



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
ESCUELA DE ENFERMERIA PADRE LUIS TEZZA



Calidad del Cuidado de Enfermería y Nivel de Respuesta del
paciente con ACV Isquémico según Patrones Funcionales de
Salud. Hospital Base de la Red Asistencial
Guillermo Almenara Irigoyen – Essalud.
Setiembre – Diciembre 2005

Tesis para optar el Título Profesional de
Licenciada en Enfermería

Ana Luz López Cossio

Lima – Perú
2006

Dedico este trabajo a mis queridos padres Victoria y Reymundo, por cultivar en mí ese espíritu de lucha incansable que poseen; gracias por su amor y apoyo incondicional.

A la Mag. Nelly Céspedes, por todos sus sabios consejos, paciencia, ternura y comprensión; esencias que me permitieron culminar el presente trabajo.

A mis hermanos Paúl y Kevin por su comprensión y amor cálido que me brindaron y me brindan día a día.

A mi Institución empleadora “Policlínico Peruano Japonés” y a todos sus directivos que confiaron en mí, brindándome su apoyo.

AGRADECIMIENTOS

- ☞ A Dios y a su hijo Jesús por guiarme y permitirme cumplir mi sueño anhelado de ser Enfermera.
- ☞ A Miguel por su amistad, amor, comprensión, y ayuda desinteresada que me ha brindado durante toda esta etapa de mi vida.
- ☞ A mi querida Escuela por albergarme durante toda mi formación profesional y cultivar en mí todos los valores necesarios para ser una buena enfermera.
- ☞ A todos mis profesores por sus enseñanzas y guía incansable que me brindaron durante mi formación profesional.
- ☞ A la Lic. Elga Sarmiento, por su carisma, bondad y apoyo desinteresado.
- ☞ A la Mag. Rosario Ormeño por sus enseñanzas y por todo el amor que rebasa de su persona.
- ☞ A la Lic. Irene Zapata por sus enseñanzas e ímpetu que refleja en su persona.
- ☞ A la Mag. Angélica Aguirre por sus consejos y enseñanzas.
- ☞ Al Hospital Guillermo Almenara Irigoyen y a todos los miembros que laboran en dicha Institución, la cual me albergó durante mi formación profesional, permitiéndome realizar el presente trabajo de investigación.
- ☞ A mis entrañables amigas Sonia, Priscila y Patricia con las que compartí momentos de alegrías, tristezas y triunfos en nuestra etapa de estudiantes.
- ☞ A la Lic. Esther Saito, Lic. Ernestina Núñez, Lic. Rosa Cuadros, Lic. Bertha Matsumoto, Lic. Isabel Yanase, Lic. Carmen Tamamoto y Lic. Aurora Cataldo, por su amistad y apoyo incondicional brindado durante estos 5 años.
- ☞ A todas mis colegas del “Policlínico Peruano Japonés” por apoyarme en todo momento y brindarme su amistad sincera.

- ☞ A todos los médicos del Policlínico Peruano Japonés, en especial al Dr.Schilder, Dr. Wong, Dr.Delgado, Dr.Sánchez, Dr.Tudela, Dr.Torres; por sus consejos brindados.

- ☞ A la familia Asato por darme su cariño y apoyo incondicional, y considerarme como parte de su familia.

RESUMEN

El cuidar es la esencia de Enfermería, el cual se ejecuta en una serie de acciones y cuidados dirigidos no solo a la persona enferma sino a todo individuo que necesita de la atención, enseñanza o consejo del profesional con el fin de mejorar o aliviar molestias físicas, psicológicas y espirituales; favoreciendo directamente en la calidad de vida del paciente.

El presente estudio titulado **“Calidad del Cuidado y Nivel De Respuesta del paciente con Accidente Cerebro Vascular Isquémico según los Patrones Funcionales de Salud más afectados”**, se realizó en la ciudad de Lima – Perú, en los meses de Setiembre a Diciembre del año 2005, en el Hospital Base de la Red Asistencial Guillermo Almenara Irigoyen; y tiene como objetivo general determinar la relación entre la calidad del cuidado que brinda la enfermera y el nivel de respuesta del paciente con ACV Isquémico según los patrones funcionales de salud más afectados.

La estrategia metodológica de la presente investigación consistió en el enfoque de naturaleza cuantitativa, diseño descriptivo correlacional y de corte longitudinal; el tamaño de la muestra quedó conformada por 40 pacientes hospitalizados con diagnóstico de ACV Isquémico establecido y 36 enfermeras del servicio de Neurología y Emergencia. Como instrumentos de recolección de datos se utilizó una lista de cotejo y una lista de verificación previamente validada por el juicio de expertos y la prueba de confiabilidad de Kuder de Richardson.

Las principales conclusiones fueron, que la Calidad de Cuidado que brindan las enfermeras en relación a las dimensiones del cuidado fue de tendencia regular, alcanzando un 60% tanto en la dimensión técnica como del entorno, y un

porcentaje significativo (22%) brinda un cuidado deficiente en la dimensión interpersonal. Y en cuanto a la relación entre Calidad del Cuidado y Nivel de Respuesta del paciente con ACV tenemos que, ante un cuidado regular el nivel de respuesta fue de regular a bajo; en cambio, ante un cuidado óptimo el nivel de respuesta fue de regular a alto. Por tanto se valida la hipótesis del presente estudio que a mayor calidad del cuidado mayor posibilidad de respuestas favorables en el paciente.

Palabras claves: Calidad de cuidado – Nivel de respuesta – Paciente neurológico – Patrones funcionales – Enfermería.

INTRODUCCIÓN

Los profesionales de enfermería estamos en la búsqueda de estrategias que incrementen la calidad del cuidado que se brinda al usuario, considerando un trato humano, digno e integral así como una atención oportuna, continua, segura y eficiente. Este proceso de mejoramiento continuo de la calidad del cuidado de enfermería, lleva a una reflexión crítica, donde el ser humano es la razón de ser de la acción de salud y particularmente de enfermería, visto éste como una unidad integral, una totalidad; por ende nos hace responsables del proceso permanente que busca la transformación de las formas organizativas de enfermería, en la manera de planear y brindar un cuidado de calidad, que satisfaga las expectativas del usuario, y que sea de costo efectivo tanto para las instituciones como para las personas.

Considerando en toda su amplitud las dimensiones que involucran el cuidado que brinda la enfermera, ella se compromete cada vez más con sus propias necesidades de desarrollo profesional y personal, implicando entre otras la capacitación permanente que asegure el cumplimiento de sus funciones y respuestas a los retos del siglo XXI; este cambio de paradigmas obedece a la necesidad de buscar transformación en su pensar y hacer, con el fin de reflexionar sobre la propia práctica profesional y modificar actitudes las cuales las lleven a dar soluciones más integrales e interdisciplinarias con el único propósito de mejorar la calidad del cuidado de acuerdo a cada nivel de atención.

La estructura de la tesis se ha dividido en 5 capítulos, el primer capítulo enfoca el problema de investigación, su planteamiento, formulación, objetivos, importancia y justificación del problema.

El segundo capítulo se refiere al marco teórico y conceptual que engloba los antecedentes del estudio, bases teóricas, hipótesis, variables y definición de términos básicos.

En el tercer capítulo mencionamos el diseño metodológico considerando el tipo de estudio, área de estudio, población y muestra con los criterios de inclusión y exclusión; así como las técnicas e instrumentos de recolección de datos, técnicas de análisis de los datos y aspectos éticos.

En el cuarto capítulo presentamos los resultados de la investigación, presentación de datos generales, análisis, interpretación y discusión de resultados.

Por último se encuentra el quinto capítulo que comprende las conclusiones y recomendaciones a las que se ha llegado. Concluye con las referencias bibliográficas y los anexos.

INDICE

RESUMEN.....	6
INTRODUCCIÓN	8
CAPITULO 1: EL PROBLEMA	11
1.1 Planteamiento del problema.....	11
1.2 Formulación del problema	15
1.3 Objetivos	15
1.3.1 Objetivo General.....	15
1.3.2 Objetivos Específicos	15
1.4 Importancia y Justificación	15
1.5 Limitaciones de la Investigación.....	16
2.1 Antecedentes	18
2.2 Bases Teóricas.....	21
2.3 Hipótesis.....	66
2.3.1 Hipótesis General	66
2.3.2 Hipótesis Específica.....	66
2.4 Variables	66
2.4.1 Variables de estudio	66
2.4.2 Variables confusoras	67
2.5 Definición de términos básicos	67
CAPITULO 3: DISEÑO METODOLOGICO	69
3.1 Tipo de estudio.....	69
3.2 Área de estudio.....	69
3.3 Población y muestra	71
3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	72
3.5 Técnicas de análisis de los datos	74
3.6 Aspectos éticos.....	74
CAPITULO 4: RESULTADOS	75
4.1 Presentación de datos generales y análisis	75
4.2 Interpretación y Discusión de los resultados.....	88
CAPITULO 5: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	100
5.1 Conclusiones	100
5.2 Recomendaciones.....	100
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	102
ANEXOS	106

CAPITULO 1: EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

Los Accidentes Cerebro Vasculares (ACV) constituyen en la actualidad uno de los problemas más preocupantes de salud pública en todos los países del mundo, esto es debido a su alta incidencia y prevalencia, su elevada tasa de mortalidad y las devastadoras consecuencias de carácter incapacitante que genera entre las personas que sobreviven a tal enfermedad, al margen del alto costo económico que significa para cualquier sistema de prestaciones de salud y también para el país, tanto por las cifras elevadas que demanda la hospitalización, el largo tratamiento y lo que la persona afectada deja de producir en la colectividad.

Estudios epidemiológicos señalan que los ACV representan el principal problema neurológico en el mundo, y de acuerdo a cifras internacionales se acepta que cada año se presentan alrededor de 500 a 600 nuevos casos por cada 100,000 habitantes. Así mismo según las estadísticas al año mueren 5 millones de personas y cerca de 15,000 pacientes quedan incapacitados por la misma causa, los que necesitan asistencia permanente en las diversas actividades de su vida diaria.

En Estados Unidos de Norteamérica, los ACV constituyen la tercera causa principal de mortalidad, con más de 150,000 muertes anuales, además son una causa importante de morbilidad con 3 millones de sobrevivientes en un momento dado; éste diagnóstico es el más común en las admisiones a las unidades de cuidados intensivos, al tiempo que cada año invierten aproximadamente 25,000 millones de dólares para la atención de estas enfermedades (Adams Hp.1998).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) reporta que las enfermedades crónicas no comunicables son la causa principal de muertes prematuras e incapacidades en la mayoría de los países de América, siendo responsables del 44,1% de las muertes en hombres y 44,7% en mujeres. En forma específica los datos epidemiológicos muestran que entre los diagnósticos de mayor importancia en la región de las Américas corresponden a las Enfermedades Cardiovasculares, dentro de las cuales el Infarto y el ACV tiene el primer lugar de mortalidad.

En el Perú no tenemos cifras globales al respecto, pero como referencia el Servicio de Neurología del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irgoyen, han detectado que en los últimos 10 años las enfermedades vásculo - cerebrales fueron la primera causa de mortalidad entre los pacientes hospitalizados; así mismo a nivel de todo el Hospital estas enfermedades ocupan el diagnóstico más frecuente de hospitalización. Esto significa que en el Perú sobre la base de 27 millones de habitantes pueden presentarse cada año 135,000 nuevos casos.

Los ACV no hacen distinciones de sexo, raza, religión y/o condición económica y se da en todos los lugares del mundo; no conoce límites étnicos, sociales ni geográficos, ya que las estadísticas universales coinciden más o menos en cuanto a las cifras de morbilidad y mortalidad.

El 88% de los casos ocurren en personas mayores de 65 años y es más frecuente en los hombres que en las mujeres. Los ACV tienen diferentes causas entre ellas el 85% son de origen Isquémico y el 15% de tipo hemorrágico, ocasionando en ambos casos déficit neurológicos muy diversos como debilidad o pérdida motora, alteración visual, pérdida sensorial, deficiencias verbales,

cognoscitivas y emocionales; viéndose incapacitados para caminar, ver, sentir y comunicarse, los cuales redundan en una situación de dependencia.

La motivación para la elección de este problema nace de haber observado durante las prácticas clínicas la alta incidencia de pacientes con ACV y del interés por conocer la calidad de cuidado que brinda la enfermera. El grupo de ACV elegido para el presente estudio de investigación fueron según su origen el de tipo Isquémico y según el tiempo de evolución el Infarto cerebral establecido o completo; donde los cuidados de enfermería se deben enfocar a apoyar la crisis biológica desencadenada y las repercusiones desde lo psicológico y social, en cada paciente y su grupo familiar; por ello el rol de enfermería es clave y se orienta específicamente al proceso de identificación y satisfacción de las necesidades presentes en el paciente y su familia.

Atender a este grupo de pacientes es una tarea ardua y desafiante para la enfermera, porque es una persona con serio compromiso de uno o más sistemas de su economía humana y por lo tanto afecta seriamente los patrones funcionales de salud como: alimentación, higiene, movilidad, eliminación, interrelación, autoestima y valores; alteraciones que constituyen el núcleo del quehacer de enfermería, los cuales no solo necesitan el conocimiento científico teórico sino tener la capacidad de brindar calidad en el cuidado. Para Nodding (1984) cuidar significa: “encargarse de la protección, del bienestar o del mantenimiento de alguien”; y Calidad es ser eficiente, es tener competencia, tener respeto al paciente y familia, es hacer lo correcto con el fin de que el paciente afectado por tal devastador padecimiento vuelva a ser un individuo activo gracias a las acciones y el apoyo de la enfermera; por tanto la enfermera tendrá presente que el cuidado de una persona con una alteración neurológica no se trata de una simple situación, sino de una situación muy

compleja, que dependiendo de la etapa clínica que prime se brindara un cuidado de enfermería total, de ayuda o de apoyo.

Desde la ética de virtudes en el cuidado de enfermería, la enfermera es la que posee un alto grado de excelencia, demuestra los rasgos y características que la hacen una buena persona en quien se puede confiar porque actúa bien; la enfermera virtuosa tiene conocimientos suficientes y actualizados no solo para saber sino para ponerlos al servicio de la persona que lo necesite, al brindarle cuidados de enfermería con calidad científica y humana. Por ello es “imperativo” el sentido de responsabilidad y compromiso en la valoración de la trascendencia de los Eventos Cerebro Vasculares, de tal forma que la contribución de Enfermería al mejoramiento del cuidado de estos grupos sea clara y relevante para la sociedad.

De lo mencionado surgen las siguientes preguntas:

- ¿Qué calidad de valoración hace la enfermera para brindar cuidados de enfermería al paciente que ingresa con ACV Isquémico? ¿ Qué patrones funcionales de salud están más comprometidos?
- ¿Cuál es la calidad del cuidado que brinda la enfermera al paciente con ACV Isquémico?
- ¿Toma en cuenta a la familia y su respuesta a la enfermedad de su paciente?
- ¿Cómo responde el paciente a los cuidados brindados

1.2 Formulación del problema

De la situación expuesta el problema se formula de la siguiente manera:

¿Cuál es la relación entre calidad del cuidado que brinda la enfermera y el nivel de respuesta del paciente con Accidente Cerebro Vascular Isquémico según los patrones funcionales de salud más afectados, en el servicio de Neurología y Emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Setiembre - Diciembre 2005?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General

- Determinar la relación entre calidad del cuidado que brinda la enfermera y el nivel de respuesta del paciente con ACV Isquémico según los patrones funcionales de salud más afectados.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Identificar los patrones funcionales más comprometidos en pacientes con ACV Isquémico.
- Describir la calidad de atención que brinda la enfermera a los pacientes con ACV cuyos patrones funcionales de salud se encuentran más comprometidos.
- Identificar el nivel de respuesta del paciente al cuidado brindado en los patrones funcionales de salud afectados.
- Relacionar estadísticamente la calidad del cuidado con el nivel de respuesta del paciente.

1.4 Importancia y Justificación

Dada la alta incidencia de pacientes con Accidente Cerebro Vascular, lo que se busca con este estudio es conocer en que medida las enfermeras han alcanzado indicadores satisfactorios de oportunidad, eficacia, continuidad e

integralidad en el accionar cotidiano frente al paciente y familia; ya que es tiempo de mirar el “Cuidado” desde los enfoques de la Identificación y Comprensión, retomando al paciente y a su familia como ejes centrales y únicos de esa realidad, proceso que exige que el profesional de enfermería esté implicado directamente en el “Cuidado” y que aporte desde su racionalidad y creatividad, todos aquellos elementos que conllevan a resignificar ese Saber, Ser y Hacer de la profesión. El conocimiento de la eficacia del cuidado profesional en el nivel de respuesta alcanzado por el paciente, constituye una medida de impacto de la trascendencia del accionar de la enfermera; que en sí mismo, es un medio de retroalimentación para el perfeccionamiento y auto dirección de su práctica.

Los resultados del estudio se orientan a beneficiar a la Institución, a los profesionales de la salud y por ende al paciente; ya que la información obtenida permitirá la introducción o modificación de estrategias de mejoramiento en la “Calidad del Cuidado de Enfermería” dirigidos a conseguir la abolición, minimización o detección oportuna de situaciones que amenazan la vida del paciente o que lleven a la instauración de limitaciones, muchas veces prevenibles y tratables gracias a la acción racional de los profesionales de la salud; donde Enfermería demuestre su capacidad de liderazgo, guiado desde la relación de ínter subjetividad entre la persona que brinda el cuidado y la persona que recibe el cuidado, los cuales a su vez optimizan la estancia del paciente y merman el uso de recursos institucionales de mas altos niveles.

1.5 Limitaciones de la Investigación

Entre las limitaciones que tuve en el presente estudio fueron diversos, el primero de ellos fue encontrar la población de pacientes que cursaban con el

cuadro de accidente cerebro vascular isquémico en un solo momento y espacio, por lo que tenía que estar alerta a los ingresos diarios tanto en el servicio de Neurología y Emergencia, y poder captar a los pacientes que cumplían con el criterio de inclusión para el estudio.

Otra limitación que tuve fue de tipo metodológica, es decir al aplicar el instrumento de observación al equipo de enfermeras en estudio, me faltaba desarrollar la técnica de observación, despertando al comienzo un poco de desagrado y angustia; luego fue superado satisfactoriamente. De ello desgloso que es vital realizar una observación minuciosa y continua con el fin de no descuidar ningún aspecto, ya que los resultados obtenidos se podrá generalizar a otros grupos de pacientes.

CAPITULO 2: MARCO TEORICO Y CONCEPTUAL.

2.1 Antecedentes

En el ámbito nacional se realizaron los siguientes trabajos de investigación:

Vela López Silna, año 2000, investigó **“Administración de los servicios de enfermería y su relación con la calidad de atención que se brinda al usuario del Hospital Hermilio Valdizan Medrano”**, Huanuco, obtención del título de Maestría. La investigación es de tipo aplicada, nivel descriptivo y de corte transversal. La población de estudio estuvo conformada por 2 grupos, el primero por las enfermeras jefes y asistenciales que laboran en los servicios de hospitalización siendo un total de 18, en las cuales se estudió la variable independiente; y el segundo grupo poblacional estuvo conformado por 181 pacientes hospitalizados en el cual se estudió la variable dependiente “Calidad de atención”. Las técnicas utilizadas en la recolección de datos fueron la observación directa por parte de la investigadora y una entrevista estructurada que se aplicó a las enfermeras y pacientes, los instrumentos fueron una guía de observación y un cuestionario. Los datos sirvieron para llegar a las siguientes conclusiones: En cuanto a la calidad de atención que brinda la enfermera según lo observado y según la opinión del usuario es regular.

Ruiz Zapata Lesly, año 2001 - 2002, investigó **“Percepción de los pacientes multidrogorresistentes del programa de control de tuberculosis sobre la calidad de atención de enfermería en centros de salud de Lima-Cercado”**; para obtener el Título de Licenciatura en Enfermería. El estudio es de nivel aplicado, tipo cuantitativo y método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 44 pacientes con TBC-MDR de 3 centros de salud, la muestra fue obtenida mediante muestreo no probabilístico por conveniencia, obteniéndose un total de 26 pacientes. La técnica desarrollada para la recolección de datos fue la entrevista y el instrumento un formulario tipo Escala de Likert modificada, el cual fue sometido a validez a un panel de

expertos conformado por 7 personas. A las conclusiones que llego fueron: Existe un porcentaje significativo del 57.7 % de los pacientes con TBC-MDR que tienen una percepción medianamente favorable sobre la calidad de atención de enfermería relacionada a la privacidad de atención, relación de confianza entre enfermera y paciente.

Aiquipa Mendoza Ana Cecilia, año 2003, investigó **“Calidad de atención de enfermería según opinión de los pacientes sometidos a quimioterapia en la unidad de tratamiento multidisciplinario del INEN”**, Lima, para obtener el título de Licenciada en Enfermería. El estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo y transversal. La muestra se seleccionó mediante el tipo de muestreo no probabilístico, el cual estuvo constituido por 40 pacientes que ingresaron para tratamiento de quimioterapia; se aplicó como instrumento un cuestionario estructurado con 20 preguntas cerradas. La validez y confiabilidad del instrumento se realizó mediante el juicio de expertos. Entre las conclusiones a la que llegó la autora fueron: la calidad de atención de enfermería en el servicio fue buena en relación a la dimensión humana, oportuna y continua; y en la dimensión segura nos indica ser regular debiendo mejorar el personal de enfermería sobre aspectos educativos a paciente y familia en relación a su autocuidado y tratamiento.

Coronel Pérez María, año 2003, investigó **“Calidad de atención de enfermería según la opinión del paciente adulto mayor en el servicio de medicina general del Hospital de Emergencia José Casimiro Ulloa – Lima”**, para obtener el título de Licenciada en Enfermería. El estudio es de tipo cuantitativo observacional, de diseño descriptivo y corte transversal; la muestra fue de 55 pacientes seleccionados por muestreo no probabilístico de tipo intencional, se utilizaron como técnicas la encuesta, entrevista y la

observación, mediante un cuestionario, una guía de entrevista y lista de cotejo. Los datos sirvieron para llegar a la siguiente conclusión: La calidad de atención de enfermería percibida por el adulto mayor en el servicio de medicina general de modo global es de nivel predominantemente regular (60%).

Murillo López Mariela, año 2005, investigó **“Actitudes de las enfermeras, calidad de atención que brindan al paciente en estado de coma y percepción de los familiares, Hospital Nacional Guillermo Almendra Irigoyen - Lima”**, para obtener el título de Licenciada en Enfermería. El estudio es de tipo cuantitativo descriptivo, la muestra fue de 42 enfermeras intensivistas y 15 familias de los pacientes en coma en ese momento internados, para la calidad de atención se utilizó la técnica de observación y como instrumento una lista de cotejo; la escala de Lickert sirvió para evaluar las actitudes, y para saber la percepción de los familiares se utilizó la técnica de encuesta con el instrumento cuestionario tipo estructurado. Su conclusión fue: la calidad de atención que se observa en la dimensión técnica es regular (38,1%), en la dimensión interpersonal el 42,86% es buena y el 42,90% maneja la dimensión del entorno en términos medios.

En el ámbito internacional tenemos las siguientes investigaciones:

Castillo, año 1995, investigó **“Influencia de algunos factores sobre la calidad de atención de enfermería en pacientes adultos con soluciones de urgencias, Hospital Ruiz y Páez de Ciudad Bolívar – Colombia”**, para obtener el título de Licenciada en Enfermería. El estudio es de tipo descriptivo prospectivo, de corte transversal, la muestra fue el 26% del personal de enfermería y el 80% de pacientes, los instrumentos de recolección de datos fueron dos cuestionarios. Los datos sirvieron para llegar a la siguiente conclusión: uno de los factores que afecta la calidad de los cuidados es la

relación interpersonal entre enfermera paciente, lo que influye en la satisfacción de la atención prestada.

A. Ávila, año 1998, investigó **“Calidad de los cuidados de enfermería y su relación en la satisfacción de las necesidades básicas del usuario, Hospital Doctor Santos Aníbal Dominicci , Venezuela”**, para obtener el título de Licenciada en Enfermería. El presente estudio es de tipo descriptivo, prospectivo, correlacional; la muestra fue de 12 enfermeras y 10 usuarios del hospital, se utilizó como instrumento dos cuestionarios. Su conclusión fue: la calidad proporcionada por enfermería es interferida por no realizar sistemáticamente las actividades que satisfacían las necesidades básicas de los enfermos.

2.2 Bases Teóricas

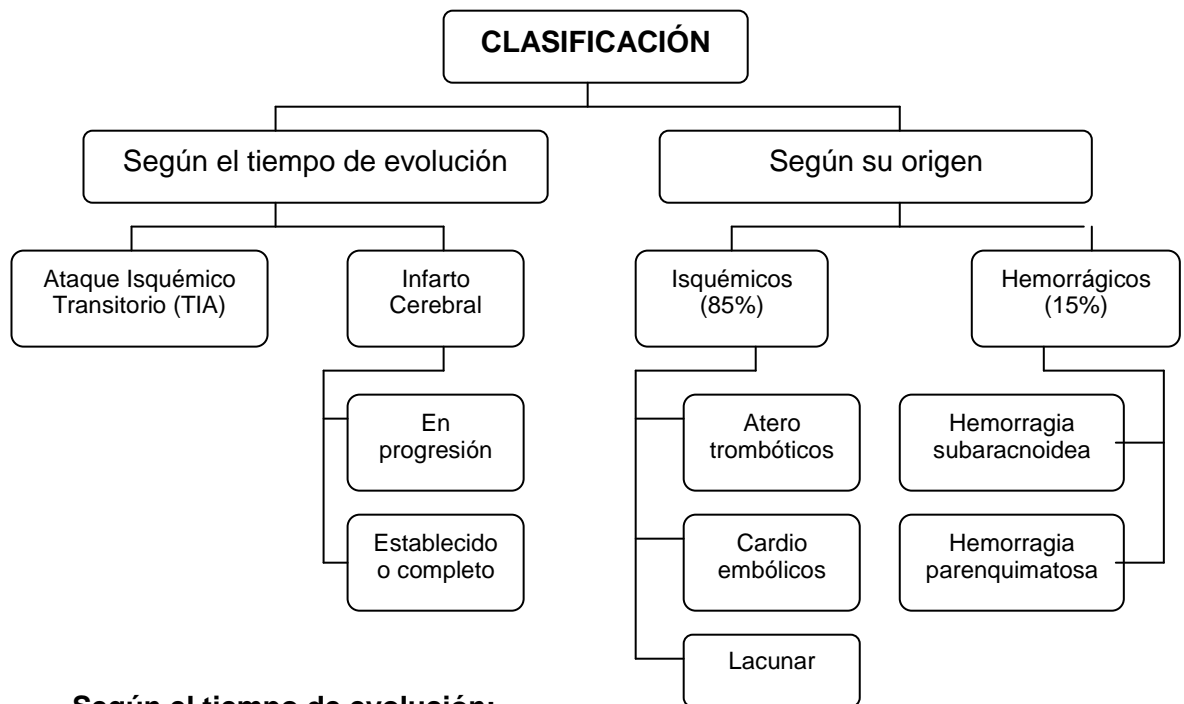
Accidente Cerebro Vascular o Evento Cerebro Vascular

Hace más de 2,400 años, Hipócrates empleó el término “Apoplejía” para describir la parálisis de inicio brusco de una mitad del cuerpo, este término no decía nada respecto a la causa o al diagnóstico de lo que estaba pasando. En el año de 1620 un médico suizo llamado Johann Jacob Wepfer, fue el primero en describir que los ataques de apoplejía, se debían a la ruptura y hemorragia de una de las arterias del cerebro o a la obstrucción brusca de una de éstas; a partir de estos estudios se conocía a la apoplejía también como enfermedad cerebro vascular o vulgarmente “derrame cerebral”. Posteriormente un médico de apellido Hachinsky lo llamó “Ataque cerebral” por su similitud con el ataque cardiaco. Otros términos aceptados son ictus, desorden cerebro vascular (DCV), accidente cerebro vascular (ACV) o stroke, en el idioma inglés.

El ACV es un evento neurológico agudo, que afecta en forma súbita al tejido cerebral por una interrupción brusca del flujo sanguíneo a una parte del cerebro, lo que da lugar a la muerte de células cerebrales y a la pérdida o deterioro de funciones controladas por dicha parte del cerebro. Segal (2001) refiere que:

“El stroke es un cuadro neurológico deficitario focal de inicio brusco y que implica una alteración del flujo sanguíneo. El daño tisular se produce por la falta de oxigenación en los tejidos, por tanto el factor tiempo es muy importante a la hora de instaurar un tratamiento, ya que vamos a tener una menor necrosis tisular si la zona sometida a isquemia reanuda el flujo cuanto antes.”

Los ACV se clasifican en dos grandes grupos y son:



Según el tiempo de evolución:

- a) Ataque Isquémico Transitorio (AIT).**- llamado a veces un “mini-accidente cerebro vascular”, conocido en inglés como TIA. Comienza exactamente igual que un ataque cerebro vascular, es de breve duración de 15 minutos a 2 horas, luego la recuperación de la función alterada es completa en menos de 24 horas, sin dejar síntomas o déficit notables. La aparición de un ataque isquémico transitorio es una advertencia de que la persona está

sometida a riesgo de sufrir un accidente cerebro vascular grave y debilitante.

b) Infarto cerebral.- pueden ser:

ACV en progresión o evolución.- no existe un consenso de tiempo establecido, aunque generalmente el déficit progresa desde el principio y evoluciona empeorando a lo largo de 1 a 3 días.

ACV establecido o completo.- cuando el déficit neurológico se establece en cuestión de horas y persiste más de 3 semanas dejando secuelas.

Según su origen:

a) Isquémicos.- se clasifican en función de la etiología:

Aterotrombóticos.- cuando la causa es un trombo o coágulo que se forma superpuesto a una placa de ateroma, y produce estenosis en los vasos. Se agrava con una elevada concentración de plaquetas, de hematíes y una hipercoagulabilidad de la sangre.

Cardioembólicos.- se asocian con arritmias cardíacas, por lo general Fibrilación auricular. Los émbolos se originan a partir del corazón y circulan a la vasculatura cerebral, lo que resulta en un ACV y por lo general en la arteria cerebral media del lado izquierdo.

Lacunar.- de laguna, por su forma redondeada y su pequeño tamaño; cuando hay oclusión de las pequeñas arterias profundas por degeneración de la pared arterial debido a un cuadro denominado lipohialinosis o por micro ateromas; esta degeneración hialina de la pared se relaciona a hipertensión arterial, y es más frecuente en los pacientes diabéticos, constituyendo el 20% de los ACV.

b) Hemorrágicos.- debido a la rotura de un vaso, generando daño tisular por el edema y el vasoespasmo producido por la liberación de sustancias del

endotelio dañado como la histamina, serotonina, endotelina, etc. Dentro de los ACV hemorrágicos tenemos dos tipos:

Hemorragia subaracnoidea.- frecuentemente se da por la ruptura de un aneurisma intracraneal preexistente, casi siempre congénito.

Hemorragia parenquimatosa.- se produce por rotura de un vaso en el tejido cerebral.

Fisiopatología

Mantener los niveles normales de flujo sanguíneo cerebral es un factor crucial para prevenir el daño tisular. El flujo sanguíneo total del cerebro (FSC) es de aproximadamente 55ml /100g /minuto, cuando el FSC cae a menos de 15ml / 100g / minuto, sin que se restaure rápidamente el daño celular será irreversible, ocurriendo el Infarto cerebral.

La autorregulación es el proceso mediante el cual el FSC se mantiene a nivel constante, pese a las fluctuaciones en la presión arterial sistémica. En los individuos sanos la presión arterial media puede alterarse experimentalmente de 60 a 150 mmHg sin que el flujo sanguíneo cerebral sufra un cambio, gracias a que los vasos se dilatan y constriñen automáticamente en respuesta a los cambios de presión dentro de este rango. Cuando la presión media desciende por debajo de 60 mmHg, los individuos desarrollan síntomas globales que ocasionan síncope: aturdimiento, visión borrosa y pérdida de la conciencia; y cuando la presión esta por arriba de los 150 mmHg los vasos sufren espasmo, produciendo encefalopatía hipertensiva, por ende se pierde la autorregulación. En el nivel local el FSC se relaciona íntimamente con las necesidades tisulares y se encuentra regulado por el metabolismo, por ejemplo el aumento en la actividad fisiológica que causa el acto de abrir y cerrar una mano se asocia a un aumento en los disparos neuronales en varias áreas motoras de la mano situadas en las cortezas motoras primaria y secundaria, así como en la corteza

motora complementaria, lo cual incrementa el consumo de oxígeno y glucosa, además de producir un aumento pequeño y transitorio (5-15%) en el flujo sanguíneo regional de estas áreas. El incremento en el flujo sanguíneo local aumenta la liberación de sustratos metabólicos y elimina los productos metabólicos como el ácido láctico y el dióxido de carbono; y cuando el flujo sanguíneo comienza a descender, el cerebro mantiene la homeostasis aumentando la extracción de oxígeno y de glucosa de la sangre capilar. Este mecanismo compensatorio es eficaz en niveles de flujo de aproximadamente 20 ml/ 100g / minuto, sin embargo debido a que el aporte de nutrientes por debajo de este nivel es insuficiente para mantener las reservas de energía tisulares, en especial la fosfocreatina y el ATP, las bombas de transporte iónico de la membrana dejan de funcionar; siendo las dendritas y los axones terminales particularmente vulnerables.

Cuando hay menor energía el potasio intracelular se pierde, mientras que el sodio, el calcio y el cloro penetran, al tiempo que ocurre un desplazamiento del agua del compartimiento extracelular al intracelular y la aparición de un edema intracelular. El edema intracelular ocasiona que las dendritas se hinchen, se interrumpa la neurotransmisión y se desarrollen síntomas neurológicos, en este punto se produce una “falla eléctrica” o de transmisión; subsecuentemente se suscita una liberación masiva de neurotransmisores dentro del espacio extracelular. Los aminoácidos excitatorios son particularmente tóxicos porque estimulan a los receptores del ácido glutámico produciendo influjo adicional de calcio a través de los canales dependientes del voltaje. La “falla eléctrica” puede ser reversible, pero el tiempo durante el cual el cerebro es capaz de soportar una isquemia sin sufrir daño permanente depende de muchos factores, una regla general afirma que después de 5 a 10 minutos de detención total del FSC, se produce una “falla metabólica” y ocurre muerte neuronal. La “falla metabólica” comienza cuando el marcado aumento de calcio intracelular causa

la activación excesiva y caótica de cinasas, proteasas, fosfolipasas y otras enzimas; que llevarán a la toxicidad intracelular. La activación de una de estas vías metabólicas lleva a la peroxidación de las membranas lipídicas con producción de niveles tóxicos de ácido araquidónico, prostaglandinas, leucotrienos y radicales libres; así como el óxido nítrico que también aumenta y se suma al proceso destructivo. El lapso exacto necesario para que ocurra daño irreversible y los pasos bioquímicos específicos involucrados en la muerte neuronal difieren para los distintos tipos de neuronas, las neuronas CA1 hipocámpicas con niveles altos de receptores de glutamato N-metil-D-aspartato (NMDA) son particularmente vulnerables, mientras que las células granulosas del giro dentado que contienen niveles elevados de proteínas que se unen al calcio son relativamente resistentes.

El área afectada por un infarto, es rodeada por otra donde la circulación no está tan comprometida, denominándose a esta región como la “penumbra isquémica”, por ello el objetivo del tratamiento es atacar esta región potencialmente recuperable. El tiempo de rescate de estas áreas hipoperfundidas se encuentran en relación directa con la cantidad y localización del territorio afectado así como de la circulación colateral por medio del polígono de Willis, por las arterias piales o los vasos perforantes, que son las arterias pequeñas terminales.

La fase final del infarto comienza al cabo de 24 horas y se caracteriza por la desintegración de la barrera hematoencefálica, la exudación del plasma sanguíneo dentro del cerebro que produce edema e inflamación extracelular; los neutrófilos sanguíneos entran subsecuentemente a la zona del infarto y junto con los macrófagos, microglia y astrositos activados, comienzan el proceso de convertir una lesión necrótica en una cicatriz gliótica, proceso que requiere de varios meses.

Factores de riesgo

Las técnicas de estudio epidemiológico han permitido identificar un gran número de factores de riesgo para el ACV, lo que refleja la heterogeneidad de este síndrome. Entre ellos tenemos:

Factores de riesgo no modificables.- son factores inherentes al propio individuo, sin posibilidad de alterarlos.

- **Edad.-** es el principal factor de riesgo para el ACV o Ictus, es independiente de la patología vascular isquémica y hemorrágica. La incidencia de ictus aumenta más del doble en cada década a partir de los 55 años.
- **Sexo.-** la incidencia es mayor en el sexo masculino, aproximadamente un 30% y se presenta más tempranamente.
- **Raza.-** no se observa diferencias significativas en alguna raza o grupo étnico en cuanto a incidencia de ACV o mayor índice de algunas lesiones.

Factores de riesgo modificables:

- **Hipertensión arterial.-** es el factor de riesgo más importante para el ictus tanto hemorrágico como isquémico, encontrándose en casi el 70% de los pacientes con ACV. Es un factor independiente incluso de la edad.
- **Tabaquismo.-** según estudios los fumadores tienen un riesgo tres veces mayor de sufrir un ACV que los no fumadores, aumentando proporcionalmente al número de cigarrillos por día; y en mujeres que son migrañosas y toman anticonceptivos. El tabaco aumenta los niveles plasmáticos de fibrinógeno y otros factores de la coagulación, aumenta la agregabilidad plaquetar y el hematocrito, disminuye los niveles de colesterol bueno (HDL), aumenta la presión arterial y lesiona el endotelio contribuyendo a la progresión de la aterosclerosis. La supresión de este

hábito reduce el riesgo de ACV al cabo de unos pocos años (3-5); el riesgo de ACV atribuible al tabaquismo es menor en sujetos de edad avanzada.

- **Diabetes.-** existe relación directa entre el grado de intolerancia a la glucosa y el incremento del riesgo de sufrir un ACV isquémico. Los pacientes con diabetes tipo II tienen un mayor riesgo que los diabéticos insulino dependientes; además, el riesgo es mayor para mujeres, siendo máximo en la quinta y sexta década de la vida. La diabetes contribuye a un incremento de la aterogénesis y de los niveles de fibrinógeno, factor VII y factor VIII, reducción de la actividad fibrinolítica, incremento de la agregación y adhesividad plaquetar, hiperviscosidad, disfunción endotelial, etc; aumentando la mortalidad y morbilidad.
- **Cardiopatías.-** las enfermedades cardíacas ocupan el tercer lugar en importancia entre los factores de riesgo para el ACV después de la edad y la HTA. El infarto cerebral embólico de origen cardíaco supone alrededor de un 20% de los infartos cerebrales y su tasa de recurrencia es muy superior al de otros tipos de enfermedad cerebral vascular. La causa más frecuente es la fibrilación auricular (FA), representando casi el 50% de todos los casos; el 70% de FA son de causa no valvular (FANV), el 20% de origen reumático y el 10% por fibrilación auricular aislada sin causa aparente.
- **Estenosis carotídea asintomática.-** el riesgo de sufrir un ictus aumenta con el grado de estenosis arterial, en la actualidad no está indicado realizar estudios diagnósticos en la población general con el fin de detectar estenosis carotídeas asintomáticas, reservándose éstos para determinados grupos de pacientes, fundamentalmente los que presenten soplos carotídeos, cardiopatía isquémica, arteriopatía periférica y múltiples factores de riesgo vascular.

- **Ataque isquémico transitorio (TIA).**- es el prelude de un infarto cerebral al igual que la “angina de pecho” (angor) lo es del infarto coronario. El riesgo de sufrir un ictus durante el mes siguiente al TIA se eleva al 4 u 8%, y en el primer año llega hasta el 10 o 12% de casos, manteniéndose después un índice anual de 5%. Todo ataque isquémico transitorio debe ser estudiado por un neurólogo, ya que con el tratamiento oportuno se evitan más del 50% de las recurrencias isquémicas.
- **Hiperhomocisteinemia.**- se trata de una anomalía metabólica debida a error congénito o secundario a déficit de vitaminas B12 y B6, hipotiroidismo, drogas o neoplasias. Se produce un déficit de la enzima que convierte la homocisteina en metionina, la acumulación de este producto ejerce una agresión crónica contra la pared interna del vaso; por tanto el riesgo de padecer un accidente cerebro vascular se multiplica por tres. El uso de complementos vitamínicos: ácido fólico, B12 (cianocobalamina) y B6 (piridoxina) en la dieta, disminuyen la homocisteina y por ende el riesgo de sufrir un ictus.

Otros factores de riesgo:

- **Dislipidemias.**- la reducción plasmática de los niveles de LDL-colesterol se correlaciona con una importante disminución en la incidencia de cardiopatía isquémica y de ACV en un 31%; y los niveles bajos de HDL-colesterol representan un factor de riesgo independiente e importante para el ictus isquémico.
- **Alcohol.**- a dosis elevadas aumenta el riesgo de ACV isquémico al provocar hipertensión arterial, alteraciones de la coagulación, arritmias cardíacas y disminución del flujo sanguíneo cerebral; relacionándose la intoxicación aguda de etanol con la enfermedad cerebro vascular. Algunas evidencias científicas muestran un efecto beneficioso cuando se trata de un consumo moderado de alcohol, especialmente en forma de vino tinto,

porque eleva el HDL-colesterol, reduce la agregación plaquetaria y los niveles de fibrinógeno.

- **Obesidad.-** existe una asociación entre obesidad y mayor riesgo de ACV, siendo el riesgo similar para ictus hemorrágicos o isquémicos. Puede ser debido a la relación comprobada entre obesidad e HTA, dislipidemia, hiperinsulinemia e intolerancia a la glucosa.
- **Sedentarismo.-** el ejercicio físico aumenta la sensibilidad a la insulina, reduce la agregación plaquetaria, el peso y la presión sanguínea y aumenta los niveles de HDL-colesterol.
- **Consumo de drogas.-** es una causa cada vez más frecuente de ACV en adolescentes y adultos jóvenes. La cocaína y sobretodo sus alcaloides (crack) se asocian con elevado riesgo de ACV isquémico y hemorrágico.
- **Medicamentos.-** el uso de anticonceptivos orales con bajas dosis de estrógenos (menos de 50 µg/día) parece inducir sólo un mínimo riesgo de ACV si se trata de mujeres sin factores de riesgo vascular. El riesgo aumenta de manera significativa en el caso de fumadoras, hipertensas o diabéticas; también aumenta con el uso prolongado de anticonceptivos (más de 6 años) sobre todo en mujeres mayores de 36 años; así como en mujeres que reciben terapia de reemplazo hormonal.

Recientemente la Agencia Española de Medicamentos ha comunicado que la utilización de los antipsicóticos Olanzapina y Risperidona en el tratamiento de pacientes ancianos con psicosis o trastornos de conducta asociados a demencia puede incrementar el riesgo de accidente cerebro vascular.

- **Dieta.-** es una causa reconocida que el consumo excesivo de sal aumenta la presión arterial o el déficit de folato, vitamina B6 y vitamina B12 que se asocia a hiperhomocisteinemia, incrementando el riesgo de ACV.

- **Migraña.-** aunque de muy poca frecuencia en pacientes jóvenes, el riesgo aumenta cuando se asocia a otros factores como edad mayor de 35 años, tabaquismo, anticonceptivos orales, hipertensión o diabetes.
- **Enfermedades hematológicas.-** las que con mayor frecuencia predisponen a la isquemia cerebral son la trombocitosis, policitemia, leucocitosis, aumento plasmático del fibrinógeno e hipercoagulabilidad.
- **Stress.-** aunque los datos epidemiológicos son limitados, algunos estudios han mostrado que el estrés mental es un factor de riesgo de enfermedad cardiovascular, ya que puede aumentar la actividad simpática produciendo elevación de la tensión arterial y de la frecuencia cardiaca, reduciendo además la sensibilidad insulínica.
- **Anemia de células falciformes.-** secundaria a una alteración en los genes que codifican la hemoglobina, es poco frecuente en la raza blanca, no así en la raza negra.

Manifestaciones clínicas

Las manifestaciones clínicas de los ACV van a depender de la localización y la magnitud del infarto, si la oclusión es breve o incompleta los síntomas pueden ser moderados y evanescentes e incluso tan sutiles que en algunos casos el paciente puede ignorarlos. Por ejemplo la debilidad transitoria, el entumecimiento, el hormigueo en una extremidad o en un lado de la cara y el oscurecimiento visual son datos frecuentes que actúan como señal de alerta "Ataque isquémico transitorio"; si la oclusión es intermitente puede haber un patrón sintomatológico de "titubeo" durante días, semanas o períodos más largos que eventualmente culminan en una Isquemia permanente.

En virtud de que el ataque isquémico es a menudo indoloro, las deficiencias transitorias no activarán una respuesta conductual e incluso

suprimirán las respuestas adaptativas, por ello las manifestaciones más características son:

a) Alteraciones visuales.- puede ser unilateral o bilateral, comúnmente del mismo lado de la lesión. Cuando se presenta pérdida visual bilateral los pacientes muestran respuesta pupilar a la luz pero sin percepción visual consciente, y no son capaces de reconocer objetos, caras o colores; dentro de ellas tenemos:

- Amaurosis fugaz, es la ceguera temporal o transitoria.
- Hemianopsia, pérdida de la mitad del campo visual.
- Diplopía, es la visión doble.
- Pérdida de la visión periférica que se manifiesta con dificultad para ver en la noche.
- Desigualdad pupilar (anisocoria).
- Desviación conjugada de la mirada hacia el lado de la lesión.

b) Déficit motores:

- Hemiparesia, es la debilidad muscular de la cara, brazos y piernas del mismo lado debido a una lesión en el hemisferio opuesto, a veces puede llegar a ser total.
- Hemiplejia, parálisis de un lado del cuerpo, es más intenso en los brazos que en las piernas.
- Ataxia, es el tambaleo o marcha inestable con la incapacidad de mantener juntos los pies.

c) Pérdida sensorial:

- Parestesia o hemiparestesia, es el entumecimiento o cualquier otra sensación anormal o disminuida que se experimenta en un lado del cuerpo o en forma total.

d) Déficit verbales:

- Disartria, dificultad para hablar con mala articulación de las palabras, resultado de la incapacidad para una adecuada coordinación de los músculos de la boca al hablar por lo que no se le entiende.
- Disfasia es la dificultad para encontrar o formar palabras.
- Afasia es el síntoma característico en la Isquemia frontal del hemisferio dominante y tenemos:

Afasia expresiva, es la incapacidad para expresarse correctamente en forma oral, se debe a la lesión de la zona de Broca en el lóbulo frontal postero inferior. El habla es corta y esforzada, y produce mucha frustración.

Afasia receptiva, es la incapacidad para comprender la palabra hablada, ocurre en caso de lesión de la zona de Wernicke en la unión fronto parieto temporal. A diferencia de la frustración que tienen los pacientes con Afasia de Broca, estos pacientes no parecen percatarse de sus dificultades con el lenguaje, hablan por medio de oraciones largas, fluidas y melodiosas, desprovistas casi siempre de sustantivos, carentes en su mayor parte de significado.

Afasia global, es la combinación de la afasia receptiva y expresiva, resulta de lesiones hemisféricas generalizadas.

e) Disfagia, es la dificultad para deglutir.

f) Déficit cognoscitivos:

- Pérdida de la memoria a corto y largo plazo.
- Tiempo de atención disminuido.
- Alteración de la capacidad para concentrarse.
- Razonamiento abstracto deficiente.
- Juicio alterado.

g) Incontinencia de los esfínteres tanto fecal como urinario.

Diagnóstico

Cualquier persona con un déficit neurológico requiere la obtención de antecedentes cuidadosos y un examen físico y neurológico completo, para ello se aplica el método clínico clásico, que comienza con la historia clínica recopilando los datos respecto a sus antecedentes personales, factores de riesgo vascular, enfermedades sistémicas, ictus previos, tratamientos, circunstancias en las que apareció la clínica: hora, esfuerzo previo, síntomas principales etc. Se continua con la exploración física en la que se incluye una valoración neurológica usando escalas que cuantifican de forma fiable y precisa la gravedad del ictus o ACV, su progresión y su desenlace como la Escala de coma de Glasgow o la Escala para evaluación de la extensión del infarto cerebral del Instituto Nacional de Salud (NIH) de los Estados Unidos, la cuál es fácil de aplicar y además necesaria para la selección de candidatos a trombólisis; luego se prosigue con las pruebas complementarias para el correcto y temprano diagnóstico de los diferentes tipos y en especial de la etiología de las enfermedades cerebro vasculares. Por ello es necesario distinguir entre:

- Evaluación urgente, basada en estudios precisos para hacer una estimación inicial del problema y su tratamiento precoz.
- Evaluación diferida, orientada a la búsqueda de la causa.

Evaluación Urgente

Todo paciente con un déficit (motor, sensitivo, lenguaje) de aparición brusca debe ser remitido de forma urgente a un hospital, aún cuando el déficit haya revertido (como en el caso de los AIT). Es necesario saber que algunos de los pacientes con ACV isquémico pueden beneficiarse con el tratamiento fibrinolítico, al igual que se hace con el infarto cardiaco; por tanto debe ser atendido rápidamente y tener todos sus exámenes en las 3 horas siguientes al

evento. Al ingresar un paciente con sospecha de ictus ha de realizarse lo siguiente:

- **Valoración clínica completa:** exploración neurológica, examen de fondo de ojo (puede mostrar evidencia de hipertensión, diabetes y émbolos carotídeos), exploración cardiaca en busca de arritmias y soplos, control de la presión sanguínea en posición vertical y decúbito; auscultación de ruidos en el cuello, palpación de los pulsos craneales y periféricos (la ausencia de pulso periférico apunta a enfermedad vascular aterosclerótica periférica).
- **Tomografía axial computarizada (TAC) craneal:** nos permite diferenciar entre ictus hemorrágico o isquémico, ya que no puede diagnosticarse un ACV isquémico hasta aproximadamente 24 horas después de haberlo sufrido, pero puede detectarse la existencia de un ACV hemorrágico, que sería una contraindicación para el tratamiento anticoagulante, aunque la clínica puede ser similar el tratamiento es muy diferente; y también permite distinguir otras causas de disfunción neurológica como los tumores.
- **Electrocardiograma y placa de tórax:** el primero puede indicar las causas del ACV como son la fibrilación auricular o el infarto de miocardio; y la radiología torácica informa sobre el tamaño y configuración del corazón, la existencia de una insuficiencia cardiaca congestiva y la presencia de una patología aórtica o pulmonar.
- **Análisis de sangre y orina:**
 - Hemograma completo y velocidad de sedimentación.
 - Glicemia.
 - Bioquímica renal.
 - Tiempo de protrombina y tiempo parcial de tromboplastina.
 - Rastreo de abuso de drogas en sangre y orina, puede dar la clave de la etiología de un ictus en un paciente joven.

Evaluación Diferida

Si ya han pasado varios días (5-7) desde el evento, el riesgo de progresión o recurrencia es menor y se considera aceptable no remitirlo a un servicio de urgencias, pero si debe remitirse a su neurólogo para evaluación diferida; ya que con ella se pretende llegar al diagnóstico etiológico más preciso posible. Aun así de un 30% a un 40% de los casos no se encuentran suficientes evidencias clasificando entonces el ictus como de origen incierto o indeterminado. La investigación causal del ictus isquémico y del AIT puede ser ampliada con las siguientes pruebas:

- **Resonancia Magnética (RM):** no es necesaria en todos los casos, por su alto costo pero es la técnica de mayor sensibilidad y mejora el diagnóstico topográfico del infarto cerebral.
- **Ultrasonografía doppler:** método eficaz para el examen de las arterias, para el diagnóstico de estenosis arteriales en el ictus aterotrombótico y para descartar lesiones carotídeas en pacientes con sospecha de ictus cardioembólico. Es una técnica no invasiva e inocua, de fácil realización y relativamente barata.
- **Eco cardiografía:** se realiza en pacientes jóvenes con ictus, cuando hay sospecha de cardioembolismo, y en pacientes con cardiopatía conocida.
- **Arteriografía:** es la técnica que ofrece mejor visualización de la localización, la extensión y las características de las estenosis arteriales intra y extracraneales; pero es una técnica con riesgos, por ello sólo debe realizarse en caso de isquemia en pacientes con estenosis > 50% en el doppler y caso previo a la endarterectomía de carótida.

Tratamiento

El tratamiento de los ACV Isquémicos constan de dos fases:

Prevención Primaria.- engloba todas las medidas encaminadas a evitar la incidencia de la enfermedad cerebro vascular en la población sana; y existen dos tipos de estrategias:

- a) **Estrategia de alto riesgo.-** consiste en la identificación de pacientes que presentan factores de riesgos más conocidos como hipertensión arterial, fibrilación auricular, diabetes, dislipidemias, obesidad, tabaquismo, etc; y tratarlos adecuadamente. Esto puede y debe llevarse a cabo en los controles médicos periódicos que toda persona debe realizarse anualmente.
- b) **Estrategia de masas.-** consiste en la realización de campañas educativas y publicitarias que lleguen a toda la población, con el fin de que tomen conciencia sobre los factores de riesgo modificables que desencadenan un cuadro de ACV, como: la hipertensión arterial que aumenta el riesgo en 10 veces, el tabaquismo en un 12%, la obesidad entre un 15 y 25%, etc; y se enfatiza sobre los beneficios que obtendrían con medidas sencillas como la reducción del consumo de sal, realizar ejercicios físicos, cuidar la alimentación para reducir el sobrepeso y las dislipidemias, etc.

Prevención Secundaria.- tiene como objetivo evitar o disminuir la recurrencia de ictus o ACV una vez que éste ha tenido lugar, a través de:

- a) **Acción sobre los factores de riesgo modificables:**

Hipertensión arterial.- en la fase aguda no están indicados los hipotensores, salvo en pacientes con cifras superiores a 220/120 mmHg, aquí a diferencia de lo que ocurre en la prevención primaria, la reducción de la presión arterial puede aumentar la isquemia cerebral, ya que el

cerebro se ha adaptado a una alta presión de perfusión para vencer la alta resistencia de los vasos rígidos, en virtud de que la autorregulación se ha perdido. La hipertensión debe tratarse haciéndola disminuir gradualmente en el transcurso de varias semanas, lo cual permite que se desarrolle una circulación colateral alrededor del infarto, y que los vasos se adapten a niveles de presión más normales. Así mismo es importante mantener en un rango de 90 a 100 mmHg la presión arterial media (PAM) la cual asegura una adecuada perfusión cerebral en el área isquémica para un sujeto sin hipertensión arterial sistémica crónica, ya que en pacientes con hipertensión arterial sistémica crónica el rango es más alto, dependiendo de la severidad y la cronicidad del paciente.

Dislipidemias.- recientes estudios han demostrado la efectividad de las estatinas (Simvastatina, Pravastatina) en la prevención secundaria del AIT e ictus isquémico con antecedentes de cardiopatía isquémica, observándose una reducción de ictus en un tercio de los pacientes. Según el tipo de ictus se iniciará el tratamiento con estatinas en función de los valores de LDL, pero si se trata de ictus isquémico no embólico y con antecedentes de infarto de miocardio, aun en normo colesterolemia, está indicado el tratamiento con estatinas.

Diabetes.- el riesgo de infarto entre la población diabética sin historia de accidente vascular previo es comparable al de la población no diabética que ya ha sufrido un infarto.

b) Tratamiento farmacológico.- según la etiopatogenia del ACV se instaurara el tratamiento:

Ataque isquémico transitorio.- aunque la recuperación del déficit sea completa debe prevenirse la aparición de recidivas mediante la administración de antiagregantes plaquetarios como el Acido acetil

salicílico (Aspirina) a dosis de 300 a 1000 mg al día o la Ticlopidina a dosis de 250 mg cada 12 horas.

El ácido acetil salicílico (AAS) inhibe irreversiblemente la ciclooxigenasa que evita vía ácido araquidónico, la formación del tromboxano A₂, potente vasoconstrictor y agregante plaquetario; reduciendo el riesgo de nuevos eventos vasculares respecto a placebo en un 25%. Todavía hoy la dosis es un asunto de debate, se recomienda 300 mg/día, pero el margen oscila entre 30 y 1300 mg/día, se trata de utilizar la dosis más eficaz con el menor riesgo posible de hemorragia gástrica; este fármaco interacciona con los anticoagulantes, antidiabéticos orales, AINES y metotrexato. La Ticlopidina bloquea en las plaquetas el receptor de ADP impidiendo la unión del fibrinogeno, es algo más eficaz que el AAS en dosis altas, reduce un 12 % más el riesgo de ictus, los pacientes pueden presentar neutropenia grave, trombocitopenia y hepatopatía durante los tres primeros meses de tratamiento, por eso es obligatorio realizar controles analíticos quincenales durante ese período.

ACV en progresión.- no está demostrado que el tratamiento anticoagulante detenga la progresión del infarto cerebral, aunque puede recomendarse en ciertos tipos de ACV trombótico la terapia antitrombótica a fin de prevenir otro accidente apopléjico. Durante muchos años se ha usado el medicamento trombolítico de t-PA (activador del plasminógeno tisular), este agente fibrinolítico actúa convirtiendo el plasminógeno en plasmina; la plasmina desintegra y destruye la fibrina de coágulos, restaurándose la circulación. En la actualidad se usa con mucha precaución y únicamente en ACV no hemorrágicos, teniendo en cuenta que si se administra en las 3 primeras horas desde la aparición de los síntomas, el t-PA puede limitar el déficit neurológico en pacientes con

un ACV isquémico en evolución; en cambio, se ha comprobado que cuando se administra transcurridas 3 horas, el t-PA puede agravar la situación del paciente aumentando el riesgo de hemorragia.

ACV establecido.- una vez descartado el ACV hemorrágico, el tratamiento con heparinas de bajo peso molecular durante 10 días iniciado dentro de las 48 primeras horas tras el infarto cerebral, parece reducir significativamente la mortalidad y la dependencia de las actividades de la vida diaria a los seis meses.

La heparina es un anticoagulante de uso parenteral que interfiere en los factores de coagulación, y son de dos tipos; una de bajo peso molecular llamada Enoxaparina o Fraxiparina y la otra de peso molecular normal. Las diferencias entre ellas es por los efectos secundarios, la primera no tiene elevado riesgo de provocar sangrados (epistaxis, hematuria, sangrado digestivo, etc) en comparación con la segunda.

La heparina de peso molecular normal, que viene con el mismo nombre en un inicio se administra de 5,000 a 10,000 UI vía E.V, luego de 1,000 a 2,000 UI/hora o 5,000 a 10,000 UI cada 4 horas por los efectos secundarios que produce, por ello hay que realizar controles analíticos. Su antídoto es la Protamina con 1mg revierte 100 UI de heparina.

ACV de origen cardioembólico.- en este tipo de isquemia han adquirido gran importancia los anticoagulantes orales, tanto en prevención primaria como secundaria. Dentro de los anticoagulantes más usados tenemos al Acenocumarol, que impide la regeneración fisiológica de la vitamina K, éste déficit de la vitamina K bloquea la formación de los factores de coagulación II, VII, IX, X. El efecto máximo se consigue a las 24 a 48 horas, y perdura otras 48 horas tras la suspensión del tratamiento. Las

dosis son individualizadas y se ajustan al tiempo de protrombina que se expresa mediante el INR. La seguridad en menores de 18 años no se ha establecido, ya que dan lugar a un elevado número de interacciones. Los efectos adversos más frecuentes afectan al sistema cardiovascular (hemorragias).

La Warfarina es una cumarina de características farmacocinéticas similares al Acenocumarol, desarrolla su máxima acción en 24 a 48 horas y tras la suspensión del tratamiento el efecto anticoagulante permanece de 2 a 5 días. La vitamina k es su antídoto.

ACV de origen aterotrombótico.- se recomienda el uso de antiagregante plaquetario en forma diaria. No se aconseja el uso de anticoagulantes orales, salvo en pacientes seleccionados con contraindicación ó intolerancia a la aspirina u otros antiagregantes. En este caso debemos prestar especial atención al control del INR: Índice normalizado de actividad de protrombina.

ACV Lacunar.- al estar este ictus asociado a la existencia de HTA e hiperglicemia, el tratamiento además de la terapia antiagregante, incluirá terapia antihipertensiva y antidiabética.

c) Tratamiento Quirúrgico.- los procedimientos de intervención quirúrgica para tratar los ataques isquémicos transitorios y prevenir la ocurrencia de ictus son la endarterectomía carotídea y la angioplastía carotídea.

La Angioplastía consiste en inserta un catéter con balón en la arteria, con el fin de comprimir la placa contra la pared arterial y así mejorar el flujo de sangre, actualmente se recomienda este método en pacientes con

estenosis del 70-99% sin déficit neurológico severo, en los que el ictus es reciente menos de 180 días. En estos casos la reducción del riesgo absoluto es del 17% a los dos años, además del tratamiento quirúrgico el paciente recibirá tratamiento con antiagregante plaquetario de forma indefinida.

La Endarterectomía es la remoción o retiro de la placa aterosclerótica o trombo de la arteria carótida, para prevenir apoplejía en pacientes con enfermedad oclusiva de las arterias extracraneales.

Complicaciones

Dentro de las complicaciones más comunes que se observa en un paciente que ha sufrido un ACV isquémico tenemos:

Complicaciones motoras:

- Rigidez articular y contracturas, los miembros suelen estar flácidos al principio más tarde desarrollan un tono espástico o aumentado. Si las articulaciones paralizadas espásticas no se ejercitan en todo su arco de movimiento varias veces al día se produce la rigidez articular y contracturas.
- Trombosis venosa profunda, la inmovilidad y el confinamiento en cama favorecen la estasis venosa.
- Úlceras por presión o manchas de presión por la deficiencia motora del paciente.
- Subluxaciones de hombro, lesiones de rodilla por hiperextensión, tendinitis y bursitis por la parálisis prolongada.
- Osteoporosis sobre todo en el lado paralizado, ya que por la inmovilidad la pérdida de calcio está aumentado.

Complicaciones respiratorias:

- La disminución del reflejo de la tos y el nauseoso, así como de la movilidad contribuyen al desarrollo de atelectasia y neumonía. La neumonía por aspiración es común por estar afectado el reflejo de deglución y el nauseoso.
- La presencia de una sonda endotraqueal o nasogástrica constituyen un medio para infecciones nosocomiales.
- El síndrome de dificultad respiratoria del adulto causa anomalías de ventilación (hipoventilación) y riego, obstrucción de la microcirculación pulmonar y rigidez o inelasticidad pulmonar porque se reduce la disponibilidad del agente tensoactivo, todo esto se traduce en Insuficiencia respiratoria.
- Edema pulmonar neurógeno, este trastorno poco común se presenta a veces en la apoplejía relacionada con lesión del tallo encefálico o aumento súbito de la presión intracraneal, y la embolia pulmonar por inmovilidad y cambios en el tono vasomotor.

Complicaciones digestivas: el no contar con una adecuada motricidad conlleva a retener los productos fecales lo que se manifiesta como estreñimiento y en casos mayores como impactación fecal o fecalomas.

Complicaciones urinarias: es común las infecciones del tracto urinario, potenciándose con la presencia de catéteres vesicales.

Complicaciones emocionales: que se manifiesta con la pérdida del control de sí mismo, depresión, disminución de la tolerancia a situaciones de estrés, introversión, temor, hostilidad, enojo, inseguridad y sentimientos de aislamiento.

Pronóstico

La recuperación funcional de las secuelas producidas por un ACV isquémico dependerá de la severidad del cuadro, de la edad del paciente, su capacidad física y de su estado emocional.

Aproximadamente el 60% de los pacientes que sufrieron un ictus isquémico y sobreviven, después de un año no requieren ayuda en las actividades de la vida diaria (comer, vestirse, asearse, pasear, etc), solo un 20% la requieren para actividades complejas por ejemplo bañarse, y un 5% son totalmente dependientes. Un tercio de los pacientes con ACV isquémico son capaces de volver a trabajar al año del episodio, aunque muchos continúan mejorando hasta el final del segundo año.

La mortalidad suele deberse a complicaciones respiratorias, depresión de los centros vitales, nuevos eventos cerebro vasculares, etc; siendo la muerte mas probable en caso de un ACV hemorrágico que isquémico.

Cuidado de Enfermería

Desde el comienzo de la humanidad, la vida necesito ser cuidada, pero con el devenir del tiempo los cuidadores se especializaron para atender la curación y solo un grupo continuo con el rol del cuidado a la vida, hasta lograr su profesionalización; ella fue la Enfermería.

La profesionalidad es sobre todo una forma de vida que exige el compromiso de los que la practican; de esta forma el profesional de enfermería promete prestar asistencia a los enfermos crónicos y agudos, promocionar el bienestar y ayudar a tener una muerte digna. La profesión de enfermería posee una base científica de conocimientos, autonomía profesional y códigos éticos

que establecen ideales de conducta; es así que el deber profesional es inherente a la esencia o carácter específico del cuidado de enfermería, a la naturaleza (ethos) y a la razón de ser (telos). El deber profesional de cuidar, se asume como una misión, como un ideal, que se trabaja con fervor para hacerlo bien, con excelencia; en otras palabras se realiza con conocimientos, inteligencia, interés y dedicación, dentro de la relación e interacción privilegiada enfermera – usuario.

Para la Real Academia Española la palabra “Cuidado” viene del participio pasivo cuidar, solicitud, esmero y atención que se pone en la ejecución de una cosa, asunto o negocio que uno tiene a su cargo; y la palabra “Cuidar” de cuidar, verbo transitivo que significa poner cuidado, diligencia, solicitud y esmero en hacer algo; es asistir, guardar, vigilar y conservar.

Las diferentes teoristas del cuidado de enfermería como Hildegarde Peplau, Martha Rogers, Nancy Roper, Sor Callista Roy, Dorothea Orem, Virginia Henderson y entre otras, se refieren al cuidado como parte fundamental de la práctica de enfermería; a la interacción y adaptación entre el profesional de enfermería y el ser humano, individuo o paciente cuando se ejerce la acción de cuidar; a la visión de totalidad o integralidad que implica el cuidado cuando este se da en el continuo salud-enfermedad y al cuidado que da enfermería como un proceso sistematizado y dirigido hacia un fin.

De lo mencionado se define “Cuidado de Enfermería” como el proceso dinámico de asistencia integral que proporciona el equipo de enfermería, de acuerdo a un planeamiento determinado teniendo en cuenta la etapa del ciclo vital en que se encuentra el usuario, sea por alguna causa que se encuentre limitado o impedido de satisfacer sus necesidades básicas, o porque requiere la

orientación para proteger su salud y desarrollar su capacidad para mantenerla y acrecentarla. Espino (2000) refiere que:

“El cuidado de enfermería es un servicio que la enfermera ofrece a la persona desde el nacimiento hasta la muerte, incluyendo los periodos de la enfermedad. La entrega es personal, de persona a persona, utilizando el método científico llamado en nuestro medio Proceso de Enfermería; es decir, el proceso de entrega se rige por el método científico. Sin embargo para la entrega es necesario entablar una relación humana positiva que genere confianza, empatía, que permita a la enfermera conocer a la persona que va ayudar y que la persona ayudada acepte, participe del cuidado que recibe y se empodere de un saber que le permita cuidarse a sí misma”.

Componentes del Cuidado de Enfermería

Los cuidados de enfermería son de carácter integral ya que las necesidades humanas también lo son, es así como las manifestaciones de los pacientes se presentan como un entramado que representan lo físico, lo psicológico, lo social y cultural; cada necesidad insatisfecha afecta al ser humano como un todo por lo tanto el cuidado también debe abarcar esta diversidad de ámbitos, por ello se considera 3 elementos básicos en la prestación del cuidado de enfermería:

- 1. La interacción enfermera – usuario:** es la acción permanente y sostenida que utiliza la enfermera tanto para identificar y conocer a fondo las necesidades del paciente como para suplir la carencia de estas. Es decir sin interacción positiva no hay entrega efectiva del cuidado de enfermería al usuario.
- 2. Uso del método científico en la entrega del cuidado:** la prestación del cuidado profesional debe ser planificada y desarrollada a través del método científico (recojo de información, análisis, priorización de problemas, propuestas de solución, evaluación de resultados); el cual no solo debe aplicarse en la prestación del cuidado individual, sino que se

debe investigar permanentemente sobre nuevas formas de cuidar a fin de concluir enriqueciendo el cuerpo de conocimientos de enfermería.

- 3. La naturaleza del cuidado:** responde de manera integral a las necesidades del paciente en situación de salud o enfermedad, es así como los cuidados pueden agruparse de acuerdo a la complejidad de su naturaleza en cuidados de estimulación, confirmación, consecución de la vida, auto imagen, sosiego-relajación y compensación.

Nivel de Cuidados de Enfermería

A cada usuario se le debe proporcionar el grado de asistencia que requiera su estado físico y emocional, y que favorezca de la mejor manera posible la consecución de los resultados esperados; ya que si dos personas presentan el mismo diagnóstico médico, no se encuentran en el mismo estado ni tienen exactamente las mismas necesidades, resistencias o debilidades; por ello el nivel de cuidados que el profesional de enfermería proporciona al paciente pueden ser:

- **Cuidados Totales.-** la enfermera asiste en todos los aspectos al paciente que es incapaz de autocuidarse, incluso en el mantenimiento de las funciones autónomas (respiración o presión arterial), hasta que mejore lo suficiente como para participar; por tanto los objetivos de enfermería se centran en el mantenimiento de la vida y en la mejora de su calidad.
- **Cuidados de Ayuda.-** los pacientes son capaces de atender algunas de sus necesidades personales, pero necesita ayuda en ciertos aspectos. En este nivel de cuidado el profesional de enfermería y el paciente trabajan juntos, completando el primero la capacidad del segundo cuando es necesario. El objetivo en este nivel de cuidados es disminuir o eliminar las respuestas patológicas y favorecer las saludables.

- **Cuidado de Apoyo.-** algunos pacientes son físicamente capaces de atender por sí mismo a su cuidado personal, pero encuentran dificultad para hacerlo debido a la falta de conocimientos o de motivación.

Aspectos Éticos y Morales del Cuidado de Enfermería

La práctica de enfermería a través de su historia muestra la existencia de una fuerza moral, que se deriva de los valores y los principios de ética que aplica la enfermera en el ejercicio profesional.

Es evidente que los adelantos científicos y tecnológicos en las prácticas de atención de la salud y de enfermería han asignado nuevas funciones al profesional de enfermería, renovando y expandiendo sus roles. Estas nuevas situaciones de la práctica presentan con frecuencia dilemas o conflictos éticos o morales que le exigen conocimiento de principios y valores para el análisis de situaciones y habilidades para la toma de decisiones éticas.

Hoy se reconoce que el Cuidado de Enfermería de la persona, la familia y grupos de la comunidad son el objetivo vital de enfermería y constituyen un elemento esencial de la atención de salud. El sujeto del cuidado de enfermería es la persona, por lo tanto el respeto de su dignidad, el valor de su vida, los derechos que tiene como ser humano a la salud, al bienestar, la seguridad, la paz, la educación, el trabajo, la recreación, etc; son directrices que orientan la dimensión ética del cuidado de enfermería. Todo lo anterior exige que quienes practican enfermería, conozcan su esencia, su razón de ser, por lo tanto la deben definir primero filosóficamente para explicar la naturaleza “del ideal y del propósito de la relación enfermera-paciente”, en la cual tiene lugar el cuidado y no limitarse a la definición sociológica para identificar la lista de comportamientos que deben darse en dicha relación de cuidado.

Cuando se hace referencia al cuidado de enfermería, se entiende el cuidado que se brinda a la persona en forma integral, a través de la interacción enfermera-paciente y no al cuidado de una enfermedad; ya que se ofrecen cuidados de enfermería a la persona para ayudarla a mantenerse saludable o para ayudarla a afrontar los riesgos o manifestaciones de un problema de salud, o para adaptarse a vivir con limitaciones como es el caso del paciente que ha sufrido un accidente cerebro vascular isquémico.

El cuidado de enfermería como toda actividad humana, tiene una dimensión ética y moral, que se fundamenta en los principios y valores que permiten analizar las situaciones para decidir que es lo que esta bien, que es lo correcto, lo justo, lo equitativo, lo que esta en concordancia con la libertad, con la autonomía y bienestar de la persona que se cuida o que se cuida por sí misma; por ello se dice que el cuidado de enfermería se da dentro de una interacción dialógica, simétrica entre la persona cuidada y la enfermera como cuidadora; esta interacción se construye a partir de la confianza y progresa con el respeto y el afecto; teniendo en cuenta en dicha interacción los valores de las personas involucradas.

Calidad del Cuidado de Enfermería

En la mayoría de los países, el equipo de Enfermería constituyen los grupos más importantes de los trabajadores de salud, por que brindan atención a todo nivel y sirven de enlace entre el individuo, la familia y el resto de sistemas de salud; además los servicios que ella brinda son considerados necesarios para la atención primaria de salud.

A fin de brindar atención de alta calidad, el cuidado de enfermería debe reunir las siguientes características: ser eficaz, eficiente, humana, oportuna,

segura, adecuada a la demanda, disponible, accesible y tener una continuidad temporal y espacial. El cumplimiento de estas condiciones necesita de una organización sanitaria responsable, dotada de elementos tangibles de calidad, con factor humano competente en lo operacional y lo racional y satisfecho con su trabajo; orientada al servicio y al cliente, con el fin último de satisfacer las necesidades de éste.

Desde esta perspectiva la Calidad del Cuidado de Enfermería es una propiedad, que en distinto grado puede ser un acto concreto del cuidado de la salud; por tanto, se asume como una variable continua que puede registrar diversos valores según la percepción del usuario; pues lo que es buena calidad del cuidado para una persona puede no serlo para otra, por ello es inherentemente subjetiva.

La palabra “Calidad” proviene del latín *Culitatém*, que es hacer lo correcto en forma correcta y de inmediato, calidad es practicar limpieza, ser puntual, es mejorar siempre, preocuparnos por la innovación, es usar el vocabulario adecuado con el único fin de que el paciente tenga confianza y se sienta satisfecho con la atención que se le brinda.

A principios de los años 80, el doctor Avedis Donabedian en la Universidad de Michigan en Ann Harbor formuló una base general para analizar la calidad en el campo de la atención de la salud; siendo desde entonces una de las aportaciones más sustanciosas en el estudio de la calidad asistencial. El Dr. Donabedian menciona que la calidad en salud se determina por una serie de características o aspectos necesarios para que el proceso asistencial sea considerado de calidad, lo cual se conoce como dimensiones de la calidad:

- **Dimensión Técnica.-** aplicación de la ciencia y tecnología de la medicina y de las otras ciencias de la salud en el manejo de un problema personal de salud, lo que implica la ejecución de todos los procedimientos y tratamientos con destreza.
- **Dimensión Interpersonal o Humana.-** referida a la interacción del paciente con el profesional de salud, si se guarda relación con aspectos tales como el grado de empatía demostrada en la actitud del proveedor y el tiempo dedicado a cada paciente.
- **Dimensión del Entorno.-** expresión de la importancia que tiene para la atención el marco en el cuál está se desarrolla; es decir, el medio hospitalario.

Así mismo Donabedian da a conocer un enfoque para la evaluación de la calidad, compuesto de tres partes:

- **Estructura:** se refiere a las condiciones físicas institucionales, económicas, de gestión, el personal, equipos y los sistemas de información adecuados en los que se puede mejorar la calidad.
- **Proceso:** son las acciones que constituyen la prestación de buena atención sanitaria.
- **Resultado:** son los efectos de la atención dispensada en la salud y bienestar de los usuarios.

Al respecto Montiel (1988) define la evaluación de la calidad de atención de salud como un “proceso comparativo entre los resultados obtenidos y los objetivos propuestos, con el fin de promover el perfeccionamiento”.

Para Maxwell la calidad comprende: accesibilidad, equidad, relevancia a la necesidad, aceptabilidad social, eficiencia y efectividad. En cambio para Black la calidad abarca: efectividad, eficiencia, humanidad y equidad.

La OMS (1985) define calidad como: “un alto nivel de excelencia profesional, uso eficiente de recursos, un mínimo de riesgos para el paciente y un alto grado de satisfacción por parte del paciente”.

Las nuevas tendencias en calidad del cuidado se enmarcan dentro de la mejora continua, que pretende identificar oportunidades utilizando herramientas como: eficacia, eficiencia, servicio rápido y adecuado; y la orientación al paciente garantizando su recuperación en forma holística. El objetivo de una mejor calidad del cuidado se ha convertido en una necesidad, debido a diferentes factores y también porque los profesionales de enfermería tienen a su disposición varios mecanismos que les permite evaluar la calidad de su cuidado en los servicios de hospitalización; así tenemos los indicadores de la calidad de atención de enfermería seleccionados por el asesor Regional de Administración de Hospitales y Sistemas de Salud de la OMS (1996):

- Exactitud en la evaluación de los pacientes.
- Cumplimiento con los requisitos de documentación, referidos a los registros de historia clínica que maneja especialmente la enfermera.
- Evaluar el grado de satisfacción de la relación médico – paciente.
- Reconocimiento precoz de síntomas que cambian la situación del paciente.
- Cumplir con los requisitos mínimos en la administración de los medicamentos, haciendo referencia a los correctos.
- Cumplimiento de los protocolos sobre el manejo de los pacientes.
- Incidencias en el manejo de los pacientes.
- La necesidad de la intervención de enfermería en forma pertinente de acuerdo a las condiciones de los pacientes.

- Cumplimiento de los procedimientos de control de infecciones y medidas de seguridad.

El cumplimiento de estos indicadores está en relación directa a las condiciones de trabajo y la capacitación permanente que debe tener la enfermera para asegurar la calidad y calidez de su atención.

Impacto del ACV en la vida del paciente y familia

Cada enfermedad tiene sus propias peculiaridades, es así que cuando sobreviene una enfermedad es imprescindible abordar los aspectos biológicos: síntomas, pruebas diagnósticas, tratamiento, etc; pero igualmente es necesario conocer los aspectos psicosociales que acarrearán estas situaciones y evaluar las repercusiones que acontecen en torno al paciente y a la familia, para lo cual es necesario tener presente los siguientes criterios:

1. **Inicio de la enfermedad:** cuando la enfermedad se presenta de una manera repentina el acontecimiento es tan inesperado que sumerge a la familia en un estado de estrés agudo, de una intensidad mucho mayor que si el inicio es de forma insidiosa o gradual. Sin embargo, este comienzo paulatino también acarrea un alto grado de incertidumbre y ansiedad que se prolonga durante más tiempo, culminando generalmente con el diagnóstico definitivo.
2. **Curso de la enfermedad:** es fundamental tener presente el curso de la enfermedad, en los que suele ser estable obliga a la familia a mantener cuidados constantes que al cabo de un tiempo, pueden causar el agotamiento del cuidador principal o de toda la familia. Los de curso progresivo someten a la familia a brindar cuidados que van aumentando a lo largo de la evolución del proceso; o con recaídas, es decir, alternándose períodos de crisis y períodos estables que obligan a la familia a adaptarse a continuos cambios.

3. **Pronóstico de la enfermedad:** evaluar el pronóstico de la enfermedad, que puede ser vital; es decir, llevar a la muerte a corto plazo, el tiempo para asimilar la situación y adaptarse a ella es escaso, causando un gran impacto emocional. En el caso de presentar un riesgo de muerte repentina, provoca una situación de intranquilidad ante la llegada de un desenlace fatal en el momento más inesperado.
4. **Y por último,** es necesario valorar si la enfermedad conlleva a alguna incapacidad de tipo físico (pérdida de la movilidad) o cognitivo (incapacidad cognitiva) que afectan y magnifican los problemas de adaptación del paciente y de la familia relacionados con su inicio, con el curso esperado y con su pronóstico. De ambas incapacidades el de tipo cognitivo produce en las familias una afectación y una carga mucho mayor que las físicas.

Dentro de las incapacidades que afectan severamente a los pacientes que han sufrido un ACV isquémico, es la pérdida de la movilidad; esta incapacidad física resta autonomía a la persona y la hace en mayor o menor medida dependiente, si a este hecho se le añade la incapacidad cognitiva la repercusión familiar es todavía mucho mayor y el afrontamiento a la situación se hace más dificultoso. Casi siempre resulta difícil comprender en toda su magnitud lo que puede suponer perder la capacidad de movilidad sin haberlo experimentado en alguna ocasión, quizás algunas personas hallan padecido en algún momento de su vida una situación de cierto grado de inmovilidad, generalmente transitoria y como consecuencia de un accidente traumático.

Esta situación descrita puede mostrar lo que se siente y se padece cuando la persona se ve limitada en su autonomía para realizar movimientos y/o desplazamientos cuando así lo decida, sobre todo si precisa de algún tipo

de ayuda externa para las actividades más elementales de la vida diaria; a partir de ese momento muchos aspectos de la vida cambian, la cotidianeidad adquiere otra dimensión afectando las tareas individuales y sociales como proyectos, trabajo, recreación, relaciones sociales, etc; y por supuesto, también muchas de las de sus familiares, iniciándose entonces un período de adaptación a la nueva situación.

Metodología de la Intervención de Enfermería en el paciente con ACV Isquémico según Patrones Funcionales de Salud

Si analizamos el concepto de paciente neurológico desde la perspectiva de ayuda, podemos decir que es una persona que necesita ayuda y que requiere del apoyo del profesional de enfermería porque no puede satisfacer de manera independiente sus necesidades debido a las limitaciones físicas, a sus reacciones frente al entorno y algunas situaciones que muchas veces le impiden expresar o comunicar esa necesidad de ayuda.

Esta necesidad de ayuda requiere ser identificada y verificada para buscar estratégicamente la manera de satisfacerla directa e indirectamente; a mayor tramitación ocasionada por la crisis biológica, es posible que se identifique una mayor necesidad de ayuda. Wiedenbach (1994) dice que:

“Cada individuo experimenta una serie de necesidades que constituyen una parte normal de la vida, y la ayuda es cualquier medida o acción que le permite al individuo superar todo lo que interviene con su capacidad para funcionar correctamente en relación con su situación....”

En este sentido el profesional de enfermería para cuidar al paciente neurológico y a la familia, requiere del dominio de fundamentos teóricos y científicos de enfermería, experiencia y conocimiento práctico del uso de la

tecnología; de tal manera que el efecto producido al brindar la ayuda satisfaga las necesidades identificadas en el paciente y familia.

El enfoque del cuidado del paciente con ACV Isquémico según Patrones Funcionales de Salud nos permite llegar al Diagnóstico de Enfermería, ya que se obtiene una cantidad de datos relevantes del paciente tanto físicos, psíquicos, sociales o del entorno, de una manera ordenada; lo que facilita a su vez el análisis de los mismos.

Los patrones funcionales son una configuración de comportamientos más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano, y que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo.

La utilización de los patrones funcionales de salud dados por Marjory Gordón en 1982, permite la valoración del paciente en forma integral, con el fin de conocer su respuesta a procesos vitales o problemas de salud reales o potenciales y que puedan ser tratados por las enfermeras. Esta valoración enfoca su atención sobre 11 áreas o patrones con importancia para la salud de los individuos, familias o comunidades, y son los siguientes:

- Patrón 1: Percepción – Manejo de la Salud
- Patrón 2: Nutricional – Metabólico
- Patrón 3: Eliminación
- Patrón 4: Actividad – Ejercicio
- Patrón 5: Sueño – Descanso
- Patrón 6: Cognitivo – Perceptual
- Patrón 7: Autopercepción- Autoconcepto

- Patrón 8: Rol – Relaciones
- Patrón 9: Sexualidad – Reproducción
- Patrón 10: Adaptación – Tolerancia la estrés
- Patrón 11: Valores – Creencias

Diagnósticos de enfermería en pacientes con ACV Isquémico

Patrón Cognitivo – Perceptual:

- ✓ Alteraciones sensorceptivas: visuales, táctiles, cinestésicas, gustativas relacionadas con pérdida de la capacidad cognitiva perceptual.
- ✓ Alto riesgo de lesión relacionado con alteraciones sensorceptivas.
- ✓ Alteración del bienestar relacionado con dolor secundario a incapacidad física.
- ✓ Dificultad de decisión o déficit de conocimientos relacionado con deterioro cognitivo secundario a infarto cerebral.
- ✓ Descuido unilateral relacionado con lesiones del hemisferio cerebral derecho / izquierdo secundarias a enfermedad neurológica.

Patrón Nutricional – Metabólico:

- ✓ Alteración de la nutrición por defecto relacionado con incapacidad para ingerir, disfagia o trastornos de la conciencia.
- ✓ Alto riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con desequilibrio nutricional secundario a déficit cognitivo perceptual.
- ✓ Deterioro de la deglución relacionado con disfunción neurológica secundaria a infarto cerebral.

Patrón de Actividad – Ejercicio:

- ✓ Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado con alteración del reflejo tusígeno.

- ✓ Deterioro del intercambio gaseoso relacionado con presencia de secreciones traqueobronquiales densas e incapacidad para expectorarlas.
- ✓ Patrón respiratorio ineficaz relacionado con alteración disfunción neurológica y estado de sopor.
- ✓ Alto riesgo de aspiración relacionado con el deterioro de la deglución o pérdida del reflejo faringeo.
- ✓ Trastorno de la movilidad física relacionado con alteración de la función neurofisiológica.
- ✓ Trastorno de la movilidad física relacionado con la pérdida del equilibrio y coordinación.
- ✓ Riesgo potencial a síndrome de desuso (anquilosis, atrofia muscular) relacionado con incapacidad para moverse por sí solo secundario a daño neurológico
- ✓ Déficit de autocuidado: higiene, alimentación relacionado con trastorno de la movilidad física y alteración del proceso cognitivo.
- ✓ Riesgo potencial a úlceras por presión relacionado con permanencia prolongada en cama secundario a déficit motor.

Patrón de Eliminación:

- ✓ Estreñimiento relacionado con disminución de la actividad física o disminución de la motilidad del tracto gastrointestinal.
- ✓ Incontinencia urinaria refleja relacionado con disfunción neurológica.
- ✓ Alteración del tránsito intestinal, constipación relacionado con dieta pobre en fibras e inactividad.
- ✓ Alteración de la eliminación vesical e intestinal relacionado con disminución del estado de conciencia y permanencia prolongada en cama.

Patrón de Relaciones – Rol:

- ✓ Alteración de los procesos del pensamiento relacionado con déficit cognoscitivos.
- ✓ Deterioro de la interacción social relacionado con movilidad física limitada o capacidad de comunicación limitada.
- ✓ Trastorno de la comunicación verbal relacionado con daño cerebral en el área del habla.
- ✓ Alteración en el desempeño del rol relacionado con déficit cognitivo secundario a isquemia cerebral.
- ✓ Alteración de los procesos familiares relacionado con la enfermedad neurológica.

Patrón de Autopercepción – Autoconcepto:

- ✓ Afrontamiento individual ineficaz relacionado con incapacidad neurológica.
- ✓ Trastorno de la imagen corporal relacionado con enfermedad crónica o parálisis.
- ✓ Deterioro de la adaptación relacionado con cambios en el estilo de vida.
- ✓ Sensación de impotencia relacionado con deterioro cognitivo o deficiencias sensoriales.
- ✓ Ansiedad relacionado con cambios en el estado físico.
- ✓ Trastorno del autoestima relacionado con incapacidad para cumplir sus roles en el hogar, trabajo.

Protocolo de Atención de Enfermería en pacientes con ACV Isquémico

1. Alto riesgo de lesión relacionado con alteraciones sensoperceptivas

Objetivo: El paciente disminuirá los riesgos de lesión con el apoyo del equipo de salud durante su hospitalización.

Acciones de Enfermería:

- Valorar el tipo y grado de alteraciones sensorceptivas que presenta el paciente.
- Orientar al paciente sobre su entorno, en forma clara y regular, proporcionando una retroalimentación realista.
- Proporcionar un entorno seguro y saludable.
- Colocar al alcance del lado no afectado el timbre de llamada, la mesa de noche y los artículos personales del paciente.
- Mantener elevada las barandillas de la cama o solo la del lado afectado del paciente.
- Utilizar sujeción mecánica en pacientes agitados o desorientados.
- Observar y anticiparse a las necesidades del paciente.
- Ayudar al paciente a identificar y abordar su déficit de percepción.

2. Alteración de la nutrición por defecto relacionado con incapacidad para ingerir, disfagia o trastornos de la conciencia

Objetivo: Promover en el paciente la ingesta adecuada de nutrientes.

Acciones de Enfermería:

- Realizar lavado de manos antes de administrar la dieta al paciente.
- Colocar al paciente en posición semifowler durante y después de la administración de su dieta por un período no menor a los 30 minutos.
- Verificar la correcta colocación de la sonda aspirando contenido gástrico o auscultando el abdomen con el estetoscopio.
- Valorar la cantidad de residuo gástrico encontrado, mayor de 100 cc se suspende la dieta y se comunica al médico tratante.
- Administrar la dieta comprobando su temperatura (37.8°C), conservación, consistencia y volumen; en forma fraccionada y a una velocidad de 100 a 150 ml/hora.

- Permeabilizar la SNG administrando 20cc de agua hervida tibia, después de la dieta y los medicamentos.
- Valorar y vigilar el estado nutricional del paciente en forma diaria (peso, índice de masa corporal , control de hemoglobina).
- Realizar balance hídrico estricto y anotarlos.
- Valorar la tolerancia a la dieta , si hay distensión abdominal, náuseas, diarreas, estreñimiento.
- registrar en las anotaciones de enfermería

3. Riesgo potencial a síndrome de desuso (anquilosis, atrofia muscular, úlceras por presión) relacionado con permanencia prolongada en cama secundario a déficit motor

Objetivo: Prevenir la degeneración músculo esquelética y aparición de manchas de presión.

Acciones de Enfermería:

- Realizar en forma diaria el baño de esponja.
- Lubricar la piel con cremas hidratantes y con suaves masajes.
- Verificar constantemente que la ropa de cama (sábana inferior, hule, solera) estén bien extendidas, secas y limpias.
- Brindar comodidad al paciente colocando los miembros en posición anatómica, con ayuda de almohadas.
- Emplear dispositivos especiales o aditamentos de protección como colchón neumático, guantes con agua, piel de carnero, rodetes, etc.
- Realizar cambios posturales cada 2 horas.
- Realizar ejercicios activos y/o pasivos, movilizand o articulaciones de miembros superiores e inferiores en forma diaria por 20 minutos evitando que el paciente se fatigue.

- Valorar la condición de la piel sobre todo en los puntos de presión: sacro pélvica, talones, hombros, orejas, escápulas, codos, etc.
- Realizar cambios de pañal e higiene cada vez que se ensucie.
- Aplicar medias antiembólicas o vendas elásticas durante todo el día y retirarlas por las noches.
- Proporcionar el aumento de calorías y proteínas en la dieta, previa coordinación con el servicio de nutrición.
- Coordinar con el servicio de rehabilitación para la terapia respectiva.

4. Deterioro del intercambio gaseoso relacionado con presencia de secreciones traqueobronquiales densas e incapacidad para expectorarlas

Objetivo: Favorecer una buena ventilación libre de secreciones.

Acciones de Enfermería:

- Saludar y comunicar al paciente lo que vamos a realizar.
- Controlar las funciones vitales y registrarlas.
- Valorar el tipo de respiraciones, el reflejo tusígeno, la saturación de oxígeno y características de las secreciones traqueobronquiales; anotarlas en el registro de seguimiento de enfermería.
- Colocar al paciente en posición semifowler con apoyo en la cabecera.
- Aspirar las secreciones según necesidades, hiperoxigenando con oxígeno al 100% durante 60 segundos antes y después de la aspiración y con un límite de tiempo menor de 15 segundos por vez.
- Observar signos de alarma mientras se realiza la aspiración: hipoxia, inquietud, taquipnea y cianosis.
- Mantener asepsia estricta en el momento de la aspiración, utilizar guantes, gasas, sonda y agua estéril.

- Nebulizar con suero fisiológico cada 4 horas por un período de 15 minutos, y luego realizar vibroterapia en todo el campo pulmonar.
- Fomentar la administración de líquidos de litro a litro y medio, salvo contraindicación clínica.
- Auscultar los ruidos respiratorios cada 2 horas y anotar en la historia clínica los hallazgos.
- Vigilar los gases arteriales (AGA) y hemoglobina en forma seriada según requerimientos del paciente.
- Brindar apoyo ventilatorio según requerimientos personales.

5. Déficit del autocuidado: higiene relacionado con trastorno de la movilidad física y alteración del proceso cognitivo

Objetivo: Mejorar las condiciones de higiene personal del paciente.

Acciones de Enfermería:

- Explicar al paciente los procedimientos que vamos a realizar en forma clara y precisa.
- Realizar higiene especial de la boca con agua bicarbonatada al 2%, mañana, tarde y noche. En caso de que el paciente usará prótesis dental retirarlos para lavar por separado y dejarlos en agua bicarbonatada durante la noche.
- Realizar diariamente por las mañanas el baño de esponja del paciente con agua temperada y evitando enfriamientos.
- Limpiar los ojos con torundas de algodón humedecidas solo con agua no usar jabón, desde el ángulo interno al externo.
- El aseo de la nariz se realizará con palillos de algodón humedecidos y con mucha delicadeza.

- Si es que no hay contraindicación lavar el cabello con champú y abundante agua tibia, haciendo masajes en el cuero cabelludo; secar bien el cabello y peinar.
- Realizar aseo genital todos los días y cada vez que se ensucie con heces u orina.
- Mantener las uñas cortadas y limpias, tanto de las manos como de los pies.

6. Alteración del tránsito intestinal, constipación relacionado con dieta pobre en fibras e inactividad

Objetivo: Reestablecer el patrón normal de la evacuación intestinal.

Acciones de Enfermería:

- Valorar el grado de constipación del paciente, si es severo comunicar al médico con el fin de descartar otra patología.
- Coordinar con la nutricionista para administrar alimentos ricos en fibra que favorezcan la eliminación: cereales integrales, salvado, frutos secos y zumos de frutas.
- Vigilar en forma diaria la evacuación intestinal y registrar.
- Fomentar la adecuada ingesta de líquidos hasta 2000 ml al día, salvo contraindicación.
- Realizar masajes suaves en forma circular en la zona del bajo vientre por 5 a 10 minutos, empezando por el lado derecho.
- Movilizar al paciente cada 2 horas.
- Realizar tacto rectal en busca de impactación fecal, si las deposiciones no son diarias.
- Administrar laxantes, supositorios o enemas según sea el caso e indicación.
- Realizar las anotaciones de enfermería respectivas.

7. Trastorno de la comunicación verbal relacionado con daño cerebral en el área del habla

Objetivo: Lograr un diálogo progresivo con el paciente según el nivel de respuesta.

Acciones de Enfermería:

- Valorar la capacidad que tiene el paciente para comprender, expresarse, leer y escribir.
- Proporcionar métodos alternativos de comunicación: utilizar lápiz y papel, letras del alfabeto, signos con las manos, parpadeos, señales con la cabeza, etc.
- Enseñar a los familiares las diversas técnicas de comunicación. Procurar consultar a un logopeda en las primeras etapas del cuadro.
- Crear una atmósfera de aceptación e intimidad con el paciente y familiares.
- Hacer tarjetas con dibujos o palabras que representen frases usadas frecuentemente: “humedéceme los labios”, “ muéveme los pies”, etc.
- Plantear preguntas que puedan responderse con sí o no.
- Utilizar un tono de voz normal y hablar sin prisa, con frases cortas y siempre mirando al paciente.
- Proporcionar un ambiente terapéutico y sin distracciones externas.
- Animar a la persona a que se tome tiempo para hablar y pronunciar las palabras cuidadosamente.

8. Trastorno del autoestima relacionado con incapacidad para cumplir roles en el hogar y trabajo

Objetivo: El paciente mejorará su nivel de autoestima.

Acciones de Enfermería:

- Ayudar al individuo a identificar y expresar sus sentimientos, ser empático y no juzgar. Aceptar su silencio, pero hacerle saber que uno está ahí.
- Permitirle el desahogo de sentimientos negativos como ira, hostilidad, llantos y tristezas dentro de límites aceptables.
- Fomentar el desarrollo de técnicas sociales y vocacionales con compañeros de trabajo y familiares.
- Incluirle en actividades, especialmente, cuando puedan utilizarse sus potenciales.
- No permitir que el paciente se aisle del grupo familiar y laboral.
- Coordinar con el servicio de psicología para incluirle en un grupo terapéutico de apoyo.

2.3 Hipótesis

2.3.1 Hipótesis General

- La calidad del cuidado que brinda la enfermera se relaciona con el nivel de respuesta del paciente en los patrones funcionales de salud más afectados por Accidente cerebro vascular isquémico.

2.3.2 Hipótesis Específica

- A mayor calidad del cuidado, mejores serán las respuestas favorables en el paciente con Accidente cerebro vascular isquémico.

2.4 Variables

2.4.1 Variables de estudio

- X_1 : Calidad del cuidado que brinda la enfermera
- X_2 : Nivel de respuesta del paciente en los patrones funcionales más afectados.

2.4.2 Variables confusoras

Del paciente:

- Edad
- Sexo
- Estadio del ACV Isquémico
- Grado de instrucción
- Ocupación
- Soporte familiar u otros sistemas de apoyo

De la enfermera:

- Tiempo de servicio en la unidad de Neurología – Emergencia
- Nivel de capacitación

2.5 Definición de términos básicos

- **Calidad del cuidado:** es el proceso dinámico de asistencia integral que proporciona el equipo de enfermería a una persona sana o enferma, de acuerdo a un planeamiento determinado, teniendo en cuenta la etapa del ciclo vital en que se encuentra el individuo, sus necesidades y problemas; con el fin de promover la salud y/o recuperarla en forma eficaz y eficiente.
- **Enfermería:** es una profesión que posee conocimientos teóricos que le son propios y una base científica organizada, de donde procede el servicio que brinda a la sociedad; la cual se distingue por su autonomía, técnicas propias y valores éticos.
- **Nivel de respuesta:** grado de bienestar alcanzado por la reacción a un determinado cuidado o atención, acompañado de cambios fisiológicos y

psicológicos que pueden o no manifestarse externamente, pero que motivan a desencadenar ciertas acciones o respuestas corporales.

- **Paciente:** receptor de un servicio de asistencia sanitaria, que padece corporalmente una alteración ya sea física, psicológica, emocional, social o espiritual.
- **Accidente Cerebro Vascular:** alteración de la circulación cerebro vascular de inicio súbito dando como consecuencia un déficit neurológico de diversa intensidad y pronóstico en la persona afectada.
- **Patrones Funcionales de Salud:** es una herramienta profesional de Enfermería, referida al funcionamiento de los órganos, sistemas, respuestas humanas, etc; que la enfermera identifica en el usuario o paciente con el fin de realizar una adecuada valoración.

CAPITULO 3: DISEÑO METODOLOGICO

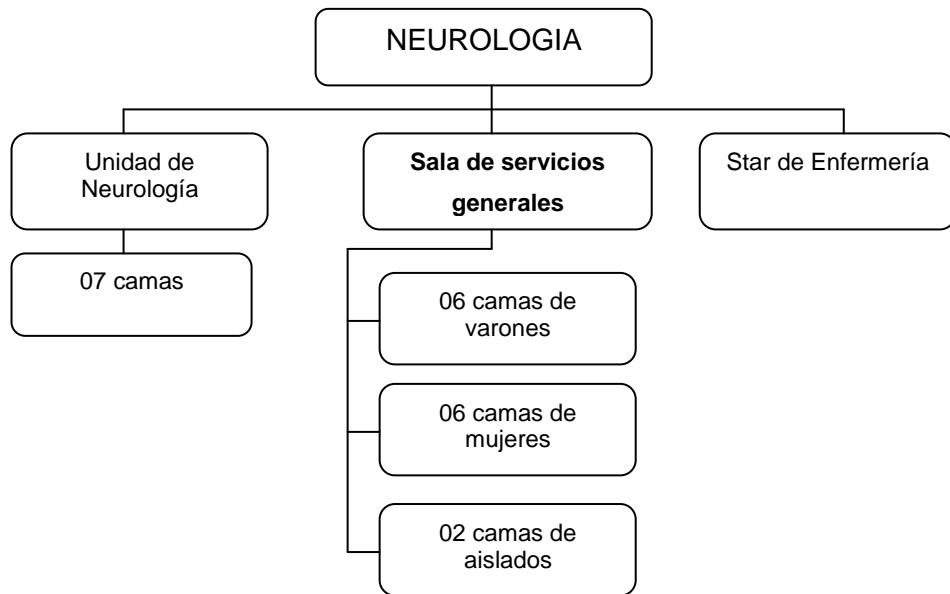
3.1 Tipo de estudio

La presente investigación es de naturaleza cuantitativa, de diseño descriptivo correlacional y de corte longitudinal. Cuantitativamente porque busca medir la calidad del cuidado que brinda la enfermera y correlacionarlo con el nivel de respuesta del paciente afectado con Accidente cerebro vascular isquémico. Descriptivo correlacional porque permitirá indagar el grado de relación que existe entre las variables en estudio.

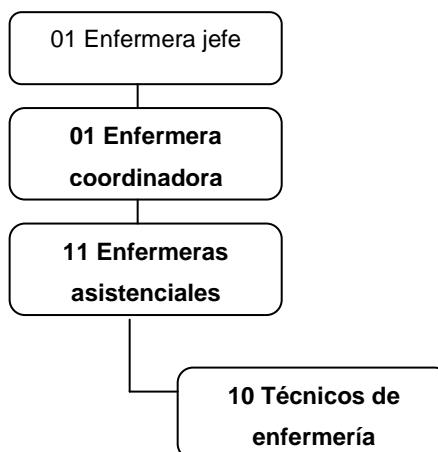
3.2 Área de estudio

La investigación se realizó en el Servicio de Neurología y Emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, ubicado en la Av. Grau N° 800, en el distrito de La Victoria, Lima – Perú; teniendo como referencia geográfica la Facultad de Medicina San Fernando de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. El Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, es una Institución prestadora de salud especializado, pertenece al IV nivel de atención del sistema de servicios de salud donde se desempeña un gran equipo multidisciplinario calificado, cuenta con recursos materiales necesarios para dar una óptima calidad de atención a los usuarios en sus diferentes servicios de hospitalización, emergencia, consulta externa y procedimientos especiales.

El servicio de neurología del hospital se encuentra ubicado en el pabellón B, lado oeste – 2do piso; y dentro de su estructura física comprende las siguientes áreas:

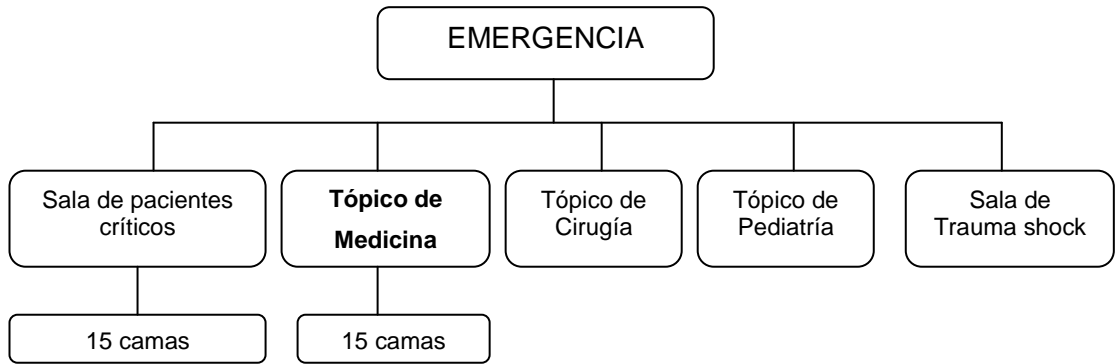


La estructura orgánica esta integrado por:

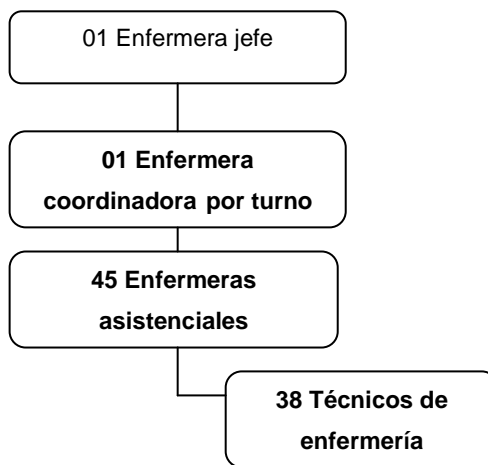


El numero de egresos mensual de pacientes con diagnóstico de ACV isquémico en este servicio es de aproximadamente 11 pacientes.

El Servicio de Emergencia está ubicado en el primer piso y cuenta con la siguiente estructura física:



La estructura orgánica del servicio es la siguiente:



El número de egresos de los pacientes con accidente cerebro vascular isquémico en este servicio corresponde a 23 pacientes mensualmente.

3.3 Población y muestra

La población en estudio fueron los pacientes hospitalizados y las enfermeras que laboran en el servicio de Neurología y Emergencia del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, de los cuales:

- a) **La población de pacientes** estuvo conformada por todos aquellos que se hospitalizaron durante los meses de Setiembre a Diciembre del 2005. El tamaño de la muestra quedó definida por el método de muestreo no probabilístico por conveniencia, programando un total de 40 pacientes los cuales fueron seleccionados bajo los siguientes criterios:

CRITERIOS DE INCLUSION	CRITERIOS DE EXCLUSION
<ul style="list-style-type: none"> • Paciente con más de 24 horas de ingreso en el servicio y menos de 5 días de hospitalización . • Independientemente de la edad y sexo. • Paciente lúcido. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes con comorbilidad descompensada (diabetes, sepsis, etc) • Pacientes con puntaje de Glasgow menor a 7 o estado de inconciencia. • Paciente que fallezca antes de haber completado las 2 observaciones.

b) **La población de enfermeras** se seleccionó la muestra usando el muestreo no probabilístico por conveniencia, planificando un total de 40 enfermeras.

3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Teniendo en cuenta la naturaleza del estudio y los objetivos que persigue la investigación se empleó la técnica de observación siendo el instrumento una lista de cotejo y una lista de verificación.

La lista de cotejo tuvo como objetivo observar la calidad del cuidado que brinda la enfermera al paciente con ACV Isquémico, para ello se tomo en cuenta los siguientes datos: tiempo de experiencia de la enfermera en la unidad observada y nivel de capacitación; descriptores del cuidado de enfermería en la dimensión técnica, interpersonal y del entorno. Se realizó dos observaciones en distintas fechas y con diferentes enfermeras de acuerdo a su turno. La presente lista de cotejo (ver anexo F) contiene 52 items disgregados uno por uno, donde a cada item se le asignó los siguientes valores de acuerdo al indicador:

- **SI cumple = 1 punto**
- **NO cumple = 0 punto**
- **N.E (no evaluable) = punto a favor de la enfermera**

Aplicando la Escala de Stanino obtuvimos:

- **Calidad optima = de 45 a más puntos**
- **Calidad regular = de 37 a 44 puntos**
- **Calidad deficiente = menos de 34 puntos**

La Lista de Verificación ayudó a determinar el nivel de respuesta alcanzado por el paciente con ACV Isquémico luego del cuidado brindado por la enfermera. Este instrumento contiene datos del paciente como: edad, sexo, procedencia, ocupación, fecha de ingreso al hospital, puntuación de la escala de coma de Glasgow y alteraciones neurológicas presentes. Así también contiene descriptores según los patrones funcionales de salud más afectados por la enfermedad; el número de verificaciones realizadas fueron dos, cada una en distinta fecha. La lista contiene un total de 34 items y cada alternativa tuvo un valor de:

- **SI = 1 punto**
- **NO = 0 punto**

Aplicando la escala de Stanino concluimos en lo siguiente:

- **Nivel de respuesta alto = de 28 a más puntos**
- **Nivel de respuesta regular = de 19 a 27 puntos**
- **Nivel de respuesta bajo = menos de 19 puntos**

Ambos instrumentos fueron sometidos a validación por expertos en Enfermería de la Especialidad y en Investigación: Lic. Yrene Palacios, Lic. Rosa Schwartz, Lic. Rosa Oviedo, Lic. Margot Cabrera y Lic. Liliana del Castillo, profesionales que trabajan en el mencionado hospital de estudio.

La prueba de confiabilidad y validez de los instrumentos se determinó a través de la aplicación del Método estadístico kuder de Richardson siendo el resultado para la Lista de Cotejo de 0.88 y para la Lista de Verificación 0.91, valores que superan el índice de confiabilidad de 0.50.

Procedimiento:

1. Se solicitó y se obtuvo la autorización oficial en el H.N.G.A.I para ejecutar el proyecto de investigación.
2. Se obtuvo la aceptación de los sujetos investigados (enfermeras y pacientes)
3. Se aplicó los instrumentos previamente validados.
4. Se realizó la tabulación y el procesamiento de la información en forma manual y con ayuda del programa Excel y del sistema SPSS.

3.5 Técnicas de análisis de los datos

En el procesamiento de datos se utilizó el análisis bivariado y las pruebas de correlación para variables ordinales: R de Pearsón y Kendalls; y Staninos para clasificar niveles de las variables.

3.6 Aspectos éticos

Es importante señalar que para la ejecución del presente proyecto se tuvo en cuenta las siguientes consideraciones:

- La confidencialidad, la cuál se cuidó con el anonimato, ya que los datos obtenidos se utilizaron con fines de estudio.
- El respeto a la autonomía a través de la obtención del consentimiento de los individuos directamente involucrados.

CAPITULO 4: RESULTADOS

4.1 Presentación de datos generales y análisis

Una vez que se obtuvo la información necesaria a través de los instrumentos: Lista de Cotejo y Lista de Verificación, se procedió a la conversión de la información recogida a forma numérica (codificación); luego los datos codificados de ambas variables de estudio se trasladaron a una matriz, facilitando su almacenamiento y análisis.

A ambos instrumentos se aplicó el Coeficiente de Confiabilidad Kuder de Richardson; luego la Escala de Stanino con la finalidad de establecer niveles, para ello se obtuvo la media, la desviación estándar y se establecieron los valores en la Campana de Gauss respectivamente. Los datos obtenidos se trasladaron a las tablas de distribución de frecuencia para su tabulación numérica y porcentual, también se estableció la relación que existe entre ambas variables de estudio aplicando el Coeficiente de Correlación R de Pearsón y Kendall's.

A continuación presentamos los resultados obtenidos en el presente estudio:

TABLA N° 1

**DESCRIPTORES DE LA DIMENSION TÉCNICA QUE IMPLICA LA CALIDAD
DEL CUIDADO QUE BRINDA LA ENFERMERA AL PACIENTE CON ACV
ISQUEMICO EN LOS SERVICIOS DE NEUROLOGÍA Y EMERGENCIA**

Descriptores de la Dimensión Técnica	Promedio de la 1ra y 2da observación	
	Nº	%
1. Controla y registra funciones vitales cada 3 horas	40	100
2. Evalúa el estado de conciencia, según la Escala de Glasgow y lo registra	24	60
3. Valora y vigila el peso del paciente	28	70
4. Valora y vigila el color de la piel del paciente	11	28
5. Informa inmediatamente los cambios observados en el paciente que indiquen deterioro neurológico	39	98
6. Administra oxígeno humidificado según necesidad del paciente	40	100
7. Realiza nebulización en casos indicados por un lapso de 15 minutos	40	100
8. Luego de la nebulización realiza vibroterapia por un lapso de 5 minutos	30	75
9. Aspira secreciones orofaríngeas y traqueobronquiales según necesidad del paciente	38	95
10. Hiperoxigena durante un minuto con oxígeno al 100% antes y después de la aspiración	34	85
11. Utiliza menos de 15 segundos en cada aspiración	33	83
12. Cambia de posición al paciente cada 3 horas	39	98
13. Humecta la piel del paciente con masajes suaves cada 3 horas	6	15
14. Mantiene la alineación corporal: utilizando almohadas, colchón neumático y otros aditamentos de soporte	38	95
15. Revisa la permeabilidad de los catéteres venosos periféricos	39	98
16. Realiza cambio de catéter empleando todas las medidas de asepsia según necesidad y protocolo del servicio	39	98
17. Administra los medicamentos prescritos a la hora indicada	40	100
18. Verifica la conservación de la SNG y realiza el cambio cada 7 días o según necesidad	39	98
19. Administra y/o supervisa que la alimentación sea dada teniendo	28	70

en cuenta: El tipo y volumen de la dieta		
20. Administra y/o supervisa que la alimentación sea dada teniendo en cuenta: Posición del paciente	21	53
21. Valora la deglución del paciente e inicia tolerancia oral	34	85
22. Realiza el balance hídrico estricto	40	100
23. Vigila el óptimo cuidado de la sonda foley: Mantenimiento del circuito cerrado y manipuleo adecuado	39	98
24. Vigila el óptimo cuidado de la sonda foley: Fijación	31	78
25. Vigila el óptimo cuidado de la sonda foley: Higiene esmerada de la zona genital	32	80
26. Vigila a diario la eliminación intestinal, características y cantidad, luego las registra	22	55
27. Vigila a diario la eliminación urinaria, características y cantidad, luego las registra	40	100
28. Realiza reeducación vesical tan pronto como sea posible, de acuerdo con el protocolo establecido u orden médica	38	95
29. Brinda vestido y abrigo de acuerdo a la necesidad del paciente	40	100
30. Coloca vendas elásticas en los miembros inferiores durante el día y las retira de noche	8	20
31. Utiliza sujeción mecánica en el paciente inquieto o confuso	40	100
32. Mantiene elevados los barandales de la cama del paciente y si carece de ellos emplea otras técnicas para evitar caídas.	40	100
33. Promueve la privacidad y respeto a la intimidad del paciente	37	93
34. Promueve la ayuda espiritual para el paciente (lo pone en contacto con sacerdote, rabino, pastor, etc)	30	75
35. Realiza las anotaciones de enfermería en cada turno	40	100
36. Reporta el progreso y dificultades del paciente en cada cambio de turno.	40	100

Fuente: Lista de cotejo aplicado por el investigador.
Hospital Base de la Red Asistencial Guillermo Almenara Irigoyen – EsSalud
Setiembre – Diciembre 2005

En la tabla N° 1 presentamos el promedio de la 1ra y 2da observación de todas las actividades que corresponden al cuidado del paciente con ACV Isquémico en la Dimensión Técnica, se observa que las enfermeras en un 100% (40) cumplen

los descriptores N° 1, 6, 7, 17, 22, 27, 29, 31, 32, 35 y 36; en segundo lugar un 98% (39) realizan los descriptores N° 5, 12, 15, 16, 18 y 23.

En tercer lugar la evaluación y registro del estado de conciencia del paciente a través de la Escala de Glasgow lo realizan en un 60% (24), en un 55% (22) vigilan a diario y registran la eliminación intestinal, características y cantidad (descriptor N° 26); y en un 53% (21) administran la alimentación del paciente teniendo en cuenta una correcta posición (descriptor N° 20). Así mismo podemos observar que en un escaso porcentaje (15%) cumplen con el descriptor N° 13 el cuál esta relacionado con la humectación de la piel del paciente, seguido de un 20% (8) que colocan vendas elásticas en los miembros inferiores durante el día retirándolas por la noche (descriptor N° 30); por último solo en un 28% (11) cumplen con el descriptor N° 4, referido a la valoración y vigilancia del estado nutricional del paciente a través del color de la piel.

TABLA N° 2

**DESCRIPTORES DE LA DIMENSION INTERPERSONAL DE LA CALIDAD DEL
CUIDADO QUE BRINDA LA ENFERMERA AL PACIENTE CON ACV ISQUEMICO
EN LOS SERVICIOS DE NEUROLOGÍA Y EMERGENCIA**

Descriptores de la Dimensión Interpersonal	Promedio de la 1ra y 2da Observación	
	Nº	%
1. Muestra respeto por el paciente: lo saluda y lo llama por su nombre	26	65
2. Trata con amabilidad al paciente	39	98
3. Explica al paciente con términos claros y sencillos cada procedimiento a realizar	20	50
4. Formula preguntas que evalúen su capacidad para repetir palabras, interpretar, seguir indicaciones y expresar sentimientos	18	45
5. Escucha detenidamente al paciente, aún siendo ininteligible su comunicación	26	65
6. Valora las respuestas gesticulares que pueda realizar el paciente	30	75
7. Si es necesario proporciona medios alternativos de comunicación: lápiz y papel	35	88
8. Orienta e informa al paciente con términos claros y sencillos sobre tiempo, lugar y persona	15	38
9. Anima constantemente al paciente a participar al máximo en su autocuidado a través de ordenes simples y/o complejas	27	68
10. Brinda un trato cordial a la familia del paciente	31	78
11. Brinda información confidencial del estado del paciente a familiares más cercanos	18	45
12. Brinda educación a los familiares sobre su participación en la satisfacción de necesidades básicas del paciente	8	20
13. Valora la necesidad de visitas familiares	17	43

Fuente: Lista de cotejo aplicado por el investigador.

Hospital Base de la Red Asistencial Guillermo Almenara Irigoyen – EsSalud
Setiembre – Diciembre 2005

En la tabla N° 2 se presenta el promedio de la 1ra y 2da aplicación del instrumento de la Dimensión Interpersonal, observándose que el 98% de enfermeras (39) trata con amabilidad al paciente que padece de un ACV Isquémico (descriptor N° 2); seguido de un 78% (31) que brindan un trato cordial a la familia del paciente (descriptor N° 9); a su vez es metitorio nombrar que el 65% (26) de enfermeras cumplen con los descriptores N° 1 y 5, referidos al respeto que muestran por el paciente: al saludarlo y llamarlo por su nombre y el saber escucharlo detenidamente aún siendo ininteligible su comunicación.

En contraste con estos porcentajes podemos observar que el 38% (15) de enfermeras orienta e informa al paciente con términos claros y sencillos sobre tiempo, lugar y persona (descriptor N° 8); y solo un 20% (8) brinda educación a los familiares sobre su participación en la satisfacción de necesidades básicas del paciente (descriptor N° 12).

TABLA N° 3

**DESCRIPTORES DE LA DIMENSION DEL ENTORNO DE LA CALIDAD DEL
CUIDADO QUE BRINDA LA ENFERMERA AL PACIENTE CON ACV
ISQUEMICO EN LOS SERVICIOS DE NEUROLOGÍA Y EMERGENCIA**

Descriptores de la Dimensión del Entorno	Promedio de la 1ra y 2da Observación	
	Nº	%
▪ Mantiene un entorno tranquilo y seguro proporcionando:		
1. Luz adecuada, preferentemente tenue	40	100
2. Ausencia o minimización del ruido	36	90
3. Orden y limpieza en la unidad del paciente	23	58

Fuente: Lista de cotejo aplicado por el investigador.
Hospital Base de la Red Asistencial Guillermo Almenara Irigoyen
Setiembre – Diciembre 2005

La tabla N° 3 nos presenta el promedio de la primera y segunda observación de la Dimensión del Entorno, contemplando que el 100% (40) de las enfermeras cumplen con el descriptor N° 1, es decir mantienen un entorno tranquilo y seguro proporcionando luz adecuada, preferentemente tenue; y un 90% (36) brindan un entorno tranquilo a través de la ausencia o minimización del ruido (descriptor N° 2); seguido del 58% (23) de enfermeras que mantienen orden y limpieza en al unidad del paciente (descriptor N° 3).

TABLA N° 4
**NIVEL DE RESPUESTA DEL PACIENTE CON ACV ISQUEMICO SEGÚN LOS
 PATRONES FUNCIONALES DE SALUD MAS AFECTADOS
 SERVICIO DE NEUROLOGÍA Y EMERGENCIA**

Aspectos considerados según Patrones Funcionales de Salud	Promedio de la 1ra y 2da Observación	
	Nº	%
A. Patrón Perceptivo - Cognitivo:		
1. Funciones vitales estables o cerca de límites normales	35	88
2. Escala de Glasgow en mejoría con el parámetro inicial	30	75
3. Mejoría en la capacidad para identificar a las personas, lugar y tiempo	24	60
4. Capacidad para obedecer ordenes simples	33	83
5. Capacidad para obedecer ordenes complejas	12	30
B. Patrón Percepción y Control de la salud:		
1. Ausencia o control de infecciones nosocomiales como ITU	36	90
2. Ausencia de neumonía intra hospitalaria	37	93
3. Ausencia de episodios de bronco aspiración	38	95
4. Ausencia de flebitis	30	75
5. Ausencia de caídas	40	100
6. Ausencia de estasis venoso en miembros inferiores (edema, llenado capilar mayor de 2 segundos, etc)	33	83
C. Patrón Nutricional Metabólico:		
1. Piel y mucosas integra e hidratadas	38	95
2. Tolerancia a la ingesta de alimentos y líquidos	35	88
3. Ausencia o bajo índice de procesos infecciosos en la piel	36	90
4. El paciente permanece hidratado sin signos de congestión pulmonar (disnea, ansiedad, imposibilidad para dormir, cianosis)	39	98
D. Patrón de Actividad y Ejercicio:		
1. Parámetro de saturación de oxígeno dentro de valores normales (95 a 100%)	38	95

2. Ausencia de manchas de presión o úlceras por presión	25	63
3. Ausencia de contracturas, posiciones inadecuadas y anquilosis	31	78
4. Capacidad para afrontar las actividades de la vida diaria: abrigarse o vestirse solo	16	40
5. Capacidad para afrontar las actividades de la vida diaria: realizarse su higiene	4	10
6. Capacidad para afrontar las actividades de la vida diaria: alimentarse solo	11	28
7. Capacidad para afrontar las actividades de la vida diaria: desplazarse al baño y/o lugares cercanos	3	8
E. Patrón de Eliminación		
1. Diuresis conservada	40	100
2. Función intestinal regulada	14	35
F. Patrón de Relaciones - Rol:		
1. Mejoría en la interpretación y expresión de sus pensamientos de acorde a la realidad	33	83
2. Capacidad para comunicarse e interactuar con sus familiares	37	93
3. Capacidad para comunicarse e interactuar con el personal de salud	39	98
4. Capacidad para comunicarse e interactuar con compañeros de habitación	17	43
5. Conservación de los sistemas de apoyo familiar	34	85
G. Patrón de Auto percepción - Autoconcepto:		
1. Buen auto concepto y percepción de sí mismo	23	58
2. Estado emocional estable	19	48
3. Tiene seguridad en su persona y buen autoestima	22	55
4. Contrarresta adecuadamente cualquier trastorno de su imagen corporal (secuelas motoras)	17	43
5. Afronta positivamente sus preocupaciones laborales, económicas y hogareñas	22	55

Fuente: Lista de verificación aplicado por el investigador.
Hospital Base de la Red Asistencial Guillermo Almenara Irigoyen-EsSalud
Setiembre – Diciembre 2005

En la tabla N° 4 se presenta el promedio de la 1ra y 2da observación del nivel de respuesta del paciente con Accidente cerebro vascular Isquémico, luego del cuidado brindado por la enfermera según los Patrones Funcionales de Salud más afectados; encontrando que en el Patrón Perceptivo Cognitivo el 88% (35) de pacientes mantiene sus funciones vitales estables o cerca de límites normales, seguido de un 83% (33) que poseen la capacidad de obedecer órdenes simples; en cambio vemos que solo un 30% (12) de los pacientes tienen la capacidad de obedecer órdenes complejas.

En el Patrón de Percepción y Control de la Salud encontramos que ningún paciente sufrió caídas (100%), así como la ausencia de episodios de bronco aspiración en un 95% (38) y Neumonía Intra hospitalaria en un 93% (37); en el caso de los pacientes con ausencia de Flebitis fue de un 75% (30).

El Patrón Nutricional Metabólico nos muestra que el 98% (39) de pacientes permanece hidratado sin signos de congestión pulmonar, seguido de un 95% (38) de pacientes que presentan piel y mucosas íntegras e hidratadas.

En el Patrón de Actividad y Ejercicio observamos que el 95% (38) de los pacientes presentan valores normales en el parámetro de saturación de oxígeno, seguido de un 78% (31) de pacientes con ausencia de contracturas, posiciones inadecuadas y anquilosis. En contraste a estos datos podemos ver que solo un mínimo porcentaje de pacientes son capaces de afrontar las actividades de la vida diaria como vestirse (40%), realizarse su higiene (10%), alimentarse solo (28%) y desplazarse al baño y/o lugares cercanos (8%).

En el Patrón de Eliminación el 100% (40) de los pacientes presentan una diuresis conservada, y solo el 35% (14) de pacientes tienen la función intestinal

regulada. En el Patrón de Relaciones y Rol el 98% (39) de los pacientes poseen la capacidad para comunicarse e interactuar con el personal de salud, un 93% (37) con sus familiares y un 85% (34) conservan sus sistemas de apoyo familiar.

Por último en el Patrón de Autopercepción y Autoconcepto tenemos que el 58% (23) de pacientes tienen buen auto concepto y percepción de sí mismo, un 55% (22) seguridad en su persona, buen autoestima y afrontan positivamente sus preocupaciones laborales, económicas y hogareñas; en cambio solo un 48% (19) de pacientes mantienen un estado emocional estable y un 43% (17) contrarrestan adecuadamente cualquier trastorno de su imagen corporal (secuelas motoras).

TABLA N° 5

CALIDAD DEL CUIDADO QUE BRINDA LA ENFERMERA EXPRESADOS EN LA DIMENSION TÉCNICA, INTERPERSONAL Y DEL ENTORNO AL PACIENTE CON ACV ISQUEMICO EN LOS SERVICIOS DE NEUROLOGÍA Y EMERGENCIA

		Promedio de la 1ra y 2da observación							
		Calidad del Cuidado							
Dimensiones del Cuidado		Optimo		Regular		Deficiente		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
▪	Técnica	10	25	24	60	6	15	40	100
▪	Interpersonal	12	30	19	48	9	22	40	100
▪	Entorno	13	33	24	60	3	7	40	100
Total		35		67		18		120	

Fuente: Lista de cotejo aplicado por el investigador.
Hospital Base de la Red Asistencial Guillermo Almenara Irigoyen -EsSalud
Setiembre – Diciembre 2005

$X^2 = 4.15$ $X^2 \text{ Yate} = 3.3$ $P < 0.05$ $gl = 4$ $ns.$

En la tabla N° 5 presentamos la Dimensión Técnica, Interpersonal y del Entorno como expresión de la Calidad del Cuidado de Enfermería, observando que en la Dimensión Técnica e Interpersonal la tendencia del cuidado es de regular a deficiente, en cambio en la Dimensión del Entorno es de regular a óptimo. Luego se deduce que el mayor porcentaje de enfermeras brindan un Cuidado Regular, predominando el aspecto Técnico y del Entorno; y dentro del Cuidado Deficiente el mayor porcentaje se observa en la Dimensión Interpersonal.

Los resultados de Chi Cuadrado no son significativos lo que indica que no hay relación entre las variables.

TABLA N° 6

**CALIDAD DEL CUIDADO QUE BRINDA LA ENFERMERA Y EL NIVEL DE
RESPUESTA DEL PACIENTE CON ACV ISQUEMICO EN LOS SERVICIOS DE
NEUROLOGÍA Y EMERGENCIA**

Calidad del Cuidado	Promedio de la 1ra y 2da observación							
	Nivel de Respuesta							
	Bajo		Regular		Alto		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
▪ Optimo	0	0	7	18	6	15	13	32
▪ Regular	3	8	12	30	2	5	17	43
▪ Deficiente	3	8	6	15	1	2	10	25
Total	Nº	6	25		9		40	100
	%	15	63		22			100

Fuente: Lista de cotejo y verificación aplicado por el investigador.
Hospital Base de la Red Asistencial Guillermo Almenara Irigoyen - EsSalud
Setiembre – Diciembre 2005

$\chi^2 = 8.7$	$P < 0.05$	$gl = 4$
----------------	------------	----------

En la tabla Nº 6 se presenta la Calidad del Cuidado que brinda la Enfermera y el Nivel de Respuesta del paciente con ACV Isquémico, observando que del 32% de enfermeras que brindan un cuidado de nivel óptimo la respuesta del paciente es de regular (18%) a alto (15%). En cambio el 25% de enfermeras que brindan un cuidado deficiente la respuesta del paciente es de regular a bajo; por lo descrito se valida la hipótesis, que a mayor Calidad del Cuidado mayores serán las respuestas favorables en el paciente con ACV Isquémico.

Estadísticamente los resultados de Chi cuadrado son significativos, lo que indica que hay relación entre las variables.

4.2 Interpretación y Discusión de los resultados

La globalización en la que vivimos ha traído constantes cambios en el comportamiento de las sociedades y de los individuos, así como en los profesionales de salud. Frente a ello la enfermera tiene como misión proporcionar cuidados a la población usuaria a través de una atención de calidad basado en el conocimiento, habilidad profesional, calidez, aplicación de juicios y razonamientos acertados, demostrando responsabilidad en su quehacer diario a fin de dar satisfacción al usuario. Azebedo (1994) refiere que “Calidad de atención es un fenómeno que no ocurre siempre y se da cuando un producto o servicio logra satisfacer las expectativas del cliente”. En la actualidad la búsqueda de calidad en los servicios de salud representa un desafío e incluso una prioridad estratégica para los profesionales de salud, especialmente para el profesional de enfermería, que está en contacto más directo y continuo con el paciente; por ello el cuidado que brindan debe ser holístico, seguro, oportuno, continuo y sobre todo humano.

Toda persona y aún más el paciente neurológico que experimenta una serie de sentimientos y dolencias requiere del apoyo del profesional de enfermería para poder satisfacer de manera independiente sus necesidades debido a limitaciones físicas, a reacciones frente al entorno y algunas situaciones que muchas veces le impiden expresar o comunicar tales necesidades de ayuda, por ende esta necesidad de ayuda en la profesión de enfermería es de vital importancia ser identificada y verificada para buscar estratégicamente la manera de satisfacerla directa e indirectamente, ya que si no se percibe la necesidad de ayuda no se adoptará ninguna medida para aliviarla o resolverla. Wiedenbach (1964) dice: “Una necesidad de ayuda es toda medida o acción

requerida y deseada por el individuo y que puede potencialmente recuperar o ampliar su capacidad de afrontar las demandas implícitas en su situación”.

En el presente estudio la calidad del cuidado comprende la dimensión técnico científica, interpersonal y del entorno; en lo que respecta a la dimensión técnica (Tabla N°1) el 100% de enfermeras cumplen adecuadamente y oportunamente las siguientes actividades: CFV cada 3 horas, administración de oxígeno humidificado, realiza nebulización por un lapso de 15 minutos, administra los medicamentos prescritos a la hora indicada, realiza el balance hídrico, vigila a diario la eliminación urinaria, características y cantidad luego las registra; brinda vestido y abrigo de acuerdo a la necesidad del paciente, utiliza sujeción mecánica en el paciente inquieto o confuso, mantiene elevados los barandales de la cama del paciente, realiza las anotaciones de enfermería en cada turno y reporta el progreso y dificultades del paciente.

Así mismo se observa que el 98% de enfermeras cumplen con informar inmediatamente los cambios observados en el paciente que indiquen deterioro neurológico, cambia de posición al paciente cada 3 horas, revisa la permeabilidad de los catéteres venoso periféricos y realiza su cambio empleando todas las medidas de asepsia; verifica la conservación de la SNG y realiza el cambio según protocolo o necesidad, vigila el óptimo cuidado de la sonda foley a través del mantenimiento del circuito cerrado y manipuleo adecuado.

Cifras muy importantes de valorar en el quehacer de enfermería, ya que a través del cumplimiento de estas acciones se estaría asegurando la recuperación del paciente y por ende la reducción de complicaciones; las cuales pueden presentarse en un corto plazo, si no se brinda un cuidado integral al paciente. Según Francoise (1999) "Los cuidados son de carácter integral porque

las necesidades humanas representan lo físico, psicológico y cultural donde la necesidad insatisfecha afecta al ser humano como un todo.

La dimensión técnico científica enfoca la aplicación de la ciencia y tecnología de modo que se favorezca y promueva una mejor calidad de vida al usuario; para ello se busca las mejores acciones y procedimientos seguros y comprobados a realizar sobre el paciente en la balanza de calidad y ética, riesgo-beneficio, seguridad, eficacia, eficiencia, integridad y continuidad.

Entonces el objetivo de la enfermera es conseguir a través de sus acciones “el bien global del paciente”, objetivo que muchas veces se ve frustrado por la misma reacción del paciente a su enfermedad o incumplimiento del ejercicio profesional. Como refiere Wiedenbach (1970): “El ejercicio profesional es una acción evidente guiada por pensamientos y sentimientos disciplinados que pretende satisfacer la necesidad de ayuda del paciente”.

Entre los descriptores que se cumplen en un porcentaje bajo tenemos la evaluación y registro del estado de conciencia según la escala de Glasgow, la posición correcta del paciente a la hora de administrar la dieta, valoración diaria de la eliminación intestinal, colocación de vendas elásticas en los miembros inferiores, humectación y valoración del color de la piel.

Una de las actividades que no puede dejarse de cumplir, es la valoración de la escala de Glasgow, herramienta muy útil que nos permite evaluar el estado neurológico del paciente a lo largo de su enfermedad, ya que el nivel de conciencia en una persona afectada por un accidente cerebro vascular isquémico varía dentro de un espectro continuo, desde un estado de alerta y cooperación hasta la ausencia de respuesta a cualquier forma de estímulo externo; por tanto la enfermera ha de estar vigilando para detectar

oportunamente posibles cambios con el fin de emplear las medidas necesarias para aminorar repercusiones fatales en la salud del paciente.

Referente a la posición correcta que debe adoptar el paciente a la hora de tomar sus alimentos, repercute en la prevención de episodios de aspiración pulmonar o bronco aspiración en caso de que el paciente vomite o regurgite el contenido alimenticio; ya que la dinámica deglutoria en estos pacientes está alterada teniendo un riesgo de aspiración del 51% a las 24 horas, del 21% a los 7 días; y en el 6,8% de ellos persiste hasta pasados los 6 meses; según Barile (1999).

El defecto deglutorio está representado por un reducido control lingual, el retardo en la iniciación de la fase faríngea y el peristaltismo local disminuido; al aumentar el tiempo de pasaje y permanencia de los alimentos en la faringe se incrementa el riesgo de bronco aspiración que es responsable del 7 al 34% de la mortalidad de pacientes que sufren ACV, por tanto la enfermera deberá supervisar al 100% la posición de semifowler intermedia o alta en la que se debe colocar al paciente a la hora de alimentarlo.

En cuanto a la valoración de la eliminación intestinal prima su importancia, en eliminar los productos de desecho de la digestión diaria para el adecuado funcionamiento del cuerpo. En los pacientes con ACV existe un trastorno en el vaciado voluntario del intestino, que aunado a los problemas de movilidad, comunicación y cognitivo impiden una evacuación normal; en consecuencia el paciente cursa con un cuadro de estreñimiento, que sino es corregido oportunamente genera endurecimiento de las heces e impactación fecal; acompañado de distensión abdominal, cólicos, cefalea, anorexia y náuseas; resultado de la permanencia prolongada de heces en el tubo gastrointestinal y de la formación de gas bacteriano o toxinas propias de la descomposición del

contenido fecal. Por lo mencionado y teniendo en cuenta que debemos brindar un cuidado integral al paciente se hace vital emplear las medidas necesarias que nos permitan alcanzar resultados óptimos en pro de la salud del paciente y evitar mayores complicaciones.

En lo que se refiere a vendaje de miembros inferiores, su propósito es favorecer el flujo venoso y por ende prevenir la trombosis venosa profunda, cuya frecuencia oscila en un 50% de los pacientes que se encuentran postrados por largos periodos como en el caso del paciente con ACV.

Respecto a la valoración del color de la piel y su humectación, es una actividad que tiene poca resolución según los resultados alcanzados en el estudio. La piel es una ventana a través de la cual la enfermera detecta diversas alteraciones que afectan a un paciente, alteraciones en la oxigenación, circulación, nutrición, lesión tisular, local e hidratación. La valoración y cuidado adecuado de la piel nos ayuda a que se conserve en buen estado disminuyendo el riesgo de lesiones; además ayuda a determinar el tipo de medidas de higiene para el paciente, necesidades de tratamiento nutricional o de hidratación.

En lo concerniente a la dimensión interpersonal (Tabla N° 2) se observa que la mayoría de enfermeras muestra respeto por el paciente, lo saluda y lo llama por su nombre, lo escucha detenidamente aunque su comunicación sea ininteligible, y le brinda un trato amable a él y a su familia; esto coincide con los resultados de Murillo que en su investigación encontró que las actitudes de las enfermeras y calidad de atención que brindaban al paciente en estado de coma fue buena en un 42.86%. La dimensión interpersonal también denominada calidad humana del cuidado corresponde a las relaciones interpersonales entre

el paciente y la enfermera, donde debe existir una actitud abierta y sensible, mediados por un trato amable, digno, con respeto, empatía y simpatía. Otro indicador que es importante resaltar dentro de los resultados obtenidos en la dimensión interpersonal, corresponde a que solo el 20% de enfermeras educa a los familiares motivándolos a que participen en la satisfacción de las necesidades básicas del paciente. Al respecto Travelbee (1971) menciona:

“Enfermería es un proceso interpersonal por el cual el profesional de enfermería ayuda a una persona, una familia o una comunidad a prevenir o afrontar la experiencia de la enfermedad y el sufrimiento y, en caso necesario a dar sentido a estas experiencias”.

El impacto que causa cada enfermedad tiene sus propias peculiaridades, por ello es de vital importancia tener presente los aspectos psicosociales y físicos que ocasionan; para tal fin es indispensable evaluar las repercusiones que acontecen en torno al paciente y a la familia, en miras de proporcionar una adecuada y completa educación sanitaria sobre la satisfacción de necesidades básicas del paciente y lograr su restablecimiento; ya que el paciente una vez restablecido deberá retornar a su hogar, donde la familia juega un papel importante en la rehabilitación del paciente; ayudándolo en el afrontamiento de sus actividades cotidianas, en la prevención de complicaciones y recaídas; minimizando su dependencia del paciente y los gastos económicos que acarrea de por sí esta entidad neurológica.

En cuanto al entorno (Tabla N° 3) se observa que el mayor porcentaje de enfermeras brindan comodidad al paciente, los mantienen en un ambiente limpio, ventilado y libre de ruidos; esto difiere con los resultados de Murillo en que el 42,9% de enfermeras maneja en términos medios el entorno. Murray y Zentner (1967) definen el entorno como “el cúmulo de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y al desarrollo de un organismo y son

capaces de evitar, suprimir o contribuir a las enfermedades, los accidentes o la muerte”. La atención de enfermería en esta dimensión se traduce en favorecer un clima agradable y cómodo para el paciente, evitando cualquier adversidad que atente su integridad y por ende su calidad de vida. Según Nightingale (1874):

“El ruido innecesario y la necesidad de tranquilidad eran también aspectos conceptuales que habían de ser evaluados y controlados por las enfermeras(...)en el entorno (sala), la enfermera debe evitar el ruido creado por actividades físicas, ya que podía perjudicar al paciente”.

En lo referente al nivel de respuesta del paciente con ACV Isquémico según los patrones funcionales de salud más afectados (Tabla N° 4) se observa que en la presente investigación los indicadores de mayor respuesta fueron funciones vitales estables o cerca de límites normales, escala de Glasgow en mejoría al parámetro inicial, capacidad para obedecer ordenes simples, ausencia de infecciones nosocomiales, ausencia de episodios de bronco aspiración, de flebitis, de caídas y de estasis venoso; así como la presencia de piel y mucosas íntegras e hidratadas, tolerancia a la ingesta de alimentos y líquidos, bajo índice de procesos infecciosos en la piel, ausencia de contracturas, diuresis conservada, capacidad para comunicarse e interactuar con sus familiares y con el personal de salud. Al respecto Wiedenbach (1984, p.91) dice: “Toda persona desea estar sana, cómoda y en plena posesión de sus facultades y cuando se ve impedida se esfuerza para recuperar estas cualidades”.

La fase aguda del ACV Isquémico dura normalmente de 48 a 72 horas, período en que las facultades alteradas del paciente son recuperadas en su totalidad o parcialmente a través de la valoración y cuidado continuo que recibe del equipo de salud, sobre todo de la enfermera. Después de la fase aguda la

vigilancia continua sigue siendo esencial en tanto la persona requiera de atención, ya que un paciente con ACV está sujeto a múltiples complicaciones.

Entre los indicadores que alcanzaron menor respuesta está la capacidad para obedecer ordenes complejas, capacidad para afrontar las actividades de la vida diaria como abrigarse, vestirse, realizarse su higiene, alimentarse solo y desplazarse a lugares cercanos; seguido de otros indicadores como función intestinal regulada, autoconcepto y percepción de si mismo, estado emocional estable, seguridad en su persona, buen autoestima, afrontamiento adecuado de cualquier trastorno de su imagen corporal así como de sus preocupaciones laborales, económicas y hogareñas.

En términos generales se conoce que las consecuencias de un ACV son de diferente nivel de gravedad, así tenemos que aproximadamente el 60% de los pacientes que sufrieron un ictus y sobrevivieron, después de un año no requerían de ayuda en las actividades de la vida diaria (comer, vestirse, asearse, pasear, etc); solo un 20% la requiere para actividades complejas y un 5% son totalmente dependientes. (López, 1998)

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

Continuando con la interpretación y discusión de los resultados en la Tabla N° 5 presentamos la calidad del cuidado que brinda la enfermera en las tres dimensiones del cuidado (técnica, interpersonal y del entorno), tanto en el servicio de Neurología como Emergencia, donde el mayor porcentaje de

enfermeras brindan un cuidado regular, predominando el aspecto técnico y del entorno; dentro del cuidado deficiente el mayor porcentaje (22%) se observa en la dimensión interpersonal. La información de la presente investigación coincide con los estudios de Coronel y Vela quienes concluyen que la Calidad de atención de enfermería es predominantemente regular (60%).

Enfermería como profesión de la salud y teniendo en cuenta la naturaleza de su quehacer, “el cuidado de las personas y grupos sociales” solo puede ser ejercida con propiedad en el marco de un modelo de atención integral, el cual contribuye al desarrollo humano; porque concibe al sujeto en forma individual y colectivamente, como poseedor de un conjunto de necesidades humanas fundamentales. Las necesidades se entienden no sólo como carencia, sino también como potencialidad y constituyen un sistema caracterizado.

Enfermería es una disciplina compleja y el paciente también lo es, ya que esta condicionado por sus influencias, su cultura, su entorno y sobre todo que esta afectado por una enfermedad; por ello las necesidades humanas fundamentales, clasificadas como axiológicas y existenciales, se deben satisfacer de manera integral para lograr la realización de sus potencialidades y el desarrollo del paciente.

La enfermera como ser humano también interacciona con el paciente en un proceso complejo de enseñanza y aprendizaje; al respecto Donabedian señala la gran importancia que tiene la relación enfermera – paciente, y manifiesta que “el manejo de las relaciones interpersonales es un arte”.

La relación persona a persona es ante todo una experiencia o serie de experiencias que vive la enfermera y el receptor de sus cuidados, la principal

características de estas experiencias es que Enfermería satisface las necesidades de los individuos o de las familias; entonces esta relación se establece cuando la enfermera y el receptor de sus cuidados alcanzan una compenetración después de haber pasado por las fases de encuentro original, revelación de identidad, empatía y simpatía.

En una sociedad cada vez más cambiante, acelerada y despersonalizada, el encuentro con el otro y por extensión el encuentro de uno mismo a través del otro no es una tarea fácil; por tanto la dimensión interpersonal no es solo una necesidad humana sino el medio para satisfacer otras necesidades. Según Monjas (1999): “Las relaciones interpersonales constituyen un aspecto básico en nuestras vidas, que funcionan no solo como un medio para alcanzar determinados objetivos sino como un fin en sí mismo”. Al respecto Scolt y Powers (1985) dice:

“La comunicación interpersonal no es solamente una de las dimensiones de la vida humana, sino la dimensión a través de la cual nos realizamos como seres humanos (...) si una persona no mantiene relaciones interpersonales amenazará su calidad de vida”

Otro ángulo importante observado en el presente estudio es la relación que existe entre la calidad del cuidado que brinda la enfermera y el nivel de respuesta del paciente con ACV Isquémico (Tabla N° 6), donde observamos que el mayor porcentaje de pacientes (63%) presentan un nivel de respuesta de regular a bajo después de haber recibido un cuidado regular, y un menor porcentaje (22%) de pacientes que recibieron un cuidado optimo presentaron un nivel de respuesta de regular a alto.

El nivel de cuidados que el profesional de enfermería proporciona al paciente puede ser total, de ayuda o de apoyo; direccionado por el

requerimiento de su estado físico y emocional que presenta cada paciente. La mayoría de pacientes que han sufrido un ACV Isquémico requieren de cuidados totales sobre todo en la fase aguda de su enfermedad; por ello las estrategias de enfermería se centran en el mantenimiento de la vida y en la mejora de su calidad.

Respecto al cuidado total que debe recibir un paciente que ha sufrido un ACV, en nuestra realidad muchas veces no se llega a dar al 100% sobre todo en una Institución prestadora de salud como es el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen donde la afluencia de pacientes supera su capacidad, por ende la carga de trabajo para la enfermera aumenta, dificultando el cumplimiento de sus objetivos trazados; ante esto la enfermera tendrá que aflorar toda su capacidad y creatividad que le permitan lograr sus objetivos. Hall (1969) describe que:

“La enfermería completamente profesional se distingue porque la atención dada recae en enfermeras profesionales y acreditadas que conocen las ciencias del comportamiento y asumen la responsabilidad de coordinar y prestar a los pacientes una atención total”

Debemos recordar que la razón de ser de enfermería es la vida, su esencia el ser humano , y su naturaleza es atender las necesidades básicas del individuo; por ello al hablar de calidad del cuidado debemos recordar que debe de ser integral, con excelencia técnica, oportuna, continua y de alta calidad humana. Al respecto Donabedian señala que:

“La Calidad de Atención Médica, consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. El grado de calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios”.

El nivel de respuesta de un paciente esta referida a la forma de cómo reacciona frente a un estímulo o injuria, los cuales pueden alterar o modificar totalmente su homeostasis. La respuesta depende de los recursos personales disponibles en el momento del acontecimiento. Wiedenbach (1964) en lo relativo a la naturaleza humana explicita 4 supuestos:

- Todo ser humano posee un potencial único para desarrollar en su interior recursos que le permitan mantenerse y sustentarse.
- El ser humano lucha básicamente por su auto determinación e independencia relativa y no solo desea hacer un uso óptimo de sus aptitudes y posibilidades sino también cumplir con sus responsabilidades.
- La autoconciencia y autoaceptación son esenciales para desarrollar un sentido de integridad y autoestima.
- Lo que cada persona hace es una resultante en cada momento de la aplicación de su mejor criterio.

El nuevo milenio nos exige vivir la modernidad en un mundo globalizado, con tecnología de avanzada y sistemas abiertos de información, los cuales son puntos a favor del desarrollo profesional; que han de reflejarse en la calidad de cuidado que se brinda al usuario.

Según Kelly (1992) “La profesionalidad es sobre todo una forma de vida que exige el compromiso de los que la practican”. Ser profesional significa que una persona hace una promesa de hacer y ser lo que requiere la profesión; de esta forma, el profesional de enfermería promete prestar asistencia a los enfermos crónicos y agudos, promocionar el bienestar y ayudar a la gente a morir en paz. La sociedad, confiando en esa promesa espera que el profesional de enfermería esté comprometido con sus ideales.

CAPITULO 5: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

De los hallazgos observados se concluye que:

1. La tendencia de la calidad de cuidado que brindan las enfermeras tanto en la dimensión técnica, interpersonal y del entorno es de regular a óptimo; y dentro del cuidado deficiente el mayor porcentaje (22%) se observa en la dimensión interpersonal.
2. En cuanto a la relación entre calidad del cuidado y nivel de respuesta del paciente con ACV Isquémico tenemos que, los pacientes que reciben un cuidado óptimo su nivel de respuesta es de regular a alto; en cambio los pacientes que reciben un cuidado deficiente su nivel de respuesta es de regular a bajo, validándose la hipótesis planteada.

5.2 Recomendaciones

1. El Departamento de Enfermería debe concientizar continuamente a su personal sobre los estándares para mejorar la calidad del cuidado al usuario, realizar la supervisión y monitoreo estricto sobre el Programa familiar acompañante, elaborar programas dirigidas a fortalecer la interacción enfermera - paciente, con el fin de contribuir en la calidad del cuidado.
2. Que las enfermeras tomen conciencia y apliquen a plenitud el “Rol Cuidador”, no dejándose ensombrecer por las contingencias que se pudieran presentar; que apliquen el Proceso de Atención de Enfermería en cada paciente, a fin de brindar cuidados de calidad. Que no olviden que el objetivo de nuestra profesión se consigue por medio del establecimiento

de una relación de persona a persona, por ello no solo basta saber de empatía, calidad, eficacia, eficiencia y calidez; si no que hay que cultivarla día a día. Y que apliquen los valores éticos y espirituales sobre la enfermedad y el sufrimiento en pro de brindar ayuda al paciente y a su familia.

- 3.** El Departamento de Capacitación y Docencia del Hospital Base de la Red Asistencial Guillermo Almenara Irigoyen, debe apoyar o financiar proyectos de investigación relacionados al tema; a fin de cultivar el espíritu de investigación, y que redunde en beneficio de la profesión y por ende en los pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ADAMS, H.
1998 *et.al.Managemet of Stroke: A practical guide for the prevention, evaluation and treatment of acute stroke*
Professional Communications Nc. USA, First edition (p.11)

BAILY RAFFENNSPERGER, Ellen
1989 *Consultor de Enfermería clínica*
Ed. Grupo Oceano , ed. 1a
Madrid – España

BETANCUR M.,Sigifredo
1990 *Fundamentos de Medicina - Neurología*
Ed. Corporación para investigaciones biológicas, ed. 3ra
Colombia

BRUNNER y SUDDARTH
2000 *Tratado de Enfermería Médico Quirúrgico*
Ed. Mc Graw– Hill Interamericana, ed. 9a
México

CHIU, D.
2000 *Secretos de la Neurología*
Ed. Mc Graw– Hill Interamericana, ed. 2a
México

DICCIONARIO LEXUS DE LA SALUD
1996 Ed. Mosby – Doyma Libros S:A, ed. 2a
España

DONABEDIAN, Avedis
1991 *La Calidad de l Atención Médica*
Ed. Científica La Prensa Mexicana S.A
México

ENCICLOPEDIA PRACTICA DE ENFERMERIA
1986 Ed. Planeta S.A, ed.1a
España

ESPINO MUÑOZ, Susana
2000 *El cuidado de la Salud y el significado para Enfermería*
Conferencia presentada en el colegio de Enfermeros del Perú
Lima (p. 6)

FRANCOISE, M.

- 1999 *Encontrar los sentidos de los cuidados de enfermería*
Revista Rol de Enfermeros
España (p.27)
- GALLEGO, J.
2000 *et. al. La enfermedad cerebrovascular en el año 2000*
San Navarra, vol.23, supl. 3
- HARRISON y FAUCI
1998 *Principios de Medicina Internal*
Ed. Mc Graw- Hill Interamericana, ed. 14a
México
- HALL, Lidia
1969 *El modelo de introspección, cuidados, curación*
Modelos y Teorías en Enfermería
Ed. Mosby, ed. 4ta
España (p. 134)
- IYER, Patricia W.
1997 *Proceso y Diagnósticos de Enfermería*
Ed. Mc Graw – Hill Interamericana, ed. 3ra
Mexico
- KLUSEK HAMILTON, Helen y BOWEN ROSE, Minnie
1985 *Enfermedades Neurológicas*
Ed. Científica S.A de C.V, ed. 1a
México
- KATS y otros
1993 *¿Qué es Calidad de la atención?*
Network en español, Boletín trimestral publicado por Family Health
International, Volumen 8, Nº 4
- LONG, Bárbara C.
1998 *Enfermería Médico Quirúrgico: Un enfoque del Proceso de*
Enfermería
Ed. Harcourt Brace, ed. 3ra
Madrid
- LOPEZ, C.
1998 *et.al. Morbilidad de los accidentes cerebrales*
Revista de Neurología, Nº 27 (p.78)
- MARTIN TUCKER, Susan y CANOBBIO, Mary M.
2003 *Normas de Cuidados del paciente*
Ed. Océano – Harcourt, ed. 6ta, Tomo II
España
- MARRINER TOMEY, Ann y RAILE ALLIGOOD, Martha

- 1999 *Modelos y Teorías en Enfermería*
Ed. Mosby, ed. 4a
España
- NAJERA, Rosa
1994 *La calidad en la formación de Enfermería*
IV Conferencia Latinoamericana de Escuelas y facultades de
Enfermería
La Paz - Bolivia
- NIGHTINGALE, Florence
1874 *La enfermería moderna*
Modelos y Teorías en Enfermería
Ed. Mosby, ed. 4ta
España (p. 73)
- ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
1994 *La atención de los Ancianos: un desafío para los años noventa*
Publicación científica No 546
Washington
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE SALUD
1985 *World Health Organization – The principles of quality assurance,
report on a who meeting.*
Washington (p.26)
- ORGANIZACION MUNDIAL DE SALUD
1996 *Manual de Gerencia de la Calidad*
Fundación Kellog – Washington (p.67)
- PASOS NOGUEIRA, Roberto.
1997 *Perspectivas de la Gestión de Calidad Total en los Servicios de Salud*
Serie PALTEX para ejecutores de programas de salud – OPS
- POLETTI, Rosette
1980 *Teorías de Enfermería*
Ed. Rol S:A, ed.1a
España
- POLAINO, Lorente y otros
1998 *Dimensiones del Cuidado*
Universidad Nacional de Colombia – Facultad de Enfermería –
Unibiblos, ed. 3a
- SEGAL, A.
2001 *Lesiones cerebrales agudas*
En Hurttor, W: Cuidados intensivos del Massachussets General
Hospital, 3ra ed. (p.49)

TRAVELBEE, Joyce
1971 *Modelo de relación de persona a persona*
Modelos y Teorías en Enfermería
Ed. Mosby, ed. 4ta
España (p. 365)

WIEDENBACH, Ernestine
1984 *El arte de la ayuda de la Enfermería clínica*
Modelos y Teorías en Enfermería
Ed. Mosby, ed. 4ta
España (p. 87,88,91)

<http://www.es/aranazjesum> "La calidad en los servicios clínicos"

<http://www.infomed.sld.cu/revistas/enf> "Calidad en Enfermería"

<http://www.ne.udea.edu.co/revistas/enf> "Calidad de atención de Enfermería"

<http://www.zonamedica.com>

[http://www.medilegis.com/Banco Conocimiento](http://www.medilegis.com/Banco_Conocimiento) "Estudio control de HTA, clave para prevención de ACV"

<http://www.redenfermería-américa-latina.org> "Boletín de Real"

<http://www.nipe.enfermundi.com> "Patrones funcionales de Marjory Gordon"

<http://www.colegiodeenfermeras.com> "Cuidado de Enfermería: su sentido para enfermeras y pacientes"

<http://www.um.es/eglobal>

<http://www.tuotromédico.com> "Accidente cerebro vascular"

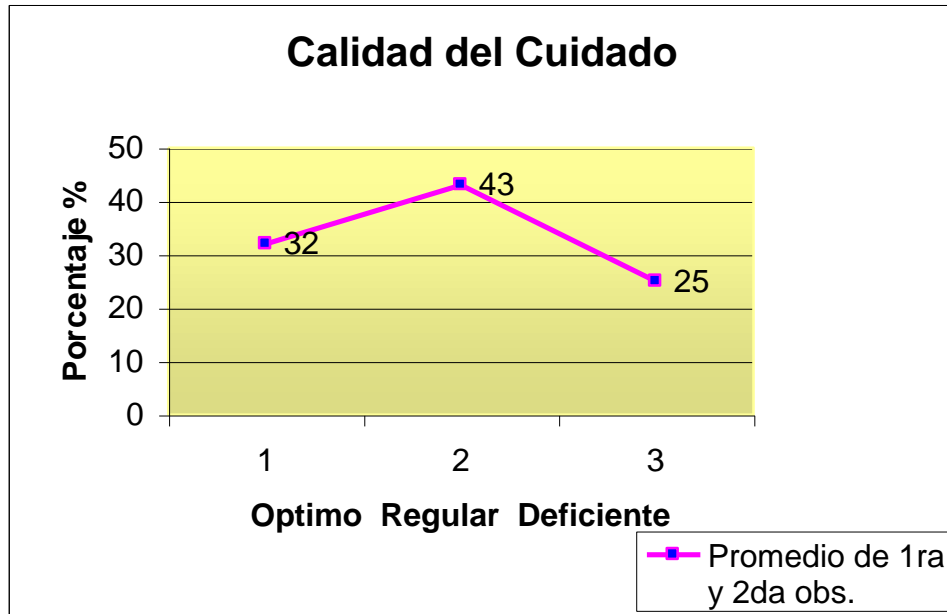
<http://www.geocities.com> "Manejo agudo de la enfermedad cerebro vascular en la sala de urgencias"

<http://www.correofarmaceutico.com/documentos> "Ictus"

ANEXOS

ANEXO A

CALIDAD DEL CUIDADO QUE BRINDA LA ENFERMERA AL PACIENTE CON ACV ISQUEMICO EN LOS SERVICIOS DE NEUROLOGÍA Y EMERGENCIA



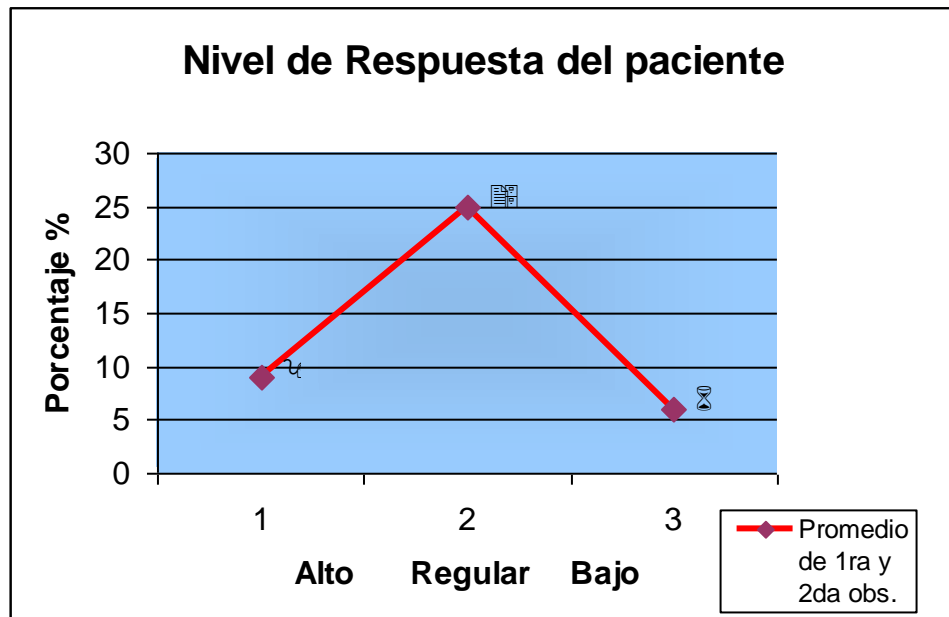
Fuente: Lista de cotejo aplicado por el investigador.
Hospital Base de la Red Asistencial Guillermo Almenara Irigoyen
Setiembre – Diciembre 2005

Kendall's = 0.931** P ≤ 0.01

R – Pearson = 0.361* P ≤ 0.05

ANEXO B

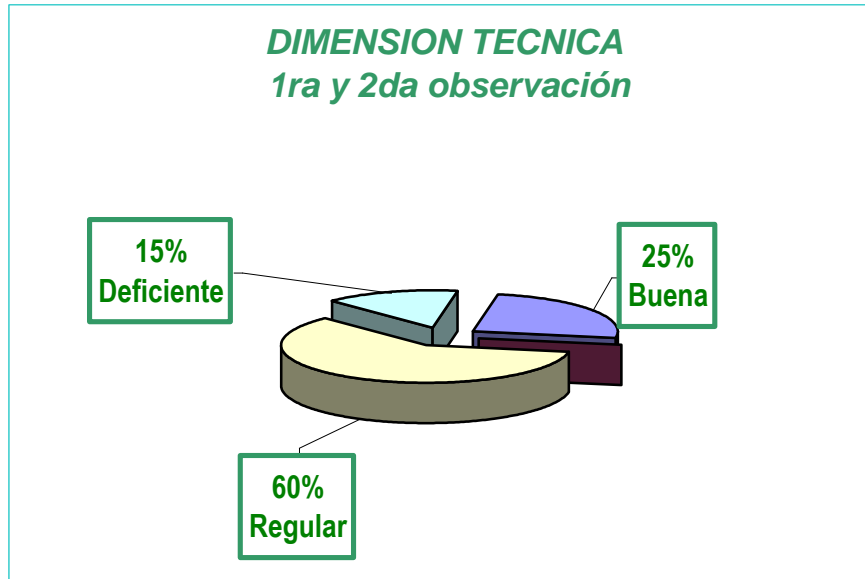
**NIVEL DE RESPUESTA DEL PACIENTE CON ACV ISQUEMICO EN LOS
SERVICIOS DE NEUROLOGIA Y EMERGENCIA**



Fuente: Lista de verificación aplicado por el investigador.
Hospital Base de la Red Asistencial Guillermo Almenara Irigoyen
Setiembre – Diciembre 2005

ANEXO C

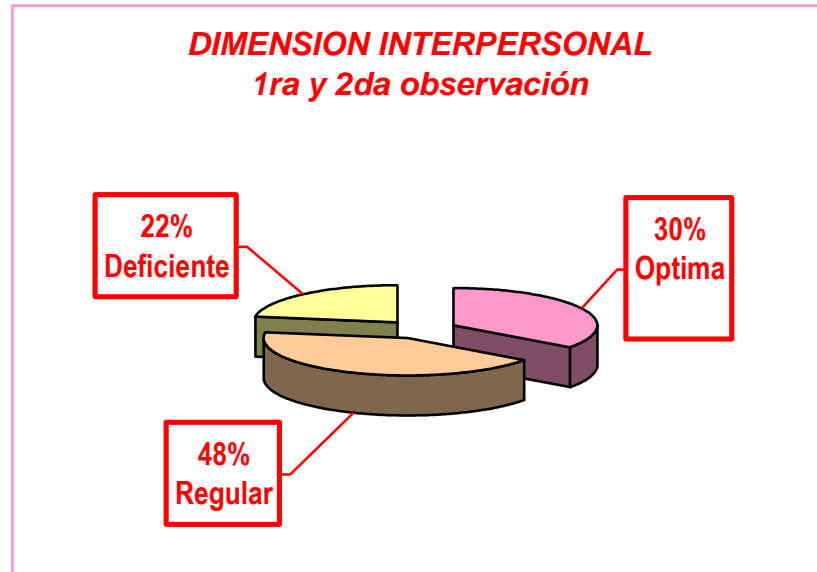
**CALIDAD DEL CUIDADO QUE BRINDA LA ENFERMERA AL PACIENTE
CON ACV ISQUEMICO, EN LA DIMENSION TÉCNICA
SERVICIO DE NEUROLOGÍA Y EMERGENCIA**



Fuente: Lista de Cotejo aplicado por el investigador.
Hospital Base de la Red Asistencial Guillermo Almenara I.
Setiembre – Diciembre 2005

ANEXO D

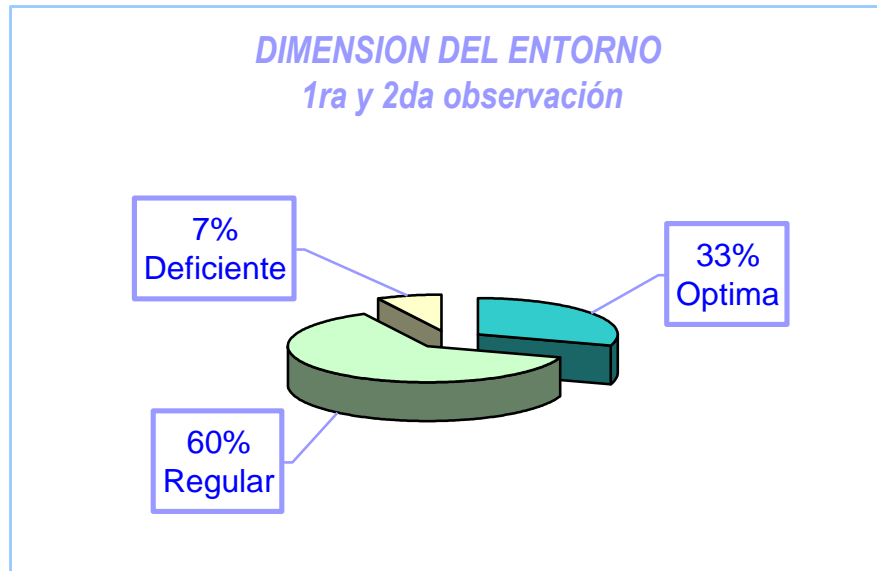
**CALIDAD DEL CUIDADO QUE BRINDA LA ENFERMERA AL PACIENTE
CON ACV ISQUEMICO, EN LA DIMENSION INTERPERSONAL
SERVICIO DE NEUROLOGÍA Y EMERGENCIA**



Fuente: Lista de cotejo aplicado por el investigador.
Hospital Base de la Red Asistencial Guillermo Almenara I.
Setiembre – Diciembre 2005

ANEXO E

**CALIDAD DEL CUIDADO QUE BRINDA LA ENFERMERA AL PACIENTE
CON ACV ISQUEMICO, EN LA DIMENSION DEL ENTORNO
SERVICIO DE NEUROLOGÍA Y EMERGENCIA**



Fuente: Lista de cotejo aplicado por el investigador.
Hospital Base de la Red Asistencial Guillermo Almenara I.
Setiembre – Diciembre 2005

ANEXO F

LISTA DE COTEJO

Objetivo: Observar la calidad del cuidado que brinda la enfermera.

Unidad : Neurología Emergencia

Enfermera: Tiempo de experiencia:

Nivel de capacitación: Doctorado
 Maestría
 Especialización
 Licenciado

Nº de observaciones Fecha Enfermera	1ra			2da		
	SI	NO	N.E	SI	NO	N.E
Descriptores a observar A) Dimensión técnica: 1. Controla y registra cada 3 horas la: <ul style="list-style-type: none"> ▪ P.A ▪ T° ▪ FC ▪ FR y SaO² 2. Evalúa el estado de conciencia, según la Escala de Glasgow y lo registra. 3. Valora y vigila el estado nutricional del paciente: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Peso ▪ Color de la piel 4. Informa inmediatamente los cambios observados en el paciente que indiquen deterioro neurológico. 5. Administra O ² humidificado según necesidad del paciente. 6. Realiza nebulización en casos indicados por un lapso de 15 minutos. 7. Luego de la nebulización realiza vibroterapia por un lapso de 5 minutos. 8. Aspira secreciones orofaríngeas y traqueobronquiales según necesidad del paciente. 9. Hiperoxigena durante un minuto con O ² al 100% antes y después de la aspiración. 10. Utiliza < de 15 segundos en cada aspiración 11. Administra cuidados cutáneos cada 3 horas: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cambio de posición ▪ Humectación de la piel con masajes suaves 						

<p>12. Mantiene la alineación corporal: utilizando almohadas, colchón neumático y otros aditamentos de soporte.</p> <p>13. Revisa la permeabilidad de los catéteres venosos periféricos.</p> <p>14. Realiza cambio de catéter empleando todas las medidas de asepsia según necesidad y protocolo del servicio.</p> <p>15. Administra los medicamentos prescritos a la hora indicada.</p> <p>16. Verifica la conservación de la SNG y realiza el cambio cada 7 días o según necesidad.</p> <p>17. Administra y/o supervisa que la alimentación sea dada teniendo en cuenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ El tipo y volumen de la dieta ▪ Posición del paciente. <p>18. Valora la deglución del paciente e inicia tolerancia oral.</p> <p>19. Realiza el Balance Hídrico Estricto.</p> <p>20. Vigila el óptimo cuidado de la sonda foley:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mantenimiento del circuito cerrado y manipuleo adecuado. ▪ Fijación de la sonda ▪ Higiene esmerada de la zona genital <p>21. Vigila a diario la eliminación:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Intestinal, características y cantidad, luego las registra. ▪ Urinaria, características y cantidad. <p>22. Realiza reeducación vesical tan pronto como sea posible, de acuerdo con el protocolo establecido u orden médica.</p> <p>23. Brinda vestido y abrigo de acuerdo a la necesidad del paciente.</p> <p>24. Coloca vendas elásticas en los miembros inferiores durante el día y las retira de noche</p> <p>25. Cuando sea posible explica al paciente con términos claros y sencillos cada procedimiento a realizar.</p> <p>26. Utiliza sujeción mecánica en el paciente inquieto o confuso.</p> <p>27. Mantiene elevados los barandales de la cama del paciente y si carece de ellos emplea otras técnicas.</p> <p>28. Promueve la privacidad y respeto a la intimidad del paciente.</p> <p>29. Promueve la ayuda espiritual para el paciente (lo pone en contacto con sacerdote, rabino, pastor, etc).</p> <p>30. Realiza las anotaciones de enfermería en cada turno.</p>						
---	--	--	--	--	--	--

<p>31. Reporta el progreso y dificultades del paciente en cada cambio de turno.</p> <p>B) Dimensión Interpersonal:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Muestra respeto por el paciente: lo saluda y lo llama por su nombre, así el paciente esté inconsciente. 2. Trata con amabilidad al paciente. 3. Formula preguntas que evalúen su capacidad para repetir palabras, interpretar, seguir indicaciones y expresar sentimientos. 4. Escucha detenidamente al paciente, aún siendo ininteligible su comunicación. 5. Valora las respuestas gesticulares que pueda realizar el paciente. 6. Si es necesario proporciona medios alternativos de comunicación: lápiz y papel 7. Orienta e informa al paciente con términos claros y sencillos sobre tiempo, lugar y persona en casos necesarios. 8. Anima constantemente al paciente a participar al máximo en su autocuidado a través de ordenes simples y/o complejas. 9. Brinda un trato cordial a la familia del paciente. 10. Brinda información confidencial del estado del paciente a familiares más cercanos. 11. Brinda educación a los familiares sobre su participación en la satisfacción de necesidades básicas del paciente. <p>C) Dimensión del Entorno:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mantiene un entorno tranquilo y seguro proporcionando: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Luz adecuada, preferentemente tenue ▪ Ausencia o minimización del ruido ▪ Orden y limpieza en la unidad del paciente 2. Valora la necesidad de visitas familiares. 						
---	--	--	--	--	--	--

ANEXO G

LISTA DE VERIFICACIÓN

Objetivo: Verificar el nivel de respuesta alcanzado por el paciente con accidente cerebro vascular isquémico luego del cuidado brindado por la enfermera.

Unidad: Neurología Emergencia

Edad: Sexo: M - F Procedencia: Ocupación:

Fecha de ingreso al hospital:

Escala de Coma de Glasgow:

- Al ingreso:
- A las 6 horas:
- A las 12 horas:
- A las 24 horas:

Alteraciones que presenta el paciente:

Aspectos considerados	Nº de observaciones		1ra		2da	
	Fecha					
			SI	NO	SI	NO
<p>A) Patrón Perceptivo-Cognitivo:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Funciones vitales estables o cerca de límites normales. 2. Escala de Glasgow en mejoría con el parámetro inicial. 3. Mejoría en la capacidad para identificar a las personas, lugar y tiempo. 4. Capacidad para obedecer ordenes simples. 5. Capacidad para obedecer ordenes complejas. <p>B) Patrón de Percepción y Control de la salud:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ausencia o control de infecciones nosocomiales como ITU. 2. Neumonía intra hospitalaria 3. Ausencia de episodios de bronco aspiración. 4. Ausencia de flebitis. 5. Ausencia de caídas. 6. Ausencia de Estasis venoso en miembros inferiores (edema, llenado capilar > 2 segundos, extremidades frías). <p>C) Patrón Nutricional Metabólico:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Piel y mucosas integra e hidratadas. 2. Tolerancia a la ingesta de alimentos y líquidos. 						

<p>3. Ausencia o bajo índice de procesos infecciosos en la piel.</p> <p>4. El paciente permanece hidratado sin signos de congestión pulmonar (disnea, ansiedad, imposibilidad para dormir, cianosis)</p> <p>D) Patrón de Actividad y Ejercicio:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Parámetro de SaO² dentro de valores normales (95 a 100%) 2. Ausencia de manchas de presión o úlceras por presión. 3. Ausencia de contracturas, posiciones inadecuadas y anquilosis. 4. Capacidad para afrontar las actividades de la vida diaria: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Abrigarse o vestirse solo ▪ Realizarse su higiene ▪ Alimentarse solo ▪ Desplazarse al baño y/o lugares cercanos <p>E) Patrón de Eliminación:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diuresis conservada. 2. Función intestinal regulada. <p>F) Patrón de Relaciones - Rol:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mejoría en la interpretación y expresión de sus pensamientos de acorde a la realidad. 2. Capacidad para comunicarse e interactuar con: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sus familiares ▪ Personal de salud y ▪ Compañeros de habitación 3. Conservación de los sistemas de apoyo familiar. <p>G) Patrón de Autopercepción – Autoconcepto:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Buen autoconcepto y percepción de sí mismo. 2. Estado emocional estable. 3. Tiene seguridad en su persona y buen autoestima. 4. Contrarresta adecuadamente cualquier trastorno de su imagen corporal (secuelas motoras). 5. Afronta positivamente sus preocupaciones laborales, económicas y hogareñas. 				
--	--	--	--	--

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE DE ESTUDIO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LA VARIABLE	DIMENSIONES SUB DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION	CRITERIOS PARA ASIGNAR VALOR	VALOR FINAL DE LA VARIABLE
CALIDAD DEL CUIDADO QUE BRINDA LA ENFERMERA	Proceso dinámico de asistencia integral que brinda la enfermera de acuerdo a un planeamiento determinado, teniendo en cuenta la etapa del ciclo vital en que se encuentra el individuo, sus necesidades y problemas afectados por la enfermedad; con énfasis en los aspectos técnicos, interpersonales y ambientales, que en conjunto dan un resultado en el bienestar y desempeño del paciente en las actividades de su vida diaria.	1. Técnica: ➤ Oportunidad	<ul style="list-style-type: none"> - Acude al llamado del paciente o a cambios observados. - Valoración permanente de las funciones vitales y otras constantes: P.A, T°, FC, FR, SaO², AGA, Balance hídrico. - Valoración del estado de conciencia: Escala de Glasgow, pupilas. 	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Si el 80% de los indicadores son favorables en la observación realizada. • Si los indicadores favorables se encuentran entre el 50 y el 79% 	<ul style="list-style-type: none"> • Calidad buena • Calidad regular
		➤ Eficacia	<ul style="list-style-type: none"> - Aplica medidas para resolver los problemas del paciente: ansiedad, dolor, confusión, etc. - Aplica medidas para prevenir úlceras por presión. - Aplica medidas para prevenir contracturas 	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Si los indicadores de calidad se encuentran por debajo del 50% 	<ul style="list-style-type: none"> • Calidad baja

	<p>Definición operacional de la variable</p>		<p>y deformidades.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aplica medidas para prevenir Neumonía nosocomial. - Mantiene las vías aéreas permeables. 	Ordinal		
	<p>El conjunto de características que poseen la atención que brinda la enfermera al paciente durante su estancia en la unidad de neurología, será medida a partir de una Lista de cotejo, en escala ordinal según valores asignados.</p>	<p>➤ Seguridad</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Colocación de barandales. - Monitoreo permanente en la habitación del paciente - Sujeción mecánica - Ausencia de lesiones por caídas, quemaduras, flebitis u otros - Paciente vestido y abrigado de acuerdo a la estación 			
	<p>➤ Continuidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Prevee reportes completos sobre el tratamiento farmacológico. - Cumple el tratamiento farmacológico indicado y lo registra. - Aplicación de protocolos de 	Ordinal			

			<p>cuidados específicos: con unidad de criterios</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reporte del progreso y dificultades del paciente 			
		➤ Integralidad	<ul style="list-style-type: none"> - Privacidad y respeto a la intimidad - Confidencialidad del estado del paciente - Resguardo de los bienes personales del paciente - Interés por la tranquilidad espiritual del paciente. 	Ordinal		
		2. Interpersonal:				
		➤ Orientación	<ul style="list-style-type: none"> - Saludo de la enfermera - Paciente informado en términos claros y sencillos reiterativamente sobre tiempo, lugar y persona. 	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Si el 80% de los indicadores son favorables en la observación realizada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Calidad buena
		➤ Trato	<ul style="list-style-type: none"> - Amable pero firme - Respetuoso - Cordial con la familia 	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Si los indicadores favorables 	<ul style="list-style-type: none"> • Calidad regular

		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Información – Educación 	<ul style="list-style-type: none"> - Informe sobre el estado de salud del paciente - Educación sobre bioseguridad - Educación a los familiares sobre ayuda en la satisfacción de necesidades básicas 	Ordinal	<p>se encuentran entre el 50 y el 79%</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si los indicadores de calidad se encuentran por debajo del 50%. 	<ul style="list-style-type: none"> • Calidad baja
		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Actitud empática 	<ul style="list-style-type: none"> - Cercanía al paciente - Facilita el ingreso y compañía de la familia - Escucha detenidamente al paciente (aún siendo ininteligible) - Escucha y orienta a la familia 	Ordinal		
		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ayuda específica 	<ul style="list-style-type: none"> - Contacto con asistente social - Interrelaciona al familiar con personal de medicina física - Pone en contacto con miembros de su religión u otros grupos de apoyo. 	Ordinal		

		➤ Comunicación progresiva	- Dialogo progresivo según la respuesta del paciente	Ordinal		
		3. Entorno	- Luces tenues - Control del ruido - Monitoreo de ingresantes - Presencia de personal indispensable.	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Puntaje de 80% • Puntaje entre 50 y 79% • Puntaje por debajo del 50% 	<ul style="list-style-type: none"> • Calidad buena • Calidad regular • Calidad baja

VARIABLE DE ESTUDIO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LA VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION	CRITERIOS PARA ASIGNAR VALOR	VALOR FINAL DE LA VARIABLE
NIVEL DE RESPUESTA DEL PACIENTE SEGÚN LOS PATRONES FUNCIONALES DE SALUD MAS AFECTADOS	Conjunto de manifestaciones físicas, emocionales y conductuales que evidencia el paciente en los diversos patrones funcionales de salud como resultado de la intervención de la enfermera, principalmente en lo que concierne a su estabilidad hemodinámica, su capacidad para desarrollar total o parcialmente las actividades de la vida diaria y la ausencia de complicaciones.	1. Patrón Perceptivo - Cognitivo	<ul style="list-style-type: none"> - Funciones vitales estables o cerca de límites normales. - Estado de conciencia según la Escala de Glasgow en mejoría. - Capacidad para identificar a las personas, lugares y tiempo. - Ausencia de dolor u otro malestar físico. - Ausencia o control de infecciones nosocomiales: ITU, Neumonía. - Ausencia de caídas. 	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Si el 80% de los indicadores son favorables en la observación realizada. • Si los indicadores favorables se encuentran entre el 50 y 79% • Si los indicadores de nivel de respuesta se encuentran por debajo del 50% 	Nivel de respuesta adecuado
		2. Patrón Nutricional – Metabólico	<ul style="list-style-type: none"> - Piel y mucosas integras e hidratadas - Apetito conservado o tolerancia a la ingesta. - Ausencia de manchas de presión o úlceras por presión. - Bajo índice de signos infecciosos en la piel. - El paciente 	Ordinal		Nivel de respuesta regular

Definición operacional de la variable					
<p>Conjunto de capacidades y signos evidentes en el paciente que varían desde su ingreso como resultado de la intervención de enfermería. Será medida en una ficha ad hoc según los parámetros convencionales de constantes vitales y los indicadores operacionalizados, en escala ordinal y según los valores previamente definidos.</p>		<p>permanece hidratado sin signos de congestión pulmonar.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mantenimiento del peso, color de la piel y temperatura adecuada. 			
	<p>3. Patrón de Actividad – Ejercicio</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Saturación de oxígeno normal. - Ausencia de episodios de aspiración. - Capacidad para vestirse. - Capacidad para realizar su higiene - Capacidad para alimentarse - Capacidad para desplazarse al baño y/o lugares cercanos - Ausencia de contracturas y deformidades. 	<p>Ordinal</p>		
	<p>4. Patrón de Eliminación</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Diuresis conservada. - Ausencia de alteraciones urinarias (oliguria, anuria, disuria) 	<p>Ordinal</p>		

			<ul style="list-style-type: none"> - Función intestinal conservada. - Ausencia de fecalomas. 			
		5. Patrón de Relaciones – Rol	<ul style="list-style-type: none"> - Capacidad para comunicarse e interactuar con otros (familia, personal de salud y compañeros de habitación). - Conservación de los sistemas de apoyo familiar. - Buena dinámica familiar. - Pensamientos de acorde a la realidad. 	Ordinal		
		6. Patrón de Auto percepción y Auto concepto	<ul style="list-style-type: none"> - Autoconcepto y percepción de sí mismo - Estado emocional estable - Seguridad personal y buen autoestima. - Conserva su identidad personal. 	Ordinal		

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Después de revisado el instrumento, es valiosa su opinión acerca de lo siguiente:

1. ¿Qué porcentaje estima Ud. que con este instrumento se logrará el objetivo propuesto?
Menos de 50–60–70–80–90– 100%
() () () () () ()

2. ¿Qué porcentaje considera Ud. que este instrumento contiene los conceptos propios del tema que se investiga?
Menos de 50–60–70–80–90– 100%
() () () () () ()

3. ¿Qué porcentaje estima Ud. que la cantidad de ítems que se utiliza son suficientes para tener una visión clara y comprensiva del tema en estudio?
Menos de 50–60–70–80–90– 100%
() () () () () ()

4. ¿Qué porcentaje valora Ud. que si se aplicaría este instrumento a muestras similares se obtendrán datos similares?
Menos de 50–60–70–80–90– 100%
() () () () () ()

5. ¿Qué porcentaje estima Ud. que los ítems propuestos permiten una respuesta objetiva de parte de los informantes?
Menos de 50–60–70–80–90– 100%
() () () () () ()

Sugerencias:

1.- ¿ Qué ítems considera usted deberían agregarse?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

2.- ¿ Qué ítems considera usted podrían eliminarse?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

3.- ¿Qué ítems cree usted deberían reformularse o precisarse mejor?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Fecha: _____

Validado por: _____

Firma