



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
ENFERMERÍA

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA APLICADAS EN EL CUIDADO A
PACIENTES CON ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR ISQUÉMICO EN
LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA
NURSING INTERVENTIONS APPLIED IN THE CARE OF PATIENTS WITH
ISCHEMIC BRAIN ACCIDENT IN EMERGENCY SERVICES

TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS Y
DESASTRES

AUTORA

SILVIA RUTH MAMANI TURPO

ASESORA

PATRICIA SOLEDAD OBANDO CASTRO

LIMA - PERU

2024

ASESORA DEL TRABAJO ACADÉMICO

ASESORA

Mg. Patricia Soledad Obando Castro

Departamento Académico de Enfermería

ORCID: 0000-0002-5129-5609

DEDICATORIA

A mi familia por el apoyo incondicional en mis proyectos de superación. Su aliento y respaldo son fundamentales para enfrentar los desafíos y perseguir mis sueños con determinación.

AGRADECIMIENTO

A Dios quien ha forjado mi camino y me ha dirigido por el sendero correcto, el que en todo momento está conmigo ayudándome a aprender de mis errores y a no cometerlos otra vez. Así mismo, agradecer y mi asesora Mg. Patricia Obando Castro por guiarme en todo este proceso con sus sabios conocimientos.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

El trabajo titulado “Intervenciones de enfermería aplicadas en el cuidado a pacientes con Accidente cerebro vascular isquémico en los servicios de Emergencia” esta autofinanciada por la autora.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS

La autora declara no tener conflictos de intereses.

RESULTADO DEL INFORME DE SIMILITUD

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA APLICADAS EN EL CUIDADO A PACIENTES CON ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR ISQUÉMICO EN LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	docs.bvsalud.org Fuente de Internet	6%
2	repositorio.upch.edu.pe Fuente de Internet	2%
3	pesquisa.bvsalud.org Fuente de Internet	1%
4	Fernanda Menéndez-Manjarrez, Vanessa Cano-Nigenda, Enrique Castellanos-Pedroza, Diana Manrique-Otero et al. "Actuación de enfermería en el infarto cerebral agudo", Revista de Enfermería Neurológica, 2022 Publicación	1%
5	journals.sapienzaeditorial.com Fuente de Internet	1%
6	inba.info Fuente de Internet	1%
7	revistas.unbosque.edu.co Fuente de Internet	

TABLA DE CONTENIDO

I. INTRODUCCIÓN	1
Planteamiento del problema	1
Justificación.....	2
Marco teórico.....	3
Antecedentes.....	10
Pregunta de investigación.....	12
Objetivo general	13
Objetivos específicos.....	13
II. CUERPO.....	14
Metodología.....	14
Resultados.....	15
Análisis e interpretación	17
III. CONCLUSIONES	26
IV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	28
V. CUADRO, FIGURA Y TABLAS	34
VI. ANEXOS	40

RESUMEN

El accidente cerebrovascular isquémico (ACVi) conocido como infarto cerebral representa el 85%, causado por una obstrucción que detiene el flujo de sangre al cerebro, conlleva a la tercera causa de mortalidad y a la primera en discapacidad adquirida en el adulto mayor, la adecuada clasificación de prioridades nos podría permitir a mejorar el tiempo de respuesta y el éxito del tratamiento, la provisión de cuidados efectivos de enfermería en emergencia son esenciales durante todas las etapas de atención del ACVi. **Objetivo:** Describir las intervenciones de enfermería basadas en evidencia que garantizan un cuidado seguro a pacientes con ACV isquémico en los servicios de Emergencia. **Metodología:** Revisión bibliográfica en bases de datos: Medline, Bvs, Scielo, Science direct, Alicia, PubMed y Google académico. **Resultados:** Se destaca la importancia de las intervenciones realizadas por la enfermera de emergencias en los pacientes con ACVi. Se enfatiza en las intervenciones desarrolladas con el tratamiento trombolítico rt-PA, donde es de vital importancia considerar el tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas para tomar decisiones oportunas y maximizar los beneficios del tratamiento. **Conclusión:** El tiempo de respuesta ante un paciente con ACVi es crucial, mientras más rápido se actúe el paciente tiene más probabilidades de recuperación, para ello la enfermera de emergencias representa un pilar fundamental tanto en el tratamiento agudo como en los cuidados posteriores de pacientes con ACV isquémico. Valoran, intervienen y vigilan a los pacientes antes, durante y después de la trombólisis.

Palabras clave (DeCS): Accidente cerebrovascular, evaluación en enfermería, trombólisis terapéutica, examen neurológico.

ABSTRACT

Ischemic stroke (CVA) known as cerebral infarction represents 85%, caused by an obstruction that stops blood flow to the brain, leading to the third cause of mortality and the first cause of acquired disability in the elderly, the appropriate classification of priorities could allow us to improve response time and treatment success, the provision of effective emergency nursing care is essential during all stages of stroke care. **Objective:** Describe evidence-based nursing interventions that guarantee safe care for patients with ischemic stroke in Emergency services. **Methodology:** Bibliographic review in databases: Medline, Bvs, Scielo, Science direct, Alicia, PubMed and Google academic. **Results:** The importance of the interventions carried out by the emergency nurse in patients with stroke is highlighted. Emphasis is placed on the interventions developed with rt-PA thrombolytic treatment, where it is vitally important to consider the time elapsed since the onset of symptoms to make timely decisions and maximize the benefits of the treatment. **Conclusion:** The response time to a patient with stroke is crucial, the faster the patient acts, the more likely they are to recover. For this reason, the emergency nurse represents a fundamental pillar in both the acute treatment and subsequent care of patients with stroke. Ischemic stroke. They assess, intervene and monitor patients before, during and after thrombolysis.

Keywords (DeCS): Stroke, nursing evaluation, therapeutic thrombolysis, neurological examinatio.

I. INTRODUCCIÓN

El accidente cerebrovascular isquémico (ACVi) presenta a la tercera causa de mortalidad y a la primera en discapacidad adquirida en el adulto mayor. Cada año se evidencia el registro de 100.000 a 140.000 accidentes cerebrovasculares isquémicos: aproximadamente un 50% de pacientes quedan con una discapacidad, el 25% de ellos fallecen en los primeros meses y el 25% se recuperan sin secuelas.

(1) A nivel global, se comprueba que los pacientes con un primer evento agudo de ACV isquémico tienen una mortalidad de 11%. (2) La mitad de los eventos de accidente cerebrovascular son de moderada a grave y el sistema de salud tiene una capacidad limitada para brindar un tratamiento de rehabilitación temprana adecuada.(2)

En el Perú se evidencia un aumento de ACV isquémico, con una tasa estandarizada en mayores de 35 años de 35,2% en 2017 y de 46,3% en 2018 por 100.000 personas al año. (3)

Algunos factores que retrasan la atención inmediata de pacientes en fase aguda de accidente cerebrovascular isquémico asociados al tiempo transcurrido desde el ingreso a la emergencia hasta el bolo trombolítico, se le conoce como tiempo puerta aguja mayor a 60 minutos son: ACVi no reconocido por Triage (4) (la correcta clasificación de prioridades nos podría permitir mejorar el tiempo de respuesta y el éxito del tratamiento de los pacientes) (5); Diagnóstico dudoso de ACV; Posible contraindicación para rt-PA; Necesidad de intubación de la vía aérea; Dificultad en reducción de presión arterial del paciente (4) llegar al hospital fuera de la ventana terapéutica (quiere decir corre el riesgo que durante el uso de un fármaco, este cause un efecto toxico y un efecto ineficaz). (6) Los factores relacionados al ACV

isquémico tenemos: Los factores modificables (Hipertensión Arterial, dislipidemia, DM tipo2, tabaquismo y obesidad). (7) Por otro lado los factores no modificables que se identificaron durante la pandemia por SARSCoV-2 (edad 67 años, y sexo masculino). (8)

En este contexto la enfermera que labora en los servicios de emergencia tiene el rol principalmente en el cuidado de los pacientes con ACV isquémicos para su prevención de complicaciones. (9)

Durante el tiempo de pandemia por covid 19 los casos de accidente cerebro vascular en los adultos mayores se incrementaron debido a que esta enfermedad infecciosa se ha propagado en todo el mundo afectando a un número considerable de personas, por ende, fueron atendidos por telemedicina y muchos no se controlaron dejaron de tomar sus pastillas, por falta de conocimientos del familiar responsable, causando una sobre demanda de trabajo al personal sanitario en los servicios de emergencia.

El presente estudio se sustenta desde cuatro ámbitos para el aporte a la profesión en relación a la calidad del cuidado.

Valor teórico, son escasos los estudios realizados en el contexto situacional el cual genera nuevos conocimientos sobre los cuidados de accidente cerebrovascular al profesional enfermería para desarrollar, difundir, implantar y evaluar la guía de buenas prácticas (GBP) basados en la evidencia.

Aporte practico: mejorará y fortalecerá la práctica del profesional de enfermería con el fin de conseguir los mejores resultados, valiéndose de sus conocimientos, valores, actitudes y habilidades para satisfacer las expectativas del paciente y del sistema sanitario por ende será más visible en el campo de la emergencia.

Aporte metodológico, describirá las intervenciones de enfermería a pacientes con ACV isquémico según el conjunto de recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para el beneficio de los profesionales y usuarios en la toma de decisiones relacionadas con la salud: Detección de ictus, valoración neurológica, cognición/percepción/leguaje, complicaciones, planificación avanzada de los cuidados, dolor, actividades de vida diaria.

Relevancia social, el trabajo de investigación beneficiara al personal de enfermería, al analizar las actividades que realiza en el área de emergencia aplicadas a los cuidados de los pacientes con ACV isquémico, también aporta al fortalecimiento de los conocimientos y el desempeño profesional, a través de sus actividades puedan potenciar la calidad del servicio. Por otra parte, beneficia a los pacientes con ACV isquémico.

El accidente cerebrovascular se clasifica en dos tipos: el hemorrágico (ACVh) conocido como derrame cerebral ocurre cuando un vaso sanguíneo se rompe y sangra y el ACV isquémico (ACVi) conocido como infarto cerebral ocurre cuando hay una obstrucción total de un vaso sanguíneo, esta es la causa más recurrente en un 85% de todos los casos. (10)

En la fisiopatología del ACV isquémico el cerebro recibe sangre mediante las arterias carótida y vertebral a través de las estructuras tubulares como los vasos sanguíneos en el polígono de Willis que se ramifican en arterias pequeñas que suministran sangre oxigenada, glucosa y nutrientes necesarios para sus funciones optimas. Una arteria del cerebro que irriga con normalidad es afectada o bloqueada por completo y una de las causas podría ser por un coagulo de

sanguíneo que se forma en las arterias dañadas por acumulación de placas o trombos el cual se forma en las arterias del cerebro, la falta de irrigación sanguínea ocasiona la carencia de oxígeno, disfunción del organismo y hace que la arteria se vuelva isquémico, de igual manera la obstrucción puede deberse a un embolo que se forma un coagulo sanguíneo en otra parte del cuerpo y viaja hasta el cerebro.

(11) El flujo sanguíneo cerebral (FSC) normal es alrededor de 50 a 60 ml/100g por minuto de tejido cerebral, con un valor menor de 20-25 ml/min/100g el electroencefalograma se lentifica gradualmente, entre 18-20 ml/min/100g las descargas espontaneas neuronales desaparecen, entre 16-18 ml/min/100g las respuestas eléctricas celulares desaparecen el llamado umbral de fallo eléctrico, con un valor menor de 6-8 ml/min/100g se produce el fallo de la membrana y una masiva liberación de potasio llamado umbral de fallo de membrana. (12) La reperusión de la zona isquémica no siempre se asegura la recuperación neuro funcional al que es llamado umbral de fallo de membrana aumenta mientras pasa el tiempo, cuando la perfusión es $< 5\%$ de la normal durante > 5 min; va depender de la gravedad del daño si es leve el daño aparece lentamente; (11) por ende pueden pasar 3 a 6 horas antes de que muera completamente el tejido encefálico, cuando la isquemia grave persiste durante > 15 a 30 min, todo el tejido afectado muere ocasionando un infarto. (13)

Signos y síntomas que presentan los pacientes con ACV isquémico al llegar a la emergencia: Debilidad (perdida súbita de fuerza o entumecimiento repentina de la cara, brazo, pierna); disartria; problemas de la visión; dolor de cabeza (intenso, repentino e inusual); mareos (perdida de equilibrio). (14)

El proceso de diagnóstico en emergencia para los pacientes con sospecha de ACV

se realiza la exploración clínica general de todas las funciones neurológicas y pruebas complementarias para determinar las causas incluyen: Tomografía computarizada cerebral, para descartar si las arterias carótidas internas, están obstruidas o estrechas; (15) Electrocardiografía (ECG) para detectar arritmias; Ecocardiografía para la evaluación del corazón identificando coágulos de sangre, anomalías en el bombeo, y valvulopatías; Examen de sangre para descartar si hay trastornos de la coagulación sanguínea, anemia, policitemia y algunas infecciones sífilis (16) y los factores de riesgo como hiperlipidemia o diabetes. (17)

El tratamiento inmediato para el ACV es la trombólisis intravenosa que consiste en una terapéutica poco invasivo para destruir coágulos en sangre anormales en los vasos sanguíneos por ende ayuda a mejorar el flujo sanguíneo y prevenir daños en tejidos y órganos. (11) y el riesgo principal que debe enfrentar el paciente cuando es trombolizado es el sangrado extra cerebral a nivel retroperitoneal, genitourinario o gastrointestinal. Los más comunes que se presentan son gingivorragia, hemorragia de sitios de venopunción, hematuria, hemoptisis y equimosis. (18)

El medicamento ideal para la trombólisis es del alteplase o rt-PA (activador tisular de plasminógeno recombinante) el cual debe ser administrado dentro de las 4.5 horas del inicio de síntomas del ACV isquémico y dentro de los 60 minutos del ingreso del paciente al servicio de emergencia. (19)

La solución reconstituida alteplase (rt-PA) se mantiene estable dentro de las primeras 24 horas a una temperatura de 2 – 8°C, o durante 8 horas a temperatura ambiente que no exceda los 30°C, proteger de la exposición a la luz y no utilizar posterior a la fecha del vencimiento. (20)

La terapia trombolítica se calcula con la dosis total de rtPA intravenoso a 0,9 mg/kg (máximo 90 mg de dosis total). Aplicar el 10% de la dosis en bolo en 1 minuto y el resto en infusión continua en 1 h. (21)

El papel de la enfermera en emergencias, es el reconocimiento de los primeros síntomas del ACV que son la escala de Cincinnati (22) (desviación de la comisura labial, debilidad de extremidad superior y disartria). (5) (23) Haciendo mayor hincapié en sus intervenciones:

- Hacer una encuesta rápida al paciente depende del estado de salud en que se encuentre o al familiar (valorar al ingreso el grado de dependencia de los pacientes). (24)
- Control del peso al ingreso de la emergencia. (25) El activador tisular del plasminógeno sigue siendo el único tratamiento farmacológico para el accidente cerebrovascular isquémico agudo, el tratamiento se inicia obteniendo el peso ideal o ultimo conocido del paciente, ya que la dosis depende del peso corporal. (26)
- Colocar al paciente en posición cubito o grados aumenta la perfusión cerebral (27) o semi fowler cabecera 30 grados, es eficaz para disminuir la presión intracraneal. (28)
- Escala de Glasgow, valora de forma permanente el estado neurológico y el estado de alerta en pacientes que sufrieron accidentes o lesiones cerebrales traumáticas, encontrar cualquier cambio en: Nivel de conciencia, funciones motoras (fuerza, movimientos de pronación, equilibrio y coordinación), las pupilas, el habla, signos vitales, glucosa en sangre. (29)

- En la Evaluación neurológica se aplica la Escala de Infarto Cerebral del Instituto Nacional de Salud (NIHSS) es una herramienta que valora la gravedad del ACV isquémico, se puede aplicar al inicio o como también durante la evolución de la enfermedad; también valora los factores como la conciencia, ubicación temporal, lenguaje, fuerza de las extremidades, visión, sensibilidad. La escala conforma de 13 items, según gravedad de infarto, NIHSS ≤ 5 puntos son infartos menores, de 6 a 15 puntos moderados, de 16 a 20 puntos moderadamente graves y los graves > 20 puntos. (30)
- Medir el nivel de glucosa ya que nos permitirá descartar si es un problema metabólico (hipoglucemia), que causa síntomas similares. (14)
- Medición de signos vitales son clave en de los cuidados de enfermería después de un ACV isquémico para disminuir la mortalidad y la discapacidad en dichos pacientes, el personal de enfermería en todos los ámbitos de la intervención debe identificar la aparición súbita y de nuevos signos y síntomas del ACV isquémico como una emergencia para un tratamiento oportuna, si a la evaluación de enfermería se encuentra alguna alteración que perjudique la salud del paciente comunicar inmediatamente médico y registrar en hoja de enfermería. (14)
- Monitorizar y valorar al colocar pulsioxímetro de preferencia en dedo medio del brazo dominante ya que existen estudios de su alta eficacia y monitor cardiorrespiratorio; si hay alguna alteración que se esté manifestando en el paciente, avisar al médico. (31)

- Si la saturación de oxígeno es inferior al 95%, se administra oxígeno según la valoración a bajo flujo por cánula binasal y alto flujo por máscara Venturi. (32)
- Canalizar vía periférica con catéter venoso calibre Nro 18 o 20, no en miembro afectado del paciente. (33)
- Realizar electrocardiograma (ECG) para su valoración e identificar anomalías como infartos, bloqueos, arritmias. (34)
- Si el paciente está convulsionando la enfermera interviene para evitar lesiones, ya que el paciente en su estado pueda provocarse. Ejemplo: colocar en posición decúbito lateral y cuidar la cabeza para evitar broncoaspiración y cumplir con tratamiento médico para esta complicación. (35)
- Valorar el estado de capacidad del paciente con ACV isquémico para realizar las actividades de la vida diaria (AVD). En esta valoración es utilizado la herramienta del índice de Barthel. Han demostrado estudios de rehabilitación temprana a través de la movilización intensiva en las 24 horas después de un ACV isquémico. (36)
- Colocación sonda nasogástrica, según valoración si hay disfagia o alteración del nivel de conciencia.
- Colocación sonda foley, también es importante para evitar la formación del globo vesical además de poder realizar un mejor monitoreo del gasto cardíaco.
- Si hay cefalea o algún otro dolor, las enfermeras deben valorar y monitorizar la gravedad del dolor, el dolor después del ACV sigue siendo prevalente y los pacientes deben ser valorados utilizando herramientas validadas (la

escala numérica o la escala verbal analógica) a través de los cuidados continuos. Según la guía de la RNAO indica que el manejo del dolor está considerado nacional e internacionalmente como la quinta constante vital. (37)

El estudio identifica que el 23,9% de los pacientes perciben dolor en la primera semana después de un evento agudo del ACV isquémico y el 53,3% de los pacientes informaron del dolor como una complicación que presenta durante los 3 primeros meses. El tratamiento adecuado para el manejo del dolor se da con estrategias farmacológicas y no farmacológicas (empatía con el paciente para entender sus experiencias personales para el manejo del dolor que ayuda a reducir el estrés).

- Gestionar los exámenes auxiliares y complementarios. (31)
- Alistar al paciente para la realización de sus pruebas diagnósticas, educación psicológica al paciente (si su estado lo permite) y al familiar sobre el procedimiento a realizar. (38)
- Prevenir los riesgos del paciente e identificar la presencia de alguno de las complicaciones del ACV isquémico tenemos: al riesgo de caídas (fracturas, pérdida de la movilidad), fatiga, dolor en el hombro, hemiparesia, neumonía aspirativa, disfagia, lesiones por presión (escala de Braden para la detección del riesgo LPP), infecciones del tracto urinario (ITU), tromboembolismo venoso (la limitación de movilizar las piernas ocasiona la formación de coágulos de sangre de una vena profunda donde se forman en las piernas, y la ingle). (39)

- Una vez iniciado el tratamiento trombolítico se monitoriza la presión arterial cada 15 minutos, en las 6 horas siguientes se realizará la monitorización cada 30 minutos. (40)

En un estudio realizado en Perú, cuyo objetivo fue describir las manifestaciones neurológicas en pacientes con COVID-19 en el hospital Edgardo Rebagliati Martins. Obtuvo como resultado de 1122 pacientes, 354 (32%) mostraron poca manifestación neurológica, seguido de 26,9% presentaron síntomas del sistema nervioso central (SNC) y por último 8,4% del sistema nervioso periférico (SNP). El síntoma más recurrente del SNC fue el dolor de cabeza 20% y como patologías la encefalopatía con 4,7%, en el accidente cerebrovascular isquémico presentaron 30 casos, resultado 88% del total de accidente cerebrovascular, el 3% del total infectados por SARS-CoV-2, 1% de alteración paroxística (crisis epiléptica), 0,4% sangrado en el cerebro, inflamación del cerebro (encefalitis)0,2%, según manifestaciones del sistema nervioso periférico permanece la mialgia con 3,4% y anosmia (perdida del olfato) 3,1%. (41)

En un estudio realizado en España, cuyo objetivo fue evaluar resultados de implantación de una guía de buenas prácticas (GBP) para el cuidado de pacientes con ACV isquémico, Evidencian de un total de 457 pacientes; 64% hombres, edad promedio 69 años; 76% ictus isquémicos, 17% TIA y 7% ACV hemorrágicos. En las variables de estudio se destacaron mejoras significativas. Como resultados se dio 6 neumonías, 3 lesión por presión y 7 caídas; 55% eran independientes para las actividades básicas de la vida diaria al alta. Existieron altos y buenos niveles de implementación de todas las recomendaciones, identificando más probabilidades

de mejora en valoración de dificultad para deglutir e independencia al alta, brindar educación sanitaria dando mayor énfasis al cumplimiento de registros. (14)

En un estudio en Colombia, cuyo objetivo fue evaluar la prioridad en el triaje emergencia, concordancia de los datos aportados por neurología y enfermería, así como su relación con la evaluación y tratamiento en la Fundación Santa Fe de Bogotá. Se evidencia la correcta clasificación del triaje con un 74% según datos de enfermería seguido del 64% por neurología este resultado muestra conformidad o concordancia optima. En la valoración se consideraron el tiempo (fecha y hora) por ser primordial para una correcta clasificación de prioridades ante un ingreso de paciente con sintomatología. El uso de códigos y guías clínicas para el manejo del ACV podría mejorar la terapéutica hospitalaria, también reconocer los síntomas a través de la escala de Cincinnati. (5)

En un estudio en Chile, cuyo objetivo fue describir el tiempo puerta-aguja (DNT) para la trombólisis intravenosa en el accidente cerebrovascular isquémico agudo y determinar aquellos factores asociados a un DNT superior a 60 min. Evidencian utilizando TI en 205 pacientes. El DNT fue de $43,6 \pm 23,8$ min. 40 pacientes tuvieron un DNT de más de 60 min. El análisis univariado demostró que el AIS con sintomatología infratentorial (ITS) se asoció significativamente con DNT superiores a 60 min. Antecedentes de hipertensión, una mayor puntuación en la NIHSS, la presencia de un signo hiperdenso en la tomografía cerebral y la necesidad de terapia endovascular, se asociaron con DNT menor de 60 min. (4)

En un estudio en Arabia Saudita, cuyo objetivo fue estimar la tasa de utilización de alteplase e identificar las razones de la falta de uso. Evidencian de un total de 1.366 pacientes con sospecha de accidente cerebrovascular, 819 (60%) tenían Accidente Cerebrovascular Isquémico Agudo (AIS). Las tasas de utilización de alteplase fueron del 8,6 % y el 29 %. La razón más común para no recibir tratamiento con alteplase fue la llegada tardía. Sólo 244 (29,8%) de los pacientes con AIS llegaron dentro del plazo previsto para el tratamiento. Entre los pacientes con déficit neurológico repentino que llegaron dentro del período terapéutico, las razones más comunes fueron el déficit neurológico leve (escala de NIHSS <5, 29,9%). (40)

Ello motivó la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son las intervenciones de enfermería aplicadas en el cuidado a pacientes con accidente cerebrovascular isquémico en los servicios de emergencia?

Objetivo general

Describir las intervenciones de Enfermería basadas en evidencia que garantizan un cuidado seguro a pacientes con AVC isquémico en los servicios de Emergencia.

Objetivos específicos

- Identificar las intervenciones de enfermería en relación a la valoración rápida que debe realizar la enfermera al ingreso del paciente con AVC isquémico en emergencia.
- Identificar las intervenciones esenciales que el profesional de enfermería debe realizar previas a la administración del tratamiento trombolítico en pacientes con ACV isquémico del servicio de emergencia.
- Identificar las intervenciones imprescindibles que el profesional de enfermería debe realizar durante la administración del tratamiento trombolítico en pacientes con ACV isquémico del servicio de emergencia.
- Identificar las intervenciones indispensables que el profesional de enfermería debe realizar después de la administración del tratamiento trombolítico en pacientes con ACV isquémico del servicio de emergencia.

II. CUERPO

METODOLOGÍA

El trabajo de investigación se realizó a través de una revisión bibliográfica en bases de datos: PubMed, Medline, Bvs, Scielo, Science Direct, Alicia y Google Académico, se seleccionaron artículos publicados en los años del 2015 al 2023.

Estrategias de búsqueda: Uso de filtros, palabras clave, operadores booleanos (AND y OR), comillas.

Palabras clave (según los DeCS), tanto para su búsqueda en español, inglés y portugués. Ver cuadro Nro1.

Criterios de inclusión: Artículos originales, artículos que estén relacionados con estudio de enfermería, población adulta en el servicio de emergencia, idioma en español, portugués e inglés.

Criterios de exclusión: Se retiro a los trabajos de investigación de tesis, de casos porque su nivel de evidencia es bajo.

RESULTADOS

La realización de una revisión bibliográfica exhaustiva con un total de 152 artículos científicos es un logro significativo en la investigación. Después de aplicar los criterios de elegibilidad y realizar una lectura crítica, quedaron 38 artículos para el análisis adicional. Este proceso de selección riguroso garantiza la calidad y relevancia de los artículos incluidos en el estudio, lo que contribuye a obtener conclusiones sólidas y fundamentadas en la evidencia científica. Ver figura Nro1.

Tabla Nro 1: Según la base de datos, 11(28.94%) artículos son de Scielo, 7(18.42%) son de Science Direct; 7(18.42%) son de PubMed; 6(15.78%) de Google académico; 3(7.89%) son de Medline; 2(5.26%) de Alicia; 2(5.26%) de BVS.

Tabla Nro 2: Según el diseño de investigación 13(34.21%) son de diseño descriptivo; 6(15.78%) retrospectivos; 5(13.15%) observacionales; 4(10.52%) prospectivos; 3(7.89%) Cuasi experimentales; 3(7.89%) estudios transversales; 3(7.89%) revisiones bibliográficas y 1(2.63%) cualitativa.

Tabla Nro 3: Según el país de procedencia, 7(18.42%) son de España; 6(15.78%) de Estados Unidos; 5(13.15%) de Colombia; 3(7.89%) son de Perú; 3(7.89%) son de Argentina; 2(5.26%) son de Cuba; 2(5.26%) son de Brasil; 2(5.26) son de Australia; 2(5.26) son de Arabia Saudita; y de México, Chile, Uruguay, China, Irán y Azerbaiyán 1(6,25%) estudio cada país.

Tabla Nro 4: Según año de publicación, 15(39.47%) es del año 2020; 7(18.42%) son del año 2021; 5(13.15%) del 2018; 4(10.53%) del 2019; 2(5.26%) del 2016; 2(5.26%) del 2022 y del año 2023, 2017 y 2015 1(6,25%) estudio cada país.

Tabla Nro 5: Intervenciones de enfermería basadas en evidencia que garantizan un cuidado seguro a pacientes con accidente cerebro vascular isquémico en los servicios de emergencia, mencionados en los artículos de investigación son: según **la valoración rápida**, el reconocimiento de los primeros síntomas del ACV con la escala de Cincinnati, mencionado en 28 (73.68%) artículos; 21 (55.26%) artículos mencionaron Medición de glucemia capilar; 19 (50.00%) artículos mencionaron el Examen neurológico con escala de Glasgow; 20 (52.63%) artículos mencionaron la Canalización de dos vías periféricas, no en miembro afectado; 18 (47.37%) artículos mencionaron Medición de signos vitales; 12 (31.58%) mencionaron Realizar electrocardiograma (ECG); 9 (23.68%) mencionaron Obtención de peso; 9 (23.68%) mencionaron Toma de laboratorios generales; 9 (18.42%) mencionaron Apoyo en TAC notificar al departamento de imagen. **Previas a la trombólisis:** oxígeno suplementario de 2 – 3 L/min si la oximetría de pulso es < 94%, mencionado en 24 (63.16%) artículos; 23 (60.53%) artículos mencionaron Evaluación neurológica inicial escala de NIHSS; 19 (50.00%) mencionaron Posición semi fowler cabecera 30 grados; 17 (44.74%) mencionaron Monitorización cardíaca continua; 15 (39.47%) mencionaron Monitorización de la presión arterial cada 15 minutos; 8 (21.05%) mencionaron Medición de la temperatura corporal. **Durante la trombólisis:** Evaluación neurológica cada 15 minutos, mencionado en 20 (52.63%) artículos; 18 (47.37%) artículos mencionaron Valorar los riesgos del paciente y/o la presencia de alguno de las complicaciones;

17 (44.74%) mencionaron Monitorización constante de la presión arterial. **Después de la trombólisis:** Monitorizar signos de hemorragias petequiales debajo de dispositivos compresivos y rotar el baumanómetro cada 2 horas, mencionado en 19 (50.00%) artículos; 18 (47.37%) artículos mencionaron Evitar punciones arteriales o venosas, cateterismo vesical o colocación de sonda nasogástrica; 9 (23.68%) mencionaron Mantener reposo en cama mínimo 8 horas.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

La mayoría de artículos revisados corresponden a los años 2018 al 2021, por lo que son actuales, se encontró 03 artículos nacionales hay recomendaciones que se adaptan a nuestra realidad.

Según nuestro primer objetivo específico las intervenciones de enfermería en relación a la valoración rápida que debe realizar la enfermera al ingreso del paciente con accidente cerebro vascular isquémico en el servicio de emergencia, nombran la mayoría de estudios que la atención inicial de pacientes con un episodio agudo de ACV isquémico demanda una identificación pronta de los primeros síntomas aplicando la escala de Cincinnati, si en uno de estos puntos evaluados cara/brazo/habla se encuentra alterado se sospecha de una enfermedad cerebrovascular, para ello el dato con más relevancia es el último momento en el que el paciente fue visto en buen estado, ya que se considerará la hora exacta de inicio del ACV isquémico para una intervención rápida y oportuna.

En el servicio de emergencia, las enfermeras emplean el Examen Neurológico con la Escala de Coma de Glasgow de manera habitual para valorar el nivel de

conciencia de los pacientes con enfermedad cerebrovascular, haciendo hincapié que debe considerarse la posibilidad de un infarto cerebral en cualquier paciente que experimente de forma repentina un déficit neurológico. Por ello la evaluación del nivel de conciencia se considera una responsabilidad autónoma de las enfermeras que atienden a los pacientes con afecciones neurológicas, también se enfatiza que las enfermeras deben estar familiarizadas y ser capaces de reconocer los cambios que puedan presentarse en el paciente para poder actuar con prontitud. Esto se debe a que los cuidados de enfermería se fundamentan en la observación crítica y en una evaluación precisa de la condición del paciente.

En este punto, la enfermería desempeña un papel imprescindible al ser el servicio encargado de realizar la medición de la glucemia capilar al momento de la llegada del paciente, descartando así la hipoglucemia porque puede presentarse como un síntoma que imita un infarto cerebral, por la cual la hipoglucemia es contraindicada en la trombólisis, así como también la encefalopatía, epilepsia, etc. por esta razón la detección debe ser de manera rápida para no retrasar el inicio del tratamiento.

Como en toda emergencia la canalización de dos vías periféricas debe ser con catéter venoso de gran calibre, no en el miembro afectado por la consecuencia neurológica.

La valoración de signos vitales son clave en los cuidados de enfermería por ende es una intervención frecuente en el servicio de emergencia. Esto incluye la medición y registro regular de la presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura corporal y saturación de oxígeno, el dolor también está considerado como una constante vital según la guía de la RNAO. Estas mediciones son fundamentales para evaluar la condición del paciente. Tenemos por ejemplo los

signos de Cushing, como presión arterial alta, bradicardia, y vómitos, pueden indicar la presencia de signos y síntomas de presión intracraneal (PIC) elevada. La combinación con la Escala de Coma de Glasgow (GCS) y la monitorización de los signos vitales permite a las enfermeras detectar, reconocer e identificar estos primeros signos de alerta de PIC elevada. El reconocimiento precoz de la PIC elevada puede ser crucial para salvar la vida del paciente y prevenir complicaciones adicionales después de un accidente cerebrovascular.

Realizar un electrocardiograma a todos los pacientes ingresados con sospecha de infarto cerebral es una práctica recomendada, idealmente dentro de los primeros 25 minutos de su llegada al servicio de emergencia. Este procedimiento es fundamental para detectar posibles complicaciones cardíacas que puedan estar relacionadas con el evento cerebrovascular. La prontitud en la realización del electrocardiograma contribuye a una evaluación exhaustiva y a la toma de decisiones clínicas rápidas.

La otra actividad es control del peso corporal, es importante destacar que la enfermera puede estimar la dosificación del activador del plasminógeno tisular (rt-PA) basándose en el peso real del paciente. En los estudios encontrados consideran que la sobreestimación o subestimación del peso no tiene ningún impacto detectado en los resultados del activador del plasminógeno tisular. Esto sugiere que la dosificación basada en estimaciones del peso en lugar del peso real del paciente puede no afectar la eficacia del tratamiento con trombólisis intravenosa, de todas maneras, se sugiere que los servicios de emergencia cuenten con una báscula de cama para realizar un control de peso preciso y garantizar una administración adecuada del tratamiento.

La toma de laboratorios generales en muchas oportunidades es enfermería quien la realiza, estos estudios de laboratorio iniciales se centran en la evaluación metabólica y hemostática del paciente. Esto incluye pruebas como la glucosa sérica, electrolitos, coagulación sanguínea y otros parámetros metabólicos importantes para comprender el estado fisiológico del paciente y guiar su tratamiento. Es fundamental destacar que la trombólisis intravenosa no debe retrasarse a la espera de los resultados de los estudios de laboratorio, excepto en casos de sospecha clínica de trombocitopenia. La pronta administración del tratamiento es crucial para mejorar los resultados en pacientes con infarto cerebral agudo.

El equipo de enfermería desempeña un papel crucial al brindar apoyo en la preparación del paciente para el estudio (tomografía computarizada simple de cráneo). Además, debe notificar al departamento de imagen sobre la llegada de un paciente con un posible infarto cerebral agudo con el fin de optimizar el tiempo. La meta principal de la evaluación en emergencias es definir si el ACV es de tipo isquémico o hemorrágico. En el caso de pacientes que experimentan un infarto cerebral y se encuentran dentro de las primeras 4,5 horas desde el inicio de los síntomas, se requiere únicamente una tomografía computarizada simple de cráneo para recibir un tratamiento trombolítico. Es importante destacar que el estudio de imagen inicial debe llevarse a cabo en los primeros 25 minutos desde la llegada del paciente al servicio de emergencia para garantizar una evaluación temprana y eficaz, también tener presente que el factor tiempo es primordial; por lo tanto, el personal de enfermería debe estar familiarizado con los intervalos de tiempo estandarizados por el MINDIS donde se establece que las primeras acciones deben

estar dentro de los primeros 10 minutos de llegada del paciente al servicio de emergencia.

Según al segundo objetivo específico de este trabajo, las intervenciones esenciales que el profesional de enfermería debe realizar previas a la administración del tratamiento trombolítico en pacientes con ACV isquémico en el servicio de emergencia, en los estudios consideran:

Oxígeno suplementario de 2 – 3 L/min si la oximetría de pulso es $< 94\%$, en algunas oportunidades el paciente no lo requiere y no es necesario colocarle el oxígeno, ahí vemos cuán importante es la valoración de enfermería.

Para enfermería también es parte la valoración de la escala de NIHSS para ello debe dominar con facilidad porque se trata de una herramienta que evalúa la gravedad del accidente cerebrovascular isquémico, utilizada tanto en el inicio del evento previas a la trombólisis como durante su evolución. Teniendo en cuenta en NIHSS ≤ 5 puntos que está contraindicada en el tratamiento trombolítico ya que son infartos menores no discapacitantes.

Otra de las actividades de enfermería que se debe cumplir en la emergencia es mantener al paciente en la posición semi fowler cabecera 30 grados, pues esto facilita el drenaje de la sangre del cerebro disminuyendo la presión intra craneana.

La enfermera lleva a cabo el monitoreo cardiaco continuo con el propósito de evaluar la presencia de arritmias cardiacas, siendo recomendable mantener la monitorización continua durante las primeras 24 a 72 horas del evento. Este enfoque permite una detección temprana de cualquier irregularidad en el ritmo cardíaco, lo

cual es crucial para la atención y el manejo adecuado de los pacientes con accidente cerebrovascular isquémico.

La monitorización de la presión arterial es de vital importancia para el manejo de un paciente con accidente cerebrovascular isquémico, los estudios indican que se debe monitorear la presión arterial cada 15 minutos durante las primeras 2 horas desde el inicio del tratamiento trombolítico. Posteriormente, se recomienda realizar la monitorización cada 30 minutos durante las siguientes 6 horas, el personal de enfermería debe de reconocer los valores estándares de la presión arterial así evaluar si los valores son aptos para el inicio de la trombólisis en algunos casos se presenta una elevación de P/A en un 40% de los pacientes, por ello tener en cuenta que la P/A mayor de 185/110 mmHg está contraindicado en la administración del tratamiento trombolítico intravenoso a pesar del tratamiento antihipertensivo EV, y en pacientes que fueron trombolizados se recomienda mantener la presión a menos de 180/105 mmHg.

La enfermedad cerebro vascular suele estar asociada a hipertermia, incluso cuando hay un leve incremento de la temperatura corporal de tan solo 1 °C se dice que es un indicador de mala evolución clínica, para ello la American Heart Association (AHA) y la American Association of Neurological Surgeons recomiendan el control de la hipertermia en los pacientes con lesiones cerebrales, con el objetivo de prevenir la aparición de lesiones cerebrales secundarias como el edema. Por lo cual, durante la trombólisis, es importante monitorear la temperatura corporal cada 4 horas desde el inicio del tratamiento. Se debe procurar mantener la temperatura entre 36.5°C y 37.5°C, y en caso de ser necesario, se pueden administrar antipiréticos o aplicar medidas de protección térmica.

Según el tercer objetivo específico, las intervenciones imprescindibles que el profesional de enfermería debe realizar durante la administración del tratamiento trombolítico en pacientes con ACV isquémico del servicio de emergencia, evidencian estudios que, el personal de enfermería tiene la responsabilidad de administrar el tratamiento trombolítico intravenoso a los pacientes en etapa aguda de ACV isquémico. El medicamento ideal para la trombólisis es el alteplasa o rt-PA (activador tisular de plasminógeno recombinante), el cual debe ser administrado lo más rápido posible, idealmente dentro de las primeras 4.5 horas desde el inicio de los síntomas, y de manera óptima dentro de los primeros 60 minutos desde la llegada del paciente al servicio de emergencias, y durante la administración de rt-PA, es importante realizar una monitorización hemodinámica del paciente, lo que incluye mediciones constantes cada 15 minutos de la presión arterial y la evaluación neurológica. Esto es necesario para detectar cualquier cambio en la presión arterial que pueda ocurrir como resultado del tratamiento y tomar las medidas adecuadas para mantenerla dentro de rangos seguros. La estrecha vigilancia de la enfermera ayuda a prevenir complicaciones y garantizar la seguridad del paciente durante el procedimiento de trombólisis.

Es vital que el personal de enfermería esté familiarizado con los riesgos y las complicaciones asociadas con el tratamiento trombolítico para el accidente cerebrovascular isquémico. La hemorragia intracraneal es la complicación más seria, y se debe sospechar de ella si se presentan signos como una elevada presión arterial, deterioro de la función motora, cefalea, náuseas o vómitos. La evaluación con la escala NIHSS es esencial para detectar estos cambios. Si se sospecha de hemorragia intracraneal, se debe interrumpir la infusión de rt-PA de inmediato.

Otras complicaciones menores y comunes pueden incluir gingivorragia, hemorragia en sitios de venopunción, hematuria, hemoptisis y equimosis. Se recomienda la movilización temprana para prevenir la trombosis venosa profunda, así como también para reducir el riesgo de neumonía aspirativa y úlceras por presión. Es importante que el personal de enfermería esté atento a cualquier signo de estas complicaciones y tome las medidas necesarias para prevenirlas o tratarlas adecuadamente.

Según el cuarto objetivo las intervenciones indispensables que el profesional de enfermería debe realizar después de la administración del tratamiento trombolítico en pacientes con ACV isquémico en el servicio de emergencia son básicamente la vigilancia y monitoreo estricta del paciente, dentro de las primeras 24 horas de administración el rt-PA, por ello es fundamental evitar ciertos procedimientos invasivos en pacientes después de la trombólisis para minimizar el riesgo de complicaciones. Algunas de estas precauciones incluyen: Evitar el cateterismo vesical, evitar la colocación de sonda nasogástrica si no es esencial, evitar punciones arteriales y venosas innecesarias: Las punciones pueden aumentar el riesgo de hemorragia, especialmente después del tratamiento trombolítico. Estas precauciones ayudan a minimizar el riesgo de complicaciones en pacientes que han recibido tratamiento trombolítico y promueven una recuperación segura y efectiva. Es recomendable mantener al paciente en reposo en la cama durante un mínimo de 8 horas después de la trombólisis. Durante este período de reposo, es importante que el paciente sea vigilado de cerca por el personal de enfermería para detectar

cualquier signo de complicación y para proporcionar la atención necesaria según lo requiera.

Es importante monitorizar de cerca los signos de hemorragias petequiales debajo de dispositivos compresivos y rotar el bau manómetro cada 2 horas ayuda a prevenir la acumulación de presión en un solo punto, lo que puede causar lesiones en la piel y aumentar el riesgo de hemorragias locales. Esta vigilancia y cuidado meticuloso son fundamentales para garantizar la seguridad y el bienestar del paciente después del tratamiento trombolítico.

También en los estudios consideran la valoración de la capacidad de los pacientes con ACV isquémico para realizar las actividades de la vida diaria (AVD) hacen énfasis en la rehabilitación temprana a través de la movilización intensiva en las 24 horas después de un ACV isquémico, aunque la mayoría de veces esta actividad se daría en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI); pero considerando nuestra realidad a veces no es posible el ingreso rápido de estos pacientes a la UCI debido a la falta de disponibilidad de camas.

III. CONCLUSIONES

Luego de un exhaustivo análisis y revisión de la información recolectada basada en evidencia se determina que la identificación y detección temprana del accidente cerebrovascular isquémico es una función crítica de seguimiento para una enfermera. La enfermera de emergencia juega un papel fundamental en la evaluación continua de los signos y síntomas neurológicos de los pacientes, así como en la monitorización de los cambios en su estado de salud. Reconocer rápidamente los signos de un accidente cerebrovascular y tomar medidas inmediatas para iniciar el tratamiento el cual puede marcar la diferencia en la recuperación y el resultado del paciente. Por lo tanto, la vigilancia activa y la intervención oportuna por parte de la enfermera son esenciales en la atención de pacientes con sospecha o diagnóstico de accidente cerebrovascular, también una mejora continua en la coordinación y tiempo de atención del infarto cerebral que beneficia a los pacientes y al sistema de salud en su conjunto. Por lo tanto, es crucial que todos los profesionales involucrados tengan un amplio conocimiento de la patología cerebrovascular y participen activamente en su cuidado holístico y difusión.

El profesional de enfermería en el servicio de emergencia representa un pilar fundamental tanto en el tratamiento agudo como en los cuidados posteriores de pacientes con ACV isquémico. Valoran, intervienen y vigilan a los pacientes antes, durante y después de la trombólisis, desempeñando un papel vital en la atención integral y la recuperación del paciente.

Es importante contar con protocolos, guías clínicas y guías de manejo actualizado de enfermería ya que asegura cuidados basados en la evidencia para el manejo del

ACV isquémico, porque es una forma de garantizar una atención rápida y segura a estos pacientes.

IV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jacquens A, Guidoux C, Mathon B, Clarençon F, Degos V. Tratamiento de los accidentes cerebrovasculares en la fase aguda. *EMC - Anest-Reanim.* 1 de mayo de 2020;46(2):1-21. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1280470320436473>
2. Málaga G, De La Cruz-Saldaña T, Busta-Flores P, Carbajal A, Santiago-Mariaca K. La enfermedad cerebrovascular en el Perú: estado actual y perspectivas de investigación clínica. *Acta Medica Peru.* 8 de junio de 2018;35(1):51-4. Disponible en: <https://doi.org/10.35663/amp.2018.351.516>
3. Bernabé Ortiz A, Carrillo Larco RM. Tasa de incidencia del accidente cerebrovascular en el Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* julio de 2021;38(3):399-405. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342021000300399&script=sci_arttext
4. Brunser AM, Mazzon E, Muñoz P, Hoppe A, Lavados PM, Rojo A, et al. Determinantes del tiempo puerta-aguja en trombolisis endovenosa en el infarto cerebral, experiencia de un centro. *Rev Médica Chile.* agosto de 2020;148(8):1090-5. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872020000801090
5. Bayona H, Díaz A, Jaramillo A, Posada L. Concordancia en la realización del triaje entre enfermería y neurología en pacientes con accidente cerebrovascular isquémico en un hospital universitario: un estudio de corte transversal en un hospital de Bogotá. *Rev Colomb Enferm.* 23 de octubre de 2015;10(10):57. Disponible en: <http://revistas.unbosque.edu.co/index.php/RCE/article/view/580>
6. De Castro Brandão P, Oliveira Antunes Ferraz M, Silva Sampaio E. Retraso en la llegada de la persona con ictus a un servicio hospitalario de referencia. *Nurs São Paulo.* 8 de diciembre de 2020;23(271):4979-90. Disponible en: <http://www.revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/revistanursing/article/view/1046>
7. Canchos Ccahuay M. Factores relacionados a accidente cerebrovascular en pacientes atendidos por emergencia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza - 2018 [Internet]. [Lima]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2019. Disponible en:

https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/10368/Canchos_cm.pdf?sequence=3&isAllowed=y

8. Ortiz M, Valencia N, Moreno E, Zafra M, Espinel L, Villarreal D, et al. ACV y covid-19: una revisión de los estudios observacionales publicados en época de pandemia. *Acta Neurológica Colomb.* junio de 2020;36(2):63-74. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-87482020000200063&lng=en&nrm=iso&tlng=es
9. María Blanco Rada, Ivanna Fontalvo García, Denis Morales Martínez. Cuidados de enfermería en pacientes con ACV isquémico en la unidad de Cuidados intensivos. 2020;1-24. Disponible en: https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/20238/1/2020_BlancoFontalvoyMorales-cuidados_enfermeria_pacientes.pdf
10. Sequeiros-Chirinos JM, Alva-Díaz CA, Pacheco-Barrios K, Huaranga-Marcelo J, Huamaní C, Camarena-Flores CE, et al. Diagnóstico y tratamiento de la etapa aguda del accidente cerebrovascular isquémico: Guía de práctica clínica del Seguro Social del Perú (EsSalud). *Acta Médica Peru.* enero de 2020;37(1):54-73. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172020000100054
11. Ji Y. Chong , MD. Manual MSD versión para profesionales. 2020 [citado 22 de octubre de 2021]. Accidente cerebrovascular isquémico - Trastornos neurológicos. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-pe/professional/trastornos-neurol%C3%B3gicos/accidente-cerebrovascular/accidente-cerebrovascular-isqu%C3%A9mico>
12. Santiago Claverie C. Cap.064. 2016. Fisiopatología del accidente cerebrovascular en la hipertensión arterial. Disponible en: <https://www.saha.org.ar/pdf/libro/Cap.064.pdf>
13. Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, Adeoye OM, Bambakidis NC, Becker K, et al. 2018 Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke.* marzo de 2018;49(3):e46-110. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29367334/>
14. Piñero-Sáez S, Córcoles-Jiménez MP, Ruiz-García MV. Resultados de la implantación de una Guía de Buenas Prácticas en pacientes con ictus

- hospitalizados. Rev Científica Soc Esp Enferm Neurológica. enero de 2018;47:18-25. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.sedene.2018.04.001>
15. Fundación Ictus. InformMe. 2022 [citado 30 de noviembre de 2023]. Directrices clínicas para el tratamiento del accidente cerebrovascular. Disponible en: <https://informme.org.au/guidelines/living-clinical-guidelines-for-stroke-management>. Disponible en: <https://informme.org.au/Guidelines/Clinical-Guidelines-for-StrokeManagement-2017>
 16. Ver Hage A, Teleb M, Smith E. Un protocolo emergente de detección de oclusión de grandes vasos para accidentes cerebrovasculares agudos: una iniciativa de mejora de la calidad. J Neurosci Nurs. 2018;68-73. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/mdl-29521729>
 17. Oliveira I de J, Almeida SIF de, Mota LAN da, Couto GR. Conceptualização dos cuidados de enfermagem à pessoa com deglutição comprometida após o acidente vascular cerebral. Rev Enferm Referência. octubre de 2020;serV(4):1-7. Disponible en: http://scielo.pt/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0874-02832020000400005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
 18. Amatangelo MP, Thomas SB. Intervenciones de enfermería prioritarias para el cuidado del paciente con accidente cerebrovascular. Crit Care Nurs Clin North Am. marzo de 2020;32(1):67-84. Disponible en: DOI: 10.1016/j.cnc.2019.11.005
 19. Herpich F, Rincon F. Manejo del accidente cerebrovascular isquémico agudo. Crit Care Med. noviembre de 2020;48(11):1654-63. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7540624/>
 20. CIMA. Agencia española de medicamentos y productos sanitarios. 2023 [citado 30 de noviembre de 2023]. Ficha Técnica actilyse polvo y disolvente para solución inyectable y para perfusión. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/dohtml/ft/59494/FT_59494.html
 21. García Alfonso C, Martínez Reyes AE, García V, Ricaurte Fajardo A, Torres I, Coral Casas J. Actualización en diagnóstico y tratamiento del ataque cerebrovascular isquémico agudo. Univ Medica. 25 de junio de 2019;60(3):1-17. Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/vnimedica/article/view/24640>
 22. Malekzadeh J, Shafae H, Behnam H, Mirhaghi A. El efecto de la Escala de Accidentes Cerebrovasculares Prehospitalarios de Cincinnati en la clasificación telefónica de pacientes con accidente cerebrovascular: práctica basada en

- evidencia en servicios médicos de emergencia. *Int J Evid Based Heal.* 2016;87-92. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/mdl-26057652>
23. Rodríguez Vico A, Sánchez Hernández F. Triage por enfermería en el ictus agudo. *Enferm Glob.* 2021;20(64):108-30. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412021000400108
 24. Clare CS. Papel de la enfermera en la atención del ictus agudo. *Nurs Stand R Coll Nurs G B* 1987. 1 de abril de 2020;35(4):68-75. Disponible en: DOI: 10.7748/ns.2020.e11482
 25. Jacob AP, Wang M, Okpala M, Yamal JM, Grotta JC, Parker SA. Dosificación del activador del plasminógeno tisular en una unidad móvil para accidentes cerebrovasculares: comparación entre los pesos estimados y medidos en el hospital. *J Neurosci Nurs J Am Assoc Neurosci Nurses.* 1 de agosto de 2021;53(4):166-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34091516/>
 26. Paliwal PR, Sharma AK, Komal Kumar RN, Wong LYH, Chan BPL, Teoh HL, et al. Efecto de la estimación errónea del peso corporal sobre el resultado de pacientes con accidente cerebrovascular trombolizados. *J Thromb Thrombolysis.* noviembre de 2020;50(4):921-8.
 27. Craig A, Hisatomi A, Lavados P, Laurent B, Maree H, Olavarría V, et al. Ensayo cruzado, aleatorizado por grupos, sobre el posicionamiento de la cabeza en accidentes cerebrovasculares agudos. *N Engl J Med.* 22 de junio de 2017;376(25):2437-47. Disponible en: <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa1615715>
 28. Lescay Balanquet D, Téllez Gamayo G, Fong Osejo M, Flores Bolívar F, Guerra Cepena E. Caracterización de pacientes con accidente cerebrovascular en un servicio de emergencias de Santiago de Cuba. *MEDISAN.* junio de 2020;24(3):420-30. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192020000300420&lang=es
 29. Catangui E. Mejora de la competencia de las enfermeras en la escala de coma de Glasgow (GCS) en una unidad de accidentes cerebrovasculares agudos: un proyecto de iniciativa de enfermería. *J Nurs Pract [Internet].* 2019 [citado 2 de diciembre de 2023];3(1). Disponible en: <https://scholars.direct/Articles/nursing/jnp-3-017.php?jid=nursing>. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.36959/545/370>

30. Scollo SD, Lepera S, Rey RC, González LA. Causas de no realización de trombólisis sistémica en pacientes ingresados a una unidad de ACV. *Neurol Argent.* 1 de enero de 2021;13(1):2-6. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1853002821000057>
31. Basaranoglu G, Bakan M, Umutoglu T, Zengin SU, Idin K, Salihoglu Z. Comparación de valores de SpO2 de diferentes dedos de la mano. *SpringerPlus.* 2021;4:561. Disponible en: DOI: 10.1186/s40064-015-1360-5 <https://plantaortopedia.com/en-que-dedo-mide-mejor-la-sato2-un-pulsioximetro/>
32. Driscoll BR, Howard LS, Earis J, Mak V. Guía de la Sociedad Torácica Británica para el uso de oxígeno en adultos en entornos sanitarios y de emergencia. *BMJ Open Respir Res.* 1 de mayo de 2017;4(1): e000170. Disponible en: <https://bmjopenrespres.bmj.com/content/4/1/e000170>
33. Yuqi L, Chengyong W, Yuanpeng H. Manejo del Infarto Cerebral Agudo mediante Trombólisis Intravenosa con Receptor de Células T Recombinantes y Activador de Plasminógeno y Asociación de Ruta de Enfermería de Emergencia en el Pronóstico. *Cell Mol Biol Noisy--Gd.* 2023;18-24. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/mdl-37715436>
34. Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, Adeoye OM, Bambakidis NC, Becker K, et al. Directrices para el tratamiento temprano de pacientes con accidente cerebrovascular isquémico agudo: actualización de 2019 de las pautas de 2018 para el tratamiento temprano del accidente cerebrovascular isquémico agudo: una guía para profesionales de la salud de la American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke.* diciembre de 2019;50(12):344-418. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31662037/>
35. Ruiz L, Muñoz E, Gaye Saavedra A, Pons R, Ordoqui J, Gonzales C, et al. Complicaciones neurológicas y extra neurológicas en pacientes con ACV internados en el Hospital de Clínicas de Montevideo durante un período de 2 años. *An Fac Med [Internet].* 2020 [citado 2 de diciembre de 2023];7(1). Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2301-12542020000101209&lng=es&nrm=iso&tlng=es
36. Sánchez Silverio V, Abuín Porras V, Rodríguez Costa I. Análisis del estado cognitivo y su relación con la dependencia en las actividades de la vida diaria: un estudio transversal en pacientes con accidente cerebrovascular. *Rev Científica Soc Esp Enferm Neurológica.* 1 de julio de 2022;56:4-10. Disponible

en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2013524621000027>

37. Asociación de Enfermeras Registradas de Ontario (RNAO), Unidad de Investigación de Enfermería y Atención Sanitaria (Investen isciiii). Valoración del ictus mediante la atención continua. 2021;40. Disponible en: https://www.bpsso.es/wp-content/uploads/2021/02/28_ICTUS_01_2021.
38. De Castro Brandão P, De Melo Lanzoni GM, De Matos Pinto IC. Interacción de redes profesionales en el cuidado de pacientes con accidente cerebrovascular. *Rev Bras Enferm.* 29 de julio de 2022;75(5):e20210533.
39. Belmar A, Guell M, Chaparro J, Grinspun D. Implementación de buenas prácticas en enfermería: programa BPSO como herramienta principal. *Rev Médica Clínica Las Condes.* 1 de mayo de 2018;29(3):311-21.
40. Al Khathaami AM, Al Bdah B, Tarawneh M, Alskaini M, Alotaibi F, Alshalan A, et al. Utilización del activador del plasminógeno tisular intravenoso y motivos de su falta de uso en el accidente cerebrovascular isquémico agudo en Arabia Saudita. *J Stroke Cerebrovasc Dis Off J Natl Stroke Assoc.* mayo de 2020;29(5):104761. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32173225/>
41. Mariños Sánchez E, Espino Alvarado P, Rodríguez L, Barreto Acevedo E, Mariños Sánchez E, Espino Alvarado P, et al. Manifestaciones neurológicas asociadas a COVID-19 en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins, Perú. *Rev Neuro-Psiquiatr.* octubre de 2020;83(4):243-56.

V. CUADRO, FIGURA Y TABLAS

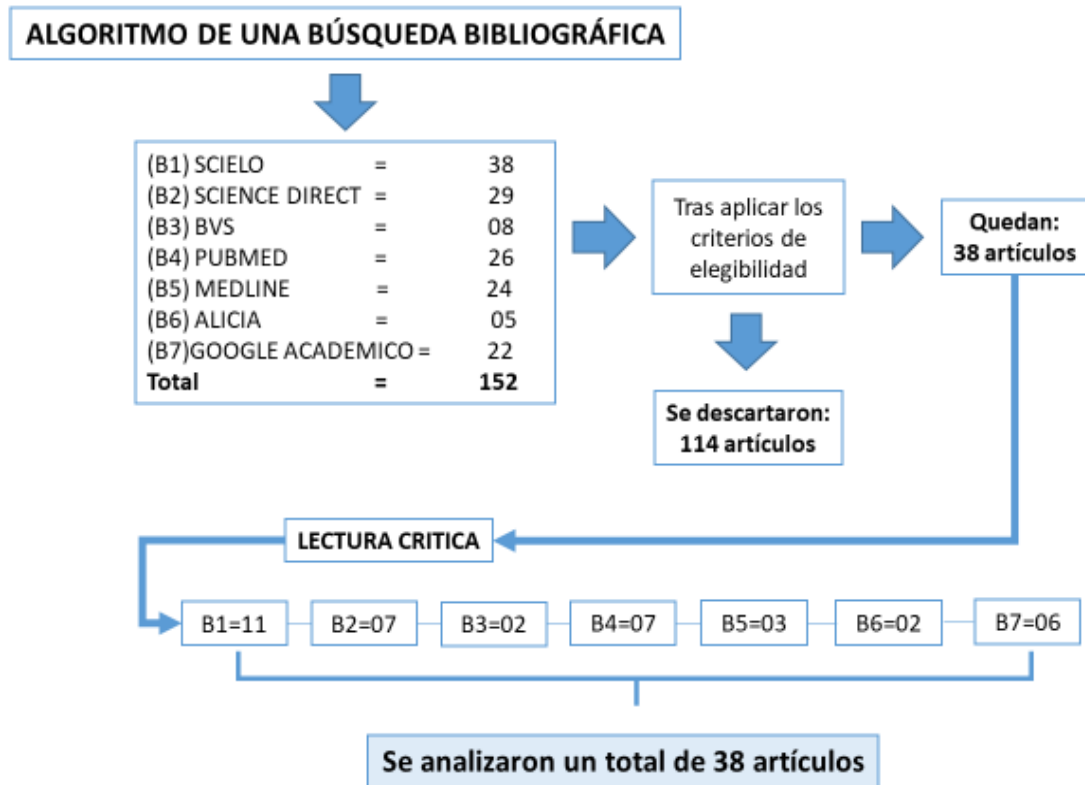
CUADRO Nro1

Palabras clave (según los DeCS)

N°	Palabra clave	Español	Inglés	Portugués
1	Accidente Cerebrovascular	Accidente Cerebrovascular	Stroke	Accidente Vascular Cerebral
2	Evaluación en Enfermería	Evaluación en Enfermería	Nursing Assessment	Avaliação em Enfermagem
3	Trombólisis Terapéutica	Tratamiento Trombolítico	Thrombolytic Therapy	Terapia Trombolítica
4	Atención Ambulatoria	Atención Ambulatoria	Ambulatory Care	Assistência Ambulatorial
5	Examen Neurológico	Examen Neurológico	Neurologic Examination	Exame Neurológico

FIGURA Nro1

Algoritmo de una búsqueda bibliográfica



Fuente: Elaboración propia

TABLA Nro 1

Distribución de los artículos científicos según la base de datos.

BASE DE DATOS	Nº	PORCENTAJE
Scielo	11	28.94%
Science Direct	7	18.42%
BVS	2	5.26%
PubMed	7	18.42%
Medline	3	7.89%
Alicia	2	5.26%
Google Académico	6	15.78%
TOTAL	38	100%

TABLA Nro 2

Distribución de artículos según diseño de investigación

METODOLOGÍA	Nº	PORCENTAJE
Descriptivo	13	34.21%
Cuasi-experimental	3	7.89%
Transversal	3	7.89%
Observacional	5	13,15%
Retrospectivo	6	15.78%
Prospectivo	4	10,52%
Cualitativa	1	2.63%
Revisión bibliográfica	3	7.89%
TOTAL	38	100%

TABLA Nro 3**Distribución de artículos según el país de procedencia**

PAÍS	Nº	PORCENTAJE
Perú	3	7.89%
Estados Unidos	6	15.78%
Colombia	5	13.15%
España	7	18.42%
Argentina	3	7.89%
Cuba	2	5.26%
México	1	2.63%
Chile	1	2.63%
Brasil	2	5.26%
Uruguay	1	2.63%
Australia	2	5.26%
Arabia Saudita	2	5.26%
China	1	2.63%
Irán	1	2.63%
Azerbaiyán	1	2.63%
TOTAL	38	100%

TABLA Nro 4

Distribución de artículos por año de publicación

AÑO	Nº	PORCENTAJE
2015	1	2.63%
2016	2	5.26%
2017	1	2.63%
2018	5	13.15%
2019	4	10.53%
2020	15	39.47%
2021	7	18.42%
2022	2	5.26%
2023	1	2,63%
TOTAL	38	100%

TABLA Nro 5

Intervenciones de enfermería referidos en los artículos científicos

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	Nº	PORCENTAJE
Intervenciones en relación a la valoración rápida		
Reconocimiento de los primeros síntomas del ACV con la escala de Cincinati (anexo 2)	28	73.68%
Peso	9	23.68%
Examen neurológico con escala de Glasgow (anexo 2)	19	50.00%
Control de signos vitales	18	47.37%
Glucemia capilar	21	55.26%
Canalización de dos vías periféricas	20	52.63%
Toma de laboratorios generales	9	23.68%
Realizar electrocardiograma (ECG)	12	31.58%
Apoyo en TAC notificar al departamento de imagen.	7	18.42%
Intervenciones previas a la trombólisis		
Monitorización cardiaca continua	17	44.74%
Monitorización de la presión arterial cada 15 minutos	15	39.47%
Posición semi fowler cabecera 30 grados	19	50.00%
Oxígeno suplementario de 2 – 3 L/min si la oximetría de pulso es < 94%	24	63.16%
Medición de la temperatura corporal	8	21.05%
Evaluación neurológica inicial escala de NIHSS (anexo 2).	23	60.53%
Intervenciones durante la trombólisis		
Monitorización constante de la presión arterial (anexo 2).	17	44.74%
Evaluación neurológica cada 15 minutos.	20	52.63%
Valorar los riesgos del paciente y/o la presencia de alguno de las complicaciones.	18	47.37%
Intervenciones después de la trombólisis		
Evitar punciones arteriales o venosas, cateterismo vesical o colocación de sonda nasogástrica.	18	47.37%
Mantener reposo en cama mínimo 8 horas	9	23.68%
Monitorizar signos de hemorragias petequiales debajo de dispositivos compresivos y rotar el baumanómetro cada 2 horas.	19	50.00%

Fuente: Fichas RAE

VI. ANEXOS

ANEXO 1: FICHAS RAE

BASE DE DATOS SCIELO

AUTOR (ES)	Germán Málaga Tania Saldaña, Patricia Busta, André Carbajal, Korali Santiago
TÍTULO DE ARTÍCULOS	La enfermedad cerebrovascular en el Perú: estado actual y perspectivas de investigación clínica.
AÑO/PAÍS	2018/ Perú
IDIOMA	Español
DISEÑO/METODOLÓGICO	Tipo de estudio descriptivo
RESULTADOS	En sistemas de salud como el nuestro, con servicios saturados y una lenta capacidad de respuesta. La enfermedad cerebro vascular puede producir hasta 19.7% de mortalidad hospitalaria y, en el seguimiento al año después del primer evento, una mortalidad adicional cercana al 20%. La mitad de los eventos son de una severidad moderada a grave y el sistema de salud tiene capacidad limitada para brindar una terapia de rehabilitación temprana adecuada.
CONCLUSIONES	Alrededor del 90% de eventos se asocian a factores de riesgo modificables donde la prevención es esencial. La ECV es una entidad sobre la que hay mucho esfuerzo por hacer.
APORTE AL TRABAJO	Aporta al estudio para conocer el estado actual de la enfermedad del ACV isquémico.
FUENTE	https://doi.org/10.35663/amp.2018.351.516

BASE DE DATOS SCIELO

AUTOR (ES)	Araceli Rodríguez Vico, Fernando Sánchez Hernández
TÍTULO DE ARTÍCULOS	Triaje por enfermería en el ictus agudo
AÑO/PAÍS	España/ 2021
IDIOMA	Español
DISEÑO/METODOLÓGICO	Estudio retrospectivo
RESULTADOS	La disminución del nivel de consciencia, con 249 casos (15,84%), fue la segunda forma de presentación más frecuente. Se han incluido todos los casos, que cubrirían prácticamente todas las puntuaciones de la Escala de coma de Glasgow.
CONCLUSIONES	A la luz de nuestros resultados, la función específica que desempeña la enfermería en la sala de triaje en general, y en la detección de patologías tiempo dependientes, con especial mención al ictus agudo, es crucial. los profesionales de enfermería deberán reforzar su formación específica en las escalas de triaje ampliado, y presentaciones menos frecuentes de esta patología tiempo-dependiente.
APORTE AL TRABAJO	Gran aporte para el trabajo sobre la clasificación de prioridades en emergencia y la identificación sintomatológica inmediata ante un paciente con ACV isquémico, para el tratamiento oportuno.
FUENTE	https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412021000400108

BASE DE DATOS SCIENCE DIRECT

AUTOR (ES)	A.Jacquensa, C.Guidouxb, B.Mathonc, F.Clarençond, V.Degosa
TÍTULO DE ARTÍCULOS	Tratamiento de los accidentes cerebrovasculares en la fase aguda
AÑO/PAÍS	2020/ Estados Unidos
IDIOMA	Español
DISEÑO/METODOLÓGICO	Tipo de estudio descriptivo
RESULTADOS	El tratamiento de los ACV varía ampliamente entre los países y, dentro de un mismo país, entre regiones. El desarrollo de sectores especializados denominados unidades de ictus (UI) (stroke centers en estados Unidos) ha tenido un impacto positivo en el tratamiento de estos pacientes. Las nuevas herramientas terapéuticas, como la trombectomía han cambiado el pronóstico funcional de los ACV isquémicos. Respecto a las hemorragias cerebrales, el uso de los anticoagulantes orales que asocian la vitamina K es todavía insuficiente en países de nuestro entorno.
CONCLUSIONES	Se presta especial atención a la nueva técnica de tratamiento endovascular por trombectomía del ACV isquémico con oclusión arterial proximal.
APORTE AL TRABAJO	El estudio aporta sobre las nuevas herramientas terapéuticas para el tratamiento del ACV isquémico para una descripción actualizada en el marco teórico.
FUENTE	https://doi.org/10.1016/S1280-4703(20)43647-3

BASE DE DATOS GOOGLE ACADÉMICO

AUTOR (ES)	María Blanco, Ivanna Fontalvo, Denis Morales
TÍTULO DE ARTÍCULOS	Cuidados de enfermería en pacientes con ACV isquémico en la unidad de Cuidados intensivos
AÑO/PAÍS	2020/Colombia
IDIOMA	Español
DISEÑO/METODOLÓGICO	Tipo de estudio descriptivo Revisión bibliográfica
RESULTADOS	La muestra final fueron 10 estudios, considerando los criterios de inclusión y su relevancia para responder a la pregunta de investigación. Los cuidados de enfermería fueron como: monitorizar y valorar el estado neurológico del paciente, valorar el estado físico, brindar un entorno agradable, velar por el bienestar del paciente, brindar acompañamiento físico y emocional.
CONCLUSIONES	En conclusión, el rol del profesional de enfermería en los ACV isquémicos se orienta principalmente a los cuidados para en su prevención.
APORTE AL TRABAJO	Este estudio nos ayuda a aportar más evidencia para el trabajo de investigación.
FUENTE	https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/20238/1/2020_BlancoFontalvoyMoralescuidados_enfermeria_pacientes.pdf

BASE DE DATOS BVS (LILACS)

AUTOR (ES)	Hernán Bayona, Andrés Díaz, Alejandro Jaramillo, Lina Posada
TÍTULO DE ARTÍCULOS	Concordancia en la realización del triaje entre enfermería y neurología en pacientes con accidente cerebrovascular isquémico en un hospital universitario: un estudio de corte transversal en un hospital de Bogotá.
AÑO/PAÍS	2015/ Colombia
IDIOMA	Español
DISEÑO/METODOLÓGICO	Estudio clínico de corte transversal
RESULTADOS	La correcta clasificación en el triaje estuvo presente en 74,4% de los pacientes de acuerdo con los datos de enfermería y en el 64% según neurología, lo que muestra una concordancia moderada.
CONCLUSIONES	La descripción del inicio de síntomas incluidos la fecha y hora es esencial para una correcta clasificación. El uso de un código de accidente cerebrovascular podría optimizar el tratamiento hospitalario, además de utilizar escalas de reconocimiento como Cincinnati.
APORTE AL TRABAJO	En este estudio reportaron una concordancia con datos enfermería y neurología en servicio de emergencia, lo que permitió contrastar de dichos resultados con otros estudios.
FUENTE	https://doi.org/10.18270/rce.v10i10.580

BASE DE DATOS SCIELO

AUTOR (ES)	Mónica Ortiz, Natalia Valencia, Eder Moreno, María Zafra, Laura Espinel, Daniel Villarreal, Laura Hernández, Paula Caro, Maria Galindo, Valentina Sierra, Angelica Peña, Maria Gutiérrez, Hernán Bayona.
TÍTULO DE ARTÍCULOS	ACV y covid-19: una revisión de los estudios observacionales publicados en época de pandemia
AÑO/PAÍS	2020/Colombia
IDIOMA	Español
DISEÑO/METODOLÓGICO	Tipo de estudio descriptivo observacional
RESULTADOS	Se obtuvieron ocho estudios, con 43 sujetos que tuvieron ACV isquémico e infección por SARSCoV-2. La edad promedio fue de 67,4 años, siendo en su mayoría hombres (58,1%). Un hallazgo importante fue el número de casos de ACV con oclusión de vaso grande en 22 de 31 casos reportados (71%). El estadio más frecuente por covid-19 fue el de condición severa 58,3%.
CONCLUSIONES	Los marcadores de inflamación generalmente están presentes la infección por SARSCoV-2 en relación con el desarrollo de ACV. Establecer códigos protegidos de ACV es una medida a efectuar en nuestro medio.
APORTE AL TRABAJO	Dentro de este estudio nos muestra la afectación en la salud por covid 19 en tiempos de pandemia, el cual tiene una relación con mi problema de investigación ya que el incremento de casos se mostró en ese tiempo con alta demanda de pacientes adultos mayores con ACV isquémico.
FUENTE	https://doi.org/10.22379/24224022280

BASE DE DATOS SCIENCE DIRECT

AUTOR (ES)	Sonia Pinero-Sáez, M. Pilar Córcoles-Jiménez y M. Victoria Ruiz-García
TÍTULO DE ARTÍCULOS	Resultados de la implantación de una Guía de Buenas Prácticas en pacientes con ictus.
AÑO/PAÍS	2018/ España
IDIOMA	Español
DISEÑO/METODOLÓGICO	Estudio cuasi-experimental pre-post.
RESULTADOS	Un total de 457 pacientes; 64,1% hombres, edad media 68,8 años; ictus isquémicos 76,1%, 16,8% AIT y 7% hemorrágicos. No existieron diferencias en edad, sexo e independencia para las ABVD entre periodos, sí respecto al tipo de ictus. En todas las variables de proceso se produjeron mejoras significativas por periodos. Como resultados en pacientes se produjeron 6 neumonías, 3 LPP y 7 caídas; un 54,5% eran independientes para las ABVD al alta.
CONCLUSIONES	Existen buenos niveles de implantación de todas las recomendaciones, detectando posibilidades de mejora en valoración de disfagia e independencia al alta, proporcionar educación sanitaria y sobre la cumplimentación de registros.
APORTE AL TRABAJO	En este estudio evidenciaron que las guías de buenas prácticas son útiles y funcionan para el manejo del paciente con ACV isquémico, este aporte es esencial para seguir con las actualizaciones de guías en enfermería.
FUENTE	https://doi.org/10.1016/j.sedene.2018.04.001

BASE DE DATOS SCIENCE DIRECT

AUTOR (ES)	Sonia Piñero Sáez, Ana Carmen Sanz Aznarez, María Victoria Ruiz García, María Josefa González García, Leire Mena Sucunza, María Pilar Córcoles Jiménez
TÍTULO DE ARTÍCULOS	Implantación de la Guía de buenas prácticas: valoración del ictus mediante la atención continuada en pacientes hospitalizados
AÑO/PAÍS	2020/ España
IDIOMA	Ingles
DISEÑO/METODOLÓGICO	Estudio cuasi-experimental pre/post-intervención.
RESULTADOS	Se evaluaron 1.270 pacientes en el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (CHUA) y 627 en el Complejo Hospitalario de Navarra (CHN), mayoritariamente hombres > 69 años y con alta incidencia de ictus isquémicos. En el CHUA se registraron 16 lesiones por presión, 17 caídas y 20 casos de neumonías por aspiración. En CHN se identificaron 15 casos de lesiones por presión. El aumento de casos se atribuye al incremento de pacientes evaluados y a una mayor concienciación para registrar estos eventos.
CONCLUSIONES	La aplicación de las recomendaciones de la GBP ha mejorado de manera estadísticamente significativa a lo largo del tiempo.
APORTE AL TRABAJO	Gran aporte al trabajo por sus resultados positivos y nos dice que las guías de buenas prácticas son eficientes en la práctica clínica aplicada por enfermería.
FUENTE	https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.10.026

BASE DE DATOS SCIELO

AUTOR (ES)	Evelyn Mariños Sánchez, Poul Espino Alvarado, Liliana Rodriguez, Elliot Barreto Acevedo
TÍTULO DE ARTÍCULOS	Manifestaciones neurológicas asociadas a COVID-19 en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins, Perú
AÑO/PAÍS	2020/ Perú
IDIOMA	Español
DISEÑO/METODOLÓGICO	Estudio observacional, descriptivo, transversal.
RESULTADOS	De 1122 pacientes, 354 (31,5%) presentaron alguna manifestación neurológica, en tanto que 26,9% mostraron síntomas del sistema nervioso central (SNC) y 8,4% del sistema nervioso periféricos (SNP). El síntoma más frecuente del SNC fue cefalea (19,7%) y como patologías: encefalopatía (4,7%), el ACV Isquémico fueron 30 casos, representó el 88% del total de ACV, el 2,7% del total de la muestra de pacientes infectados por SARS-CoV-2, crisis epiléptica sintomática aguda (0,5%), hemorragia cerebral (0,4%), encefalitis (0,2%). Dentro de las manifestaciones del SNP predominaron mialgia (3,4%), anosmia (3,1%), disgeusia (2,9%) y, como patologías, rabdomiólisis (1,3%). La tasa de letalidad alcanzó el 32,7%.
CONCLUSIONES	Pacientes con infección por SARS-CoV-2 pueden presentar sintomatología neurológica como la descrita en el presente estudio, y sus manifestaciones deben ser consideradas en la atención oportuna e integral de los casos.
APORTE AL TRABAJO	En esta investigación reportaron las sintomatologías neurológicas el cual aporta en la consideración de atención rápida y oportuna en emergencia.
FUENTE	http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S0034-85972020000400243&script=sci_arttext&tlng=en

BASE DE DATOS SCIENCE DIRECT

AUTOR (ES)	Raúl C. Rey, Carlos S. Claverie, Matías J. Alet, Sandra M. Lepera, Leonardo A. González
TÍTULO DE ARTÍCULOS	Manejo del accidente cerebrovascular en unidad especializada de un hospital público en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires y su relación con el sistema de atención médica de urgencias
AÑO/PAÍS	2018/ Argentina
IDIOMA	Español
DISEÑO/METODOLÓGICO	Estudio observacional, prospectivo
RESULTADOS	Fueron evaluados 251 pacientes, 83 internados en la Unidad. Veinticuatro (31,2%) ingresaron por derivación y 26 recibieron trombólisis intravenosa. Tiempos medios: primera consulta 50minutos, puerta-aguja 81,4minutos, inicio de síntomas a trombólisis 187minutos. Aquellos derivados presentaron mayor demora. En este período recibió trombólisis en nuestro centro solo el 1% de los ACV ocurridos en la ciudad.
CONCLUSIONES	La organización de unidades de ACV demostró mejorar la mortalidad e independencia de los pacientes. Mayor disponibilidad de instituciones capacitadas con una distribución estratégica permitiría aumentar el número de tratamientos.
APORTE AL TRABAJO	Me permite contrastar con otros estudios sobre la importancia que es el tiempo para actuar ante un caso con ACV isquémico en una emergencia.
FUENTE	https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-argentina-301-articulo-manejo-del-accidente-cerebrovascular-unidad-S1853002818300648

BASE DE DATOS SCIENCE DIRECT

AUTOR (ES)	E. Sanjuana, O. Pancorboa, K. Santanaa, O. Miñarroa, V. Salaa, M. Muchadaa, S. Boneda, J.M. Juegaa, J. Pagolaa, Á. García-Tornela,
TÍTULO DE ARTÍCULOS	Manejo del ictus agudo. Tratamientos y cuidados específicos de enfermería en la Unidad de Ictus
AÑO/PAÍS	2020/ España
IDIOMA	Español
DISEÑO/METODOLÓGICO	Revisión basada en evidencias sobre los cuidados.
RESULTADOS	Se describen la atención y los cuidados del ictus agudo en la fase prehospitalaria, el funcionamiento de código ictus, la atención por el equipo de ictus a la llegada al hospital, los tratamientos de reperfusión y sus limitaciones, el ingreso en la Unidad de Ictus, los cuidados de enfermería en la Unidad de Ictus y el alta hospitalaria.
CONCLUSIONES	Estas pautas proporcionan recomendaciones generales basadas en la evidencia actualmente disponible para guiar a los profesionales que atienden a pacientes con ictus agudo.
APORTE AL TRABAJO	Aporta la importancia que es la atención extrahospitalaria ante un paciente con ACV isquémico y el factor tiempo a considerar hasta llegar a la emergencia.
FUENTE	https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-295articulo-manejo-del-ictus-agudo-tratamientos-S0213485320302917

BASE DE DATOS SCIELO

AUTOR (ES)	Lic. Dayami Lescay Balanquet, Dr. Gerardo Téllez Gamayo, Dra. Marlene Fong Osejo, Lic. Fátima Flores Bolívar, Dr. C. Eulises Guerra Cepena.
TÍTULO DE ARTÍCULOS	Caracterización de pacientes con accidente cerebrovascular en un servicio de emergencias de Santiago de Cuba
AÑO/PAÍS	2020/ Cuba
IDIOMA	Español
DISEÑO/METODOLÓGICO	Estudio descriptivo y transversal
RESULTADOS	En la serie predominaron el sexo femenino (58,2 %) y el grupo etario de 61-70 años. Se comprobó que 26,2 % de los afectados permanecieron más de 6 horas en el Servicio de emergencias y se encontró una asociación de esta enfermedad con la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, la cardiopatía isquémica, el hábito de fumar, el alcoholismo y la hiperlipidemia; igualmente, el uso inadecuado del tratamiento farmacológico y de la ventilación mecánica artificial ocasionó una tasa de letalidad elevada.
CONCLUSIONES	A pesar de los estudios realizados en esta misma institución, se impone continuar profundizando en el adecuado control y seguimiento de dichos accidentes, así como también desarrollar estrategias que permitan la superación y preparación del personal médico y paramédico de ese centro hospitalario.
APORTE AL TRABAJO	En esta investigación nos aporta haciendo recuerdo de actualización sobre las causas del ACV isquémico y la importancia del factor tiempo.
FUENTE	http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192020000300420

BASE DE DATOS SCIELO

AUTOR (ES)	Isabel de Jesus Oliveira, Susana Isabel Faria de Almeida, Liliana Andreia Neves da Mota, Germano Rodrigues Couto.
TÍTULO DE ARTÍCULOS	Conceptualización de los cuidados de enfermería a la persona con problemas de deglución después del accidente cerebrovascular.
AÑO/PAÍS	2020/ Colombia
IDIOMA	Español
DISEÑO/METODOLÓGICO	Estudio exploratorio y descriptivo
RESULTADOS	Varios factores influyen en el proceso de toma de decisiones en enfermería, lo que da lugar a prácticas basadas en la lógica de la intervención interdependiente. En las terapias de enfermería, las limitaciones se identifican en la documentación de las prácticas.
CONCLUSIONES	Se destaca el enfoque centrado en la persona y la familia, y su participación en el proceso de atención.
APORTE AL TRABAJO	Aporta la importancia de realizar cuidados de enfermería para el beneficio del paciente.
FUENTE	http://www.scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832020000400005&lang=pt

BASE DE DATOS SCIELO

AUTOR (ES)	A. Díaz-Avila, C. Intriago-Ruíz
TÍTULO DE ARTÍCULOS	Guía para un Plan de egreso en personas con secuelas por Enfermedad Vascul ar Cerebral
AÑO/PAÍS	2020/ México
IDIOMA	Español
DISEÑO/METODOLÓGICO	Revisión de la literatura que constó de tres fases.
RESULTADOS	En la primera fase se analizaron 39 estudios, 16 de tipo cualitativo, 11 cuantitativos, ocho Guías de práctica clínica, tres mixtos y dos tesis; posteriormente, en la segunda fase se estableció la delimitación del tema con base en el criterio de evidencia científica y los diagnósticos enfermeros de la NANDA, y finalmente; en la tercera fase, se prescribieron las principales intervenciones de cuidado a implementar tras el egreso de pacientes con AVC.
CONCLUSIONES	El plan de egreso forma parte del cuidado integral y humanizado, requiere llevarse a cabo de forma habitual para facilitar el diálogo sobre las incertidumbres, dudas y angustias presentes, frecuentemente. A su vez, las guías de cuidado contribuyen a establecer el plan de egreso al enfermo, con el propósito de disminuir los reingresos hospitalarios, prevenir complicaciones y mejorar su calidad de vida, además de poder seguir innovando la práctica clínica de enfermería.
APORTE AL TRABAJO	Este estudio aporta en la prevención de complicaciones y manejo en pacientes con ACV isquémico.
FUENTE	http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632019000400452&lang=pt

BASE DE DATOS SCIELO

AUTOR (ES)	Paloma de Castro Brandão, Gabriela Marcellino de Melo Lanzoni, Isabela Cardoso de Matos Pinto.
TÍTULO DE ARTÍCULOS	Interacción de redes profesionales en el cuidado de pacientes con accidente cerebrovascular
AÑO/PAÍS	2022/ Brasil
IDIOMA	Portugués
DISEÑO/METODOLÓGICO	Investigación cualitativa
RESULTADOS	5 categorías y 24 subcategorías apuntan a metas compartidas entre los profesionales, pero muestran elementos de fragmentación de las conexiones entre los servicios, como la ausencia de un único lenguaje y conducta, obstáculos a las relaciones profesionales y desconocimiento del papel del otro.
CONCLUSIONES	para mejorar las relaciones en red y la atención a los pacientes con ictus, se necesitan elementos de conexión bien establecidos, como flujos y protocolos, apoyados en acciones de educación permanente.
APORTE AL TRABAJO	Aporta lo importante que el conocimiento y la comunicación de un único lenguaje entre profesionales de salud para el bienestar del paciente ante una emergencia ya que es un momento crucial.
FUENTE	https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0533

BASE DE DATOS SCIELO

AUTOR (ES)	Alejandro M. Brunser, Enrico Mazzon, Paula Muñoz, Arnold Hoppe, Pablo M. Lavados, Alexis Rojo, Víctor Navia, Gabriel Cavada, Verónica V. Olavarría, Eloy Mansilla.
TÍTULO DE ARTÍCULOS	Determinantes del tiempo puerta-aguja en trombólisis endovenosa en el infarto cerebral, experiencia de un centro
AÑO/PAÍS	2020/ Chile
IDIOMA	Español
DISEÑO/METODOLÓGICO	Estudio prospectivo
RESULTADOS	Se utilizó trombólisis intravenosa (TI) en 205 pacientes. 165 pacientes (80,4%) fueron tratados con un TpoPA en el rango recomendado de 60 min, de los cuales 22 (10,7%) fueron trombolizados con un TpoPA inferior a 20 min de evolución y 143 pacientes (69,7%) con un TpoPA entre 20 y 59 min. 40 casos (19,5% [IC 95%; 14,4-25,7]) fueron tratados con TpoPA superior a 60 min. Motivos que determinaron según el neurólogo un TpoPA superior a los 60 min, estos fueron principalmente: la falla de identificación del ACVi por el triaje de urgencia, dudas diagnósticas en cuanto a la naturaleza isquémica.
CONCLUSIONES	Los elementos individuales que se correlacionaron con el tiempo transcurrido desde el ingreso hospitalario hasta el bolo trombolítico se denomina tiempo puerta-aguja (DNT) mayor a 60 min fueron la no detección del accidente cerebrovascular isquémico agudo (AIS) durante el triaje y las dudas sobre su diagnóstico.
APORTE AL TRABAJO	Gran aporte para la enfermería donde toda enfermera debe estar capacitada con conocimiento científico para actuar ante una emergencia, este trabajo nos muestra los determinantes que debemos mejorar para una atención oportuna y eficaz.
FUENTE	https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872020000801090

BASE DE DATOS MEDLINE

AUTOR (ES)	Malekzadeh, Javad; Shafae, Hojjat; Behnam, Hamidreza; Mirhaghi, Amir.
TÍTULO DE ARTÍCULOS	El efecto de la Escala de Accidentes Cerebrovasculares Prehospitalarios de Cincinnati en la clasificación telefónica de pacientes con accidente cerebrovascular: práctica basada en evidencia en servicios médicos de emergencia.
AÑO/PAÍS	2017/ Irán
IDIOMA	Ingles
DISEÑO/METODOLÓGICO	Se llevó a cabo un estudio cuasi experimental
RESULTADOS	246 pacientes fueron asignados aleatoriamente al grupo de intervención CPSS, la edad media de los pacientes fue 70 años. De todos los casos, el 77,7 y el 65,6% de los pacientes en los grupos de intervención y control, respectivamente, fueron clasificados con precisión.
CONCLUSIONES	CPSS es más eficiente para que lo utilicen las enfermeras de clasificación telefónica para identificar un accidente cerebrovascular y respalda la atención basada en evidencia.
APORTE AL TRABAJO	El uso de la escala de Cincinnati ayuda a las enfermeras a reducir el error de clasificación ante un paciente con ACV.
FUENTE	https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/mdl-26057652

BASE DE DATOS MEDLINE

AUTOR (ES)	Ver Hage, Anna; Teleb, Mohamed; Smith, Evelyn.
TÍTULO DE ARTÍCULOS	Un protocolo emergente de detección de oclusión de grandes vasos para accidentes cerebrovasculares agudos: una iniciativa de mejora de la calidad
AÑO/PAÍS	2018/ Azerbaiyán
IDIOMA	Ingles
DISEÑO/METODOLÓGICO	Estudio retrospectivo de historias clínicas
RESULTADOS	76 pacientes ingresados en un gran centro urbano de accidentes cerebrovasculares. De estos, 36 se presentaron durante un período de 4 meses antes de la implementación de la herramienta Stroke Vision, Aphasia, Neglect (Stroke VAN) para evaluar ELVO, riesgo; 40 pacientes ingresaron durante los 4 meses posteriores a la implementación de Stroke VAN. Los tiempos medios de exploración de angiografía por tomografía computarizada puerta a puerta se redujeron de 119 a 49 minutos para todos los pacientes y se redujeron de 77 a 27 minutos en un subconjunto de pacientes con VAN positivo.
CONCLUSIONES	La implementación de la herramienta de detección VAN para evaluar ELVO se asoció con menores tiempos de angiografía por tomografía computarizada puerta y una identificación más rápida de pacientes endovasculares elegibles con accidente cerebrovascular isquémico.
APORTE AL TRABAJO	Aporta para nuestras acciones de enfermería la mejora de calidad y el manejo eficiente con protocolos.
FUENTE	https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/mdl-29521729

BASE DE DATOS MEDLINE

AUTOR (ES)	Yuqi Liu, Chengyong Wang, Yuanpeng Han
TÍTULO DE ARTÍCULOS	Manejo del Infarto Cerebral Agudo mediante Trombólisis Intravenosa con Receptor de Células T Recombinantes y Activador de Plasminógeno y Asociación de Ruta de Enfermería de Emergencia en el Pronóstico.
AÑO/PAÍS	2023/ China
IDIOMA	Ingles
DISEÑO/METODOLÓGICO	Investigación prospectiva
RESULTADOS	Seleccionaron aleatoriamente 100 pacientes que se dividieron equitativamente en grupos experimentales y de control. Se analizaron el período de ingreso hospitalario, los resultados de la Evaluación Cognitiva de Montreal (MoCA) y el Mini-Examen del Estado Mental (MMSE), los resultados de la Escala de Resultados de Glasgow (GOS) y los resultados de las Actividades de la Vida Diaria, antes y después de la intervención. Tanto el tiempo que llevó obtener un diagnóstico después de ser admitido como el tiempo que tomó recibir terapia especializada después de recibir un diagnóstico se redujeron significativamente en el grupo de observación. Un mes después del alta, las puntuaciones de ADL, MoCA, MMSE y GOS aumentaron en ambos grupos, y se produjeron cambios más significativos en el grupo de observación.
CONCLUSIONES	El porcentaje de personas discapacitadas en el grupo de observación fue significativamente menor que el porcentaje en el grupo de control
APORTE AL TRABAJO	Aporta el paso crucial que es prepararse para recibir al paciente en la emergencia. El cual comprende salvar la vida del paciente, se establece un acceso intravenoso y se desarrolla un plan de reanimación basado en las pupilas del paciente, los reflejos de las extremidades, la presión arterial y el pulso, entre otros factores.

FUENTE	https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/mdl-37715436 Doi: http://dx.doi.org/10.14715/cmb/2023.69.8.3
---------------	--

BASE DE DATOS SCIENCE DIRECT

AUTOR (ES)	Sergio Daniel Scollo, Sandra Lepera, Raúl C. Rey, Leonardo A. González
TÍTULO DE ARTÍCULOS	Causas de no realización de trombólisis sistémica en pacientes ingresados a una unidad de ACV.
AÑO/PAÍS	2021 / Argentina
IDIOMA	Español
DISEÑO/METODO LÓGICO	Estudio observacional
RESULTADOS	De 472 pacientes internados, 216 (45,7%) llegaron fuera de la ventana terapéutica. De los pacientes que arribaron dentro de dicha ventana, no se realizó ETT en 122 (46,1%). Los motivos fueron: NIHSS bajo 41%, tener síntomas transitorios 31%, ACV hemorrágico 10%, hipertensión arterial no controlada 7%, ventana extendida asociada a criterio de riesgo elevado de sangrado 6%, otras causas 5%. El tiempo inicio-aguja y el tiempo puerta-aguja en 2019 fue de 142 y 47,9 min, respectivamente.
CONCLUSIONES	La llegada tardía a unidad de ACV es la causa más común por la que a un paciente no se le realiza Tratamiento Trombolítico Endovenoso (TTE), punto de mejora con educación poblacional y médica continua, más la reducción de los tiempos de atención prehospitolaria. Los que llegan en ventana terapéutica, los ACV menores o con síntomas transitorios representan el mayor porcentaje de los que no reciben TTE, grupo en el que evalúan si para algunos pacientes la TTE sería más beneficiosa que la no trombólisis.
APORTE AL TRABAJO	Aporta la importancia de la aplicación de la escala de NIHSS al inicio como durante la evolución de la enfermedad.
FUENTE	https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1853002821000057

BASE DE DATOS SCIELO

AUTOR (ES)	Leandro Ruiz, Erika Muñoz, Andrés Gaye Saavedra, Richard Pons, Joaquin Ordoqui, Catalina Gonzales, Juan Gil.
TÍTULO DE ARTÍCULOS	Complicaciones neurológicas y extra neurológicas en pacientes con ACV internados en el Hospital de Clínicas de Montevideo durante un período de 2 años
AÑO/PAÍS	2020 /Uruguay
IDIOMA	Español
DISEÑO/METODOLÓGICO	Estudio descriptivo, observacional
RESULTADOS	Se analizaron 206 pacientes, 57 % de los cuales presentaron complicaciones, indistintamente del subtipo de ACV. Las más habituales fueron las sistémicas, en 49 % de los casos. La edad, diabetes, NIHSS al ingreso, cardiopatía previa y trombólisis se asociaron en forma significativa e independiente a complicaciones. La mortalidad intrahospitalaria fue 11 %, siendo significativamente menor en los pacientes que ingresaron a la Unidad de ACV del centro.
CONCLUSIONES	Las complicaciones fueron muy frecuentes y la principal causa de muerte, siendo las sistémicas las más prevalentes. Ciertas variables se asociaron a un mayor riesgo de complicaciones: edad, diabetes, cardiopatía previa, NIHSS al ingreso, y la trombólisis. La Unidad de ACV descendió la mortalidad en forma significativa.
APOORTE AL TRABAJO	Aporta para el manejo y prevención de complicaciones en pacientes de enfermedad vascular cerebral ya que en este estudio evidencia la causa de muerte por las complicaciones frecuentes.
FUENTE	http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2301-12542020000101209

BASE DE DATOS PUBMED

AUTOR (ES)	Ali M Al Khathaami, Bayan Al Bdah, Maisoun Tarawneh, Mohammed Alskaini, Faris Alotaibi, Abdulaziz Alshalan, Mohammed Al Muhraj, Daham Aldaham, Nasser Alotaibi.
TÍTULO DE ARTÍCULOS	Utilización del activador del plasminógeno tisular intravenoso y motivos de su falta de uso en el accidente cerebrovascular isquémico agudo.
AÑO/PAÍS	2020 / Arabia Saudita
IDIOMA	Ingles
DISEÑO/METODOLÓGICO	Estudio retrospectivo
RESULTADOS	De 1.366 pacientes con sospecha de accidente cerebrovascular, 819 (60%) tenían AIS. Las tasas de utilización de alteplasa fueron del 8,6 % y el 29 %. La razón más común para no recibir tratamiento con alteplasa fue la llegada tardía. Sólo 244 (29,8%) de los pacientes con AIS llegaron dentro del plazo previsto para el tratamiento. Entre los pacientes con déficit neurológico repentino que llegaron dentro del período terapéutico, las razones más comunes fueron el déficit neurológico leve (puntuación en la escala de accidentes cerebrovasculares de los Institutos Nacionales de Salud <5, 29,9%)
CONCLUSIONES	El estudio mostró una tasa de utilización de alteplasa comparable a la mayoría de las estimaciones internacionales. La baja tasa de utilización se atribuyó principalmente a la llegada tardía de los pacientes. Se necesitan intervenciones urgentes para mejorar la conciencia pública sobre el reconocimiento del accidente cerebrovascular y la atención prehospitalaria del accidente cerebrovascular.
APORTE AL TRABAJO	Aporta a la evidencia de las intervenciones de enfermería en el tratamiento trombolítico en pacientes con ACV isquémico.
FUENTE	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32173225/

BASE DE DATOS PUBMED

AUTOR (ES)	Asha P Jacob, Mengxi Wang, Munachi Okpala, José Miguel Yamal, James C. Grotta, Stephanie Parker
TÍTULO DE ARTÍCULOS	Dosificación del activador del plasminógeno tisular en una unidad móvil para accidentes cerebrovasculares: comparación entre los pesos estimados y medidos en el hospital.
AÑO/PAÍS	2021 / Estados Unidos
IDIOMA	Ingles
DISEÑO/METODOLÓGICO	Estudio prospectivo
RESULTADOS	Entre 337 pacientes, la mediana del peso estimado y medido en el hospital fue de 79,0 kg y 78,5 kg. La mediana del valor absoluto de la diferencia entre el peso estimado y el medido fue de 2,7 kg. La mediana de la diferencia porcentual en peso fue del 3,6%. La diferencia mediana entre la dosis del activador del plasminógeno tisular administrada en la MSU y la dosis recomendada basada en el peso real fue de 1,3 mg en valor absoluto. En 56 pacientes (16,6% de toda la muestra) con sobreestimación del peso superior al 10%, no hubo hemorragias intracerebral sintomáticas. No hubo asociación entre la diferencia de peso y la puntuación de Rankin modificada al alta.
CONCLUSIONES	La estimación del peso en una MSU puede conducir a una dosificación similar del activador del plasminógeno tisular para el 83,4% de los sujetos en comparación con si la dosificación se determinara en función del peso real. La sobreestimación o subestimación del peso no tuvo ningún impacto detectado en los resultados del activador del plasminógeno tisular.
APORTE AL TRABAJO	La dosificación del rtPA se determinará en función del peso real.
FUENTE	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34091516/

BASE DE DATOS PUBMED

AUTOR (ES)	Prakash R Paliwal, Arvind Sharma, RN Komal Kumar, Lily YH Wong, Bernard PL Chan, Hock Luen Teoh, Vijay Sharma.
TÍTULO DE ARTÍCULOS	Efecto de la estimación errónea del peso corporal sobre el resultado de pacientes con accidente cerebrovascular trombolizados.
AÑO/PAÍS	2020 / Estados Unidos
IDIOMA	Ingles
DISEÑO/METODOLÓGICO	Estudio retrospectivo multicéntrico
RESULTADOS	El estudio incluyó a 150 pacientes. La mediana de edad fue de 64 años, con preponderancia masculina (67%) y una puntuación NIHSS mediana de 9 puntos. El peso medio medido de nuestra población de estudio fue de 58 kg. La diferencia mediana entre el peso corporal real y estimado fue de 3 kg. La diferencia fue superior al 10% en 35 pacientes. Se logró un buen resultado funcional en 74 (49,3%) pacientes y 10 (6,8%) desarrollaron hemorragia intracraneal sintomática (SICH). NIHSS y aterosclerosis de grandes arterias fueron predictores independientes de resultado funcional desfavorable.
CONCLUSIONES	En los pacientes el peso estimado y real difirió en más del 10% debe interpretarse con precaución debido al tamaño limitado de la muestra. Se produce una diferencia significativa entre el peso corporal estimado y el real en una proporción considerable de pacientes con ACVi trombolizados. Sin embargo, esta discrepancia no afecta el resultado funcional ni el riesgo de SICH.
APORTE AL TRABAJO	Aporta sobre la dosificación según el peso corporal vía intravenosa, El activador tisular del plasminógeno sigue siendo el único tratamiento para el accidente cerebrovascular isquémico agudo.
FUENTE	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32337652/

BASE DE DATOS GOOGLE ACADEMICO

AUTOR (ES)	Elmer Catangui
TÍTULO DE ARTÍCULOS	Mejora de la competencia de las enfermeras en la escala de coma de Glasgow (GCS) en una unidad de accidentes cerebrovasculares agudos.
AÑO/PAÍS	2019 / Arabia Saudita
IDIOMA	Ingles
DISEÑO/METODOLÓGICO	Estudio descriptivo
RESULTADOS	Se realizo un análisis en el que las participantes son miembros del equipo de enfermería en donde se analizan la competencia de las enfermeras cuando se aplica monitorización con el uso de la escala de Glasgow en pacientes que sufrieron un ACV. Las enfermeras demostraron buena competencia en el uso de la escala, aunque existió una confusión en el área de evaluación motora además de que algunas podían ignorar signos tempranos importantes de deterioro neurológico, por lo que se recomienda implantar más medidas educativas por lo menos 1 vez al año.
CONCLUSIONES	La GCS es una herramienta sencilla, por lo que las enfermeras deben ser expertas en aplicar esta valiosa habilidad de evaluación en la práctica clínica. La educación, las competencias y el seguimiento son ingredientes clave para garantizar que las enfermeras estén actualizadas con la práctica de GCS.
APORTE AL TRABAJO	Herramienta básica para toda enfermera profesional en el servicio de emergencia ante un paciente con enfermedad vascular cerebral.
FUENTE	http://dx.doi.org/10.36959/545/370

ANEXO 2: ESCALAS DE VALORACIÓN

Escala de Cincinnati

Parámetros	Resultados
Asimetría facial Normal: ambos lados de la cara se mueven por igual manera. Anormal: un lado de la cara no se mueve de la misma manera que el otro.	La identificación de un parámetro anormal, presenta probabilidad tener 72% de ACV, si se obtiene alteración de los tres parámetros se estima 85% o más de probabilidad de ACV.
Derivación asimétrica de los brazos Normal: ambos lados se mueven por igual. Anormal: un brazo deriva respecto del otro.	
Habla Normal: el paciente utiliza correctamente las palabras sin balbucir. Anormal: el paciente articula mal las palabras o las utiliza de un modo confuso o no habla.	

Escala de coma de Glasgow

Parámetros	Resultados
Respuesta ocular: 4 espontánea, 3 orden verbal, 2 dolor, 1 no responde.	13-15: lesión cerebral leve 9-12: lesión cerebral moderada 3-8: lesión cerebral severa
Respuesta verbal: 5 orientado y conversando, 4 desorientado y hablando, 3 palabras inapropiadas, 2 sonidos incomprensibles, 1 ninguna respuesta.	
Respuesta motora: 6 orden verbal Obedece ,5 localiza dolor,4 retirada y flexión ,3 flexión anormal ,2 extensión ,1 ninguna respuesta.	

Escala de Infarto Cerebral del Instituto Nacional de Salud (NIHSS por sus siglas en inglés)

1ª. Nivel de conciencia	Alerta	0
	Somnoliento	1
	Estupor	2
	Respuestas reflejas o coma	3
1b. Preguntas <i>¿En qué mes estamos?</i> <i>¿Qué edad tiene?</i>	Ambas respuestas correctas	0
	Una respuesta es correcta	1
	Ninguna orden es correcta	2
1b. Órdenes motoras <i>1- cierre los ojos</i> <i>2- abra y cierre la mano</i>	Ambas órdenes son correctas	0
	Una orden es correcta	1
	Ninguna orden es correcta	2
2. Mirada conjugada	Normal	0
	Parálisis parcial de la mirada	1
	Desviación forzada de la mirada	2
3. Campo visual	Normal	0
	Hemianopsia parcial	1
	Hemianopsia completa Ceguera	2
4. Parálisis facial:	Movilidad normal	0
	Paresia menor	1
	Paresia parcial	2
	Parálisis completa de la hemicara	3
5. Miembro superior derecho/ miembro superior izquierdo Se evalúa en 10 segundos	No caída del miembro	0
	Caída en <10 segundos	1
	Esfuerzo contra la gravedad	2
	Movimiento en plano horizontal	3
	No movimiento	4
6. Miembro inferior derecho/ miembro inferior izquierdo Se evalúa en 5 segundos	No caída del miembro	0
	Caída en <5 segundos	1
	Esfuerzo contra la gravedad	2
	Movimiento en plano horizontal	3
	No movimiento	4
7. Ataxia de miembros	Ausente	0
	Presente en 1 extremidad	1
	En 2 o más extremidades	2
8. Exploración sensitiva	Normal	0
	Pedida entre ligera a moderada	1
	Pedida entre grave y total	2
9. Lenguaje	Normal	0
	Afasia ligera a moderada	1
	Afasia grave	2
	Afasia global	3
10. Disartria	Normal	0
	Ligera a moderada	1
	Grave a anartria	2
11. Extinción e Inatención (negligencia)	Normal (sensitiva, auditiva y visual)	0
	Extinción de 1 modalidad	1
	Extinción >1 modalidad	2
Resultados	Déficit leve:	0-5
	Déficit moderado:	6-15
	Déficit severo:	16- 20
	Déficit muy severo:	21- 42

Escala de Rankin Modificada

Parámetros	Resultados
0 = paciente que no presenta síntomas.	0= paciente asintomático
1 = paciente con síntomas no significativos.	1= discapacidad no significativa
2 = impedimento de realizar actividades cotidianas, pero puede ocuparse de su cuidado.	2= discapacidad leve
3 = necesidad de asistencia, pero puede caminar solo.	3= discapacidad moderada
4 = no puede caminar solo, ni atender sus necesidades fisiológicas.	4= discapacidad moderadamente severa
5 = se encuentra postrado y requiere de cuidados constantes.	5= discapacidad severa
6 = muerte	6= muerte

Metas en el infarto cerebral agudo de acuerdo con NINDS: candidatos potenciales de rt-PA



Metas de tiempo máximas	
Puerta- valoración por un médico	10 min
Puerta - TC completa	25 min
Puerta – TC interpretada	45 min
Puerta – inicio de trombolítico	60 min
Valoración médica	15 min
Evaluación por neurocirugía*	2 h
Admisión a cama monitorizada	3 h

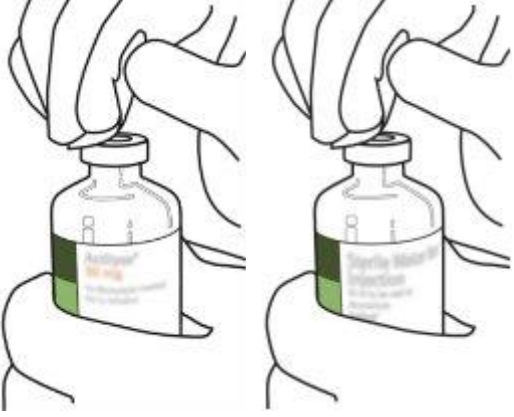
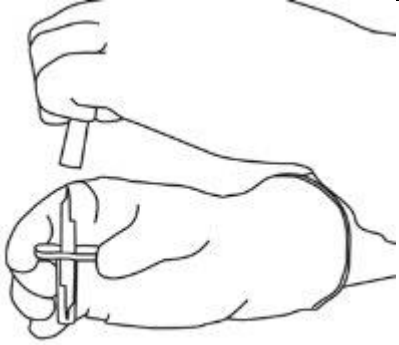

NINDS = Instituto Nacional de Enfermedades Neurológicas. rt-PA = activador tisular de plasminógeno recombinante. TC = tomografía computada

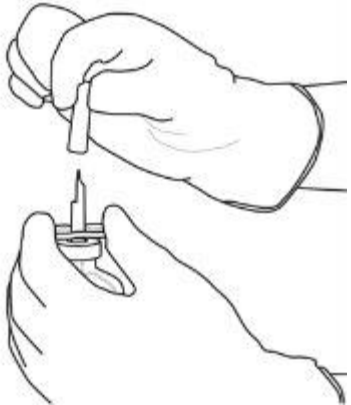

Toma de presión arterial por tiempos a partir del inicio de la trombólisis intravenosa.

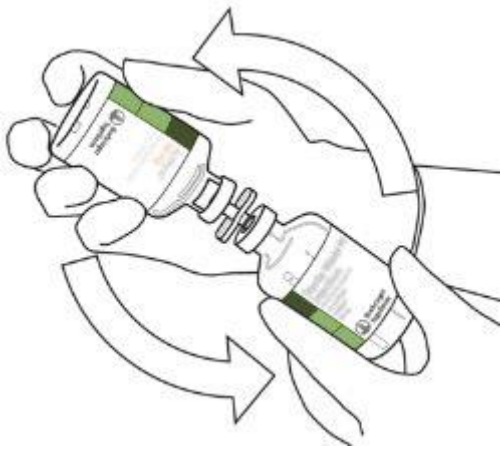
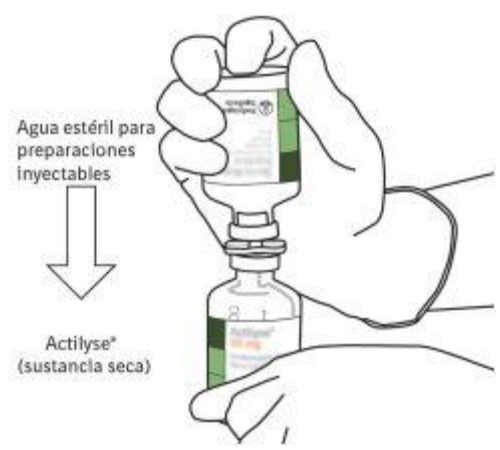

Tiempo	Intervalo de tiempo entre tomas	Metas presión arterial
Primeras 2 horas	Cada 15 minutos	<180/105 mmHg
Próximas 6 horas	Cada 30 minutos	<180/105 mmHg
Hasta cumplir 24 horas	Cada 60 minutos (cada hora)	<180/105 mmHg

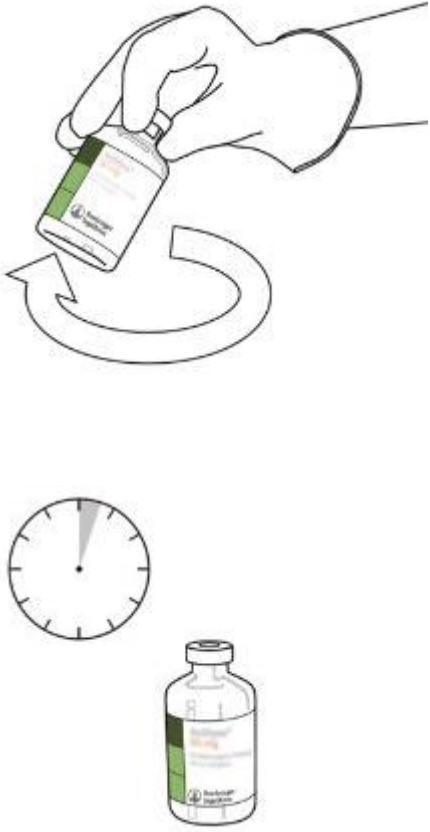
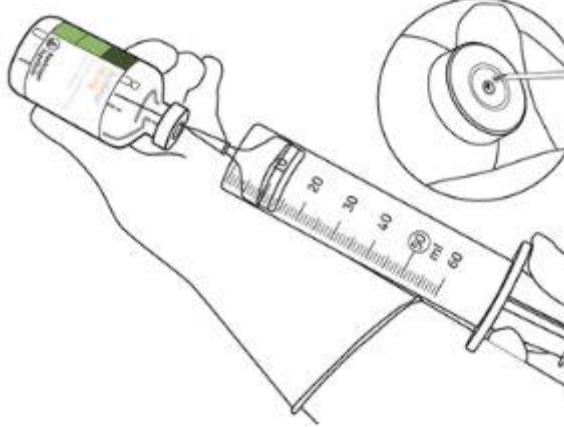
ANEXO 3: PREPARACIÓN DEL ALTEPLASE (RT-PA)

1	Reconstituir inmediatamente antes de su administración.	
2	Retirar las tapas protectoras de los dos viales que contienen agua estéril y Actilyse sustancia seca, respectivamente, tirándolas hacia arriba con un dedo.	

3	<p>Limpiar el tapón de goma de cada uno de los viales con una toallita con alcohol.</p>	
4	<p>Sacar la cánula de transferencia* de su envoltorio. No desinfectar ni esterilizar la cánula de transferencia; es estéril. Quitar la tapa.</p>	
5	<p>Mantener el vial de agua estéril vertical sobre una superficie estable. Directamente desde arriba, perforar el tapón de goma verticalmente en el centro del tapón con la cánula de transferencia, presionando con cuidado, pero firmemente, sin girar.</p>	 <p>Agua estéril para preparaciones inyectables</p>

<p>6</p>	<p>Sujetar el vial de agua estéril y la cánula de transferencia firmemente con una mano utilizando las dos solapas laterales.</p> <p>Retirar la tapa restante de la parte superior de la cánula de transferencia.</p>	
<p>7</p>	<p>Sujetar el vial de agua estéril y la cánula de transferencia firmemente con una mano utilizando las dos solapas laterales.</p> <p>Sujetar el vial con Actilyse sustancia seca verticalmente encima de la cánula de transferencia y posicionar la punta de la cánula de transferencia justo en el centro del tapón.</p> <p>Presionar el vial con la sustancia seca hacia abajo con la cánula de transferencia directamente desde arriba, perforando el tapón de goma verticalmente y con cuidado, pero firmemente, sin girar.</p>	 <p>Actilyse® (sustancia seca)</p> <p>↓</p> <p>Agua estéril para preparaciones inyectables</p>

<p>8</p>	<p>Invertir los dos viales y permitir que el agua drene completamente en la sustancia seca.</p>	 <p>Diagram illustrating the inversion of two vials. The top vial is inverted, allowing the liquid to flow into the bottom vial. Arrows indicate the direction of flow.</p>  <p>Diagram illustrating the addition of sterile water to the Actilyse vial. A vial labeled "Actilyse® (sustancia seca)" is shown being filled with "Agua estéril para preparaciones inyectables" (sterile water for injectable preparations).</p>
<p>9</p>	<p>Retirar el vial de agua vacío junto con la cánula de transferencia. Se pueden desechar.</p>	 <p>Diagram illustrating the removal of the empty water vial and the transfer cannula. The vial is shown being held and the cannula is being removed.</p>

10	<p>Coger el vial con Actilyse reconstituido y girarlo con cuidado para disolver cualquier polvo restante pero no agitar, puesto que esto producirá espuma.</p> <p>Si hay burbujas, mantener la solución inmóvil durante unos minutos para permitir que desaparezcan.</p>	
11	<p>La solución reconstituida contiene 1 mg/ml de alteplasa. Debe ser límpida y de incolora a amarilla clara y no debe contener ninguna partícula.</p>	
12	<p>Extraer la cantidad requerida solamente utilizando una aguja y una jeringa.</p> <p>No utilizar la zona de punción de la cánula de transferencia para evitar pérdidas.</p>	
13	<p>Utilizar inmediatamente.</p> <p>Desechar la solución no utilizada.</p>	

* Si se incluye en el kit una cánula de transferencia. La reconstitución también se puede realizar con una jeringa y una aguja.

