



Escuela de Enfermería

Ciclo de Licenciatura en Enfermería

Curso: Taller de Producción de Trabajo Final

Unidad Stroke

Docente Titular: Lic. Michel, Jorge

Autores: Hernández, Damián

Rivera, Sergio

Mendoza, agosto de 2023

Advertencia

“El presente estudio de investigación es propiedad de la Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo, y no puede ser publicado, copiado ni citado, en todo o en parte, sin el previo consentimiento de la citada Escuela o del autor o los autores”.

Acta de Aprobación

Incluirá una preforma a utilizar por el tribunal examinador.

Presidente.....

Vocal 1:

Vocal 2:

Trabajo Aprobado el: .../.../....

Agradecimientos

El señor Sergio Rivera agradece a su compañero de grupo Damian Hernandez, a su familia que siempre está con él, a los profesores que guiaron en todo momento y a la institución por darle la oportunidad de continuar con esta profesión.

El señor Damian Hernandez agradece a todos los que pudieron contribuir, colaborar e interferir en cada etapa a fin de poder finalizar este trabajo de la manera más correcta posible.

Y un agradecimiento especial a la Licenciada Troncoso Valeria, que sin su apoyo y ayuda todo esto no sería posible.

Prefacio

Este trabajo se centrará en el proceso de atención y tratamiento del paciente que cursa un Accidente cerebro-vascular.

Mediante la encuesta realizada por los autores de este trabajo se recabarán datos precisos que servirán de apoyo para la investigación.

El objetivo es dar a conocer los conocimientos necesarios para reconocer signos y síntomas de alerta ante un paciente que esté cursando un ACV dentro de las 4 horas del inicio de síntomas. Se trata de obtener una base equitativa en el personal de enfermería, con fundamentación científica obtenida del material investigado, sobre el tratamiento de trombolisis que se realiza en el paciente y es reconocido a nivel mundial. Este conocimiento es necesario para una atención óptima del paciente, reduciendo así las complicaciones de salud en el área de investigación elegida.

ÍNDICE

CAPÍTULO I

Planteo del problema	1
Introducción	2
Pregunta problema	7
Objetivo General	7
Objetivos Específicos	7
Justificación	8
Marco teórico	9
Parte 1: Ictus	9
Parte 2: Unidad Stroke	15
Parte 3: Cuidados de enfermería en pacientes tratados con trombolisis	21

CAPÍTULO II

Diseño Metodológico	25
----------------------------	-----------

CAPÍTULO III

Resultados, discusión y propuestas	30
Tablas y Gráficos	30
TABLA N° 1: Distribución de muestra según la edad.	30
TABLA N° 2: Distribución de muestra según su género.	32
TABLA N° 3: Muestra según el nivel de formación profesional.	33
TABLA N° 4: muestra según la antigüedad trabajando en el hospital.	34
TABLA N° 5: muestra de antigüedad trabajando en el servicio de guardia general.	35
TABLA N° 6: muestra de capacitación en ACV.	36
TABLA N° 7: muestra según signos y síntomas que sospechen un ACV.	37
TABLA N° 8: muestra de enfermeros que utilizan escala de Glasgow para valorar un ACV.	38
TABLA N° 9: muestra valoración de ACV en el Triage.	39
TABLA N° 10: muestra según el periodo de tiempo en un paciente ACV en ventana.	40
TABLA N° 11: muestra de respuestas sobre la administración de dosis del agente trombolítico vía bolo endovenoso en un paciente con acv que pesa 80 kg.	41
TABLA N° 12: muestra de respuestas sobre la administración de dosis del agente trombolítico vía infusión continua endovenosa en un paciente con acv que pesa 80 kg.	42
TABLA N° 13: muestra del personal enfermero respecto a valoración del paciente durante el tratamiento de trombolisis.	43
TABLA N° 14: muestra de periodo de tiempo para el control de signos vitales.	44
TABLA N° 15: muestra de selección del diagnóstico médico para realizar trombolisis.	45

TABLA N° 16: opciones de pasos a seguir elegidos por enfermeros para el tratamiento fibrinolítico.	46
TABLA N° 17: muestra de técnicas de enfermería que se pueden realizar durante el tratamiento.	47
TABLA N° 18: muestra de elección del estudio complementario a realizar para diagnosticar un ACV.	48
TABLA N° 19: muestra de valoración signos y síntomas post tratamiento fibrinolítico.	49
TABLA N° 20: muestra de realización de ECG durante el tratamiento trombolítico.	50
TABLA N° 21: muestra de periodo a realizar un CSV post tratamiento fibrinolítico.	51
Discusión de resultados	52
Conclusión	53
Propuestas	54
Apéndices y Anexos	56
Bibliografía	90

CAPÍTULO I

Planteo del problema

Introducción

Paciente Neurológico en Triage

La atención en Triage (Recogida, Atención y Clasificación de pacientes) es importante para un flujo continuo de pacientes donde se pueda atender con carácter de urgencia a aquel que lo requiera. Con respecto al paciente neurológico y al protocolo de unidad Stroke el tiempo es oro en sentido de afección del organismo cuando cursa un ACV. El saber reconocer un paciente con ACV y conocer el protocolo a seguir es vital ya que depende del servicio de enfermería en avisar un ingreso de un paciente con características y sintomatología de un ACV en curso, que se encuentre en periodo de ventana terapéutica o no, que haya ingresado por sus propios medios o que haya sido derivado de un nosocomio de menor complejidad o trasladado en ambulancia.

Unidad Stroke

Lo ideal es contar con sistemas organizados de unidad stroke, que puedan proporcionar un enfoque global del enfermo tanto en prevención primaria como en secundaria, tratamiento en fase aguda y rehabilitación de estos pacientes. Para ello se han creado, a nivel mundial, las unidades de stroke integradas por equipos multidisciplinarios. Destinadas a optimizar la atención global del paciente con la aplicación de protocolos internacionales que sirven de guía para la atención adecuada de estos pacientes, logrando disminuir así la morbimortalidad de manera significativa y constituyéndose en centros de referencia. La experiencia de los países de altos ingresos evidencia que el desarrollo de unidades de stroke es la mejor opción para la atención, independientemente de la edad del paciente y severidad del evento. La evidencia publicada sugiere que es costo-efectiva, reduce la mortalidad temprana en un 28% y al año en un 17%, disminuye la discapacidad e incrementa el número de altas a domicilio.¹

¹ Sun Y, Paulus D, et al. A systematic review and metaanalysis of acute stroke unit care: What's beyond the statistical significance?. BMC Med Res Methodol. 2013. <https://bmcmedresmethodol.biomedcentral.com/>

El Servicio de Medicina de Urgencias contiene un protocolo de atención establecido a nivel mundial para pacientes con patologías neurológicas como el Accidente Cerebro Vascular, donde la atención del paciente de esa índole tiene que ser prioridad. Tal protocolo consta de la infusión de un medicamento trombolítico (trombolisis intravenosa con activador tisular del plasminógeno recombinante -rtPA-) para la disolución de dicho trombo y así contrarrestar la afección del ACV minimizando las secuelas que genere dicha enfermedad. Previo a la infusión del medicamento el paciente es estudiado por tomografía axial computada (TAC) con el fin de valorar la factibilidad de implementación del tratamiento trombolítico en ACV isquémico. Luego del diagnóstico por imágenes y viendo que la causa del ACV es isquémica, tiene que firmar un consentimiento donde acepte recibir el tratamiento trombolítico, de no poder ser firmado por el paciente dicho consentimiento será firmado por familiar.

El número de personal recientemente ingresado por la necesidad de servicio (ampliación del servicio Medicina de Urgencias, más sectores de atención), relacionado con la demanda de personas que requieren atención médica y la diversidad de patologías que se atienden en dicho servicio ha generado una brecha entre el personal con experiencia en la atención de Urgencias y el personal recientemente ingresado (ya sea personal recientemente contratado con o sin conocimientos o personal de otros servicios que fueron redistribuidos al servicio y tengan conocimientos o no).

Este trabajo busca generar una base de conocimientos para formar personal enfermero con experiencia en la atención de pacientes con carácter de urgencia en la Unidad Stroke. Con respecto a la atención de dichos casos se puede observar que muchos colegas enfermeros no tienen destrezas o especialidad en el campo del Triage o el abordaje de pacientes con carácter de urgencia. Otros colegas no tienen experiencia ni conocimientos sobre el protocolo de atención de pacientes en la Unidad Stroke y cómo abordar a un paciente con un ACV isquémico en curso y su post tratamiento con activador tisular del plasminógeno recombinante -rtPA-.

Según el informe de “Global Burden of Disease” de la Organización Mundial de la Salud en 2006 las enfermedades neurológicas determinaron el 11,7% de las muertes ocurridas en el 2005 y se estima que para el 2030 representarán el 12,2%. La enfermedad cerebrovascular fue la más importante en esta categoría acumulando el 85,1 % de las muertes; el 87% ocurrieron en países en vías de desarrollo.² Las estimaciones para la Argentina establecen un total de 52.155 internaciones por stroke y un total de 277.408 días cama de internación por esta causa . El Registro TAICUS (Tratamiento con alteplasa en infarto cerebral en la Unidad de Stroke) llevado a cabo en el “Sanatorio nuestra Señora del Rosario” (San Salvador de Jujuy - Argentina) durante un período de 18 meses (julio 2006-diciembre 2007) demostró que el empleo de rt-PA en la Unidad Stroke es factible y eficaz, disminuyendo así la morbimortalidad de esta patología. En el Registro fueron incorporados 52 pacientes con infarto cerebral agudo, 33 varones (63%) y 19 mujeres (37%) con una edad promedio general de 68 años (rango 26-86 años). El factor de riesgo mayor prevalente en la población general fue la hipertensión arterial sistémica (HTA), presente en el 73% de los casos. Otros factores de riesgo frecuentemente detectados fueron: diabetes (DBT) en el 23%, tabaquismo (TBQ) en el 15%, dislipidemia (DSL) en el 38% y fibrilación auricular (FA) crónica en el 17% de los casos. Los pacientes que ingresaron dentro de las 3 horas del comienzo de los síntomas fueron considerados elegibles para recibir trombolisis endovenosa. Se los valoró con la escala de NIHSS (ver anexo). La indicación de la actividad clínica del rt-PA se valoró con una mejoría de 4 puntos sobre el puntaje inicial de la escala del NIHSS. Fueron elegidos para trombolisis 17 pacientes (32% del total de pacientes ingresados) que ingresaron dentro de las 3 horas del comienzo de los síntomas. Nueve de los 14 pacientes (27%) tratados con rt-PA presentaron mejoría en los síntomas de stroke, según la escala de valoración empleada. La mortalidad fue mayor en los casos que no recibieron trombolisis (31% versus 14%) (ver en anexo Tabla 1)

² OMS. Neurological Disorders: A public health approach(pag 151-163). Suiza. 2006. <https://books.google.com.ar/>

En el 2006 Melcon y colaboradores publican un estudio en la Ciudad de Junín, provincia de Buenos Aires, Argentina, en el cual reportan una prevalencia de 473,4/100.000 habitantes, el 79,6% fueron eventos isquémicos y el 20,4% hemorrágicos.³ En la Argentina existen dos registros hospitalarios que brindaron datos sobre los factores de riesgo vascular más prevalentes, tipos de eventos y la implementación de tratamiento fibrinolítico en el ACV Isquémico.

El registro ARENAS I (ARGENTINA, REGISTRO NACIONAL DE STROKE) fue conducido por el Consejo de Stroke de la Sociedad Argentina de Cardiología con el objetivo de evaluar la calidad de atención en la fase aguda del stroke en 2003, incluyendo instituciones del ámbito público y privado, en 14 provincias argentinas. Fue llevado a cabo durante un lapso de seis meses, con la participación de 84 centros de todo el país y con un registro de datos correspondiente a 1.235 pacientes. El principal factor de riesgo fue la hipertensión arterial sistémica en el 78,5%, seguida por antecedente de enfermedad cardiovascular 34%, tabaquismo 32%, dislipidemia 31%, ACV previo 22%, diabetes 17% y fibrilación auricular 15%. El segundo registro epidemiológico fue el estudio ReNaCer, realizado por la Sociedad Neurológica Argentina, en el que se registraron 1.991 pacientes con ACV en 74 hospitales públicos y privados, de los cuales el 83% fueron eventos isquémicos y el 17% hemorrágicos; el principal factor de riesgo fue la hipertensión arterial sistémica (81,6%). El registro argentino ReNaCer en 2006 informó que solamente el 1.3% de una muestra hospitalaria retrospectiva de pacientes con ACV Isquémico agudo recibieron rt-PA y también se evidenció que hay un 5.7% de acceso a unidades stroke, todas ubicadas en la ciudad de Buenos Aires, el porcentaje en el resto del país probablemente sea menor.⁴ Se demostró la baja adherencia a conductas establecidas en el tratamiento, confirmando la

³ Melcon CM, Melcon MO. Prevalence of stroke in an Argentine community. *Neuroepidemiology*. 2006. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16902314/>

⁴ Sposato L, Esnaola MM, Cirio JJ, et al. Acute ischemic stroke treatment in Argentina. *ReNACer: Argentinean Stroke Registry*. *Stroke*. 2008. <https://www.ahajournals.org/doi/epub/10.1161/STROKEAHA.108.521062>

importancia de planificar e implementar estrategias poblacionales para la mejora de la calidad. El Consejo de Stroke realizó reuniones de formación médica continua en la Sociedad Argentina de Cardiología y en diversas ciudades del país. También redactó las primeras Guías Nacionales para el Manejo Agudo del Stroke (2012). Se realizó un estudio retrospectivo, observacional, mediante revisión de historias clínicas de pacientes mayores de 18 años internados en un Centro Integral de Neurología Vascular de la Ciudad de Buenos Aires durante 17 años con diagnóstico de ACV isquémico tratados con rTPA. En el período comprendido entre enero del 2003 y diciembre del 2019 se realizó fibrinólisis intravenosa en 182 pacientes, 65 eran mujeres con una edad promedio de 69 ± 14 años y se observó un aumento de la tasa de uso de fibrinólisis, reduciendo en forma significativa el tiempo de ventana terapéutica y disminuyendo el tiempo de internación.⁵ (gráfico en anexos Tabla 2)

⁵ Rosales J., Rodriguez L., Ameriso S. Uso y resultados de la fibrinólisis intravenosa en una unidad cerebrovascular. 2021. <http://www.scielo.org.ar>

Pregunta problema

¿Qué conocimientos poseen los profesionales de Enfermería en el abordaje de un paciente con Accidente Cerebro Vascular en la Unidad Stroke del hospital central de Mendoza durante el segundo semestre del 2022?

Objetivo General

- Analizar los conocimientos que poseen los profesionales de Enfermería en el abordaje de un paciente con Accidente Cerebro Vascular en la Unidad Stroke del hospital central de Mendoza durante el segundo semestre del 2022.

Objetivos Específicos

- Identificar los cuidados de enfermería al ingreso del paciente en la Unidad Stroke.
- Describir los cuidados durante la administración del tratamiento fibrinolítico.
- Describir los cuidados post fibrinólisis.
- Determinar cuidados ante posibles complicaciones.
- Caracterizar la población de estudio.

Justificación

Se decidió la elección del tema cuando se observaron falencias del personal enfermero al momento de atención del paciente que ingresa con sintomatología de ACV. Estas falencias se pudieron observar desde el momento que el paciente ingresa al hospital hasta el momento de realizar la trombolisis. El estudio sobre el tema elegido nos permite observar los puntos donde se requiera mejorar las bases de conocimientos y reforzar las técnicas de enfermería para la óptima atención del paciente trombolizado.

Marco teórico

Parte 1: Ictus⁶

El ictus es la segunda causa principal de muerte en todo el mundo y la causa principal de discapacidad en personas adultas. La incidencia del ictus es mayor entre las personas de edad avanzada, aunque también en el mundo dos terceras partes de la población que la padecen son personas menores de 65 años.

Las personas que han sobrevivido a un ictus tienen que enfrentarse a discapacidades a largo plazo y a la necesidad de cuidados. El abordaje y tratamiento representan un reto para el sistema sanitario y también para la familia del paciente. Se calcula que la discapacidad alcanza alrededor del 45% de los casos.

Según la OMS el término ictus representa de forma genérica un grupo de trastornos que incluyen: el infarto cerebral, la hemorragia intracerebral y la hemorragia subaracnoidea. También la clasificó como enfermedad del sistema nervioso en la CIE-11.⁷

Factores de riesgo

Es importante recalcar que la mejor forma de reducir el riesgo de sufrir un ictus es reducir al mínimo los factores de riesgo se toman en cuenta.

Factores de riesgo modificables

- Hipertensión arterial
- Diabetes mellitus
- Fibrilación auricular (tabla en anexos)

⁶ Nimako-Doffour, A. Titulación de enfermería especialista en ictus, Unidad 1 “Generalidades”. Instituto Angels. 2008.

⁷ Castellanos, M. Neurología aplaude la nueva clasificación del ictus en la CIE-11 de la OMS. Diciembre de 2021). Redacción Médica. <https://www.redaccionmedica.com/>

- Colesterol
- Tabaquismo

Los factores de riesgo modificables son en los que el profesional puede influir o tratar. Prevención primaria del ictus

- Evitar el tabaquismo
- mejorar tus hábitos alimenticios evitar grasas el aumento de sodio y azúcar
- realizar actividad física
- sí recibe tratamiento farmacológico cumplirlo al pie de la letra
- mantener un peso saludable
- disminuir tus niveles de estrés
- acudir a controles médicos regulares

Los factores no modificables son aquellos en el que el profesional de salud no puede influir

- la edad
- sexo
- antecedentes familiares
- posición social
- grupo étnico

El cerebro recibe información a través de los cinco sentidos: el tacto, el olfato, el gusto, la vista y el oído. La información se puede almacenar en la memoria y ahí se organiza en una forma que tenga significado para nosotros. Así controla nuestros pensamientos, lenguaje, memoria, movimientos del cuerpo y también las funciones principales de los órganos. Las principales funciones del sistema nervioso son las de controlar, integrar y responder a la información de dentro y de fuera del cuerpo.

Estructura anatómica del SNC⁸

Es importante recordar que el sistema nervioso central está conformado por dos áreas que son el sistema nervioso central (SNC) y el sistema nervioso periférico.

El sistema nervioso central está formado por el encéfalo y la médula espinal mientras tanto que el sistema nervioso periférico está formado por los 12 pares craneales y los 31 pares de nervios raquídeos que tienen su origen en la médula espinal toda esta área se encuentra protegida por el tejido epitelial el cráneo las meninges y líquido cefalorraquídeo.

La superficie del cerebro se denomina corteza y contiene las células nerviosas que son de color gris. Por debajo de la corteza se encuentran las fibras de conexión largas entre las neuronas y los axones (sustancia blanca).

Nuestro cerebro se encuentra formado por dos hemisferios el derecho y el izquierdo a su vez también se divide en 4 lóbulos frontal, parietal temporal y occipital (Tabla 3 en anexos)

“El cerebelo se localiza por debajo de los lóbulos temporal y occipital del cerebro.

La función de estos es coordinar los movimientos musculares manteniendo el equilibrio y la postura, otra de sus funciones más importantes es el aprendizaje motor.

El mesencéfalo, la protuberancia y el bulbo forman el tronco encefálico, actúan como transmisores que conectan el cerebro con el cerebelo y a la médula espinal Muchas funciones importantes como la respiración, la consciencia, el sueño, la deglución o la tos se regulan aquí”.⁹

⁸ Nimako-Doffour, A. Titulación de enfermería especialista en ictus, Unidad 1 “Generalidades”. Instituto Angels. 2018.

⁹ Nimako-Doffour, A. Titulación de enfermería especialista en ictus, Unidad 1 “Generalidades”. Instituto Angels. 2018.

Infarto cerebral

La Organización Mundial de la Salud define el ictus como un deterioro neurológico, se debe sobre todo a obstrucciones que impiden que la sangre fluya hacia el corazón o el cerebro.¹⁰

Cuando se interrumpe el aporte de oxígeno y nutrientes al cerebro se genera un daño en los tejidos a nivel cerebral, los síntomas más comunes del accidente cerebrovascular son:

- pérdida súbita unilateral
- pérdida de fuerza en miembros superiores e inferiores
- parálisis facial unilateral o completa

Otros síntomas

- problemas visuales en uno a ambos ojos
- dificultad para caminar
- mareos
- pérdida del equilibrio y coordinación
- cefalea intensa de origen desconocido
- pérdida de conciencia

Los efectos de un ictus dependen de la parte del cerebro que resulte dañada y de la gravedad del daño. Un ictus muy grave puede llegar a provocar muerte súbita.

El ictus se produce cuando el riego sanguíneo al cerebro se interrumpe o daña de manera brusca. Sin un riego sanguíneo adecuado, las células del cerebro se quedan sin oxígeno y sin nutrientes y empiezan a morir. El daño resultante se puede mantener durante muchos años de vida.

Hay dos tipos diferentes de ictus:

- Ictus isquémico
- Ictus hemorrágico

¹⁰ Nimako-Doffour, A. Titulación de enfermería especialista en ictus, Unidad 2 “Cuidados Neurocríticos: identificación de urgencias”. Instituto Angels. 2018.

También hay accidentes isquémicos transitorios (AIT), definidos como “episodios breves de disfunción neurológica provocados por isquemia cerebral focal no asociada a infarto cerebral permanente”¹¹

Es importante para enfermería saber identificar y conocer qué tipo de ictus es que está transitando el paciente.

El ictus isquémico o accidente cerebro vascular isquémico (ACV) se produce por una oclusión de un coágulo o embolia en una de las arterias cerebrales. El ictus hemorrágico o accidente cerebro vascular hemorrágico (ACV) se debe a la ruptura de un vaso sanguíneo con hemorragia hacia el parénquima cerebral o al espacio subaracnoideo.

Cualquiera de estos dos ictus provoca la reducción del aporte de oxígeno y nutrientes al cerebro. Si el flujo de sangre se bloquea por un periodo de 5 minutos a esto se lo denomina como accidente cerebro vascular isquémico transitorio (AIT) (Tabla 4 en Anexos)

Síntomas del Ictus¹²

El síntoma más frecuente del ictus es la debilidad brusca de cara, brazos o piernas, con mayor frecuencia en un lado del cuerpo. Aunque hay otros síntomas, como la aparición brusca de:

- Entumecimiento de la cara, brazos o piernas
- Confusión, dificultad para hablar o para entender el lenguaje
- dificultad para ver con uno o con ambos ojos
- dificultad para caminar, mareos, pérdida del equilibrio o de la coordinación
- cefalea intensa sin causa conocida
- Desmayo o pérdida de conciencia

¹¹ Nimako-Doffour, A. Titulación de enfermería especialista en ictus, Unidad 2 “Cuidados Neurocríticos: identificación de urgencias”. Instituto Angels. 2018.

¹² Nimako-Doffour, A. Titulación de enfermería especialista en ictus, Unidad 2 “Cuidados Neurocríticos: identificación de urgencias”. Instituto Angels. 2018.

Síndromes isquémicos¹³

En el caso del ictus isquémico debido al bloqueo de un vaso sanguíneo provocando disfunción o deterioro del tejido cerebral en esa zona. La identificación del patrón de síndromes es útil para localizar el sitio de lesión aunque también está la identificación por causa subyacente. Los principales síndromes son lacunar, embólico y aterosclerótico

En el síndrome lacunar hay ausencia de signos y síntomas corticales.

Los síndromes son:

- Hemiparesia atáxica la lesión es en las vías corticoespinal y cerebelosa
- Ictus motor Hemiparesia la lesión es en la rama posterior de la cápsula interna y la base de la protuberancia
- Ictus sensitivo la lesión se produce en el tálamo contralateral
- Ictus sensitivo motor hay lesión en el tálamo y la cápsula interna posterior
- La disartria de mano debilidad o torpeza de leve con debilidad de cara y lengua la lesión se localiza en la protuberancia
- La Evaluación neurológica se lleva a cabo mediante los siguientes indicadores
- Valorar el nivel de conciencia
- Evaluar presencia de trastorno afásico (lenguaje espontáneo, repetición, comprensión verbal)
- Evaluación de las pupilas (diplopía binocular, nistagmo) reflejos Babinski
- Evaluación motora (hemiparesia y motricidad fina)
- Evaluar tono muscular parécia central previa
- Evaluar el nivel de sensibilidad
- La prueba de coordinación hemiataxia

Todas estas series de evaluaciones se deben realizar en cuestión de minutos.

¹³ Nimako-Doffour, A. Titulación de enfermería especialista en ictus, Unidad 3 "Cuidados neurocríticos:Trastornos neurocríticos". Instituto Angels. 2018.

A todos los pacientes con ictus se les debe realizar lo antes posible pruebas de neuroimagen.

Habitualmente, es suficiente con una TAC para comprobar si se trata de un ictus isquémico o de uno hemorrágico antes de administrar el tratamiento trombolítico.

Escalas¹⁴

La escala de Glasgow es una herramienta de evaluación que nos sirve para valorar el estado de conciencia de un paciente y consiste en evaluar tres aspectos: apertura de ojos, respuesta motora y respuesta verbal. Cada respuesta se califica con un número la puntuación máxima es de 15 puntos (paciente consciente) en cuanto a la puntuación mínima es de 3 puntos (coma profundo) (Tabla 5 Escalas)

La escala de Rankin modificada mide el estado funcional previo al ictus y después del ictus (Tabla 6 Escalas)

El índice de Barthel mide concretamente las discapacidades que es necesario abordar mediante rehabilitación y cuidados de enfermería.(Tabla 7 Escalas)

La NIHSS es un sistema de puntuación para la evaluación del ictus en fase aguda. Se utiliza para estudios de detección precoz y seguimiento de ictus y como base para la indicación de las opciones de tratamiento farmacológico.(Tabla 8 Escalas)

Parte 2: Unidad Stroke

El Servicio de Medicina de Urgencias del Hospital Central de Mendoza cuenta con 50 camas de distinta clasificación ubicando 19 camas para pacientes con patologías respiratorias de diversa índole, 16 camas para atención de patologías cardíacas, abdominales, intoxicaciones medicamentosas, etc. Y 15 camas de unidad de cuidados críticos para atención de urgencias como por ejemplo TEC, Insuficiencias respiratorias agudas, ACV, IAM. Todos sus cubículos de atención de pacientes cuentan con monitores multiparamétricos,

¹⁴ Nimako-Doffour, A. Titulación de enfermería especialista en ictus, Unidad 1 “Generalidades”. Instituto Angels. 2018.

sistema de oxígeno central, aire comprimido y aspiración central y camillas de traslado para una óptima atención por parte del equipo interdisciplinario.

El personal de dicho servicio consta con 63 Enfermeros Profesionales distribuidos en 3 turnos iguales de 8 horas. Varían en franja de edad (25 – 50 años) y experiencia en el servicio (desde 15 años hasta 6 meses de experiencia) dada a la situación de pandemia y el requerimiento del personal en el servicio muchos enfermeros han ingresado recientemente sin tener experiencia previa en el manejo de atención de pacientes críticos.

La unidad de stroke ¹⁵ es un servicio que se encuentra destinado solamente a la atención de pacientes con enfermedades neurovasculares el cual brinda atención las 24 hs del día. Es un espacio físico o área que dispone de un equipo multidisciplinario y medios técnicos adecuados para abordar al paciente. El avance en el manejo de pacientes con ACV en los últimos años ha permitido una reducción en la letalidad que conllevan estas.

El proceso de atención debe documentarse en todo caso debe estar asentado en un libro, esto es fundamental tanto para el profesional como para el paciente son de suma importancia ya que con esto se identifica el tipo y la gravedad del ACV. Registrar el procedimiento y los resultados inmediatos del ataque cerebrovascular de forma regular permite mejorar continuamente la asistencia.

Las consecuencias del ACV siempre son de alta gravedad tanto para el paciente como para su entorno familiar, por eso es indispensable actuar de manera inmediata ya que por cada segundo mueren 32000 neuronas que controlan alguna función de nuestro cuerpo.

Lo que la unidad pretende es actuar de manera rápida y efectiva ya que los primeros minutos son vitales para iniciar de perfusión o neuroprotectores o la combinación de ambos todo esto conlleva abordar al paciente en cadena asistencial completa el paciente debe recibir la terapia en fase aguda y la rehabilitación precoz.

¹⁵ Esnaola, M. Gregori, L. Protocolo de Manejo Inicial del Ataque Cerebrovascular Isquémico Agudo. Ministerio de Salud, Argentina.
<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/protolo-de-manejo-inicial-del-ataque-cerebrovascular-isquemico-agudo>

El Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH) constituyen un escalón más en la Cadena Asistencial del Ictus, situado entre la atención prehospitalaria y la hospitalaria especializada, que se va a encargar de la atención definitiva del paciente. Los pacientes con un supuesto ictus llegan al SUH por varias vías:

- Por sus propios medios e iniciativa.
- Derivados desde atención primaria.
- Traslado directo en ambulancias con personal sanitario.

Las acciones que se deben hacer durante el traslado, deben estar protocolizadas y encaminadas a:

- Reconocimiento precoz del ictus
- Continuación y en su defecto adopción inmediata de medidas básicas o cuidados generales.
- Toma de decisiones terapéuticas específicas.

El protocolo organizado para la evaluación de emergencia de los pacientes con sospecha de ACV isquémico.

El objetivo es completar una evaluación y comenzar el tratamiento fibrinolítico a los 60 minutos de la llegada del paciente a una sala de emergencia.

Se debe usar una escala de calificación de stroke, preferiblemente la National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) (ver en anexo)

Para el diagnóstico inicial se deben llevar a cabo una serie de estudios:

- Examen físico (examen neurológico).
- Análisis de sangre se verifica la velocidad de coagulación.
- La Tomografía computarizada muestra la presencia de sangrado en el cerebro.
- La imagen por resonancia magnética (IRM) la resonancia magnética detecta el tejido cerebral dañado por un acv isquémico.
- La tomografía con contraste endovenoso con este procedimiento se observa las venas y arterias y resaltar el flujo sanguíneo.

La recepción de pacientes con ACV están conformados por

- Médicos
- Neurólogos

- Cardiólogos
- Enfermeros
- Especialistas en diagnósticos por imagen
- Bioquímico

Protocolo de evaluación y manejo inicial¹⁶

Para la evaluación inicial del ACV es importante reconocer el cuadro clínico su estabilización y tratamiento en las primeras hora serán fundamental y la participación a nivel prehospitalario y servicios de urgencia como el traslado son de suma importancia se recomienda que cada jurisdicción adapte este protocolo a nivel local determinando los centros de derivación que sean capaces de poder abordar este tipo de pacientes siempre y cuando el servicio cuente con los instrumentos y personal capacitado.

Una vez ingresado al servicio el enfermero activará la Unidad Stroke y será considerado el paciente como prioridad emergente.

Cuidados generales y medidas iniciales

Actividades de enfermería

Una vez el paciente en la Unidad Stroke el personal de enfermería en un tiempo no superior a 15 minutos hará lo siguiente:

- Colocará el cabecero de la camilla a 45°.
- Determinará la glucemia capilar.
- Realizará la toma de frecuencia cardiaca y respiratoria, tensión arterial, temperatura y saturación de O₂ por pulsioximetría
- Oxigenoterapia para mantener la saturación entre 92-94% (si es EPOC entre 88- 90%). Canalizará una vía venosa periférica con un catéter del 16-18.

¹⁶ Esnaola, M. Gregori, L. Protocolo de Manejo Inicial del Ataque Cerebrovascular Isquémico Agudo. Ministerio de Salud, Argentina. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/protolo-de-manejo-inicial-del-ataque-cerebr-vascular-isquemico-agudo>

- Obtendrá una muestra de sangre para hemograma, bioquímica (iones, glucosa, creatinina, urea) y coagulación.
- Mantendrá la vía con solución salina fisiológica.
- Control de la función cardiaca:
- ECG, recomendable la monitorización durante las primeras 24 horas.
- Control de la tensión arterial:
- Indicaciones de tratamiento (No disminuir más del 20% de las cifras iniciales)

1. PAS \geq 220 mmHg y/o PAD \geq 120 mmHg en 2 mediciones separadas por 15 minutos

2. PAS \geq 180 mmHg y/o PAD \geq 105 mmHg en pacientes con: Activación del código ictus desde extrahospitalaria. Ictus hemorrágico, necesidad de tratamiento anticoagulante o fibrinolítico.

Fármacos:

- Activador tisular del plasminógeno recombinante (rt - PA) : como única dosis de 0.9 mg/kg con una dosis máxima 90 mg para el rtPA intravenoso pero también recomienda que dicha dosis debe ser fraccionada en su administración de la siguiente manera: 10% del total de la dosis en bolo intravenoso en un minuto y el 90% restante en el plazo de una hora por infusión continua, es decir, que administrar el rtPA mediante una bomba de infusión es lo aconsejable.
- Labetalol: 20 mg (4 ml de las presentación) en bolo de 1 minutos cada 15-20 minutos (máximo 100 mg) y si precisa infusión continua 200 mg (2 ampollas) en 200 ml de DXT 5% a un ritmo entre 30-120 ml/h
- Evitar la hipotensión: usar expansores de volumen (cristaloides) y si es necesario drogas vasoactivas (noradrenalina). En caso de hipotensión, debemos realizar diagnóstico diferencial de nuevo, posiblemente no se trate de un ictus.
- Control de glucemia: objetivo mantener glucemia entre 80 y 120 mg/dl. Se recomienda iniciar tratamiento con insulina rápida cuando los niveles de glucemia superen los 150 mg/dl.

- Evitar la hipoglucemia: si es posible la vía oral administrar hidratos de carbono de rápida absorción, en paciente con dieta absoluta si la glucemia está entre 50 y 80 mg/dl administrar dextrosa 5% (500 cc / 8 h iv), si es < 50 mgr/dl usar glucosa al 50% (25 gr en 5-6 minutos). Mantener un correcto balance hidroelectrolítico.
- Control de la hipertermia
- No colocar SNG, sondaje urinario ni realizar punciones arteriales en las primeras 12 horas tras fibrinólisis salvo estricta necesidad. Retrasarlo al máximo.

La mayor parte de los pacientes con ictus isquémico en la fase aguda acudirán al servicio de urgencias en condiciones de estabilidad hemodinámica. Sin embargo, los ictus isquémicos que afectan a la circulación posterior, así como las hemorragias intracraneales o las hemorragias subaracnoideas pueden requerir mantenimiento inmediato de las vías respiratorias, especialmente en pacientes con alteración del nivel de consciencia. Cuando hay colapso circulatorio o la parada cardíaca, aunque posibles, son poco frecuentes en los ictus isquémicos aislados, pero pueden ser una complicación precoz de la hemorragia subaracnoidea importante. Además, la insuficiencia circulatoria puede indicar la presencia de afecciones médicas simultáneas como infarto agudo de miocardio, fibrilación auricular o insuficiencia cardíaca congestiva.

La documentación inicial del paciente con ictus comienza con el registro de toda la información incluida en la evaluación neurológica y respiratoria del ictus. Las constantes vitales se deben medir con frecuencia, según esté clínicamente indicado, pero al menos cada 30 minutos. Durante la infusión del tratamiento trombolítico en 60 minutos, es preciso controlar la presión arterial y el pulso al menos cada 15 minutos

Parte 3: Cuidados de enfermería en pacientes tratados con trombolisis¹⁷

Post-administración

- Control estricto y registro de los parámetros hemodinámicos, así como de las complicaciones que puedan surgir, actuando inmediatamente.
- Hipotensión/ bradicardia. Tener siempre preparado junto a la cama del paciente Atropina cargada en una jeringa y expansor de volumen (cristaloides, coloides) en una bomba de perfusión, antes de que aparezcan. Tras administrar estas, en caso de necesidad, colocar al paciente en posición de Trendelenburg. o Arritmias. Las más frecuentes son CVP (contracciones ventriculares prematuras), TV no sostenida, extrasístoles ventriculares y RIVA (ritmo idioventricular acelerado). Están asociadas a la reperfusión del territorio isquémico, por lo que se consideran signo de buen pronóstico. En caso de complicaciones, tener cerca preparado el carro de paradas con el monitor-desfibrilador o Hemorragias. Como se señala anteriormente, se evitarán, en la medida de lo posible, las punciones y técnicas invasivas al paciente. Vigilar todos los puntos de punción de catéteres.
- En caso de sangrado excesivo, comprimir firmemente durante 15 minutos como mínimo. Vigilar sangrado a niveles genitourinario, gingival y epistaxis. Si se produce hemorragia grave, en particular hemorragia cerebral, se suspenderá inmediatamente la perfusión de heparina. Considerar la administración de protamina durante las 4 horas precedentes al inicio de la hemorragia (1 mg/100 UI heparina). Considerar la transfusión de plasma y hemoderivados, con reevaluación clínica y de laboratorio después de cada administración.
- Náuseas y vómitos. Pueden estar relacionadas con un cuadro vaso-vagal (asociadas a bradicardia/ hipotensión). En este caso se administrará un antiemético.
- Realizar ECG a los 90 minutos después del tratamiento fibrinolítico.

¹⁷ Nimako-Doffour, A. Titulación de enfermería especialista en ictus, Unidad 3 “Cuidados neurocríticos:Trastornos neurocríticos”. Instituto Angels. 2018.

- Extracción de analítica completa a las 4-6 horas posteriores a la administración del fibrinolítico.
- Control de los síntomas de reoclusión, retorno del dolor torácico o alteraciones del ECG, elevación del segmento ST o signos y síntomas de insuficiencia cardiaca.

El abordaje mediante la regla ABCDE¹⁸

El abordaje mediante la regla ABCDE consiste en una exploración breve y sistemática de la permeabilidad de las vías respiratorias, la respiración, la circulación, la discapacidad y la exposición

Con el fin de evitar las urgencias médicas, el personal de enfermería debe conocer las prioridades clínicas de problemas potencialmente mortales, para ser capaces de responder y tratar los problemas en el orden correcto. Se puede facilitar el establecimiento de la prioridad de las intervenciones utilizando el abordaje mediante la regla ABCDE. La información se debe obtener mirando, escuchando y, cuando sea oportuno, tocando al paciente, así como también midiendo las variables fisiológicas como la frecuencia respiratoria, la frecuencia cardíaca y la presión arterial.

Vía respiratoria

La permeabilidad de las vías respiratorias se da por supuesta si el paciente interviene en la conversación, demostrando que comprende lo que se dice y que está consciente. Sin embargo, la obstrucción parcial de las vías respiratorias no siempre es evidente de forma inmediata. Por tanto, la observación clínica debe garantizar la detección precoz de cualquier aumento del trabajo respiratorio o de ruidos respiratorios anormales.

Respiración

Pueden producirse cambios en el estado respiratorio debido a afectación respiratoria, neurológica, metabólica y cardiovascular y es, por tanto, un indicador sensible de deterioro. En especial, no se debe pasar por alto la importancia de la frecuencia respiratoria: más de 20 respiraciones por minuto o

¹⁸ Nimako-Doffour, A. Titulación de enfermería especialista en ictus, Unidad 3 “Cuidados neurocríticos:Trastornos neurocríticos”. Instituto Angels. 2018.

menos de 10 deben ser causa de alerta y 30 o más respiraciones por minuto o menos de 8 indican patología importante que necesita actuación inmediata.

Circulación

Las arritmias son un síntoma frecuente en pacientes con ictus en fase aguda. La bradicardia intensa (<40/min), la taquicardia (>130/min) o las arritmias (p. ej., bloqueo auriculoventricular de segundo o tercer grado, taquicardia ventricular) deben alertar al equipo de ictus de un riesgo alto de parada cardíaca inminente y de una causa de mayor deterioro de la lesión cerebral debido a la disminución del gasto cardíaco. La aparición nueva de un pulso irregular debe ir seguida rápidamente de la realización de un ECG de 12 derivaciones para identificar y permitir el tratamiento de arritmias, como la fibrilación auricular. Entre las pruebas analíticas que se pueden realizar están los electrolitos, las troponinas cardíacas, la hemoglobina y las hormonas tiroideas. Se recomienda la monitorización cardíaca para detectar arritmias auriculares que harían necesarias intervenciones cardíacas de urgencia.

Discapacidad

Como parte de la evaluación de la discapacidad, se deben buscar indicadores de disminución del nivel de conciencia y de déficit neurológico focal utilizando el método AVDN o la Escala del Coma de Glasgow (Glasgow Coma Scale, GCS). Es preciso evaluar el valor de la glucemia en todos los pacientes con disminución del nivel de conciencia, ya que pueden presentarse tanto hiper- como hipoglucemias como urgencias médicas que requieren tratamiento inmediato. Comprobar periódicamente los signos de déficit neurológico focal. En pacientes con ictus isquémico en fase aguda debe tratarse la hipoglucemia (glucemia <60 mg/dl). La persistencia de la hiperglucemia en el paciente ingresado durante las primeras 24 horas siguientes al ictus se asocia a resultados peores que cuando hay normoglucemia, por lo que se considera razonable tratar la hiperglucemia para lograr niveles de glucemia dentro de los márgenes de 140 a 180 mg/dl y vigilar estrechamente dichos niveles para evitar hipoglucemias en pacientes con ictus isquémico en fase aguda.

Exposición

Es necesario realizar una exploración de los pies a la cabeza para detectar signos de traumatismo (p. ej., después de una caída por un ictus), incluidas áreas de hemorragia, hematomas e inflamación y para identificar otros posibles signos de enfermedades y afecciones asociadas al ictus (p. ej., deshidratación o hiperhidratación) o procesos independientes del ictus, como inflamaciones, infecciones o dolor. Además de las intervenciones iniciales, deberá considerarse una revisión completa de la historia del paciente, para buscar orientaciones y revisiones de exploraciones relacionadas. (Tabla 9 anexo)

CAPÍTULO II
Diseño Metodológico

Para poder responder a la pregunta planteada por los autores en este trabajo final el diseño metodológico se basó en un estudio **cuantitativo de tipo descriptivo**. Los datos de las variables seleccionadas y recolectadas por los investigadores fueron transformados a valores numéricos (ver Tabla matriz y libro de códigos en Anexos).

Como diseño de investigación se utilizó el de tipo **no experimental, transversal descriptivo**. Se recibieron datos por única vez; se realizaron los análisis necesarios al área de investigación seleccionada.

Se eligió como **lugar de investigación** el sector Unidad Stroke, ubicado en el servicio Medicina de Urgencias del Hospital Central de Mendoza y como **periodo de investigación** un total de 6 (seis) meses comprendidos en el segundo semestre de 2022.

El **universo** seleccionado fue de 30 enfermeros del servicio de Medicina de Urgencias. No se trabajó con **muestra**. La **unidad de análisis** corresponde a cada enfermero que trabaja en el sector Unidad Stroke y que voluntariamente aceptó contestar el cuestionario.

La técnica utilizada para la recolección de datos fue la **encuesta**. Se confeccionó un **cuestionario**, a través de un formulario con 21 (veintiun) preguntas de tipo múltiple opción, referidas a: edad, sexo, tipo de formación, antigüedad en el servicio. Cabe destacar que la mayoría de preguntas incluidas en la encuesta realizada hacen énfasis en temas referidos al trabajo realizado por enfermeros en dicho sector. Previamente se solicitó autorización a los cargos competentes para realizar esta investigación (ver Anexos).

Como **plan de análisis** los datos se ordenaron en tablas de modo nominal (frecuencia absoluta y relativa) y gráficos para una visualización ordenada y simple.

Operacionalización de Variables

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADORES
Edad		<ul style="list-style-type: none"> ● < 20 - 29 ● 30 - 39 ● 40 - 49 ● 50 - 59 ● 60 - +65
Sexo		<ul style="list-style-type: none"> ● Masculino ● Femenino ● No Binario
Nivel de formación profesional		<ul style="list-style-type: none"> ● Auxiliar en Enfermería ● Enfermero Profesional ● Enfermero Universitario ● Licenciado en Enfermería ● Posgrado
Tiempo de actividad laboral		<ul style="list-style-type: none"> ● 1 a 5 años ● 6 a 10 años ● 11 a 15 años ● 16 a 20 años
Posee capacitación o titulación de curso de acv		<ul style="list-style-type: none"> ● Si ● No

<p>Valoración del Pcte en Triage.</p>	<p>Control de Signos Vitales</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Temperatura ● Frecuencia Cardíaca ● Frecuencia Respiratoria ● Tensión Arterial ● Saturación de Oxígeno
	<p>Valoración Neurológica</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Escala de Fast ● Escala de Glasgow
	<p>Entrevista</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Alergias ● Enfermedades ● Comienzo de síntomas
	<p>Sintomatología y Factores de Riesgo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Signos de alerta

Tratamiento fibrinolítico	Conocimientos, Técnicas y Procedimientos	●ACV Isquemico
		●Periodo de ventana terapéutica
		●Nro. de venoclisis en tto
		●Monitoreo de signos vitales
		●Se debe realizar procedimientos invasivos
		●Valoración neurológica (Escala NIHSS)
post acv	Cuidados de Enfermería	●control de signos vitales
		●ECG
		●Valoración neurológica
		●Signos de alerta

CAPÍTULO III

Resultados, discusión y propuestas

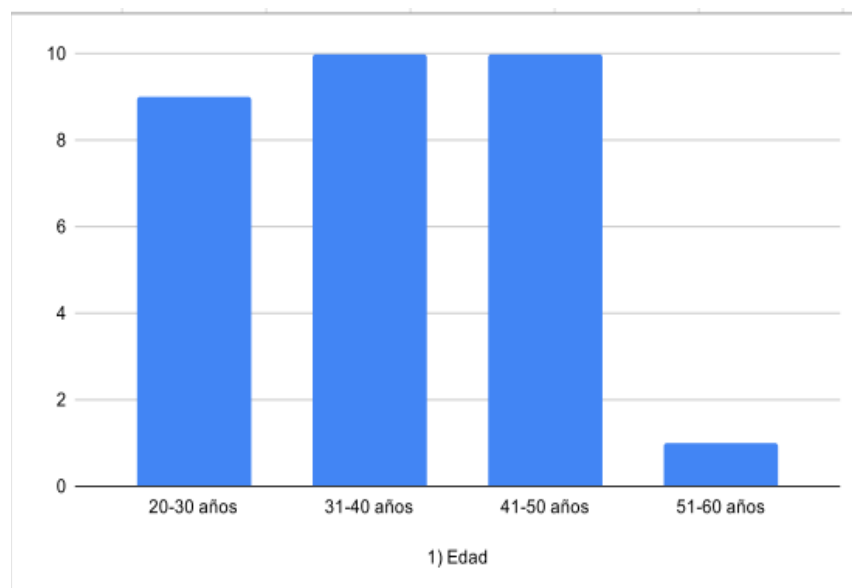
Tablas y Gráficos

TABLA N° 1: Distribución de muestra según la edad.

EDAD	Fa	Fr	F%
20-30 años	9	0.3	30%
31-40 años	10	0.33	33%
41-50 años	10	0.33	33%
Más de 51 años	1	0.03	3%
TOTAL	30	1	100%

Fuente: Elaboración propia.

GRÁFICO N° 1: Distribución de muestra según la edad.



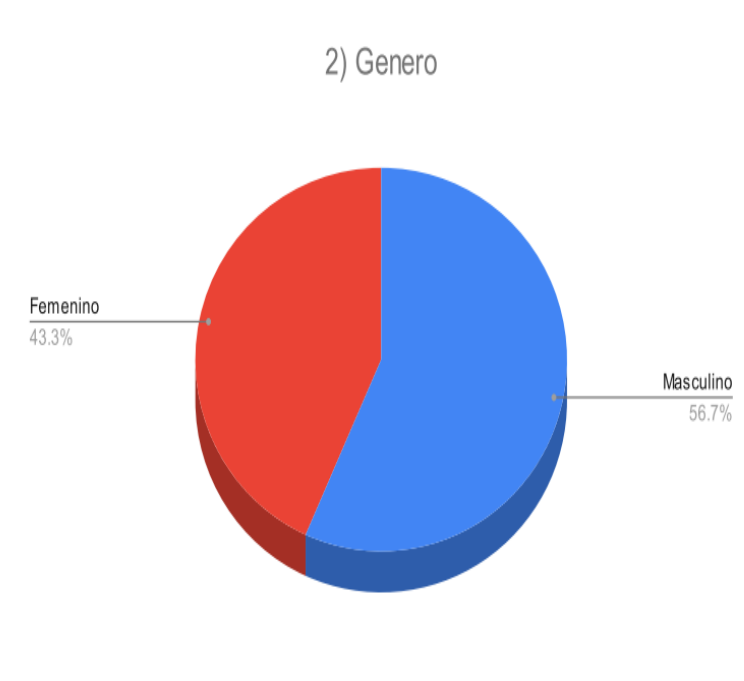
Cómo se puede observar en el gráfico de barras el 30% del personal de salud tiene entre 20 y 30 años de edad, el 33% tiene entre 31 y 40 años de edad, mientras el otro 33% tiene entre 41 y 50 años de edad y un pequeño porcentaje del 3% es mayor de 51 años de edad.

TABLA N°. 2: Distribución de muestra según su género.

GÉNERO	FA	Fr	F%
Masculino	17	0.57	57%
Femenino	13	0.43	43%
TOTAL	30	1	100%

Fuente: Elaboración propia.

GRÁFICO N° 2: Distribución de muestra según su género.



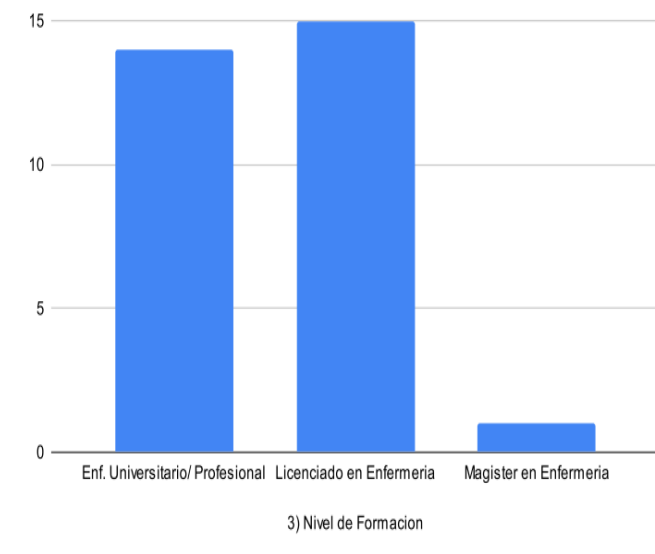
Como podemos observar en el gráfico el 57% del personal de salud son hombres y el 43% está conformado por mujeres.

TABLA N° 3: Muestra según el nivel de formación profesional.

NIVEL DE FORMACIÓN	FA	Fr	F%
Enfermero universitario/profesional	14	0.47	47%
Licenciado en enfermería	15	0.50	50%
Magíster en enfermería	1	0,03	3%
TOTAL	30	1	100%

Fuente: Elaboración propia.

GRÁFICO N° 3: muestra según el nivel de formación profesional.



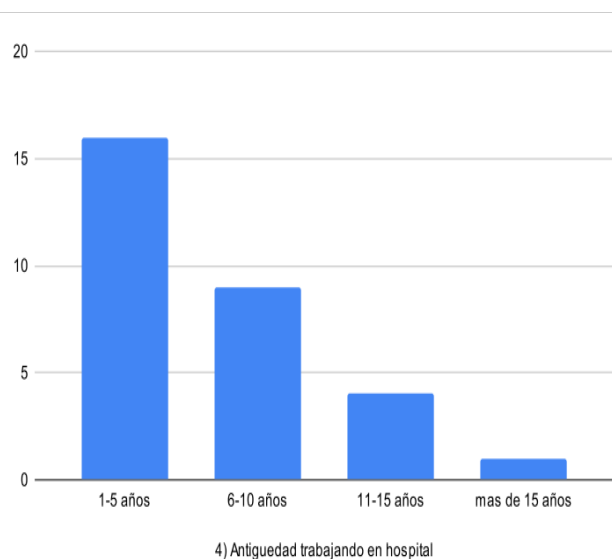
En el gráfico se representa a los enfermeros profesionales y universitarios con el 46% en primera instancia, mientras que en la segunda barra están representados los licenciados en enfermería con el 56%. En la última barra se observan los enfermeros con título Magíster en enfermería con el 3%.

TABLA N° 4: muestra según la antigüedad trabajando en el hospital.

Años de antigüedad en el trabajo	FA	Fr	F%
1 a 5 años	16	0.53	53%
6 a 10 años	9	0.3	30%
11 a 15 años	4	0.13	13%
Más de 15 años	1	0.03	3%
TOTAL	30	1	100%

Fuente: Elaboración propia.

GRÁFICO N° 4: muestra según la antigüedad trabajando en el hospital.



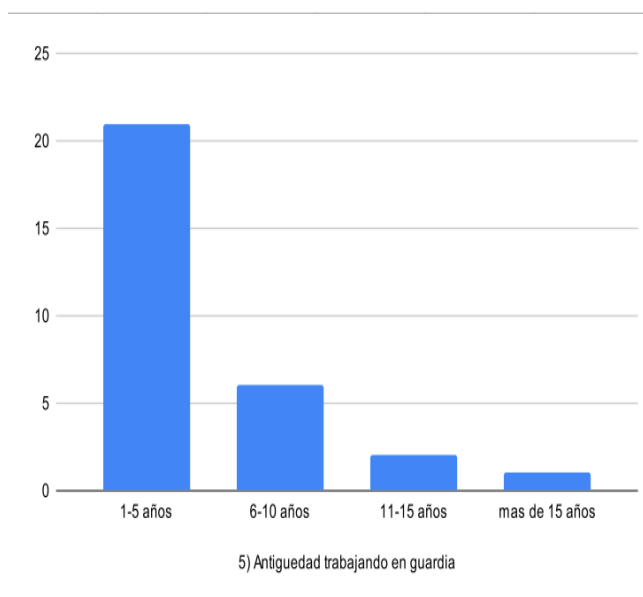
En el gráfico se puede observar los años de antigüedad que tiene el personal de salud encuestado lleva trabajando en el hospital. El 53% lleva trabajando menos de 5 años, el 30% del personal lleva trabajando menos de 10 años, el 13% lleva trabajando menos de 15 años y el 3% lleva trabajando más de 15 años.

TABLA N° 5: muestra de antigüedad trabajando en el servicio de guardia general.

Antigüedad en el servicio de guardia	FA	Fr	F%
1 a 5 años	21	0.7	70%
6 a 10 años	6	0.2	20%
11 a 15 años	2	0.07	7%
Más de 15 años	1	0.03	3%
TOTAL	30	1	100%

Fuente: Elaboración propia.

GRÁFICO N° 5. Muestra antigüedad trabajando en el servicio de guardia general.



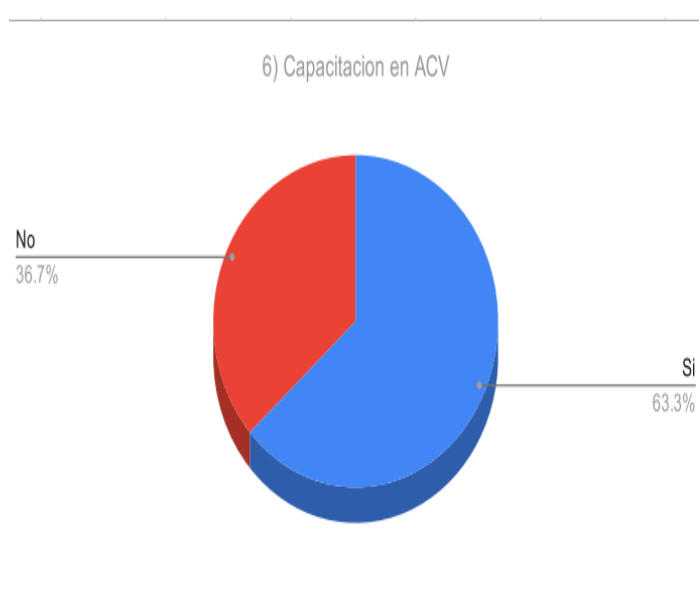
En el gráfico se puede observar los años de antigüedad que el personal de salud lleva trabajando en el servicio de guardia. El 70% del personal lleva trabajando menos de 5 años, el 20% del personal lleva trabajando entre 6 a 10 años en el servicio, el 6% lleva trabajando entre 11 a 15 años en el servicio y el 3% del personal encuestado lleva trabajando más de 15 años.

TABLA N° 6: muestra de capacitación en ACV.

Capacitación en ACV	FA	Fr	F%
SI	19	0.63	63%
NO	11	0.37	37%
TOTAL	30	1	100%

Fuente: Elaboración propia..

GRÁFICO N° 6: muestra de capacitación en ACV.



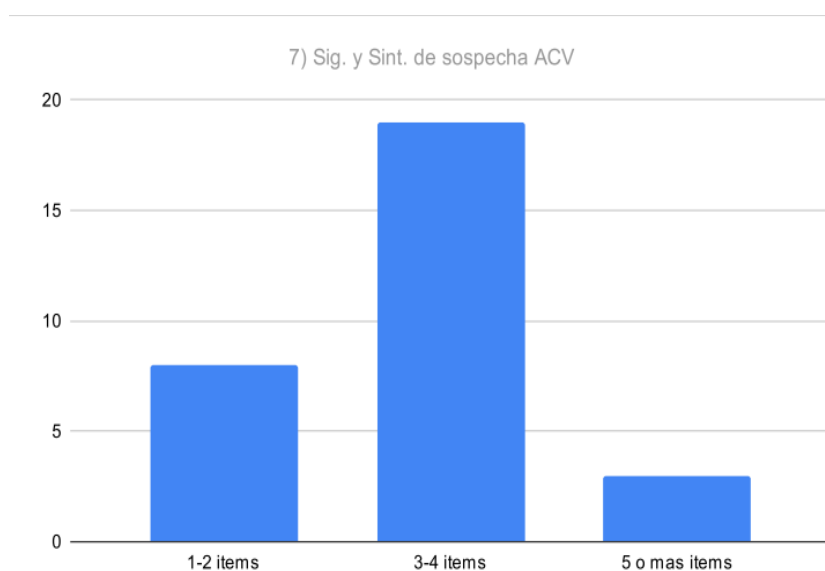
En el siguiente gráfico se puede observar que el 63% del personal encuestado ha tenido capacitación sobre ACV y el 37% no ha tenido capacitación.

TABLA N° 7: muestra según signos y síntomas que sospechen un ACV.

Signos y síntomas de sospecha de ACV	FA	Fr	F%
Entre 1 y 2 ítems	8	0.27	27%
Entre 3 y 4 ítems	19	0.63	63%
Más de 5 ítems	3	0,1	10%
TOTAL	30	1	100%

Fuente: Elaboración propia.

GRÁFICO N° 7: muestra según signos y síntomas que sospechen un ACV.



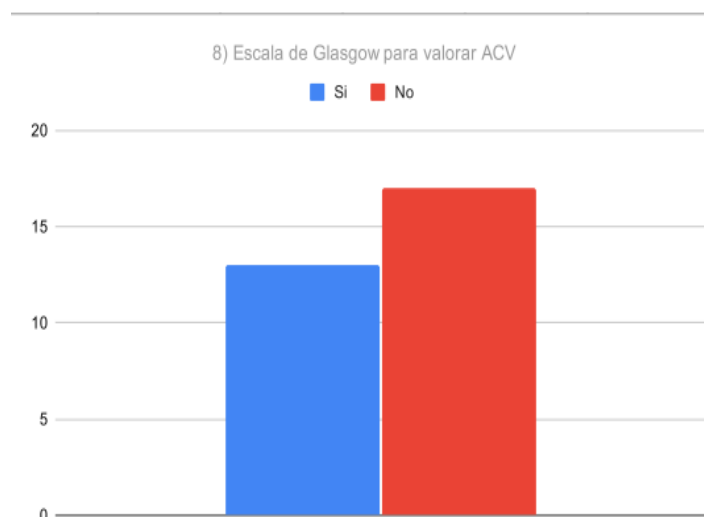
El siguiente gráfico representa el número de signos y síntomas que tiene en cuenta el personal de salud para sospechar de un ACV (Cefalea, HTA, disartria, etc). El 27% del personal reconoce un ACV con 1 o 2 ítems, el 63% sospecha de un ACV con 3 o 4 ítems y el 10% sospecha de un ACV con más de 5 ítems.

TABLA N° 8: muestra de enfermeros que utilizan escala de Glasgow para valorar un ACV.

Utilizar escala de Glasgow para valorar ACV	FA	Fr	F%
SI	13	0.43	43%
NO	17	0.57	57%
TOTAL	30	1	100%

Fuente: Elaboración propia.

GRÁFICO N° 8: muestra de enfermeros que utilizan escala de Glasgow para valorar un ACV.



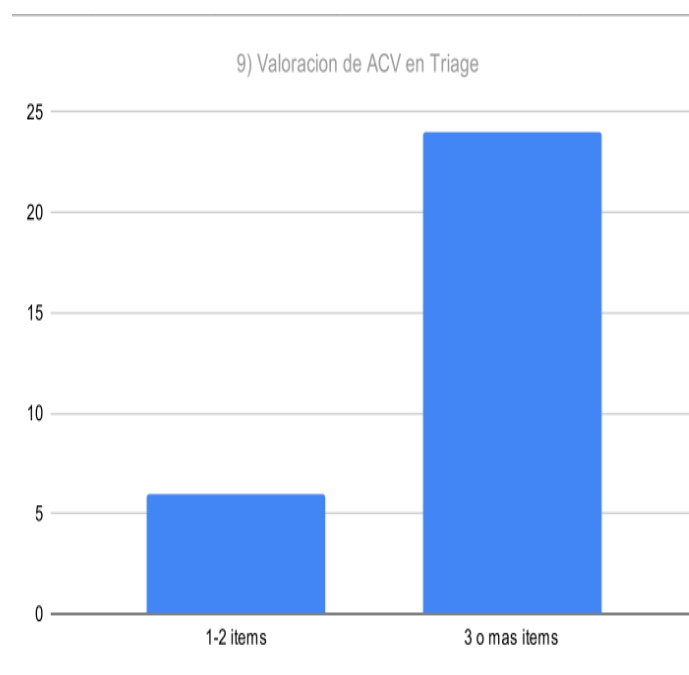
En el gráfico se observa que el 43% del personal de salud utiliza la escala de Glasgow para valorar un ACV mientras que el 57% no lo hace.

TABLA N° 9: muestra valoración de ACV en el Triage.

Valoración de ACV en el Triage	FA	Fr	F%
1 y 2 ítems	6	0.2	20%
3 o más ítems	24	0.8	80%
TOTAL	30	1	100%

Fuente: Elaboración propia.

GRÁFICO N° 9: valoración de ACV en el Triage.



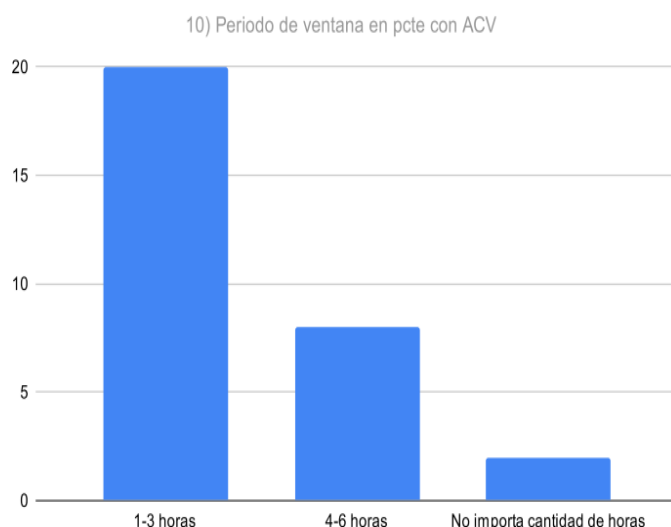
En el siguiente gráfico se observan los signos y síntomas que evalúan los enfermeros en el área de Triage (Asimetría facial, debilidad de miembros, etc) expresadas como ítems. El 20% del personal de salud con 1 o 2 ítems reconoce un ACV y el 80% reconoce con 3 o más ítems un ACV en curso.

TABLA N° 10: muestra según el periodo de tiempo en un paciente ACV en ventana.

Periodo de ventana en paciente con acv	FA	Fr	F%
1 a 3 horas	20	0.67	67%
4 a 6 horas	8	0.27	27%
No importa la cantidad de hs	2	0.06	6%
TOTAL	30	1	100%

Fuente: Elaboración propia.

GRÁFICO N° 10: muestra el periodo de ventana terapéutica para comenzar el tratamiento de trombolisis en un paciente cursando un ACV.



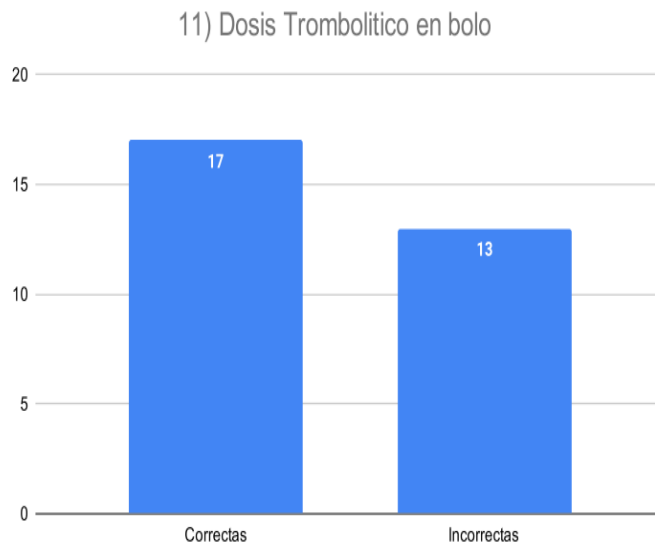
En el gráfico se observa que el 67% de los enfermeros encuestados seleccionó el periodo de ventana terapéutica de 1 a 3 horas desde el inicio de la sintomatología, el 27% del personal eligió de 4 a 6 horas y el 6% eligió que no depende de la cantidad de horas desde el inicio de la sintomatología para comenzar el tratamiento.

TABLA N° 11: muestra de respuestas sobre la administración de dosis del agente trombolítico vía bolo endovenoso en un paciente con acv que pesa 80 kg.

Administración de trombolítico en un paciente con acv	FA	Fr	F%
Correcto	17	0.57	57%
Incorrecto	13	0.43	43%
TOTAL	30	1	100%

Fuente: Elaboración propia.

GRÁFICO N° 11: muestra de respuestas sobre la administración de dosis del agente trombolítico vía bolo endovenoso en un paciente con acv que pesa 80 kg.



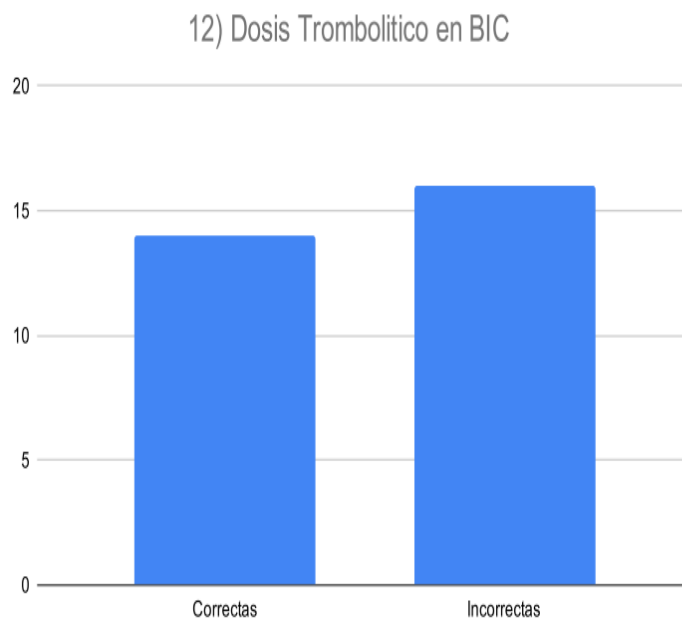
En el siguiente gráfico se observan las respuestas del personal encuestado con respecto a la dosis administrada al paciente del agente trombolítico en vía bolo endovenoso. El 57% contestó de manera correcta mientras que el 43% contestó de manera incorrecta.

TABLA N° 12: muestra de respuestas sobre la administración de dosis del agente trombolítico vía infusión continua endovenosa en un paciente con acv que pesa 80 kg.

Dosis de infusión continua	FA	Fr	F%
Correcto	14	0.47	47%
Incorrecto	16	0.53	53%
TOTAL	30	1	100%

Fuente: Elaboración propia.

GRÁFICO N° 12: muestra de respuestas sobre la administración de dosis del agente trombolítico vía infusión continua endovenosa en un paciente con acv que pesa 80 kg.



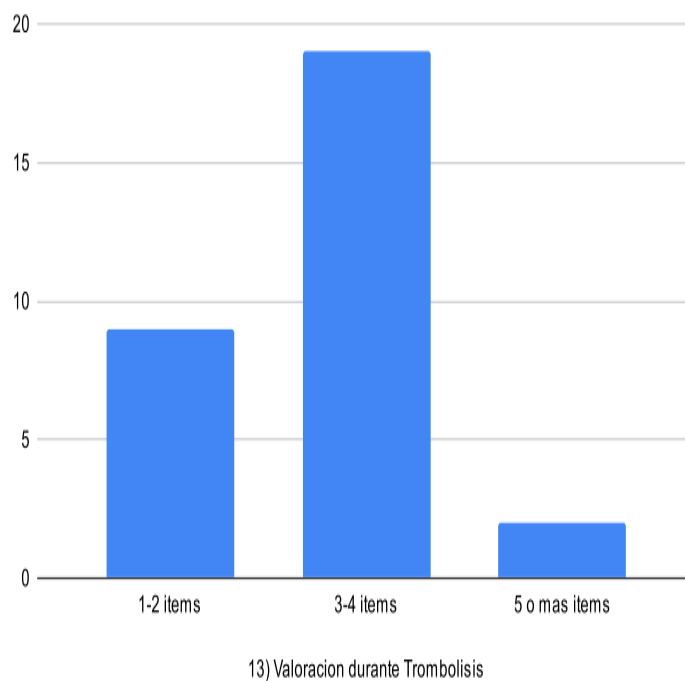
En el siguiente gráfico se observan las respuestas del personal encuestado con respecto a la dosis administrada al paciente del agente trombolítico en vía infusión continua endovenosa. El 47% contestó de manera correcta mientras que el 53% contestó de manera incorrecta.

TABLA N° 13: muestra del personal enfermero respecto a valoración del paciente durante el tratamiento de trombolisis.

Valoración durante la trombolisis	FA	Fr	F%
1 a 2 ítems	9	0.3	30%
3 a 4 ítems	19	0.63	63%
5 o más ítems	2	0.07	7%
TOTAL	30	1	100%

Fuente: Elaboración propia.

GRÁFICO N° 13: muestra del personal enfermero respecto a valoración del paciente durante el tratamiento de trombolisis.



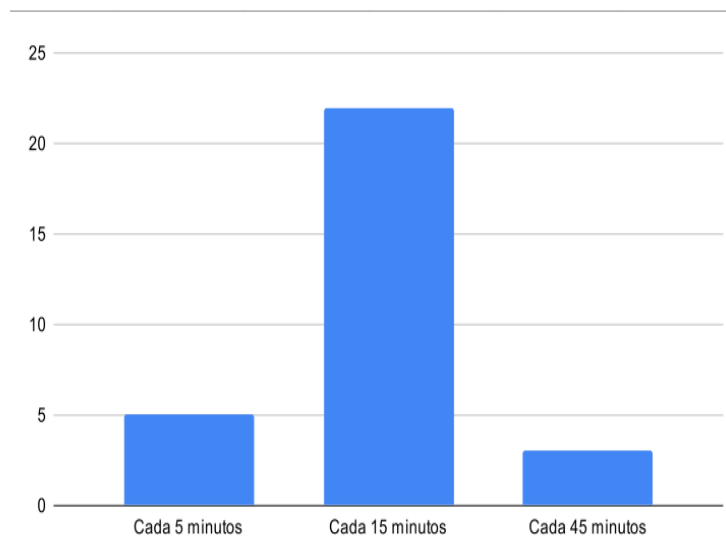
En el siguiente gráfico se observan signos y síntomas (TA, Glucemia, etc) elegidos por el personal de enfermería que valora al paciente durante la administración del agente trombolítico. El 30% elige entre 1 y 2 signos y síntomas, el 63% del personal de salud elige entre 3 y 4 ítems y el 7% del personal eligió más de 5 ítems en un paciente durante la trombolisis.

TABLA N° 14: muestra de periodo de tiempo para el control de signos vitales.

CSV cada cuanto se deben tomar	FA	Fr	F%
Cada 5 minutos	5	0.17	17%
Cada 15 minutos	22	0.73	73%
Cada 45 minutos	3	0.1	10%
TOTAL	30	1	100%

Fuente: Elaboración propia.

GRÁFICO N° 14: muestra de periodo de tiempo para el control de signos vitales.



14) CSV durante trombolisis

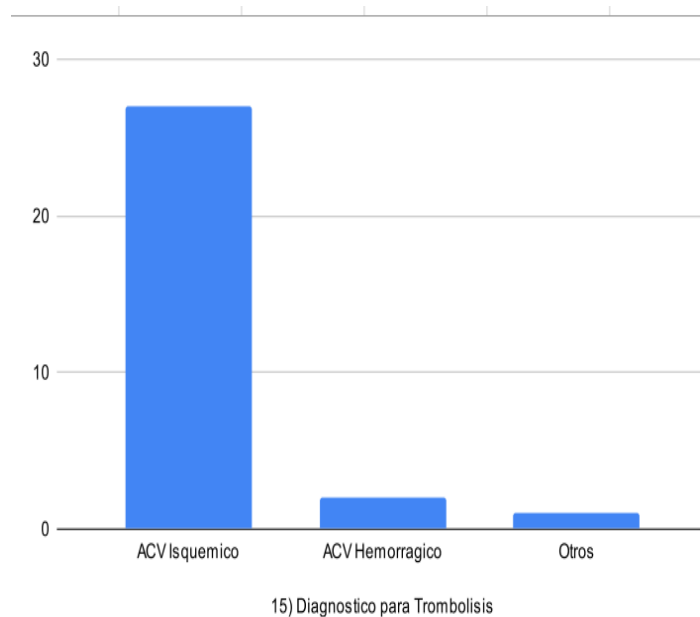
En el gráfico observamos la elección de los enfermeros encuestados para realizar el control de signos vitales al paciente. El 17% del personal de salud realiza control de signos vitales cada 5 minutos, el 73% cada 15 minutos y el 10% realiza un control cada 45 minutos.

TABLA N° 15: muestra de selección del diagnóstico médico para realizar trombolisis.

Diagnostico médico para el uso de trombolisis	FA	Fr	F%
ACV isquémico	27	0.9	90%
ACV hemorrágico	2	0.07	7%
Otros	1	0.03	3%
TOTAL	30	1	100%

Fuente: Elaboración propia..

GRÁFICO N° 15: muestra de selección del diagnóstico médico para realizar trombolisis.



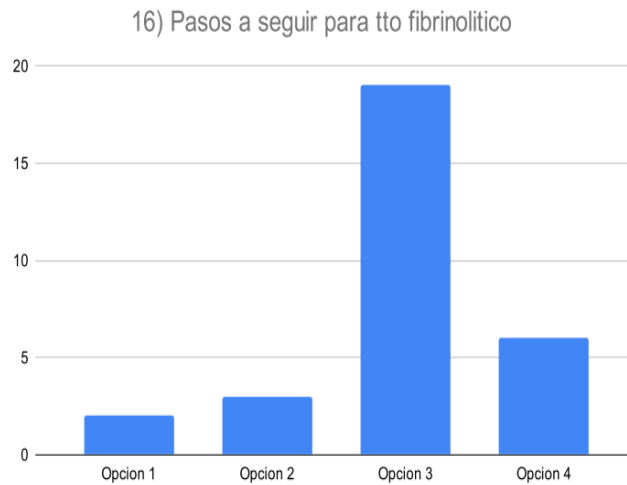
Se observa en el gráfico que el 90% del personal enfermero encuestado eligió de diagnóstico médico el ACV isquémico para el tratamiento de trombolisis mientras que el 7 % como diagnóstico ACV hemorrágico y el 3% elige otra opción.

TABLA N° 16: opciones de pasos a seguir elegidos por enfermeros para el tratamiento fibrinolítico.

Pasos a seguir para el tto fibrinolítico	FA	Fr	F%
Opción 1	2	0.07	7%
Opción 2	3	0.1	10%
Opción 3	19	0.63	63%
Opción 4	6	0.2	20%
TOTAL	30	1	100%

Fuente: Elaboración propia..

GRÁFICO N° 16: opciones de pasos a seguir elegidos por enfermeros para el tratamiento fibrinolítico.



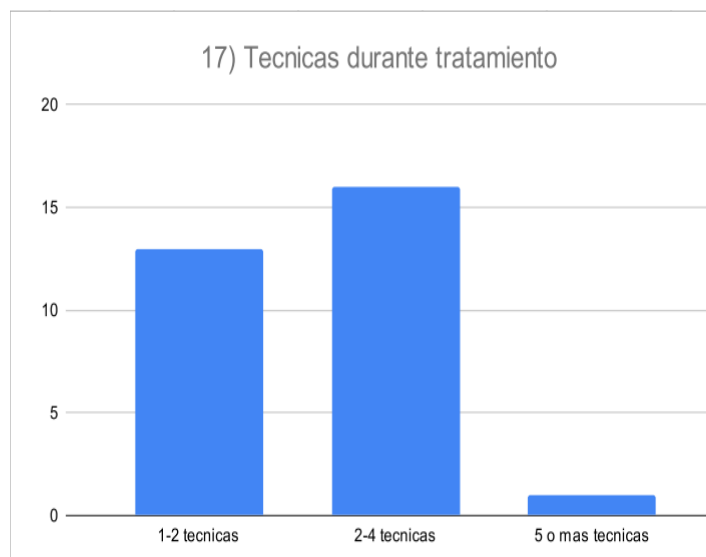
El gráfico muestra las opciones que eligieron los enfermeros encuestados respecto a la serie de pasos que realizan para el tratamiento fibrinolítico. El 7% del personal eligió la opción 1, el 10% eligió la opción 2, el 63% eligió la opción 3 y el 20% del personal eligió la opción 4.

TABLA N° 17: muestra de técnicas de enfermería que se pueden realizar durante el tratamiento.

Técnicas durante el tratamiento	FA	Fr	F%
1 a 2 ítems	13	0.43	43%
3 a 4 ítems	16	0.53	53%
5 o más ítems	1	0.03	3%
TOTAL	30	1	100%

Fuente: Elaboración propia.

GRÁFICO N° 17: muestra de técnicas de enfermería que se pueden realizar durante el tratamiento.



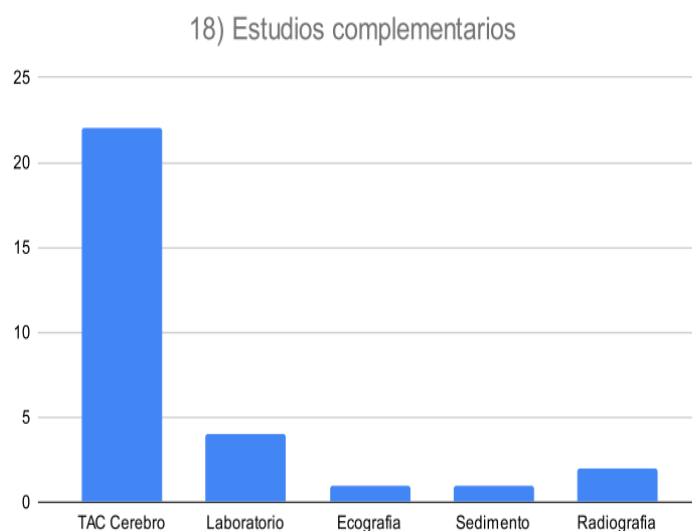
Se observa en el gráfico una serie de técnicas de enfermería (venoclisis, Sonda vesical, etc) que se pueden realizar durante el tratamiento fibrinolítico. El 43% del personal marco 1 o 2 técnicas, el 53% marco entre 3 o 4 técnicas y el 3% marco más de 5 técnicas.

TABLA N° 18: muestra de elección del estudio complementario a realizar para diagnosticar un ACV.

Estudios complementarios	FA	Fr	F%
TAC de cerebro	22	0.73	73%
Laboratorio	4	0.13	13%
Ecografía	1	0.03	03%
Sedimento	1	0.03	03%
Radiografía	2	0.07	07%
TOTAL	30	1	100%

Fuente: Elaboración propia.

GRÁFICO N° 18: muestra de elección del estudio complementario a realizar para diagnosticar un ACV.



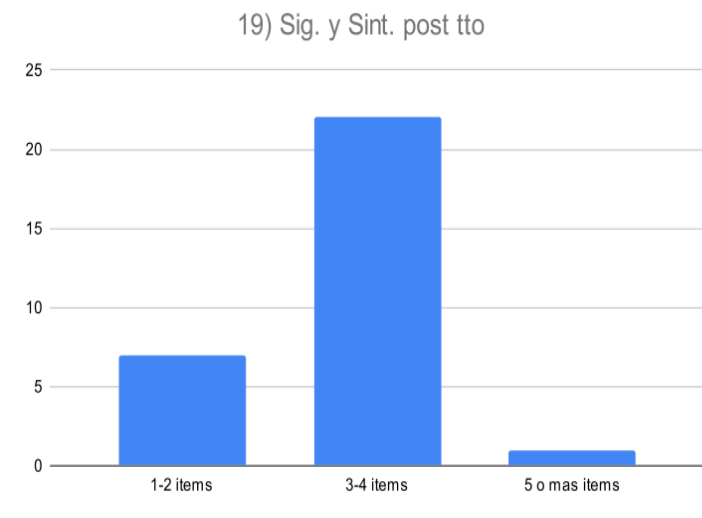
En el gráfico podemos observar que el 73% del personal de salud respondió TAC de cerebro, el 13% respondió análisis de laboratorio. 3% respondió con un estudio de ecografía y sedimento de orina. Y el 7% restante respondió con un estudio de radiografía.

TABLA N° 19: muestra de valoración signos y síntomas post tratamiento fibrinolítico.

Valoración del paciente post tratamiento fibrinolítico	FA	Fr	F%
1 a 2 ítems	7	0.23	23%
3 a 4 ítems	22	0.73	73%
5 o más ítems	1	0.03	3%
TOTAL	30	1	100%

Fuente: Elaboración propia.

GRÁFICO N° 19: muestra de valoración signos y síntomas post tratamiento fibrinolítico.



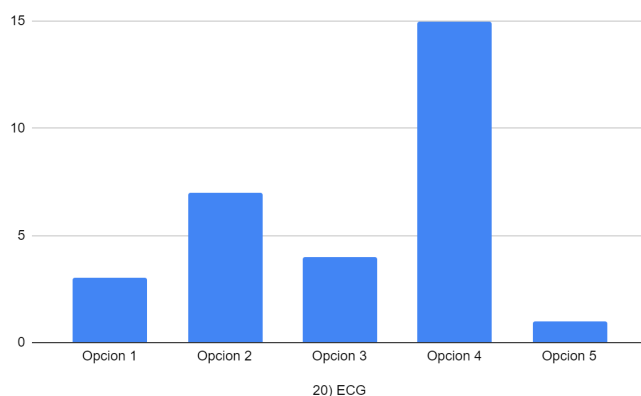
En el gráfico observamos que signos y síntomas (estado de conciencia, respuesta verbal, etc) valoran los enfermeros en un paciente después del tratamiento trombolítico. El 23% eligió entre 1 y 2 ítems, el 73% eligió 3 o 4 ítems y el 3% eligió 5 o más ítems.

TABLA N° 20: muestra de realización de ECG durante el tratamiento trombolítico.

Realizar ECG	FA	Fr	F%
Opción 1	3	0.1	10%
Opción 2	7	0.23	23%
Opción 3	4	0.13	13%
Opción 4	15	0.5	50%
Opción 5	1	0.03	3%
TOTAL	30	1	100%

Fuente: Elaboración propia.

GRÁFICO N° 20: muestra de realización de ECG durante el tratamiento trombolítico.



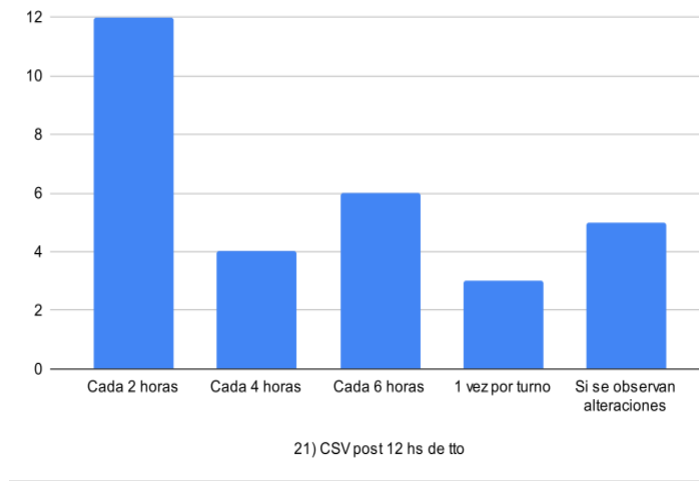
En el gráfico se observan las opciones que respondió el personal enfermero sobre la realización del ECG al paciente durante el tratamiento fibrinolítico. El 10% elige la opción 1 (cada 2 hs). El 23% eligió la opción 2 (12 hs después del tratamiento). El 13% elige opción 3 (no se realiza ECG) La opción 4 la eligió el 50% del personal (se lo realiza 1 vez por turno) y el 3% de los encuestados eligió la opción 5 (lo realiza antes y después y pasadas 12 hs del tratamiento).

TABLA N° 21: muestra de periodo a realizar un CSV post tratamiento fibrinolítico.

CSV post del tto de fibrinólisis de 12 hs	FA	Fr	F%
Cada 2 hs	12	0.4	40%
Cada 4 hs	4	0.13	13%
Cada 6 hs	6	0.2	20%
Una vez por turno	3	0.1	10%
Si se observan alteraciones	5	0.17	17%
TOTAL	30	1	100%

Fuente: Elaboración propia.

GRÁFICO N° 21: muestra según cada cuanto se debe realizar un CSV después del tratamiento.



Se observa que el 40% de los encuestados controla cada 2 hs al paciente, el 13% lo controla cada 4 horas, el 20% lo controla cada 6 horas, el 10% solo lo controla 1 vez por turno y el 17% solo lo controla si observan alteraciones.

Discusión de resultados

Luego de recabar la información sobre el tema elegido y de analizar e interpretar los datos obtenidos, se llegó a las siguientes conclusiones:

- Dado que el Servicio de Medicina de Urgencias del Hospital Central posee el aval necesario para adquirir conocimientos sobre el tratamiento de trombolisis en la Unidad Stroke, nos permitió adquirir la información necesaria para realizar esta investigación.
- La mitad de los enfermeros encuestados tienen una antigüedad de trabajo menor a 5 años en el servicio Medicina de Urgencias. Muchos de estos enfermeros han ingresado al servicio sin poseer experiencia previa en otros hospitales; no obstante saben reconocer los signos y síntomas en pacientes que cursen un ACV.
- El 36,7 % de los enfermeros no ha realizado la capacitación correspondiente, la cual es necesaria para la óptima atención de pacientes. Las funciones, técnicas y procedimientos realizados a pacientes con patologías neurológicas fue adquirida mediante experiencias previas y la observación del trabajo realizado por profesionales con una capacitación correspondiente.
- Existe una falla con el cálculo que realizan los enfermeros al administrar la dosis del agente trombolítico: la mitad de los enfermeros no eligió correctamente la dosis para administrar en bolo endovenoso y la dosis en bomba de infusión continua. Este error puede causar graves consecuencias en la salud del paciente atendido.
- De los 30 enfermeros, 20 seleccionaron correctamente signos y síntomas de alarma ante una situación de salud y los tratamientos que se pueden realizar en el paciente durante el proceso de trombolisis.

Conclusión

Como autores de este tema de investigación nos llevamos un valioso aprendizaje que formará parte de nuestra experiencia profesional y personal. El saber reconocer al paciente que cursa un Accidente Cerebro-Vascular y poder realizar correctamente las funciones, técnicas y procedimientos que conllevan a la mejoría del paciente es vital para una mejor calidad de atención por parte del personal enfermero que trabaja en áreas críticas y también enfermeros de otros sectores donde se desempeñen distintos niveles de cuidados. Es importante que todos los enfermeros realizan capacitaciones periódicas, con énfasis a la actualización de informaciones con respecto a protocolos de enfermería, novedades en farmacología y las técnicas y procedimientos nuevos que ayuden a la optimización de las bases enfermeras. Esperamos que este estudio sea de ayuda a otros profesionales que deseen realizar investigaciones y trabajos referidos a este tema de salud tan importante en la actualidad.

Propuestas

1. Protocolo único para la atención de pacientes que cursen un Accidente Cerebro-Vascular.

Se confeccionará y notificará un protocolo de acción y atención a pacientes con patologías neurológicas, con el objetivo de igualar el nivel de conocimientos de todo el personal que trabaje en el servicio Medicina de Urgencias sea profesional (personal de salud y administrativo) o no profesional (personal de limpieza y seguridad). Será realizado por un equipo multidisciplinario de salud, y consta de pasos a seguir y funciones para cada operario que forme parte en este servicio. Tiene como objetivo la óptima atención de pacientes desde el ingreso al hospital, la realización del tratamiento fibrinolítico y los cuidados post fibrinólisis.

2. Capacitación para todo el personal.

Se dará a todo el personal enfermero que realice funciones en el servicio Medicina de Urgencias. Será realizado cada 6 (seis) meses, y estará a cargo de personal seleccionado por el jefe del servicio de enfermería, con el objetivo de actualizar información y datos acerca de la atención a pacientes con patologías neurológicas. El contenido de dicha capacitación incluirá material sobre:

- Sintomatología de alerta en paciente neurológico.
- Farmacología.
- Cuidados Críticos en pacientes neurológicos.
- Escalas
- Pasos a realizar con descripción detallada de cada función en su respectivo sector.

3. Evaluación Periódica

Se evaluará a todo el personal que trabaje en el servicio de Medicina de Urgencias. Se preguntará sobre conocimientos respecto a funciones, técnicas y procedimientos referidos a la atención y acción de pacientes con patologías neurológicas. Esta evaluación se llevará a cabo 1 (una) semana después de la capacitación semestral dada por el personal enfermero seleccionado.

El objetivo de esta evaluación es igualar una base de conocimientos donde todos los enfermeros sepan atender con calidad óptima al paciente, disminuyendo las falencias al mínimo.

Apéndices y Anexos

Tabla 1

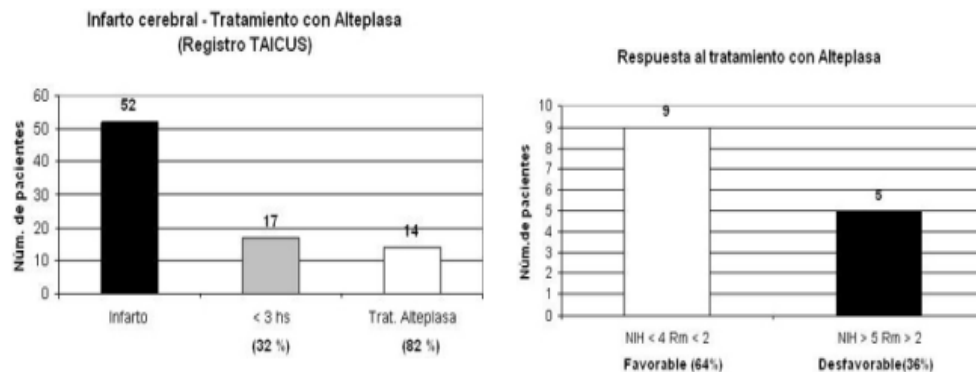
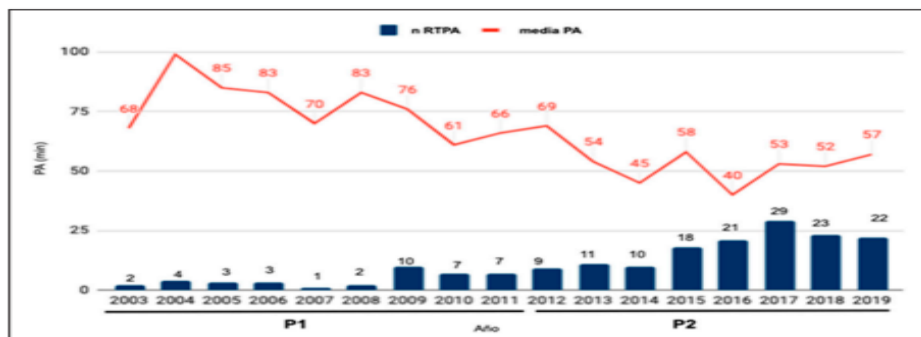


Figura 1. Pacientes con diagnóstico de infarto cerebral que ingresaron antes de cumplirse 3 horas del inicio de los síntomas (32%) y el empleo de alteplasa en este grupo (82%).

Figura 2. Respuesta favorable en el 64% (N = 9) de los pacientes tratados con alteplasa.

Tabla 2

Fig. 1.— Número de pacientes tratados con activador del plasminógeno tisular recombinante (rTPA) (barras) y media en minutos de tiempos puerta-aguja (línea) por año y períodos pre y post apertura de una Unidad Cerebrovascular (2003-2012 y 2013-2019)



n: número; rTPA: activador del plasminógeno tisular recombinante; P1: período 1; P2: período 2; PA: tiempo puerta aguja

Tabla 3

DIFERENCIACIÓN DE LOS CUATRO LÓBULOS Y FUNCIONES QUE REALIZAN:	
Lóbulo frontal <ul style="list-style-type: none"> • Personalidad, conducta y emociones • Sentido de la realidad, resolución de problemas y planificación • Lenguaje (habla y escritura/área de Broca) • Movimientos corporales, inteligencia, concentración y consciencia de uno mismo 	Lóbulo parietal <ul style="list-style-type: none"> • Interpretación del lenguaje y las palabras • Sentido del tacto, del dolor y de la temperatura • Interpretación de las señales de visión, audición, motoras, sensitivas y de la memoria • Percepción espacial y visual
Lóbulo temporal <ul style="list-style-type: none"> • Comprensión del lenguaje (área de Wernicke) • Memoria • Audición • Ordenación y organización 	Lóbulo occipital <ul style="list-style-type: none"> • Interpretación de la visión: color, luz, movimiento¹³ (figuras 3 y 4)

Tabla 4 Clasificación de Ictus

ETIOLOGÍA	Aterosclerosis Embolia cardíaca
PATOGENIA	Embólica Trombótica Hemodinámica Inmunológica Dermatitis
RESPUESTA EN EL TIEMPO	Resultado reversible Resultado irreversible
GRAVEDAD	Ictus leves frente a graves
LOCALIZACIÓN	Circulación anterior Circulación posterior Cortical Subcortical
MORFOLOGÍA	Sin lesión ☉ trastorno isquémico reversible con lesión ☉ infarto cerebral

Tabla 5

LA ESCALA DE COMA DE GLASGOW (GCS):
tipos de respuesta motora y su puntuación

ELSEVIER

La escala de coma de Glasgow (en Inglés Glasgow Coma Scale (GCS)), de aplicación neurológica, permite medir el nivel de conciencia de una persona. Utiliza tres parámetros: la **respuesta verbal**, la **respuesta ocular** y la **respuesta motora**. El puntaje más bajo es 3 puntos, mientras que el valor más alto es 15 puntos. La aplicación sistemática a intervalos regulares de esta escala permite obtener un perfil clínico de la evolución del paciente.

	4	3	2	1		
OCULAR	ESPONTÁNEA 	ORDEN VERBAL 	DOLOR 	NO RESPONDEN 		
VERBAL	5 ORIENTADO Y CONVERSANDO 	4 DESORIENTADO Y HABLANDO 	3 PALABRAS INAPROPIADAS 	2 SONIDOS INCOMPRESIBLES 	1 NINGUNA RESPUESTA 	
MOTORA	6 ORDEN VERBAL OBEDECE 	5 LOCALIZA EL DOLOR 	4 RETIRADA Y FLEXIÓN 	3 FLEXIÓN ANORMAL (rigidez de decorticación)	2 EXTENSIÓN (rigidez de decerebración)	1 NINGUNA RESPUESTA

Tabla 6 Escala de Rankin

MODIFIED RANKIN SCALE		STRUCTURED INTERVIEW FOR THE MODIFIED RANKIN SCALE	
5	Severe disability: bedridden, incontinent and requiring constant nursing care and attention	5	Sever disability: someone needs to be available at all times, care may be provided by either a trained or an untrained caregiver. Question: Does the person require constant care?
4	Moderately severe disability: unable to walk without assistance and unable to attend to own bodily needs without assistance	4	Moderately severe disability: need for assistance with some basic ADL, but not requiring constant care. Question: Is assistance essential for eating, using the toilet, daily hygiene, or walking?
3	Moderate disability: requiring some help, but able to walk without assistance	3	Moderate disability: need for assistance with some instrumental ADL, but not basic ADL. Question: Is assistance essential for preparing a simple meal, doing household chores, looking after money, shopping or travelling locally?
2	Slight disability: unable to carry out all pervious activities but able to look after own affairs without assistance	2	Slight disability: limitations in participation in usual social roles, but independent for ADL. Questions: Has there been a change in the person's ability to work or look after others if these were roles before stroke? Has there been a change in the person's ability to participate in previous social and leisure activities? Has the person had problems with relationships or become isolated?
1	No significant disability despite symptoms: able to carry out usual duties and activities	1	No significant disability despite symptoms: Symptoms present but no other limitations. Questions: Does the person have difficulty reading or writing, difficulty speaking or finding the right work, problems with balance or coordination, visual problems, numbness (face, arms, legs hands feet), loss of movement (face, arms, legs, hands feet) difficulty with swallowing, or other symptom resulting from stroke?
0	No symptoms at all	0	No symptoms at all: No limitations and no symptoms

7 Tabla Escala de Barthel

1	Eating	10 =	Independent
		5 =	Help needed
		0 =	Dependent
2	Put up in bed, move into a chair	15 =	Independent
		10 =	Little help needed
		5 =	Sitting is possible, moving is help possible
		0 =	Impossible
3	Body hygiene: hands and face washing, brush the hair, shaving	5 =	Independent
		0 =	Help needed
4	Use of the toilette: sitting down, getting up, take off and put on cloth, clean	10 =	Independent
		5 =	Little help needed
		0 =	Dependent
5	Take a bath/ showering: Is it possible for the patient to use the bathtub or the shower?	5 =	Independent
		0 =	Dependent
6	Walking on the flat or using the wheelchair	15 =	Independent more than 50 meter
		10 =	With help 50 meter
		5 =	In a wheelchair more than 50 meter
		0 =	Impossible
7	Use the stairs	10 =	Independent
		5 =	Help needed
		0 =	Impossible
8	Take off and put on cloth included are shoelace	10 =	Independent
		5 =	Help needed
		0 =	Impossible
9	Bowel control	10 =	Continence
		5 =	Occasionally incontinent
		0 =	Incontinence
10	Urine control	10 =	Continence
		5 =	Occasionally incontinent
		0 =	Incontinence

8 Tabla Escala de NIHSS

1- Nivel de conciencia	0: alerta 1: no alerta pero responde al menor estímulo 2: sin rta. o sólo refleja
1a- Preguntas (mes y edad)	0: responde todas correctas 1: una rta. correcta 2: ninguna correcta
1b- Ordenes simples	0: efectúa todas 1: efectúa una sola 3: no efectúa ninguna
2- Movimientos oculares (horizontales)	0: normal 1: parálisis parcial 2: parálisis total
3- Campo visual	0: sin pérdida visual 1: hemianopsia parcial 2: hemianopsia completa 3: hemianopsia bilateral (ceguera)
4- Parálisis facial	0: normal 1: parálisis menor 2: parálisis parcial 3: parálisis total
5- Motor: Braquio-crural DERECHO	0: no cae 1: oscila antes de los 10 segundos 2: cae antes de los 5 segundos 3: no mueve contra gravedad
	4: sin movimiento
6- Motor: Braquio-crural IZQUIERDO	0: no cae 1: oscila antes de los 10 segundos 2: cae antes de los 5 segundos 3: no mueve contra gravedad 4: sin movimiento
7- Ataxia de miembros	0: ausente 1: un miembro 2: dos miembros
8- Sensibilidad	0: normal 1: pérdida leve a moderada 2: pérdida severa
9- Lenguaje	0: normal 1: leve a moderada afasia 2: afasia severa 3: afasia global o mudo
10- Disartria	0: normal 1: leve 2: severa
11- Distracción/Extinción	0: ausente 1: alteración en una sola modalidad 2: profunda alteración en más de una modalidad.

Tabla 9 Regla ABCDE

A	Evaluar la vía respiratoria (Airway) y tratarla si fuera necesario
B	Evaluar la respiración (Breathing) y tratarla si fuera necesario
C	Evaluar la circulación y tratarla si fuera necesario
D	Evaluar la discapacidad y tratarla si fuera necesario
E	Exponer y explorar por completo al paciente una vez que ABCD están estables

Encuesta

Unidad Stroke

Valoración de Atención y Procedimientos.

1. Edad:
2. Género
 - Femenino
 - Masculino
 - No Binario
3. Nivel de Formación
 - Enfermero Universitario
 - Licenciado en Enfermería
 - Posgrado. Especificar:
4. Tiempo de Antigüedad en la Institución
 - 1 - 5 Años
 - 6 - 10 Años
 - 11 - 15 Años
 - Más de 15 Años
5. Tiempo de Antigüedad en el Servicio “Medicina de Urgencias”
 - 1 - 5 Años
 - 6 - 10 Años
 - 11 - 15 Años
 - Más de 15 Años
6. ¿Realizo alguna capacitación sobre ACV?
 - Si
 - No

Cual:

Hace Cuanto:

7. Seleccione los signos y síntomas que lo hagan sospechar de un paciente que esté cursando un ACV

- Tensión Arterial mayor a 180/90 mmHg
- Hipoglucemia
- Taquipnea
- Cefalea
- Disartria
- Taquicardia
- Hiperglucemia
- Hipotensión

8. ¿Es correcto decir que un ACV se valora mediante la escala de Glasgow?

- Si
- No

Si contestó no. ¿Qué escala utilizaría?

9. Durante la realización del triage, usted que valora en un paciente con sospecha de ACV. Elija las que considere correctas

- Fotosensibilidad
- Inicio de síntomas
- Ansiedad
- Dificultad para pronunciar palabras
- Dolor generalizado
- Asimetría facial
- Medicación habitual
- Debilidad en miembros superiores e inferiores

10. Una vez diagnosticado el ACV. ¿En qué tiempo, desde el inicio de síntomas, se puede realizar el tratamiento fibrinolítico?

- 1 - 3 Horas
- 4 - 6 Horas
- 7 - 8 Horas
- No importa el tiempo

11. Usted debe administrar el agente trombolítico a un adulto que pesa 80 Kg. ¿Cuánta medicación se administra en bolo endovenoso?

- 2.3 ml
- 14 ml
- 6.9 ml
- 7.2 ml
- 5 ml

12. ¿Cuánta medicación administra en infusión continua?

- 66 ml
- 63.7 ml
- 72.5 ml
- 50 ml
- 64.8 ml

13. Cuales de los siguientes parámetros valoraría usted durante el procedimiento de trombolisis. Elija las que considere correctas.

- Tensión arterial
- Análisis de laboratorio
- Glucemia
- Agudeza Visual
- Movilidad de miembros superiores e inferiores
- Diagnóstico por imagen
- Diuresis y Catarsis
- Habla

14. Cada cuánto se valora signos y síntomas durante el procedimiento de trombolisis

- Cada 15 minutos
- Cada 45 minutos
- Cada 5 minutos
- 1 vez por turno

15. El tipo de episodio para el cual se puede hacer trombolisis es

- Ataque Isquémico Transitorio
- ACV Hemorrágico
- ACV Isquémico
- Aneurisma cerebral

16. Al momento de realizar el tratamiento fibrinolítico, ¿Usted cómo lo realiza?

- Se coloca 1 Vía periférica solo para administrar el tratamiento
- Se coloca 1 vía periférica para administración de tratamiento y medicaciones varias
- 2 vías periféricas con 1 vía periférica solamente para administrar tratamiento fibrinolítico
- 2 vías periféricas en caso de urgencia por tratamiento fibrinolítico

17. Qué técnicas se pueden realizar durante el tratamiento fibrinolítico

- Colocación de cualquier tipo de sondaje
- Venoclisis
- Glucemia capilar
- Rasurado facial
- No se puede realizar ninguna técnica invasiva

18. Cual es el estudio complementario para diagnosticar un ACV

- Tomografía computada
- Análisis de Laboratorio
- Rayos x
- Sedimento de orina
- Ecografía
- Hemocultivo

19. Durante el post tratamiento trombolítico que signos y síntomas se valoran. Elijan las que considere correctas.

- Estado de conciencia
- Movimientos peristálticos
- Movilización de miembros superiores. e inf.
- Diuresis
- Glucemia
- Respuesta verbal
- Equilibrio
- Tonicidad muscular

20. El tratamiento fibrinolítico conlleva riesgos cardiacos. Para eso usted realiza ECG. ¿Cuándo?

- Cada 2 horas
- 12 horas después del Tratamiento fibrinolítico
- No hace falta realizar ECG
- 1 vez por turno
- Antes, después y pasadas las 12 hs del tratamiento fibrinolítico

21. Pasadas las 12 horas de realizado el tratamiento. ¿Cada cuanto tiempo es recomendable realizar control de signos y síntomas?

- Cada 2 horas
- Cada 4 horas
- Cada 6 horas
- 1 vez por turno
- Solo si se observa algún síntoma de alarma

Tabla Matriz de resultados

Usuario	1)	2)	3)	4)	5)	6)	7)
1	41- 50	Masculino	Licenciado en Enfermería	más de 15 años	más de 15 años	Si, Angels	Disartria
2	41- 50	Femenino	Licenciado en Enfermería	1-5 años	1-5 años	Si	Disartria
3	20 - 30	Masculino	Licenciado en Enfermería	1-5 años	1-5 años	Si	Tensión arterial mayor a 180/90 mmHg, Cefalea, Disartria
4	20 - 30	Femenino	Licenciado en Enfermería	1-5 años	1-5 años	No	Disartria
5	20 - 30	Masculino	Enfermero Universitario/Profesional	1-5 años	1-5 años	Si	Tensión arterial mayor a 180/90 mmHg, Cefalea, Disartria, Hiperglucemia
6	20 - 30	Femenino	Licenciado en Enfermería	1-5 años	1-5 años	Si, Angels	Tensión arterial mayor a 180/90 mmHg, Cefalea, Disartria
7	41- 50	Masculino	Licenciado en Enfermería	11-15 años	11-15 años	Si, Angels	Tensión arterial mayor a 180/90 mmHg, Cefalea, Disartria
8	20 - 30	Femenino	Licenciado en Enfermería	1-5 años	1-5 años	Si, Angels	Tensión arterial mayor a 180/90 mmHg, Cefalea, Disartria, Taquicardia, Hiperglucemia
9	41- 50	Femenino	Licenciado en Enfermería	1-5 años	1-5 años	Si	Tensión arterial mayor a 180/90 mmHg, Cefalea, Disartria, Taquicardia

10	41- 50	Femenino	Magister en servicios de salud	11-15 años	6-10 años	Si, Angels	Disartria
11	31- 40	Femenino	Enfermero Universitario/Profesional	1-5 años	1-5 años	Si	Tensión arterial mayor a 180/90 mmHg, Cefalea, Disartria
12	20 - 30	Masculino	Enfermero Universitario/Profesional	1-5 años	1-5 años	No	Tensión arterial mayor a 180/90 mmHg, Cefalea, Disartria
13	31- 40	Masculino	Licenciado en Enfermería	6-10 años	1-5 años	No	Tensión arterial mayor a 180/90 mmHg, Cefalea, Disartria, Hiperglucemia, Hipotension
14	31- 40	Masculino	Enfermero Universitario/Profesional	1-5 años	1-5 años	No	Tensión arterial mayor a 180/90 mmHg
15	51 - 60	Masculino	Enfermero Universitario/Profesional	6-10 años	6-10 años	Si, Angels	Tensión arterial mayor a 180/90 mmHg, Cefalea
16	31- 40	Masculino	Licenciado en Enfermería	6-10 años	1-5 años	No	Tensión arterial mayor a 180/90 mmHg, Taquipnea, Hiperglucemia
17	31- 40	Masculino	Enfermero Universitario/Profesional	1-5 años	1-5 años	Si	Tensión arterial mayor a 180/90 mmHg, Cefalea, Disartria, Hiperglucemia

18	31- 40	Femenino	Licenciado en Enfermería	1-5 años	1-5 años	No	Hipoglucemia, Cefalea, Taquicardia
19	41- 50	Masculino	Enfermero Universitario/Profesional	6-10 años	1-5 años	Si, Angels	Tensión arterial mayor a 180/90 mmHg, Cefalea, Disartria
20	41- 50	Masculino	Enfermero Universitario/Profesional	6-10 años	1-5 años	No	Cefalea, Disartria
21	41- 50	Femenino	Enfermero Universitario/Profesional	1-5 años	1-5 años	Si, Angels	Disartria, Taquicardia, Hiperglucemia
22	20 - 30	Masculino	Enfermero Universitario/Profesional	6-10 años	1-5 años	No	Taquipnea, Taquicardia, Hiperglucemia
23	20 - 30	Masculino	Enfermero Universitario/Profesional	1-5 años	6-10 años	Si	Tensión arterial mayor a 180/90 mmHg, Cefalea, Disartria
24	31- 40	Masculino	Licenciado en Enfermería	6-10 años	6-10 años	Si	Tensión arterial mayor a 180/90 mmHg, Cefalea, Disartria
25	20 - 30	Femenino	Licenciado en Enfermería	1-5 años	1-5 años	Si	Tensión arterial mayor a 180/90 mmHg, Taquipnea, Cefalea, Disartria, Taquicardia

26	31- 40	Masculino	Licenciado en Enfermería	6-10 años	6-10 años	Si, Angels	Tensión arterial mayor a 180/90 mmHg, Cefalea, Disartria
27	41- 50	Femenino	Enfermero Universitario/Profesional	1-5 años	1-5 años	No	Tensión arterial mayor a 180/90 mmHg, Disartria
28	31- 40	Femenino	Licenciado en Enfermería	11-15 años	1-5 años	No	Tensión arterial mayor a 180/90 mmHg, Taquicardia, Hiperglucemia
29	31- 40	Masculino	Enfermero Universitario/Profesional	11-15 años	11-15 años	No	Cefalea, Disartria, Taquicardia
30	41- 50	Femenino	Enfermero Universitario/Profesional	6-10 años	6-10 años	Si, Angels	Tensión arterial mayor a 180/90 mmHg, Taquipnea, Disartria, Taquicardia

Usuario	8)	9)	10)	11)	12)	13)
1	No, NIHSS	Debilidad de miembros superiores e inferiores	1-3 horas	7.2 ml.	66 ml.	Tensión arterial
2	No, NIHSS	Tiempo desde inicio de síntomas	4-6 horas	6.9 ml.	72.5 ml.	Tensión arterial
3	Si	Tiempo desde inicio de síntomas, Dificultad para pronunciar palabras, Asimetría facial, Debilidad de miembros superiores e inferiores	1-3 horas	7.2 ml.	50 ml.	Tensión arterial, Movilidad de miembros superiores e inferiores, Capacidad de hablar
4	No	Tiempo desde inicio de síntomas, Dificultad para pronunciar palabras, Asimetría facial, Debilidad de miembros superiores e inferiores	1-3 horas	7.2 ml.	64.8 ml.	Tensión arterial, Glucemia, Movilidad de miembros superiores e inferiores, Capacidad de hablar
5	Si	Tiempo desde inicio de síntomas, Dificultad para pronunciar palabras, Asimetría facial, Debilidad de miembros superiores e inferiores	4-6 horas	7.2 ml.	64.8 ml.	Agudeza visual, Movilidad de miembros superiores e inferiores
6	No, FAST, NIHSS	Tiempo desde inicio de síntomas, Dificultad para pronunciar palabras, Asimetría facial,	4-6 horas	7.2 ml.	64.8 ml.	Tensión arterial, Movilidad de miembros superiores e inferiores, Capacidad de hablar

		Debilidad de miembros superiores e inferiores				
7	No, NIHSS	Tiempo desde inicio de síntomas, Dificultad para pronunciar palabras, Asimetría facial, Debilidad de miembros superiores e inferiores	4-6 horas	7.2 ml.	64.8 ml.	Tensión arterial, Movilidad de miembros superiores e inferiores, Capacidad de hablar
8	Si	Tiempo desde inicio de síntomas, Dificultad para pronunciar palabras, Asimetría facial, Debilidad de miembros superiores e inferiores	1-3 horas	7.2 ml.	64.8 ml.	Tensión arterial, Movilidad de miembros superiores e inferiores, Capacidad de hablar
9	Si	Tiempo desde inicio de síntomas, Dificultad para pronunciar palabras, Asimetría facial, Debilidad de miembros superiores e inferiores	1-3 horas	2.3 ml.	63.7 ml.	Tensión arterial, Movilidad de miembros superiores e inferiores, Capacidad de hablar
10	No, FAST	Tiempo desde inicio de síntomas, Dificultad para pronunciar palabras, Asimetría facial, Debilidad de miembros superiores e inferiores	1-3 horas	7.2 ml.	64.8 ml.	Tensión arterial, Movilidad de miembros superiores e inferiores, Capacidad de hablar
11	No, NIHSS	Tiempo desde inicio de síntomas, Dificultad para pronunciar	1-3 horas	7.2 ml.	64.8 ml.	Tensión arterial, Movilidad de miembros superiores e inferiores,

		palabras, Asimetría facial, Debilidad de miembros superiores e inferiores				Capacidad de hablar
12	Si	Tiempo desde inicio de síntomas, Dificultad para pronunciar palabras, Asimetría facial, Debilidad de miembros superiores e inferiores	4-6 horas	2.3 ml.	72.5 ml.	Tensión arterial, Movilidad de miembros superiores e inferiores, Capacidad de hablar
13	Si	Tiempo desde inicio de síntomas, Dificultad para pronunciar palabras, Asimetría facial, Debilidad de miembros superiores e inferiores	1-3 horas	5 ml.	72.5 ml.	Tensión arterial, Análisis de laboratorio, Glucemia, Movilidad de miembros superiores e inferiores, Diagnóstico por imagen, Capacidad de hablar
14	Si	Tiempo desde inicio de síntomas, Dificultad para pronunciar palabras, Asimetría facial	1-3 horas	2.3 ml.	63.7 ml.	Tensión arterial, Capacidad de hablar
15	Si	Tiempo desde inicio de síntomas, Dificultad para pronunciar palabras, Asimetría facial, Debilidad de miembros superiores e inferiores	4-6 horas	5 ml.	50 ml.	Tensión arterial, Análisis de laboratorio, Movilidad de miembros superiores e inferiores, Diagnóstico por imagen, Capacidad de hablar
16	No	Dificultad para pronunciar palabras	4-6 horas	14 ml.	63.7 ml.	Glucemia

17	No, NIHSS	Tiempo desde inicio de síntomas, Dificultad para pronunciar palabras, Asimetría facial, Debilidad de miembros superiores e inferiores	1-3 horas	7.2 ml.	64.8 ml.	Tensión arterial, Glucemia, Movilidad de miembros superiores e inferiores, Capacidad de hablar
18	Si	Tiempo desde inicio de síntomas, Dificultad para pronunciar palabras, Asimetría facial	1-3 horas	6.9 ml.	72.5 ml.	Tensión arterial, Agudeza visual, Diagnóstico por imagen, Capacidad de hablar
19	No, FAST	Tiempo desde inicio de síntomas, Asimetría facial, Debilidad de miembros superiores e inferiores	1-3 horas	6.9 ml.	64.8 ml.	Tensión arterial, Glucemia, Capacidad de hablar
20	No, Evaluación neurológica	Tiempo desde inicio de síntomas, Dificultad para pronunciar palabras, Asimetría facial	No importa el tiempo	7.2 ml.	64.8 ml.	Glucemia, Movilidad de miembros superiores e inferiores, Capacidad de hablar
21	Si	Dificultad para pronunciar palabras, Asimetría facial	1-3 horas	14 ml.	66 ml.	Glucemia, Diagnóstico por imagen
22	Si	Ansiedad, Asimetría facial, Medicación habitual	No importa el tiempo	2.3 ml.	63.7 ml.	Agudeza visual, Movilidad de miembros superiores e inferiores, Diagnóstico por imagen

23	No, FAST	Tiempo desde inicio de síntomas, Asimetría facial, Debilidad de miembros superiores e inferiores	1-3 horas	7.2 ml.	64.8 ml.	Análisis de laboratorio, Movilidad de miembros superiores e inferiores, Capacidad de hablar
24	No, NIHSS	Tiempo desde inicio de síntomas, Dificultad para pronunciar palabras, Asimetría facial, Debilidad de miembros superiores e inferiores	1-3 horas	7.2 ml.	64.8 ml.	Tensión arterial, Movilidad de miembros superiores e inferiores
25	No, NIHSS	Tiempo desde inicio de síntomas, Dificultad para pronunciar palabras, Asimetría facial, Debilidad de miembros superiores e inferiores	1-3 horas	7.2 ml.	64.8 ml.	Tensión arterial, Movilidad de miembros superiores e inferiores, Capacidad de hablar
26	Si	Tiempo desde inicio de síntomas, Dificultad para pronunciar palabras, Asimetría facial, Debilidad de miembros superiores e inferiores	1-3 horas	7.2 ml.	64.8 ml.	Glucemia, Movilidad de miembros superiores e inferiores, Diagnóstico por imagen
27	No	Dificultad para pronunciar palabras, Asimetría facial	1-3 horas	14 ml.	50 ml.	Glucemia

28	Si	Dificultad para pronunciar palabras, Asimetría facial, Debilidad de miembros superiores e inferiores	1-3 horas	7.2 ml.	63.7 ml.	Agudeza visual, Movilidad de miembros superiores e inferiores, Capacidad de hablar
29	No	Dificultad para pronunciar palabras	4-6 horas	14 ml.	63.7 ml.	Tensión arterial, Glucemia
30	No, NIHSS	Tiempo desde inicio de síntomas, Asimetría facial, Debilidad de miembros superiores e inferiores	1-3 horas	7.2 ml.	72.5 ml.	Glucemia, Movilidad de miembros superiores e inferiores, Capacidad de hablar

Usuario	14)	15)	16)	17)	18)	19)	20)	21)
1	Cada 15 minutos	ACV Isquemico	Se coloca 2 vías periféricas con 1 vía periférica exclusiva para tratamiento fibrinolítico	Tensión arterial	Tomografía Axial Computada	Estado de consciencia	Antes, después y pasadas las 12 horas del tratamiento fibrinolítico	Cada 2 horas
2	Cada 15 minutos	ACV Isquemico	Se coloca 1 vía periférica solo para administrar tratamiento fibrinolítico	Tensión arterial	Tomografía Axial Computada	Estado de consciencia	Antes, después y pasadas las 12 horas del tratamiento fibrinolítico	Cada 2 horas

3	Cada 15 minutos	ACV Isquemico	Se coloca 2 vías periféricas con 1 vía periférica exclusiva para tratamiento fibrinolítico	Venoclisis, Tensión arterial, Saturación de Oxígeno en Sangre, Glucemia capilar	Tomografía Axial Computada	Estado de consciencia, Movilización de miembros superiores e inferiores, Respuesta verbal	12 horas después del tratamiento fibrinolítico	Cada 2 horas
4	Cada 15 minutos	ACV Isquemico	Se coloca 2 vías periféricas con 1 vía periférica exclusiva para tratamiento fibrinolítico	Tensión arterial, Saturación de Oxígeno en Sangre, Glucemia capilar	Tomografía Axial Computada	Estado de consciencia, Movilización de miembros superiores e inferiores, Respuesta verbal	No hace falta realizar un Electrocardiograma	1 vez por turno, Si se observan signos y síntomas de alarma

5	Cada 15 minutos	ACV Isquemico	Se coloca 2 vías periféricas en caso de urgencia por tratamiento fibrinolítico	Tensión arterial, Saturación de Oxígeno en Sangre, Glucemia capilar, Electrocardiograma	Tomografía Axial Computada	Estado de consciencia, Movilización de miembros superiores e inferiores, Glucemia, Respuesta verbal	Antes, después y pasadas las 12 horas del tratamiento fibrinolítico	Si se observan signos y síntomas de alarma
6	Cada 15 minutos	ACV Isquemico	Se coloca 2 vías periféricas con 1 vía periférica exclusiva para tratamiento fibrinolítico	Tensión arterial, Saturación de Oxígeno en Sangre, Electrocardiograma	Tomografía Axial Computada	Estado de consciencia, Movilización de miembros superiores e inferiores, Respuesta verbal, Tonicidad muscular	12 horas después del tratamiento fibrinolítico	Cada 6 horas

7	Cada 15 minutos	ACV Isquemico	Se coloca 2 vías periféricas con 1 vía periférica exclusiva para tratamiento fibrinolítico	Tensión arterial, Saturación de Oxígeno en Sangre, Electrocardiograma	Tomografía Axial Computada	Estado de consciencia, Movilización de miembros superiores e inferiores, Respuesta verbal, Tonicidad muscular	Antes, después y pasadas las 12 horas del tratamiento fibrinolítico	Cada 2 horas
8	Cada 15 minutos	ACV Isquemico	Se coloca 2 vías periféricas con 1 vía periférica exclusiva para tratamiento fibrinolítico	Tensión arterial, Saturación de Oxígeno en Sangre, Electrocardiograma	Tomografía Axial Computada	Estado de consciencia, Movilización de miembros superiores e inferiores, Respuesta verbal	Antes, después y pasadas las 12 horas del tratamiento fibrinolítico	Cada 2 horas

9	Cada 15 minutos	ACV Isquemico	Se coloca 2 vías periféricas con 1 vía periférica exclusiva para tratamiento fibrinolítico	Tensión arterial, Saturación de Oxígeno en Sangre, Electrocardiograma	Tomografía Axial Computada	Estado de consciencia, Movilización de miembros superiores e inferiores, Respuesta verbal	Antes, después y pasadas las 12 horas del tratamiento fibrinolítico	Cada 2 horas
10	Cada 15 minutos	ACV Isquemico	Se coloca 2 vías periféricas con 1 vía periférica exclusiva para tratamiento fibrinolítico	Tensión arterial, Saturación de Oxígeno en Sangre, Glucemia capilar, Electrocardiograma	Tomografía Axial Computada	Estado de consciencia, Movilización de miembros superiores e inferiores, Glucemia, Respuesta verbal	12 horas después del tratamiento fibrinolítico	Cada 2 horas, Si se observan signos y síntomas de alarma
11	Cada 15 minutos	ACV Isquemico	Se coloca 2 vías periféricas con 1 vía periférica exclusiva para tratamiento fibrinolítico	Tensión arterial, Saturación de Oxígeno en Sangre	Tomografía Axial Computada	Movilización de miembros superiores e inferiores, Respuesta verbal	Antes, después y pasadas las 12 horas del tratamiento fibrinolítico	Cada 2 horas

12	Cada 15 minutos	ACV Isquemico	Se coloca 2 vías periféricas en caso de urgencia por tratamiento fibrinolítico	Tensión arterial	Tomografía Axial Computada	Estado de consciencia, Movilización de miembros superiores e inferiores, Diuresis, Respuesta verbal	Antes, después y pasadas las 12 horas del tratamiento fibrinolítico	Cada 2 horas
13	Cada 5 minutos	Ataque Isquémico Transitorio, ACV Isquémico	Se coloca 1 vía periférica con prolongador de 3 vías para administrar varios fármacos	Tensión arterial, Saturación de Oxígeno en Sangre, Electrocardiograma	Análisis de laboratorio	Estado de consciencia, Movilización de miembros superiores e inferiores, Respuesta verbal, Tonicidad muscular	Cada 2 horas	Cada 2 horas

14	Cada 15 minutos	ACV Isquemico	Se coloca 2 vías periféricas con 1 vía periférica exclusiva para tratamiento fibrinolítico	Venoclisis, Tensión arterial, Saturación de Oxígeno en Sangre, Glucemia capilar, Electrocardiograma	Tomografía Axial Computada, Análisis de laboratorio	Estado de consciencia, Movilización de miembros superiores e inferiores, Respuesta verbal	Cada 2 horas	Cada 2 horas
15	Cada 5 minutos	ACV Isquemico	Se coloca 2 vías periféricas en caso de urgencia por tratamiento fibrinolítico	Venoclisis	Tomografía Axial Computada, Análisis de laboratorio, Ecografía	Estado de consciencia, Movilización de miembros superiores e inferiores, Respuesta verbal, Equilibrio	1 vez por turno	Cada 6 horas, Si se observan signos y síntomas de alarma
16	Cada 15 minutos	ACV Isquemico	Se coloca 2 vías periféricas en caso de urgencia por tratamiento fibrinolítico	Saturación de Oxígeno en Sangre	Sedimento de orina	Glucemia, Respuesta verbal	12 horas después del tratamiento fibrinolítico	1 vez por turno

17	Cada 15 minutos	ACV Isquemico	Se coloca 2 vías periféricas con 1 vía periférica exclusiva para tratamiento fibrinolítico	Tensión arterial, Saturación de Oxígeno en Sangre, Electrocardiograma	Tomografía Axial Computada	Estado de consciencia, Movilización de miembros superiores e inferiores, Respuesta verbal, Equilibrio, Tonicidad muscular	Antes, después y pasadas las 12 horas del tratamiento fibrinolítico	Cada 6 horas
18	Cada 15 minutos	Ataque Isquémico Transitorio, ACV Isquémico	Se coloca 2 vías periféricas en caso de urgencia por tratamiento fibrinolítico	Saturación de Oxígeno en Sangre, Glucemia capilar	Tomografía Axial Computada	Estado de consciencia, Glucemia, Respuesta verbal	12 horas después del tratamiento fibrinolítico	Cada 4 horas
19	Cada 15 minutos	ACV Isquemico	Se coloca 2 vías periféricas con 1 vía periférica exclusiva para tratamiento fibrinolítico	Venoclisis, Saturación de Oxígeno en Sangre, Glucemia capilar	Tomografía Axial Computada	Estado de consciencia, Equilibrio, Tonicidad muscular	1 vez por turno	Cada 6 horas

20	Cada 45 minutos	ACV Isquemico	Se coloca 2 vías periféricas con 1 vía periférica exclusiva para tratamiento fibrinolítico	Tensión arterial, Glucemia capilar, Electrocardiograma	Tomografía Axial Computada	Estado de consciencia, Movilización de miembros superiores e inferiores, Glucemia, Equilibrio	Cada 2 horas	1 vez por turno
21	Cada 5 minutos	ACV Isquemico	Se coloca 2 vías periféricas con 1 vía periférica exclusiva para tratamiento fibrinolítico	Tensión arterial, Electrocardiograma	Tomografía Axial Computada	Movilización de miembros superiores e inferiores, Tonicidad muscular	12 horas después del tratamiento fibrinolítico	1 vez por turno
22	Cada 15 minutos	Ataque Isquémico Transitorio, Aneurisma cerebral	Se coloca 1 vía periférica solo para administrar tratamiento fibrinolítico	Tensión arterial, Glucemia capilar	Tomografía Axial Computada, Rayos X	Estado de consciencia, Movilización de miembros superiores e inferiores, Tonicidad muscular	Antes, después y pasadas las 12 horas del tratamiento fibrinolítico	Cada 4 horas

23	Cada 15 minutos	ACV Isquemico	Se coloca 2 vías periféricas con 1 vía periférica exclusiva para tratamiento fibrinolítico	Tensión arterial, Electrocardiograma	Tomografía Axial Computada, Análisis de laboratorio	Estado de consciencia, Respuesta verbal, Tonicidad muscular	Antes, después y pasadas las 12 horas del tratamiento fibrinolítico	Cada 6 horas
24	Cada 15 minutos	ACV Isquemico	Se coloca 2 vías periféricas con 1 vía periférica exclusiva para tratamiento fibrinolítico	Tensión arterial, Saturación de Oxígeno en Sangre, Glucemia capilar	Tomografía Axial Computada	Estado de consciencia, Movilización de miembros superiores e inferiores, Respuesta verbal	Antes, después y pasadas las 12 horas del tratamiento fibrinolítico	Cada 4 horas
25	Cada 15 minutos	ACV Isquemico	Se coloca 2 vías periféricas con 1 vía periférica exclusiva para tratamiento fibrinolítico	Venoclisis, Tensión arterial, Saturación de Oxígeno en Sangre	Tomografía Axial Computada	Estado de consciencia, Movilización de miembros superiores e inferiores, Respuesta verbal, Tonicidad muscular	Antes, después y pasadas las 12 horas del tratamiento fibrinolítico	Cada 2 horas

26	Cada 45 minutos	ACV Isquemico	Se coloca 2 vías periféricas con 1 vía periférica exclusiva para tratamiento fibrinolítico	Saturación de Oxígeno en Sangre, Electrocardiograma	Tomografía Axial Computada, Rayos X	Estado de consciencia, Respuesta verbal, Tonicidad muscular	12 horas después del tratamiento fibrinolítico	Cada 6 horas, 1 vez por turno
27	Cada 45 minutos	ACV Hemorragico	Se coloca 1 vía periférica con prolongador de 3 vías para administrar varios fármacos	Venoclisis	Ecografía	Movilización de miembros superiores e inferiores	1 vez por turno	Cada 4 horas
28	Cada 5 minutos	ACV Isquemico	Se coloca 1 vía periférica con prolongador de 3 vías para administrar varios fármacos	Tensión arterial, Saturación de Oxígeno en Sangre, Glucemia capilar, Electrocardiograma	Tomografía Axial Computada	Estado de consciencia, Respuesta verbal, Tonicidad muscular	Antes, después y pasadas las 12 horas del tratamiento fibrinolítico	Cada 6 horas
29	Cada 5 minutos	ACV Hemorragico	Se coloca 2 vías periféricas con 1 vía periférica exclusiva para tratamiento fibrinolítico	Venoclisis, Rasurado facial	Tomografía Axial Computada	Estado de consciencia, Equilibrio	1 vez por turno	Cada 6 horas

30	Cada 15 minutos	Ataque Isquémico Transitorio, ACV Isquémico	Se coloca 2 vías periféricas en caso de urgencia por tratamiento fibrinolítico	Saturación de Oxígeno en Sangre, Glucemia capilar, Electrocardiograma	Tomografía Axial Computada	Estado de consciencia, Movilización de miembros superiores e inferiores, Respuesta verbal	Antes, después y pasadas las 12 horas del tratamiento fibrinolítico	Cada 2 horas
----	-----------------	---	--	---	----------------------------	---	---	--------------

Libro de códigos

1)	2)	3)	4)	5)	6)	7)	8)	9)	
1)	9 1)	17 1)	14 1)	16 1)	26 1)	19 1)	8 1)	13 1)	6
2)	10 2)	13 2)	15 2)	9 2)	6 2)	11 2)	19 2)	17 2)	24
3)	10	3)	1 3)	4 3)	2	3)	3		
4)	1		4)	1 4)	1				

10)	11)	12)	13)	14)	15)	16)	17)	18)	
1)	20 1)	17 1)	14 1)	9 1)	5 1)	27 1)	2 1)	13 1)	22
2)	8 2)	13 2)	16 2)	19 2)	22 2)	2 2)	3 2)	16 2)	4
3)	2		3)	2 3)	3 3)	1 3)	19 3)	1 3)	1
4)	0			4)	0	4)	6	4)	1
								5)	2

19)	20)	21)	
1)	7 1)	3 1)	12
2)	22 2)	7 2)	4
3)	1 3)	4 3)	6
	4)	15 4)	3
		5)	5

Mendoza, Julio de 2022.

Jefe de Servicio Medicina de Urgencias.

Lic. Rubin, Hector.

S/D.

Solicitamos la autorización de una encuesta creada por estudiantes de la carrera Ciclo de Licenciatura en Enfermería, cursado en la Escuela de Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo. Los datos obtenidos formarán parte del trabajo de investigación elegido para la asignatura Taller de Producción de Tesina o Trabajo Final.

Tiene como objetivo reunir información sobre funciones, técnicas y procedimientos que realiza el personal enfermero en el área Unidad Stroke. Dicha encuesta es de carácter anónimo y se cuidará la privacidad del personal encuestado.

A la espera de una respuesta favorable.

Saluda atentamente.

Hernandez, Damian

DNI 36618778

Rivera, Sergio

DNI 38908298

Bibliografía

1. Sun Y, Paulus D, Eyssen M, Maervoet J, Saka O. A systematic review and metaanalysis of acute stroke unit care: What's beyond the statistical significance?. BMC Med Res Methodol. 2013 Oct 28. <https://bmcmedresmethodol.biomedcentral.com/>
2. OMS. Neurological Disorders: A public health approach(pag 151-163). Suiza. 2006. <https://books.google.com.ar/>
3. Melcon CM, Melcon MO. Prevalence of stroke in an Argentine community. Neuroepidemiology. 2006. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16902314/>
4. Sposato L, Esnaola MM, Cirio JJ, et al. Acute ischemic stroke treatment in Argentina. ReNACer: Argentinean Stroke Registry. Stroke. Nov 2008. <https://www.ahajournals.org/doi/epub/10.1161/STROKEAHA.108.521062>
5. Rosales J., Rodriguez L., Ameriso S. Uso y resultados de la fibrinólisis intravenosa en una unidad cerebrovascular. Mar 2021. <http://www.scielo.org.ar>
6. Nimako-Doffour, A. Titulación de enfermería especialista en ictus. Unidad 1 “Generalidades”. Instituto Angels. 2008.
7. Castellanos, M. Neurología aplaude la nueva clasificación del ictus en la CIE-11 de la OMS. Diciembre de 2021. <https://www.redaccionmedica.com/>
8. Nimako-Doffour, A. Titulación de enfermería especialista en ictus. Unidad 1 “Generalidades”. Instituto Angels. 2018.
9. Nimako-Doffour, A. Titulación de enfermero especialista en ictus, Unidad 1 “Generalidades”. Instituto Angels. 2018.
10. Nimako-Doffour, A. Titulación de enfermero especialista en ictus, Unidad 2 “Cuidados Neurocríticos: identificación de urgencias”. Instituto Angels. 2018.
11. Nimako-Doffour, A. Titulación de enfermería especialista en ictus, Unidad 2 “Cuidados Neurocríticos: identificación de urgencias”. Instituto Angels. 2018.
12. Nimako-Doffour, A. Titulación de enfermería especialista en ictus, Unidad 2 “Cuidados Neurocríticos: identificación de urgencias”. Instituto Angels. 2018.

13. Nimako-Doffour, A. Titulación de enfermería especialista en ictus, Unidad 3 “Cuidados neurocríticos:Trastornos neurocríticos”. Instituto Angels. 2018.
14. Nimako-Doffour, A. Titulación de enfermería especialista en ictus, Unidad 1 “Generalidades”. Instituto Angels. 2018.
15. Esnaola, M. Gregori, L. Protocolo de Manejo Inicial del Ataque Cerebrovascular Isquémico Agudo. Ministerio de Salud, Argentina.
<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/protolo-de-manejo-inicial-del-ataque-cerebrovascular-isquemico-agudo>
16. Esnaola, M. Gregori, L. Protocolo de Manejo Inicial del Ataque Cerebrovascular Isquémico Agudo. Ministerio de Salud, Argentina.
<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/protolo-de-manejo-inicial-del-ataque-cerebrovascular-isquemico-agudo>
17. Nimako-Doffour, A. Titulación de enfermería especialista en ictus, Unidad 3 “Cuidados neurocríticos:Trastornos neurocríticos”. Instituto Angels. 2018.
18. Nimako-Doffour, A. Titulación de enfermería especialista en ictus, Unidad 3 “Cuidados neurocríticos:Trastornos neurocríticos”. Instituto Angels. 2018.