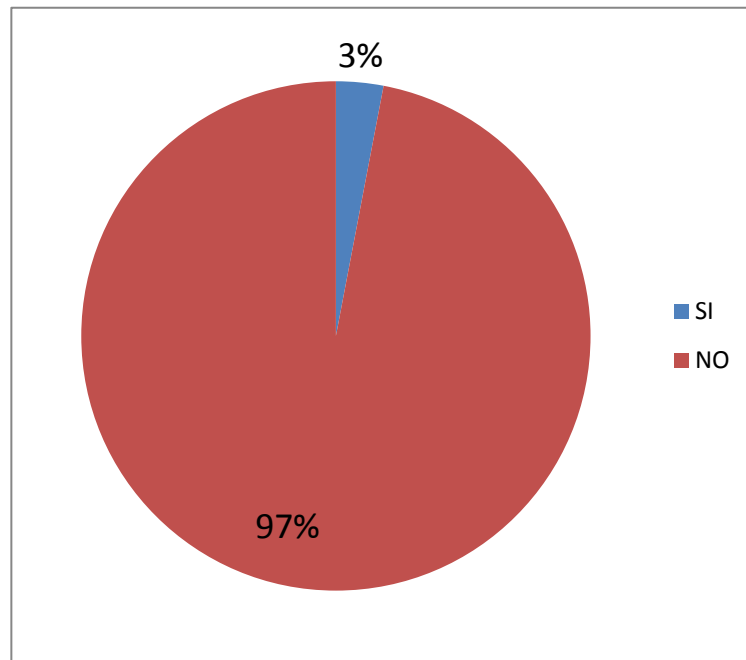


### **Análisis e interpretación**

De las 100 personas tomadas de muestra para la presente encuesta los pacientes que presentan Hábitos de Sedentarismo representan el 24% y los pacientes que no presentan Hábitos de Sedentarismos representan el 76%.

El sedentarismo es un factor modificable que es causante de un evento Cerebrovascular que se puede evitar con el cambio de estilo de vida.

**Gráfico N° 23**  
**Drogas**



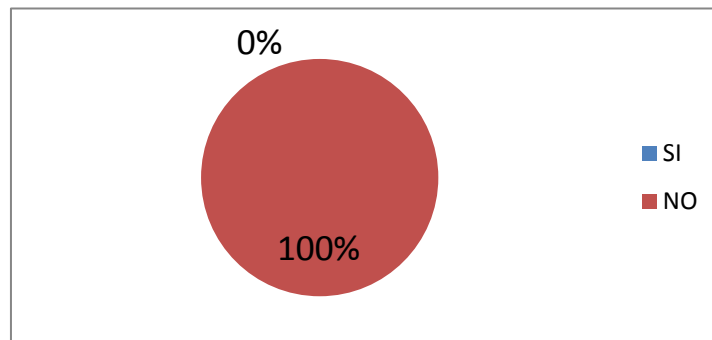
### **Análisis e interpretación**

De las 100 personas tomadas de muestra para la presente encuesta los pacientes que presentan Hábitos de consumir Drogas representan el 3% y los pacientes que no presentan Hábitos de consumir Drogas representan el 97%.

El consumo de drogas ilegales, como cocaína, marihuana, anfetaminas, esteroides etc. Ocasiona constricción vascular, estrechamiento de las arterias, afectando al corazón, ocasionando arritmias y la formación de coágulos.

## 6. Antecedentes cardiovasculares

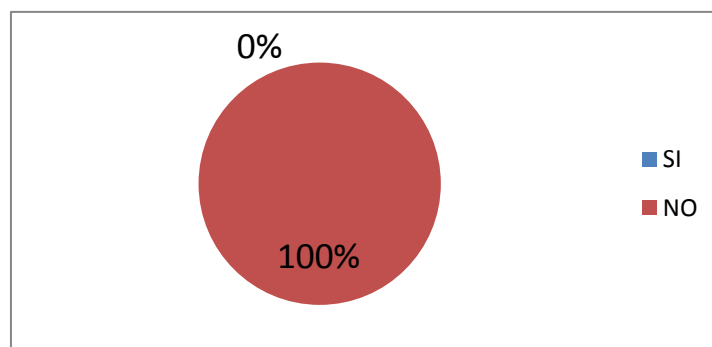
**Gráfico N° 24**  
**Infarto agudo de miocardio**



### **Análisis e interpretación:**

De las 100 personas tomadas de muestra para la presente encuesta los pacientes que presentan Infarto Agudo a Miocardio representan el 0% y los pacientes que no presentan Infarto Agudo a Miocardio representan el 100%.

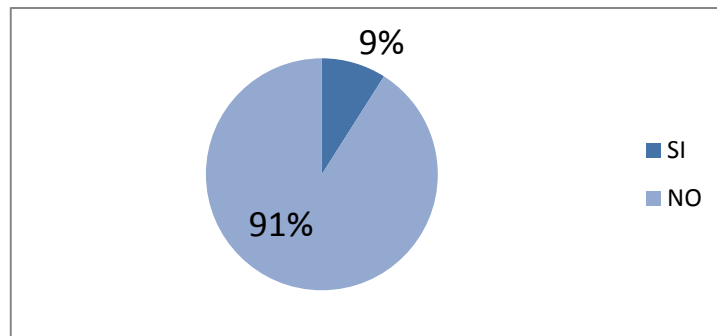
**Gráfico N° 25**  
**Fibrilación auricular**



### **Análisis e interpretación**

De las 100 personas tomadas de muestra para la presente encuesta los pacientes que presentan Fibrilación Auricular representan el 0% y los pacientes que no presentan Fibrilación Auricular representan el 100%.

**Grafico N° 26**  
**Arritmias cardiacas**

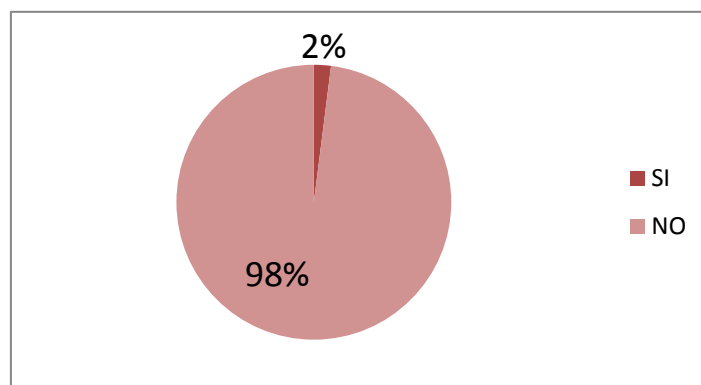


**Análisis e interpretación**

De las 100 personas tomadas de muestra para la presente encuestas los pacientes que presentan Arritmias Cardiacas representan el 9% y los pacientes que no presentan Arritmias Cardiacas representan el 91%.

Un ritmo cardiaco acelerado puede conducir a la formación de coágulos en la sangre y terminar en un evento Cerebrovascular isquémico.

**Grafico N° 27**  
**Oclusión carotídea**

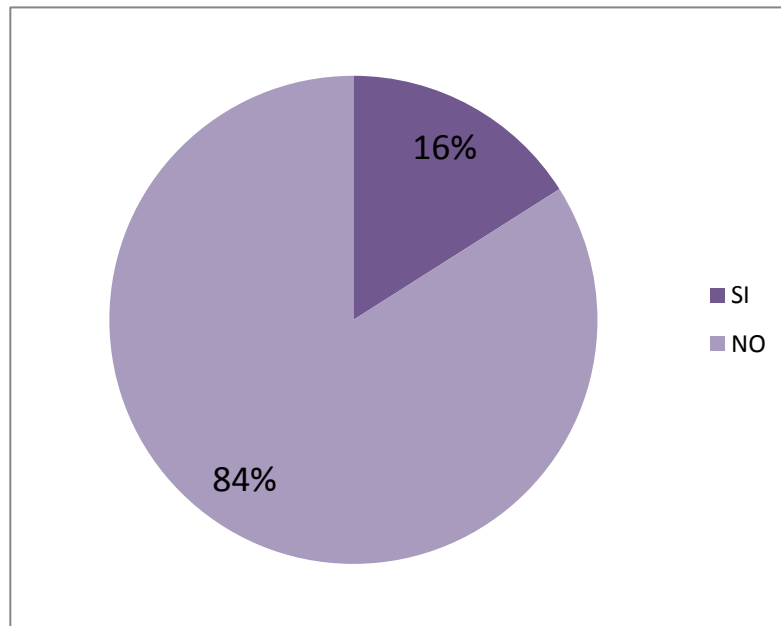


**Análisis e interpretación**

De las 100 personas tomadas de muestra para la presente encuestas los pacientes que presentan oclusión carotídea es del 2% y los pacientes que no presentan oclusión carotídea es del 98%



**Gráfico N° 28**  
**Enfermedad coronaria**



### **Análisis e interpretación**

De las 100 personas tomadas de muestra para la presente encuesta los pacientes que presentan enfermedades coronarias es del 16%, y los pacientes que no presentan enfermedades coronarias es del 84%.

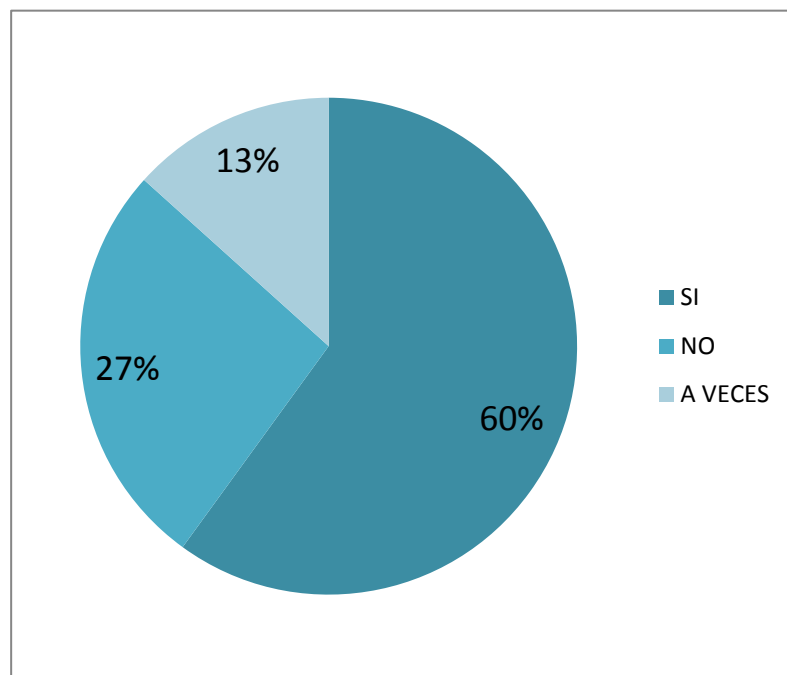
Después de la hipertensión, el segundo factor más importante de riesgo de un evento Cerebrovascular es la enfermedad cardíaca.

## Encuestas realizadas a las enfermeras del área de emergencia de HSVP

Actividades de enfermería ejecutadas aplicando el proceso de enfermería.

1. ¿Realiza usted valoración clínica a los pacientes que ingresan a emergencia?

Gráfico N° 29

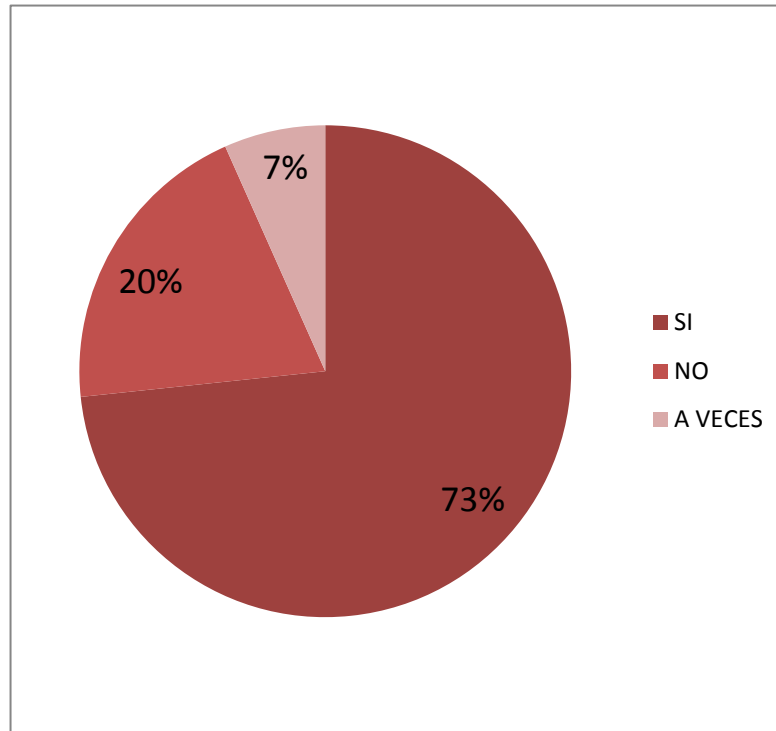


### Análisis e interpretación

De las 15 Enfermeras del área de emergencia encuestadas responden que realizan valoración clínica a los pacientes que ingresan por emergencia: SI el 60%, NO el 27% y A VECES el 13 %.en el siguiente cuadro refleja que el 60% de las licenciadas en enfermería realizan valoración clínica a los pacientes lo cual refleja que de todas las enfermeras encuestadas un gran porcentaje no cumplen con esta labor que es esencial en las funciones de enfermería.

**2. ¿Realiza usted diagnóstico de enfermería a los pacientes que ingresan a emergencia?**

**Grafico Nº 30**



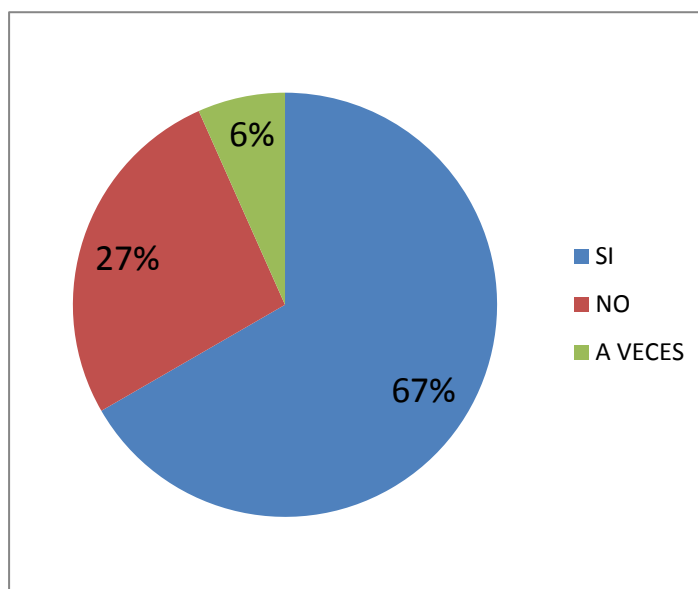
**Análisis e interpretación**

De las 15 Enfermeras del área de emergencia encuestadas responden que realizan diagnóstico de enfermería a los pacientes que ingresan por emergencia: SI el 73%, NO el 20% y A VECES el 7 %.

En el siguiente cuadro refleja que el 73% de las licenciadas en enfermería realizan diagnóstico a los pacientes lo cual refleja que las funciones de enfermería se están llevando de una manera casi efectiva, dejando constancia de que aun el 27 % no lo cumplen.

**3. ¿Planifica usted las actividades de enfermería que va a realizar con los pacientes que ingresan a emergencia?**

**Gráfico N° 31**



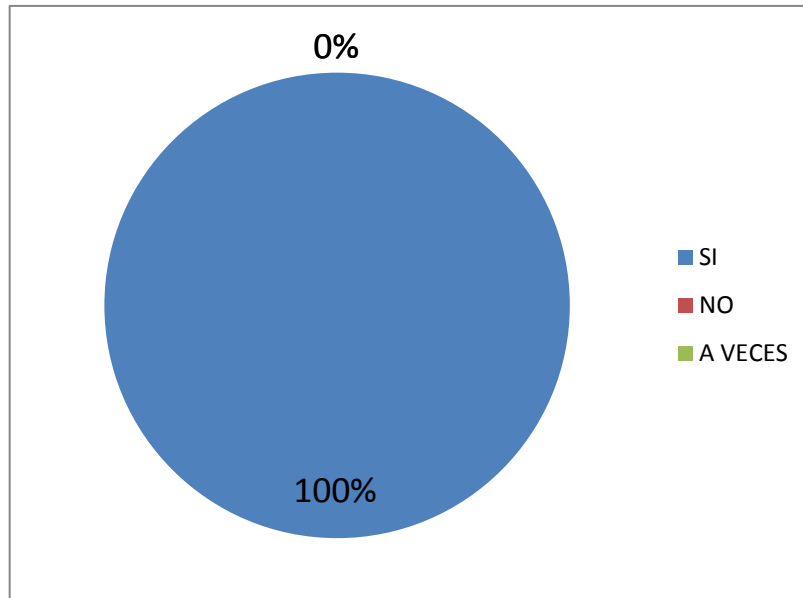
**Análisis e interpretación**

De las 15 Enfermeras del área de emergencia encuestadas responden que planifican el diagnóstico de las actividades de enfermería que van a realizar a los pacientes que ingresan por emergencia: SI el 67%, NO el 27% y A VECES el 6 %.

En el siguiente cuadro refleja que el 67% de las licenciadas en enfermería planifican las actividades de enfermería a los pacientes lo cual refleja que las funciones de enfermería no se están llevando de una manera efectiva ya que un porcentaje bastante alto en este caso el 33 % no lo planifican reflejando así un procedimiento en enfermería inadecuado.

4. ¿Ejecuta usted las actividades de enfermería planificadas?

Grafico N° 32

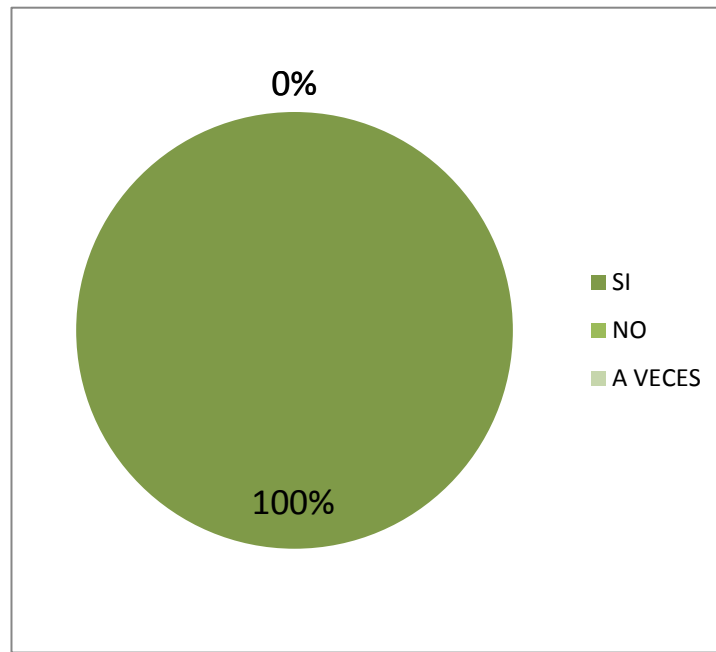


**Análisis e interpretación**

De las 15 Enfermeras del área de emergencia encuestadas responden que ejecutan las actividades de enfermería planificada: SI el 100%, NO el 0% y A VECES el 0%. En el siguiente cuadro refleja que el 100% de las licenciadas en enfermería realizan actividades antes planificadas lo cual refleja que las funciones de enfermería se están llevando de una manera efectiva

## 5. Especificación de actividades de enfermería planificadas

**Gráfico N° 33**  
**TA, FC, FR, T.**

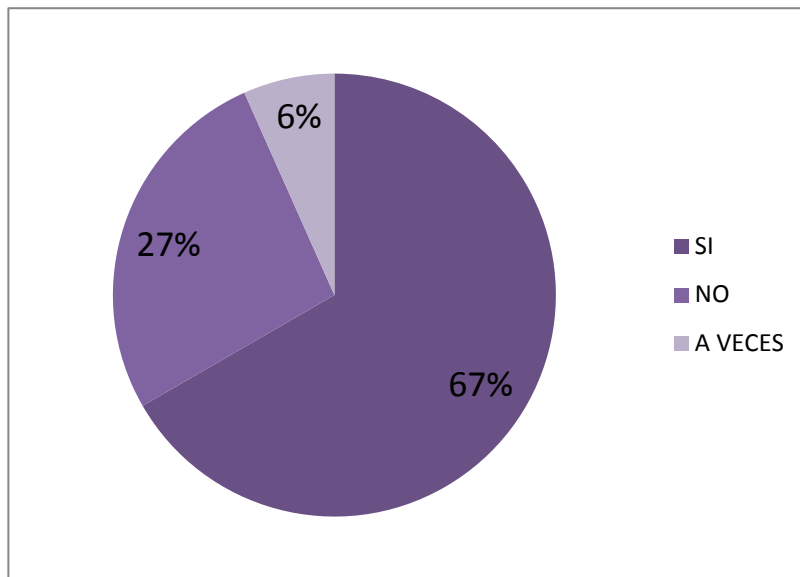


### **Análisis e interpretación**

De las 15 Enfermeras del área de emergencia encuestadas responden que toman TA, FC, FR, T: SI el 100%, NO el 0% y A VECES el 0%.

En el siguiente cuadro refleja que el 100% de las licenciadas en enfermería realizan actividades planificadas lo cual refleja que las funciones de enfermería se están llevando de una manera efectiva

**Gráfico N° 33**  
**TAM**

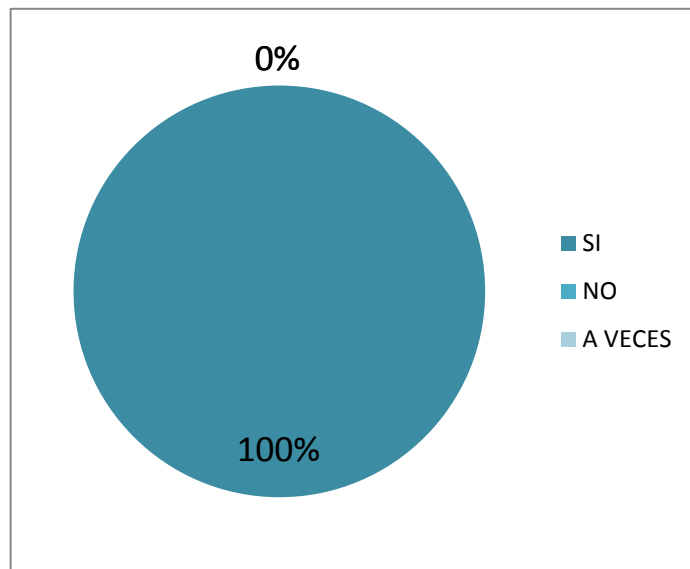


### **Análisis e interpretación**

De las 15 Enfermeras del área de emergencia encuestadas responden que toman TAM: SI el 67%, NO el 27% y A VECES el 6%.

En el siguiente cuadro refleja que el 67% de las licenciadas en enfermería toman tención arterial media a los pacientes lo cual refleja que las funciones de enfermería no se están llevando de una manera efectiva ya que un porcentaje bastante alto en este caso el 33 % no lo planifican reflejando así un procedimiento en enfermería inadecuado.

**Gráfico N° 34**  
**Sat o2**



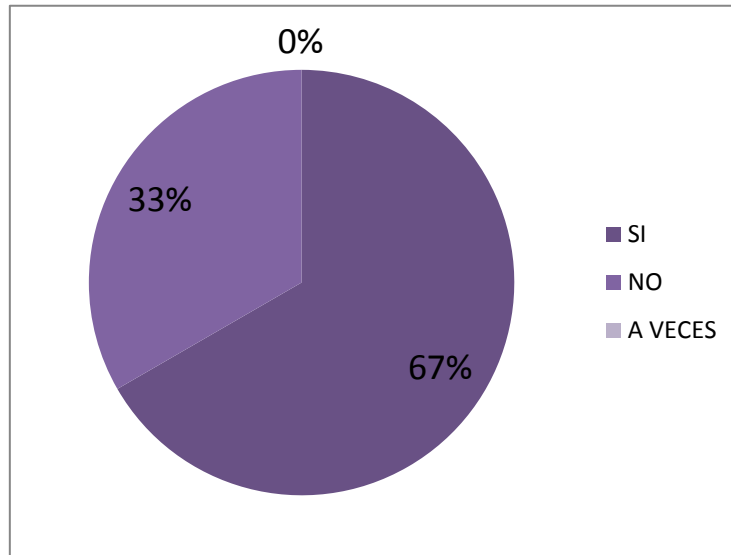
### **Análisis e interpretación**

De las 15 Enfermeras del área de emergencia encuestadas responden que toman SAT o2: SI el 100%, NO el 0% y A VECES el 0%.En el siguiente cuadro refleja que el 100% de las licenciadas en enfermería toman saturación de oxígeno lo cual refleja que las funciones de enfermería se están llevando de una manera efectiva.



## 6. ¿Valora el estado de conciencia?

**Grafico Nº 35**

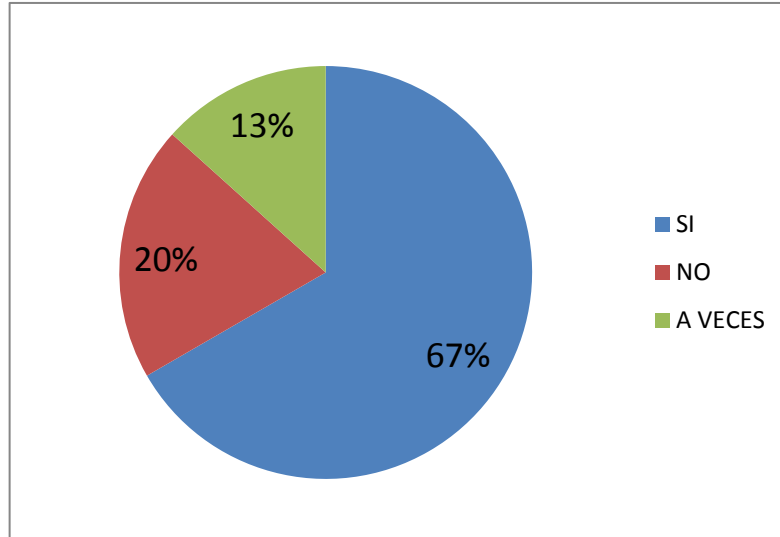


### **Análisis e interpretación**

De las 15 Enfermeras del área de emergencia encuestadas responden que valoran el estado de conciencia: SI el 67%, NO el 33% y A VECES el 0%.en el siguiente cuadro refleja que el 67% de las licenciadas en enfermería valoran el estado de conciencia a los pacientes lo cual refleja que las funciones de enfermería no se están llevando de una manera efectiva ya que un porcentaje bastante alto en este caso el 33 % no lo planifican reflejando así un procedimiento en enfermería inadecuado.

7. ¿Realiza valoración con escala de Glasgow?

Gráfico N° 36

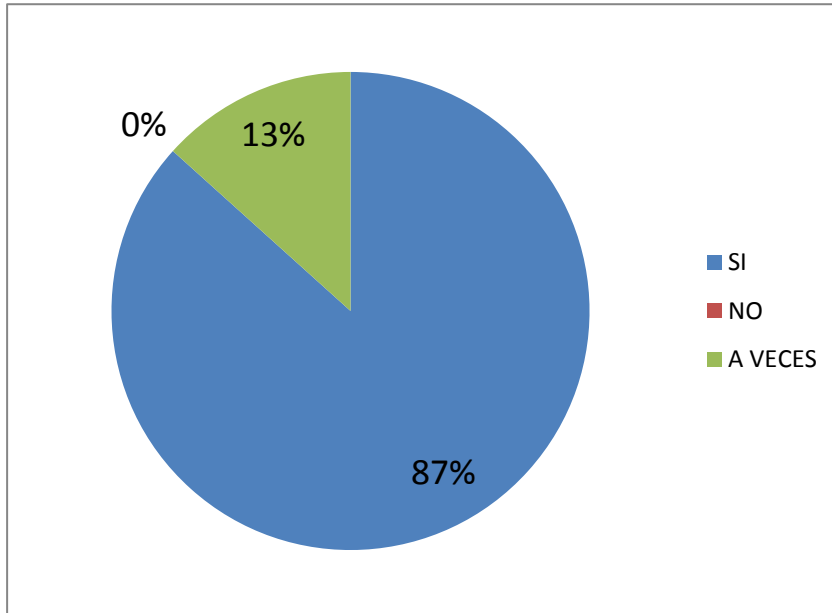


**Análisis e interpretación**

De las 15 Enfermeras del área de emergencia encuestadas responden que realizan valoración con escala glasgow: SI el 67%, NO el 20% y A VECES el 13%.en el siguiente cuadro refleja que el 67% de las licenciadas en enfermería valoran con escala de glasgow a los pacientes lo cual refleja que las funciones de enfermería no se están llevando de una manera efectiva ya que un porcentaje bastante alto en este caso el 33 % no lo planifican reflejando así un procedimiento en enfermería inadecuado.

8. ¿Realizan canalización de vías periféricas?

Grafico Nº 37



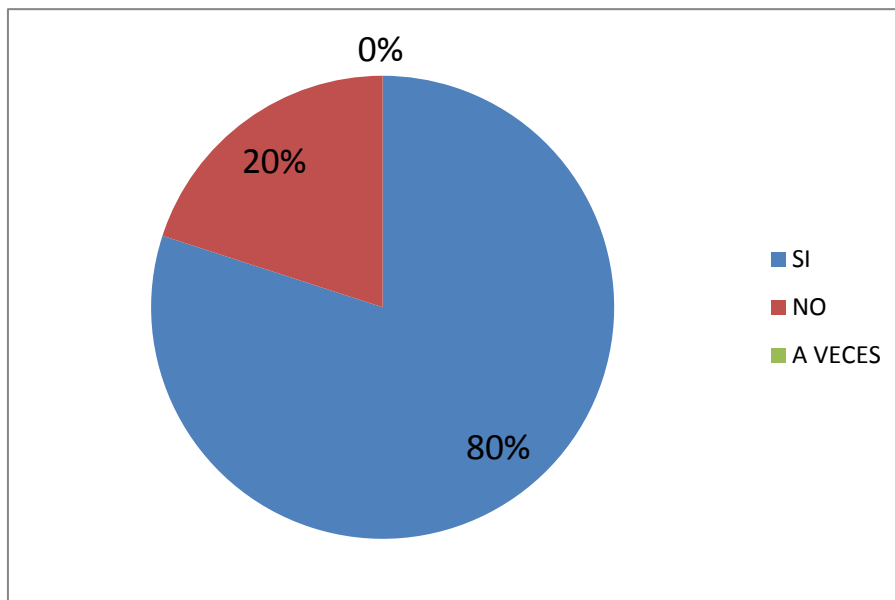
**Análisis e interpretación**

De las 15 Enfermeras del área de emergencia encuestadas responden que canalizan vías periféricas: SI el 87%, NO el 0% y A VECES el 13%.

En el siguiente cuadro refleja que el 87% de las licenciadas en enfermería realizan canalización de vías periféricas a los pacientes lo cual refleja que las funciones de enfermería se están llevando de una manera casi efectiva, dejando constancia de que aun el 13 % no lo cumplen.

## 9. ¿Proporcionan oxígeno s/n?

Grafico Nº 38



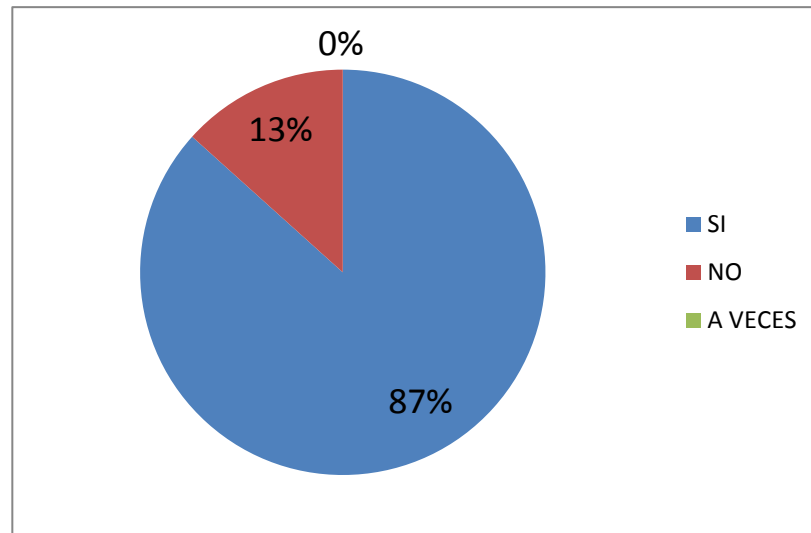
### Análisis e interpretación

De las 15 Enfermeras del área de emergencia encuestadas responden que toman oxígeno S/N: SI el 87%, NO el 0% y A VECES el 13%.

En el siguiente cuadro refleja que el 80% de las licenciadas en enfermería colocan oxígeno a los pacientes lo cual refleja que las funciones de enfermería se están llevando de una manera casi efectiva, dejando constancia de que aun el 20 % no lo cumplen.

10. ¿Realiza elevación de cabecera en ángulo de 45°?

Gráfico N° 39

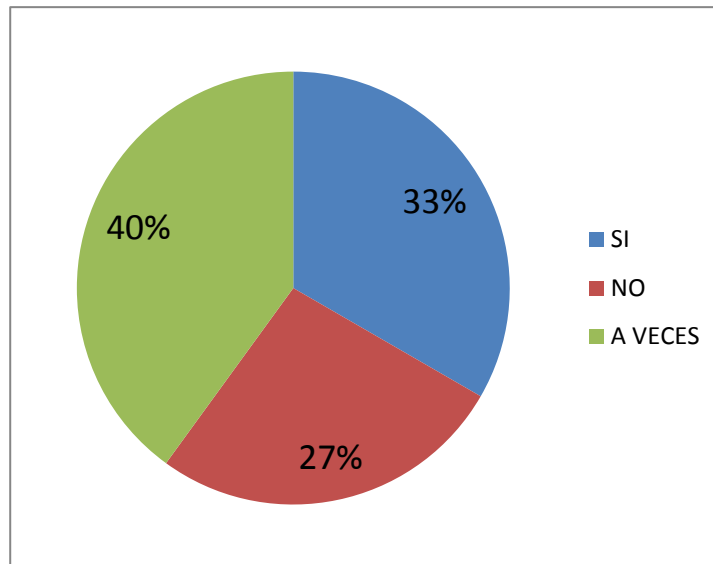


**Análisis e interpretación**

De las 15 Enfermeras del área de emergencia encuestadas responden que realizan elevación de cabecera en ángulo de 45: SI el 87%, NO el 13% y A VECES el 0%. En el siguiente cuadro refleja que el 87% de las licenciadas en enfermería realizan elevación de cabecera a los pacientes lo cual refleja que las funciones de enfermería se están llevando de una manera casi efectiva, dejando constancia de que aun el 13 % no lo cumplen.

## 11. ¿Toma peso?

Grafico N° 40



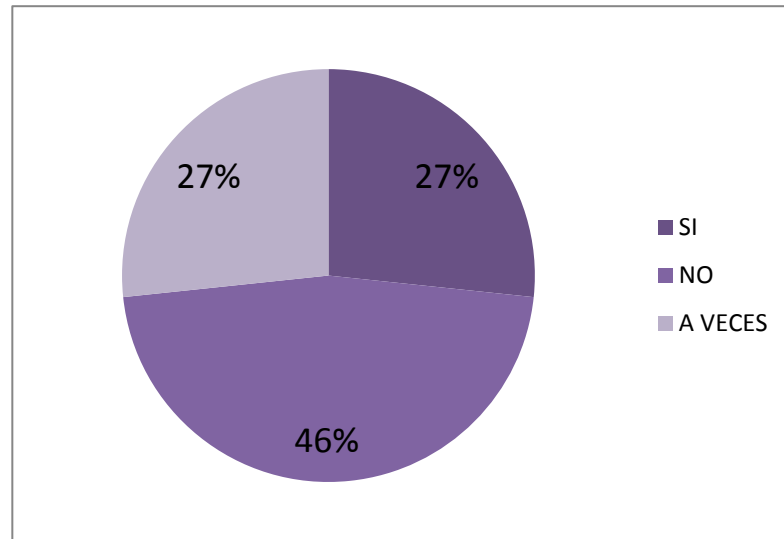
### Análisis e interpretación

De las 15 Enfermeras del área de emergencia encuestadas responden que toman peso: SI el 33%, NO el 27% y A VECES el 40%.

En el siguiente cuadro refleja que el 33% de las licenciadas en enfermería toman peso a los pacientes lo cual refleja que las funciones de enfermería no se están llevando de una manera efectiva ya que un porcentaje bastante alto en este caso el 73% no lo realiza reflejando así un procedimiento en enfermería inadecuado.

## 12. ¿Toma talla?

Gráfico N° 41



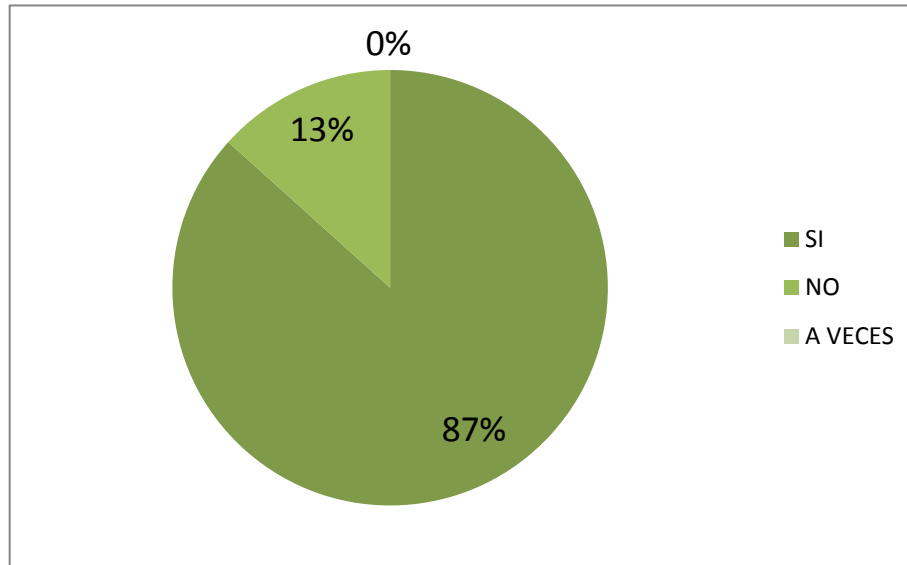
### Análisis e interpretación

De las 15 Enfermeras del área de emergencia encuestadas responden que toman talla: SI el 27%, NO el 46% y A VECES el 27%.

En el siguiente cuadro refleja que el 27% de las licenciadas en enfermería toman la talla a los pacientes lo cual refleja que las funciones de enfermería no se están llevando de una manera efectiva ya que un porcentaje bastante alto en este caso el 73% no lo realiza reflejando así un procedimiento en enfermería inadecuado.

**13. ¿Verifica vía aérea permeable?**

**Gráfico N° 42**



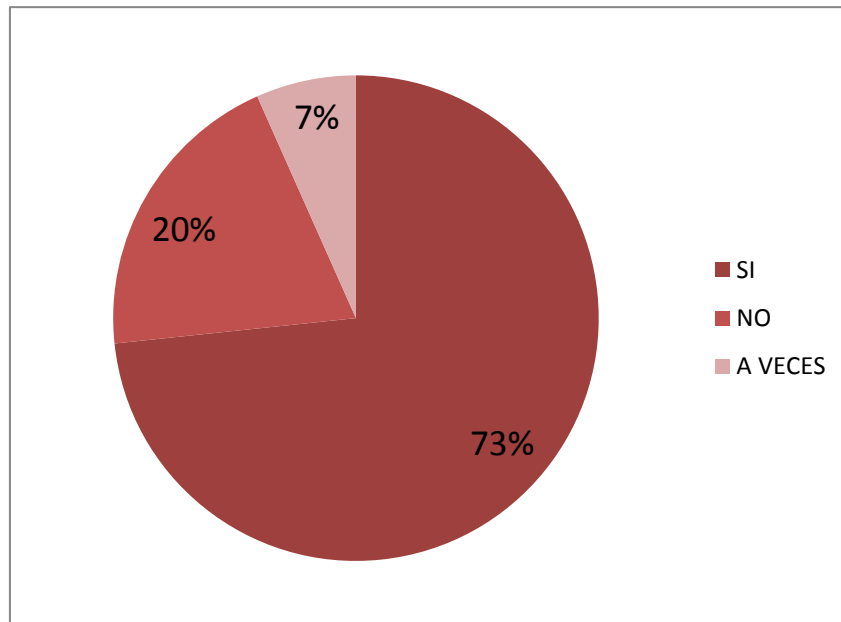
**Análisis e interpretación**

De las 15 Enfermeras del área de emergencia encuestadas responden que realiza la verificación de vía aérea permeable: SI el 87%, NO el 13% y A VECES el 0 %. En el siguiente cuadro refleja que el 87% de las licenciadas en enfermería realizan verificación de vías permeable a los pacientes lo cual refleja que las funciones de enfermería se están llevando de una manera casi efectiva, dejando constancia de que aun el 13 % no lo cumplen.



**14. ¿Realizan manejo de secreciones?**

**Grafico N° 43**



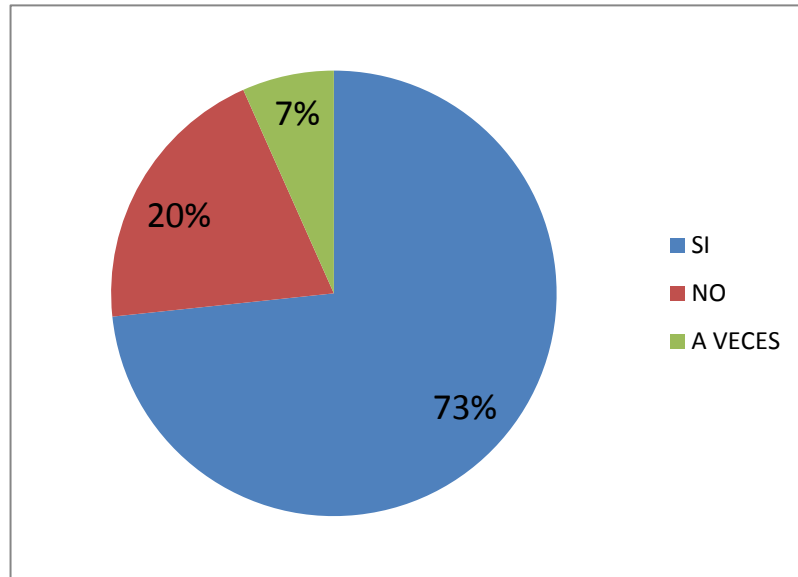
**Análisis e interpretación**

De las 15 Enfermeras del área de emergencia encuestadas responden que realiza manejo de secreciones de los pacientes que ingresan por emergencia: SI el 73%, NO el 20% y A VECES el 7 %.

En el siguiente cuadro refleja que el 73% de las licenciadas en enfermería realizan manejo de secreciones a los pacientes lo cual refleja que las funciones de enfermería se están llevando de una manera casi efectiva, dejando constancia de que aun el 27 % no lo cumplen.

## 15. ¿Administra medicación prescrita?

Gráfico N° 44



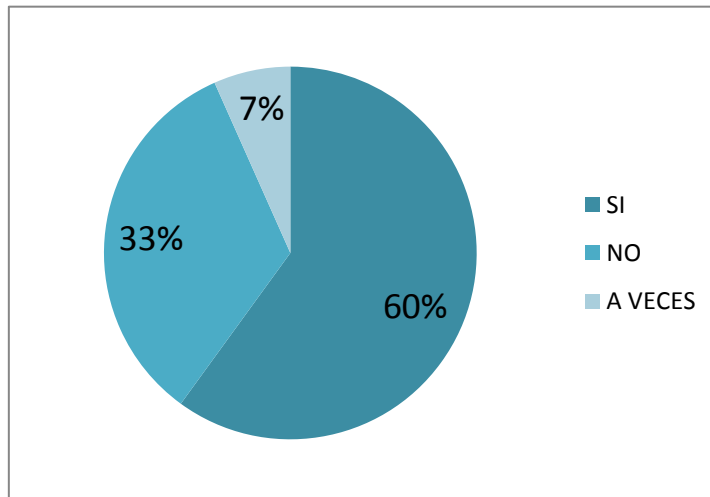
### Análisis e interpretación

De las 15 Enfermeras del área de emergencia encuestadas responden que administran la medicación prescrita a los pacientes que ingresan por emergencia: SI el 73%, NO el 20% y A VECES el 7 %

En el siguiente cuadro refleja que el 73% de las licenciadas en enfermería administración de medicación prescrita a los pacientes lo cual refleja que las funciones de enfermería se están llevando de una manera casi efectiva, dejando constancia de que aun el 27 % no lo cumplen.

16. ¿Realiza medidas de educación a la familia y al paciente?

Gráfico N° 45



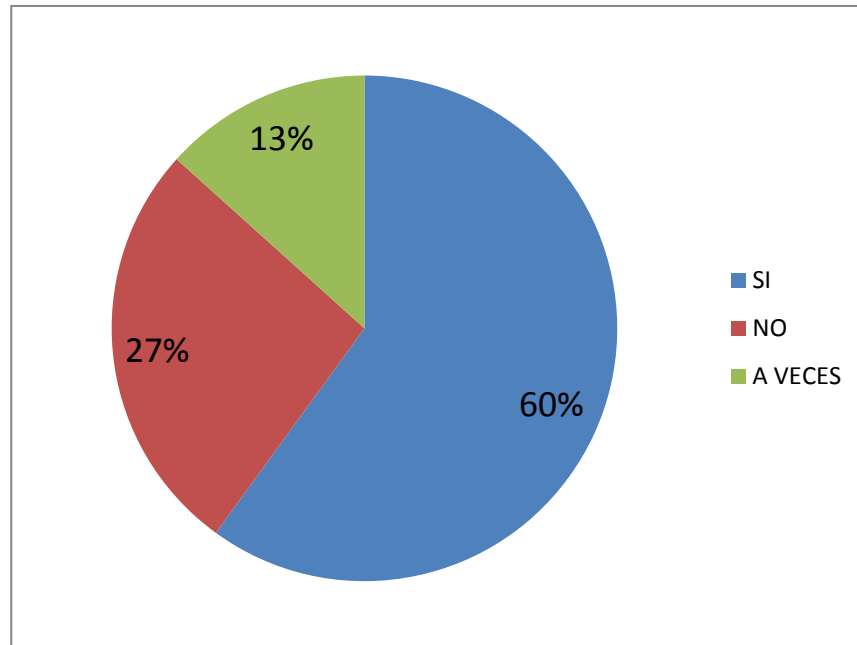
**Análisis e interpretación**

De las 15 Enfermeras del área de emergencia encuestadas responden que realizan medidas de educación a la familia y los pacientes que ingresan por emergencia: SI el 60%, NO el 33% y A VECES el 7 %.

En el siguiente cuadro refleja que el 60% de las licenciadas en enfermería brinda medidas de educación a la familia a al paciente lo cual refleja que las funciones de enfermería no se están llevando de una manera efectiva ya que un porcentaje bastante alto en este caso el 40% no lo realiza reflejando así un procedimiento en enfermería inadecuado.

17. ¿Evalúa las actividades realizadas en el paciente?

Gráfico N° 46



**Análisis e interpretación**

De las 15 Enfermeras del área de emergencia encuestadas responden que evalúan las actividades realizadas a los pacientes que ingresan por emergencia: SI el 60%, NO el 27% y A VECES el 13 %.

En el siguiente cuadro refleja que el 60% de las licenciadas en enfermería evalúa las actividades realizadas en el paciente lo cual refleja que las funciones de enfermería no se están llevando de una manera efectiva ya que un porcentaje bastante alto en este caso el 40% no lo realiza reflejando así un procedimiento en enfermería inadecuado.

## **CAPITULO V**

### **PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN**

#### **5.1. Antecedentes**

La presente investigación está dirigida a la implementación de un instrumento de apoyo al referirnos a esto hablamos de la documentación escrita completa, exacta de los acontecimientos, las necesidades, asistencias al paciente y los resultados de las actuaciones de enfermería. Sirven como base legal para comprobar que la asistencia de enfermería sea realizada según las normas aceptadas para la práctica profesional.

Hacer el registro de los cuidados que la enfermería proporciona diariamente a los pacientes, es una tarea esencial, tanto para dar una adecuada calidad sanitaria como para el desarrollo de la profesión. Por ello, los profesionales, deben conocer no sólo el adecuado cumplimiento de los registros sino también la legislación vigente que afecte tanto a pacientes como a los profesionales de la salud.

Nure Investigación (2007) afirma: “El Proceso de Atención de Enfermería (PAE), es el método científico aplicado en la práctica asistencial enfermera, que permite prestar cuidados de forma racional y sistemática, individualizando y cubriendo las necesidades del paciente, familia y comunidad”.

Hoy en día, la historia clínica es el único documento válido desde el punto de vista clínico y legal, siendo el conjunto de documentos, testimonios y reflejo de la relación entre usuario y hospital; regulado por ley básica reguladora de

la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínicas.

## **5.2. Justificación**

Los registros de enfermería forman parte del trabajo que desarrolla la enfermera en su labor de atención a las necesidades de cuidados de la población, por ello, los profesionales, debemos ser conscientes de su importancia, y relevancia, así como conocer la adecuada forma de cumplimiento de los mismos, así como las repercusiones tanto a nivel profesional, fomentando el desarrollo de la profesión, como a nivel legal, conociendo la legislación y las responsabilidades que debemos asumir en el trabajo diario.

Los registros de enfermería sirven como registro legal y pueden emplearse en beneficio del centro asistencial y personal o bien para defendernos ante una acción legal.

Es de especial interés para las enfermeras saber si la implicación legal en cuestión se puede deducir de inexactitudes deliberadas en el expediente, si se alteró el expediente u otro documento relacionado con los cuidados del paciente o las notas o informes destruidos para desviar la atención en cuanto a lo que ha ocurrido y en qué medida dejó de indicarse en el expediente que las órdenes terapéuticas o instrucciones específicas del cuidado médico fueron observadas por el personal de enfermería.

Es por esto que en la presente investigación propongo la creación de un nuevo instrumento de enfermería donde consten y se verifiquen a detalle las actividades realizadas por enfermería basada en el proceso de atención de enfermería.

Una vez resaltado los beneficios que tendrá el instrumento antes nombrado tenemos que también mencionar el aporte favorable que este tendrá en la institución en la que se realizó la investigación, a esto añadimos que la propuesta cuenta con originalidad ya que antes no se ha presentado un trabajo igual.

### **5.3. Objetivos**

Establecer un instrumento de enfermería donde se reflejen actividades de enfermería realizadas en los pacientes con factores de riesgo de evento cerebro vascular que ingresan al servicio de área de emergencia del Hospital San Vicente de Paul.

### **5.4. Descripción de la propuesta**

Desde el punto de vista histórico, las enfermeras han tenido una difícil relación con los registros de enfermería. A pesar de que la cantidad de los registros de enfermería ha aumentado ciertamente con los años, no se puede decir lo mismo de la calidad de la información registrada.

Las enfermeras han creído que cuanto más información anoten mejor estarán protegidas legalmente en cualquier pleito, sin embargo, en la actualidad, las enfermeras reconocen que un sistema de registro completo y coordinado puede en realidad recoger más datos en menos tiempo y espacio.

El registro de los cuidados de enfermería deberá ser pertinente y conciso, debiendo reflejar las necesidades, problemas y capacidades y limitaciones del paciente. El registro será objetivo y completo, debiendo

registrar con exactitud el estado del paciente y lo que le ha pasado, mencionando los hechos como los observa y nunca haciendo conjeturas.

Las anotaciones de enfermería son variadas, complejas y consumen tiempo. Estudios realizados reflejan que las enfermeras pasan entre 35 y 140 minutos escribiendo, por turno.

Es la evaluación y el seguimiento estricto de la respuesta del paciente al tratamiento instalado y a la atención de enfermería que nos ayudara a modificar o continuar con nuestro planeamiento

Basada en lo antes mencionado propongo la creación e implementación de un instrumento exclusivo para el registro de las actividades de enfermería que ahorre tiempo y que brinde una información eficiente para el tratamiento del paciente y el manejo adecuado de parte de enfermería.

## **5.5. Beneficiarios**

### **5.5.1. Beneficiarios Directos**

- Personal de enfermería
- Pacientes

### **5.5.2. Beneficiarios Indirectos**

- Hospital San Vicente de Paul
- Familiares del paciente



## 5.6. Diseño técnico

REGISTRÓ DE ACTIVIDADES DE ENFERMERIA EN EL PACIENTE CON RIESGO DE E.C.V.

NOMBRE: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_

PESO: \_\_\_\_\_

VALORACION	SIGNOS Y SINTOMAS	SI	NO	CON TT	SIN TT
		HIPERTENSO			
DIABÉTICO					
ANTECEDENTES ACV					
CEFALEAS					
CONVULSIONES					
PERDIDA DE CONCIENCIA					
SOMNOLENCIA					
NAUSEAS					
VOMITO					
ALTERACIONES VISUALES					
DIFICULTAD PARA EXPRESARSE					
ENTUMECIMIENTO U HORMIGUEO MUSCULAR					
ALZA TÉRMICA					
COMA					
OTROS					

DIAGNOSTICO	1. ALTERACIÓN DEL PATRÓN RESPIRATORIO INEFICAZ R/C EL DETERIORO ESTADO DE CONCIENCIA	
	2. ALTERACIÓN EN LA PERFUSIÓN TISULAR CEREBRAL DISMINUIDA R/C AUMENTO DE LA PRESIÓN INTRACRANEANA	
	3. TRASTORNO DE LA COMUNICACIÓN R/C DÉFICIT COGNOSCITIVO GENERALIZADO	
	OTROS	

ACTIVIDADES	VALORACIÓN DE VÍA AÉREA ,RESPIRACIÓN Y CIRCULACIÓN	AM	PM	N
	VALORACIÓN DEL ESTADO DE CONCIENCIA : ALERTA			
	LETARGO, OBNUBILACIÓN ,ESTUPOR, COMA			
	VALORACIÓN DE LA MOVILIDAD DE LOS CUATRO MIEMBROS			
	CONTROL DE SIGNOS VITALES T/A, FC,FR,T,SAT O2			
	COLOCACIÓN DE VÍA ENDOVENOSA PERIFÉRICA			
	COORDINAR ACTIVIDADES CON LOS SERVICIOS DE APOYO			
	OBSERVAR EN FORMA CONTINUA AL PACIENTE			
	VALORACION DE GLASGOW			
	REGISTRO DE ACTIVIDAD REALIZADAS			

	EL SEGURO Y CORRECTO TRASLADO DEL PACIENTE LOS			
	SERVICIOS DE APOYO			
	CONTROL DEL BALANCE HIDROELECTROLÍTICO			
	MEDIDAS DE CONFORT			
	MEDIDAS DE SEGURIDAD			
	COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE Y FAMILIARES			
	APOYO EMOCIONAL CON EL PACIENTE Y FAMILIARES			
	EDUCACIÓN AL PACIENTE Y FAMILIARES			
	ADMINISTRACION DE MEDICACIÓN PRESCRITA			
	ASISTENCIA DE ENTUBACIÓN OROTRAQUEAL			
	COLOCACIÓN DE SNG			
	COLOCACIÓN DE SONDA VESICAL			
	OBSERVACIONE			

INFORMES DE ENFERMERIA	
MAÑANA	
	RESPONSAB
TARDE	

	RESPONSAB
NOCHE	
	RESPONSAB

### 5.7. Diseño administrativo

Profesionalmente, el registro de enfermería tiene dos propósitos: administrativo y clínico. Los propósitos administrativos son:

- Definir el objetivo de enfermería para el cliente o grupo.
- Diferenciar la responsabilidad de la enfermería de la del resto de los miembros del equipo de salud.
- Proporcionar los criterios para la clasificación de los pacientes.
- Proporcionar justificación para el reembolso.
- Proporcionar datos para el análisis administrativo y legal.

Siempre que la información es lo suficientemente importante como para informar de ella, con toda probabilidad lo será también como para anotarla. De hecho, una regla de oro es anotar todo aquello de lo que se informa.

Cómo y qué anotar es importante en extremo para el paciente y para protegerse a sí mismo de posibles demandas por mala práctica profesional.

## **5.8. Determinación de impactos**

El desarrollo de una propuesta de registro de enfermería eficaz y profesional es posible dentro del ámbito de las normas de práctica existentes. La eliminación de los registros repetitivos y narrativos en las notas de evaluación puede reducir el tiempo total invertido en registrar y producir una representación más exacta y útil de la práctica profesional y respuesta del paciente y familia.

Una propuesta de registro coordinado que integre el proceso de enfermería desde el ingreso hasta el alta, con los requerimientos de registro designados, da también a la enfermera una óptima defensa en caso de pleitos y retos legales.

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### Conclusiones

- Con una adecuada intervención de enfermería evitaremos el deterioro del paciente con evento cerebro vascular ya que con el cuidado directo, el cumplimiento de muchas actividades como la restauración neurológica y múltiples funciones y acciones que ayudaran a la pronta recuperación del paciente.
- Los factores de riesgo del Evento Cerebrovascular en los pacientes atendidos en emergencia del Hospital San Vicente de Paul son los mismos que los descritos en la literatura es decir la Hipertensión, la Diabetes Mellitus, además tenemos que en el genero femenino la incidencia es mas elevada que en el genero masculino, también en los estudios realizados tenemos como dato que no hay mucha diferencia de sufrir un Evento Cerebrovascular entre el adulto mayor y el adulto menor.
- Hay omisión involuntaria de la aplicación del Proceso de Enfermería, una de las razones la atención a una población que excede en cantidad en detrimento de la calidad de atención.
- La falta de un instrumento que haga posible el registro del Proceso de Atención de Enfermería.
- Hay un sesgo en la información cuando se aplica el instrumento por ser de validación cuantitativa pero que sirve para implementar un programa recordatorio del Proceso de Atención de Enfermería del talento humano de enfermería de emergencia.

- Al realizar el estudio y revisión bibliográfica actual del tema, la atención de enfermería y del equipo de salud oportuna es uno de los puntos clave para evitar muchas complicaciones, ya que este tipo de enfermedad invalida, porque tiempo perdido cerebro perdido ya que afecta gravemente a nuestra población y que la mayor parte del daño cerebral se produce en las horas inmediatas posteriores al incidente, y en algunos casos deja secuelas para toda la vida.
- Una vez realizada toda la investigación podemos aportar con la creación de un instrumento que podrá ser manejo por el área de enfermería para dejar constancia de todas las actividades realizada en un paciente que presenta evento Cerebrovascular este documento será también un apoyo legal en defensa del área de enfermería en el caso de algún inconveniente ocurrido.

## **Recomendaciones**

- Incrementar talento humano que preste un servicio de calidad en el área de Emergencia del Hospital San Vicente de Paul manejando correctamente escalas de valoración para que de esta forma poder tener un diagnostico adecuado dando así un tratamiento eficaz que mejore la calidad de vida de cada paciente que acude a esta casa de salud.
- La atención del TRIAJE debe ser más mas eficaz podremos conseguir esto con una adecuada distribución de talento humano para esta área evitando tal vez un mal servicio.
- Ofertar con calidad y ética la prestación de servicios del talento humano del área de Emergencia.

- Mejorar los equipos médicos para los pacientes, contar con los suficientes insumos y una dotación adecuada de medicinas para atención de calidad en el área de Emergencia.
- Aplicar el instrumento para el registro generado en la presente investigación de las actividades realizadas basadas en el Proceso de Atención de Enfermería.
- La principal actividad de enfermería es la educación a los pacientes y familiares consiguiendo con esto mejorar el estilo de vida tomando en cuenta los siguientes puntos principales: controlarse la presión arterial, control de la diabetes y la no automedicación.

## BIBLIOGRAFÍA:

- BARRAGÁN R, S. T. (2003). *Guía para la Formulación y Ejecución de proyectos de Investigación*. Bolivia: Fundación PIEB.
- BRUNNER, I., & SMITH Siddhartha, D. (1984). *Manual de enfermería médico quirúrgica*. México: INTERAMERICANA S.A.
- CENTANARO GA. *Guía para el manejo agudo de la enfermedad cerebro vascular*. 2011.
- FABREGAS N, VAÑERO R. *Fisiología cerebral y monitorización neurológica y de la profundidad anestésica*. Sociedad Catalana de Anestesiología. Programa de residentes segonany. Facultad de Medicina. Barcelona 2001.
- FONTANA H, BELZITI H, REQUEJO F, RECCHIA M, BURATTI S. *La circulación cerebral en condiciones normales y patológicas. Parte I: Hipertensión endocraneana e isquemia secundaria*. Revista argentina neurocirugía. 21:33. 2007.
- HURTADO L., & TORO GARRIDO, J. (2007). *Paradigmas y Métodos de Investigación en Tiempos de Cambio*. Venezuela: CEC S.A.
- LOZANO M., (2010). *Accidente cerebro vascular ¿que hace la referencia?* Revista de enfermería, 5-6.
- LUENGAS LC. *Prevención primaria y secundaria de la enfermedad cerebro vascular*. Revista colombiana de cardiología. Vol. 13 suple 1. 2007.
- NAVIA, R. (01 de 10 de 2010). *Especialización de Enfermería para el cuidado del paciente en estado crítico*. Ibarra, Imbabura, Ecuador.
- ORTIZ, F. G. (2004). *Diccionario de Metodología de la Investigación Científica*. México: Limusa.
- OROZCO VÉLEZ JL. *Guía para el manejo de urgencias. Ministerio de protección social. Enfermedad cerebro vascular*. Sección Neurología. Fundación Clínica Valle de Lili. Capítulo VIII. Colombia 2009
- PAIXAO TEIXEIRA C, Silva LD. *Las incapacidades físicas de pacientes con accidente cerebro vascular: acciones de enfermería*. Revista electrónica cuatrimestral de enfermería. Enfermería Global No. 15. 2009.



- RODRÍGUEZ, M. E. (2005). *Metodología de Investigación*. México: Moreno.
- TORRES JF. *Enfermedad cerebro vascular en urgencias. Urgencias cardiovasculares*. Editorial distribuna. Cuarta Edición. Bogota. 2006.
- YURA, H., & WALSH, W. (1978). *The Nursing Process*. New York: Appleton-Century-Crofts.

### **LINCOGRAFÍA:**

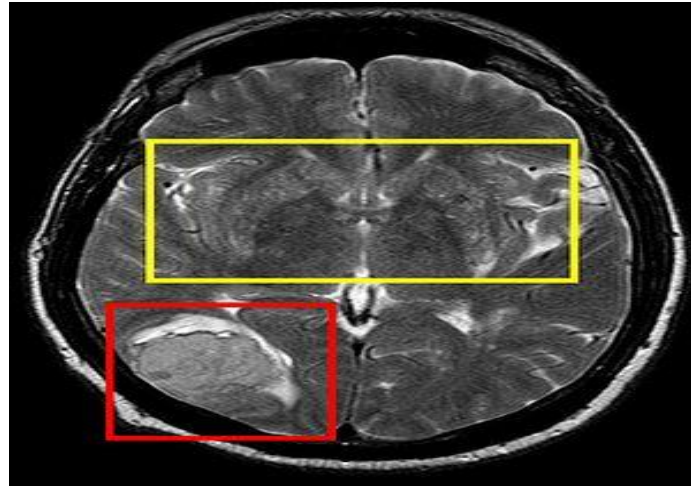
- Artículos para pacientes. (06 de 11 de 2009). medico ecuador. Recuperado el 06 de 12 de 2010, de medicosecuador: <http://www.medicosecuador.com>
- Enfermería, I. d. (06 de 10 de 2010). [www.enfermería-actual.com](http://www.enfermería-actual.com). Recuperado el 08 de 12 de 2010, de [www.enfermería-actual.com](http://www.enfermería-actual.com): <http://www.aibarra.org/archivos/CIE.htm>
- Krell, H. (07 de 10 de 2010). [www.eirofull.com](http://www.eirofull.com). Recuperado el 08 de 12 de 2010, de <http://www.eirofull.com>
- Cabezas, J. (01 de 02 de 2010). [deGUATE.com](http://www.deGUATE.com). Recuperado el 09 de 12 de 2010, de <http://www.deguate.com/artman/publish/salud>
- Reyes D., (26 de 08 de 2010). Revista Electrónica de PortalesMédicos .com. Recuperado el 06 de 12 de 2010, de [PortalesMédicos.com](http://PortalesMédicos.com): [www.monografias.com](http://www.monografias.com)
- NeuroAid. (22 de Febrero de 2011). [neuroaid](http://www.neuroaid.com). Recuperado el 15 de Abril de 2011, de <http://www.neuroaid.com/es/acv?gclid=CM6Ao5DanqgCFYbb4Aod6DooHg>
- Nogales-Gaete Jorge, Núñez A Luis, Arriagada R Camilo, Sáez M David, Figueroa R Tatiana, Fernández C Ramiro et al .Caracterización clínica de 450 pacientes con enfermedad cerebrovascular ingresados a un hospital público durante 1997. Rev. méd. Chile [revista en la Internet]. 2000 Nov. [citado 2012 Feb. 11]; 128(11): 1227-1236. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872000001100007&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872000001100007&lng=es). doi: 10.4067/S0034-98872000001100007

## ANEXOS.

TABLA 2.

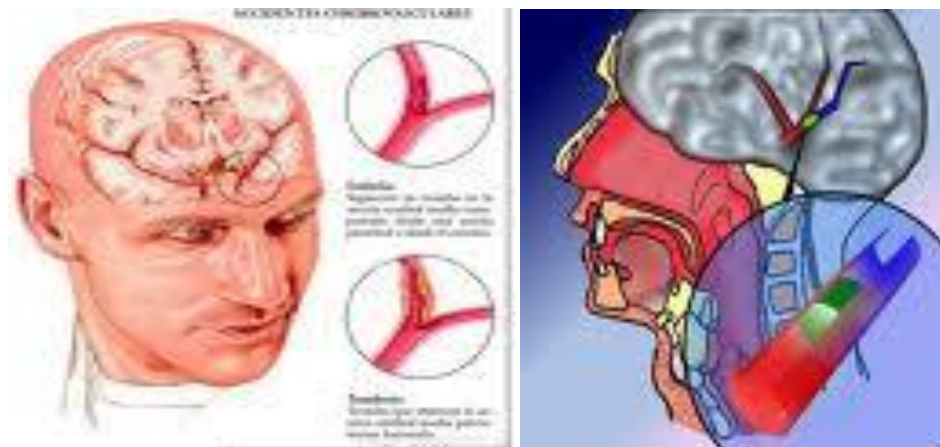
<b>Escala Glasgow</b>	
Es una escala que se usa para medir el nivel de conciencia de un paciente con traumatismo craneoencefálico.	
Para determinarlo se utilizan como indicadores la apertura ocular, la respuesta verbal y la respuesta motora.	
<b>Descripción de la escala</b>	
<b>Apertura ocular (E)</b>	
• Espontánea: <b>4</b>	
• Al estímulo verbal (al pedirselo): <b>3</b>	
• Al recibir un estímulo doloroso: <b>2</b>	
• No responde: <b>1</b>	
<b>Respuesta verbal (V)</b>	
• Orientado: <b>5</b>	
• Confuso: <b>4</b>	
• Palabras inapropiadas: <b>3</b>	
• Sonidos incomprensibles: <b>2</b>	
• No responde: <b>1</b>	
<b>Respuesta motora (M)</b>	
• Cumple órdenes expresadas por voz: <b>6</b>	
• Localiza el estímulo doloroso: <b>5</b>	
• Retira ante el estímulo doloroso: <b>4</b>	
• Respuesta en flexión ( <i>postura de decorticación</i> ): <b>3</b>	
• Respuesta en extensión ( <i>postura de descerebración</i> ): <b>2</b>	
• No responde: <b>1</b>	
<b>Puntuación Total</b>	

**FIGURA 1**



Fuente: [www.medicina.ec.com](http://www.medicina.ec.com), 2010.

**FIGURA 2**



Fuente: [www.google.com](http://www.google.com), 2010.

**FIGURA 3**  
**HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL**



**FIGURA 4**  
**ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL**



## **ANEXO A**

### **LISTA DE CHEQUEO**

**UNIVERSIDAD TECNICA DEL NORTE  
UNIVERSIDAD MARIANA  
ESPECIALIZACION EN ENFERMERIA CUIDADO DEL PACIENTE EN  
ESTADO CRÍTICO**

#### **Objetivo.**

**Por medio de este instrumento obtener información sobre las actividades de enfermería ejecutadas en los pacientes que llegan al servicio de emergencias del Hospital San Vicente de Paul de Ibarra, con factores de riesgo en la ocurrencia del evento accidente cerebro vascular ACV.**

#### **Instructivo.**

**A continuación se encontrara un listado de las actividades que debería ejecutar el profesional de enfermería, aplicando el proceso de enfermería en el servicio de emergencias del Hospital San Vicente de Paul y con factores de riesgo para la ocurrencia del evento accidente cerebro vascular. La información será confidencial y será utilizada con fines de investigación. Esta información será consignada por la investigadora.**

**Actividades****LISTA DE CHEQUEO**

ACTIVIDADES	SI	NO	OTRA/ CUAL
-------------	----	----	------------

**1. Características socio demográficas****Edad**

➤		60 años
---	--	---------

<b>Género</b>	Femenino
	Masculino

**Raza**

Mestizo

Indígena

Negro

**Antecedentes farmacológicos**

Medicación hipertensión.

Medicación Diabetes.

Automedicación

**Antecedentes patológicos**

ECV previo

Diabetes

Hipertensión

Cefaleas

Epilepsia

Cardiopatías

Dislipidemia

Obesidad

Factores de riesgo	SI	NO	OTRO/CUAL
--------------------	----	----	-----------

Tensión arterial

TAM &gt;120

TAM &lt;80

**Trauma craneoencefálico****Diabetes Mellitus**

Tipo I

Tipo II

**Hábitos y costumbres**

Alcoholismo

Tabaquismo

Sedentarismo

Drogas

**Antecedentes cardiovasculares**

Infarto agudo de miocardio

Fibrilación auricular

Arritmias cardiacas

Oclusión carotídea

Enfermedad coronaria

**Antecedentes cerebrovasculares**

ECV previo

**3. Actividades de enfermería ejecutadas aplicando el proceso de enfermería**                      **SI**                      **NO**                      **DESCONOCE**

¿Realiza usted Valoración clínica a los pacientes que ingresan a Emergencia?

¿Realiza usted Diagnostico de enfermería a los pacientes que ingresan a Emergencia?

¿Planifica usted las actividades de enfermería que va a realizar con los pacientes que ingresan a Emergencia?

¿Ejecuta usted las actividades de enfermería planificada?:

TA

TAM

FC

FR

T

Sat o2

¿Valora el estado de conciencia?

¿Realiza valoración con Escala de Glasgow?

Canalización de vena

Oxígeno s/n

Elevación de cabecera en ángulo de 45°

Peso

Talla

¿Verifica vía aérea permeable?

Manejo de secreciones

Intubación

¿Administra medicación prescrita?

¿Realiza medidas de educación a la familia y al paciente?

¿Evalúa las actividades realizadas en el paciente?

**Observaciones adicionales:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**FIRMA DEL EVALUADOR:**



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE  
BIBLIOTECA UNIVERSITARIA  
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN  
A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**

### 1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

La Universidad Técnica del Norte dentro del proyecto Repositorio Digital Institucional, determinó la necesidad de disponer de textos completos en formato digital con la finalidad de apoyar los procesos de investigación, docente y extensión de la Universidad.

Por medio del presente documento dejo sentada mi voluntad de participar en este proyecto, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

<b>DATOS DE CONTACTO</b>			
<b>CÉDULA DE IDENTIDAD:</b>	100169819-8		
<b>APELLIDOS Y NOMBRES:</b>	LUPE DE LOURDES YANDUN PANTOJA		
<b>DIRECCIÓN:</b>	EDUARDO ALMEIDA 1-144 Y JOSE MIGUEL LEORO		
<b>EMAIL:</b>	lupe1611ga_@hotmail.com		
<b>TELÉFONO FIJO:</b>	062645003	<b>TELÉFONO MÓVIL:</b>	0982941739

<b>DATOS DE LA OBRA</b>	
<b>TÍTULO:</b>	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO DE EVENTO CEREBRO – VASCULAR EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL 2012.
<b>AUTOR (ES):</b>	LUPE DE LOURDES YANDUN PANTOJA
<b>FECHA</b>	2012.
<b>SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO</b>	
<b>PROGRAMA:</b>	<b>PREGRADO</b> <input type="checkbox"/> <b>POSGRADO</b> <input checked="" type="checkbox"/>
<b>TÍTULO POR EL QUE OPTA:</b>	Especialista en Cuidado al Paciente en Estado Crítico.
<b>ASESOR / DIRECTOR:</b>	DR. CARLOS RAMIREZ

### 2. AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD

Yo, **LUPE DE LOURDES YANDUN PANTOJA**, con cédula de ciudadanía N° **100169819-8**, en calidad de autora y titular de los derechos patrimoniales de la obra o trabajo de grado descrito anteriormente, hago



entrega del ejemplar respectivo en forma digital y autorizo a la Universidad Técnica del Norte, la publicación de la obra en el Repositorio Digital Institucional y uso del archivo digital en la Biblioteca de la Universidad con fines académicos, para ampliar la disponibilidad del material y como apoyo a la educación, investigación y extensión; en concordancia con la Ley de Educación Superior Artículo 144.

### 3. CONSTANCIAS

La autora manifiesta que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto la obra es original y que es el titular de los derechos patrimoniales, por lo que asume la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra a los 28 días del mes de Mayo de 2013.

#### LA AUTORA:

(Firma).....

Nombre:

LUPE DE LOURDES YANDUN PANTOJA

C.C.: 100169819-8

#### ACEPTACIÓN:

(Firma).....

Nombre:

Lic. Betty Chávez

Cargo: **JEFE DE BIBLIOTECA.**

Facultado por resolución de Consejo Universitario.....



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**

**CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO  
A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**

Yo, **LUPE DE LOURDES YANDUN PANTOJA**, con cédula de ciudadanía N° **100169819-8**, manifiesto mi voluntad de ceder a la Universidad Técnica del Norte los derechos patrimoniales consagrados en la Ley de Propiedad Intelectual del Ecuador, artículos 4,5 y 6 en calidad de autor (es) de la obra o trabajo de grado denominado: **INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO DE EVENTO CEREBRO – VASCULAR EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL 2012**, que ha sido desarrollado para optar por el título de: especialista en Cuidado al Paciente en Estado Crítico, en la Universidad Técnica del Norte, quedando la Universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente. En mi condición de autor (es) me reservo los derechos morales de la obra antes citada. En concordancia suscribo este documento en el momento que hago entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la Biblioteca de la Universidad Técnica del Norte.

(Firma).....

Nombre:

LUPE DE LOURDES YANDUN PANTOJA

C.C.: 100169819-8

Ibarra, a los 28 días del mes de febrero del 2013