



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA



PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

TEMA:

“MANEJO PREHOSPITALARIO DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO RECIBIDOS EN EMERGENCIA DEL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA, MAYO – OCTUBRE 2015”.

AUTORES:

MENDOZA CELORIO KERLY ANNABELL

SOLEDISPA MERA GEMA KATIUSKA

DIRECTOR:

DR. JUAN MONTALVO HERDOIZA

PORTOVIEJO – MANABÍ – ECUADOR

2015

DEDICATORIA

Para triunfar en la vida no es importante llegar primero, para triunfar simplemente hay que llegar. Al culminar esta etapa dedico mi proyecto de titulación a Dios, quien me dio la fe, la fortaleza, la sabiduría y esperanza en todo momento.

A mis padres, Arturo y Rubiz, por darme la vida y ser mí ejemplo de superación, por estar siempre para mí siendo incondicionales y brindarme todo lo necesario para llegar hasta donde estoy. A mis hermanos, Jonathan, Karen, Génesis y Jordan por estar presentes y llenar un espacio en mi corazón. A mi pequeña sobrina, Ainohita, quien con su corta edad ha causado grandes sentimientos desde su llegada.

A mi familia en general, quien me acompañó durante todo este esfuerzo para arribar a la meta, en especial a mis abuelitos que ahora están en el cielo.

A mis profesores, amigos y compañeros de aulas, que me enseñaron lo mejor de la carrera y de la Universidad.

Srta. Kerly Mendoza

DEDICATORIA

Primeramente dedico este trabajo con toda la humildad que de mi corazón puede emanar el creador de todas las cosas, Dios, por haberme dado la vida y fortaleza para continuar cuando a punto de caer he estado permitiéndome el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional, regalándome triunfos y momentos difíciles que me ha enseñado a valorarlo cada día más.

A mis padres: Humberto y Katiuska, por ser los pilares más importantes, que han sabido formarme con buenos valores y costumbres, lo cual me ha ayudado a salir adelante en los momentos más difíciles; y por demostrarme siempre su cariño y apoyo incondicional en todo mi trayecto estudiantil y vida.

A mis hermanos: Carlos y Johanmatheus, por estar conmigo y apoyarme siempre, ser muchas veces mis compañeros de estudio en esas noches de desvelo.

A unos ángeles que han sido parte de mi niñez y mis guías: Mami Rosita, Mami Riquita, y uno más especial que siempre fue parte de mis logros y triunfos, sintiéndose orgulloso de mí, brindándome su amor de Padre; que desde hace unos meses nos distanciamos físicamente pero siento que está conmigo siempre y aunque nos faltaron muchas cosas por vivir juntos, sé que este momento hubiera sido tan especial para ti como lo es para mí, por siempre Papi Juan Carlos, mi Campeón.

A mis amigos porque sin el equipo de estudio que formamos, no hubiera logrado esta meta.

A mis profesores, por su apoyo así como la sabiduría que me transmitieron en el desarrollo de mi formación profesional.

A todos ellos de corazón.

Srta. Gema Soledispa

AGRADECIMIENTO

Agradecemos principalmente a nuestro Dios todopoderoso por protegernos durante todo nuestro camino y darnos fuerzas para superar obstáculos y dificultades a lo largo de nuestro sendero para culminar esta etapa de nuestra vida.

Agradecemos a la Universidad Técnica de Manabí, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Medicina, por habernos aceptado ser parte de ella y abierto las puertas de su seno científico para poder estudiar nuestra carrera así como también los diferentes docentes que brindaron sus conocimientos y apoyo para seguir adelante día a día.

A los miembros de nuestro Tribunal: a la Dra. Carmen Campuzano, Dr. Juan Samper Noa, Dr. Juan Montalvo y Dr. José Lara por habernos brindado sus valiosos conocimientos y por su acertada dirección al momento de guiar nuestro trabajo.

Al Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda, por brindarnos la oportunidad de realizar nuestra investigación en el Área de Emergencia, en Especial al Dr. Quinteros, a quién nos ofreció la oportunidad de recurrir a su capacidad y conocimiento científico, así como también haber tenido toda la paciencia para ser del desarrollo de nuestro trabajo.

Por último, agradecemos a todas las personas que fueron parte de esta investigación, Doctores, Enfermeros, a los pacientes y sus familiares.

Mil gracias, Atentamente

Las Autoras



CERTIFICACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Yo DR. JUAN MONTALVO HERDOIZA tengo a bien certificar que el trabajo de titulación “MANEJO PREHOSPITALARIO DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO RECIBIDOS EN EMERGENCIA DEL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA, MAYO – OCTUBRE 2015” ejecutada por: MENDOZA CELORIO KERLY ANNABELL Y SOLEDISPA MERA GEMA KATIUSKA se encuentra concluido en su totalidad.

El presente trabajo es original de los autores y ha sido realizado bajo mi dirección y supervisión, habiendo cumplido con los requisitos reglamentarios exigidos para la elaboración de un trabajo de titulación previo a la obtención del título de Médico Cirujano. Es todo lo que puedo certificar en honor a la verdad.

DR. JUAN MONTALVO HERDOIZA

DIRECTOR DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE REVISIÓN Y EVALUACIÓN

TEMA:

“MANEJO PREHOSPITALARIO DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO RECIBIDOS EN EMERGENCIA DEL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA, MAYO – OCTUBRE 2015”.

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Sometida a consideración del Tribunal de Revisión y Sustentación y Legislada por el Honorable Consejo Directivo como requisito previo a la obtención del título de:

MÉDICO- CIRUJANO

Ing. Karina Rocha, MN.
Decana De La Facultad (e)

Lcda. Miriam Barreto Rosado, Mg
Presidenta Comisión De Investigación.

Ab. Daniel Cadena Macías
Asesor Jurídico (e)

Dra. Carmen Campuzano Icaza
Presidenta

Dr. Juan Montalvo Herdoiza
Director

Dr. Juan Samper Noa
Miembro

Dr. José Lara Morales
Miembro



DECLARACIÓN DE AUTORIA

Nosotras MENDOZA CELORIO KERLY ANNABELL y SOLEDISPA MERA GEMA KATIUSKA egresadas de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Medicina de la Universidad Técnica de Manabí, declaramos que:

El presente proyecto de investigación titulado: “MANEJO PREHOSPITALARIO DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO RECIBIDOS EN EMERGENCIA DEL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA, MAYO – OCTUBRE 2015” es de nuestra completa autoría y ha sido realizado bajo absoluta responsabilidad, y con la supervisión del Director del Proyecto de Investigación el DR. JUAN MONTALVO HERDOÍZA

Toda responsabilidad con respecto a las investigaciones con sus respectivos resultados, conclusiones y recomendaciones presentadas en este Proyecto de Investigación, pertenecen exclusivamente a los autores.

MEDOZA CELORIO KERLY ANNABELL

1312569096

SOLEDISPA MERA GEMA KATIUSKA

1310613854

ÍNDICE

DEDICATORIA	II
DEDICATORIA	III
AGRADECIMIENTO	IV
CERTIFICACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN	V
CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE REVISIÓN Y EVALUACIÓN	VI
DECLARACIÓN DE AUTORIA.....	VII
ÍNDICE	VIII
INDICE DE GRAFITABLAS.	X
TEMA:	XIII
SUMMARY	XV
CAPITULO I.....	1
INTRODUCCIÓN	1
ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
SUBPROBLEMAS.....	6
OBJETIVO GENERAL.....	7
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	7
CAPÍTULO II	8
MARCO TEORICO.....	8
VARIABLES	24
OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	25
CAPITULO III.....	29
DISEÑO METODOLÓGICO.....	29
TIPO DE ESTUDIO	29
LÍNEA DE INVESTIGACIÓN	29
AREA DE ESTUDIO	29
UNIVERSO	29
MUESTRA.....	29

TÉCNICA DE MUESTREO	29
MODALIDAD DE INVESTIGACION:	30
INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	30
TECNICA	30
PERIODO DE LA INVESTIGACIÓN.....	31
PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN	31
RECURSOS:.....	31
ETICA:.....	32
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	33
CAPÍTULO IV.....	63
CONCLUSIONES	63
RECOMENDACIONES.....	65
PRESUPUESTO	66
CAPITULO V	68
PROPUESTA.....	68
BIBLIOGRAFIAS	75
ANEXOS	80

INDICE DE GRAFITABLAS.

GRAFITABLA N°1

ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO SEGÚN EDAD Y GÉNERO. HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA, EMERGENCIA. MAYO – OCTUBRE 2015.

GRAFITABLA N°2

ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO SEGÚN PROCEDENCIA. HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA, EMERGENCIA. MAYO – OCTUBRE 2015

GRAFITABLA N° 3

ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO SEGÚN INGRESO ECONOMICO. HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA, EMERGENCIA. MAYO – OCTUBRE 2015

GRAFITABLA N° 4

ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO SEGÚN ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES. HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA, EMERGENCIA. MAYO – OCTUBRE 2015

GRAFITABLA N° 5

ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO SEGÚN HÁBITOS TÒXICOS. HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA, EMERGENCIA. MAYO – OCTUBRE 2015.

GRAFITABLA N° 6

ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO SEGÚN HORA INICIO DE SINTOMATOLOGÍA. HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA, EMERGENCIA. MAYO – OCTUBRE 2015.

GRAFITABLA N° 7

ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO SEGÚN LUGAR DE INICIO DE SINTOMATOLOGÍA. HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA, EMERGENCIA. MAYO – OCTUBRE 2015

GRAFITABLA N°8

ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO SEGÚN LA SITUACIÓN DE LOS HECHOS. HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA, EMERGENCIA. MAYO – OCTUBRE 2015

GRAFITABLA N° 9

ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO SEGÚN LA SINTOMATOLOGÍA. HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA, EMERGENCIA. MAYO – OCTUBRE 2015

GRAFITABLA N°10

ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO SEGÚN HORA DE LLEGADA A LA APS.HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA. EMERGENCIA MAYO – OCTUBRE 2015.

GRAFITABLA N°11

ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR ISQUÉMICA SEGÚN EL TIEMPO DE MOVILIZACIÓN A LA EMERGENCIA. HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA. MAYO – OCTUBRE 2015.

GRAFITABLA N°12

ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO SEGÚN LA UTILIZACIÓN DE ESCALAS DE DIAGNOSTICO PREHOSPITALARIO. HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA, EMERGENCIA. MAYO – OCTUBRE 2015

GRAFITABLA N°13

ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO SEGÚN TOMA DE SIGNOS VITALES. HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA, EMERGENCIA. MAYO – OCTUBRE 2015

GRAFITABLA N°14

ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO SEGÚN LAS MEDIDAS GENERALES QUE SE APLICARON. HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA, EMERGENCIA. MAYO – OCTUBRE 2015

GRAFITABLA N°15

ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO SEGÚN LA REALIZACIÓN DE HEMOGLUCOTEST. HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA, EMERGENCIA. MAYO – OCTUBRE 2015

TEMA:

“MANEJO PREHOSPITALARIO DE LOS PACIENTES CON
ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO RECIBIDOS EN
EMERGENCIA DEL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA,
MAYO OCTUBRE 2015”

RESUMEN

La Enfermedad Cerebrovascular (ECV) se define como el desarrollo de signos clínicos de alteración focal o global de la función cerebral, con síntomas que tienen una duración de 24 horas o más según la Organización Mundial de la Salud. El objetivo de nuestra investigación fue determinar el Manejo Prehospitalario de los pacientes con Enfermedad Cerebrovascular Isquémico recibidos en la emergencia del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda. Se realizó una investigación de tipo descriptiva y corte transversal que incluyó 39 pacientes con Enfermedad Cerebrovascular Isquémica recibidos en la emergencia del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda por un período de seis meses, los resultados obtenidos evidenciaron que la mayor incidencia se dio en hombres con un 56% correspondientes al grupo etario entre 53 a 60 años con un 21%, la hipertensión arterial constituyó el mayor antecedente patológico personal representando el 82% y el hábito tóxico con mayor incidencia fue el tabaquismo con un 62%. El síntoma principal que presentaron estos pacientes fue la disartria con un 87% y la paresia de extremidades correspondiente al 82%. En ningún paciente se utilizaron escalas de diagnóstico prehospitalario como la Escala de Melbourne Ambulance Stroke Screen o Escala de Cincinnati. Según los resultados obtenidos se puede concluir que existe un mal manejo prehospitalario en los centros de atención primaria debido a que el tratamiento inicial consiste en una serie de medidas más que de intervenciones directas, las cuales en la mayoría de estas casas de salud no se realizan correctamente.

Palabras Claves: Enfermedad Cerebrovascular Isquémico– Escala de Cincinnati – Escala de Melbourne - Manejo Prehospitalario.

SUMMARY

The cerebrovascular disease is defined as the development of signs of focal alteration or global disturbance of cerebral function with symptoms that last for 24 hours or more according to World Health Organization. The objective our research was to determine the prehospital management of patients with ischemic cerebrovascular disease received in the Emergency Room in the Dr. Verdi Cevallos Balda Hospital. The investigation was of a descriptive kind with cross section that included 39 patients with ischemic stroke received in the ER in the Dr. Verdi Cevallos Balda Hospital for a period of six months. The results showed that the highest incidence occurred in men, with a 56% for the age group between 53-60 years with a 21%. Arterial hypertension was the greatest personal pathological antecedent accounting for 82% and the most recurring toxic habit was smoking, with an incidence of 62%. The main symptom that these patients presented was dysarthria with an 87% and the corresponding limb paresis with an 82%. No patient was diagnosed with any prehospital Scale, such as the Melbourne Ambulance Stroke Screen and the Cincinnati scale were used According to the results it can be concluded that there is mismanagement in primary care centers due to the initial treatment consisting of a series of measures rather than direct intervention, which in most of these nursing homes are not performed correctly.

Keywords: Ischemic cerebrovascular disease, Scale Melbourne Ambulance Stroke Screen, Scale Cincinnati, Prehospital Management.

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

La Enfermedad Cerebrovascular representa una de las causas más frecuentes de morbilidad en el adulto, afectando aproximadamente 15 millones de personas al año, de las cuales un tercio muere y otro tercio de ellas quedan discapacitadas, según la Organización Mundial de la Salud.

Esta patología se caracteriza por la instauración brusca y aparición de signos y síntomas neurológicos que son causados por la afectación de la perfusión cerebral, constituyendo así una de las causas más importantes de mortalidad. (CDC, 2015)

La enfermedad cerebrovascular resulta, ya sea por isquemia o hemorragia, constituyendo el isquémico un 80% de los casos y el hemorrágico el 20% restante. (Celis, 2011)

El estudio ARENAS y RENACER, demostraron que el principal factor de riesgo fue la hipertensión arterial sistémica, seguido por enfermedad cardiovascular, tabaquismo, dislipidemias, diabetes, fibrilación auricular; a todo esto debemos sumarle un factor de riesgo no modificable importante que es la edad.

El diagnóstico de la enfermedad cerebrovascular es totalmente clínico, en un paciente con historia de un grave déficit neurológico o de cualquier alteración del nivel de conciencia nos guiará para llegar al mismo.

El paciente que presente un evento cerebrovascular recibirá el tratamiento específico una vez instalado en un centro hospitalario, por lo tanto se debe acortar y efectivizar los tiempos de atención prehospitalaria, para ello se han implementado escalas para ayudar al diagnóstico del ictus en un nivel prehospitalario.

Existen diversas investigaciones que indican que la Escala de Melbourne Ambulance Stroke Screen presenta mayor sensibilidad y especificidad ante otras escalas. Esta escala valora datos de la historia clínica del paciente y parte importante en la exploración física del déficit neurológico.

El ictus es una urgencia médica que precisa atención neurológica urgente por lo que se debe procurar que los pacientes con esta patología lleguen al hospital en un menor tiempo posible, priorizando el traslado de estos pacientes, para mejorar el pronóstico.

En los centros de atención primaria se debe hacer un manejo integral del paciente con sospecha de enfermedad cerebrovascular, para así disminuir las secuelas que podrán tener en un futuro si no se hace un manejo adecuado.

Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal en el área de emergencia del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda en pacientes recibidos con diagnóstico de Enfermedad Cerebrovascular Isquémico Mayo-Octubre 2015. Por medio de este trabajo se podrá determinar el manejo prehospitalario de los pacientes que son referidos con Enfermedad Cerebrovascular Isquémico desde los centros de atención primaria al hospital regional.

ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

La enfermedad cerebrovascular es un importante problema epidemiológico a nivel mundial, nacional, regional y local; constituyendo la segunda causa de muerte en los países desarrollados con un 11.9% superado de las enfermedades cardíacas según la OMS y es uno de los más significativos motivos de consulta. Además supone la primera causa de discapacidad y genera un gasto muy elevado para los servicios sanitarios y sociales. (OMS, 2014)

En el Ecuador en el 2013 según datos estadísticos de la INEC, el total de defunciones por la patología en estudio alcanzan alrededor de 3.567 personas que constituye un 5.65%, y una tasa de 22.61, representando de esta manera la cuarta causa de mortalidad. En el caso concreto en el “Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda” de la ciudad de Portoviejo, se atienden alrededor de 168 pacientes por año según datos del Servicio de Neurología de la institución.

Por lo antes mencionado la enfermedad cerebrovascular tiene un gran impacto en nuestra sociedad y una de las claves para el éxito en la atención de esta es la rapidez con la que se detectan los síntomas iniciales y se contacta con los sistemas de emergencias médicas para comenzar a dar un tratamiento inicial con la mayor celeridad posible y acortar el tiempo que transcurre para minimizar dentro de lo posible las secuelas que ocasiona esta enfermedad.

En la actualidad dentro de nuestra localidad no se han realizado investigaciones sobre el manejo prehospitalario como el tratamiento inicial de los pacientes con enfermedad Cerebrovascular, por lo tanto, nuestro propósito es evaluar el manejo prehospitalario que se les presta a los pacientes que llegan emergencia del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda”, partiendo que para minimizar el daño que provoca esta enfermedad, la atención y la administración de tratamiento han de ser inmediatas, en las primeras horas tras el inicio de los síntomas.

El presente trabajo es factible y viable de realizar porque se cuenta con la predisposición de los becarios de medicina de la Universidad Técnica de Manabí, así mismo existe suficiente información bibliográfica, interés por parte de los

investigadores, el tiempo y los recursos económicos para llevar a cabo esta investigación, por consiguiente los beneficiarios serán los pacientes que padecen de enfermedad cerebrovascular, el médico que lo recibe o atiende y de esta manera se va a disminuir las cifras de morbimortalidad por esta patología mediante la instauración oportuna del tratamiento, que permitirá acelerar el proceso de recuperación, permitiendo disminuir las secuelas.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Enfermedad Cerebrovascular (ECV) se encuentra dentro de las causas más frecuentes de ingreso al servicio de emergencia del Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda”. La ECV isquémico es una patología que puede tener mejor pronóstico siempre y cuando tenga un tratamiento inicial oportuno.

El tratamiento agudo debe ir desde la aparición de los primeros síntomas, por parte de los servicios de urgencias extrahospitalarias y médicos de atención primaria, hasta llegar a hospitales de otro nivel donde se cuente con emergenciólogos y neurólogos especializados.

"Tiempo es cerebro" es el slogan que emplean muchas sociedades de Neurología para expresar que el tratamiento de la Enfermedad Cerebrovascular debe considerarse una emergencia médica; evitándose retrasos en la fase prehospitalaria de la atención con la implementación de esquemas continuos de mejora la calidad de la atención que pueden reducir los retrasos intrahospitalarios.

Es necesario que los médicos de los centros de salud y del sistema extrahospitalario de emergencias tengan planes de actuación previamente definidos para la asistencia al Ictus, con tratamiento potencialmente efectivo y tiempo dependiente, sabiendo identificar, estabilizar, notificar y trasladar al enfermo con sospecha de ECV en el menor tiempo posible para que reciba el tratamiento más adecuado en el centro hospitalario adecuado.(Valls, y otros, 2010, pág. 10)

A pesar de no contar con una Unidad de Ictus en la emergencia de nuestro hospital, es importante evaluar el entorno de los centros de Atención Primaria para conocer cómo manejan los pacientes y cuál sería el pronóstico de los mismos. Por lo tanto nos planteamos:

¿Cuál es el manejo prehospitalario de los pacientes con evento cerebrovascular isquémico recibidos en la emergencia del Hospital Verdi Cevallos Balda, Mayo - Octubre 2015?

SUBPROBLEMAS.

¿Cuáles son los factores sociodemográficos, socioeconómicos, antecedentes patológicos personales y hábitos tóxicos que influyen en la aparición de Enfermedad Cerebrovascular Isquémico?

¿Cuáles son los síntomas iniciales y el tiempo total desde la instauración del cuadro de un paciente con Enfermedad Cerebrovascular Isquémico hasta la llegada al servicio de emergencia del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda?

¿Cuál es el manejo inicial aplicado a estos pacientes en el Centro del Primer Nivel?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar el manejo Prehospitalario de los pacientes con Enfermedad Cerebrovascular Isquémico recibidos en emergencia del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda, Mayo – Octubre 2015

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Determinar los factores sociodemográficos, socioeconómicos, antecedentes patológicos personales y hábitos tóxicos de pacientes con Enfermedad Cerebrovascular Isquémico.

Identificar los factores implicados en la demora de atención de un paciente con Enfermedad Cerebrovascular que llegan al área de emergencia de esta área de salud.

Reconocer el tratamiento inicial aplicado a estos pacientes en el Centro del Primer Nivel.

Educar a la población y al personal de salud de Atención Primaria sobre la emergencia que implica la Enfermedad Cerebrovascular y su beneficio del tratamiento oportuno.

CAPÍTULO II

MARCO TEORICO

La Enfermedad Cerebrovascular se define como el desarrollo de signos clínicos de alteración focal o global de la función cerebral, con síntomas que tienen una duración de 24 horas o más según la Organización Mundial de la Salud.(OMS, 2014)

La Enfermedad Cerebrovascular es un síndrome clínico ocasionado por un trastorno de la perfusión cerebral, como resultado de un proceso patológico de los vasos sanguíneos, incluyendo la oclusión de la luz por embolia o trombosis, ruptura de un vaso, una alteración de la permeabilidad de la pared del vaso, o aumento de la viscosidad u otro cambio en la calidad de la sangre que fluye a través de los vasos cerebrales. (Villareal, 2011, pág. 1).

La embolia producida por una cardiopatía valvular o aterosclerosis cerebral origina el taponamiento de las arterias cerebrales que causa el evento cerebrovascular isquémico. La ruptura de una arteria cerebral con filtración de sangre produce el accidente cerebral hemorrágico. (Chiriboga, 2012, pág. 28).

La enfermedad cerebrovascular es la segunda causa de muerte en el mundo después de la enfermedad isquémica del corazón y la tercera causa principal de muerte si se incluyen las enfermedades neoplásicas en este grupo, igualmente representa la causa más frecuente de discapacidad permanente en adultos. (Rodríguez, y otros, 2013, pág. 331), según datos provenientes de la Organización Mundial de la Salud.

En Los Estados Unidos, cada año se presentan 500.000 casos nuevos y 200.000 casos recurrentes según datos del Centro de Control y prevención de enfermedades. (CDC, 2015)

El riesgo de muerte tras un evento cerebrovascular agudo es de un 24%, de los que sobreviven, la mitad muere en el primer mes debido a secuelas neurológicas graves, y de los restantes cerca del 50% mueren en el primer año. El riesgo de recurrencia dentro de los 5 años tras el evento, oscila entre el 40 y 50%. (Chacón, 2010).

Los estudios epidemiológicos han demostrado que tanto en hombres como en mujeres el riesgo aumenta con la edad; sin embargo el comportamiento es diferente en cada género. Aunque las mujeres tienen un menor riesgo de ECV isquémico hacia la edad media (45-65 años) en comparación con los hombres, la transición a la menopausia es un momento en el cual las mujeres desarrollan factores de riesgo cardiovascular que 10 años después llevan a que la incidencia del ECV se duplique, e independientemente del tipo de población estudiada, las mujeres tienen mayor edad que los hombres al momento de la presentación del primer ECV isquémico. (Amaya, Naranjo, Castellanos, & Silva, 2014, pág. 9)

La enfermedad Cerebrovascular puede afectar a individuos de cualquier edad, aunque la incidencia y prevalencia de esta enfermedad aumente considerablemente con la edad. La edad es el factor no modificable de riesgo más importante en todos los tipos de ACV. Por cada década después de los 55 años de edad, la tasa de ECV se duplica en hombres y mujeres. Los reportes indican que un 75-89% de los ECV ocurren en personas mayores de 65 años. De estos ECV el 50% se produce en personas ≥ 70 años y casi el 25% se produce en los individuos que son mayores de 85 años. (Villareal, 2011, pág. 2).

El riesgo varía entre los diferentes grupos étnicos y raciales. La incidencia de esta patología es de cuatro a cinco veces mayor en los afroamericanos en relación a los norteamericanos de raza blanca, según estudio esto es debido por la mayor frecuencia de hipertensión arterial, consumo de cigarrillos, además tienen mayor prevalencia de algunas enfermedades genéticas, como diabetes y la anemia falciforme; no obstante los asiáticos en Japón, China y otros países del Lejano Oriente tienen tasas de incidencia y mortalidad notablemente más elevadas que la de los norteamericanos de raza blanca. Esto indica que el medioambiente y el estilo de vida son factores que desempeñan un papel importante en el riesgo de accidente cerebrovascular. (Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos de Accidentes Cerebrovasculares, 2015)

Sin embargo se ha visualizado un aumento de personas con ECV en los países de bajos y medianos ingresos, siendo aún más grave el hecho de que en estas poblaciones

cada vez se presentan eventos a más temprana edad y con mayor mortalidad. (Bonilla, y otros, 2014, pág. 150).

Se han asociado las comorbilidades como Diabetes Mellitus tipo 2, Hipertensión Arterial, Infarto Agudo de Miocardio, Fibrilación Auricular y Dislipidemia, como factores de riesgo clásicos para ECV isquémico. (Amaya, Naranjo, Castellanos, & Silva, 2014, pág. 7)

Según el estudio ARENAS, realizado por el Consejo de Stroke de la Sociedad Argentina de Cardiología, durante seis meses, con la participación de 84 centros de todo el país, con un registro de datos correspondientes 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 enrolaron 1.991 pacientes con ECV 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%). (Alonzo, Ameriso, Atallah, Cirio, & Zurrú, 2012, pág. 1)

Un estudio reciente demostró que la diabetes mellitus y la enfermedad cardiaca fueron los factores de riesgo más prevalentes, seguida de la hipertensión arterial. (Guerra, Cepero, Fernández, Rodríguez, & Gutiérrez, 2014, pág. 493)

Los factores relacionados con los hábitos del individuo tenemos el tabaquismo, que según estudios duplica el riesgo de sufrir un ECV, ya que se ha demostrado que en fumadores crónicos se encuentran niveles muy elevados de fibrinógeno y mediadores pro coagulantes; seguido del alcoholismo y en menor evidencia tenemos el consumo de drogas.

Otros factores con menor evidencia que se han relacionado con un aumento de riesgo de Ictus tenemos aquellos pacientes con episodios de migraña, niveles elevados de homocisteína en el plasma y el uso de anticonceptivos orales.

Dentro de otros factores con menores evidencia y relevancia se encuentran pacientes que padecen episodios de migraña, uso de anticonceptivos orales, niveles elevados de homocisteína y de lipoproteína A en plasma está relacionado al aumento del riesgo de Ictus.

La Enfermedad Cerebrovascular Isquémica constituye entre 80% y 85% de los casos de ataque cerebro vascular y el restante 10-15% de los casos está representado en el ACV hemorrágico. (Celis, 2011, pág. 228).

Dentro de la Enfermedad Cerebrovascular isquémico la alteración puede ser cuantitativa: cantidad de sangre que se aporta al encéfalo (trombosis, embolia, bajo gasto cardíaco); o cualitativa: calidad de sangre (anemia, trombocitosis, policitemia). (Aguado, y otros, 2010, pág. 35)

Dependiendo de cómo evolucione durante las primeras horas, se puede distinguir dos grandes tipos de ictus isquémicos:

Ataque isquémico transitorio (AIT): Clásicamente se definían los AIT como ictus isquémicos que se manifiestan como breves episodios de disfunción neurológica focal o retiniana, que duran menos de 24 horas. De forma característica es reversible y no existe déficit neurológico permanente tras su finalización. Recientemente los estudios de muchos grupos en todo el mundo han demostrado que este umbral de tiempo arbitrario era demasiado amplio porque el 30% y el 50% de los AIT clásicamente definidas muestran lesiones cerebrales en la resonancia magnética (RM). (Aguado, y otros, 2010, pág. 35)

El Transitory Ischemic Attack (TIA) Working Group redefine AIT como episodio breve de disfunción neurológica, causado por isquemia focal cerebral o retiniana, con síntomas clínicos que típicamente duran menos de una hora, sin evidencia de infarto agudo. La AHA/ASA por su parte afirma que los datos presentes en la literatura apoyan los elementos claves de la nueva definición propuesta por el TIA Working Group, aunque considera que hacer referencia nuevamente a un límite temporal no es

apropiado, ya que el límite de una hora no diferencia aquellos episodios con o sin infarto del tejido.

Por lo que según (Easton, et al., 2015, p. 2277) propone una nueva definición que se apoya en el criterio de daño en el tejido cerebral más que en el criterio temporal: “*episodio transitorio de disfunción neurológica causado por isquemia focal cerebral, de la médula espinal o de la retina, sin infarto agudo*”.

El segundo tipo dentro del Ictus Isquémico tenemos al Infarto cerebral agudo que según la Organización Mundial de la Salud define como aparición súbita de signos neurológicos focales, que dura más de 24 horas o causa la muerte.

Tenemos la clasificación clínica de Oxford que es de uso frecuente por la simplicidad de su aplicación describe la enfermedad Cerebrovascular en cuatro subtipos: ACV total de la circulación anterior con los tres síntomas principales; déficit sensorial o motor contralateral, hemianopsia homónima y disfunción cortical superior; ACV parcial de la circulación anterior son sus manifestaciones de Déficit sensorial o motor contralateral, hemianopsia homónima y disfunción cortical mayor; ACV de la circulación posterior con hemianopsia homónima aislada, Signos del tronco encefálico, ataxia cerebelosa; Ictus lacunar presentando déficit motor puro, déficit sensitivo puro, déficit sensitivomotor, siendo más frecuente la localización en territorio anterior.(Anexo #1) (McArthur, Quinn, Dawson, & Walters, 2011).

Sin embargo, Sobrino García, y otros, 2013, exponen un artículo proponiendo una nueva clasificación etiológica denominada A-S-C-O (A: aterotrombótico, S: «small vessel» pequeño vaso, C: cardioembólico, O: otras causas), aportando información adicional sobre enfermedades coexistentes y permitiendo reducir la proporción de ictus clasificados como de causa indeterminada.

Los sucesos fisiopatológicos que tienen lugar en este tipo de patología son muy complejos, y de acuerdo a su etiología responden a un sinnúmero de alteraciones que iniciaron mucho antes del evento agudo. El daño cerebral depende de tres factores

adicionales: la circulación colateral, la duración de la isquemia y la edad del paciente. (Celis, 2011, pág. 229)

Una oclusión vascular aguda produce regiones heterogéneas de isquemia en el territorio vascular afectado. La cantidad de flujo sanguíneo local está constituido por cualquier flujo residual en la arteria principal y colateral. El Flujo Cerebral Basal en condiciones normales es de 50-60 ml/100g/min; en regiones del cerebro con un Flujo Cerebral Basal (CFB) inferior a 10ml/100g de tejido/min son conocidas como núcleo, y estas células se supone que mueren a los pocos minutos del inicio del ACV. La zona de disminución o de perfusión marginal (CBF < 25 ml/100g de tejido/min) se denomina penumbra isquémica. El tejido aquí permanece viable durante varias horas debido a la perfusión marginal, y es reversible, de aquí el término “TIEMPO ES CEREBRO”.

Para realizar un diagnóstico temprano del ictus agudo dentro del medio extrahospitalario y servicios de urgencias se han implementado varios instrumentos en forma de escalas.

Tenemos Escala Prehospitalaria de Ictus de Cincinnati (CPSS) (Anexo #2) que valora la presencia de uno o varios de los siguientes síntomas asimetría facial, pérdida de fuerza en los brazos y disartria; tiene por objeto identificar pacientes con ictus que puedan ser candidatos a recibir trombólisis con una especificidad de 56% y sensibilidad del 95%. Se comprobó que los participantes de un estudio eran capaces de seguir las instrucciones a través del teléfono para administrar la escala el 98% de las veces.(Aguado, y otros, 2010)

Otra herramienta es la Escala Prehospitalaria de Ictus de los Ángeles (LAPSS) (Anexo #3) en la cual se incluyen datos importantes de la historia clínica, especialmente el examen neurológico en donde se realzan síntomas y signos presentes.

La Escala Melbourne Ambulance Stroke Screen (Anexo #4) es una combinación de dos escalas prehospitalarias validadas, LAPSS y CPSS administrada por paramédicos, presenta una sensibilidad similar a la CPSS y significativamente superior al LAPSS. MASS y LAPSS muestran una especificidad equivalente, pero la sensibilidad del

MASS es superior a la de la CPSS del 90%, con una mayor precisión global. (Aguado, y otros, 2010)

El National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS) establece cinco signos/síntomas que deben alertarnos ante la presencia de ictus; 1) Pérdida de fuerza repentina en la cara, brazo o pierna, especialmente si es en un sólo lado del cuerpo, 2) Confusión repentina o problemas en el habla o la comprensión de lo que le dicen, 3) Pérdida repentina de visión en uno o en ambos ojos.4) Dificultad repentina para caminar, mareos, o pérdida del equilibrio o de la coordinación.5) Dolor de cabeza fuerte, de instauración brusca, sin causa conocida.

La Fundación de Ictus Nacional de Australia añade un sexto síntoma: Dificultad para tragar. La Sociedad Española de Neurología (SEN) amplía los cinco signos propuestos por el NINDS con uno más: trastorno de la sensibilidad, sensación de “acorchamiento u hormiguillo” de la cara, brazo y/o pierna de un lado del cuerpo, de inicio brusco.

En un estudio publicado en el año 2007 se recogieron los síntomas presentes en 505 casos de ictus isquémico en los que obtuvieron que los síntomas más frecuentes fueron debilidad y alteraciones del lenguaje. Además en un 30,3% de los pacientes se produjeron alteraciones sensoriales como adormecimiento o acorchamiento de las extremidades. No se encontraron diferencias entre varones y mujeres excepto para la debilidad, más frecuente en mujeres (Aguado, y otros, 2010)

Para la evaluación del déficit neurológico se puede determinar a través la escala del National Institutes of Health Stroke, (NIHSS) (Anexo #5). La utilización de esta escala requiere entrenamiento y certificación para su utilización. Varios estudios demostraron que esta herramienta permite establecer una selección apropiada del tratamiento fibrinolítico.

En las técnicas de neuroimagen no pueden ser detectadas la isquemia cerebral en los estadios iniciales, sin embargo permite descartar otras posibles causas del síndrome agudo como hemorragias, hematomas o tumores.

Los signos precoces de isquemia cerebral en una tomografía axial computarizada son muy sutiles, y en muchos casos no se evidencian, sin embargo cuando están presente incluyen: borramiento de la cápsula interna, pérdida de nitidez en el núcleo lenticular, falta de diferenciación entre la sustancia gris cortical y la blanca subcortical, por ejemplo, borramiento de la cisura insular y leve asimetría de surcos corticales. Estos hallazgos se observan en el 80% de los pacientes con oclusión de un vaso mayor en las primeras 6 horas posteriores al evento (De Alba & Guerrero, 2011, pág. 163), asociándose con un peor pronóstico.

La resonancia magnética nuclear con secuencia de difusión tiene una ventaja de mayor sensibilidad para la detección de signos precoces de infarto que la TAC. Esta mayor sensibilidad es particularmente útil en el diagnóstico de infartos de tronco, cerebelo y/o lacunares, no obstante en algunos estudios no se ha demostrado una mejoría en la toma de decisiones sobre uno u otro examen. (Alonzo, Ameriso, Atallah, Cirio, & Zurrú, 2012, págs. 4-5).

Los exámenes de laboratorio incluirán hemograma, cuagulograma (tiempo de protrombina o tiempo parcial de tromboplastina), función renal, hepática, gasometría arterial y glicemia que nos permiten descartar otras causas de compromiso neurológico como alteraciones electrolíticas, encefalopatía metabólica o hipoglicemia.

Un principio básico de la atención al ictus es que toda pérdida de tiempo en la asistencia especializada del paciente significa una menor oportunidad de eficacia terapéutica. El gran reto de la asistencia sanitaria actual al ictus es evitar demoras, posibilitando llevar al enfermo al sitio adecuado, en el menor tiempo posible para conseguir ganancias de salud en cuanto a discapacidad o muerte.

En la asistencia prehospitalaria se toman tres puntos principales para el manejo precoz de estos pacientes: 1) Reconocimiento de Signos o Síntomas de manera urgente, 2) Contacto con los Servicios Sanitarios. 3) Traslado inmediato a los centros Adecuados que consten con una unidad de Ictus.(Valls, y otros, 2010)

En la primera fase es conocer la hora de inicio de los síntomas, si no se conoce la hora precisa en la que iniciaron los síntomas ésta se determinará como la última hora a la cual hubo evidencia de que el paciente se encontraba sin déficit neurológico. Por ejemplo si un paciente despierta afásico y parético, la hora en la que se fue a dormir se determina como hora de inicio de los síntomas pues fue el último momento en el cual el paciente fue visto sin déficit.(Valls, y otros, 2010)

Una vez que se ha reconocido los síntomas y signos de alarma para un episodio de Ictus: el paciente, su familiar o por los que los rodean de estar obligado a llamar a los sistemas de teleasistencia, como en nuestro país contamos con el servicio de Emergencias ECU 911.

Sólo alrededor del 33-50% de los pacientes reconocen sus síntomas como indicativos de ACV. Existen diferencias considerables entre el conocimiento teórico del evento vascular y la forma de reaccionar en caso de padecer un evento agudo. Algunos estudios han demostrado que los pacientes con mejor conocimiento de los síntomas del ACV no siempre llegan antes al hospital.(Alonzo, Ameriso, Atallah, Cirio, & Zurrú, 2012)

El uso de los servicios de emergencia parece ser la vía que asegura una menor demora entre el inicio de los síntomas y la llegada al hospital. En un estudio de cohortes se observó que los pacientes que utilizaban los servicios de emergencias tardaban de 2 horas y 3 minutos en llegar al hospital mientras que aquellos pacientes que eran referidos al hospital por su médico de cabecera tardaban una media de 7 horas y 12 minutos. (Aguado, y otros, 2010)

En el 2013 la American Heart Association/ American Stroke Association publica un estudio evaluando la viabilidad y la fiabilidad de la severidad del accidente cerebrovascular en el ámbito prehospitalario usando la Unassisted Telestroke Scala (UTSS) a través de un sistema de ambulancias y una red móvil de cuarta generación siendo el primer estudio utilizando este tipo de tecnología; dando puntuaciones por medio de una herramienta con software multilingüe.

En estudios realizados en Colombia se llega a la conclusión que dentro de los factores que retrasan esta fase podrían ser: Vivir solos, cada vez hay un mayor número de personas en esta situación y va aumentando con los años; y la aparición del ictus durante la noche. (Valls, y otros, 2010, pág. 19)

Los retrasos prehospitalarios se asocian significativamente con la disminución del nivel de conciencia en los pacientes que sufren un evento cerebrovascular, tomándose como el nivel de conciencia el predictor más fuerte de los resultados en un estudio realizado donde se evaluó 712 pacientes, con un intervalo de confianza de 95%, relacionándose el tiempo desde la llamada, llegada de la ambulancia y llegada al centro hospitalario teniendo una puntuación Escala de Glasgow entre 3 y 4, en el momento del ingreso. (Ohwaki, Watanabe, Shinohara, Nakagomi, & Yano, 2013)

Llegando a la conclusión que la evaluación remota de gravedad del accidente cerebrovascular en ambulancias en movimiento rápido utilizando un sistema dedicado a la telemedicina prehospitalaria, la tecnología 4G, y la UTSS es factible y viable. (Van Hooff, et al., 2013)

El uso de tecnologías de telemedicina para la interacción entre el lugar de la emergencia y el hospital, y la estrategia de tratamiento directamente en el sitio de emergencia podría contribuir a un uso más eficiente de los recursos y reducir el tiempo necesario para instigar tratamiento dentro de 60 min, considerada la hora oro, desde la aparición de los síntomas de un Ictus.

El punto de entrada del paciente al sistema sanitario suele ser a través de la Atención Primaria. Aunque el conocimiento de los signos y síntomas por parte de los médicos de familia es suficientemente alto, se recomienda el uso de tablas o escalas para un diagnóstico más preciso.

Dentro de las Medidas Iniciales a tomar es comprobar el adecuado funcionamiento de las funciones cardiorrespiratorias: asegurar una vía aérea permeable y mantener una adecuada ventilación y circulación. También se deben tomar medidas para evitar las broncoaspiraciones, mantener la cabecera del paciente en semifowler (35 – 45°) siempre

que no haya disminución del nivel de conciencia. Si hay compromiso del nivel de conciencia, aspirar secreciones y usar cánula de Guedel si existe pérdida de conciencia. Tener precaución con las posibles prótesis dentarias.(Aguado, y otros, 2010)

La hipoxemia durante la fase aguda del ictus parece ser asociada con un incremento del riesgo de fallecimiento. Por lo que se recomienda la administración de oxígeno suplementario a los pacientes hipóxicos. Si existe una saturación de oxígeno < 92% usaremos oxígeno en gafas nasales (2-4 l/min.) o mascarilla (35-50%). (Valls, y otros, 2010).

Según la BRITISH THORACIC SOCIETY el oxígeno suplementario en situaciones de emergencia debería ser prescrito para alcanzar unos objetivos de saturación del 94-98% para la mayoría de enfermos agudos ó 88-92% para aquellos con riesgo de fallo respiratorio (retenedores de CO₂) hipercápnico, con obesidad mórbida o enfermedades neuromusculares.

No se han identificado beneficios en la administración de oxígeno suplementario en pacientes no hipoxémicos con ictus agudo en una RS publicada en el año 2003. Dos estudios en los que se administró O₂ durante 8 y 24 horas no mostraron beneficios. Un estudio piloto de oxigenoterapia durante 72 horas a un flujo de 2L/mino 3 L/min, dependiendo de la saturación de O₂ basal, mostró una mejoría en la recuperación neurológica, 1 semana después pero no halló diferencias significativas en los resultados funcionales a los 6 meses. (Pountain & Roffe, 2013)

El manejo de la presión arterial es un factor esencial en las fases iniciales del evento isquémico. La Hipertensión Arterial es una respuesta fisiológica del organismo para intentar mantener una buena perfusión en las zonas perilesionales, y es frecuente encontrarlo durante el ictus agudo.

No existe, por el momento, evidencia que demuestre que la disminución de la PA mediante calcio antagonista, donantes de óxido nítrico e inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), mejore la mortalidad, dependencia o recurrencia en pacientes con ictus agudo.

En un estudio se observó un mayor riesgo de muerte y dependencia asociado a una reducción de la PAD \geq al 20% tras la administración de nimodipino. (Castillo, et al., 2004) En otro estudio observacional se advirtió una asociación entre mortalidad, deterioro neurológico precoz y peores resultados neurológicos con descensos en la PAS superiores a 20 mmHg durante el primer día tras la admisión del paciente en el hospital. (Aguado, y otros, 2010)

A nivel extrahospitalario se recomienda no considerar el uso de tratamiento antihipertensivos, a no ser que sea imposible el traslado del paciente a un hospital. Si necesitamos bajar la PA de nuestro paciente se recomienda hacerlo en forma cuidadosa utilizando captopril oral o labetalol endovenoso. El nifedipino, no deben usarse ya que pueden causar disminución brusca de la presión arterial y puede haber un fenómeno de robo de flujo regional a la penumbra isquémica aumentando el área infartada. (Varela, 2011)

Actualmente se indica tratar la Hipertensión Arterial cuando se observe una PAS >220 mmHg o una PAD >120 mmHg. En el caso de que el paciente cumpla con criterios de fibrinólisis se debe iniciar de manera urgente el tratamiento si PAS >185 mmHg o PAD >110 mmHg o en pacientes con otras patologías como son: encefalopatía hipertensiva, disección aórtica, fallo renal agudo, edema pulmonar agudo, infarto agudo de miocardio, nefropatía hipertensiva, fallo cardiaco hipertensivo, preeclampsia/eclampsia y hemorragia intracerebral.(Celis, 2011, pág. 235)

Con menor frecuencia encontramos casos de hipotensión asociada a la enfermedad cerebrovascular, relacionándose con patologías concomitantes como sepsis, fallo cardiaco o isquemia miocárdica. Dentro de su manejo existen medidas farmacológicas como son la fenilefrina o dexamfetamina, y medidas no farmacológicas como la elevación de las piernas de manera transitoria y la utilización de sueros salinos.

La hiperglucemia se ha observado frecuentemente en pacientes con ictus isquémico tanto en pacientes diabéticos como no diabéticos. Se lo ha considerado como un factor independiente de mal pronóstico al momento del ingreso, y como un factor de riesgo de

riesgo de transformación hemorrágica sintomática tras la administración de rtPA. (Aguado, y otros, 2010)

Las actuales guías de práctica clínica de la Asociación Americana de Cardiología y la Organización Europea de Ictus establecen que después de un ictus y ante una concentración de glucosa en sangre superior a 7,8 mmol/l (>140mg/dl), se debe administrar insulina de acuerdo con los protocolos locales. Sin embargo, tampoco está claro qué niveles se deben establecer y mantener a lo largo de la estancia hospitalaria del paciente ni cómo conseguirlos (Kruyt, Biessels, Devries, & Roos, 2010, pág. 1)

La hipoglicemia, se presenta con signos y síntomas similares a un cuadro de ictus agudo por lo que es importante realizarse el diagnóstico diferencial y darse el manejo terapéutico adecuado.

Se debe evitar la hipertermia, inclusive pequeñas elevaciones de temperatura resultan en daño a la zona de penumbra y es un factor independiente de mal y pobre pronóstico. La fiebre debe ser tratada agresivamente con antipiréticos y, de ser necesario, con medios físicos. La mortalidad a tres meses en pacientes eutérmicos es del 1 por ciento y se incrementa a un 15,8 por ciento en pacientes hipertérmicos. (Varela, 2011, pág. 154).

La administración de fluidos intravenosos es una práctica rutinaria en pacientes ingresados por ictus, esta se la debe realizar con solución salina isotónica, exceptuándose los casos de la existencia de una alteración hidroelectrolítica asociada, se debe evitar el uso de sueros glucosados por el riesgo de una hiperglicemia iatrogénica. Se considera importante no administrar de manera excesiva ya que la hemodilución no ha sido demostrada como efectiva en el manejo agudo. (Aguado, y otros, 2010) (Celis, 2011, pág. 233).

Dentro de la fase hospitalaria, para facilitar un tratamiento rápido al paciente es importante la comunicación y la colaboración de un gran equipo de médicos entre ellos emergenciólogos, intensivistas, radiólogos, neurólogos, y el departamento de laboratorio. Las modalidades terapéuticas son tres: antiagregación, anticoagulación y

fibrinólisis. La historia clínica de cada paciente será la clave para la aplicación de cada una de ellas, es decir, la elección se da de manera individualizada.

La administración precoz de los antiagregantes reducen el volumen del daño cerebral causado por la isquemia evitando secuelas, mejorando las tasas de supervivencias y disminuyendo el riesgo de recurrencia.

En dos grandes estudios aleatorizados demostraron que hubo una reducción significativa del riesgo de muerte o dependencia. En el Chinese Aspirin Stroke Trial (CAST) se administraron 160mg de aspirina al día por cuatro semanas o hasta el egreso hospitalario; en el Internacional Stroke Trial (IST) los pacientes recibieron 300mg de aspirina diariamente por 14 días; en ambos trabajos la administración de aspirina fue iniciada dentro de las 48 horas posteriores al establecimiento del ictus. (Varela, 2011, pág. 155)

La American Heart Association en su guía de manejo clínico indica el uso del antiagregante aspirina a dosis de 325mg diarios luego de las 24-48 horas después de la instauración del cuadro. (Edward C. Jauch & Jeffrey L. Saver, 2013)

Existe un efecto beneficioso de la administración de antiagregantes hasta las 48 horas tras el inicio de los síntomas. Dado que es factible que los pacientes con ictus accedan a pruebas de imagen de manera precoz, parece razonable esperar a que se descarte una hemorragia mediante TC/RM o que se decida si se aplica o no fibrinólisis, antes de administrar antiagregantes en el ámbito extrahospitalario. (Aguado, y otros, 2010).

El tratamiento antitrombótico es la piedra angular dentro del manejo integral. En el 2009 se amplía la ventana terapéutica de 3 a 4.5 horas, tras los resultados del estudio de la EUROPEAN COOPERATIVE ACUTE STROKE STUDY (ECCAS III). (Villareal, 2011)

El grupo Cochrane Stroke ha evaluado los tiempos de tratamiento de los diferentes estudios disponibles, el grupo de investigadores de los tres estudios más grandes (ATLANTIS, ECASS Y NINDS) ha realizado un análisis conjunto de los 2775 pacientes de los seis estudios aleatorizados y controlados que comparan r-TPA IV; el

análisis mostró un evidente beneficio en el tratamiento con r-TPA en los primeros 180 minutos y algún beneficio al tratarlos después de los 270 minutos de iniciados los síntomas. (Varela, 2011)

Los criterios de inclusión para el uso de terapia trombolítica son: Inicio del déficit neurológico antes de 4.5 horas, déficit neurológico mayor a 3 según la escala de NIHSS, síntomas neurológicos persistentes, evidencia de no haber hemorragia intracraneal por estudios de neuroimagen (TAC o RMN).

La dosis de ATPasa recomendada para la terapia fibrinolítica es de 0.9mg/kg con un máximo de 90mg, se debe administrar por vía endovenosa el 10% de la dosis en bolo de 1 minuto y el 90% restante en 1 hora.

Luego del tratamiento trombolítico los pacientes deben continuar monitorización durante las primeras dos horas se debe realizar monitoria neurológica cada 15 minutos y posteriormente cada hora por 24 horas. Cualquier cambio en el estado neurológico y de manera especial deterioro en el estado de conciencia o empeoramiento de la paresia previa deben hacer sospechar un proceso hemorrágico y se debe realizar una tomografía cerebral simple urgente.

La mayor complicación de la terapia trombolítica con atepasa es la hemorragia intracerebral.

La estreptoquinasa por vía intravenosa y otros tratamientos como hemodilución, corticoides, vasodilatadores como pentoxifilina y sedantes no han demostrado eficacia en disminuir dependencia o muerte en pacientes con ACV isquémico agudo. (Ministerio de Salud de Chile, 2013).

Los resultados de los diferentes estudios han sido controversiales en cuanto a la anticoagulación y no soportan la reducción de la recurrencia de ACV en las primeras 24 a 48 horas, las tasas de hemorragia están entre 1 y 2,5 por ciento. En este momento no hay indicación para la anticoagulación rutinaria de todos los pacientes con ACV isquémico agudo. (Varela, 2011)

La mayor evidencia sobre el uso de heparina en el evento cerebral vascular isquémico agudo, se basa en un metaanálisis publicado en la revista THE LANCET en 2013. La revisión incluyó 5 grandes estudios donde se usaron heparina no fraccionada, heparinoides o heparina de bajo peso molecular en la fase aguda del evento. Concluyo que no había beneficio alguno en el uso de heparina en el manejo antitrombótico agudo del ictus, por el contrario se observó un ligero aumento en la incidencia de hemorragia cerebral en los pacientes asignados al grupo de heparina. (Whiteley WN1, 2013)

El desarrollo de protocolos de manejo de ACV que permitan el acceso rápido a atención neurológica especializada, la disponibilidad de tratamientos eficaces y el mejor conocimiento de los factores asociados a mayor riesgo de mortalidad, pueden contribuir a disminuir la importante carga socio sanitaria de este tipo de enfermedad. (Rodríguez, y otros, 2013, pág. 334).

Según estudios de FRAMINGHAM y de ROCHESTER sobre ECV, la tasa global de mortalidad a los 30 días después del accidente cerebrovascular fue del 28%, la tasa de mortalidad a 30 días después del ACV isquémico fue del 19%, y la tasa de supervivencia a 1 año para los pacientes con ACV isquémico fue del 77%.

En sobrevivientes de un ACV del estudio de FRAMINGHAM del corazón, el 31% necesitaba ayuda para cuidar de sí mismos, el 20% necesitaba ayuda para caminar, y el 71% había disminuido su capacidad profesional.

VARIABLES

Enfermedad Cerebrovascular Isquémico

Manejo prehospitalario

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE: ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
<p>Es un trastorno clínico patológico del sistema nervioso central que se produce como consecuencia del compromiso de los vasos que lo irrigan, esta disfunción se debe a una alteración circulatoria por oclusión del árbol arterial encefálico.</p>	<p>CARACTERÍSTICAS GENERALES</p>	Género	<p>Masculino Femenino</p>
		Edad	<p>45 – 52 53 – 60 61 – 68 69 – 76 77 - 84 >85</p>
		Procedencia	<p>Urbano Rural</p>
		Ingreso económico	<p><\$354 =\$354 >\$354</p>
		Antecedentes personales	<p>Diabetes mellitus Hipertensión Dislipidemias Obesidad Otros</p>
		Hábitos tóxicos	<p>Alcoholismo Tabaquismo Drogadicción</p>

VARIABLE: MANEJO PREHOSPITALARIO

CONCEPTUALIZACION	DIMENSION	SUB-DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
<p>Un servicio operacional y de coordinación para los problemas médicos urgentes y que comprende todos los servicios de salvamento, atención médica y transporte que se presta a enfermos o accidentados fuera del hospital y que constituye una prolongación del tratamiento de urgencias hospitalarias</p>	<p>FACTORES IMPLICADOS EN LA DEMORA DE ATENCIÓN</p>	<p>FUERA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD</p>	<p>Inicio de la Sintomatología</p>	<p>Mañana Tarde Noche No sabe</p>
			<p>Lugar de Inicio</p>	<p>Casa Calle Trabajo</p>
			<p>Reconocimiento de la Sintomatología</p>	<p>Dificultad en el habla Perdida de sensibilidad en las extremidades Parálisis en la cara Pérdida de fuerza en extremidades Visión doble Mareo de aparición brusca. Inestabilidad a la marcha, Pérdida súbita de visión, parcial o lateral. Cefalea Dificultad para tragar</p>
			<p>Situación de los Hechos</p>	<p>Solo Acompañado</p>

		DENTRO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD	Hora de llegada a la Atención Primaria de Salud	< 4 hora 5-8 horas 9-12 horas 13-16 horas 17-20 horas 21-24 horas > 24 horas
			Tiempo de Movilización hasta la Emergencia del Hospital	<1 hora 1-4 horas 5-8 horas 9-12 horas >12 horas
TRATAMIENTO INICIAL		DIAGNÓSTICO	Uso de escala Prehospitalaria	Si No
		TRATAMIENTO RECIBIDO	Toma de Signos Vitales	Frecuencia Cardiaca Frecuencia Respiratoria Presión Arterial Saturación de Oxígeno Temperatura
			Posición semifowler	Si No
			Vía Venosa Permeable	Si No
			Oxigenoterapia	Si No
Manejo de la Presión Arterial	Si No			

			Hemoglucotest	< 60 mg/dl 60-100 mg/dl 101- 140 mg/dl 141-180 mg/dl 181-220 mg/dl 261-300 mg/dl < 300 mg/dl
			Corrección de Glicemia	Si No

CAPITULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio es Corte Transversal Descriptivo.

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Salud Pública

Sublínea: Promoción de la Salud

AREA DE ESTUDIO

La investigación se realizó en el Área de Emergencia de Medicina Interna del Hospital Regional Dr. Verdi Cevallos Balda: ubicado en la Avenida Rocafuerte y calle 12 de Marzo en la ciudad de Portoviejo.

UNIVERSO

Corresponde a todos los pacientes ingresados con diagnóstico de Enfermedad Cerebrovascular Isquémico en la emergencia del Hospital Regional Dr. Verdi Cevallos Balda durante el período mayo a octubre 2015.

MUESTRA

Está compuesta por 39 usuarios que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión de esta investigación.

TÉCNICA DE MUESTREO

Fórmula estándar así:

$$n = \frac{Z^2 pq N}{N.E^2 + Z^2 pq}$$

MODALIDAD DE INVESTIGACION:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Pacientes remitidos de centros de Atención Primaria de Salud al Servicio de Emergencias del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda con diagnóstico de Enfermedad Cerebrovascular Isquémico en el período de Mayo a Octubre del 2015.

Pacientes, familiares o acompañantes que aceptaron participar en la investigación previo consentimiento informado.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Pacientes que llegan a la emergencia sin ser referidos de un centro de atención primaria.

No aceptar participar en este estudio.

Pacientes con enfermedad cerebrovascular hemorrágica.

Pacientes que no se le haya realizado TAC de Cráneo.

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Con la respectiva autorización de las autoridades del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda, se pudo realizar esta investigación con la utilización de historias clínicas, específicamente el formulario 008 de ingreso en la Emergencia y la hoja 053 de Referencia.

TECNICA

FICHA DE ENTREVISTA: Ésta constó de preguntas sencillas en donde se evaluó datos personales además el tratamiento inicial que recibieron los pacientes con esta patología. (Anexo #6)

FUENTES DE DATOS:

Las fuentes primarias lo constituyeron los pacientes de esta investigación. Las fuentes secundarias los familiares y acompañantes. Las fuentes terciarias el formulario 008 de ingreso en la Emergencia y la hoja 053 de Referencia.

PERIODO DE LA INVESTIGACIÓN

Este estudio abarca los meses de Mayo a Octubre del 2015.

PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

La información recabada fue introducida y procesada en los programas de Microsoft Office: Word 2013 y Excel 2013, los resultados están representados en forma de grafitablas.

Se incluye un análisis de cada uno de los gráficos para destacar los datos más importantes del mismo.

RECURSOS:

INSTITUCIONALES

Universidad Técnica de Manabí

Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda.

TALENTO HUMANO:

Investigadoras: Srta. Mendoza Celorio Kerly, Srta. Soledispa Mera Gema

Tribunal de tesis: Dra. Carmen Campuzano, Dr. Juan Montalvo, Dr. José Lara y Dr. Juan Samper

Autoridades y personal de salud del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda

Pacientes, familiares y/o acompañantes

MATERIALES:

Material de papelería

Bolígrafos

Bibliografía científica

Historias clínicas (formulario de ingreso 008 y hoja de Referencia 053)

TECNOLÓGICOS

Computadora

Tablet

Celular

Internet

Dispositivo USB

Cámara digital

ECONÓMICOS:

Recursos propios de las investigadoras.

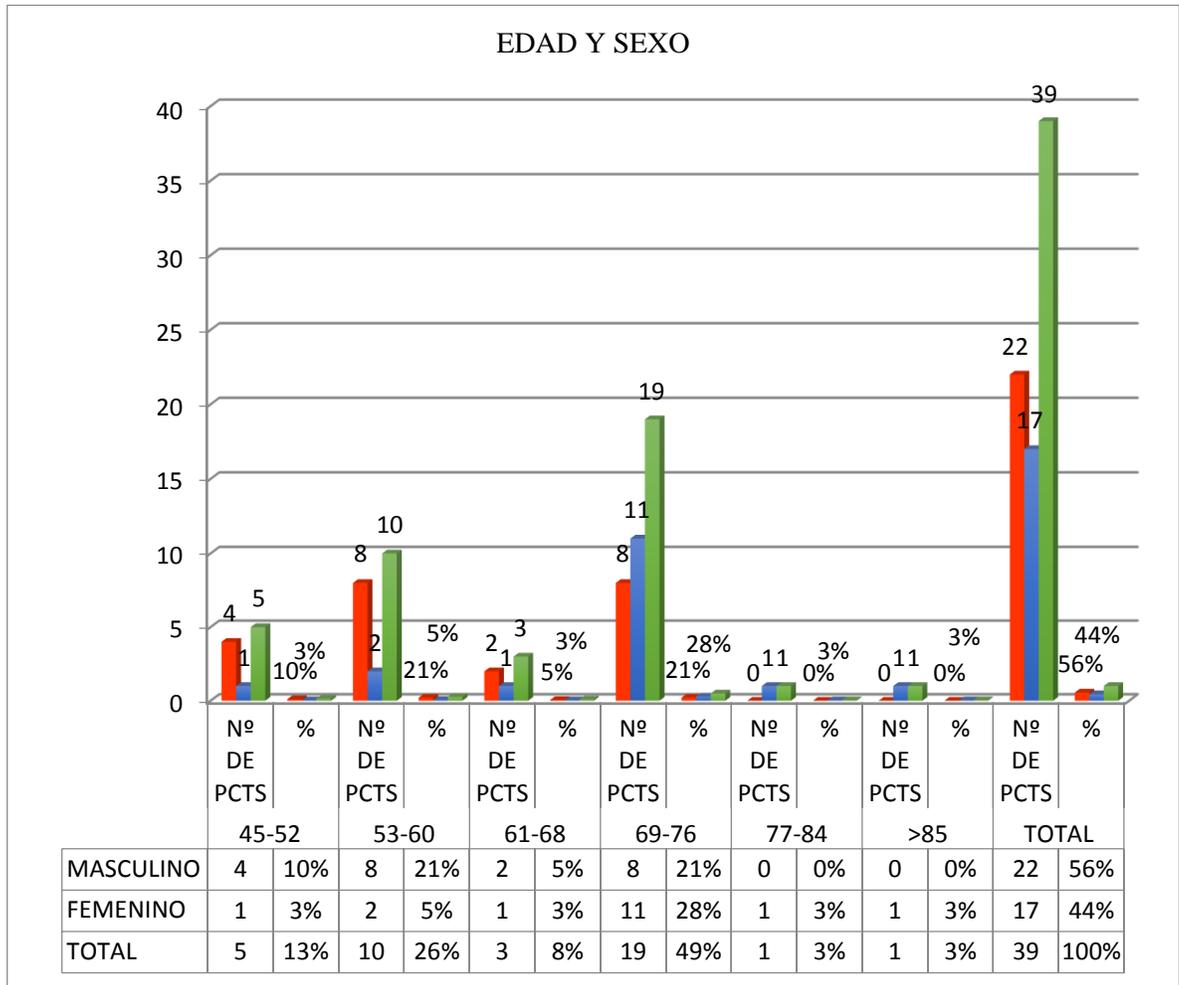
ETICA:

Consentimiento informado de los pacientes (Anexo #7)

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

GRAFITABLA N°1

ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO SEGÚN EDAD Y GÉNERO
HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA, EMERGENCIA
MAYO – OCTUBRE 2015.



Fuente: Formulario de recolección de Datos

Elaborado por: Kerly Mendoza Celorio/ Gema Soledispa Mera

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

De acuerdo a los datos recolectados se puede observar que en la emergencia del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda, se recibieron 39 pacientes con diagnóstico de Enfermedad Cerebrovascular Isquémica, de los cuales 22 fueron hombres, presentando mayor incidencia de casos en los pacientes que corresponden a las edades entre 53 a 60 años, con un porcentaje de 21% (8 pacientes) correspondiente a la población masculina y 5% (2 pacientes) a la femenina.

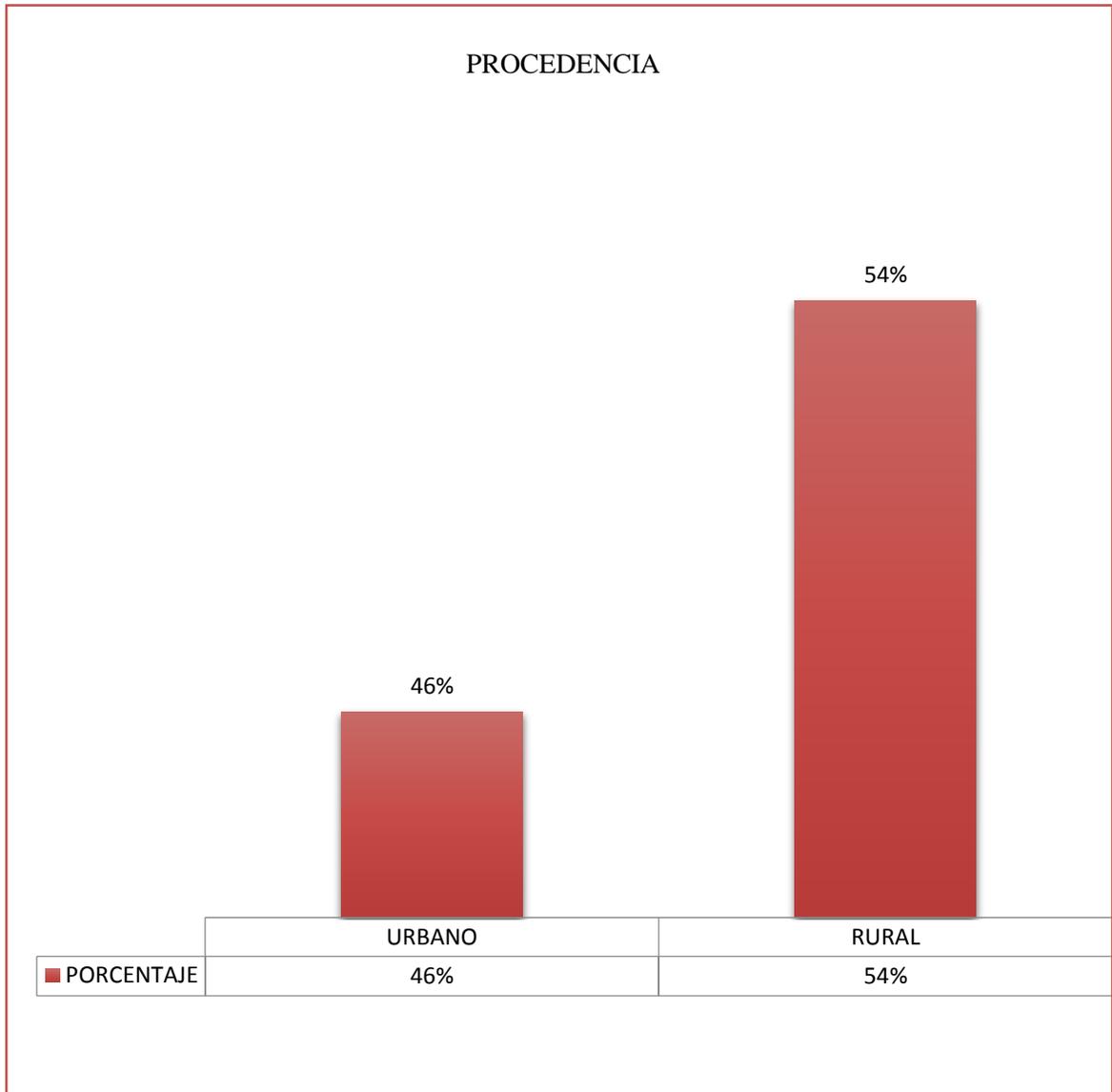
No obstante se evidenció que con mayor frecuencia se presentó en los pacientes entre las edades de 69 a 76 años, con una mayor incidencia en el sexo femenino con un porcentaje de 28% (11 pacientes), mientras que 21% (8 pacientes) a la población masculina.

Los resultados concuerdan con los registros epidemiológicos de la enfermedad siendo la edad de presentación de mayor frecuencia en pacientes mayores a 65 años de edad.(Villareal, 2011).

Coincidiendo con demás estudios tenemos que el género con mayor predominio fue masculino, tal como se demuestra en un estudio realizado por la Asociación de Cardiología Colombiana, en Sabaneta, Antioquia, 2006. Se ha demostrado que tanto en hombres como en mujeres el riesgo aumenta con la edad.

GRAFITABLA N°2

ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO SEGÚN PROCEDENCIA
HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA EMERGENCIA,
MAYO – OCTUBRE 2015



Fuente: Formulario de recolección de Datos

Elaborado por: Kerly Mendoza Celorio/ Gema Soledispa Mera

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

Según los datos generales de los 39 pacientes con Enfermedad Cerebrovascular de acuerdo a su procedencia, se evidenció que 21 fueron de zona rural representando el 54% y 19 pacientes proceden de áreas urbanas lo que corresponde al 46%.

Aún cuando existe escasa evidencia Guerra, Cepero & Concepción en su estudio en el 2014 menciona al ictus según su procedencia, describiendo que observaron una mayor prevalencia de ictus en aquellos pacientes nacidos en ciudad que en campo, contrasta con los resultados obtenidos en nuestra investigación en la cual se demuestra que la mayor población es de procedencia rural.

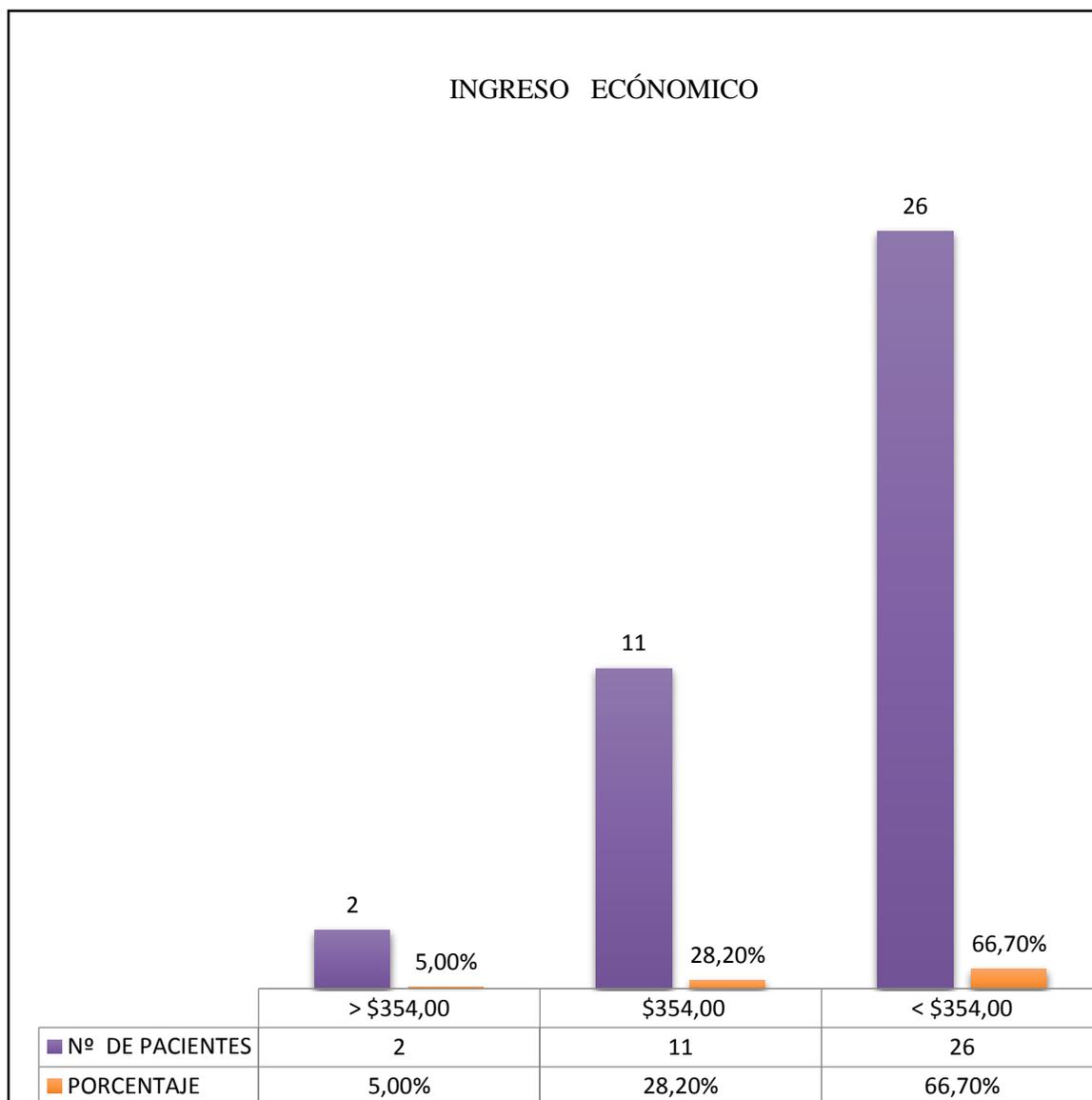
Teniendo en cuenta la menor capacidad resolutivas de los Centros de Salud ubicadas en zonas rurales se toma como primer punto de referencia el Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda” para brindar el soporte adecuado a estos pacientes, conociendo así mismo que las unidades de salud ubicadas en las zonas urbanas cuentan con los recursos para ofrecer la atención adecuada hasta derivar a un tercer nivel.

GRAFITABLA N° 3

ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO SEGÚN INGRESO ECONÓMICO

HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA, EMERGENCIA

MAYO – OCTUBRE 2015



Fuente: Formulario de recolección de Datos

Elaborado por: Kerly Mendoza Celorio/ Gema Soledispa Mera

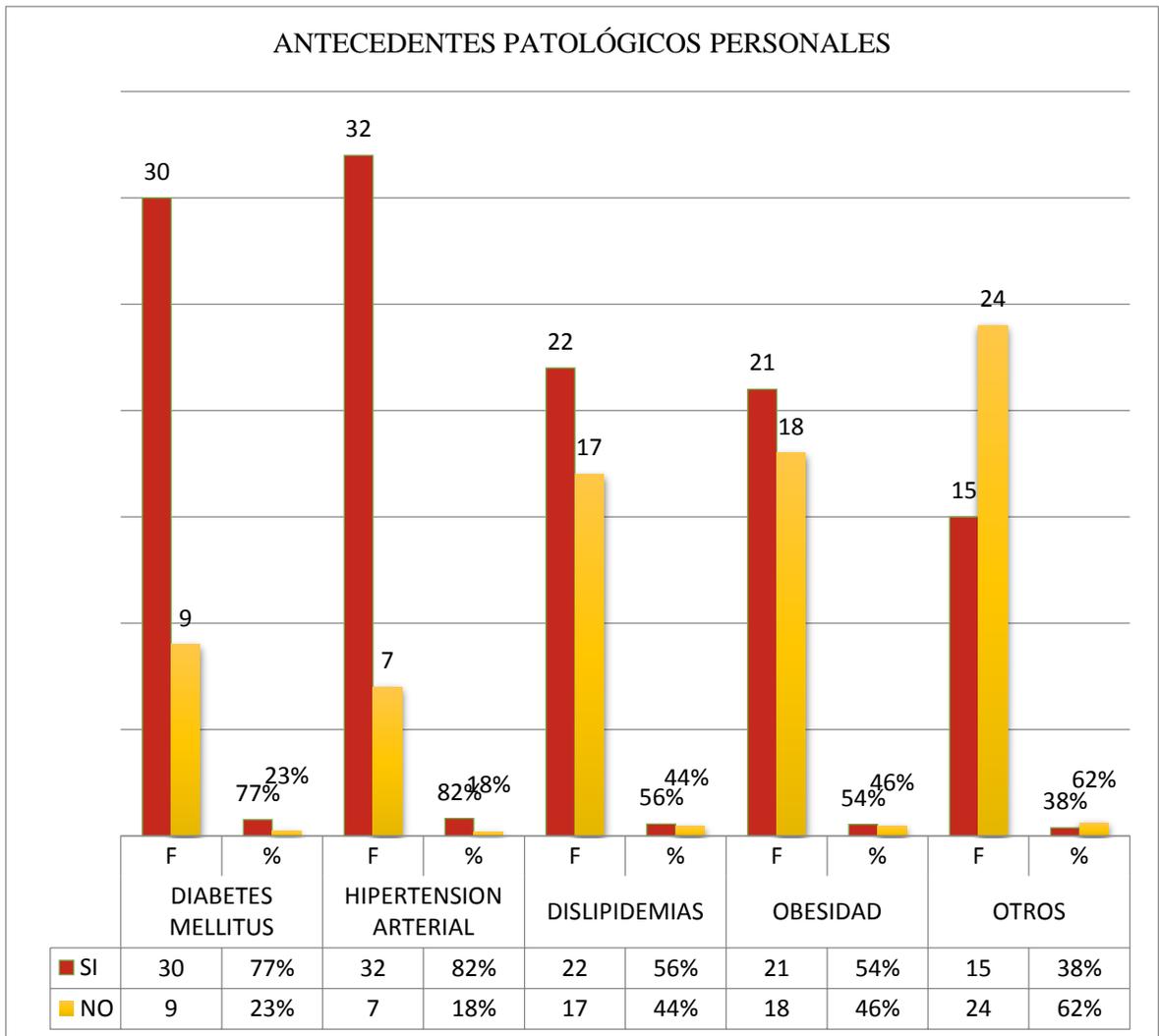
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

Los resultados obtenidos indican que del total de 39 pacientes de esta investigación, 26 pacientes (66%) reciben un valor menor al salario básico mensual (\$354,00); 11 pacientes que representan el 28% reciben un valor igual al salario básico mensual, por último solo 2 pacientes (3%) tienen como ingreso económico mensual mayor a \$354,00.

La baja condición socio-económica está asociada a un nivel más bajo de atención de salud, y, por tanto, a un riesgo mayor de factores riesgos para el desarrollo de comorbilidad, por ende al aumento de desarrollo de más evento cerebrovasculares.

GRAFITABLA N° 4

ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO SEGÚN ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA, EMERGENCIA MAYO – OCTUBRE 2015



Fuente: Formulario de recolección de Datos

Elaborado por: Kerly Mendoza Celorio/ Gema Soledispa Mera

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

Resultados demostraron que de 39 pacientes con diagnóstico de Enfermedad Cerebrovascular Isquémica recibidos en la emergencia del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda, se observaron que existen cifras altas en cuanto a la prevalencia de pacientes con antecedentes patológicos personales, pudiéndose apreciar que 32 pacientes presentan como patología de base Hipertensión Arterial Sistémica, lo que corresponde al 82%; mientras que 7 pacientes no refieren este antecedente, lo que constituye el 18% de casos.

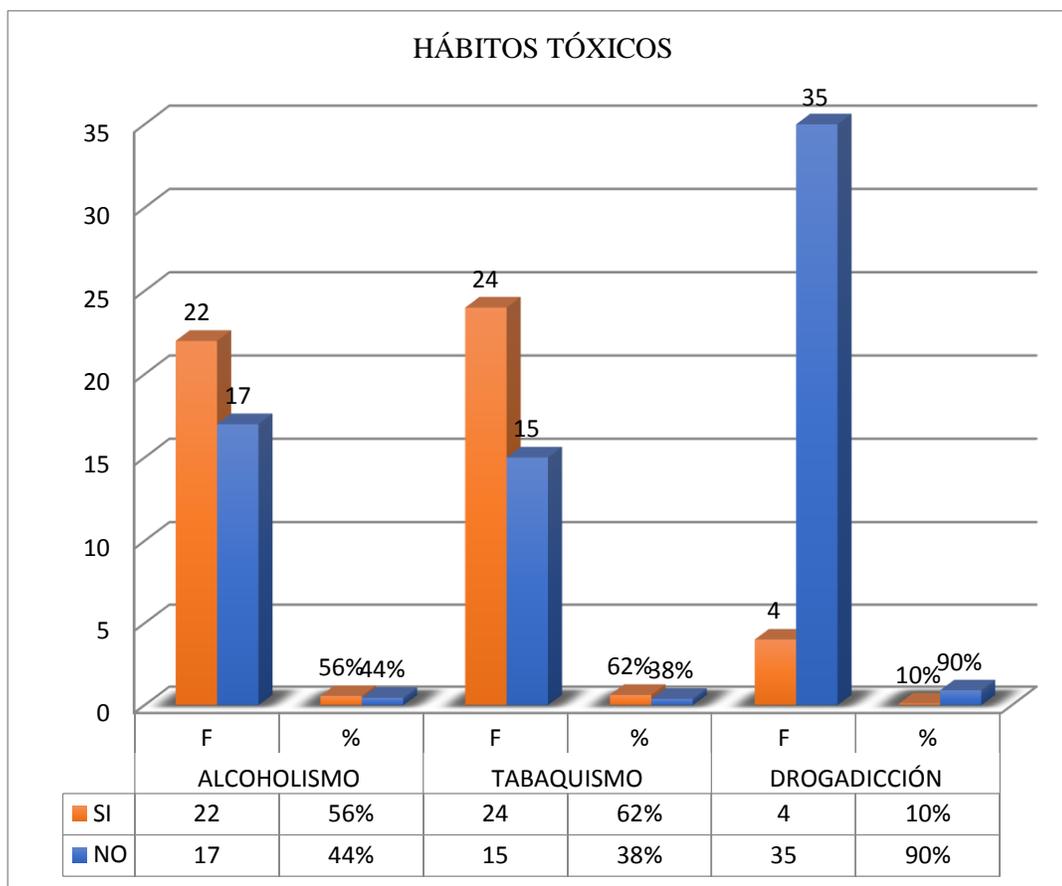
No obstante, en menor frecuencia encontramos que un 38% (15 pacientes) presentaron otros antecedentes patológicos personales como: Fibrilación Auricular, ECV previo, Infarto Agudo de Miocardio.

Los Factores de Riesgos en nuestro estudio se comportaron de forma similar a la literatura reportada, constituyendo la Hipertensión Arterial Sistémica como el principal; si bien algunos factores de riesgo tradicionales no parecen ser estadísticamente significativos (Enfermedad cardiovascular, Fibrilación Auricular, ACV previo) como en los estudios ARENAS y RENACER.

Contrario a lo descrito en el estudio ARENAS la incidencia de Ictus en pacientes con Diabetes Mellitus fue inferior encasillándose en el quinto lugar; no obstante en nuestras estadísticas constituye el segundo factor de riesgo más importante, encontrándose en concordancia con Guerra, Cepero, Fernández, Rodríguez, & Gutiérrez, 2014, donde constituye el principal factor de riesgo, resultando mayor que la Hipertensión Arterial.

GRAFITABLA N°5

ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO SEGÚN HABITOS TÓXICOS
 HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA, EMERGENCIA
 MAYO – OCTUBRE 2015



Fuente: Formulario de recolección de Datos

Elaborado por: Kerly Mendoza Celorio/ Gema Soledispa Mera

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

Se estableció que de los 39 pacientes que se incluyen en este estudio durante el período Mayo-Octubre 2015, se pudo observar que el tabaquismo es un factor de riesgo preponderante en la mayoría de los pacientes, encontrándose 24 pacientes con este hábito tóxico, correspondiente al 62%.

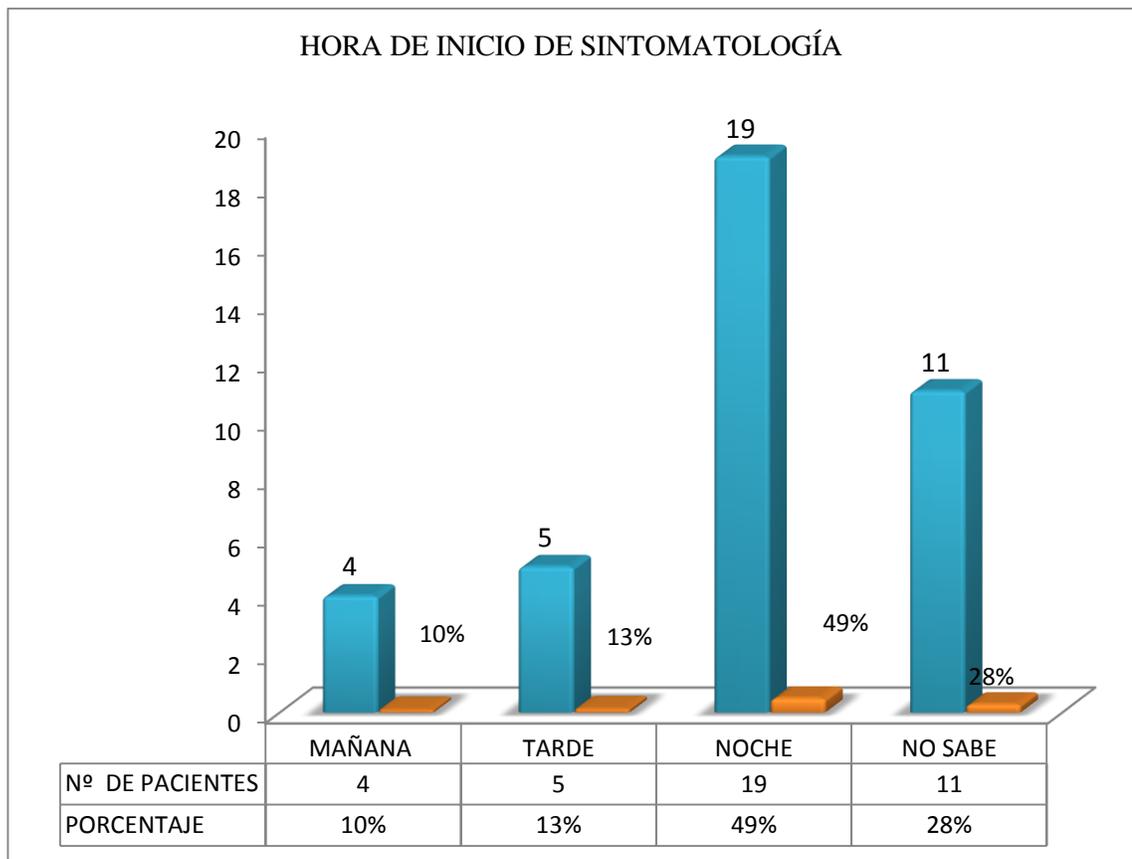
Se aprecia que el alcoholismo también constituye un factor de riesgo prevalente en esta población debido a que 22 pacientes refieren consumirlo, correspondiente al 56%, y así mismo 17 refieren no consumirlo, representando el 44%.

Así mismo, se aprecia que el consumo de drogas no es un factor de riesgo en esta población ya que apenas 4 casos de ellos, que corresponden al 10%, refieren haber consumido drogas alguna vez en su vida.

Estos datos concuerdan con un subanálisis del estudio de FRAMINGHAN, en donde se encontró que el tabaco duplica el riesgo de sufrir un evento cerebrovascular agudo; en el estudio ARENAS ocupa el tercer factor de Riesgo y el primero en cuanto a los hábitos

GRAFITABLA N°6

ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO SEGÚN HORA DE INICIO DE
SINTOMATOLOGÍA
HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA, EMERGENCIA
MAYO – OCTUBRE 2015



Fuente: Formulario de recolección de Datos

Elaborado por: Kerly Mendoza Celorio/ Gema Soledispa Mera

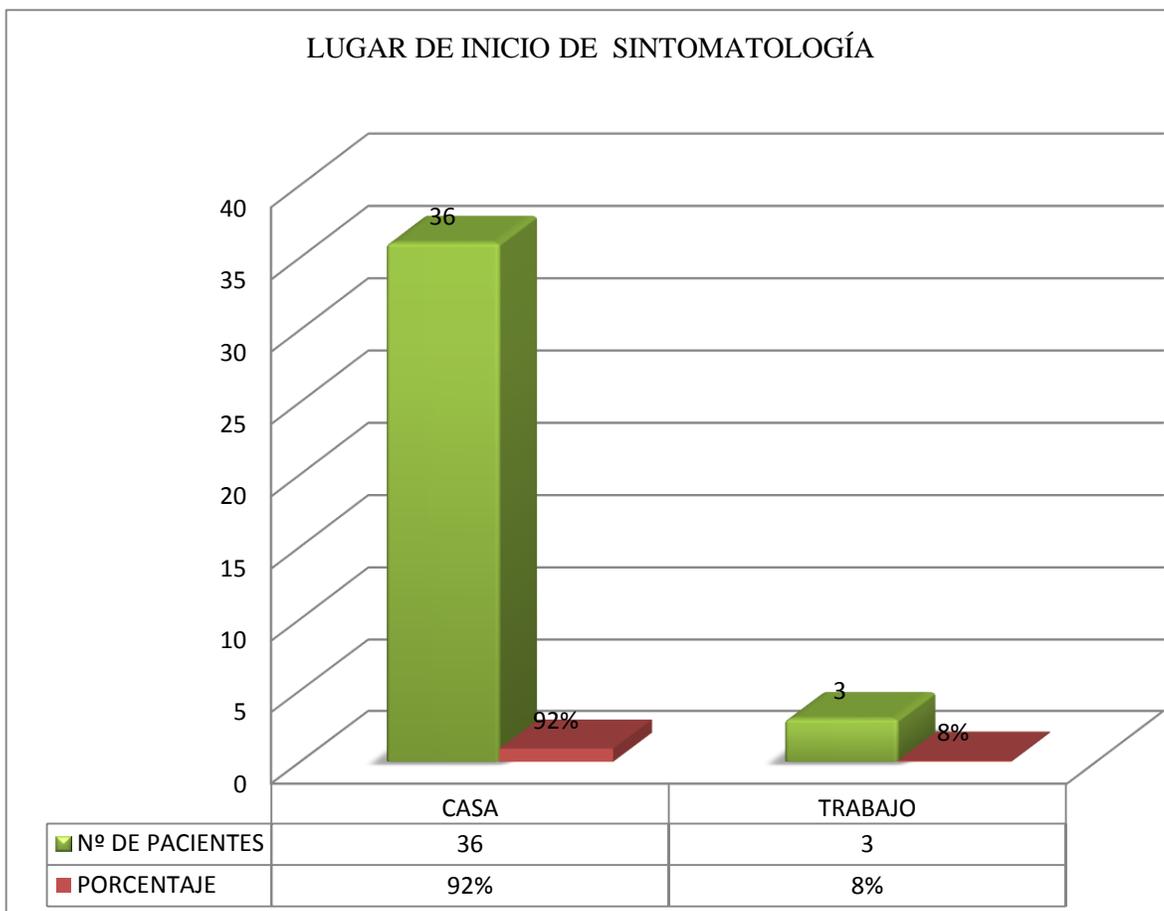
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

De los datos recolectados se puede observar que en la emergencia del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda, de los 39 pacientes que se incluyeron en este estudio, 19 indicaron que el inicio de la sintomatología fue en la noche, lo que corresponde al 49%.

Así mismo, 11 pacientes señalaron que no saben el momento en el cual inició la sintomatología, lo que corresponde al 28% de casos; mientras que 5 pacientes indicaron que inició la sintomatología en la tarde, representando el 13% y por último 4 pacientes indicaron que el inicio de los síntomas fue en la mañana que representa el 10%.

No existen estudios que sustenten que la aparición de un episodio de evento cerebrovascular tenga variación durante el día, pero es importante conocerlo ya que dentro de la fase de Reconocimiento de los Síntomas, la hora de inicio es muy importante para empezar un tratamiento adecuado, teniendo así que muchas veces por la noche es más difícil establecer exactamente el momento en que inició porque ocurren durante el sueño.

GRAFITABLA N° 7
ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO SEGÚN LUGAR DE INICIO DE
SINTOMATOLOGÍA
HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA, EMERGENCIA
MAYO – OCTUBRE 2015



Fuente: Ficha del paciente.

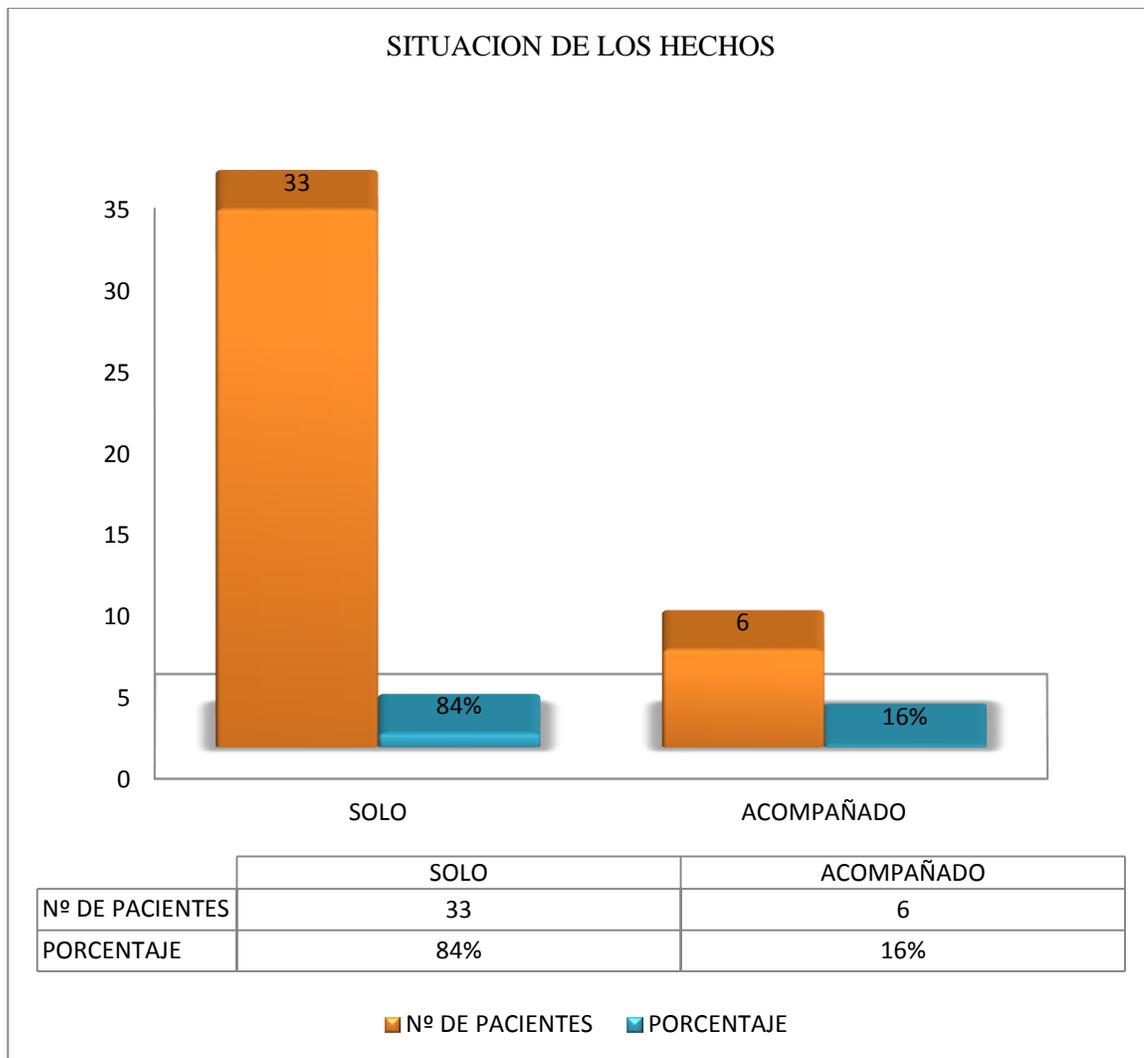
Elaborado por: Kerly Mendoza Celorio/ Gema Soledispa Mera

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

Según los datos generales del total de los pacientes (39 pacientes) de esta investigación 36 pacientes indicaron que el lugar del inicio de la sintomatología fue en la casa lo que corresponde a un total del 92%, solo 3 pacientes indicaron que fue en su lugar de trabajo donde inició la sintomatología correspondiendo al 8%.

Tenemos estos resultados debido a que la mayoría de los pacientes estudiados son de la tercera edad y su mayor tiempo se encuentra en sus hogares.

GRAFITABLA N°8
ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO SEGÚN SITUACIÓN DE LOS
HECHOS
HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA, EMERGENCIA
MAYO – OCTUBRE 2015



Fuente: Formulario de recolección de Datos

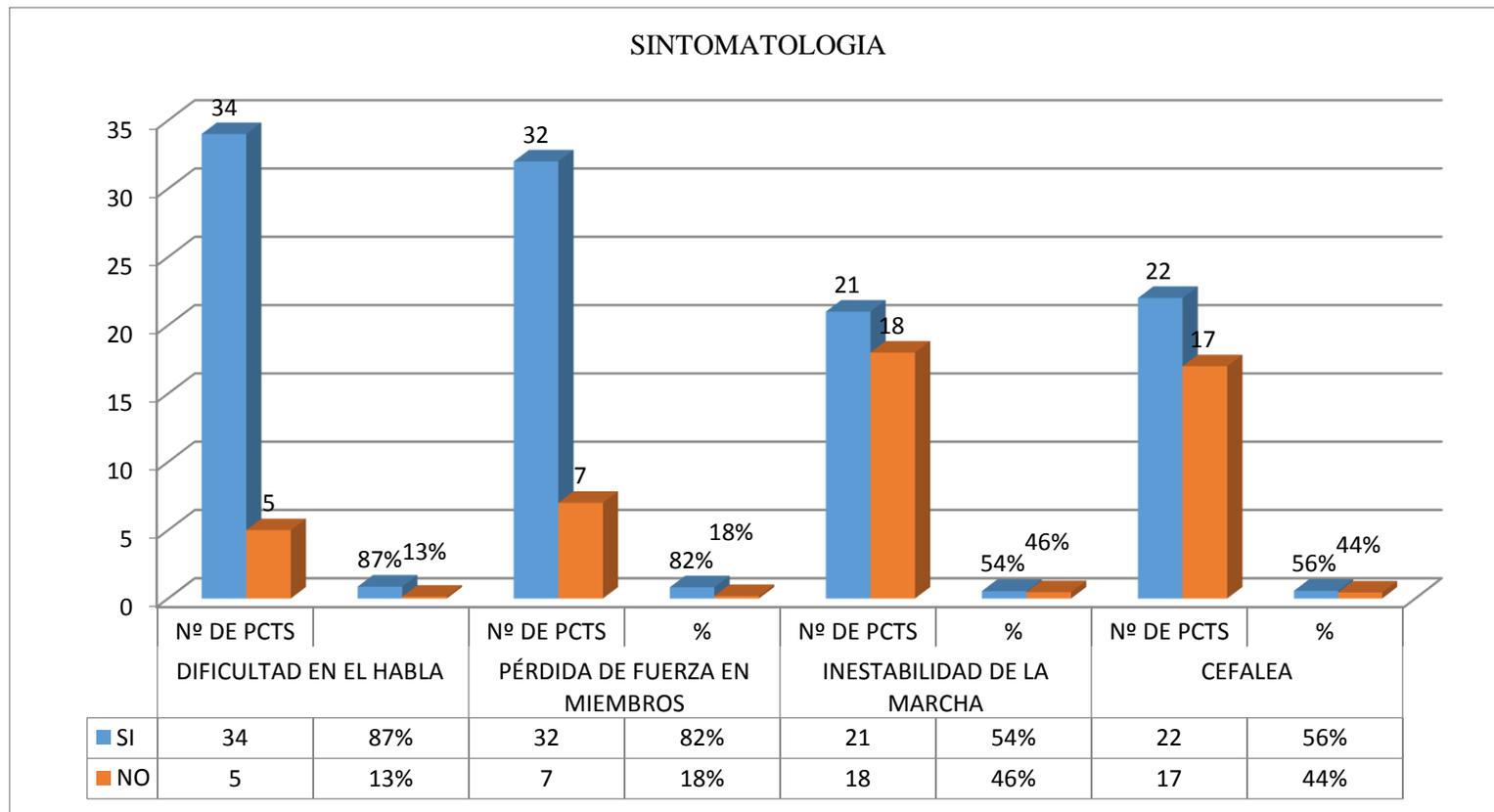
Elaborado por: Kerly Mendoza Celorio/ Gema Soledispa Mera

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

De 39 pacientes que se incluyeron en el estudio durante el período de Mayo-Octubre 2015, 33 pacientes indicaron que se encontraban solos en el momento que aparecieron los síntomas lo que corresponde al 84% del total, y 6 pacientes se encontraban acompañados lo que representa al 16%.

Los pacientes que viven solos suelen dejar pasar desapercibido cualquier síntoma de vital importancia atribuyéndole a otras causas, además si el paciente se encontraba solo durante el episodio del evento cerebrovascular contribuye aún más al retraso prehospitalario como lo demuestra Valls, y otros, 2010 en su estudio realizado en Colombia ya que la persona acompañante tiene la obligación de llamar a los sistemas de asistencia médica o trasladar por sus propios medios al paciente para una adecuada atención.

GRAFITABLA N° 9
ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO SEGÚN LA SINTOMATOLOGÍA
HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA, EMERGENCIA
MAYO – OCTUBRE 2015



Fuente: Formulario de recolección de Datos
 Elaborado por: Kerly Mendoza Celorio/ Gema Soledispa Mera

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

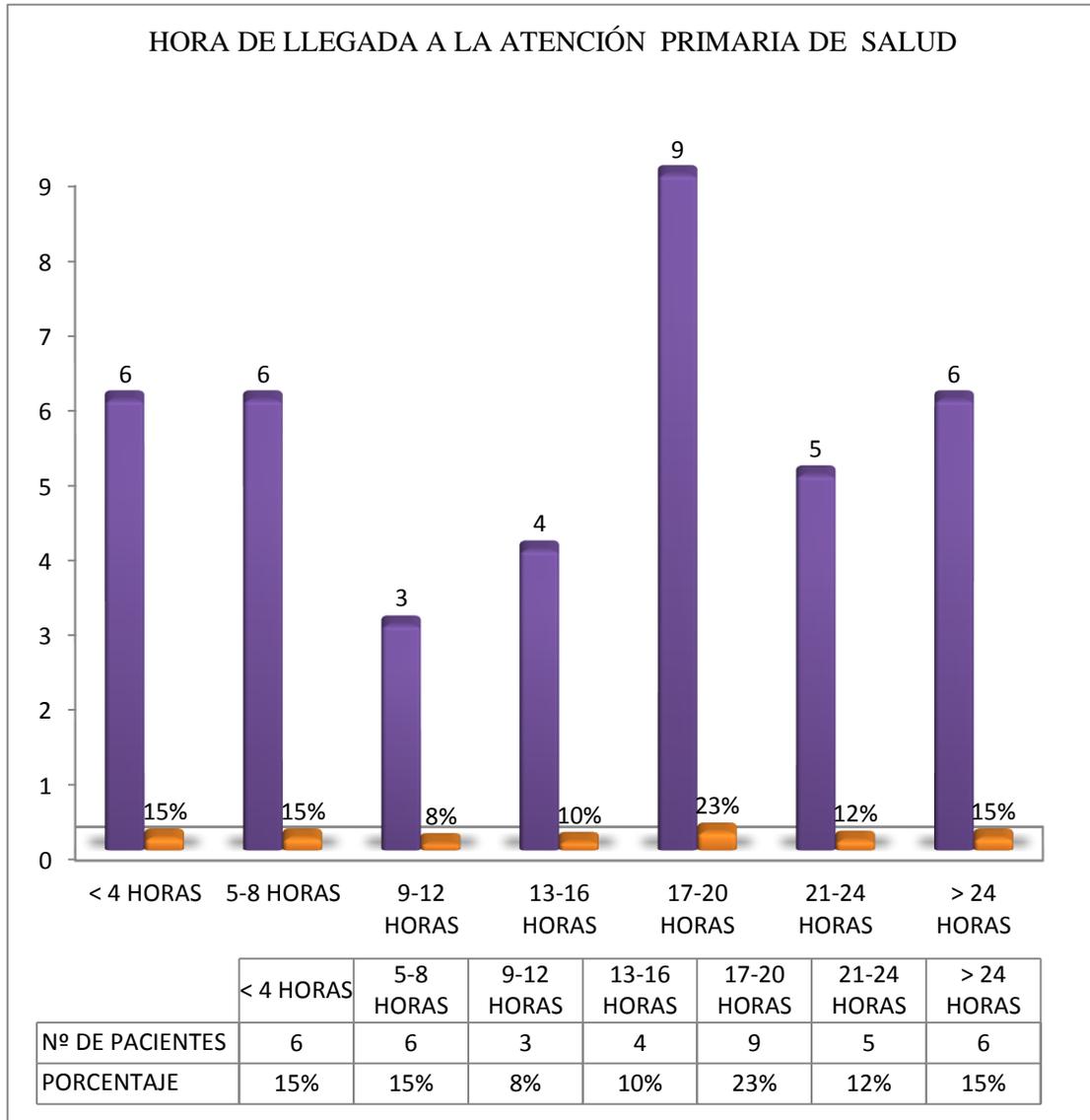
Los resultados obtenidos indican que la sintomatología que presentaron los 39.pacientes recibidos en el área de emergencia del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda con diagnóstico de Enfermedad Cerebrovascular Isquémica fue la siguiente: en su mayoría presentaron dificultad en el habla ya que 34 pacientes indicaron padecerla, representando el 87%; mientras los 5 pacientes restantes (13% de casos) indicaron no sufrir de este síntoma.

Así mismo, 32 pacientes manifestaron presentar pérdida de fuerza en extremidades, correspondiendo al 82%.

Estos datos concuerdan con Aguado, y otros, 2010, donde expresa en su estudio publicado en el año 2007 que los síntomas más frecuentes fueron paresia de los miembros y alteraciones del lenguaje; en un pequeño porcentaje de los pacientes se produjeron alteraciones sensoriales.

GRAFITABLA N°10

ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO SEGÚN HORA DE LLEGADA
A LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD
HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA, EMERGENCIA
MAYO – OCTUBRE 2015



Fuente: Formulario de recolección de Datos

Elaborado por: Kerly Mendoza Celorio/ Gema Soledispa Mera

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

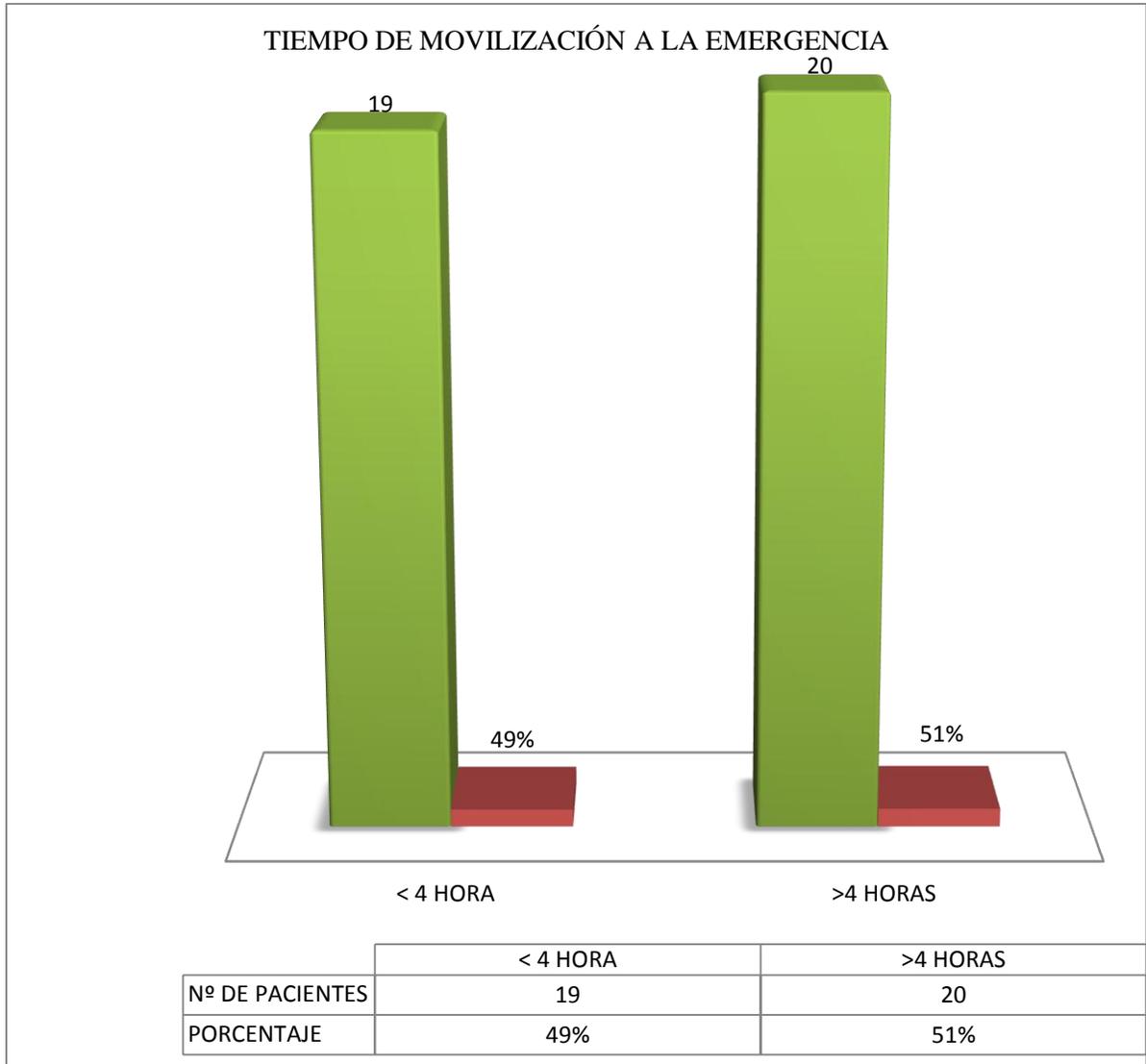
De acuerdo a los datos recolectados se puede observar que los pacientes con diagnóstico de Enfermedad Cerebrovascular Isquémica incluidos en esta investigación registran sus llegadas a la Atención Primaria de Salud en distintos períodos, así en el menor tiempo que es < 4 horas llegaron 6 pacientes (15% de casos), de 5 a 8 horas también llegaron 6 pacientes (15% de casos), de 9 a 12 horas llegaron solo 3 pacientes (8% de casos), de 13 a 16 horas indicaron 4 pacientes (10%) que llegaron a la Atención Primaria de Salud.

Así mismo 9 pacientes indicaron que demoraron de 17 a 20 horas en la llegada a una casa de salud de atención primaria, representando el 23%, de 21 a 24 horas tardaron 5 pacientes, que representa el 12% de casos. Por último, 6 pacientes llegaron en un período mayor a 24 horas correspondiendo el 15% de casos totales.

En la Enfermedad Cerebrovascular es de vital importancia la instauración oportuna y rápida del tratamiento específico por lo que debemos evitar los menores retrasos prehospituarios posibles, para poder preservar el menor daño posible de tejido cerebral, y de acuerdo a la lectura investigada actuar en el tiempo de ventana que dura aproximadamente de 6 horas a partir del inicio de los síntomas y que la terapia fibrinolítica sea una opción de realizar a los paciente en menos de las primeras 4 horas.

GRAFITABLA N°11

ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR ISQUÉMICA SEGÚN EL TIEMPO DE
MOVILIZACIÓN A LA EMERGENCIA
HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA
MAYO – OCTUBRE 2015



Fuente: Formulario de recolección de Datos
Elaborado por: Kerly Mendoza Celorio/ Gema Soledispa Mera

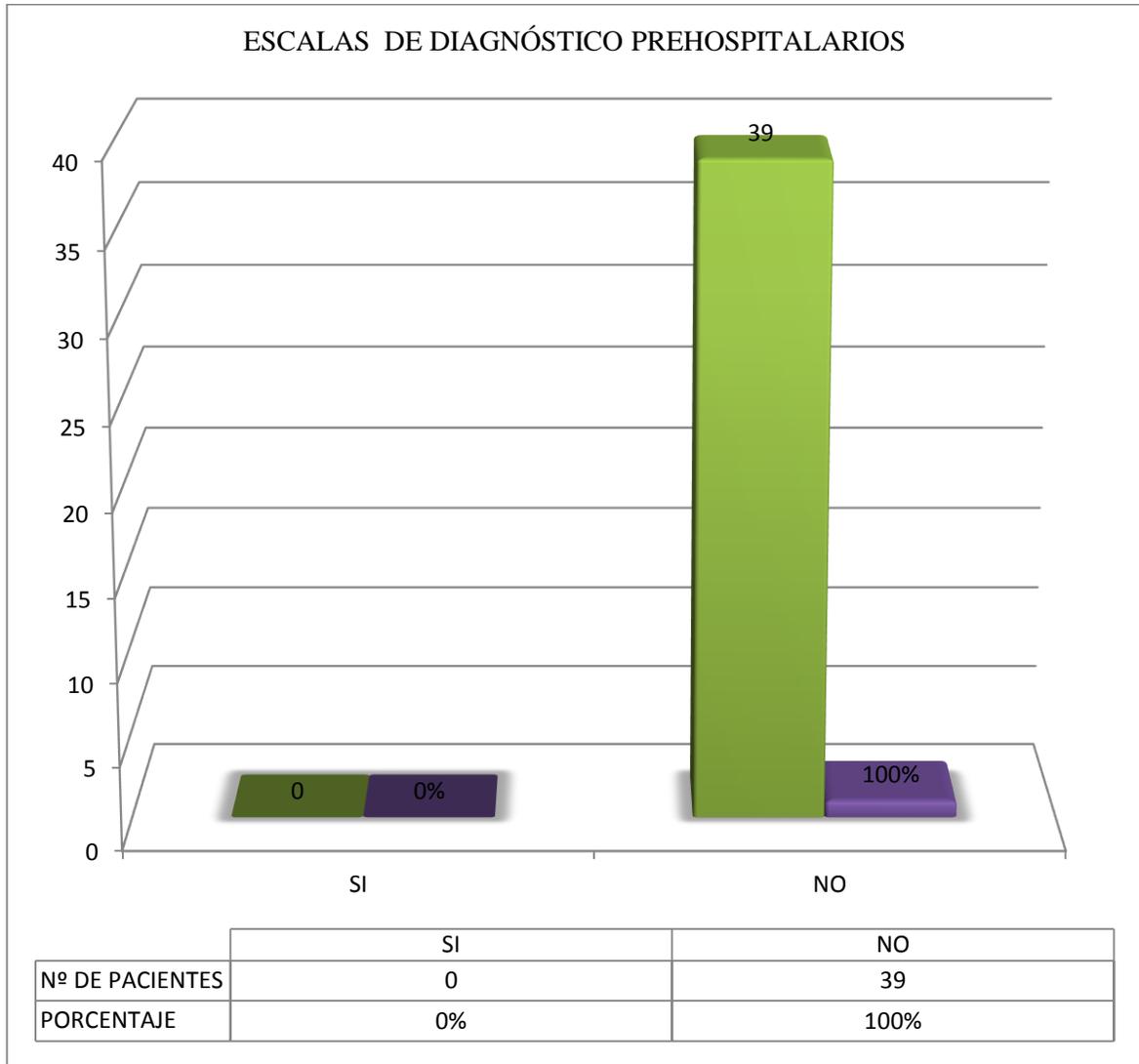
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

De acuerdo con los resultados obtenidos de los 39 pacientes incluidos en esta investigación, se indicó que 19 pacientes demoraron su llegada desde el centro de atención primaria hasta la emergencia del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda menos de 4 horas lo que representa el 49% y mayor a 4 horas tardaron 20 pacientes lo que corresponde al 51%.

Se debe tener en cuenta que en esta Patología se debe brindar las medidas generales dentro del Centro de Salud Primaria e inmediatamente ser transferida lo más rápidamente posible ya que a mayor tiempo favorece las complicaciones y las secuelas. En esta investigación se observó que el tiempo entre la entrada del paciente al APS y la llegada al Servicio de Emergencia de un centro Hospitalario fue de 1- 4 horas, en la literatura consta un estudio en la que los pacientes tardaban una media de 2 horas y 3 minutos en llegar al hospital utilizando o los servicios de emergencia con un nivel de conciencia conservado.(Aguado, y otros, 2010).

GRAFITABLA N°12

ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO SEGÚN LA UTILIZACIÓN DE
 ESCALAS DE DIAGNOSTICO PREHOSPITALARIO
 HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA, EMERGENCIA
 MAYO – OCTUBRE 2015



Fuente: Formulario de recolección de Datos
 Elaborado por: Kerly Mendoza Celorio/ Gema Soledispa Mera

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

Según los datos generales obtenidos en esta investigación, en los pacientes recibidos en la emergencia del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda no se evidenció la utilización de escalas de diagnóstico prehospitalario para Enfermedad Cerebrovascular Isquémica.

Muchos de los personales de Salud desconocen de la existencia de estas Escalas que contribuyen considerablemente al diagnóstico prehospitalario de un evento Cerebrovascular, según la literatura tienen una alta sensibilidad pero con mayor especificidad tenemos la Escala de Melbourne Ambulance Stroke Screen.(Aguado, y otros, 2010)

Con la aplicación de estas Escalas tendríamos un Diagnóstico precoz y reduciríamos el tiempo para la aplicación de un tratamiento inicial adecuado.

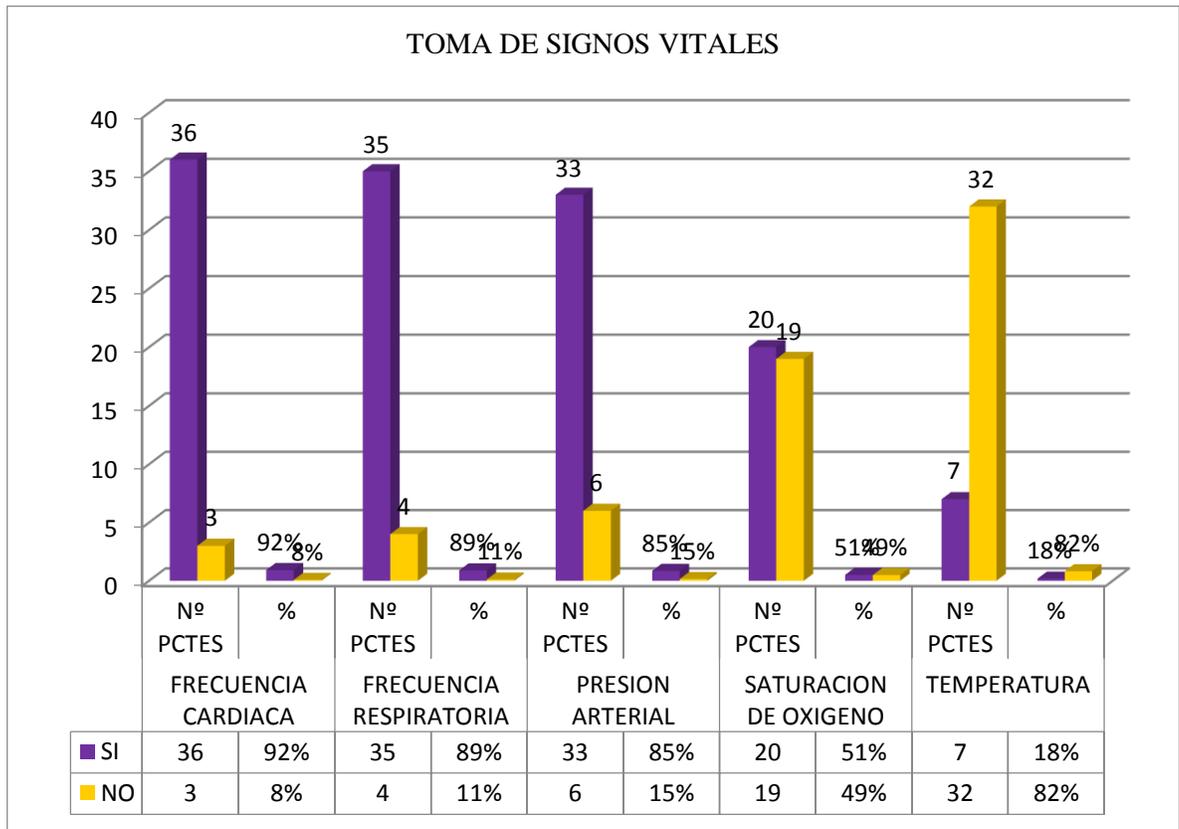
GRAFITABLA N°13

ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO SEGÚN TOMA DE SIGNOS

VITALES

HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA, EMERGENCIA

MAYO – OCTUBRE 2015



Fuente: Formulario de recolección de Datos

Elaborado por: Kerly Mendoza Celorio/ Gema Soledispa Mera

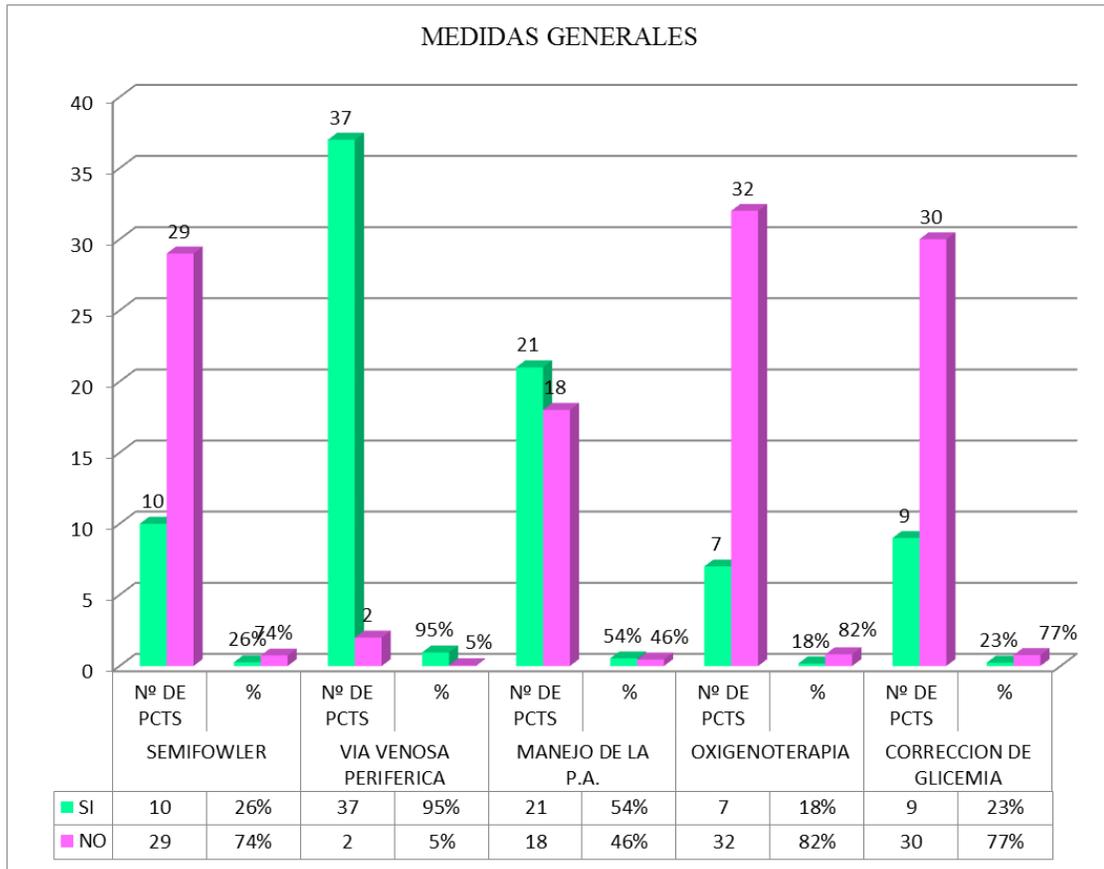
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

Los resultados obtenidos de acuerdo a la toma de signos vitales en los Centros de Salud que remitieron a los pacientes incluidos en esta investigación, se puede observar que en su gran mayoría fueron tomados y registrados, con mayor número de veces la frecuencia cardiaca en 36 pacientes lo que representa el 92%, mientras que registró un menor porcentaje la temperatura debido a que solo en 7 pacientes fue tomada representado el 18% de casos.

Como en todas las literaturas dentro de las medidas iniciales para toda patología se encuentra la Toma real de los Signos Vitales, teniendo en cuenta que estos encasillan: la frecuencia cardiaca, la frecuencia respiratoria, presión arterial, saturación de oxígeno y la temperatura que dentro de nuestro estudio fue la menos tomada, recalcando que la hipertermia o pequeños picos de elevación de la misma dañan la zona de penumbra y es considerado como un factor de mal pero pobre pronóstico.

GRAFITABLA N°14

ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO SEGÚN LAS MEDIDAS GENERALES QUE SE APLICARON HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA, EMERGENCIA MAYO – OCTUBRE 2015



Fuente: Formulario de recolección de Datos

Elaborado por: Kerly Mendoza Celorio/ Gema Soledispa Mera

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

Según los datos recogidos de los 39 pacientes recibidos en la emergencia del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda con diagnóstico de Enfermedad Cerebrovascular Isquémica, en cuanto a las medidas generales tomadas en los Centros de Atención Primaria, se puede observar que 37 pacientes llegaron con vía venosa periférica, lo que corresponde al 95% de casos totales. Así mismo, en 21 pacientes se les realizó el debido manejo de la presión arterial en el centro de atención del cual vinieron referidos, representando el 54% y los pacientes restantes no registran que se haya dado medicamento antihipertensivo.

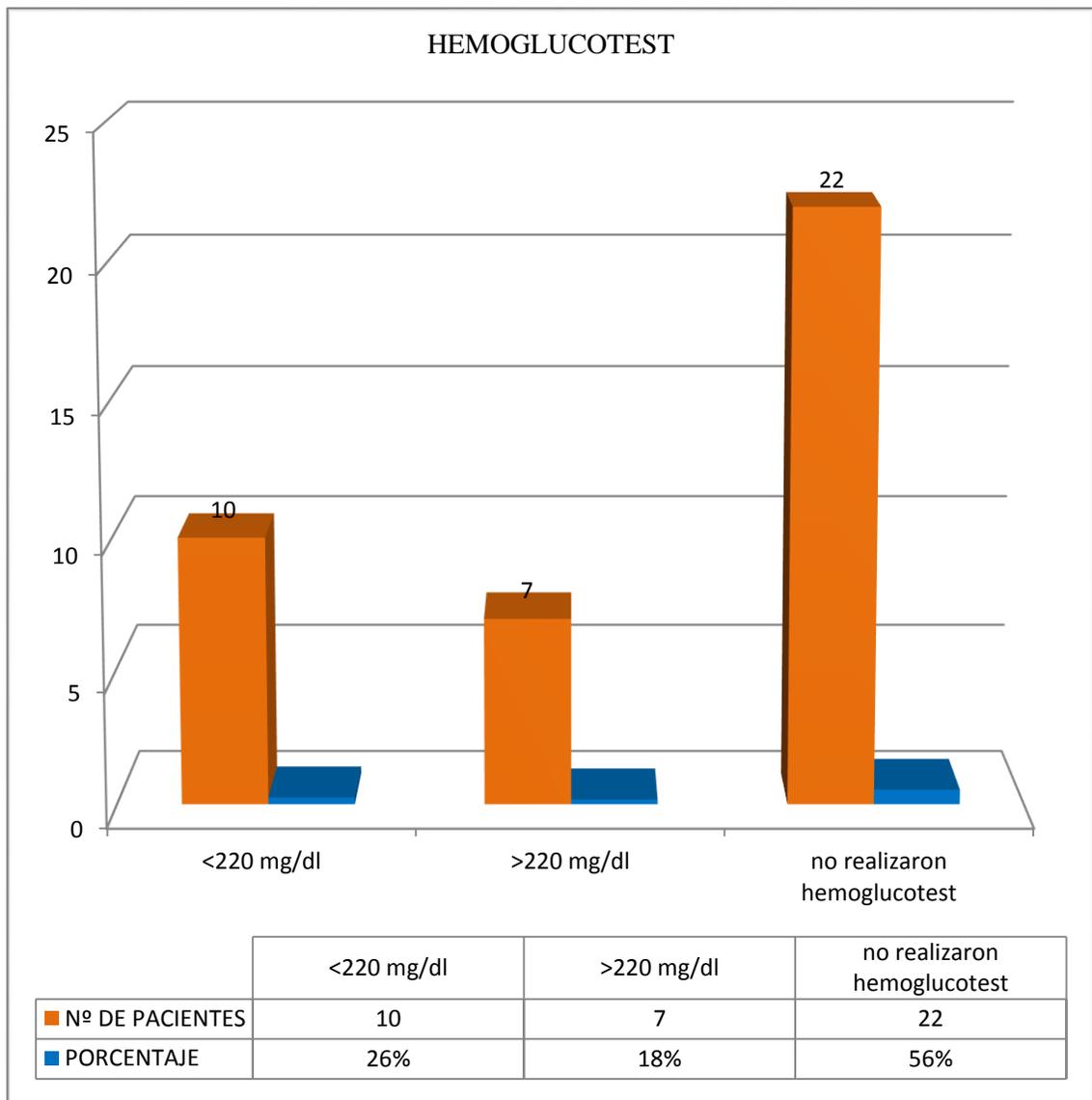
En cuanto a la oxigenoterapia se les aplicó a 7 pacientes, correspondiendo al 18% y se aprecia también que la corrección de glicemia solo se realizó en 9 pacientes, que representan el 23% de casos.

La colocación de una vía venosa periférica es una de las prácticas más rutinarias e importante como lo expresa la literatura siempre y cuando sean con los líquidos intravenosos adecuados según lo requiera cada caso, como en el ECV es exclusivamente la Solución Salina al 0,9%.

La piedra angular del manejo inicial del Ictus es el control de la presión arterial; la mayoría de nuestros pacientes presentaron presiones mayores de PAS >150 y PAD >100, conociendo que actualmente se indica tratar la Hipertensión Arterial cuando se observe una PAS >220mmHg o una PAD >120mmHg. Dentro del tratamiento hipertensivo utilizado fueron Calcio Antagonista en su gran mayoría, cuando en la literatura no muestra mayor beneficio con este medicamento.

GRAFITABLA N°15

ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO SEGÚN LA REALIZACIÓN DE
HEMOGLUCOTEST
HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA, EMERGENCIA
MAYO – OCTUBRE 2015



Fuente: Formulario de recolección de Datos
Elaborado por: Kerly Mendoza Celorio/ Gema Soledispa Mera

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.

Resultados señalaron que de 39 pacientes en este estudio a 22 no se le realizaron hemoglucotest lo que corresponde al 56% de la población total.

De los 17 pacientes que si se le realizó hemoglucotest: 10 pacientes tuvieron glicemias <220mg/dl correspondiendo al 26% y 7 pacientes tuvieron glicemias >220mg/dl que representa el 18% restante.

La toma de glicemia capilar es una medida importante a tomar ante un paciente con Enfermedad Cerebrovascular, ya que la hiperglicemia es muy frecuentes en estos pacientes y es un factor independiente y de mal pronóstico, por ende la corrección de la misma es muy valiosa de una manera correcta. Un porcentaje de pacientes que presentaron hiperglicemia no se les hizo corrección de la misma y llegaron de la casa de Salud con los mismos valores.

Ninguno de los pacientes presentó hipoglicemia, como se demuestra en la evidencia literaria que es una de los eventos pocos frecuentes.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES

Una vez culminada la investigación sobre “MANEJO PREHOSPITALARIO DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO RECIBIDOS EN EMERGENCIA DEL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA, MAYO – OCTUBRE 2015”, se obtuvieron las siguientes conclusiones:

Al determinar los factores sociodemográficos de la población en estudio, tenemos que el mayor porcentaje de pacientes pertenecían al género masculino con las edades comprendidas entre 53 a 60 años, que provenían en su gran mayoría de zonas rurales, con nivel socioeconómico bajo, teniendo como antecedente patológico personal con mayor incidencia la hipertensión arterial y el tabaquismo dentro de sus hábitos tóxicos predominantes.

Dentro de los factores implicados en la demora de atención de los pacientes de este estudio, el inicio y lugar de la sintomatología fue de mayor predominio en las noches en sus hogares, debido a que la gran mayoría de pacientes durante la situación de los hechos se encontraban solos, por lo tanto se justifica que el tiempo que un paciente toma desde el reconocimiento de los primeros síntomas hasta la llegada a un servicio de emergencia oscila entre 18 a 24 horas. Los síntomas iniciales que presentó nuestra población estudiada fueron la alteración del lenguaje como disartria, y paresia de las extremidades superiores e inferiores.

El tratamiento de la Enfermedad Cerebrovascular Isquémico en los Centros de Atención Primaria de Salud está basado en una serie de medidas más que de intervenciones directas, sin embargo, no existe un buen diagnóstico temprano debido a que no se aplican escalas correspondientes para este tipo de patología, omiten el registro de la temperatura, la toma de glicemia capilar y la corrección de la misma, no corrigen la posición del enfermo a Semi fowler, no se realiza un buen manejo de la presión arterial y se hace uso indebido de la oxigenoterapia sin justificación clínica. Si bien, han demostrado ser medidas generales con

gran impacto sobre la mortalidad y funcionalidad de estos enfermos llegamos a la conclusión que existe un mal manejo prehospitario de los pacientes recibidos en la emergencia del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda.

RECOMENDACIONES

Proponer a las autoridades del Ministerio de Salud Pública que valoren los resultados expuestos en este estudio para que validen el uso de las Escalas de diagnóstico prehospitalario: Melbourne Ambulance Stroke Screen en las instituciones de salud de primer nivel, ya que se podría disminuir el tiempo para el inicio de un tratamiento oportuno en pacientes con diagnóstico de Enfermedad Cerebrovascular, así mismo se cree un protocolo de atención en las áreas de Emergencia de los hospitales a nivel nacional.

A la Universidad Técnica de Manabí, Facultad de Ciencias de la Salud para que instruya a los estudiantes de Medicina, Enfermería y Paramédicos en la utilización y aplicación de escalas prehospitalarias que permitan llegar a tener un diagnóstico oportuno en el menor tiempo posible evitando retraso de tratamiento oportuno y mejor calidad de vida en pacientes con Enfermedad Cerebrovascular.

Al Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda, gestionar la implementación de una Unidad de Ictus en el área de emergencia, con el objetivo de brindar una terapia de mayor efectividad a los pacientes que vienen desde centros de primer nivel y aquellos que llegan sin ser referidos diagnosticados con Enfermedad Cerebrovascular.

A los médicos del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda y Centros de Atención Primaria se recomienda capacitación y educación continua para diagnósticos y tratamiento oportuno en pacientes con Enfermedad Cerebrovascular.

PRESUPUESTO

DESCRIPCIÓN	VALOR TOTAL
Movilización	100.00
Impresiones	30.00
Telefonía	20.00
Anillado y Empastado (Proyecto – Tesis)	62.00
Cartuchos de Tinta (B/N – Color)	40.00
CD	2.00
Elaboración y ejecución de la propuesta	60.00
Sustentación	50.00
TOTAL	\$ 364.00

ACTIVIDADES	MESES																				RECURSOS					
	2015																				HUMANO	MATERIAL				
	MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE						OCTUBRE			
1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4			
Elaboración y presentación de la ficha Aprobación Del Trabajo De Titulación Primera Reunión: Revisión del anteproyecto.	■			■																					Miembros de Consejo Autoras Tribunal	Anteproyecto impreso
Segunda Reunión: Modificación del tema, Revisión y corrección justificación, planteamiento del problema y subproblemas, operacionalización de Variables.						■																			Autoras Tribunal	Carpeta de informe
Tercera Reunión: Revisión y corrección de los objetivos específicos, modificación de la operacionalización de variables, cuestionario.										■															Autoras Tribunal	Carpeta de informe
Cuarta Reunión: Revisión del marco teórico: redacción, estilo, edición, citación. Revisión de la propuesta.																	■								Autoras Tribunal	Carpeta de informe
Quinta Reunión: Corrección de la Propuesta. Revisión de los datos obtenidos durante recolección de información y de las tablas de los resultados obtenidos hasta este mes.																							■		Autoras Tribunal Población involucrada	Carpeta de informe
Ejecución de la Propuesta																							■		Autoras Personal de Salud Población involucrada	Folletos, documentos, material audiovisual
Sexta Reunión: Revisión integral del trabajo de titulación																							■		Autoras Tribunal	Carpeta de informe
Presentación del primer borrador																							■		Autoras	Trabajo impreso
Presentación de correcciones																							■		Autoras	Trabajo impreso
Entrega de Trabajo de Titulación																							■		Autoras	Tesis impresa

CAPITULO V

PROPUESTA

“MANEJO PREHOSPITALARIO DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO RECIBIDOS EN EMERGENCIA DEL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA, MAYO – OCTUBRE 2015”.

TITULO DE PROPUESTA

Educación a la población y al personal de salud de atención primaria del Centro De Salud Santa Ana sobre la emergencia que implica La Enfermedad Cerebrovascular Isquémico y su beneficio del tratamiento oportuno

RESPONSABLES

Universidad Técnica de Manabí

Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Medicina

Autoras del trabajo de titulación

JUSTIFICACIÓN

En los actuales momentos la salud se ha convertido en una sólida base dentro de la sociedad, por consiguiente el manejo prehospitalario del ictus es un procedimiento de acción basado en el reconocimiento precoz de los signos y síntomas, con la consiguiente priorización de cuidado y traslado inmediato a un centro capacitado. El punto clave del manejo es lograr que el tiempo que transcurre entre el comienzo de los síntomas y el inicio del tratamiento se mantenga dentro de un tiempo mínimo preestablecido por expertos con la finalidad de evitar la lesión neuronal irreversible.

Dentro de los resultados de la investigación se evidenció el mal manejo prehospitalario de los pacientes que cursan con enfermedad cerebrovascular isquémico. Por esto es significativo educar a la población y al personal de Salud de Atención Primaria sobre la importancia que implica el diagnóstico precoz y el manejo oportuno de la enfermedad para evitar secuelas y complicaciones de la misma

FUNDAMENTACIÓN

En el actual mundo globalizado la intervención prehospitalaria adquiere cada vez mayor importancia dado al impacto significativo que ejerce en la supervivencia del individuo, de allí la necesidad de educar a la población en el reconocimiento de los síntomas de un paciente con enfermedad Cerebrovascular; la misma que debe estar dirigida a la comunidad con el objetivo de crear conciencia para una rápida y oportuna consulta ante cualquier síntoma neurológico de riesgo. Considerando la creciente cobertura en nuestro país, de los servicios de atención prehospitalaria, es de vital importancia la adecuada información sobre el manejo de este tipo de pacientes desde su primer contacto con el personal de salud. Incluyendo el llamado a los diferentes servicios de consulta, por pacientes que refieran un déficit neurológico agudo el mismo que debe ser atendido de manera prioritaria.

Se aplicó en el Centro de Salud Santa Ana debido que durante la realización de la investigación se observó que la mayoría de los pacientes que llegan a la Emergencia del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda son recibidos de esta casa de Salud.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Educar a la población y al personal de salud (médicos, enfermeros, paramédicos y auxiliares) de atención primaria sobre la emergencia que implica la Enfermedad Cerebrovascular y su beneficio del tratamiento oportuno.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Socializar la escala de Cincinnati y Escala de Melbourne Ambulance Stroke en el Centro de Salud Santa Ana, para un rápido y eficaz reconocimiento de los síntomas por parte de los equipos prehospitalarios.

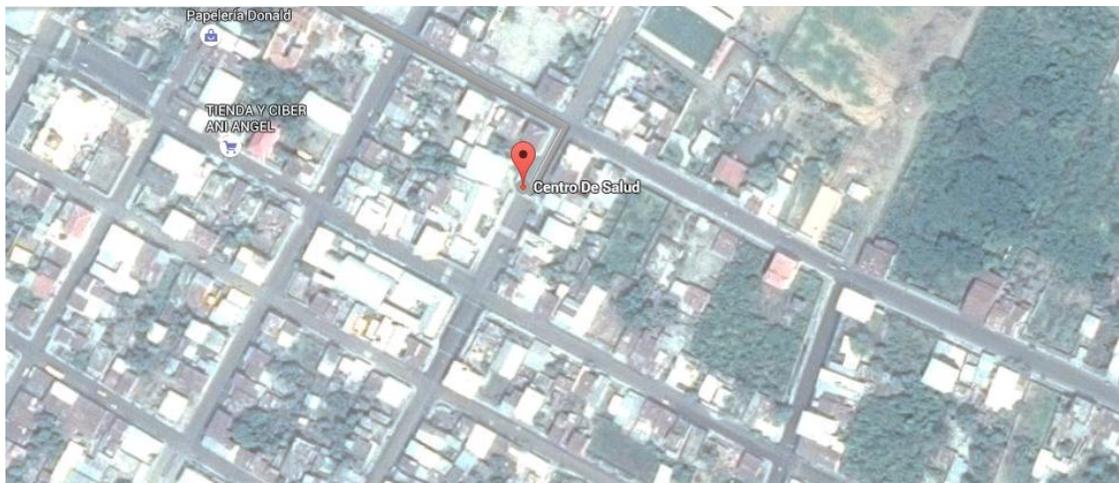
Explicar la importancia del tratamiento adecuado para evitar secuelas y complicaciones a los usuarios y personal médico del Centro de Salud Santa Ana.

CARACTERÍSTICAS DE LA PROPUESTA

UBICACIÓN SECTORIAL O FÍSICA

El lugar donde se llevó a cabo la propuesta es en el cantón de Santa Ana, en el Centro de Salud Santa Ana.

Se encuentra ubicado en el centro de la ciudad de Santa Ana, en las calles: Pedro Carbo, entre Ángel Rafael Álava y Horacio Hidrovo, a 1° 12' de Latitud Sur y 80° 22' de Longitud Oeste, geográficamente se encuentra en el centro sur de la Provincia de Manabí



Fuente: Google Maps.

FACTIBILIDAD

La propuesta fue factible porque en el Centro de Salud Santa Ana se contó con la autorización del Director Médico de esta casa de salud, también se disponía de los recursos materiales informáticos y bibliográficos necesarios para llevar en el tiempo determinado realizar en su totalidad la propuesta.

DESCRIPCION DE LA PROPUESTA

La educación actual fortalece los conocimientos a través de la aplicación de los resultados de los trabajos investigativos, es así que nuestra propuesta consistió en la elaboración de exposiciones informativas dirigidas al personal de salud y usuarios/as del Centro de Salud Santa Ana, sobre la emergencia que implica la enfermedad cerebrovascular isquémica y el beneficio del tratamiento oportuno, siendo esta patología la causante de secuelas graves.

Además, se entregó material didáctico con la descripción de las Escalas de Cincinnati y Escala de Melbourne Ambulance Stroke, esperando que su aplicación contribuya para impedir retrasos en el diagnóstico, tratamiento clínico y la estancia en niveles de atención primaria, permitiendo un mejor pronóstico en éstos pacientes al llegar a casas de salud que cuenten con especialistas adecuados en el tiempo oportuno.

ACTIVIDADES

Capacitar al personal de salud que trabaja en el Centro de Salud Santa Ana (enfermeras, médicos, paramédicos y auxiliares) sobre la escala de Cincinnati y Escala de Melbourne Ambulance Stroke en la Enfermedad Cerebrovascular Isquémico, la importancia del diagnóstico y tratamiento oportuno.

Instruir a los usuarios que acuden al Centro de Salud Santa Ana sobre el rápido reconocimiento de los signos y síntomas de alarma ante el posible desarrollo de una Enfermedad Cerebrovascular Isquémico.

Realizar la entrega de material didáctico al personal médico con información sobre el manejo y tratamiento en la atención prehospitalaria de la enfermedad Cerebrovascular Isquémica en el Centro de Salud Santa Ana.

Entrega de volantes a los usuarios del Centro de Salud Santa Ana sobre la escala de Cincinnati para el reconocimiento de síntomas en la Enfermedad Cerebrovascular Isquémica.

CONTENIDO

Enfermedad Cerebrovascular Isquémica

Concepto

Epidemiología

Uso de la Escala de Cincinnati y Escala de Melbourne Ambulance Stroke como diagnóstico prehospitalario en pacientes con Enfermedad Cerebrovascular Isquémica.

Complicaciones y prevención

Resultado de la investigación.

BENEFICIARIOS

Los beneficiarios del programa informativo son los médicos generales, médicos rurales, enfermeras/os, paramédicos, auxiliares y usuarios del Centro de Salud Santa Ana.

RESPONSABLES

Los responsables de la capacitación son las egresadas de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Escuela de Medicina, Kerly Annabell Mendoza Celorio y Gema Katiuska Soledispa Mera.

Fecha: 5 Octubre del 2015

Hora: 10h00

Lugar: Centro de Salud Santa Ana

PROPOSITO: Realizar un diagnóstico temprano de la Enfermedad Cerebrovascular para evitar retrasos en el tratamiento oportuno y evitar secuelas permanentes en los afectados.

F.O.D.A.

El Centro de Salud Santa cuenta con los recursos humanos suficientes para una atención integral: Ginecólogo, Obstetra, Médico General, Pediatra, Médicos Asistenciales, Médicos Rurales y Enfermería aptos y capacitados.

F

Atención diaria, las 24 horas del día y 7 días a la semana (Centro de Salud Tipo B)

Infraestructura adecuada.

Existencia de laboratorio clínico

Capacitación al personal de salud por parte del Distrito de Salud.

O

Aporte de medicina a través del Ministerio de Salud Pública.

Poca educación a los pacientes con antecedentes de Diabetes Mellitus Tipo 2 e Hipertensión Arterial que acuden al Centro de Salud Santa Ana, contribuyendo a complicaciones y deterioro orgánico.

D

Falta de cobertura en la atención integral de los pacientes en consulta externa por la gran demanda de la población.

Falta de motivación por parte del personal de salud sobre prevención.

Ausencia de material audiovisual didáctico sobre ECV en áreas de espera de atención.

Desconocimiento de la población en riesgo sobre la importancia de tener una dieta saludable y realizar actividad física para la prevención de futuras complicaciones.

La presencia de dos o más factores de riesgo en un solo paciente.

A

Bajos recursos económicos de una gran parte de la población.

Dificultad de acceso de los habitantes de la zona rural hacia el Centro de Salud Santa Ana.

BIBLIOGRAFIAS

- Alonzo, C., Ameriso, S., Atallah, A. M., Cirio, J. J., & Zurrú, M. C. (2012). Consenso de Diagnóstico y Tratamiento Agudo del Accidente Cerebrovascular Isquémico. Consejo de Stroke - Sociedad Argentina de Cardiología. *Revista Argentina de Cardiología*, 1-17.
- Álvarez-Sabin J, M. J. (2006). Stroke Scale and its adaptation to Spanish. *Neurologia*, 19, 22.
- Amaya, C., Naranjo, N., Castellanos, J., & Silva, F. (2014). Respuesta inflamatoria en pacientes con un primer ataque cerebrovascular isquémico: Evaluación por Género. *Revista Acta Neurologica Colombiana*, 6-15.
- Bonilla, N., Oliveros, H., Proaños, J., Espinel, B., Álvarez, J., Duran, C., . Restrepo, J. (2014). Estudio de frecuencia de los factores de riesgo asociados al desarrollo de enfermedad cerebrovascular isquémico no embólico en un hospital de tercer nivel. *Acta Neurologica Colombia*, 149-155.
- Castillo, J., Leira, R., García, M., Serena, J., Blanco, M., & Dávalos, A. (2004). Blood Pressure Decrease During the Acute Phase of Ischemic Stroke Is Associated With Brain Injury and Poor Stroke Outcome. *Stroke*, 1-8.
- Chacón, A. A. (2010). EVENTO CEREBROVASCULAR, Guía de Práctica Clínica Basado en Evidencia. *ASCOFAME*, 16-17.
- De Alba, J. F., & Guerrero, G. (2011). Evento vascular cerebral isquémico: Hallazgos tomográficos en el Hospital General de México. *Anales de Radiología México*, 161-166.

- Díez, E., Del Brutto, O., Álvarez, J., Muñoz, M., & Abiusi, G. (2001). Clasificación de las enfermedades cerebrovasculares. Sociedad Iberoamericana de Enfermedades Cerebrovasculares. *Revista Neurologica*, 455-464
- Edward C. Jauch, M. M., & Jeffrey L. Saver, M. F. (2013). *Guidelines for the Early Management of Patients*. American Heart Association.
- Guerra, L., Cepero, V., Fernández, C., Rodríguez, L., & Gutiérrez, F. (2014). INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE ICTUS EN LA HABANA Y MATANZAS, CUBA. *ELSEVIER*, 488-495.
- Kruyt, N., Biessels, G., Devries, J., & Roos, Y. (2010). La hiperglucemia en el ictus isquémico agudo: fisiopatología y manejo clínico. *Nature publishing group*, 1
- Pountain, S., & Roffe, C. (2013). Suplemento de O2 en pacientes con ACV agudo. *Intramed*, 1-5.
- Rodríguez, F., Pujó, V., Ameriso, S., Povedano, G., Díaz, M., Hlavnicka, A., Ameriso, S. (2013). Mortalidad intrahospitalaria por accidente cerebrovascular. *Medicina (Buenos Aires)*, 331-334.
- Whiteley WN1, A. H. (2013). *argeted use of heparin, heparinoids, or low-molecular-weight heparin to improve outcome after acute ischaemic stroke: an individual patient data meta-analysis of randomised controlled trials*. New York: The Lancet.
- Aguado, O., Ferrer, C., Sabín, J., Cacho, Á., Egocheaga, M. I., Gracia, J., . . . Vivancos, J. (25 de Julio de 2010). *Guía de Práctica Clínica para el manejo de pacientes con Ictus en Atención Primaria: Biblioteca de Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud*. Obtenido de Biblioteca de Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud:

<http://portal.guiasalud.es/web/guest/home;jsessionid=922a9fab29cf60d3bba46b63ec6>

CDC. (03 de 2015). *Centro de Control de Enfermedades de los Estados Unidos*. Obtenido de <http://www.cdc.gov/spanish/Enfermedades/>

Celis, J. (5 de Junio de 2011). *Ataque cerebro vascular isquémico en la unidad de Cuidados Intensivos; Asociacion Colombiana de Neurología*. Obtenido de Asociación Colombiana de Neurología: <http://www.acnweb.org/guia/g6cap16.pdf>

Chiriboga, D. (22 de Noviembre de 2012). *Protocolos Terapéuticos. Farmacología Virtual*. Obtenido de Farmacología Virtual: <http://www.farmacologiavirtual.org/Descargas/protocoloscompletos/ProtocolosTerap%C3%A9uticosEcuador2012.pdf>

Easton, D., Ahorro, J., Albers, G., Alberts, M., Chaturvedi, S., Feldmann, E., . Sacco, R. (2015, Agosto 3). *Definition and Evaluation of Transient Ischemic Attack: American Heart Association/ American Stoke Association*. Retrieved from American Heart Association/ American Stoke Association: <http://stroke.ahajournals.org/content/40/6/2276.full.pdf+html>

Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos de Accidentes Cerebrovasculares. (24 de Julio de 2015). *Accidente Cerebrovascular: Esperanza en la investigación*. Obtenido de Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos de Accidentes Cerebrovasculares: http://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/accidente_cerebrovascular.htm

McArthur, K., Quinn, T., Dawson, J., & Walters, M. (13 de Junio de 2011). *Accidente cerebral isquémico agudo y accidente cerebral isquémico transitorio. Infomed Red de Salud de Cuba*. Obtenido de Infomed Red de Salud de Cuba: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/santiagodecuba/intramed.pdf>

- Ministerio de Salud de Chile. (2013). *Accidente Cerebrovascular Isquémico en personas de 15 años y más*. Santiago: Subsecretaría de Salud Pública. Obtenido de Ministerio de salud de Chile.
- Miriam Brazzelli, P. A. (2009). *PubMed*. Recuperado el 11 de marzo de 2015, de The Cochrane Library: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19821415>
- Ohwaki, K., Watanabe, T., Shinohara, T., Nakagomi, T., & Yano, E. (2013, Febrero). Relationship Between Time from Ambulance Call to Arrival at Emergency Center and Level of Consciousness at Admission in Severe Stroke Patients. *Prehospitalaria y Medicina de Desastres*, 28(01), 39-42. Retrieved from <http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?aid=8832126&fileId=S1049023X12001549>
- OMS. (Mayo de 2014). *Las 10 causas principales de defunción en el mundo*. Organización Mundial de la Salud. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/es/>
- Valls, F., Navarro, F., Valderrama, F., Pérez, M., Romero, A., Geffner, D., . . . Lago, A. (07 de Febrero de 2010). *Protocolo de Concenso para la Atención al Ictus en Fase Aguda en la comunidad Valenciana*. Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la SEN. Obtenido de Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la SEN: <http://www.ictussen.org/files3/ProtocoloComVal.pdf>
- Van Hooff, R., Cambrón, M., Dyck, V., Moens, M., Valenzuela Espinoza, A., Van, R., Brouns, R. (2013, Agosto 06). *Prehospital Unassisted Assessment of Stroke Severity using Telemedicine*. American Heart Association/ American Stroke Association. Retrieved from American Heart Association/ American Stroke Association: <http://stroke.ahajournals.org/content/44/10/2907.long>

Varela, G. (13 de Julio de 2011). *Tratamiento del Ataque CerebroVascular (ACV) Isquémico Agudo. Asociación Colombiana de Neurología*. Obtenido de Asociación Colombiana de Neurología: <http://www.acnweb.org/guia/g8cap8.pdf>

Villareal, G. (1 de Noviembre de 2011). *Accidente Cerebrovascular (ACV): Neurocirugía Endovascular*. Obtenido de Neurocirugia Endovascular: <http://neurocirugiaendovascular.com/pdf2/ACCIDENTE%20CEREBROVASCULAR.pdf>

ANEXOS

ANEXO #1

PATRONES MÁS COMUNES DE DÉFICIT NEUROLÓGICO EN EL ICTUS
ISQUÉMICO

Afectación del hemisferio izquierdo dominante

Afasia

Hemianopsia homónima derecha

Déficit motor o sensitivo en hemicuerpo derecho

Desviación de la mirada a la derecha

Afectación del hemisferio derecho no dominante

Negligencia o extinción

Hemianopsia homónima izquierda

Déficit motor o sensitivo en hemicuerpo izquierdo

Desviación de la mirada a la izquierda

Afectación de troncoencéfalo o cerebelo

Trastorno del nivel de conciencia

Ataxia o incoordinación motora

Vértigo e inestabilidad

Visión doble

Nistagmo

Disfagia

Disartria

ANEXO #2

ESCALA PREHOSPITALARIA DE ICTUS DE CINCINNATI

<p>Asimetría facial (haga que el paciente sonría o muestre los dientes)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Normal: ambos lados de la cara se mueven de forma simétrica • Anormal: Un lado de la cara no se mueve tan bien como el otro <p>Fuerza en los brazos (haga que el paciente cierre los ojos y mantenga ambos brazos extendidos durante 10 segundos)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Normal: ambos brazos se mueven igual o no se mueven • Anormal: Un brazo no se mueve o cae respecto al otro <p>Lenguaje (pedir al paciente que repita una frase)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Normal: el paciente utiliza palabras correctas, sin farfullar • Anormal: el paciente arrastra las palabras, utiliza palabras incorrectas o no puede hablar
--

Criterios para identificar ictus
Presencia de cualquiera de los elementos anormales en la exploración física

ANEXO #3

ESCALA PREHOSPITALARIA DE ICTUS DE LOS ÁNGELES

Criterios de tamizaje	SÍ	No
Edad mayor a 45 años	_____	_____
Sin historia previa de enfermedad convulsiva	_____	_____
Síntomas establecidos en las últimas 24 h	_____	_____
Paciente ambulatorio previo al evento	_____	_____
Glucosa sérica de entre 60 y 400 mg/dL	_____	_____
Examen físico: Buscar asimetría evidente		
	NORMAL	DERECHA
Sonrisa o gesticulación facial:	_____	_____ Paresia
Fuerza de prensión:	_____	_____ Prensión débil _____ Sin prensión
Debilidad de extremidad superior:	_____	_____ Se desvía hacia abajo _____cae rápidamente
		IZQUIERDA
		_____ Paresia _____ Prensión débil _____ Sin prensión _____ Se desvía hacia abajo _____cae rápidamente
		SÍ No
Basado en el examen, el paciente tiene sólo debilidad unilateral		

Fuente: Kidwell CS, Starkman S et al. *identifying stroke in the field: Prospective validation of the Angeles prehospital stroke screen (LAPSS)*. Stroke 2000; 31: 71-6.

ANEXO #4

MELBOURNE AMBULANCE STROKE SCREEN

Elementos de la historia clínica
Edad > 45 años Ausencia de antecedentes de convulsiones o epilepsia Paciente no encamado ni en silla de ruedas Glucemia entre 50 y 400 mg/dL
Elementos de la exploración física
Comisura facial Hacer que el paciente sonría o muestre los dientes <i>Normal: ambos lados se mueven igual</i> <i>Anormal: uno de los lados no se mueve</i>
Fuerza en los brazos Pedir al paciente que con los ojos cerrados extienda ambos brazos durante 10 segundos <i>Normal: ambos brazos se mueven/no se mueven por igual</i> <i>Anormal: uno de los brazos no se mueve o cae con respecto al otro</i>
Apretón de manos Coger ambas manos del paciente y pedirle que apriete <i>Normal: apretón de manos igual en ambas manos/no apretón en ninguna de las manos</i> <i>Anormal: debilidad o no apretón en una de las manos</i>
Lenguaje Hacer que el paciente repita una frase <i>Normal</i> <i>Anormal: farfulla, incapaz de hablar, palabras incorrectas</i>
Criterios para identificar ictus
Presencia de cualquiera de los elementos en la exploración física y Respuesta afirmativa en todos los elementos de la historia clínica

ANEXO #5

ESCALA DEL NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH STROKE (NIHSS)

1a Nivel de conciencia	4 Parálisis facial	7 Ataxia
0 = alerta 1 = obnubilado 2 = sin respuesta	0 = normal 1 = paresia menor 2 = paresia parcial 3 = parálisis completa	0 = ausente 1 = presente en un miembro 2 = en ambos miembros
1b Preguntas	5a Fuerza brazo izquierdo	8 Sensibilidad
0 = responde correctamente a ambas preguntas 1 = responde sólo una pregunta 2 = no responde ninguna	0 = sin déficit 1 = oscila antes de los 10 segundos 2 = cae antes de los 10 segundos 3 = no vence la gravedad 4 = sin movimiento	0 = normal 1 = pérdida leve 2 = pérdida significativa
1c Órdenes	5b Fuerza brazo derecho	9 Lenguaje
0 = lleva a cabo ambas órdenes correctamente 1 = sólo una orden correctamente 2 = ninguna orden correctamente	0 = sin déficit 1 = oscila antes de los 10 segundos 2 = cae antes de los 10 segundos 3 = no vence la gravedad 4 = sin movimiento	0 = normal 1 = afasia leve 2 = afasia grave 3 = afasia global
2 Mirada	6a Fuerza pierna izquierda	10 Disartria
0 = normal 1 = parálisis parcial de la mirada 2 = parálisis total de la mirada	0 = sin déficit 1 = oscila antes de los 5 segundos 2 = cae antes de los 5 segundos 3 = no vence la gravedad 4 = sin movimiento	0 = normal 1 = leve 2 = grave
3 Campo visual	6b Fuerza pierna derecha	11 Extinción/falta de atención
0 = sin pérdida del campo 1 = hemianopsia parcial 2 = hemianopsia completa 3 = hemianopsia bilateral	0 = sin déficit 1 = oscila antes de los 5 segundos 2 = cae antes de los 5 segundos 3 = no vence la gravedad 4 = sin movimiento	0 = normal 1 = leve 2 = grave



ANEXO #6



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA**

**CUESTIONARIO DIRIGIDO A PACIENTES, FAMILIARES Y/O
ACOMPAÑANTE**

MANEJO PREHOSPITALARIO DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO RECIBIDOS EN EMERGENCIA DEL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA, MAYO – OCTUBRE 2015”

DATOS GENERALES

EDAD:
GÉNERO:
RAZA:
LUGAR DE REFRENCIA:

HISTORIA CLÍNICA:
PROCEDENCIA:
FECHA DE ADMISION:

INGRESO ECONÓMICO

< \$350	<input type="checkbox"/>
\$350	<input type="checkbox"/>
> \$350	<input type="checkbox"/>

ANTECEDENTES PERSONALES

DIABETES MELLITUS	<input type="checkbox"/>
HIPERTENSION ARTERIAL	<input type="checkbox"/>
DISLIPIDEMIAS	<input type="checkbox"/>
OBESIDAD	<input type="checkbox"/>
OTROS	<input type="checkbox"/>

HABITOS TOXICOS

TABAQUISMO	<input type="checkbox"/>
DROGADICCION	<input type="checkbox"/>

TIPO DE ECV ISQUEMICO SEGUN CLÍNICA

TERRITORIO ANTERIOR	<input type="checkbox"/>
TERRITORIO POSTERIOR	<input type="checkbox"/>

INICIO DE LA

SINTOMATOLOGIA	
MANANA	<input type="checkbox"/>
TARDE	<input type="checkbox"/>
NOCHE	<input type="checkbox"/>
NO SABE	<input type="checkbox"/>

LUGAR DE INICIO

CASA	<input type="checkbox"/>
CALLE	<input type="checkbox"/>
TRABAJO	<input type="checkbox"/>

SITUACIÓN DE LOS HECHOS

SOLO	<input type="checkbox"/>
ACOMPANADO	<input type="checkbox"/>

SINTOMATOLOGIA

DIFICULTAD EN EL HABLA	<input type="checkbox"/>
DERRAME FACIAL	<input type="checkbox"/>
PARALISIS EN EXTREMIDADES	<input type="checkbox"/>

PÉRDIDA DE SENSIBILIDAD EN CARA	
PERDIDA DE SENSIBILIDAD EN EXTREMIDADES	
VISIÓN DOBLE	
MAREO DE APARICION BRUSCA	
PERDIDA SUBITA DE LA VISION PARCIAL O LATERAL	
CEFALEA	
INESTABILIDAD DE LA MARCHA	
DIFICULTAD PARA TRAGAR	

HORA DE LLEGADA A LA APS

≤ 4 HORA	
5-8 HORAS	
9-12 HORAS	
13-16 HORAS	
17-20 HORAS	
21-24 HORAS	
> 24 HORAS	

TIEMPO DE MOVILIZACIÓN HASTA LA EMERGENCIA DEL HOSPITAL

< 1 HORA	
1-4 HORAS	
5-8 HORAS	
9-12 HORAS	
>12 HORAS	

ESCALAS UTILIZADAS PARA EL DIAGNÓSTICO

ESCALA DE CINCINNATI	
ESCALA DE MELBOURNE DE AMBULANCIA DE ICTUS	

ESCALA DE ICTUS DE LOS ANGELES	
NINGUNA	

MANEJO INICIAL DENTRO DE LA APS

VALORES DE SIGNOS VITALES	
Frecuencia Cardiaca	
Frecuencia Respiratoria	
Presión Arterial	
Saturación de Oxígeno	
Temperatura	

	SI	NO
POSICIÓN SEMIFOWLER		
VÍA VENOSAPERMEABLE		
OXIGENOTERAPIA		
MANEJO DE LA PRESIÓN ARTERIAL		

TRATAMIENTO RECIBIDO (FARMACO Y DOSIS).....

HEMOGLUCOTEST	
< 60 mg/dl	
60-100 mg/dl	
100- 140 mg/dl	
>140 mg/dl	
NO SE REALIZÓ	

CORRECCIÓN DE GLICEMIA	
------------------------	--

ANEXO #7

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LOS PACIENTES

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABI
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA



CONSENTIMIENTO INFORMADO A LOS PACIENTES QUE FORMARÁN PARTE DEL ESTUDIO “MANEJO PREHOSPITALARIO DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO RECIBIDOS EN EMERGENCIA DEL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA, MAYO – OCTUBRE 2015”

ACEPTA PARTICIPAR UD. ACTIVAMENTE EN ESTE ESTUDIO DURANTE EL TIEMPO QUE DURE.

EN ESTE ESTUDIO QUEREMOS DETERMINAR EL MANEJO PREHOSPITALARIO DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO

PUEDE UD. ABANDONAR EL PRESENTE ESTUDIO EN EL MOMENTO QUE ASI LO DESEESU ATENCIÓN MÉDICA NO CAMBIARÁ DE MANERA ALGUNA SI DICE QUE NO.

LOS MIEMBROS DE ESTE ESTUDIO NO SE RESPONSABILIZAN POR CUALQUIER TIPO DE COMPENSACIÓN ECONÓMICA.

NOMBRES Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE:

Nº DE CEDULA:

NOMBRES Y APELLIDO DEL TUTOR:

FECHA:

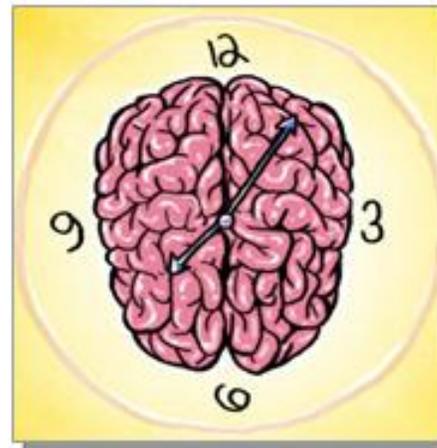
FIRMA:

ANEXO #8
TRÍPTICOS

ESCALA DE MELBOURNE

Elementos de la historia clínica	
Edad > 45 años	
Ausencia de antecedentes de convulsiones o epilepsia	
Paciente no encamado ni en silla de ruedas	
Glucemia entre 50 y 400 mg/dL	
Elementos de la exploración física	
Comisura facial	
Pedir que el paciente sonría o muestre los dientes	
Normal: ambos lados se mueven igual	
Anormal: uno de los lados no se mueve	
Fuerza en los brazos	
Pedir al paciente que con los ojos cerrados extienda ambos brazos durante 10 segundos	
Normal: ambos brazos se mueven/se mueven por igual	
Anormal: uno de los brazos no se mueve o cae con respecto al otro	
Apretón de manos	
Coger ambas manos del paciente y pedirle que apriete	
Normal: apretón de manos igual en ambas manos/te aprieta en ninguno de los casos	
Anormal: debilidad o no aprieta en uno de los casos	
Lenguaje	
Pedir que el paciente repita una frase	
Normal	
Anormal: tartamudo, incapaz de hablar, palabras incorrectas	
Criterios para identificar ictus	
Presencia de cualquiera de los elementos en la exploración física	
Respuesta afirmativa en todos los elementos de la historia clínica	

“Tiempo es Cerebro”

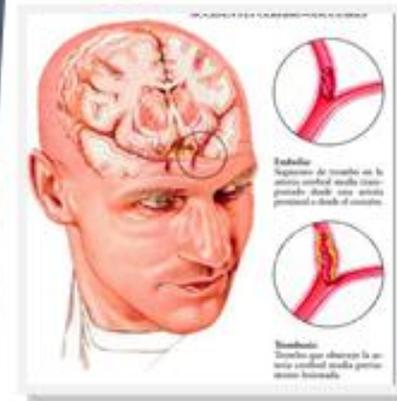


Egresadas de Medicina:

Srita. Kerly Mendoza/ Srita. Gema Soledispa

Santa Ana, octubre 2015

MANEJO
PREHOSPITALARIO DE
LOS PACIENTES CON
ENFERMEDAD
CEREBROVASCULAR
ISQUÉMICO RECIBIDOS
EN EMERGENCIA DEL
HOSPITAL DR. VERDI
CEVALLOS BALDA,
MAYO – OCTUBRE 2015



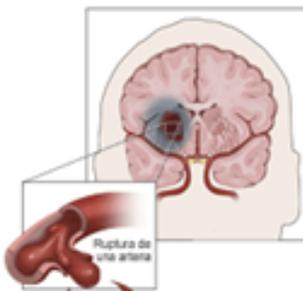
ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR ISQUEMICA

La Enfermedad Cerebrovascular se define como el desarrollo de signos clínicos de alteración focal o global de la función cerebral, con síntomas que tienen una duración de 24 horas o más según la Organización Mundial de la Salud.

La Enfermedad Cerebrovascular es un síndrome clínico ocasionado por un trastorno de la perfusión cerebral, incluyendo la oclusión de la luz por embolia o trombosis, ruptura de un vaso, una alteración de la permeabilidad de la pared del vaso, o aumento de la viscosidad u otro cambio en la calidad de la sangre que fluye a través de los vasos cerebrales.

La ECV es considerada una emergencia médica

Accidente Cerebrovascular Hemorrágico



ESCALA PREHOSPITALARIA DE ICTUS DE CINCINNATI

Asimetría facial:

- Normal: Ambos lados de la cara se mueven de forma simétrica
- Anormal: Un lado de la cara no se mueve tan bien como el otro

Fuerza en los brazos:

- Normal: ambos brazos se mueven igual o no se mueven
- Anormal: un brazo no se mueve o cae respecto al otro.

LENGUAJE:

- Normal: el paciente utiliza palabras correctas sin tartamudear.
- Anormal: el paciente arrastra las palabras, utiliza palabras incorrectas o no puede hablar.



ESCALA PREHOSPITALARIA DE ICTUS DE LOS ÁNGELES

Criterios de tamizaje	DERECHA		IZQUIERDA	
	SÍ	NO	SÍ	NO
Edad mayor a 45 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sin historia previa de enfermedad convulsiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Síntomas establecidos en las últimas 24 h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paciente ambulatorio previo al evento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glucosa sérica de entre 60 y 400 mg/dL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Examen físico: Buscar asimetría evidente	NORMAL			
Sonrisa o gesticulación facial:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fuerza de prensión:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Debilidad de extremidad superior:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Basado en el examen, el paciente tiene sólo debilidad unilateral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



ESCALA DE CINCINNATI CENTRO DE SALUD SANTA ANA

Detectar y consultar

Para identificar si una persona acaba de sufrir un infarto cerebral, pídale que:

SEÑALES DE ALERTA



Si la persona tiene problemas para ejecutar cualquiera de estas órdenes, acuda de inmediato al centro de urgencia más cercano.

4,5 horas
desde el infarto cerebral
es el plazo para aplicar
una trombólisis.

Fuente Sonoplyn, American Stroke Association

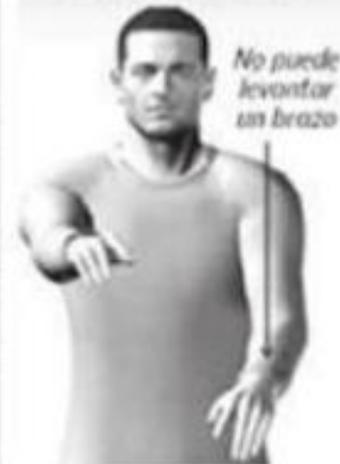
1

Sonría. La sonrisa debe ser simétrica.



2

Alce los brazos juntos con los ojos cerrados. Ambos deben subir.



3

Diga su nombre o pronuncie una frase simple, pero coherente.



EL MERCURIO

ANEXO #10



La señorita Kerly Mendoza en la recolección de datos (historia clínica de los pacientes)



ANEXO #11



La egresada Gema Soledispa recabando datos necesarios de los pacientes



ANEXO #12



Ejecución de la propuesta en el Centro de Salud “Santa Ana”.



Entrega de Trípticos (Paramédicos)

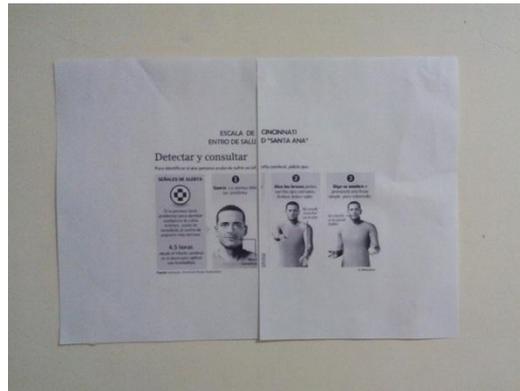
ANEXO #13



Las estudiantes socializando resultados de la investigación



ANEXO # 14



Escala de Cincinnati en la sala de espera del Centro de Salud Santa Ana



Srta. Kerly Mendoza y Srta. Gema Soledispa Autoras de la Investigación