



## ADMINISTRACIÓN-GESTIÓN-CALIDAD

### MANEJO DE ENFERMERÍA EN EL ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR INICIAL.

NURSING MANAGEMENT OF INITIAL CEREBROVASCULAR ACCIDENTS.

**\*Cometto, M<sup>a</sup> Cristina.**

\*Lcda. en Enfermería. Magíster en Sistemas de Salud y Seguridad Social. Prof. Adjunta Escuela de Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Córdoba. Argentina.

Palabras clave: Accidente cerebro vascular, cuidados de enfermería, protocolo.

Key words: Cerebrovascular accident, Nursing Care, Protocol.

#### RESUMEN

En el mundo el ACV es el principal problema neurológico y en la República Argentina representa la tercera causa más importante de muerte y también el principal motivo de discapacidad. Las enfermeras tenemos mucho por hacer en la prevención, asistencia y rehabilitación de los pacientes y sus familias ante un ACV.

En este estudio nos ocuparemos de las primeras horas de asistencia a estos pacientes, mediante una guía de actuación con actividades protocolizadas.

#### ABSTRACT

The cerebrovascular accident is the leading neurological problem worldwide and it represents the third cause of death and handicap in the Republic of Argentina.

Nurses can play an important role in its prevention, treatment and the rehabilitation process and can help not only the patients, but also their families.

In this work we deal with the care of these patients within the first hours, providing a clinical protocol with some guidelines for the management of these patients.

## INTRODUCCIÓN

Algunas cifras nos demuestran cómo cada año las personas en el mundo sufren un ataque cerebral y/o están en alto riesgo de padecerlo. En el mundo es el principal problema neurológico, con una tasa global de mortalidad en el primer accidente cerebro vascular del 30% aproximadamente. En los EEUU es la tercera causa de muerte y la primera responsable de incapacidad grave a largo plazo. Cada año alrededor de 600.000 personas tienen un ataque cerebral, y de ese total se estiman 158.000 muertes. En la República Argentina representa la tercera causa más importante de muerte y también el principal motivo de discapacidad, cada año 7.600 argentinos sufren un ataque cerebral o/y un accidente cerebro vascular (ACV).

En el estilo de vida se encuentran muchos de los factores de riesgo que condicionan la aparición de este daño, por lo que se convierte en una preocupación prioritaria tratar su prevención. La conducta preventiva desarrollada en los últimos años ha disminuido la aparición de este cuadro y ha mejorado la calidad de vida posterior al ataque.

Es un problema frecuente, con un costo elevado para el sistema de salud, así como también un impacto económico considerable en quienes lo padecen y en las familias, ya que motiva gastos extras relacionados con la medición, rehabilitación y en no pocos casos imposibilidad de continuar la actividad laboral previa.

Las enfermeras tenemos mucho por hacer en la prevención, asistencia y rehabilitación de los pacientes y sus familias ante un ACV.

En este espacio nos ocuparemos de las primeras horas de asistencia a estos pacientes, sabiendo que quedan sin tratar muchos aspectos, pero que por la envergadura del tema serán posibles de abordar en otros encuentros.

### - **Análisis de la situación en el Accidente Cerebro Vascular, Ataque Cerebral, Stroke.**

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

Los daños neurológicos que resultan de la interrupción del flujo sanguíneo cerebral no traumáticos son conocidos con el nombre de ataque cerebral, accidente cerebro vascular (ACV) y strokes. (En adelante ACV). Las causas más comunes de ACV pueden ser la oclusión de arterias cerebrales o la hemorragia. El ACV oclusivo o isquémico, resulta el 84% de las formas de ACV por trombosis o embolias. El ACV hemorrágico representa el 16% del total de strokes, debido a hemorragia subaracnoidea o intracerebral.

Se entiende por factores de riesgo aquellas circunstancias o aspectos que aumentan la probabilidad de que ocurra un daño; diremos entonces que los condicionantes que pueden predisponer el cuadro de ACV, se pueden clasificar en:

#### Factores de riesgos modificables y/o controlables, como son:

- Consumo de cigarrillos: el fumar duplica el riesgo de ACV. Acelera el endurecimiento de las arterias, incrementa las chances de formación de trombos y aumenta la presión arterial. Lo importante es saber que al dejar de fumar el riesgo de ACV disminuye notoriamente.

- Consumo de alcohol: diversos estudios demuestran que beber con moderación (hasta dos copas diarias) puede reducir el riesgo de ACV a casi la mitad. Sin embargo beber más de dos copas por día, puede aumentar el riesgo en tres veces. El alcohol es una droga que puede interactuar negativamente con los medicamentos.
- Exceso de peso: indiscutiblemente que representa una sobrecarga para todo el sistema circulatorio, y además conlleva en lo general otros factores de riesgo en su carácter de aditivo como pueden ser hipercolesterolemia, hipertensión arterial y diabetes. La dieta juega un rol muy importante, se recomienda disminuir en ella el consumo de sal, grasas saturadas y colesterol.; si fuera necesario también los hidratos de carbono.
- Sedentarismo: es un importante factor de riesgo, la actividad física regular disminuye la posibilidad de ACV, se recomiendan 30 a 40 minutos de actividad aeróbica por lo menos 3 veces a la semana. No sólo reduce el riesgo de ACV, sino también de enfermedades cardiovasculares.
- Hipertensión arterial: Está relacionada directamente con el ACV, aumenta en cuatro veces el riesgo. Lesiona la pared de los vasos arteriales de forma gradual .Por lo tanto necesita de un control y tratamiento. Hay estudios que demuestran que varias personas que sufrieron un ACV no conocían ser hipertensos.
- Fibrilación Auricular: esta arritmia es responsable de producir trombos y con la consecuente posibilidad de oclusiones arteriales. Aumenta también de cuatro a seis veces la posibilidad de producir ACV. Por lo tanto su diagnóstico y tratamiento son de vital importancia, siendo posible su control a través de medicamentos o procedimientos eléctricos como es la cardioversión.
- Enfermedad cardiaca: las afecciones de las arterias coronarias, insuficiencia cardiaca, representan también riesgo para ACV. Los ateromas de las arterias pueden desprenderse y migrar al cerebro, ocluyendo finas arterias cerebrales. Y disminuyendo o suprimiendo el flujo sanguíneo normal.
- Hipercolesterolemia: los valores de colesterol sérico deben ser conocidos, ya que este factor es indirecto para ACV, pero pone a las personas en alto riesgo de enfermedad coronaria. Cambios en la dieta suelen ser las medidas más fáciles para reducir los niveles altos de colesterol en sangre, con ejercicios físicos. De todas maneras hay medicación para controlar aquellos aumentos de colesterol que no obedecen a la dieta y el ejercicio.
- Diabetes: aumenta el riesgo. Esto se puede deber a las alteraciones arteriales-circulatorias que ocasiona. Es muy importante mantener las cifras de glucemia de manera controladas.
- Ataques previos de ACV, conocidos como Crisis isquemias transitorias (CIT) Son conocidos como episodios cortos de síntomas de ataque cerebral que usualmente duran pocos minutos y no dejan daño permanente instalado. Más de un tercio de las personas que experimentan CIT progresan a ACV.

Estos factores de riesgo indudablemente pueden ser reducidos con educación a la sociedad, cambios en estilos de vida y con cuidados y tratamiento.

### Factores de riesgo no modificables:

- **Edad:** Las posibilidades de tener un ACV aumentan con la edad. Dos tercios de todos los ataques cerebrales ocurren en personas mayores de 65 años. Aunque en los últimos años se vio un aumento considerable en la población adulta joven.
- **Género:** Los varones tienen ligeramente mayor probabilidad de padecer un ACV que las mujeres.
- **Historia familiar:** a pesar que el riesgo verdadero varía, las personas con historia familiar de ataques cerebrales tienen mayor prevalencia para ACV.

Tener uno más factores de riesgo individuales, no controlables, no significa necesariamente ACV, significa que se deberá prestar especial atención al estilo de vida y a los factores de riesgo que se puedan sumar y controlar.

La detección y el manejo de los factores de riesgo para ACV son la mejor manera de disminuir el verdadero riesgo, para lo cual los integrantes del equipo de salud deben mantener una actitud de promoción y prevención.

La Asociación Americana del Corazón hace una pregunta muy interesante cuando trata ese tema: “¿Cuál es su riesgo de tener un ataque cerebral?” Y responde así: “Si yo puedo tener un ACV, usted también puede tenerlo”

Podríamos clasificar al ACV según la etiología, inicio y duración de la siguiente manera:

Tipo de ACV	ETIOLOGIA	SIGNO SENAL	INICIO	CURSO
<b>Isquemico</b>				
1.-Trombotico	Arterioesclerosis de las arterias coronarias	Frecuentemente Hipertensión Arterial	Durante el sueño o al levantarse	Súbito, progreso de minutos a horas
2.-Embolico	IAM, Enfermedad Vascular, Fibrilación Auricular	Ocasionalmente Hipertensión Arterial	Súbitamente durante la actividad	Súbito. Máximo déficit a minutos del inicio
<b>HEMORRAGICO</b>				
1.- Intracerebral	Hipertensión	Cefalea	Durante la actividad	Súbito, progresa en 15 a 30 Minutos.
2.- Subaracnoideo	Aneurisma Arteria-vena con Malformaciones	Cefalea	Durante la actividad	Rápido deterioro de la función

Es oportuno agregar aquí que existen cuadros de ACV que duran pocos minutos o una hora con resoluciones sin daños ni déficit neurológicos, que son reconocidos como ataques isquémicos transitorios o crisis (CIT).

Estos episodios son cortos, con síntomas de ACV, pero no dejan daño cerebral, generalmente son de origen trombótico secundarios a arteriosclerosis.

Principales aportes desde la fisiopatología: cuando el flujo de sangre no llega a alguna área del cerebro por trombos o embolia se inicia la falta de oxígeno a esos tejidos, dicha hipoxia por un minuto puede dar signos y síntomas reversibles, tales como la pérdida de la

conciencia, pero cuando la hipoxia abarca periodos de tiempo más largos puede producir necrosis microscópicas de las neuronas, es decir infartos cerebrales.

El ACV isquémico es un desorden hemodinámico cerebral. Cuando el flujo de sangre cerebral está disminuido o reducido a niveles insuficientes para mantener la viabilidad neuronal, ocurre isquemia, en cinco minutos de anoxia se inician cambios que conducen a infarto cerebral. Esta situación es análoga a la injuria focal por infarto agudo de miocardio, ya que la oclusión de la arteria coronaria produce un área de necrosis tisular, y alrededor esa zona se produce un área de isquemia tisular.

El edema cerebral se produce por pérdida de la función metabólica normal de las células y su mayor pico es de los 3 a 5 días, esto ocurre en el 10 al 20 % de los pacientes con ACV isquémico y puede producir hipertensión intracaneal, siendo el responsable de muerte en la primera semana siguiente al ACV.

El signo característico de ACV es el inicio súbito de signos neurológicos focales: hemiparesia, afasia, cambios en los niveles de conciencia (estupor, confusión, agitación, coma). La aparición de convulsiones es muy variable, hay algunos datos que refieren este síntoma en el 4% de los casos y otros en un 40%.

## **PROTOCOLIZACIÓN DE ACTIVIDADES EN EL ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR**

### **¿CÓMO SE CONFIRMA EL DIAGNÓSTICO?**

Primer paso es la Valoración y evaluación neurológica, y luego la diferenciación con hemorragia intracraneal es vital.

La tomografía sin contraste es un método de elección. El laboratorio es para valorar niveles de glucemia, electrolitos, función hepática, renal, hematológica y gases en sangre.

El electroencefalograma, la eco cardiografía, la punción lumbar, son métodos expectantes, según el tipo y desarrollo del ACV.

El siguiente cuadro nos muestra los patrones de anormalidad neurológica más comunes en pacientes con ACV:

### HEMISFERIO DOMINANTE IZQUIERDO

Afasia, hemiparesia derecha, pérdida de la sensibilidad derecha, pérdida visual derecha, disartria, dificultad en leer, escribir, calcular.

### HEMISFERIO NO DOMINANTE DERECHO

Hemiparesia izquierda, pérdida de la sensibilidad del lado izquierdo, déficit de la visión del lado izquierdo, descuido del campo visual izquierdo, disartria, desorientación espacial.

### HEMISFERIO POSTERIOR-CEREBELO

Perdida de movimiento y sensibilidad en todos los miembros, signos cruzados, ataxia de miembros, disartria, no conjugación de la mirada, nistagmus, amnesia, defecto visual bilateral.

### HEMISFERIO SUBCORTICAL (motor puro)

Debilidad de la cara y miembros en un lado del cuerpo, sin anomalías de la función alta del cerebro, sensibilidad, visión.

### HEMISFERIO SUBCORTICAL (sensorial puro)

Debilidad de la cara y miembros en un lado del cuerpo, sin anomalías de la función alta del cerebro, función motora o visión.

El ACV producido por hemorragia subaracnoidea, es generalmente ocasionado por la ruptura de un aneurisma o por malformaciones arteriovenosas cerebrales. Este tipo de ACV es mayor en las mujeres que en los varones, y se incrementa su aparición con el aumento de la edad. La mortalidad es alrededor del 25%, y es más prevalente en las 24 hs. posteriores al ataque.

La fisiopatología de las dos causas mas comunes de ACV por hemorragia subaracnoidea: aneurisma y malformaciones arteriovenosas cerebrales es diferente.

Los aneurismas cerebrales se transforman clínicamente importantes cuando las paredes de los vasos están finas y se rompen, sanando hacia el espacio subaracnoideo y aumentando la presión. Pocos momentos después de la ruptura de un aneurisma cerebral, la presión intracraneana se aproxima a la presión arterial media y falla la perfusión cerebral.

En otras situaciones, el aneurisma no se rompe y se expande presionando las estructuras cercanas.

Las malformaciones arteriovenosas cerebrales pueden ser vasos dilatados, tortuosos, largos, pueden ocasionar aumento de la presión.

El paciente con hemorragia subaracnoidea tiene un inicio del cuadro con fuerte cefalea, acompañado por náuseas, vómitos, pérdida de la conciencia, rigidez de la nuca, fotofobia, y puede llegar a estado de coma.

La presencia de sangre en el espacio subaracnoideo es irritante para las meninges, particularmente para la aracnoides.

El diagnóstico se realiza en la valoración y evaluación del paciente y con una tomografía computada.

La angiografía es un método que ayuda en la localización exacta del aneurisma.

Podemos clasificar a la hemorragia subaracnoidea en diferentes grados:

- GRADO I: asintomático, cefalea mínima, escasa rigidez de nuca.
- GRADO II: cefalea moderada, rigidez de nuca.
- GRADO III: confusión, déficit focal medio, letargo.
- GRADO IV: estupor, hemiparesia moderada, severa aparición de rigidez, descerebración, disturbios vegetativos.
- GRADO V: coma, rigidez, descerebración, apariencia de moribundo.

El ACV producido por hemorragia intracerebral, es por sangrado directamente en el tejido cerebral, y es causado por aneurismas, malformaciones de arteria y venas cerebrales, y también por hemorragia hipertensiva.

Causa edema cerebral, el incremento de la hemorragia intracerebral y destrucción del tejido cerebral.

La mayor causa de esa injuria está relacionada con hipertensión, otras causas menos frecuentes son leucemia, hemofilia, terapia anticoagulante, tumores cerebrales.

#### - Actuación de enfermería

El manejo de enfermería en los pacientes con accidente cerebro vascular (ACV) 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.

#### Valoración neurológica

Requiere de la permanente observación, del monitoreo continuo de los signos vitales y neurológicos para el reconocimiento temprano del deterioro hemodinámico y neurológico. Cuando un paciente ingresa con un cuadro de sospecha de ACV en la guardia de una institución 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. La enfermera debe conocer el manejo de la urgencia y el cuidado permanente de la vía aérea. Debemos tener en cuenta que los pacientes con deterioros neurológicos, tienen gran riesgo de desarrollar obstrucción de la vía aérea. La relajación de la lengua y de otros tejidos blandos hipo faríngeos en pacientes sobre todo en decúbito dorsal, pueden provocar obturación parcial o total de la misma.
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.

4. Control estricto de signos vitales: **Frecuencia Cardíaca** (por lo menos en un minuto), buscando reconocer arritmias cardíacas muchas veces responsables de los trastornos neurológicos. **Tensión arterial** (auscultatorio-palpatorio), la hipertensión es un signo común a varias injurias cerebrales, después de un ACV 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. y **Temperatura** (axilar y/o mucosa) Se debe tener presente la triada de bradicardia, hipertensión sistólica y amplia presión de pulso, como signos de deterioro neurológico.
5. Colocación de vía endovenosa periférica (seleccionar el miembro superior no afectado, iniciar la hidratación con Solución fisiológica de cloruro de sodio).
6. Coordinarla actividad con los servicios de apoyo: Rayos y Laboratorio.
7. Observar en forma continua al paciente en busca de clonas, episodios de desorientación, cambios en la coloración de la piel, signos vitales, relajación de esfínteres, registrar e informar. Registrar todos los datos del ingreso como así también todas las intervenciones realizadas.
8. Conocer y Aplicar la escala de Glasgow. Valorando la respuesta motora, verbal y la apertura de los ojos, ante los estímulos externos.
9. No quitar la ropa si no es necesario. Tener precauciones con las pertenencias de valor y las prótesis.
10. Asegurar el correcto y seguro traslado del paciente a los servicios de apoyo.

#### - Actividades a desarrollar en las primeras 24 a 48 horas de evolución

La gran bisagra en el cuidado de estos pacientes es el estado de conciencia; si estamos en presencia de un paciente inconsciente deberemos intervenir con todos los cuidados referidos al paciente en estado de coma, que no es aquí el espacio para tratar este tema hoy.

Por lo tanto la referencia va dirigida a las primeras 24 ó 48 horas de un paciente no inconsciente, con un ACV en evolución. Es importante realizar estas aclaraciones a los efectos de focalizar la temática.

1. Controlar Signos vitales cada 30 minutos, cada hora, según la necesidad del paciente. Al evaluar **la temperatura** tener precauciones de NO controlarla en la axila del lado afectado. Siempre utilizar primero los medios físicos, registrar la evolución de la temperatura y la respuesta a las intervenciones. Reconocer los distintos tipos de **rítmicos respiratorios** y monitoreo de **la TA y del Pulso**.
2. **Controlar el estado de conciencia y aplicar la escala de Glasgow**. Se recomienda establecer el horario, la frecuencia, a los efectos de mantener un registro fidedigno durante las 24 horas.
3. **Conocer, registrar e informar el BALANCE HIDROELECTROLÍTICO**. Es de suma importancia todo lo relacionado al cuidado de la vía endovenosa periférica, de la vía enteral si la tuviere, el control de ingresos en cantidad y calidad, teniendo en cuenta también las pérdidas insensibles.
4. Es responsabilidad de la enfermera **controlar la diuresis**, según la evolución, en lo posible sin la necesidad de catéter, ver la factibilidad de dispositivo externo en los



varones. Valorar la incontinencia, ¿Cuál es el motivo? (confusión, flacidez, falta de comunicación) para poder planear acciones para cada problema. Si hay necesidad de catéter vesical, aportar los cuidados del mantenimiento de esa técnica. Con respecto a la valoración de la eliminación intestinal, es de vital importancia conocer los hábitos del paciente, mantener el correcto suministro de líquidos como así también preservar un ambiente adecuado, realizar masajes circulares en el abdomen para estimular, propiciar en lo posible la posición ventral, registrar las eliminaciones y sus características.

5. Aplicar medidas de confort relacionadas con su inmovilidad. Es muy importante establecer y reconocer la movilidad espontánea para delinear un plan de atención.

- Reconocer el tipo decúbito, pasivo, activo, selectivo, indiferente, etc. y también el tipo de posturas, registrar.
- No olvidar medidas de seguridad como son las barandas, o medidas de sujeción en caso de necesidad, a los efectos de no agregar riesgos externos.
- Mantener un plan de cambio postural, verificar la aceptación y tolerancia el paciente a cada decúbito seleccionado.
- Garantizar la alineación del cuerpo, la postura anatómica, usar dispositivos si fuera necesario.
- Recordar LIMITAR EL DECÚBITO SOBRE EL LADO AFECTADO.
- Conocer los patrones de descanso y sueño del paciente y el decúbito de elección para tal fin, a los efectos de que siempre que sea posible colocarlo en dicho decúbito en los horarios del descanso, respetando su individualidad y propiciando ese momento.
- Un ejemplo de plan:
  - 8 hs. Desayuno, posición de semifowler.
  - 10 hs Decúbito lateral izquierdo.
  - 12 hs. Almuerzo, posición de semifowler
  - 14 hs. Horario de descanso, Decúbito habitual en el paciente.
  - 16 hs. Merienda. , posición de semifowler
  - 18 hs. Decúbito lateral derecho.
  - 20 hs. Cena. Posición de semifowler
  - 24 hs. Horario de descanso. Decúbito de selección habitual
  - 04 hs. Decúbito lateral izquierdo.
  - 06 hs. Decúbito lateral derecho.

En este plan se visualiza el respeto por la movilización cada dos horas en lo general, previniendo la presión en las zonas de apoyo a los efectos de disminuir los riesgos de lesiones cutáneas debido a la disminución de oxigenación de los tejidos a causa de la movilidad. Además, es un plan acordado con el paciente y la familia que respeta sus hábitos

y preferencias, elementos muy importantes a tener en cuenta ya que eso trasmite en el otro, en el que recibe el cuidado, individualidad, y confianza; como así también respeto por los horarios destinados a la alimentación, aunque esta no se pueda realizar normalmente, respondiendo al reconocimiento de lo social incluido en el cuidado.

- Observar la piel en cada cambio de posición en busca de signos tempranos de aparición de lesiones, úlceras. Mantener la piel limpia, seca e hidratada.
- Propiciar medidas de prevención local en prominencias óseas.
- Mantener la higiene corporal con el baño diario, las higienes parciales según la necesidad del paciente, la higiene bucal y la higiene ocular.

6. **Propiciar un ambiente tranquilo:** es de suma importancia este aspecto, de manera que no se estimule inapropiadamente al paciente, por lo que se visualizan como importantes algunos cuidados tales como:

- Disminuir los estímulos sensoriales, sobre todo las alarmas de los aparatos y en especial durante el horario de descanso y sueño.
- Hacer un uso adecuado de las luces, disminuir la iluminación general, usar las localizadas, permitir la entrada de iluminación natural.
- Mantener al paciente orientado en forma permanente sobre todo con los horarios de DIA y de noche.
- Agregar a su unidad elementos que sean de su vida habitual y respetar sus gustos, ejemplo: radio, música, lectura, fotografías, reloj pulsera, etc.
- Flexibilizar el horario de visitas. Tener siempre presente que lo más importante y urgente es el paciente y su recuperación a una vida lo mas parecida posible a la anterior al ACV.

7. **Acompañar la situación de crisis del paciente y la familia y reconocer cuándo brindar la ayuda convenientemente.**

- Incorporar a la familia precozmente en el cuidado del paciente.
- Preparar desde temprano un plan de externación, evaluando las posibilidades familiares.
- Crear vínculos muy específicos y educativos con la familia.
- Mantener el contacto permanente y brindar el apoyo emocional.

8. **IMPORTANTE:**

- **La regularidad, la rutina,** ya que el paciente debe poder reconocer sus patrones de hábitos y poder incluir nuevos, para lo cual necesitará de la estimulación y aprendizaje permanente.
- No hacer por el paciente, ni por la familia, lo que son capaces de realizar por si mismos. Esto es central ya que respeta como persona y aumenta la autoestima, a la vez que propicia el auto cuidado y la independencia.

- Es muy importante Fijar Metas Alcanzables, y sumar tareas o nuevas actividades diariamente. Ej.: paciente con hemiplejia derecha, intentar el aseo corporal con el miembro superior izquierdo.
- La comunicación, el entorno, el ambiente y la actitud de los profesionales del equipo que lo asisten debe de ser positiva, preactiva, permitiendo en todo momento la comunicación de cualquier manera, y todo tipo de vínculo.
- Elegir y acordar los códigos mas apropiados par comunicarse. Mantener apoyo significativo en los momentos de incomunicación.
- Siempre tratarlo como un adulto, no mantener y reforzar conductas regresivas.
- Responder a todos sus llamados apropiadamente, aun cuando estos sean repetitivos y nos parecieran sin sentido, siempre tomar ese momento en forma positiva y sacar rédito a favor de su recuperación en cada momento.
- Rodearlo en lo posible de objetos conocidos y uso de ropa personal.
- Hablar con lentitud, claramente, las órdenes deben ser claras, NO imperativas.
- Esperar con tranquilidad la respuesta a las órdenes o pedidos de colaboración.
- Reconocer la necesidad de recreación, según el hábito y la posibilidad de realización.
- Motivar en forma permanente a la independencia.
- Demostrar paciencia y seguridad en todos los procedimientos.

- **Recomendaciones para la comunidad:**

**REACCIONE INMEDIATAMENTE ANTE UN ACV.**

**RECUERDE PUEDE SALVAR UNA VIDA, AUMENTAR LAS POSIBILIDADES DE RECUPERACIÓN, PREVENIR NUEVOS ATAQUES, DISMINUIR LAS SECUELAS POST ACV.**

**RECUERDE LOS SÍNTOMAS POSIBLES DE INICIO:** FALTA DE MOVILIDAD EN ALGUNA PARTE DEL CUERPO, O DE SENSIBILIDAD, DEBILIDAD REPENTINA EN LA CARA O EN ALGUNO DE LOS MIEMBROS SUPERIORES O INFERIORES, CONFUSIÓN REPENTINA, DIFICULTAD SÚBITA PARA HABLAR O ENTENDER, DEFECTOS EN LA VISIÓN, MAREOS, PÉRDIDA DEL EQUILIBRIO, INCORDINACIÓN, CEFALEA.

**LLAME INMEDIATAMENTE AL SERVICIO DE EMERGENCIA, AL EQUIPO DE ACV, AL MEDICO**

## RECUERDE LAS "R"

- REDUZCA LOS RIESGOS
- RECONOZCA LOS SÍNTOMAS
- REACCIONE INMEDIATAMENTE.

### Sobre los mitos:

- Mito: el ACV no se puede prevenir.

LOS SÍNTOMAS PUEDEN SER PASAJEROS, TAMBIÉN SON IMPORTANTES.

Realidad: el control efectivo de los factores de riesgo, pueden reducir la posibilidad de ACV

- Mito: Ocurre sin aviso.

Realidad: hay varios ACV que ocurren en forma transitoria primero (CIT) y tienen signos pródromos.

- Mito: Cuando una arteria se tapa todas las neuronas se mueren inmediatamente.

Realidad: recientes investigaciones dicen que un grupo de neuronas quedan viviendo con aportes mínimos de oxígeno y el actuar rápidamente puede permitir su recuperación.

- Mito: cuando los síntomas aparecen ya no hay nada que hacer.

Realidad: mientras más rápido se actúe más neurona tendrán las posibilidades recuperarse.

## ESCALA NEUROLÓGICA CANADIENSE

Côté R et al. The Canadian Neurological Scale. Stroke 1986.

### **I. Nivel de consciencia**

Alerta	3
Somnolencia	1.5
Si estupor o coma usar CGS	

### **II. Orientación**

Orientado	1
Desorientado o no valorable	0

### **III. Lenguaje**

Normal	1
Déficit de expresión (incluye disartria severa)	0.5
Déficit de comprensión	0

### **IV. Función motora**

#### **A. Si no hay déficit de comprensión**

##### **1. Cara**

No debilidad facial	0.5
Debilidad facial	0

##### **2. M. superior, proximal**

No debilidad	1.5
Paresia 3-4/5	1
Paresia 2/5	0.5
Fuerza a 0-1/5	0

##### **3. M. superior, distal**

Fuerza normal	1.5
Paresia 3-4/5	1
Paresia 2/5	0.5
Fuerza a 0-1/5	0

##### **4. M. inferior**

Fuerza normal	1.5
Paresia 3-4/5	1
Paresia 2/5	0.5
Fuerza a 0-1/5	0

#### **B. Si existe déficit de comprensión valorar la respuesta motora**

##### **1. Cara**

Simétrica	0.5
Asimétrica	0

##### **2. M. Superiores**

Iguales	1.5
Desiguales	0

##### **3. M. Inferiores**

Iguales	1.5
Desiguales	0

**APERTURA OCULAR**

Espontanea	Ojos abiertos mantenidos	4
A la llamada	Ojos abiertos a la llamada	3
Al dolor	Ojos abiertos al dolor	2
Ausente	Ausencia de respuesta	1

**RESPUESTA VERBAL**

Orientado		5
Desorientado	Desorientación temporoespacial	4
Habla desordenada o inapropiada	Mezcla palabras , sin relación entre si	3
Ininteligible	Sonidos incompresibles, gemidos	2
Sin respuesta	Sin emisión de sonidos	1

**RESPUESTA MOTORA**

Obedece ordenes		6
Localiza el dolor	Protege el dolor con la mano	5
Retira la extremidad	Retira la extremidad con defensa imprecisa	4
Flexión anormal	Flexión anormal de la extremidad afecta sola o acompañada de otra : Decorticación	3
Extensión anormal	Extensión patológica: Descerebración	2
No respuesta	Ausencia de respuesta motora	1

## ESCALA DE NIH DE INFARTO CEREBRAL

### 1a. Nivel de conciencia

- 0 alerta
- 1 no alerta pero responde al menor estímulo
- 2 no alerta, requiere repetición
- 3 sin respuesta o sólo refleja

### 1b. Preguntas (mes y edad)

- 0 responde todas correctas
- 1 una respuesta correcta, incapaz de hablar por intubación o disartria
- 2 ninguna correcta, afásico, estuporoso

### 1c. Ordenes (abrir y cerrar ojos, apretar con la mano no parética)

- 0 efectúa todas
- 1 efectúa una sola
- 2 no efectúa ninguna

### 2. Movimientos oculares horizontales

- 0 normal
- 1 parálisis parcial
- 2 parálisis total

### 3. Campo visual

- 0 no hemianopsia, ceguera monocular
- 1 cuadrantopsia
- 2 hemianopsia completa
- 3 ceguera, ceguera cortical

### 4. Parálisis facial

- 0 normal
- 1 parálisis menor
- 2 parálisis severa
- 3 parálisis total

### 5 & 6. Motor brazo (a, izquierdo; b, derecho)

- 0 no cae
- 1 cae parcialmente antes de 10 seg.
- 2 cae hasta la cama antes de 10 seg.
- 3 no mueve contra gravedad
- 4 sin movimiento
- x amputación o fusión articular

### 7 & 8. Motor pierna (a, izquierdo; b, derecho)

- 0 no cae
- 1 cae parcialmente antes de 10 seg.
- 2 cae hasta la cama antes de 10 seg.
- 3 no mueve contra gravedad
- 4 sin movimiento
- x amputación o fusión articular

### 9. Ataxia de miembros

- 0 ausente
- 1 un miembro
- 2 dos miembros
- x amputación o fusión articular

### 10. Sensibilidad

- 0 normal
- 1 pérdida moderada a leve
- 2 pérdida severa

### 11. Lenguaje

- 0 normal
- 1 afasia leve a moderada
- 2 afasia severa
- 3 mudo, afasia global, coma

### 1. Disartria

- 0 normal
- 1 leve
- 2 severa
- x intubado

### 2. Neglect / Extinción /

- Inatención (visual, espacial, táctil, auditiva, anosognosia)
- 0 ausente
- 1 alteración en una sola modalidad
- 2 profunda alteración o en más de una modalidad

## BIBLIOGRAFIA

1. American Heart Association. "Fighting Heart Disease and Stroke" National Center. Dallas 1998.
2. Bullock, B y Henze, R. "Focus on Pathophysiology". Lippincot. Philadelphia. 2001
3. Cometto, MC "Medidas de enfermería en el ACV en las primeras horas. 1999. Córdoba. RA..
4. Hudak, C. y otros. "Critical Care Nursing" A holistic Approach. Lippincot. Philadelphia.1999.
5. Irwin, R y Rippe, J " Manual de Cuidados Intensivos. Marban. Espana 2001.
6. Montano, F y Guardia, Norma "Intervención de la enfermera en la prevención del ACV" Investigación descriptiva. 2002. San Juan R Argentina
7. Urden, L y Stacy, K." Priorities in Critical Care Nursing". 3ª edición. Mosby. EEUU. 2000
8. [www.americanheart.org](http://www.americanheart.org).

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](http://www.copyright.com) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia