



**UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO  
FACULTAD DE SALUD Y SERVICIOS SOCIALES**

**TRABAJO DE TITULACIÓN DE GRADO PREVIO A LA  
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE GRADO EN LA CARRERA DE  
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**

**PROPUESTA PRÁCTICA DEL EXAMEN DE GRADO O DE FIN DE  
CARRERA (DE CARÁCTER COMPLEXIVO)  
INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL**

**TEMA: Estrategia para el autocuidado en pacientes ambulatorios que  
han sufrido ECV**

**Autores:**

Yanes Villacrés Cinthya Nicole

Ureña Torres Sandra Rocío

**Tutor:** MSc. Ventura Soledispa Ivan Witer

**Milagro, mayo 2022**

**ECUADOR**

## **DEDICATORIA**

El presente trabajo investigativo lo dedicamos con mucha humildad y respeto principalmente a Dios por brindarnos salud, fortaleza y capacidad en cada paso de este arduo camino.

A nuestros padres quiénes con su infinito amor, paciencia y sacrificio durante el transcurso de todos estos años han inculcado en nosotras el ejemplo de esfuerzo y valentía. Gracias a ustedes hemos logrado llegar hasta aquí y convertirnos en lo que actualmente somos.

A nuestros queridos hermanos por su cariño y apoyo incondicional durante todo este proceso, gracias por estar siempre presentes.

A nuestra compañera de trabajo de tesis por ser un apoyo emocional e intelectual durante el transcurso de la carrera universitaria.

## **AGRADECIMIENTO**

Nuestra infinita gratitud a Dios por darnos el maravilloso regalo de la vida y por permitirnos haber llegado hasta este momento tan importante de nuestra formación profesional.

Gracias a nuestros apreciados docentes quiénes con su paciencia y sus valiosos conocimientos han sido pilar fundamental en nuestro aprendizaje académico y profesional. Dicen que la mejor herencia que nos pueden dejar los padres son los estudios, sin embargo, consideramos que no es el único legado del cual nosotras particularmente nos sentimos muy agradecidas. Nuestros padres son nuestro motor y nuestra mayor inspiración, les damos gracias por confiar y creer en nuestras expectativas, por los consejos, valores y principios que nos han inculcado y nos han ayudado a trazar nuestro camino.

## ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
ÍNDICE GENERAL.....	iv
ÍNDICE DE FIGURAS.....	vi
ÍNDICE DE TABLAS.....	vii
RESUMEN.....	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
CAPÍTULO 1.....	4
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	4
OBJETIVOS.....	7
Objetivo General.....	7
Objetivos específicos.....	7
CAPÍTULO 2.....	8
MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL.....	8
Evento cerebrovascular (ECV)- entender el fenómeno.....	8
ECV- Epidemiología.....	8
ECV - Abordaje clínico.....	9
Enfermedad Cerebrovascular: factores de riesgo.....	13
Factores de riesgo modificables.....	13
Factores de riesgo no modificables.....	15
ECV - Consecuencias.....	16
Pérdida del control voluntario de los movimientos normales.....	17
Dificultad para tragar, trastornos del habla y problemas de comprensión.....	18
Incontinencia.....	18
Problemas sensoriales.....	19
Problemas psicológicos y emocionales.....	19
Consecuencias sociales.....	19
Atención de enfermería de rehabilitación para pacientes con enfermedad cerebrovascular.....	19
Estrategias de autocuidado con apoyo utilizadas en pacientes con ECV.....	26

Teoría de autocuidado de Dorothea Orem .....	31
CAPÍTULO 3 .....	33
METODOLOGÍA.....	33
CAPÍTULO 4 .....	35
DESARROLLO DEL TEMA.....	35
CAPÍTULO 5 .....	39
CONCLUSIONES.....	39
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	40

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Opcional, acorde a las necesidades de la propuesta práctica.

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1</b> Manifestaciones clínicas del ECV según territorios vasculares.....	12
<b>Tabla 2</b> Posicionamiento del paciente con ECV .....	25
<b>Tabla 3</b> METODOLOGIA 5AS.....	27
<b>Tabla 4</b> Presentación de las características de los artículos incluidos en la Revisión Integrativa...	35

**Haga clic aquí para escribir el tema del Trabajo de titulación.**

## **RESUMEN**

**Introducción:** La enfermedad cerebrovascular (ECV) se define como el daño neurológico, capaz de causar daño al tejido cerebral, que puede llevar al individuo a secuelas irreversibles y/o muerte. Para reducir la incidencia, el conocimiento de la población sobre la manifestación, prevención y tratamiento se considera la forma más eficaz y puede llevarse a cabo a través de políticas de salud. **Objetivo:** Determinar la estrategia de autocuidado que necesitan los pacientes ambulatorios que han sufrido ECV. **Metodología:** Revisión integrativa de la literatura realizada en las bases de datos Scielo, Scopus, Redalyc y MedLinePlus. **Resultado:** De artículos encontrados, después de aplicar los criterios de inclusión y exclusión quedaron 12 artículos que cumplen con el objetivo de la investigación; Se destaca, por tanto, que el enfermero tiene un papel fundamental en la prevención y cuidado del paciente víctima de ECV, pues como educador en salud puede orientar, evaluar los riesgos, trazar planes y metas y acompañar la evolución del paciente para para obtener y mantener la salud. **Conclusión:** El enfermero tiene un papel fundamental en la prevención del ECV, pues como educador en salud actúa como guía de los pacientes, orientándolos a desarrollar un sentido de responsabilidad por sí mismos, para que realicen cambios de hábitos con el fin de prevenir apoplejía u otras lesiones de salud. Y, además, este profesional juega un papel fundamental en la atención a las víctimas de ECV con foco, sobre todo, en su rehabilitación con el vínculo entre cuidadores y familiares.

**PALABRAS CLAVE:** ECV, Enfermedad Cerebrovascular, Autocuidados, Ambulatorios

**Haga clic aquí para escribir el tema del Trabajo de titulación.**

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Cerebrovascular disease (CVD) is defined as neurological damage, capable of causing damage to brain tissue, which can lead the individual to irreversible sequelae and/or death. To reduce the incidence, the knowledge of the population about the manifestation, prevention and treatment is considered the most effective way and can be carried out through health policies. **Objective:** To determine the self-care strategy needed by outpatients who have suffered CVD. **Methodology:** Integrative review of the literature carried out in the Scielo, Scopus, Redalyc and MedLinePlus databases. **Result:** Of the articles found, after applying the inclusion and exclusion criteria, 12 articles remained that meet the objective of the research; It is emphasized, therefore, that the nurse has a fundamental role in the prevention and care of patients who are victims of CVD, since as a health educator they can guide, assess the risks, draw up plans and goals, and monitor the evolution of the patient in order to obtain and Keep health. **Conclusion:** The nurse has a fundamental role in the prevention of CVD, since as a health educator he acts as a guide for patients, guiding them to develop a sense of responsibility for themselves, so that they make changes in their habits in order to prevent stroke or stroke. other health injuries. And, in addition, this professional plays a fundamental role in caring for CVD victims with a focus, above all, on their rehabilitation with the bond between caregivers and family members.

**Key Words:** CVD, Cerebrovascular Disease, Self-care, Ambulatory

## INTRODUCCIÓN

La enfermedad cerebrovascular se define como un daño neurológico, capaz de causar daño al tejido cerebral, lo que puede llevar al individuo a secuelas irreversibles y/o muerte. Se denomina ECV isquémico, a la obstrucción de un vaso sanguíneo que dificulta o imposibilita que el aporte de oxígeno llegue a determinada zona del cerebro, y hemorrágico, a la ruptura y extravasación de sangre, de forma que estas ocurrencias generan lesión en la zona de ausencia de flujo sanguíneo, que puede o no ser transitoria y presentar diferentes grados de morbimortalidad.

Los cambios en la actividad cerebral pueden provocar episodios de dolor de cabeza intenso y repentino, cambios en la visión, trastornos del habla, hemiplejía, pérdida de fuerza muscular y mareos. Las personas afectadas pueden desarrollar secuelas irreversibles, lo que lleva a la imposibilidad de realizar las actividades diarias, ausencia del trabajo y aislamiento social, causando impacto socioeconómico y psicoemocional. Los factores de riesgo pueden ser no modificables: edad, sexo, raza y herencia y factores modificables, como: hipertensión arterial sistémica (HAS), fibrilación auricular, diabetes mellitus (DM), sedentarismo, tabaquismo, alcoholismo, uso de anticonceptivos, obesidad, problemas cardiovasculares y dislipidemia.

Para reducir la incidencia, el conocimiento de la población sobre la manifestación, la prevención y el tratamiento se considera la forma más eficaz y puede llevarse a cabo a través de políticas de salud. Debido a que, la atención primaria es la responsable del descenso de muertes y secuelas provocadas por enfermedades relacionadas con el estilo de vida. Del mismo modo, una información adecuada y personalizada puede llevar al paciente a modificar los factores de riesgo que tiene poder de actuación, es decir, los factores de riesgo modificables. Por lo tanto, las acciones de educación y salud deben estar presentes en el cotidiano de los enfermeros.

Dada su relevancia, la educación para la salud puede entenderse como una tendencia a la prevención, y cuando se pone en práctica, debe estar encaminada a restaurar, mejorar o recuperar la salud de la población. Así, el presente estudio tuvo como objetivo Determinar la estrategia de autocuidado que necesitan los pacientes ambulatorios que han sufrido ECV, y como objetivos específicos identificar y establecer las dimensiones más afectadas y las acciones específicas de autocuidado respectivamente, requeridos por los pacientes.

# CAPÍTULO 1

## PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La enfermedad cerebrovascular (ECV) es un síndrome vascular que tiene como característica principal la evolución progresiva de síntomas y signos en un corto periodo de tiempo, producto de un síndrome focal o alteraciones en el funcionamiento del cerebro en sitios específicos del cuerpo con una prolongación de más de 1 día; tiene dos formas de presentación: hemorrágico e isquémico. Por una parte, el hemorrágico es menos común pero el más grave, consiste en el rompimiento de un vaso sanguíneo lo cual produce una hemorragia en el cerebro; mientras que el isquémico consiste en el taponamiento de una arteria producido por un coágulo a nivel cerebral (Bender, 2019).

A nivel internacional, la Organización Mundial de la Salud (OMS), citado por el Ministerio de Salud de Argentina (2017), estima que 15 millones de individuos en el mundo sufren ECV durante un año y que de esa cantidad muere el 33%, distribuyendo las muertes en 52% para las mujeres y el 48% de hombres; además 5 millones de individuos posteriormente desarrollan discapacidad por el resto de su vida. Además, comprende la tercera causa de muerte y es la primera causa de discapacidad en todos los continentes; asimismo, por cada ECV con síntomas se consideran unos 9 infartos silentes que alteran la parte neurológica de los individuos.

De acuerdo con un estudio del Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas de Cuba (2017), el ECV es una enfermedad que tiene una incidencia global relativa a 200 enfermos por cada 100.000 individuos en un año, así como prevalencia de 600 enfermos por 100.000 individuos. Asimismo, la Agencia de noticias EFE, en la edición de América (2019), informó que Latinoamérica presenta al ECV como la segunda causa de mortalidad en casi todos los países de este continente, donde se presentan aproximadamente 41 muertes por 100.000 individuos con esta enfermedad; de esta forma, se estima que hay 85.000 fallecimientos al año por ECV, donde 37.869 son de tipo isquémico y 47.484 son de origen hemorrágico considerados más graves.

A nivel nacional, en Ecuador, Moreno et al. (2016), demostraron que la enfermedad cerebrovascular se consideró como la primera causa de muerte con 5.219 muertes en el año

2016, además, esta enfermedad es la única que ha mantenido una constante prevalencia en las últimas décadas en el país. En este contexto, Heredia (2021), aportó datos más recientes indicando que en año 2020 el ECV fue una de las causas de muerte más importantes en este país; llegando a representar el 4,4% o 41.077 muertes. Adicionalmente, Reino et al. (2018) en un estudio sobre los factores asociados a la ECV que acuden al Hospital de Especialidades Dr. Abel Gilbert Pontón, realizado en la ciudad de Guayaquil, encontraron que los factores frecuentes son el sexo masculino y la edad a partir de 55 años, además de antecedentes personales como la Hipertensión Arterial (HTA) y Diabetes Mellitus (DM).

Por otra parte, Kernan et al. (2021) resaltaron que posterior a un ECV, 97% de los participantes de su investigación continuaron con la toma de antiagregantes plaquetarios, a pesar de esto, del 50 al 70% mantenían una presión menor a 140/90mmHg, el 79% continuaron tratamiento con reductores de colesterol, el 84% permanecieron sin fumar, el 48% realizaron actividad física y tan sólo un 17% llegó a tener un IMC normal; además, las acciones básicas de la vida diaria insatisfechas como la motricidad, el control del dolor y la comunicación continuaron siendo constantes.

El autocuidado comprende las actividades que los individuos realizan para el cuidado de su propia integridad, hace referencia además al nivel de aptitud de ser conscientes de lo que acontece alrededor de cada persona, respecto a los pensamientos y sentimientos, con la característica de protección, para lograr un estado completo de bienestar físico y mental. En el caso de los pacientes que han sufrido ECV, existe una variedad de factores que condicionan estas actividades, ya que los afectados presentan síntomas como pérdida de la memoria, disartria, disfagia, pérdida de habilidades motoras, riesgo de parálisis facial y problemas en la visión.

Estas alteraciones son direccionadas o englobadas por dimensiones físicas, psicológicas y sociales que competen al autocuidado. Añadido a esto, hay otros factores contextuales de la difícil realidad contemporánea que atraviesan la mayoría de las personas en los países de ingresos bajos y medianos, los cuales imposibilitan proporcionar una atención óptima en los pacientes con necesidades básicas específicas en todos los niveles de atención, principalmente en la Atención Primaria de Salud (APS).

Es necesaria la creación de estrategias que permitan abordar eficazmente los problemas inherentes a las características de la ECV, puesto que el concepto de autocuidado

es generalmente un aspecto integral de la profesión de enfermería y por tanto es responsabilidad de los enfermeros generar dicho conocimiento para la reducción de complicaciones y discapacidades, así como para brindar un servicio de calidad, cuidando la parte humana.

En base a lo expuesto, se procede a formular la pregunta de investigación: ¿Cuál es la estrategia de autocuidado que requieren los pacientes ambulatorios que han sufrido ECV?

De modo que, con la finalidad de responder a esta pregunta se plantea el siguiente objetivo general: Determinar la estrategia de autocuidado que requieren los pacientes ambulatorios que han sufrido ECV. Asimismo, para completar este objetivo se proponen los siguientes objetivos específicos: Identificar las dimensiones más afectadas en los pacientes ambulatorios con ECV; además de Establecer las acciones específicas de autocuidado que requieren los pacientes ambulatorios que han sufrido ECV.

La justificación teórica de este estudio consiste en que brindará conocimientos relevantes actualizados acerca de la enfermedad accidentes cerebrovasculares y estrategias específicas de autocuidado para pacientes ambulatorios, de esta forma en ese aspecto específico en el área de enfermería. La defensa práctica viene fundamentada porque las estrategias de autocuidado en los pacientes ambulatorios con ECV tienen aplicación en múltiples contextos donde se apliquen las variables de investigación y donde se presente esta problemática; asimismo, promoverá una mejora técnica-científica en el personal de salud que trata ambulatoriamente a los pacientes con ECV, con esto se intentará resolver una problemática como es la falta de autocuidado en las ECV.

La metodológica consiste en que las investigadoras proponen estrategias de autocuidado en las cuales se incluyen técnicas que permiten identificar los problemas basados en la realidad de las ECV y de esta forma poder intervenir con soluciones que eleven la mejora de prestación de servicios de enfermería en las unidades de salud. Respecto al impacto que esta investigación causa en la sociedad se argumenta debido al beneficio que proporciona a los pacientes con ECV, regido y establecido en las normativas y protocolos del sector salud. De igual forma, pasa a formar una línea de base o referente científico con el cual se pueden comprar futuros estudios con similares variables, dimensiones e indicadores.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

Determinar la estrategia de autocuidado que necesitan los pacientes ambulatorios que han sufrido ECV.

### **Objetivos específicos**

- Identificar las dimensiones más afectadas en los pacientes ambulatorios con ECV.
- Establecer las acciones específicas de autocuidado que requieren los pacientes ambulatorios que han sufrido ECV.

## **CAPÍTULO 2**

### **MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL**

#### **Evento cerebrovascular (ECV)- entender el fenómeno**

El ECV se considera uno de los trastornos neurológicos agudos más comunes y, al mismo tiempo, una de las patologías más frecuentes como causa de ingreso hospitalario (López et al., 2017). Según (Salgado Castillo et al., 2017), el ECV se define como “un deterioro neurológico focal (o en ocasiones global), de aparición súbita y con una duración superior a 24 horas (o que provoca la muerte) y de probable origen vascular”. Como (Pérez Ponce et al., 2019), el ECV se refleja en un déficit neurológico súbito, causado por isquemia (alteración de la circulación arterial) o hemorragia cerebral, con sus manifestaciones motoras más frecuentes: hemiparesia y hemiplejía, que generan una asimetría corporal en el lado afectado, lo que lleva a la inestabilidad postural en reposo y en movimiento.

Los ECV son uno de los principales problemas neurológicos a nivel mundial, siendo considerados la tercera causa de muerte entre la población anciana. Es una patología neurológica cuya alteración depende de la localización específica de la lesión cerebrovascular, del tamaño de la propia lesión y de la lateralidad del paciente (Cabrera-Rego et al., 2019)

#### **ECV- Epidemiología**

A nivel mundial, la mortalidad por ECV varía entre 20 y 250/100.000 habitantes/año, ocurriendo más del 85% de ellas en los países más pobres y con menos recursos, debido a la dificultad de acceso a la atención sanitaria (Perdomo Borges et al., 2020).

Los ECV es una de las primeras causas de muerte en Ecuador y también la más alta del mundo, representando 129 muertes por 100.000 habitantes en hombres y 107 muertes por 100.000 habitantes en mujeres (Martínez Martín et al., 2018), constituyendo así un grave problema de salud pública, con enfermedades relacionadas con el sistema circulatorio representando una de las principales causas de muerte en Ecuador (38%) y dentro de estas,

las enfermedades cerebrovasculares son las más frecuentes con una tasa del 17,8% (Busto, 2019a).

Según Palacio-Portilla et al. (2022), los datos nacionales de 2018 revelan que las hospitalizaciones con diagnóstico de ECV fueron responsables del 3,13% de todas las hospitalizaciones. Además, el número de muertes equivale en términos generales a aproximadamente 500 personas por mes y por año, siendo los accidentes cerebrovasculares responsables de la muerte de 200 de cada 30.00 ciudadanos. La Orden dos Médicos declaró que en 2019 fallecieron 5.285 ciudadanos por ECV. Sin embargo, según Del Brutto et al. (2017), a pesar de la elevadísima tasa de mortalidad por ECV en nuestro país, se ha producido un ligero descenso que puede estar relacionado con la mejora en el tratamiento y clasificación de las causas. de la muerte.

El número de pacientes que se recuperan completamente de un ECV es menos de un tercio, independientemente de los recursos disponibles en las unidades de agudos donde son atendidos, sin embargo, solo un pequeño porcentaje es totalmente dependiente. Las secuelas del ECV se manifiestan en alteraciones de la capacidad física, psíquica, emocional, social, entre otras, además de afectar el entorno social en el que se inserta el paciente, es decir, familiares y amigos (Del Brutto et al., 2017)

### **ECV - Abordaje clínico**

La ECV se considera una enfermedad súbita, que afecta una zona localizada del cerebro, manifestándose a partir de síntomas y signos deficientes provocados por la pérdida de función de la zona afectada, la lesión de una parte del cerebro puede afectar a diferentes partes del cuerpo, provocando cambios funcionales en el movimiento y la coordinación muscular, así como cambios emocionales, cognitivos y de comunicación, con cambios estructurales en el cerebro o deterioro de la función cerebral según las características, localización y extensión de la lesión (Contreras et al., 2018).

El diagnóstico precoz puede traer beneficios a corto y largo plazo, a saber, la reducción de secuelas y del número de pacientes a institucionalizar, así como como una disminución de la tasa de mortalidad, este diagnóstico parte del reconocimiento de la tríada de signos y síntomas: aparición súbita, síntomas y signos focales y existencia de factores de riesgo, en estas situaciones se debe acudir lo antes posible a un centro hospitalario, donde además de una minuciosa exploración neurológica, se realizarán pruebas diagnósticas

complementarias, siendo las más utilizadas la Tomografía Axial Computarizada, Resonancia Nuclear Magnética, Angiografía Cerebral, Positrón Tomografía por Emisión, Punción Lumbar y Electroencefalografía Busto et al. (2020, p. 19). En algunos pacientes, los síntomas, una vez instalados, son transitorios y desaparecen por completo o de forma espontánea en menos de 24 horas, normalmente al cabo de unos minutos, denominándose a esta situación ataque isquémico transitorio, causado por pequeños émbolos, émbolos de agregados plaquetarios o hipofusión secundaria a estenosis crítica de una arteria. Sin embargo, en otras situaciones los signos neurológicos empeoran progresivamente o aparecen nuevos signos focales.

Los accidentes cerebrovasculares generalmente se clasifican según el tipo, la ubicación anatómica, la distribución vascular y la etiología. La Organización Mundial de la Salud (2021) distingue tres tipos de ECV: isquémico, hemorragia intracerebral y hemorragia subaracnoidea.

- **El accidente cerebrovascular isquémico** es causado por la oclusión repentina de las arterias que irrigan el cerebro, debido a un trombo formado directamente en el sitio de la oclusión (accidente cerebrovascular isquémico trombótico) o en otra parte de la circulación, que viaja a través del torrente sanguíneo para bloquear las arterias del cerebro (accidente cerebrovascular isquémico). accidente cerebrovascular o embólico).
- **La hemorragia intracerebral** se caracteriza por el sangrado de una de las arterias del cerebro hacia el tejido cerebral. Puede ser más frecuente en los países en desarrollo, posiblemente debido a la dieta, la actividad física, el tratamiento inadecuado de la presión arterial alta y la predisposición genética.
- **La hemorragia subaracnoidea** se caracteriza por sangrado arterial en el espacio entre las dos meninges, la piamadre y la aracnoides. Los síntomas característicos son la aparición repentina de dolor de cabeza muy intenso y, por lo general, alteración de la conciencia.

Cuando las células dejan de recibir oxígeno y nutrientes, dejan de funcionar temporalmente o mueren, esta muerte da lugar a la necrosis de la zona afectada, dando lugar a un infarto cerebral. El tejido nervioso está desprovisto de reservas y es totalmente dependiente del riego sanguíneo, ya que es debido a esto que las células nerviosas se mantienen activas y su metabolismo depende del oxígeno y la glucosa, la interrupción del

suministro en una determinada zona del cerebro da como resultado una disminución o cese de la actividad funcional de esa zona, sin embargo, si es inferior a 3 minutos, el cambio es reversible y la víctima puede recuperarse casi por completo (Sieira et al., 2019).

En consecuencia, después de un accidente cerebrovascular, aún prevalecen las células excedentes, por lo que, si la persona recibe un tratamiento temprano y adecuado, se pueden recuperar muchos de los movimientos perdidos, la incapacidad generada dependerá de las deficiencias reportadas en cuanto a estructuras y funciones corporales, limitaciones de actividad y restricción de participación encontradas. A pesar de los numerosos avances en la prevención e intervención del ECV, sigue siendo la patología más prevalente y con mayor impacto en la sociedad, siendo catalogada como la enfermedad crónica más incapacitante (M. G. Hernández et al., 2017).

La característica principal de un ECV es el desarrollo repentino y catastrófico de un déficit neurológico, siendo la hemiplejía el signo clásico y más frecuente. La mayoría de los pacientes presentan, en una primera etapa, alteraciones de la conciencia, que pueden ir desde la somnolencia hasta el coma, sin embargo, los cambios derivados de estas lesiones pueden ser más o menos severos, según el grado de discapacidad e incapacidad resultante (León Ruiz et al., 2018).

Los pacientes afectados por un ECV pasan por cuatro etapas distintas y en algunos casos superpuestas: la fase aguda hasta la estabilización de los síntomas; la fase intermedia, que puede comenzar 24 horas después del ECV; la fase de descarga o traslado; la fase de reinserción, siempre que sea posible, en la sociedad y en el mundo profesional, realizando las adaptaciones necesarias.

En el cuadro 1 se muestran las manifestaciones clínicas del ECV, según territorios vasculares.

**Tabla 1** Manifestaciones clínicas del ECV según territorios vasculares

TERRITORIO CARÓTIDO	TERRITORIO VERTEBRO BASILAR
<p><b>Arteria central de la retina</b> ceguera homolateral; Amaurosis fugaz ipsilateral.</p>	<p><b>Arterias vertebrales, tronco basilar y sus ramas.</b> Ustedes marcos ellos son múltiples, Dependiendo de de combinaciones de zonas afectadas. Los síntomas y signos más frecuentes son: desequilibrio, ataxia, nistagmo, diplopía, paresia de los movimientos oculares conjugados, disartria, disfagia, hipo, coma, paresia y/o cambios de sensibilidad</p>
<p><b>arteria cerebral anterior</b> Síndrome Frontal Paresia del miembro inferior contralateral; Afasia transcortical (hemisferio izquierdo).</p>	<p><b>Arteria cerebral posterior</b> Hemianopsia y hemihipoestesia contralateral; Alexia sin grafía (hemisferio izquierdo); Agnosia por colores (hemisferio izquierdo); Agnosia visual (hemisferio izquierdo); Prosopagnosia (hemisferio derecho).</p>
<p><b>Arteria coroidea anterior</b> Hemihipoestesia contralateral; Hemianopsia contralateral.</p>	<p><b>Hemorragia subaracnoidea</b> Cefalea súbita e intensa, con el esfuerzo, náuseas, vómitos, signos meníngeos.</p>
<p><b>Arteria cerebral media</b> - Si todo el territorio: Hemiparesia contralateral, predominantemente braquiofacial, afasia global (hemisferio izquierdo), alexia, agrafia, apraxia (hemisferio izquierdo), neglet (hemisferio derecho), desviación conjugada al lado opuesto de la hemiparesia - Ramas anterosuperiores: hemiparesia contralateral, predominantemente braquiofacial, afasia na fluida (hemisferio izquierdo), alexia, apraxia (hemisferio izquierdo) y neglet (hemisferio derecho); - Ramas posteroinferiores: afasia fluida (hemisferio izquierdo), alexia, agrafia, apraxia; (hemisferio izquierdo.) y neglet (hemisferio derecho) y quadrantopsia contralateral; - Ramas profundas: hemiparesia contralateral y hemihipóstasis.</p>	<p><b>Hemorragia intracerebral</b> - Hemisferio profundo: hemiparesia contralateral de predominio braquiofacial, afasia global (hemisferio izquierdo), neglet (hemisferio derecho), desviación conjugada al lado opuesto de la hemiparesia, náuseas y vómitos, deterioro progresivo de la vigilia. - Lobar hemisférico: variable según hemisferio y lóbulo afectado, más frecuente hemianopsia, neglet, déficit visoespacial, cefalea. - Cerebelo: náuseas y vómitos, dolor de cabeza, incapacidad para caminar, desequilibrio, vértigo. - Bulto: tetraparesia, pupilas mióticas (puntiformes), coma.</p>

**Elaborado por:** (Parada Barroso et al., 2018)

## **Enfermedad Cerebrovascular: factores de riesgo**

Ecuador es uno de los países con mayor incidencia de ECV (Flores et al., 2018), favorecida por la prevalencia de hipertensión arterial (HTA) con una incidencia en torno al 50% de los casos, provocada por descuidos de alimentación, abuso de alcohol, obesidad, estrés excesivo, tabaquismo y actitudes como la falta de actividad física que conducen al sedentarismo. La alta prevalencia de factores de riesgo a nivel nacional implica la necesidad de dedicar especial atención a su prevención, detección y corrección, el riesgo individual de desarrollar un ECV depende de los factores de riesgo, que pueden ser de origen genético o de la adopción de estilos de vida más o menos saludables, por lo que es importante conocerlos, para prevenir aquellos que eventualmente pueden ser modificables, como es el caso de la hipertensión arterial, la dislipidemia, el tabaquismo y el alcohol.

Según Ramos Fernández et al. (2020) los factores de riesgo aumentan la probabilidad de sufrir un ECV, pero muchos de ellos pueden mitigarse con tratamiento médico o con cambios en el estilo de vida, en este sentido, la asociación de varios factores de riesgo tiene un efecto aditivo y, cuando se potencian recíprocamente, dan como resultado un sinergismo de riesgo, lo que dificulta la evaluación de cada uno, así, a mayor número de factores de riesgo, mayor probabilidad de aparición de ECV, por lo que la mejor manera de prevenirlo es reducirlos, actuando sobre su identificación e intervención precoz, fomentando hábitos de vida saludables y políticas educativas sobre el reconocimiento precoz de los mismos. Signos y síntomas que indican la aparición de un ECV.

Hernández Oliva et al. (2018) clasifica los factores de riesgo para la aparición de ECV en factores de riesgo modificables y no modificables que a continuación describiremos.

### **Factores de riesgo modificables**

Según Hernández Oliva et al. (2018) el factor de riesgo modificable que más contribuye a la aparición de ECV es la hipertensión arterial. Para este autor, existe una relación evidente entre los valores de presión arterial y la alta incidencia de ECV, por lo que se considera a la hipertensión como el principal factor de riesgo modificable, aunque existen otros, como describiremos. La hipertensión arterial es uno de los principales problemas en los países desarrollados, afecta aproximadamente a 1000 millones de personas en todo el mundo y se pronostica que, en el futuro, su prevalencia aumentará notablemente, si no se toman medidas de prevención infalibles e integrales.

El consumo de tabaco es considerado la segunda causa de mortalidad a nivel mundial atribuible a factores de riesgo de ECV, ya que aumenta de dos a cuatro veces el riesgo de su incidencia, y puede contribuir hasta del 12 al 14% de las muertes (Hernández Medrano et al., 2017). Además, tras cinco años de dejar de fumar, el riesgo de que un exfumador sufra un ECV es idéntico al de alguien que nunca ha fumado.

En cuanto a la diabetes, la incidencia de esta enfermedad asociada al ECV es menor que la de la hipertensión, debido a la menor prevalencia de la diabetes, sin embargo, la diabetes aumenta el riesgo de enfermedad cerebrovascular entre dos y tres veces. Otros factores de riesgo de enfermedad cerebrovascular son la tolerancia anormal a la glucosa, el hiperinsulinismo y el aumento de la resistencia a la insulina (Clément et al., 2018).

De acuerdo con Garza-Longoria et al. (2019), no hay evidencia de que el tratamiento de la diabetes mellitus cambie el riesgo de accidente cerebrovascular, sin embargo, los niveles elevados de glucosa en sangre en caso de lesión isquémica empeoran la extensión de los infartos, también destaca que la prevalencia de diabetes mellitus ha ido en aumento, a raíz del rápido crecimiento de la obesidad en la población, especialmente la acumulación de grasa en la región abdominal. Así, la diabetes mellitus se asume como un factor de riesgo relevante para el desarrollo de la enfermedad cerebrovascular, especialmente en los ECV isquémicos trombóticos por alteraciones de la hemodinámica cerebral, hiperglucemia y por interactuar con otros factores de riesgo como la hipertensión arterial y el hipercolesterolemia.

En cuanto al alcoholismo, existe una relación entre el alcohol y el riesgo de ECV, que es tres veces mayor en individuos con consumo frecuente de alcohol, debido a una mayor coagulabilidad de la sangre Núñez-González et al. (2018). Según este autor, su consumo exagerado se asocia a arritmias cardíacas y enfermedades del corazón, que, a su vez, pueden provocar embolias o hipotensión, esto también puede conducir a un aumento de la presión arterial, aumentando el riesgo de enfermedad coronaria, favoreciendo la aterosclerosis de la gran arteria cerebral, el alcoholismo, tiene una curva de riesgo en forma de J, en la que la ingesta de cantidades moderadas de alcohol hasta 3 unidades/día puede ser inocuo, mientras que cantidades excesivas, superiores a 5 unidades/día, aumentan el riesgo.

En cuanto al hipercolesterolemia, la Málaga et al. (2018) informa que el hipercolesterolemia no es muy evidente como factor de riesgo de accidente cerebrovascular,

y esta situación se encuentra en análisis. Sin embargo, existe evidencia de que los niveles más bajos de colesterol total podrían estar asociados con un menor riesgo de enfermedad cerebrovascular isquémico, pero también podrían estar acompañados de una mayor incidencia de enfermedad cerebrovascular hemorrágico, también menciona que algunos estudios han demostrado que valores elevados de colesterol aumentan el riesgo de ECV isquémico y que valores muy bajos se asocian a un mayor riesgo de ECV hemorrágico.

Para Piloto Cruz et al. (2020) la probabilidad de que las personas con colesterol total por encima de 240 mg/dl desarrollen un ECV isquémico es el doble que aquellas con colesterol total por debajo de este valor.

### **Factores de riesgo no modificables**

Según Castro y Lopez (2019), los factores de riesgo no modificables que más contribuyen a la aparición del ECV son la edad, el sexo y los antecedentes familiares, en cuanto a la edad, el autor también afirma que a medida que aumenta la edad existe una mayor probabilidad de sufrir un ECV, es decir, los individuos de los grupos de edad más avanzados se ven más afectados por un ECV en comparación con los más jóvenes, el autor también menciona que el factor edad es el más importante y aunque existen casos de ECV en adultos jóvenes o incluso en niños, la mayor prevalencia es a partir de los 50 años, duplicándose o triplicándose por cada 10 años de avance en la vida.

Como ya se ha comentado, dado que la incidencia de ECV aumenta con la edad, este es un factor a tener en cuenta, ya que el 50% de los casos se dan en pacientes mayores de 75 años y solo el 25% de los ECV se dan por debajo de los 65 años. Aunque el ECV afecta a personas de todas las edades, tres cuartas partes de los nuevos episodios de ECV se producen en personas de 65 años o más, es decir, las personas mayores se ven más afectadas por el ECV que las personas más jóvenes, la incidencia aumenta drásticamente con la edad, alcanzando valores importantes a partir de los 55 años, siendo la edad más frecuente de aparición de un ECV entre los 65 y los 85 años (Ruiz et al., 2017)

En cuanto al factor sexo, según Ruiz et al. (2017), los hombres están más expuestos al ECV, siendo su incidencia 1,25 veces mayor que en las mujeres, las mujeres, por su parte, en edades más jóvenes se benefician de la protección hormonal, pero, después de la menopausia, dada la ausencia de estrógenos endógenos, son más vulnerables a la enfermedad, o entre los 35 y 44 años, por el embarazo o el uso de anticonceptivos orales, las

mujeres tienen mayor riesgo de sufrir un ECV. El género es un factor a tener en cuenta en cuanto a la incidencia del ECV, ya que su distribución es aproximadamente equitativa, variando según la etapa de la vida, presentándose con mayor frecuencia entre mujeres de 45 a 50 años y con una mayor prevalencia en hombres mayores de 50 años.

En cuanto a los antecedentes familiares y según Ruiz et al. (2017), las personas con antecedentes familiares de ECV tienen más probabilidades de sufrir uno. Este hecho puede estar asociado a la existencia de factores de riesgo hereditarios, como hipertensión arterial y cardiopatías, así como a la exposición a factores ambientales y estilos de vida similares, también menciona que el riesgo de ECV es mayor en unas familias que en otras, sin embargo, no es unánime si esta susceptibilidad se transmite por vía materna o paterna.

En resumen, concluimos que, a mayor número de factores de riesgo identificados en una persona, mayor probabilidad de sufrir un ECV. Dado que los cambios en el estilo de vida tienen como objetivo reducir la incidencia de ECV en personas sin antecedentes conocidos de la enfermedad (Núñez-González et al., 2018), es fundamental la identificación de factores de riesgo y la intervención de un equipo multidisciplinar, en el sentido de promover la adopción de hábitos de vida saludables, previniendo nuevos episodios y complicaciones.

Patrones alterados

Teorías enfermería

Teórica autocuidado

### **ECV - Consecuencias**

Cada hemisferio cerebral controla y supervisa la actividad del lado opuesto del cuerpo, y cualquier daño en uno de los hemisferios provoca una discapacidad en el otro lado contralateral. Palma López et al. (2017) añade que sus consecuencias derivan del área afectada, la gravedad de la lesión y el estado de salud general del paciente. Como ya se ha mencionado, en Ecuador, es una de las principales causas de muerte y discapacidad es la enfermedad cerebrovascular, que dejan graves secuelas, no solo a nivel físico, sino también a nivel psicológico, emocional, social y familiar.

De hecho, un tercio de los pacientes que sobreviven a una la enfermedad cerebrovascular agudo quedan discapacitados y el 10% no puede vivir en la comunidad, por

lo que requiere el cuidado de otros, generalmente debido a una combinación de falta de apoyo social y discapacidad grave, que a menudo incluye demencia Palacios & Pinzón (2017).

Como ya se mencionó, un ECV, dependiendo de su tipo (isquémico o hemorrágico), puede causar cambios neurológicos graves, según el déficit neurológico, el tamaño, la ubicación de la lesión y la cantidad de flujo sanguíneo colateral. Las limitaciones provocadas por un ECV se manifiestan de forma diferente en cada paciente, dependiendo de varios factores: la zona del cerebro afectada; la extensión de la lesión; el estado general de salud y las características individuales del paciente; el contexto familiar; las morbilidades previas asociadas. Sin embargo, no debe pasarse por alto la importancia de los problemas secundarios, especialmente el aislamiento social, la menor participación en actividades de ocio, el retraso en la reincorporación al trabajo, la ansiedad y la depresión Atamari-Anahui et al. (2019), más de la mitad de los pacientes que han sufrido un ECV todavía presentan depresión, que tiende a aumentar con el tiempo, así como defectos cognitivos, cuyo riesgo de aparición deriva de los trastornos del lenguaje y la comunicación.

Así, es posible describir brevemente varios tipos de déficits para los pacientes que sufren un ECV, de los que destacan los siguientes:

### **Pérdida del control voluntario de los movimientos normales.**

La función vital alterada que experimentan todos los pacientes con enfermedad cerebrovascular es la pérdida del tono muscular normal en el lado lesionado, al no poder realizar movimientos normales controlados. El tono muscular puede aumentar (espasticidad o hipertonia), disminuir (flacidez o hipotonía) o ambos. Esta ausencia de movimiento voluntario limita la capacidad del individuo para realizar AVD. Según Climent et al. (2020) si no se trata correctamente y a tiempo, puede dar lugar a otros problemas secundarios como escaras, infecciones respiratorias, estreñimiento y los coágulos de sangre que se pueden formar en las piernas pueden progresar a los pulmones y causar embolia pulmonar.

El dolor de hombro y brazo es frecuente y puede deberse a una dislocación o subluxación del hombro, provocada por un desequilibrio muscular, un patrón de movimiento inadecuado, una disfunción articular o una disminución de la sensibilidad, esto ocurre debido a la debilidad muscular y cuando la estabilidad de la articulación glenohumeral se ve afectada. La prevención de la subluxación se realiza mediante cuatro estrategias: evaluación

de la alineación entre la caja torácica, la escápula y el posicionamiento humeral; reeducación temprana de los patrones tronco/brazo, en posición sentada y de pie; prevención del alargamiento de la cápsula del hombro; apoyo y posicionamiento, al levantarse y caminar.

El edema pléjico de las extremidades es otra complicación que se desarrolla tras un ECV, como consecuencia de la pérdida del control del movimiento, además de otras derivadas de la hospitalización, como las infiltraciones endovenosas y el posicionamiento de las extremidades (Hernández Oliva et al., 2018).

### **Dificultad para tragar, trastornos del habla y problemas de comprensión**

Climent et al. (2020), después de un ECV, la memoria, la concentración y el sentido de los conceptos espaciales pueden verse afectados. Así, es fundamental la valoración de los cambios en la comunicación y el lenguaje, realizada durante la preparación de la entrevista inicial, con una valoración global del deterioro de la comunicación, por pérdida de producción o comprensión de la palabra hablada, escrita o ambas, la ECV puede resultar en la pérdida de la producción o la comprensión de palabra hablada, palabra escrita o ambas, el trastorno de comunicación más grave es la afasia de Wernicke o de comprensión, en la que el paciente entiende muy poco de lo que se dice y por tanto no puede hablar de forma lógica, no recuerda las palabras correctas y utiliza palabras sin sentido. Como mencionan Climent et al. (2020), el paciente puede presentar trastornos del habla por articulación imperfecta de las palabras, alteración que se denomina disartria, en la que el paciente entiende las palabras, sin embargo, por debilidad, sensación disminuida o parálisis de los músculos del labio, lengua o laringe, tiene dificultad para pronunciarlos.

Según Climent et al. (2020), la disminución de la fuerza muscular de la cara, mandíbula y lengua provoca dificultad para masticar y tragar (disfagia que afecta del 10% al 16% de los pacientes, puede variar de grave a grave). muy grave y la recuperación suele tener lugar dentro de las primeras diez semanas), lo que puede causar hambre y molestias.

### **Incontinencia**

Según Climent et al. (2020) es común tener incontinencia vesical e intestinal, complicaciones que tienden a mejorar e incluso volver a la función normal. La incontinencia urinaria es uno de los aspectos físicos que más afecta a la calidad de vida de los pacientes

con ECV, los problemas de eliminación intestinal también suelen estar presentes en la incontinencia y más frecuentemente en el estreñimiento.

### **Problemas sensoriales**

Según Climent et al. (2020) después de un ECV, el individuo puede tener dificultad para saber dónde están sus extremidades y en qué posición está su cuerpo, dependiendo de la parte del cerebro lesionada, también pueden ocurrir cambios en el tacto, la vista, la audición, el habla, el olfato y el equilibrio.

### **Problemas psicológicos y emocionales.**

Después del evento, según Climent et al. (2020), el individuo puede presentar cambios como depresión, ansiedad y labilidad emocional al aprender a lidiar con su nueva condición. Estos cambios pueden no estar asociado con el diagnóstico sino con las transformaciones que ha provocado en su vida, la pérdida del control emocional, con presencia de llanto fácil (aunque el llanto excesivo, inapropiado o incontrolable suele ser consecuencia de un daño cerebral), permite distinguirla de la expresión de tristeza derivada de la depresión por déficits, por la facilidad con la que el llanto se puede contener, todos estos cambios conducen a problemas psicológicos y emocionales, depresión, ansiedad o cambios de humor, debido a las dificultades para aprender a afrontar la situación.

### **Consecuencias sociales**

Después de un ECV, pueden ocurrir cambios más o menos relevantes en las relaciones entre el paciente y la familia, lo que lleva al aislamiento en la familia y en la comunidad. También puede haber una caída en los ingresos familiares (Hernández Oliva et al., 2018).

### **Atención de enfermería de rehabilitación para pacientes con enfermedad cerebrovascular**

En un sistema de salud adaptado a las necesidades reales y centrado en el ciudadano, cuando existe un problema de salud, particularmente un ECV, que le impide mantener una vida independiente de los demás, debido a las discapacidades resultantes, todos deben tener acceso a una atención de calidad y necesaria, con oportunidad y equidad ideales. Después de un ECV, el programa de rehabilitación debe iniciarse lo antes posible, es decir, tan pronto

como el paciente esté clínicamente estable, integrando un equipo multidisciplinario y su familia (Pérez Ponce et al., 2019).

En la fase aguda del ECV se pueden obtener ganancias funcionales inherentes al proceso de recuperación espontánea, que se deben a la reducción del edema cerebral, absorción del tejido lesionado y aumento del flujo vascular local. Según la Organización Mundial de la Salud (2018) la evolución funcional de los pacientes con ECV no es lineal en absoluto y puede estar relacionada con la calidad del tratamiento rehabilitador. En este sentido que, después de esta fase aguda, cobra importancia la rápida integración en un equipo multidisciplinario, ya que el camino a seguir por un paciente con ECV es a veces largo y tortuoso, sin embargo, el trabajo en equipo y la intervención se convierten en una baza para su recuperación/rehabilitación (Martínez Martín et al., 2018).

Busto (2019) refuerza que la rehabilitación funcional del paciente es uno de los requisitos básicos en el tratamiento post ECV. Este debe iniciarse lo antes posible, tan pronto como el paciente esté hemodinámicamente estable, ya que puede reducir el número de pacientes que se vuelven dependientes, además de prevenir simultáneamente las complicaciones derivadas de la inmovilidad. Para que las funciones sean alcanzables, es necesario tener en cuenta varios factores, a saber, el grado de recuperación neurológica que se puede lograr, la prevención de complicaciones secundarias, la capacidad de cada paciente para recuperar habilidades, la precocidad de la rehabilitación después el evento y la persistencia y determinación para lograr objetivos a corto y largo plazo, el profesional de la salud tiene que ser consciente de todos estos factores, ya que es a partir de ellos que es posible diseñar un programa de rehabilitación adecuado para el paciente (Contreras et al., 2018).

La rehabilitación es una práctica que fue reconocida en los Estados Unidos de América como especialidad de Enfermería en 1964 y ha sido definida como el diagnóstico y tratamiento de la respuesta humana a problemas de salud actuales o potenciales, que conducen a cambios en las habilidades funcionales y estilo de vida, es un proceso encaminado a promover el más alto nivel de funcionalidad de los pacientes en su entorno, donde la capacidad funcional refleja la capacidad de adaptación al medio circundante. La rehabilitación en las personas que han sufrido un ECV es vital para ayudarlas a recuperar la función física, psicosocial y profesional, esto permitirá a los pacientes ser participantes productivos en la vida familiar y comunitaria (Díaz et al., 2020) y el proceso de

rehabilitación comprende un conjunto de procedimientos destinados a restaurar la mayor cantidad posible de la función perdida por el paciente, mejorando el remanente funcional e intelectual capacidades, trabajando la neuroplasticidad, reeducando las funciones motrices y cognitivas, según las especificidades de cada individuo, familia y/o cuidadores, a través de la adaptación y el uso de compensaciones y estrategias, que son necesarias para utilizar en el día a día, en para posibilitar una mejor calidad de vida y saber lidiar con las situaciones que se encuentran (Busto et al., 2020, p. 19)

De acuerdo con Pelier Gracia (2019), la neuroplasticidad es la capacidad del cerebro para adaptarse o usar adaptaciones celulares para aprender o reaprender funciones perdidas como resultado de la muerte celular por trauma o enfermedad a cualquier edad, dependiendo del ambiente y daño al sistema, el cerebro se reorganiza y forma nuevas conexiones neuronales, con la posibilidad de que las neuronas lesionadas se reconecten de varias maneras y las neuronas intactas formen nuevas conexiones que permitan la rehabilitación de la función, la recuperación de la persona con ECV depende de la rehabilitación neuropsicológica, que es un proceso que tiene como objetivo recuperar o estimular las capacidades funcionales y cognitivas del paciente, es decir, reconstituir sus instrumentos cognitivos, y el éxito en el proceso de rehabilitación no se trata solo de mejorar tu estado funcional, pero es igualmente importante intervenir en la reducción de los síntomas depresivos y en el mantenimiento de las relaciones sociales que el paciente establece (Morais et al., 2015).

La rehabilitación puede así favorecer el reaprendizaje motor, un proceso neurobiológico en el que los organismos modifican temporal o permanentemente sus respuestas motoras, mejorando su desempeño, como efecto del entrenamiento sistemático. Durante este proceso ocurren cambios en las estructuras y funcionamiento de las células neuronales y sus conexiones, es decir, el aprendizaje promueve cambios plásticos, con crecimiento de nuevas terminaciones sinápticas y espigas dendríticas, aumento de áreas sinápticas funcionales, estrechamiento de la hendidura sináptica, cambios de la conformación de proteínas receptoras y aumento de neurotransmisores.

Con los avances de la medicina científica, se vuelve imprescindible el desarrollo de prácticas cada vez más específicas, asegurando al paciente intervenciones profesionales, basadas en el conocimiento de las diversas partes del cuerpo y sus respectivas funciones. La rehabilitación también ha seguido este avance y tiene como objetivo lograr el mejor estilo

de vida para cada paciente, de acuerdo con su potencial, con el objetivo final de mejorar la calidad de vida, incluso cuando las capacidades están reducidas (Parada Barroso et al., 2018).

A lo largo del tiempo, el término rehabilitación ha sido descrito en una serie de respuestas a la discapacidad, con intervenciones y con el objetivo de mejorar la función corporal o incluso medidas más integrales encaminadas a promover la inclusión del paciente en el entorno familiar y social, ya que para algunas personas con discapacidad la rehabilitación es fundamental para posibilitar la vida educativa, laboral y social. El programa de rehabilitación implica identificar los problemas y necesidades del paciente, relacionar los trastornos con el entorno, definir objetivos de rehabilitación, planificar, implementar medidas, además de medir sus efectos (Flores et al., 2018).

La rehabilitación neurológica debe iniciarse precozmente, aún en la fase hospitalaria, y continuarse posteriormente en ambientes adecuados, cuando la rehabilitación se integra a la atención continua, desde el ingreso hospitalario hasta la rehabilitación comunitaria, son posibles mejores resultados clínicos y menores costos, ya que se reducirán los períodos de hospitalización, disminuyendo el grado de discapacidad y mejorando la calidad de vida. Movilización y rehabilitación temprana e intensiva adaptada a la resistencia física del paciente, realizada por la enfermera rehabilitadora (y otros profesionales especializados), en equipos multidisciplinarios, en un continuo bien coordinado, evaluando las ganancias y reorganizando los planes de rehabilitación de acuerdo con las déficits y con apoyo al alta precoz, demuestran ganancias efectivas en términos de calidad de vida, reducción de déficits, tiempo de estancia e institucionalización, además de prevención de complicaciones (Ramos Fernández et al., 2020).

El proceso de rehabilitación es sin duda fundamental, en la medida en que permite a los pacientes con ECV tener una mejor calidad de vida. Para que esta rehabilitación sea exitosa es fundamental el esfuerzo y compromiso de los profesionales de la salud, así como de los pacientes que padecen esta misma patología. A lo largo del proceso de rehabilitación del paciente con ECV, existen numerosas variables que influyen en los resultados finales en los tratamientos, en los servicios de apoyo al ingreso y al alta e incluso en los profesionales que lo atienden, que, dependiendo de las elecciones realizadas, pueden tener efectos varios. (Hernández Oliva et al., 2018). Por lo tanto, para que el proceso de rehabilitación sea efectivo, el profesional de la salud no debe estar atado al programa de rehabilitación inicial,

ya que, con el tiempo, con la recuperación de las funciones neurológicas y la estabilidad clínica, es necesario adecuar las metas funcionales al potencial del paciente, quien con una evolución favorable se volverá más tolerante al programa de rehabilitación, pudiendo ir introduciendo y trabajando el autocuidado de forma paulatina, movilidad, comunicación y cognición. Por otro lado, a medida que se integran a la vida familiar y social, se deben incluir metas profesionales y psicosociales, como la familia es crucial en todo este proceso de rehabilitación, ya que es en gran parte responsable de la integración y readaptación del paciente en el hogar, también debe ser parte de todo el proceso de rehabilitación (Garza-Longoria et al., 2019).

En resumen, el paciente afectado por un ECV puede presentar varias secuelas sensibles a la rehabilitación, como cambios en la movilidad por cambios en la fuerza, tono muscular, función sensorial y control postural, con varias técnicas en cuanto a posicionamiento, equilibrio, inducción de restricciones, estimulación sensorial y actividades terapéuticas como voltearse en la cama, puente, movilización, transferencia, entrenamiento de la marcha, ejercicios con pelota suiza y programa en casa. A nivel de miembro superior, movilización de dedos, muñeca, antebrazo, codo, hombro y a nivel de miembro inferior, movilización de dedos, tibio-tarsal, rodilla, muslo-femoral (Núñez-González et al., 2018).

Según Málaga et al. (2018), algunos pacientes tendrán una recuperación casi completa de un accidente cerebrovascular, mientras que otros pueden tener dificultades considerables durante un año. Muchos factores pueden influir en el resultado. El objetivo general de la rehabilitación es obtener el máximo grado de independencia física y psicológica, además de lograr un mayor grado de independencia funcional, la rehabilitación también pretende:

- Prevenir complicaciones como deformidades articulares, lesiones cutáneas, dolor, infecciones respiratorias, estreñimiento y atragantamiento/asfixia;
- Desarrollo de patrones de movimiento anormales;
- Prevenir el uso de compensación en el lado no afectado; el retorno del paciente a su entorno social

Aunque el grado de recuperación depende de la extensión y localización del ECV, está muy influido por la calidad de la atención recibida en el hospital y en el domicilio, esto incluye la prevención y el tratamiento de complicaciones (trastornos intestinales,

contracturas, retracciones, úlceras de decúbito, etc.), que pueden aumentar el daño causado por un accidente cerebrovascular, las primeras semanas inmediatas son cruciales, durante este período, Piloto Cruz et al. (2020) afirman que es importante estimular y utilizar el potencial propio del paciente para su rehabilitación.

Según Busto (2019) la motivación del paciente y el apoyo de familiares y amigos también determinarán el grado de recuperación, alguien que está motivado para realizar actividades como comer, vestirse y lavar los platos puede usar movimientos que ayudarán con la recuperación en estas actividades. Busto (2019) también agrega que la calidad de la atención y el aliento de los miembros de la familia realmente pueden marcar una gran diferencia. Con esto queremos decir que la motivación del paciente y el apoyo de la familia y/o cuidadores también determinarán el grado de recuperación de la funcionalidad, ya que, si al realizar sus AVD es estimulado por la familia para realizar el autocuidado, esto puede marcar la diferencia, frente a una familia que reemplaza al paciente.

Según Castro Lopez (2019), los pacientes jóvenes tienen más probabilidades de recuperarse que los pacientes mayores de sesenta años. Esto se debe a problemas adicionales en los ancianos (por ejemplo, problemas cardíacos, circulatorios, respiratorios, psicológicos y familiares). El mecanismo del ECV es metabólicamente complejo ya nivel de instalación de déficits, comienza con un período de shock cerebral, que puede variar desde unos pocos días hasta semanas; el tono muscular se torna flácido o hipotónico; se afecta el movimiento del lado contralateral a la lesión cerebral, desde los músculos de la cara, lengua, tronco y extremidades, los cuales tienen un tono disminuido (paresia) o inexistente (plejia).

La fase de recuperación comienza entre la segunda y la sexta semana después del ECV, sin embargo, su progresión tiene varias etapas diferentes, su duración es incierta, al igual que los resultados finales, la dificultad de cada fase está relacionada con actuar de acuerdo con los planes de rehabilitación, por lo que no se puede esperar que los resultados sean los mismos para tratamientos idénticos.

Según Núñez-González et al. (2018) este proceso se desarrolla en tres fases:

- En la primera fase persiste la hipotonía o flacidez, de duración variable, con pérdida motora y funcional acompañada de pérdida sensorial;

- En la segunda fase, aunque se mantiene un cierto grado de discapacidad, hay una evolución al tono normal, los movimientos se reinician, quedan células cerebrales que son capaces de recuperar los movimientos perdidos;
- En la tercera fase, se encuentra la evolución a la hipertonia o espasticidad, que se presenta primero en el miembro inferior, el aumento del tono se ve particularmente en los músculos más fuertes del cuerpo o en la antigravedad.

Los autores Abrahante et al. (2020) informa que el patrón de espasmo característico del enfermedad cerebrovascular es el hombro girado hacia adelante y hacia abajo, con el brazo girado hacia adentro, el codo en flexión, generalmente acompañado de una mano cerrada, con la palma hacia adelante corta; pelvis retraída con la pierna doblada hacia adentro y el pie colgando y girado hacia adentro, y acortamiento lateral del tronco.

Johnstone (1979) desarrolló un programa de rehabilitación para pacientes con accidente cerebrovascular, este programa centra su atención en los diversos factores que interfieren en la función motora y establece técnicas de tratamiento dirigidas al lado afectado, con el fin de reducir la asimetría entre los hemicuerpos (Atamari-Anahui et al., 2019, pp. 2005-2015). Para este autor, el primer paso en la recuperación de estos pacientes es el posicionamiento adecuado, contrario al patrón espástico (tabla 2), que debe mantenerse hasta la recuperación total, se debe colocar al paciente en un patrón antiespástico las 24 horas del día, mientras se le enseña, si es posible, las ventajas de mantener esta posición.

*Tabla 2 Posicionamiento del paciente con ECV*

<b>Supino</b>	<b>Decúbito lateral del lado afectado</b>	<b>Decúbito lateral hacia el lado menos afectado</b>
<b><u>cabeza/cuello</u></b> Coloque la almohada de modo que llegue a los omóplatos.	<b><u>cabeza/cuello</u></b> Almohadilla más alta en el lado afectado para contrarrestar la flexión lateral.	<b><u>cabeza/cuello</u></b> Sin almohada o con una (lo más baja posible).
<b><u>miembro superior afectado</u></b> Nivele bien los hombros; Amortiguar los apoyos u hombro; Ligera abducción del hombro con rotación externa; Codo y muñeca extendidos; supinación del antebrazo; Dedos en extensión y	<b><u>miembro superior afectado</u></b> Extremidad apoyada en el plano de la cama; Hombro en flexión de 90°; Abducción con rotación externa del hombro; Extensión de codo, muñeca y dedos; supinación del antebrazo; Abducción	<b><u>miembro superior afectado</u></b> Extremidad apoyada en cojín; Hombro en flexión de 90°; Codo, muñeca y dedos en extensión; Antebrazo en pronación; Dedos abducidos.

abducción.	de los dedos.	
<b><u>miembro inferior afectado</u></b> Cojín de la cuenca a la región poplíteo permite los pendiente posterior de la cuenca; Una ligera flexión de cadera y rodilla corrige la rotación externa; pie en dorsiflexión	<b><u>miembro inferior afectado</u></b> Extremidad apoyada en el plano de la cama; Ligera flexión de cadera y rodilla; báscula de puente posterior dabol (retroversión); Pie neutro.	<b><u>miembro inferior afectado</u></b> Extremidad apoyada en cojín; Ligera flexión de cadera de la rodilla; Bascula cuenca posterior; pie neutro

**Elaborado por:** Climent et al. (2020)

**Estrategias de autocuidado con apoyo utilizadas en pacientes con ECV**

Tabla 3 METODOLOGIA 5AS

<b>METODOLOGIA 5AS</b>
<b>EVALUACIÓN</b> Evaluar el conocimiento de la persona sobre su estado de salud. Pregúntele a la persona qué es lo más importante para ellos en este momento en el cuidado personal Preguntar a la persona cuáles son las barreras para el autocuidado Valorar la importancia y grado de confianza de la persona para el autocuidado Evaluar la capacidad de los participantes para realizar una intervención computacional para su autogestión Conocer las estrategias que utilizan los pacientes con disartria tras un ECV para rehabilitarse Valorar el grado de depresión tras un ECV que influye en las acciones de autocuidado
<b>CONSEJO</b> Cuéntale a una persona acerca de tus síntomas y los resultados de los exámenes complementarios, reconociendo su singularidad cultural Informar a la persona que los cambios en el comportamiento son tan importantes como tomar la medicación Informar cuál es la evidencia sobre los cambios en los comportamientos de salud Compartir guías clínicas basadas en evidencia para animar a la persona a participar en el tratamiento Establecer un programa de intervención con sesiones semanales con el objetivo de mejorar el conocimiento del paciente e involucrarlos en el autocuidado incluido el uso de un folleto educativo sobre el autocuidado
<b>SEGURO DE SALUD</b> Establecer, de manera compartida con la persona, una meta específica para el autocuidado Proporcionar posibles opciones para establecer la meta de autocuidado Anime a la persona a buscar ayuda de familiares y amigos para establecer la meta Discutir los beneficios y riesgos con respecto a los posibles objetivos Compartir el plan de acción para alcanzar el objetivo definido Establecer conjuntamente el grado de confianza de la persona en la consecución del objetivo
<b>ASISTENCIA</b>

Ayudar a la persona a identificar posibles barreras para alcanzar la meta

Discuta el plan de cuidado personal con la persona. Elaboración del Proceso de Enfermería en la Rehabilitación después de un segundo ECV la teoría de la oración

Derivar de una persona a un grupo el curso de autocuidado con apoyo

Identificar con la persona posibles recursos en la familia y la comunidad que puedan apoyar el autocuidado

Proporcionar servicios que sean apropiados para la cultura de la persona

En las reuniones de seguimiento revisar el avance del plan de autocuidado, renegociar la meta y revisar el plan de acción

Incluir estrategias de entrevistas motivacionales

Implementar una intervención de autocuidado centrada en el paciente

Permitir que el paciente descubra sus propias capacidades tras un ECV

Trabajar en un equipo multiprofesional

Asistir a los pacientes en la realización de un plan de autocuidado para la rehabilitación motora tras un ECV

Intervenciones con recursos tecnológicos, como telemedicina, realidad virtual y programas informáticos, en diferentes áreas rehabilitación

## **SEGUIMIENTO**

Entregar a la persona una copia escrita del plan de autocuidado

Supervisar de forma remota el plan de autocuidado por teléfono o correo electrónico

Interferir para que la persona pueda utilizar importantes recursos comunitarios en su autocuidado grupo de iguales con apoyo de profesionales

seguimiento del paciente a través de cuestionarios que evalúan las actividades de la vida diaria, el autocuidado y la calidad de vida en uncontinuará

Animar al paciente y a la familia a monitorear su progreso y la necesidad de cambios en el plan de autocuidado

Evaluar la consecución de objetivos con el paciente

Evaluar la consecución de objetivos con el paciente

Los pacientes con enfermedad cerebrovascular tienen necesidades especiales que los enmarcan como sujetos que requieren cuidados variados, cuando se trata de una enfermedad de aparición súbita, requiere de una mayor atención profesional en los primeros momentos,

seguida de una mayor responsabilidad por parte del individuo en su propio cuidado, cabe señalar que algunos pacientes continúan dependiendo de la ayuda profesional debido a la gravedad de las secuelas derivadas de esta condición de salud. Pero incluso a estas personas se les anima a cuidarse a sí mismas.

De acuerdo con las acciones enumeradas, la segunda **A (Evaluación)** consiste en comprender las creencias y valores, el conocimiento y comportamiento de usuarios en áreas de salud y motivación, dentro de la comunidad, es necesario comprender el estado de salud de la persona y su capacidad para cuidarse a sí misma, en el componente emocional, es importante evaluar la motivación para el cambio y la identificación de barreras para alcanzar las metas establecidas en el plan de autocuidado.

Los pacientes con ECV deben ser incluidos en su tratamiento como cuidadores principales, sobre todo porque la enfermedad provoca importantes déficits funcionales y psicológicos. Usted Se destaca la importancia de evaluar lo que es importante para el individuo en el momento del autocuidado y su capacidad para realizar las intervenciones propuestas, además de investigar los síntomas depresivos, que influyen directamente en la realización de cuidados preventivos generales, como la vacunación contra la influenza, someterse a un tratamiento para la neumonía, una mamografía en los últimos años y análisis de sangre para detectar cambios, etc.

La primera **A, Consejería**, consiste en transmitir información específica sobre los riesgos y beneficios de cambios a través de la educación para la salud y entrenamiento de habilidades, está relacionado con la importancia que la persona da a los cambios de conducta. Entre las acciones incluidas en esta A, se destaca la educación en salud, especialmente enfocada al autocuidado de los pacientes con condiciones crónicas, estando asociada a mejores resultados clínicos y menores costos. Esta estrategia debe estar respaldada por evidencia científica y guías clínicas para promover un cambio de comportamiento más amplio y permanente, varios estudios han abordado la implementación de un programa de intervención con el objetivo de mejorar el conocimiento de los pacientes sobre la enfermedad e involucrarlos en el autocuidado.

De acuerdo con los resultados de esta revisión, las acciones de la tercera **A Seguro de salud** fueron cubiertas en su totalidad y no hubo acciones diferentes. En esta etapa se debe construir el plan de cuidados o metas específicas. Esta acción debe ser realizada de

forma compartida entre profesionales, pacientes, familiares y amigos. Otro aspecto importante es la determinación de la autoeficacia del paciente para alcanzar la meta propuesta.

En esta revisión, no hay referencias a los riesgos del cambio, este caso se atribuye a las características de los pacientes con ECV, que tienen una condición instalada, y al contenido de las intervenciones propuestas, que buscan la prevención secundaria, como la ausencia de nuevos eventos agudos. Entre las **As, la cuarta, Asistencia**, fue la que agrupó el mayor número de estudios. Entre las acciones consolidada, es posible observar una reafirmación de las realizadas anteriormente, como la identificación de barreras para el alcance de las metas, discusión del plan de cuidados y revisión del progreso de acuerdo a las metas establecidas, revisando el plan para adaptarlo a las necesidades reales del paciente en cada reunión de seguimiento.

de Orem, que trabaja sobre el autocuidado de las personas.

Otra acción sería transferir el curso de autocuidado con apoyo a un grupo, para interferir para que los recursos comunitarios y familiares apoyen la rehabilitación. Se destaca la importancia de la familia en ese proceso y en la creación de cursos adecuados a la cultura del pueblo. Uno de los abordajes identificados como efectivos es el abordaje del paciente y la entrevista motivacional.

Se identificaron otras acciones pertenecientes a ésta que deben ser implementadas para el autocuidado apoyado. Ellos son: implementar una intervención de autocuidado centrada en el paciente según sus dificultades más apreciadas, por ejemplo, la capacidad de vestir. Permitiendo que el paciente descubra sus propias capacidades, evitando la sobreprotección que dificulta el logro de la autonomía; presencia de equipos multidisciplinarios para la atención; ejecución de planes de rehabilitación física más intensivos, con mayor presencia profesional y promoción de la autogestión del ejercicio.

Intervenciones con el uso de recursos tecnológicos, tales como la telemedicina, la tele rehabilitación, la realidad virtual y los programas informáticos se utilizaron para ayudar a las personas a rehabilitarse. Vale la pena señalar que se deben realizar más estudios para evaluar la efectividad de estas intervenciones, los pacientes con enfermedad cerebrovascular que puedan enfrentar dificultades en la locomoción o recursos económicos para asistir a los centros de atención pueden ser

## **Teoría de autocuidado de Dorothea Orem**

El autocuidado es el concepto central en el TDAE (Teoría del Déficit de Autocuidado en Enfermería). Para Orem, esta se puede definir como la práctica de actividades que favorecen la superación y madurez de las personas que las inician y desarrollan en espacios de tiempo determinados, cuyos objetivos son la preservación de la vida y el bienestar personal (Y. N. Hernández et al., 2017). Y. N. Hernández et al. (2017), agrega que este autocuidado es universal ya que abarca todos los aspectos de la vida, no restringiéndose a las actividades de la vida diaria e instrumentales.

Orem considera al TDAE como una teoría general compuesta por tres teorías interrelacionadas, que son: 1) la Teoría del Autocuidado, que describe por qué y cómo las personas se cuidan a sí mismas; 2) la Teoría del Déficit de Autocuidado, que describe y explica por qué la enfermería puede ayudar a las personas; y 3) la Teoría de los Sistemas de Enfermería, que describe y explica las relaciones que deben crearse y mantenerse para producir enfermería (Y. N. Hernández et al., 2017).

La Teoría del Autocuidado abarca el autocuidado, la actividad de autocuidado y el requerimiento terapéutico del autocuidado. El autocuidado es una función humana reguladora que las personas realizan deliberadamente por sí mismas o que otra persona realiza por ellas para preservar la vida, la salud, el desarrollo y el bienestar. Cuando actúa de manera consciente, controlada, intencional y efectiva, alcanzando una autonomía real, lo llamamos actividad de autocuidado. Para Bavaresco et al. (2020), la capacidad de autocuidado no es en sí misma un medio para mantener, restablecer o mejorar la salud. y bienestar, sino un potencial de actividad en cuidados personales cómo parte integral del ser humano. La Teoría del Autocuidado es la base para comprender las condiciones y limitaciones de la acción de las personas que pueden beneficiarse de la enfermería, aunque es fundamental tener un equilibrio entre el exceso y la falta de cuidado para que el individuo es capaz de cuidarse a sí mismo.

La idea central de la Teoría del Déficit de Autocuidado es que la necesidad de cuidados de enfermería está asociada a la subjetividad de la madurez de las personas en relación a las limitaciones de acción relacionadas con la salud o el cuidado de la salud, en ese estas limitaciones los dejan total o parcialmente incapaces de cuidar de sí mismos o de

sus dependientes. Esta noción constituye la esencia de la teoría general del déficit de autocuidado, ya que determina la necesidad de intervención de enfermería cuando las demandas de autocuidado son mayores que la capacidad de la persona para desarrollar ese mismo autocuidado. El déficit de autocuidado, a pesar de ser un concepto abstracto, cuando se expresa en términos de limitaciones de acción (Y. N. Hernández et al., 2017).

Para Y. N. Hernández et al. (2017) afirman que la persona puede fluctuar en las necesidades de autocuidado, en las capacidades autónomas de su satisfacción y en las necesidades de apoyo en situaciones de transición, en las que no puede adaptarse favorablemente. Para Naranjo Hernández & Naranjo-Hernández (2019), la capacidad de adquirir o recuperar el autocuidado, a través de la propia acción o de terceros, ocurre en tres fases dependientes. En la primera fase, denominada autocuidado estimativo, se determina qué se debe hacer para recuperar el autocuidado; en la segunda fase, denominada autocuidado transitivo, se reconocen las diferentes opciones de recuperación del autocuidado y se selecciona la más favorable; en la tercera y última fase, denominada autocuidado productivo, se verifica la capacidad real de autocuidado, en la que la persona demuestra la capacidad de cuidarse a sí misma. Para el mismo autor, la capacidad de autocuidado solo se afirma cuando el individuo es capaz de realizar la actividad de autocuidado para mantener, restaurar o mejorar su salud y bienestar.

## CAPÍTULO 3

### METODOLOGÍA

#### **Tipo y diseño de la investigación**

El presente trabajo investigativo no experimental, dado a que se usa la investigación para obtener información sobre los fenómenos dentro del contexto general y luego son analizados, por lo tanto, el presente trabajo investigativo intenta establecer la estrategia para el autocuidado en pacientes ambulatorios que han sufrido ECV. De la misma forma, se usó la metodología transversal dado a que la información se obtuvo de artículos y revistas, con el fin de analizarlos y determinar los factores de riesgo que inciden en el autocuidado de los pacientes ambulatorios que han sufrido ECV. Así mismo, este trabajo investigativo uso el método cualitativo puesto que se usó información para una determinante y fácil comprensión de la problemática.

#### **Métodos y Técnicas**

Los métodos que se usaron para el análisis de la problemática del trabajo investigativo fueron los siguientes:”

**Método analítico-sintético:** Este método está orientado al estudio de los hechos, expresadas en palabras claves las mismas que de forma individual son investigadas para luego ser integradas para su análisis holístico.

Se usará este método con la finalidad de análisis los objetivos, por medio de la recogida de información a través de fuentes como: Redalyc, PubMed, Google Académico y Medline, las cuales sirvieron para poder referenciar toda aquella información utilizada en el presente trabajo.

Adicionalmente fue necesario la aplicación de los métodos se encuentra el analítico; el mismo que requiere de la aplicación del pensamiento crítico, mediante el cual se determinó en contenido teórico relacionado con los factores intrínsecos y extrínsecos que influyen en los pacientes ambulatorios que han sufrido ECV; así como también permitió determinar el tipo de información sobre pacientes que han sufrido ECV.

El método inductivo, en cambio permite la descomposición de cada una de las variables de estudio en análisis, para extraer la información más relevante que de paso a la fundamentación teórica, con el fin de garantizar la veracidad del contenido literario del estudio; proporcionando información confiable para el uso de los profesionales de salud, especialmente el área de enfermería.

## CAPÍTULO 4

### DESARROLLO DEL TEMA

Los 12 artículos seleccionados en la búsqueda de las bases de datos de acuerdo con los criterios y estrategias antes mencionados fueron analizados en su totalidad mediante lectura exploratoria, selectiva, analítica e interpretativa y se extrajeron informaciones sobre título, año, objetivo y enfoque para componer la Tabla 4.

*Tabla 4* Presentación de las características de los artículos incluidos en la Revisión Integrativa

TÍTULO DEL ARTICULO	AÑO	OBJETIVO	METODO
Construcción y validación de un protocolo de atención de enfermería con intervenciones educativas para cuidadores parientes ancianos después de un accidente cerebrovascular	2021	Construir y validar clínicamente el resultado de Movilidad de Enfermería en pacientes con accidente vascular cerebral.	Cualitativo
Terapias de enfermería en la persona con alteración de la deglución tras un ECV	2019	Identificar los focos/diagnósticos e intervenciones, documentados por enfermeros, en respuesta a las necesidades de cuidado de la persona con alteración de la deglución después accidente vascular cerebral.	Cualitativo
Trayectoria de la persona con accidente cerebrovascular: del evento a la rehabilitación	2017	Describir el camino de la persona con un ECV e identificar los eventos importante en este camino.	Cualitativo
Validación clínica de los resultados de enfermería de movilidad en pacientes con accidente cerebrovascular	2018	Validar clínicamente el resultado de Nursing Mobility en pacientes con ECV cerebro.	Cualitativo
Eficacia del programa InCARE en la carga de cuidadores informales de ancianos tras un ECV	2020	Evaluar las habilidades prácticas de los cuidadores de personas mayores que han sobrevivido a un accidente cerebrovascular; y evaluar un programa de intervención para reducir la sobrecarga de estos cuidadores en 1° (M1) y 3° (M2) mes después de la intervención.	Cualitativo

Percepciones de enfermeros y pacientes con ECV sobre la Educación para la Salud	2021	Conocer y difundir las percepciones de pacientes con ECV y enfermeras sobre las prácticas de Educación para la Salud en la RNCCI.	Cualitativo
Rehabilitación posterior al accidente cerebrovascular: identificación de signos y síntomas de patología del habla y lenguaje por parte de enfermeras y médicos en la atención primaria de salud.	2019	Evaluar qué grupos de comorbilidades del habla - trastornos del lenguaje son identificados por médicos y enfermeros de la Estrategia Salud de la Familia (ESF) como referidos post ECV habla cerebral - lenguaje de rehabilitación en Salud Primaria y Secundaria.	Cualitativo
Perfil de pacientes diagnosticados de ECV atendidos en un hospital de Minas Gerais acreditado en la línea de atención.	2017	Describir la distribución de pacientes con ECV en los diferentes sectores de hospitalización de un hospital público acreditado por el Ministerio de Salud en la línea de atención.	Cuantitativo
Construcción de tecnología educativa para el cuidado domiciliario después del ECV: relato de experiencia.	2017	Informar la construcción de una carpeta educativa con orientaciones de enfermería para el cuidado domiciliario de pacientes con discapacidad resultantes de la Infarto cerebral.	Cualitativo
Perfil de los cuidadores familiares de ancianos tras un ECV.	2017	Describir el perfil de los Cuidadores Familiares (FC) de ancianos sobrevivientes de Accidente Vascular Cerebral (ACV) y el nivel de sobrecarga de cuidados.	Cuantitativo
Interacción en la formación clínica de enfermería: reflexiones sobre el cuidado a personas con hipertensión arterial.	2018	Identificar conocimientos y actitudes sobre el autocuidado en salud entre usuarios que recibieron formación clínica en enfermería para hipertensión arterial a partir del nivel de conocimientos y actitudes del paciente hipertenso a través de intervenciones de cuidado interactivo con pacientes y familiares en un contexto terapéutico, con el objetivo de en desarrollar la educación para la salud.	Cualitativo

Enfermedad por Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus: Concepción de un grupo de pacientes hospitalizados.	2017	Identificar las necesidades de aprendizaje en salud de los pacientes hipertensos y diabéticos hospitalizado	Cualitativo
---	------	---	-------------

El ECV es un grave problema de salud pública por los elevados costes médicos, sociales y emocionales, además del gran número de muertes y dependencias físicas de los pacientes que padecen la enfermedad. El desequilibrio causado por un accidente cerebrovascular puede ser temporal o permanente, afectando las funciones cognitivas del paciente, causado por isquemia o hemorragia en los vasos del cerebro (Cantillo-Medina et al., 2017).

La enfermedad afecta principalmente a individuos con HAS y DM, patologías que requieren atención continua por tratarse de enfermedades crónicas (Espinosa Pulido et al., 2018). La lesión puede surgir como resultado del desgaste biológico relacionado con el estilo de vida, las relaciones interpersonales y/o asociado al estrés (Melgar Castro, 2017). También se relaciona con otros factores de riesgo como el consumo de alcohol, tabaco, dislipemia, obesidad y sedentarismo (Melgarejo Valverde, 2016).

En cuanto a los estudios epidemiológicos sobre la prevalencia de HAS y DM2, se observó del 22,3% al 43,9% para HAS y del 8% para DM2 en adultos, aumentando con la edad. La HAS es considerada un factor de riesgo modificable, y también es identificada como un importante problema de salud pública en Brasil y en el mundo, ya que tiene un índice de contención pequeño (Mora et al., 2019). Teniendo en cuenta la gravedad de estos factores de riesgo, es necesario un control estricto de la presión arterial y la glucemia para prevenir el ECV (Sepúlveda Tabares et al., 2018).

Ante la progresión acelerada de la esperanza de vida, con un avance de la población en los últimos años, ha favorecido que más personas alcancen edades en las que las entropías neurológicas como el ECV se vuelven más prevalentes. Entre los principales trastornos causados podemos mencionar la debilidad muscular, la afasia y la disfagia, la dificultad en la locomoción y el autocuidado (Silva Espinoza, 2018).

Sin embargo, las manifestaciones del ECV son de inicio agudo, pero tienen secuelas a largo plazo, para evitar el peor pronóstico, el reconocimiento precoz de los signos y síntomas es fundamental para evitar el daño cerebral. Una de las consecuencias más comunes del ECV es la limitación de la movilidad corporal, discinesia, temblores

provocados por el movimiento, además de falta de coordinación e inestabilidad corporal. En este sentido, la incapacidad operativa está íntimamente ligada al área del cerebro lesionada y al grado de lesión, haciendo que la recuperación sea más lenta, llevando al individuo a la debilidad y dependencia de terceros (Marín, 2016).

Según (Jimena Alexandra, 2019) el deterioro cognitivo, comunicativo y de la deglución del ECV afecta a cerca del 22% de los pacientes, estos presentan lesiones cognitivas como la afasia que alcanza del 21% al 38% de los afectados por ECV y entre el 29% y El 81% con alteración de la deglución, se observa que esta última es un factor de riesgo para desnutrición, infección y deshidratación severa, que puede conducir a la muerte.

Sin embargo, es claro que la falta de conocimiento de los signos y síntomas, así como la identificación de la ocurrencia de un ECV, resulta en la demora en la búsqueda de atención especializada, lo que lleva a un aumento de la morbimortalidad y posibles secuelas (Silva Espinoza, 2018). La identificación de un evento cerebrovascular no es fácil de realizar y puede entenderse como algo malo en el individuo pero que no está asociado con la patología (Jimena Alexandra, 2019).

En caso de ECV, la prioridad es la atención médica de urgencia, que debe ser entre 4 y 5 horas después del inicio de los síntomas y de la llegada del paciente al centro de referencia, donde las posibilidades de mortalidad y secuelas están directamente ligadas al tiempo de respuesta. El reconocimiento precoz de los signos y síntomas de un ECV es fundamental para reducir los efectos de la enfermedad y tener un mejor pronóstico (Luna Duarte et al., 2021).

En cuanto a la prevención de eventos cardiovasculares, se considera necesario desarrollar acciones de educación en salud, asesorando a la población sobre los riesgos y cómo evitar complicaciones, a través del control de los niveles de presión arterial y cambios en los hábitos de vida. En ese contexto, el enfermero es el pilar en la educación para la prevención de eventos cerebrales, buscando integrar al paciente y a la familia en la prevención y el autocuidado de los factores que influyen en el ECV, así como en la adherencia al tratamiento y rehabilitación, incentivándolos a actuar como promotores de su salud (Saavedra & G, 2016).

Sin embargo, el enfermero tiene un papel fundamental en la rehabilitación de los pacientes afectados por un ECV, siendo un importante profesional para la creación de estrategias de educación en salud, por su papel como facilitador de prácticas

educativas, incentivando el autocuidado y enseñando a los cuidadores en el proceso de adaptación y rehabilitación (Berrocal Izquierdo, 2017). Además, motivar al individuo a ser gestor en el proceso de rehabilitación, con el fin de integrarlo a la sociedad con el menor grado de dependencia posible.

Se destaca, por tanto, que el enfermero tiene un papel fundamental en la prevención y cuidado del paciente víctima de ACV, pues como educador en salud puede orientar, evaluar los riesgos, trazar planes y metas y acompañar la evolución del paciente para para obtener y mantener la salud. Este profesional puede influir positivamente en los pacientes para que adopten un cambio de hábitos, haciéndolos más saludables y más aptos para el tratamiento activo de su propia salud (Luna Duarte et al., 2021).

## **CAPÍTULO 5**

### **CONCLUSIONES**

Una vez culminado el desarrollo del tema, en base a los objetivos se plantea las siguientes conclusiones.

- El abordaje del autocuidado se evidencian dimensiones que agrupan esas actividades autorreguladoras. En la Dimensiónfarmaco-lógica se observa lo concerniente a tomarse la medicación como actividad esencial del autocuidado; en la Dimensión nutricional, cuidarse en la alimentación; en la Dimensión espiritual, el apoyo familiar y el afecto de la familia, de igual manera la confianza y la fe puesta en Dios; y en la Dimensión actividad en la casa y ejercicio físico, lo esencial es la realización de ejercicio y actividad física.

- Las dimensiones más comprometidas se encontraron: capacidad funcional, aspectos físicos, estado general de salud, aspectos sociales y emocionales. Así mismo, los dominios más comprometidos son: movilidad, trabajo, función de miembros superiores, conducta, relación familiar, relación social y energía. La mayoría de los pacientes presentan dependencia moderada o severa para las actividades de la vida diaria y presencia de síntomas disfóricos o depresivos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abrahante, O. B., Piedra, J. S., Acosta, T. B., & Pérez, A. E. P. (2020). Rehabilitación de las secuelas respiratorias en pacientes post-COVID-19 con enfermedad cerebrovascular.

*Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación*, 12(3).

<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=101587>

Atamari-Anahui, N., Alva-Díaz, C., Vera-Monge, V., & Taype-Rondán, A. (2019). Tendencia de mortalidad por enfermedad cerebrovascular registrada por el Ministerio de Salud de Perú, 2005-2015. *Neurología Argentina*, 11(4), 202-209.

<https://doi.org/10.1016/j.neuarg.2019.07.001>

- Berrocal Izquierdo, N. (2017). *Frecuencia y factores de riesgo de enfermedad cerebrovascular en esquizofrenia y trastornos relacionados*. <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/113462>
- Busto, J. E. B. del. (2019a). Consideraciones a tener en cuenta en la enfermedad cerebrovascular como problema de salud. *Medimay*, 26(3), 380-382.
- Busto, J. E. B. del. (2019b). Las enfermedades cerebrovasculares como problema de salud. *Revista Cubana de Neurología y Neurocirugía*, 9(2), Article 2.  
<http://www.revneuro.sld.cu/index.php/neu/article/view/335>
- Busto, J. E. B. del, Castellón, R. L., & Pedroso, M. D. M. (2020). Enfermedad cerebrovascular y COVID-19. *Anales de la Academia de Ciencias de Cuba*, 10(2), 802.
- Cabrera-Rego, J. O., del Busto Mesa, A., Munguía Rodríguez, J. L., Yanes Quintana, A. A.,  
Cabrera-Rego, J. O., del Busto Mesa, A., Munguía Rodríguez, J. L., & Yanes Quintana, A. A. (2019). Caracterización de los hallazgos electrocardiográficos y su relación con la mortalidad en la enfermedad cerebrovascular aguda. *CorSalud*, 11(3), 196-202.
- Cantillo-Medina, C. P., Blanco-Ochoa, J. de J., Cantillo-Medina, C. P., & Blanco-Ochoa, J. de J. (2017). Agencia de autocuidado de la persona con enfermedad renal crónica en diálisis. *Enfermería Nefrológica*, 20(4), 330-341. <https://doi.org/10.4321/s2254-28842017000400007>
- Castro, W. M. D., & Lopez, Y. C. R. (2019). Método Perfetti como Estrategia Terapéutica en la Rehabilitación de Pacientes con Enfermedad Cerebrovascular: Revisión Bibliográfica. *Movimiento Científico*, 13(1), 65-70.
- Clément, M. E., Romano, L. M., Furnari, A., Abrahín, J. M., Marquez, F., Coffey, P., Rodriguez, L., Carabajal, V., Gonorazk, S., & Ioli, P. (2018). Incidencia de enfermedad cerebrovascular en adultos: Estudio epidemiológico prospectivo basado en población cautiva en Argentina. *Neurología Argentina*, 10(1), 8-15.  
<https://doi.org/10.1016/j.neuarg.2017.09.002>

- Climent, E., Benaiges, D., & Pedro-Botet, J. (2020). Tratamiento hipolipemiante en la prevención secundaria de la enfermedad cerebrovascular isquémica. *Clínica e Investigación en Arteriosclerosis*, 32(4), 175-182. <https://doi.org/10.1016/j.arteri.2019.12.002>
- Contreras, J. P., Pérez, O., & Figueroa, N. (2018). Enfermedad cerebrovascular en mujeres: Estado del arte y visión del cardiólogo. *Revista Colombiana de Cardiología*, 25, 113-119. <https://doi.org/10.1016/j.rccar.2017.12.014>
- Del Brutto, O. H., Del Brutto, V. J., Zambrano, M., Lama, J., Del Brutto, O. H., Del Brutto, V. J., Zambrano, M., & Lama, J. (2017). Enfermedad cerebrovascular en Atahualpa: Prevalencia e incidencia. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 26(2), 158-163.
- Díaz, L. R. M., Ordaz, A. T., Rodríguez, A. P., & Ramos, Y. P. (2020). Enfermedad cerebrovascular en pacientes ingresados en cuidados intensivos. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 24(4), 1-9.
- Espinosa Pulido, L. Y., Muñoz Ruiz, L. Y., Paipa Socha, M. J., Rubiano Moreno, L. P., & Velandía Caro, Y. (2018). *Enfermedades del sistema circulatorio en Cundinamarca*. <http://repository.unad.edu.co/handle/10596/18310>
- Flores, O. R., Guerra, L. E. P., Ferrer, N. C., Valdés, L. M. J., Suárez, V. F., & González, O. L. B. (2018). Factores de riesgo asociados a la enfermedad cerebrovascular en pacientes del Policlínico “Marta Abreu”. *Acta Médica del Centro*, 12(2), 148-155.
- Garza-Longoria, R. S. D. la, Maldonado-Mancillas, J. A., Mendoza-Múzquiz, P. L., & Sánchez, L. (2019). Incidencia de enfermedad cerebrovascular en un servicio de Medicina Interna. *Medicina Interna de México*, 34(6), 874-880.
- Hernández, M. G., Cruz, S. A. D., Rubiera, A. T., & Pérez, M. S. (2017). Epidemiología de la enfermedad cerebrovascular en un área intensiva municipal. *Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias*, 16(2), 69-79.
- Hernández Medrano, I., Guillán, M., Masjuan, J., Alonso Cánovas, A., & Gogorcena, M. A. (2017). Fiabilidad del conjunto mínimo básico de datos en el diagnóstico de la enfermedad cerebrovascular. *Neurología*, 32(2), 74-80. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2014.12.007>

- Hernández Oliva, M., Padrón Mora, M., Hernández Jiménez, A., Núrquez Merlan, A., Hernández Oliva, M., Padrón Mora, M., Hernández Jiménez, A., & Núrquez Merlan, A. (2018). Factores pronósticos de mortalidad en pacientes con enfermedad cerebrovascular en cuidados intensivos. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 17(4), 567-578.
- Hernández, Y. N., Pacheco, J. A. C., & Larreynaga, M. R. (2017). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gaceta Médica Espirituana*, 19(3).  
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=77397>
- Jimena Alexandra, M. G. (2019). *Autocuidado del paciente hipertenso, según Dorothea Orem*.  
<http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/6074>
- León Ruiz, M., Rodríguez Sarasa, M. L., Sanjuán Rodríguez, L., Benito-León, J., García-Albea Ristol, E., & Arce Arce, S. (2018). Evidencias actuales sobre la estimulación magnética transcraneal y su utilidad potencial en la neurorehabilitación postictus: Ampliando horizontes en el tratamiento de la enfermedad cerebrovascular. *Neurología*, 33(7), 459-472.  
<https://doi.org/10.1016/j.nrl.2016.03.008>
- López, G. R. A., Peña, L. G., González, B. C., Santos, D. P., Carballosa, Y. C., & Suárez, B. C. (2017). Alteraciones electrocardiográficas en la fase aguda de la enfermedad cerebrovascular isquémica. *Panorama Cuba y Salud*, 12(2), 29-34.
- Luna Duarte, K. A., Romero Martínez, N. M., Jiménez Nausan, Y., & Aldana Martínez, H. M. (2021). *Propuesta de intervención en promoción y prevención del riesgo de accidentes cerebrovasculares en el Amazonas*. <http://repository.unad.edu.co/handle/10596/44542>
- Málaga, G., De La Cruz-Saldaña, T., Busta-Flores, P., Carbajal, A., & Santiago-Mariaca, K. (2018). La enfermedad cerebrovascular en el Perú: Estado actual y perspectivas de investigación clínica. *Acta Médica Peruana*, 35(1), 51-54.
- Marín, M. C. P. (2016). *Enfermedades sistémicas del anciano, factores de riesgo y manifestaciones oftálmicas*. 54.
- Martínez Martin, M., Álvarez Poveda, J. L., Roche Segura, M., Castillo Barbier, K., Trejo Franqui, Á. L., Martínez Martin, M., Álvarez Poveda, J. L., Roche Segura, M., Castillo Barbier, K.,

- & Trejo Franqui, Á. L. (2018). Comportamiento de factores de riesgo de las enfermedades cerebrovasculares en Pedras, Maranhão, Brasil. *Revista Información Científica*, 97(1), 29-37.
- Melgar Castro, P. Z. (2017). *Incidencia de úlceras por presión en pacientes con enfermedad cerebrovascular en el servicio de medicina del Hospital Emergencias Grau Lima—2013*. <https://repositorio.uap.edu.pe/xmlui/handle/20.500.12990/3362>
- Melgarejo Valverde, J. A. (2016). PACIENTE DE SEXO MASCULINO DE 67 AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICO MÉDICO DE ACV ISQUÉMICO, CON ANTECEDENTES DE ACV ISQUÉMICO DE ARTERIA CARÓTIDA IZQUIERDA. *Universidad Privada Norbert Wiener*. <https://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/3352>
- Mora, L. T. O., Morales, T. K. A., & Pinchao, L. M. V. (2019). Reaprendizaje motor orientado a tareas en pacientes con secuelas de enfermedad cerebro vascular: Una revisión narrativa. *Revista Investigaciones Andina*, 21(38), 139-152. <https://doi.org/10.33132/01248146.996>
- Morais, H. C. C., Gonzaga, N. C., Aquino, P. de S., & Araujo, T. L. de. (2015). Estratégias de autocuidado apoiado para pacientes com acidente vascular cerebral: Revisão integrativa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49, 136-143. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000100018>
- Núñez-González, S., Duplat, A., Simancas, D., Núñez-González, S., Duplat, A., & Simancas, D. (2018). Mortalidad por enfermedades cerebrovasculares en Ecuador 2001- 2015: Estudio de tendencias, aplicación del modelo de regresión joinpoint. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 27(1), 16-22.
- Palacio-Portilla, E. J., Roquer, J., Amaro, S., Arenillas, J. F., Ayo-Martín, O., Castellanos, M., Freijo, M. M., Fuentes, B., García-Pastor, A., Gomis, M., Gómez-Choco, M., López-Cancio, E., Martínez-Sánchez, P., Morales, A., Rodríguez-Yáñez, M., Segura, T., Serena, J., Vivancos-Mora, J., & de Leciñana, M. A. (2022). Dislipidemias y prevención del ictus: Recomendaciones del Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la

- Sociedad Española de Neurología. *Neurología*, 37(1), 61-72.  
<https://doi.org/10.1016/j.nrl.2020.07.027>
- Palacios, E., & Pinzón, D. (2017). Sobrecarga, ansiedad y depresión en el cuidador de paciente con enfermedad cerebrovascular. *Repertorio de Medicina y Cirugía*, 26(2), 118-120.  
<https://doi.org/10.1016/j.reper.2017.04.003>
- Palma López, M. E., Díaz Ordoñez, Á. F., Pérez Caballero, M. D., Fernández-Britto Rodríguez, J. E., & Tamayo Gómez, F. (2017). Relación entre la presión de pulso y la enfermedad cerebrovascular aterotrombótica. *Revista Cubana de Medicina*, 56(1), 15-25.
- Parada Barroso, Y., Hechavarría Córdoba, Y., Mesa Barrera, Y., Hernández Rodríguez, T. E., Parada Barroso, Y., Hechavarría Córdoba, Y., Mesa Barrera, Y., & Hernández Rodríguez, T. E. (2018). Evolución de la Enfermedad Cerebrovascular Isquémica Aguda en pacientes con Síndrome Metabólico. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 17(3), 396-407.
- Pelier, B. Y. N., & Gracia, J. M. V. (2019). Estimulación eléctrica funcional en el miembro superior de pacientes hemipléjicos después de sufrir una enfermedad cerebrovascular. *Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación*, 11(1), 1-16.
- Perdomo Borges, B., Rodríguez Rodríguez, T., Fonseca Fernández, M., Urquiza Pozo, I., Martínez Serrano, I. L., Bilaboy Pérez, B. R., Perdomo Borges, B., Rodríguez Rodríguez, T., Fonseca Fernández, M., Urquiza Pozo, I., Martínez Serrano, I. L., & Bilaboy Pérez, B. R. (2020). Caracterización de pacientes con enfermedad cerebrovascular isquémica y deterioro cognitivo. Cienfuegos, 2018. *MediSur*, 18(3), 333-344.
- Pérez Ponce, L. J., Barletta Farías, R. C., Iturralde González, L. O., Castro Vega, G., Santana Guerra, D. R., León Estela, R. M., Pérez Ponce, L. J., Barletta Farías, R. C., Iturralde González, L. O., Castro Vega, G., Santana Guerra, D. R., & León Estela, R. M. (2019). Caracterización clínica de pacientes fallecidos por enfermedad cerebrovascular. *Revista Finlay*, 9(3), 161-171.
- Piloto Cruz, A., Suarez Rivero, B., Belaunde Clausell, A., Castro Jorge, M., Piloto Cruz, A., Suarez Rivero, B., Belaunde Clausell, A., & Castro Jorge, M. (2020). La enfermedad

- cerebrovascular y sus factores de riesgo. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 49(3).  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0138-65572020000300009&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0138-65572020000300009&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
- Ramos Fernández, O., Menéndez Rodríguez, J. C., Puentes Colombé, M., Benítez Pozo, O. L., Sánchez Hernández, E., Ramos Fernández, O., Menéndez Rodríguez, J. C., Puentes Colombé, M., Benítez Pozo, O. L., & Sánchez Hernández, E. (2020). Factores de riesgo de enfermedades cerebrovasculares en pacientes atendidos en unidad de cuidados intensivos municipal. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 24(2), 171-177.
- Ruiz, G. P., Verdecía, A. T., Verdecía, A. T., Pérez, Y. V., & Brito, G. C. (2017). Mortalidad en la enfermedad cerebrovascular en el Hospital General Docente “Enrique Cabrera”, La Habana. *Revista Uruguaya de Enfermería*, 12(1), Article 1.  
<http://rue.fenf.edu.uy/index.php/rue/article/view/213>
- Saavedra, M. A. D., & G, M. C. G. (2016). Escalas utilizadas para la medición de la calidad de vida en pacientes con enfermedad cerebrovascular. *Revista Colombiana de Medicina Física y Rehabilitación*, 26(1), 64-74. <https://doi.org/10.28957/rcmfr.v26n1a6>
- Salgado Castillo, I., Triana Mantilla, M. E., Rodríguez Villalonga, L. E., Arpajón Peña, Y., & Hernández Seara, A. (2017). Características de la enfermedad cerebrovascular extracraneal en el municipio de arroyo naranjo. *Revista Cubana de Angiología y Cirugía Vascul*, 18(2), 139-153.
- Sepúlveda Tabares, V., Valencia Castañeda, O. B., & Vélez Bernal, Y. (2018). *Rol del profesional de enfermería en el cuidado del paciente con enfermedad cerebrovascular isquémica en unidades de cuidado crítico*. <http://bibliotecadigital.udea.edu.co/handle/10495/10438>
- Sieira, P. I., Esparragosa, I., Valentí, R., & Martínez-Vila, E. (2019). Enfermedades cerebrovasculares. Hemorragia cerebral. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(70), 4075-4084. <https://doi.org/10.1016/j.med.2019.01.001>
- Silva Espinoza, A. G. (2018). *Necesidades de los cuidadores familiares e intervenciones de Enfermería en pacientes con enfermedad cerebro vascular, Hospital Regional de Ica en el*

*periodo de Enero a Junio 2018.*

<https://repositorio.uap.edu.pe/xmlui/handle/20.500.12990/4113>