



UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI

VICERECTORADO DE INVESTIGACIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA: EMERGENCIAS Y

DESASTRES

TRABAJO ACADÉMICO

“ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR”

PRESENTADO POR:

LIC. CINDY MASSIEL APARICIO CAUSSO

ASESOR:

DRA. CARMEN TERESA CRUZ CARBAJAL

PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN

ENFERMERÍA: EMERGENCIAS Y DESASTRES

MOQUEGUA – PERÚ

2017

ÍNDICE DE CONTENIDO

Dedicatoria	ii
Agradecimientos	iii
Índice de contenido	iv
Resumen.....	vi
CAPÍTULO I PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN	1
1.1. Descripción del Problema	1
1.2. Justificación.....	2
1.3. Marco Teórico.....	3
1.3.1. Antecedentes	3
1.3.2. Bases Teóricas	5
CAPÍTULO II CASO CLÍNICO	22
2.1. Objetivos	22
2.1.1 Objetivo General	22
2.1.2. Objetivos Específicos	22
2.2. Caso Clínico	22
2.2.1. Identificación.....	23
2.2.2. Antecedentes Familiares y Personales:	23
2.2.3. Motivo de Hospitalización	24
2.2.4. Exploración Física:.....	24
2.2.5. Diagnóstico:.....	25
2.2.6. Exámenes auxiliares:	26
2.2.7. Tratamiento Farmacológico:	26

2.2.8. Epicrisis:.....	26
2.3. Discusión.....	27
2.4. Conclusiones	28
2.5. Recomendaciones.....	29
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	30

RESUMEN

El accidente cerebro vascular (ACV) es una patología que daña al cerebro en su vasculatura, puede ser isquémico, al obstruirse una arteria ocasionando la ausencia de circulación sanguínea a un lugar específico del cerebro, o hemorrágico al romperse una arteria, produciendo pérdida de la función focal o la muerte. Hay situaciones que predisponen a sufrir esta enfermedad y su aparición está relacionada a circunstancias de peligro modificables como la presión arterial elevada, diabetes, consumo de tabaco, alcoholismo, obesidad, sedentarismo y dislipidemia. Además, está relacionada a factores inmodificables como la edad, sexo, raza, enfermedades cardiovasculares, herencia. Siendo motivo de deceso frecuente en el orbe, ocasionando la más alta mortandad en personas de más de 85 años, representa el principal motivo de incapacidad mundialmente. En Perú también es causa frecuente de atención de emergencias, según la información revisada, motivo por el cual es de gran interés, investigar esta patología. Realizando la descripción del caso clínico, a través de un diseño epidemiológico analítico; consideramos la existencia de factores predisponentes de importancia como edad mayor de 70 años, la presencia de presión arterial alta, el inicio súbito de la sintomatología a través de los signos premonitores de ACV y el paso a complicaciones más severas, mediante un primer plan de acción se realizó el manejo y terapéutica en la UCI, de acuerdo a estándares determinados en protocolos de atención del MINSa, se evitó la mortalidad por esta causa, siendo referido a un establecimiento de mayor complejidad, con resultado favorable.

Palabras Clave: Accidente, cerebro vascular, isquémico

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. Descripción del Problema

Un Accidente cerebrovascular ocurre por la oclusión de alguna arteria cerebral (Isquémico) o por romperse un vaso sanguíneo encefálico (Hemorrágico).(1) El cuadro clínico varía conforme la ubicación específica del deterioro arterial, con características fisiopatológicas específicas.(2) Causa el 10 a 12% de muertes en naciones desarrolladas, en el mundo es motivo principal de fallecimiento y es además el primer motivo de minusvalía. Un 88% de eventos se da en personas después de los 65 años. (3) Pocas investigaciones en el País han estudiado el Accidente Cerebro Vascular (ACV). Sin embargo, es un problema clínico cada vez más frecuente. Produce el 19.7% de muerte hospitalaria y un año posterior al 1º acontecimiento, la mortalidad añadida del 20%. Aproximadamente un 90% de sucesos se vinculan a causas de peligro controlables: Hipertensión arterial, uso de tabaco, obesidad, estrés, sedentarismo, dislipidemias y no modificables como la edad avanzada y antecedentes patológicos familiares.(4) Un escaso reconocimiento de las causas de la enfermedad y la gravedad de la sintomatología por parte del paciente y sus acompañantes,

contribuyen a aumentar la severidad de las complicaciones de esta patología.(5) Genera alto impacto a nivel social, institucional y familiar por su alta mortalidad y consecuencias discapacitantes para el paciente, es de gran relevancia hacer el diagnóstico clínico adecuado con el propósito de realizar el tratamiento indispensable.(2)

1.2. Justificación

El Accidente Cerebro Vascular (ACV), ocasiona frecuente mortalidad e invalidez en el mundo, se estima que el importe global de la enfermedad, la invalidez y la muerte temprana debido a un accidente cerebrovascular se eleve al doble en todo el mundo para el año 2030.(6) Es alarmante el grave daño en la condición de sobrevivencia de quienes presentan esta enfermedad, pues la invalidez moderada lo lleva a ser económicamente inactivo, además necesitará cuidado permanente. Por lo que la enfermera especialista cumple una labor fundamental e importante junto con el equipo de salud especializado en el tratamiento y recuperación del enfermo que padece un accidente cerebro vascular. Es importante identificar aquellas condiciones que constituyen un riesgo para la aparición de este evento y que pueden ser controlables y se puede intervenir según lo estandarizado por el MINSA, como control de la hipertensión, diabetes, tabaco, falta de actividad física, sobrepeso y la ingesta de grasas saturadas que junto al incremento de la edad de las personas constituyen una causa de peligro para desencadenar una emergencia

cerebrovascular, por lo que este trabajo de investigación basado en el análisis de un caso clínico, aportará al reconocimiento de las situaciones de riesgo de cada paciente donde se pueda actuar y dar una atención adecuada de acuerdo a modelos internacionales y sugerencias fundadas en la máxima certeza utilizable, que ayuden con la recuperación del paciente.

1.3. Marco Teórico

1.3.1. Antecedentes

Internacionales

Berenguer, L y Pérez, A. En Santiago de Cuba el año 2016, desarrollaron: Análisis y observación de eventos y controles en enfermos del Policlínico Docente “Carlos Montalbán” de Palma Soria, Santiago de Cuba. El objetivo, identificar las causas de peligro de ACV, de enero de 2014 a diciembre de 2015. Seleccionaron dos categorías: 90 integrantes (casos) y 180 (controles). Según muestreo aleatorio simple, la información se obtuvo de la Historia Clínica, 95 % de confiabilidad. Resultados: Se identificó a la edad avanzada, hipertensión arterial, obesidad, sedentarismo, tabaquismo y dislipidemia. Conclusión: El agente de peligro principal fue la hipertensión y el uso del tabaco.(7)

Pérez et al. En Villa Clara, Cuba el año 2018. Realizaron un estudio en el Policlínico Docente “Marta Abreu” Ciudad de Santa Clara, de enero de 2015 a julio de 2017. Estudio descriptivo, transversal.

Fueron 191 pacientes hospitalizados por enfermedad cerebrovascular y la muestra incorporó a 152, en su elección se empleó el muestreo aleatorio simple y se siguieron principios de incorporación y eliminación. Resultados: Varones de 60-69 años, (48, 31,6%), presentaron infarto cerebral (78, 51,3%) y con antecedentes individuales de presión arterial elevada (119, 78,3%). Conclusiones: Los ACV se dieron con mayor repetición en personas varones de más de 65 años, consumidores de tabaco, con antecedentes familiares de patología cerebrovascular y personales de presión arterial incrementada.(6)

Nacionales

Castañeda et al. En Lima, Perú el año 2011, realizaron: Análisis de las particularidades de los exámenes de enfermos con ACV, como valoración y cusa de internamiento en el Hospital Nacional Cayetano Heredia los años 2000 - 2009. Resultados: 2225 inspecciones de enfermos de más de 18 años, con ACV. Valoración de ACV Isquémico, 554 ACV hemorrágico, 183 hemorragia subaracnoidea, 49 Isquémico hemorrágico, 10 crisis isquémica transitorias y en 358 sin indicar. Se inspeccionaron 352 fallecimientos (19,6 %), gran parte en los primeros 3 días. La razón hombre/mujer fue 1,09; la edad promedio $64,1 \pm 17,2$ años. Los factores de riesgo más reiterados fueron presión arterial elevada, fibrilación auricular y diabetes

mellitus tipo 2. La mortandad detallada es la más elevada anunciada en nuestro medio.(8)

Castilla C. En Lima Perú el año 2016, realizo: Incidencia de Accidente Cerebrovascular en pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena, Ayacucho. Método: Cuantitativo y retrospectivo, descriptivo. Población: 226 enfermos internados. Resultados: 13% (30) se internaron por ACV y el 87% valoración diferente. Conclusiones: Se evidencia una proporción importante de enfermos internados por ACV.(9)

1.3.2. Bases Teóricas

Accidente Cerebro Vascular (ACV)

Alteración neurológica de una zona del cerebro (o a veces general) de inicio repentino, que permanece más de 24 horas (u ocasiona deceso), de inicio vascular. Explicación clínica de cuatro características: Defecto neurológico, inicio repentino, mayor de 24 horas o produce el fallecimiento y de inicio vascular vascular.(10)

Clasificación

El ACV isquémico, lo ocasiona el bloqueo u oclusión en la vasculatura cerebral, es un infarto de un lugar del cerebro producido por un trombo que se forma en una arteria cerebral o por un émbolo

formado en algún sitio del cuerpo que viaja en la corriente sanguínea hasta alojarse en una arteria del cerebro. Del 80% de los casos del ACV isquémico: 40-50% son por oclusión de los grandes vasos, 25 % por infartos lacunares, 5% por embolia, 5% por disturbios sanguíneos, 5% por Oclusión no – ateromatosa.(11) Es el más habitual, llegando al 85% del total de los casos de accidente cerebrovascular.(12)

Accidente cerebrovascular trombótico. Sucede al formarse un coágulo sanguíneo (trombo) en una de las arterias que provee sangre al cerebro. Éste se forma por acumulación de grasa (placa) que se almacena en las arterias y produce una disminución de la circulación sanguínea (aterosclerosis) o diversas alteraciones de las arterias.(13)

Accidente cerebrovascular embólico. Ocurre si un coágulo sanguíneo, llamado embolo, se forma distante del cerebro, con muchas veces en el corazón, y se desplaza por la circulación sanguínea llegando a instalarse en arterias del cerebro más reducidas.
(13)

El ACV hemorrágico

Es ocasionado por el rompimiento de un vaso sanguíneo en el cerebro. El ACV hemorrágicos representa 15% de los casos de ACV.(11) Son ocasionadas por diferentes patologías que repercuten en los vasos sanguíneos, como hipertensión sin tratamiento, uso

exagerado de anticoagulantes, aneurismas, malformación arteriovenosa.(13)

Hemorragia intracerebral. Rompimiento de un vaso sanguíneo en el cerebro, con eliminación sanguínea que deteriora los tejidos cerebrales. La hipertensión, contusión, deformaciones en los vasos sanguíneos, empleo de medicamentos anticoagulantes y otras patologías que predisponen a este evento. **Hemorragia subaracnoidea.** Ruptura de 1 arteria localizada encima de la parte superficial del cerebro, luego se disemina sangre en el sitio entre el área del cerebro y el cráneo. Frecuentemente ocasiona dolor de cabeza fuerte y súbito. Lo ocasiona la rotura de un aneurisma cerebral. Luego del evento suele ocurrir, vasoespasmo, lo que daña las células cerebrales al disminuir más la circulación sanguínea.(13)

Etiología

El ACV Isquémico, ocurre por la disminución y falta de irrigación sanguínea del cerebro, debido a obstrucciones que impiden el flujo sanguíneo.(11) En pacientes menores de 45 años es usual la existencia de una cardiopatía embolígena o una afección inflamatoria u otro origen, en personas con más de 45 años la principal causa es la aterosclerótica.(2) La hipertensión arterial y dislipidemia ocasionan generalmente el ACV isquémico trombótico.(14)

El ACV hemorrágico, Está relacionado a enfermedad hipertensiva 40 - 60%, Angiopatía amiloide 15 - 25%; Malformación arterial venosa 10-15%; Drogas 1 - 2%; Diátesis hemorrágicas < 1%. Alteración sanguínea en que haya más dificultad de producir la coagulación normal (hemofilia, disminución de plaquetas, algunas enfermedades reumáticas, etc.). La malformación congénita de un vaso como un aneurisma cerebral, por ejemplo: también ocasiona la hemorragia subaracnoidea.(11)

Epidemiología

Datos procedentes de la OMS, refieren que las afecciones cerebrovasculares perjudican en el mundo a 15 millones de individuos al año, de ellos 1/3 fallecen y otro 1/3 de ellos permanecen con invalidez continua. El ACV es el 2do motivo de deceso y la 1ra de invalidez en la población mayor.(15)

Se estima una prevalencia universal de 500 y 700x100 000 habitantes; más de la mitad subsisten con diferentes grados de invalidez.(6)

En el país la prevalencia del accidente cerebrovascular es de 6,8 % en el área urbana y 2,7% en el área rural en los sujetos mayores de 65 años, y es responsable del 28,6% y 13,7%, respectivamente, de los motivos de fallecimiento. El MINSA anunció un aumento en las defunciones por ACV, esto explica su importancia. Las dificultades con la atención de inicio del ACV se deben a una falta de un apropiado diagnóstico, pues 17 a 25% de ACV en mayores de 65 años, oriundos de áreas urbanas y rurales del país, falta detectarlos. De las personas que llegan al hospital, un 23 a 30% llegan dentro de las tres primeras horas, perdiendo, muchos enfermos, la oportunidad de tratamiento adecuado.(4)

Incidencia

Del 100% (226) de enfermos que se internaron en la UCI del nosocomio regional de Ayacucho en el año 2015, el 13% (30)

presentaron valoración de ACV y el 87% (196) diferente evaluación.

(9)

. En los Estados Unidos la incidencia anual es de 500 000 y existen de 50 a 100 muertes por 100 000 habitantes al año.(6)

En países subdesarrollados, en las postreras 4 décadas, la incidencia del ACV se elevado en 100%.(4)

Mortalidad

En el mundo, se observa que las personas con un 1er suceso de ACV presentan una mortandad de 11,1% y de 8,5% al 1er mes de seguimiento. El 63% de los accidentes isquémicos y el 80% de los accidentes cerebrovasculares hemorrágicos suceden en países de economías medianas y bajas. Nuestro país, calcula un 15% del total de decesos tempranos son producidos por el ACV. En el periodo 2011, Castañeda et al. hallaron una mortalidad de 19,6% en 2 225 enfermos con enfermedad cerebro vascular internados en el periodo 2000-2009 en un nosocomio público de Lima, 2 años luego, Hernández-Vásquez et al. Informaron sobre 6 444 decesos por ECV (67 decesos por 100 000 habitantes), de ellos el 51,3% corresponden a varones de edad promedio 72,3 años.(5)

Los ACV se presentaron como tercer motivo de deceso, posteriores a las afecciones cardiacas y los tumores malignos en 2000, 2014 y 2015 con 8 143, 9 324 y 9 276, respectivamente. Tercera causa de deceso para ambos sexos, con mayor frecuencia, en enfermos con

más de 54 años; incrementándose después de los 80 años por causa oclusiva.(6)

Factores de Riesgo

Su reconocimiento posibilita implementar normas de dirección en las personas que aún no han padecido el evento (prevención primaria), y a quienes padecieron, disminuir las secuelas (prevención secundaria). Se agrupan en no modificables, (edad y sexo), y modificables, (hipertensión, lípidos en sangre, fibrinógeno, sobrepeso y obesidad, cardiopatías y diabetes, tabaquismo, alcoholismo, empleo de anticoncepción oral).(11)

Edad

El de mayor predominancia, los casos nuevos de ACV aumenta al doble cada 10 años luego de los 55 años.(16)

Sexo

30% más habitual en el varón. Tendencia genética, de menor importancia, pero evidente. (16)

Raza

La patología obstructiva extracraneal se registra más en la raza blanca y lesiones localizadas en la carótida supraclinoidea y en la arteria cerebral media en la etnia negra.(16)

Hipertensión arterial

Facilita el crecimiento de placas de ateroma en arterias y la formación de arteriosclerosis y tortuosidad de minúsculas arterias cerebrales (< de 400 μm). Alrededor del 50% de ACV se vinculan a hipertensión arterial. Se estima que ocasiona el 70-90% de los eventos de ACV lagunar, en el 40-50% de los aterotrombóticos y en menos proporción de inicio cardioembólico.(17)

La OMS evaluó que, en el mundo, 1 de cada 3 personas mayores tienen hipertensión arterial (valor de PA sistólica mayor o igual a 140 y diastólica mayor o igual a 90), esta alteración ocasiona alrededor de la mitad del total de defunciones por accidente cerebrovascular.(18)

Consumo de tabaco

Fumar incrementa el peligro por diferentes vías. Los componentes nocivos que están en el cigarrillo lesionan los vasos sanguíneos, ocasionando congestión y disfunción endotelial. Además, en las personas que se exponen al humo de tabaco se incrementa el peligro de desarrollar trombosis, siendo los efectos del humo ajeno en la vasculatura cerebral tan graves como los del hábito de fumar, y proceden a través de los mismos mecanismos biológicos, esto es, inflamación, vasoconstricción y una formación de coágulos, entre otros. Si bien los efectos cerebrovasculares del tabaco sin humo son menos conocidos, este contiene más de 2000 compuestos químicos,

incluida la nicotina, y puede ser causa de accidente cerebrovascular al provocar un aumento agudo de la presión arterial y contribuir a la hipertensión crónica.(1)

Consumo excesivo de alcohol

Eleva el riesgo de accidente cerebro vascular, al disminuir la agregabilidad plaquetaria, disminución de la concentración plasmática de fibrinógeno, llevar a hipertensión arterial, hipercoagulabilidad, disminución del flujo sanguíneo cerebral, etc.(19)

Diabetes

Los pacientes con diabetes tienen un riesgo entre dos y tres veces mayor de sufrir un accidente cerebrovascular, este es causa de un 20% de muertes en diabéticos, debido a que se incrementa la susceptibilidad a la arterioesclerosis, incremento de la agregación y adhesión plaquetaria, incremento de los niveles de fibrinógeno, disfunción endotelial entre otros.(20)

Obesidad

Vinculada a la manifestación precoz de alteraciones arterioscleróticas en la pared de los vasos extra craneanos y facilitar la elevación de la presión arterial e intolerancia a la glucosa.(16)

Sedentarismo

La falta de actividad física evidenció poseer un correlato afirmativo con el aumento creciente de la pared arterial.(16)

En la medida que se relaciona al sobrepeso y obesidad, el exceso de grasa o tejido adiposo corporal representa un riesgo para esta patología, mientras que la actividad física tiene un efecto protector frente a las enfermedades cerebrovasculares. Para lo cual se recomienda 30 minutos de actividad aeróbica al día, mínimo cinco veces por semana. (19)

Ingesta excesiva de sal

La OMS sugiere un consumo de 5gs al día como máximo, la disminución de 3 gr de sal en la alimentación de las personas reduciría aproximadamente 6000 decesos y unos 60.000 casos de accidente cerebrovascular (ACV) cada año.(18)

Hormonoterapia

El estrógeno ha evidenciado tener una acción vasoconstrictora en el músculo liso vascular y facilita el progreso a un nivel protrombótico. También el uso de drogas influye como peligro para esta patología.(16)

Fisiopatología

Depende de la etiología.

La obstrucción de una arteria cerebral ocasiona una serie de alteraciones funcionales que desarrollan la isquemia, que, mantenida

en el tiempo, hace un sector centrado de muerte neuronal (necrosis o infarto) y un sector que lo rodea (zona de penumbra). Esta última será restituida si se logra la revascularización del tejido expuesto a la falta de circulación.(21)

Mayormente los ACV isquémico son ocasionados por placas arterioescleróticas que aparecen en una o más de las arterias que riegan el encéfalo. Estas son capaces de activar el mecanismo de la coagulación sanguínea, produciendo un coágulo y se cierre la circulación sanguínea en la arteria, llevando a perder las funciones cerebrales en un sector determinado. Alrededor de la 4ta parte de los sujetos que padecen un ACV, la hipertensión arterial hace que se rompa uno de los vasos sanguíneos; en seguida ocasiona una hemorragia, que oprime el tejido cerebral del sitio cambiando su funcionamiento. Las consecuencias neurológicas de un ACV serán definidas por la zona dañada del encéfalo. Es habitual el bloqueo de la arteria cerebral media que irriga el fragmento intermedio de un hemisferio cerebral, si este vaso se bloquea en el lado izquierdo del cerebro, probablemente el sujeto sufra una demencia casi total al no trabajar el área del entendimiento del lenguaje de Wernicke en el hemisferio cerebral izquierdo, además se vuelve incapacitado para estructurar el habla al perder el área motora de Broca encargada de su formación. También, la falta de actividad en las zonas nerviosas de control motor ubicadas en el hemisferio izquierdo permite que se produzca una parálisis espástica de la mayoría de los músculos en el

lado contrario del cuerpo. De manera similar, la obstrucción de la arteria cerebral posterior provocará un infarto del polo occipital del hemisferio en la zona correspondiente, ocasionando privación de la visión de ambos ojos en la mitad de la retina del mismo lado que la lesión del ACV.(22)

En el ACV, el principio del deterioro neuronal está en la insuficiente elaboración de energía por la falta de circulación sanguínea. Desde su entendimiento fisiopatológico, es originado por la falta de oxígeno en el tejido cerebral, el cual provoca una modificación en la función y estructura de la red de las células de la unidad neurovascular y la matriz extracelular. Para solucionar esta lesión, esta red impulsa y conduce el procedimiento de restauración del tejido neurovascular. (23)

Diagnóstico

Examen físico y anamnesis: Comienzo de sintomatología.

Evaluar signos vitales: Frecuencia respiratoria, PA, función cardíaca (ECG) y SaO₂ (pulsioxímetro).

Examen de laboratorio.

Evaluación neurológica minuciosa: Verificar los indicios del deterioro local (o extenso en caso de hemorragia subaracnoidea) de comienzo súbito y de posible origen vascular.

Imágenes. Tomografía computarizada cerebral o alternativamente una resonancia magnética, también diagnóstico vascular

(ultrasonido, angio-TC, angio-RM). (20) Estos exámenes distinguen el ACV adjunto a hemorragia intracerebral del ACV isquémico, y posibilitan descubrir de forma apropiada otras alteraciones que podrían aparentar la clínica del ACV (hematoma subdural, tumor cerebral). Además de un Doppler de troncos supra aórticos, un Doppler transcraneal y/o una ecocardiografía.(24)

Signos de Alarma:

Clínicamente se observan perturbaciones de las funciones motoras, sensitivas, mental, perceptiva, del lenguaje, aunque el cuadro neurológico de estas alteraciones puede variar bastante en relación con la localización y extensión de la lesión. (11)

- Vértigo e inestabilidad, vómitos explosivos.
- Entumecimiento o debilidad súbitos de los músculos del rostro, extremidades superior o inferior, en especial, hacia una mitad del cuerpo.
- Estado de desorientación repentino, torpeza para expresarse o entender a los demás.
- Pérdida de visión súbita.
- Torpeza súbita para deambular, vértigos, falta de estabilidad o coordinación.
- Dolencia de cabeza potente y repentino sin origen evidente.(1)

Diagnóstico Diferencial

Considerar los elementos de peligro vascular, medicamentos, circunstancias que propicien dificultades hemorrágicas y la existencia de enfermedades que aparentan un ACV, como: Epilepsia, hipoglucemia, tumores etc. exceso de drogas, uso de anticonceptivos orales, infección, traumatismo o migraña podrían sugerir sospechas de diagnóstico, fundamentalmente en personas jóvenes.(25) Cáncer, hematoma subdural, absceso, encefalitis, meningitis, esclerosis múltiple, síncope, embolias sépticas, migrañas, lesiones estructurales.(16) Especialmente las patologías que producen manifestación neurológica, como diferentes traumatismos, encefalopatía. (24)

Manejo, Tratamiento y Complicaciones

El manejo de urgencia del ACV, depende al tipo de enfermedad isquémico, el más común por obstrucción arterial o el ACV hemorrágico, que produce sangrado cerebral.(13)

Manejo fundado en pautas de buena práctica clínica (BPC).

Monitorizar la condición neurológica, FC, PA y saturación de oxígeno. La administración de oxígeno es útil si la saturación es menor del 92%. Conservar un estado óptimo de líquidos y reparar las alteraciones hidroelectrolíticas en enfermos con ACVI. Emplear suero salino normal (0,9%) para hidratación en el transcurso de las primeras 24 horas del ACVI. No se recomienda la disminución de la presión arterial durante el ACVI. Controlar la glucemia. Manejar

valores de glucemia > 180 mg/dl con insulina (Clase II, nivel de evidencia B). subsanar la hipoglucemia (< 50 mg/dl) con dextrosa intravenosa o la infusión de glucosa al 10-20%. Bajar la temperatura > 37,5 °C con paracetamol o con medios físicos. Indagar estados de infección en caso de inicio de fiebre. Suministrar heparina en cantidad profiláctica para prevenir la trombosis venosa profunda y la tromboembolia de pulmón. No se indica de rutina la profilaxis anticonvulsiva. Únicamente se dará a enfermos con historia de convulsiones. Actualmente se indica un examen estricto de la glucemia en la etapa grave procurando sostener una condición de euglucemia, obviando suministrar sueros glucosados, dar asistencia con insulina si la glucemia es más de 180 mg/dl. La hidratación será con solución salina normal para un balance neutro. El empleo de soluciones hipotónicas (como la dextrosa o el Ringer lactato) podrían ocasionar edema cerebral e hiponatremia. Hacer un examen regular de la temperatura corporal y dar antitérmicos si la temperatura axilar > 37,5 °C se necesita descartar una complicación infecciosa, como la respiratoria por broncoaspiración o la infección de vías urinarias.(25)

-Tratamiento trombolítico

- Tratamiento antiagregante

- Anticoagulación precoz

- Neuro protección

- Dispositivos de recanalización intraarteriales

- Cirugía descompresiva

Complicaciones

El efecto de un ACV será según la zona del cerebro lesionada y de la cuantía de tejidos afectados. Un ACV logra provocar invalidez transitoria o persistente, depende del tiempo que el cerebro se encuentre privado de riego sanguíneo y del área afectada.(13)

Parálisis o pérdida del movimiento muscular. Entumecimiento, deterioro de algunos músculos, como los de un lado del rostro o de un brazo.

Complicaciones para hablar o tragar. Puede alterar el funcionamiento de los músculos de la boca y garganta.

Pérdida de memoria o impedimento de razonamiento. Impedimento para hacer valoraciones, entender e interpretar conceptos.

Impedimentos emocionales. Alteración para dirigir sus emociones, o bien pueden manifestar depresión.

Dolor. Esta complicación mayormente se evidencia mucho tiempo después de un ACV y se alivia con el tiempo. Pero, debido a que es ocasionado por una dificultad en el cerebro, en lugar de una lesión física, hay escasa terapéutica.(13)

La complicación más alarmante durante un ACV isquémico es la hemorragia intracerebral sintomática (HICS), cuando existe presión

alta no vigilada en el empleo de fibrinolíticos o tratamiento anticoagulante con heparinas.(26)

La incapacidad producida es mayor que las defunciones ocurridas por esta enfermedad, desde el punto de vista de la economía y salud de la persona, hay necesidades por atender a nivel individual, social, laboral y de la familia que presta su apoyo.(23)

Un 63% de pacientes con ACVI presentan hipoxemia. Oclusión de la vía respiratoria o deficiente control de las secreciones respiratorias. La hiperglucemia en la fase crítica del ACVI es signo de una diabetes mellitus previa, generalmente desconocida. La hiperglucemia > 120 mg/ dl en estos enfermos es un indicador de deterioro sin considerar la edad, la gravedad y el subtipo de hecho y esta consecuencia dañina es superior en los enfermos no diabéticos.(25)Convulsiones, arritmias, infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca congestiva, neumonía por aspiración, embolismo pulmonar y septicemia, renales.(16)

CAPÍTULO II

CASO CLÍNICO

2.1. Objetivos

2.1.1 Objetivo General

Conocer las complicaciones generadas del Accidente Cerebro Vascular, en el Hospital Regional de Huacho 2017.

2.1.2. Objetivos Específicos

- Identificar los factores de riesgo de la enfermedad cerebrovascular.
- Identificar los factores de riesgo del Accidente Cerebro Vascular Isquémico.

,2.2. Caso Clínico

“Accidente Cerebro Vascular, en el Hospital Regional de Huacho, 2016”

Historia Clínica

2.2.1. Identificación

Apellidos y nombres: NN.

Edad: 73 años.

Religión: católica.

Lugar de nacimiento: Huacho.

Lugar de procedencia: Huacho.

Distrito actual: AA. HH Los Pinos Mz H Lote.15.

Ocupación: Ama de casa.

Grado de instrucción: Técnica Superior.

Viene acompañada: Si.

2.2.2. Antecedentes Familiares y Personales:

No indica.

Antecedentes Personales:

Hipertensión Arterial hace 6 años

1) Datos Generales

Peso: 80 Km

Talla: 1.75 cm

IMC= 26.12

Fecha que acude al hospital: 27-05-2016

Hora: 6:00 am

2) Exámenes de laboratorio

Hemoglobina: 12.8 mg/dl

Glucosa: 100 mg/dl

Creatinina: 1.0 mg/dl

Urea: 25 mg/dl

Valores de agua: PH= 7.48, PCO₂= 40.8 mmHg PO₂= 7.39 mmHg

HCO₃= 27.4 mEq/ml, Saturación= 93%, Na 144 mm/l, Cl 95mm/l.

Balance hídrico positivo 110cc en 3 horas.

3) **Atención**

Paciente de 73 años ingreso por cefalea intensa con antecedentes de hipertensión arterial refiere ingerir Captopril, aspirina.

2.2.3. Motivo de Hospitalización

El día 27-05-2016, a las 6:00 am. paciente ingresa al Servicio de Emergencia del Hospital Regional de Huacho, procedente del mismo sitio, refiere pertenecer al programa de Hipertensión niega consumo de licor, cigarrillos, desconoce de una alimentación saludable, no consume con frecuencia verduras ni frutas, carne 1 vez a la semana últimos días disminuyo el apetito refiere estar al cuidado de su hijo.

2.2.4. Exploración Física:

Funciones Vitales:

FC: 120 x'.

T°: 36,7 °C.

FR: 22 x'.

PA: 235/20 mmHg.

Peso: 80 Kg.

PAM 158.3

Saturación 93%

Llenado capilar > 2segundos

Otoscopia: Paciente orientada, lucida con escala Glasgow 9 puntos

Con dialogo fluido, inmovilizada de lado derecho.

Cabeza: Normal.

Cuello: Normal.

Linfático: No adenopatías.

Respiratorio: ACP se escucha crepitantes presenta tos productiva.

Cardiovascular: RC rítmicos, buena intensidad, no soplos.

Miembros inferiores: Edemas

Al utilizar la Apreciación de Norton se evidencia 14 puntos (estado físico 4 puntos, incontinencia 1 puntos, actividad 1, movilidad 4 puntos, estado mental 4 puntos).

Escala de peligro de caídas (J.H. Downton es mayor de 2 puntos por trastorno visual).

Caminata insegura con apoyo.

2.2.5. Diagnóstico:

1. Accidente Cerebro Vascular Isquémico.
2. Hipertensión arterial
3. Sobrepeso

Plan de Trabajo:

- NPO
- Monitoreo estricto.

- Controles vitales.

2.2.6. Exámenes auxiliares:

Plaquetas: 62 000.

Hemoglobina: 11,2 gr/dl.

TGO: 398

TGP: 275

Rh + "O"

2.2.7. Tratamiento Farmacológico:

CINa 9% 1 000 ml. XXV gotas por minuto

Manitol 20% 250 cc cada 4 horas

Captopril 50 mg. Vo cada 8 horas.

Nimodipino 30 mg + citicolina 100 mg vía oral cada 8 horas.

Acido acetil salicílico 100 mg vía oral con el almuerzo

Cabecera a 30°

Mantener saturación de oxígeno mayor o igual a 93%

Control de funciones vitales cada 4 horas.

Sonda Foley N° 16

Condiciones de alta:

2.2.8. Epicrisis:

Diagnóstico de contra referencia: paciente adulta mayor con Dx de

ACV isquémico.

Exámenes auxiliares realizados: Plaquetas: 62 000.

Hemoglobina: 11,2 gr/dl.

TGO: 398

TGP: 275

Rh + "O"

Paquete de EHE alterados.

Tratamiento Farmacológico:

CINa 9% 1 000 ml. XXV gotas por minuto

Manitol 20% 250 cc cada 4 horas

Captopril 50 mg. Vo cada 8 horas.

Nimodipino 30 mg + citicolina 100 mg vía oral cada 8 horas.

Ácido acetil salicílico 100 mg vía oral con el almuerzo

Cabecera a 30°

Mantener saturación de oxígeno mayor o igual a 93%

Control de funciones vitales cada 4 horas.

Sonda Foley N° 16

La paciente fue referida a un establecimiento de alta complejidad.

2.3. Discusión

En el presente trabajo académico encontramos:

Manifestaciones de daño de la función cerebral, la paciente presenta agentes de peligro, la edad > de 70 años, falta de participación en algún programa de hipertensión arterial, sobrepeso, sedentarismo, trastornos del sueño, peligro de inestabilidad de líquidos, daños en la eliminación urinaria, daño neurológico, laxitud de esfínteres, ausencia de sentido para miccionar, daño

neurológico, desgaste del movimiento físico, reducción de las actividades motoras, presenta dificultad para dormir, alteración en la comunicación oral, daños en la ventilación (SO₂ 93%), todos ellos factores de riesgo de un ACV. Al respecto los investigadores Berenguer y Pérez (7), mencionan la presencia de causas de peligro para los casos de ACV más frecuentes a la edad mayor de 70 años, presencia e hipertensión arterial, sedentarismo, obesidad, que coinciden con el presente trabajo académico.

También Pérez (6) encontró que el 51.3% de pacientes hospitalizados correspondían al diagnóstico de ACV y tenían como agentes de peligro a la presión arterial elevada un 78%, eran adultos mayores, con sobrepeso y obesidad, además del consumo de tabaco, teniendo similitud con el presente trabajo.

2.4. Conclusiones

- Las complicaciones generales del Accidente Cerebro Vascular pueden ocasionar discapacidad temporal o permanente, va a depender del tiempo que el cerebro deja de recibir flujo sanguíneo y de la parte afectada.
- Los factores de riesgo del Accidente Cerebro Vascular son edad mayor de 70 años, hipertensión arterial, sobrepeso, sedentarismo, trastornos del sueño,

2.5. Recomendaciones

- Al personal de salud deberá fomentar la actividad física en personas adultas y la participación en los programas preventivo-promocionales
- Concientizar a la población que debe evitar el sedentarismo, obesidad y consumo de tabaco.
- Controles médicos de rutina para prevenir complicaciones futuras.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. El tabaco y los accidentes cerebrovasculares [Internet]. 2016. Disponible en: <http://cort.as/-Rs15>
2. Mussenden O. Diagnóstico clínico de la enfermedad cerebrovascular extracraneal. *Rev Cuba Angiol Cir Vasc.* diciembre de 2014;15(2):109-20.
3. Esnaola M, Gregor L, Ferrante D. Protocolo de manejo inicial del accidente cerebro vascular (ACV) isquémico agudo. [Internet]. 2015. Disponible en: <http://cort.as/-RsmV>
4. Davalos LF, Málaga G. El accidente cerebrovascular en el Perú: una enfermedad prevalente olvidada y desatendida. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* abril de 2014;31(2):400-1.
5. Malaga G, De La Cruz, Busta P, Carbajal A, Santiago K. La enfermedad cerebrovascular en el Perú: estado actual y perspectivas de investigación clínica. 2018;35:4.
6. Perez L, Rodriguez L, Carbajal N, Jaime M, Ferrer V. Factores de riesgo asociados a la enfermedad cerebrovascular en pacientes del Policlínico “Marta Abreu”. 2018;12(2):8.
7. Berenguer L, Pérez A. Factores de riesgo de los accidentes cerebrovasculares durante un bienio. *MEDISAN.* mayo de 2016;20(5):621-9.
8. Castañeda A, Beltrán G, Ruiz P. Registro de pacientes con accidente cerebro vascular en un hospital público del Perú, 2000-2009. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* octubre de 2011;28(4):623-7.
9. Castilla C. Incidencia de accidente cerebrovascular en pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena Ayacucho, 2015 [Internet]. [Lima - Perú]: UNMSM Facultad de Medicina; 2016. Disponible en: <http://cort.as/-Rsn->
10. OMS. Estrategia paso a paso para la vigilancia cerebrovascular [Internet]. 2009. Disponible en: <http://cort.as/-Rsn7>
11. Alves A, Canudas J, Cuellar J, Roman O, Flores S, Jimenez W. Accidente Cerebro Vascular (ACV). *Univ Cienc Soc.* /;19.
12. IETSI/EsSalud. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la etapa aguda del ataque cerebrovascular isquémico. [Internet]. 2018. Disponible en: http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/GPC_Ataque_Cerebrovascular_vers_corta.pdf

13. Mayo Clinic. Accidente cerebrovascular - Diagnóstico y tratamiento [Internet]. [citado 1 de octubre de 2019]. Disponible en: <http://cort.as/-S8wM>
14. Posadas L. Factores de riesgo asociados a accidente cerebrovascular en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins, 2016 [Internet]. [Lima - Perú]: 15. Alonso M. Fisiopatología de la Isquemia Cerebral. :15.
15. Alonso M. Fisiopatología de la Isquemia Cerebral. En p. 15. Disponible en: <https://www.acnweb.org/guia/g8cap1.pdf>
16. Roquer J. Ictus y diabetes [Internet]. 2011. Disponible en: <https://www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/ponencias/v-reunion-diabetes/Dr.%20Roquer.pdf>
17. Rey R, Claverie C. Fisiopatología del accidente cerebrovascular en la hipertensión arterial. En p. 4. Disponible en: <http://cort.as/-RsnY>
- 18.- Bargiela C, Bargiela M. Accidente Cerebro Vascular [Internet]. Sociedad de Medicina Interna de Buenos Aires. [citado 1 de octubre de 2019]. Disponible en: https://www.smiba.org.ar/revista/vol_02/02_05.htm
- 19.. Venegas D. Situación de las enfermedades crónicas no transmisibles. MINSA. 2012;81.
20. Buergo M, Fernandez O. Guías de práctica clínica. Enfermedad cerebrovascular. 2009; Disponible en: 17. Roquer J. Ictus y diabetes [Internet]. 2011. Disponible en: <http://cort.as/-Rso1>
21. Roquer J. Ictus y diabetes [Internet]. 2011. Disponible en: <https://www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/ponencias/v-reunion-diabetes/Dr.%20Roquer.pdf>
22. Cárdenas R. Anatomía y fisiopatología de la enfermedad cerebrovascular a través de imágenes [Internet]. 2013. Disponible en: — <http://cort.as/-RsoD> —
23. Hall J. Guyton y Hall. Tratado de fisiología médica [Internet]. Decimo tercera edición. 2016. 2924 p. Disponible en: <http://cort.as/-FLnG>
- 24.- Powers W, Rabinstein A, Ackerson. Accidente cerebrovascular (ACV) [Internet]. Ependium. 2019 [citado 2 de octubre de 2019]. Disponible en: <https://empendium.com/manualmibe/social/chapter/B34.II.2.29>.
25. Atallah A, Alonso C, Americo S. Consenso de Diagnóstico y Tratamiento Agudo del Accidente Cerebrovascular Isquémico. Rev Argent Cardiol [Internet]. 1 de octubre de 2012 [citado 20 de septiembre de 2019];80(5). Disponible en: <http://cort.as/-Rsod>
26. Oberreuter G, Silva N, Caba S, Morales M, Nieto E, Guevara C. Accidente cerebrovascular isquémico en pacientes con trombo intracavitario: Rev Médica Chile. septiembre de 2014;142(9):1200-4.