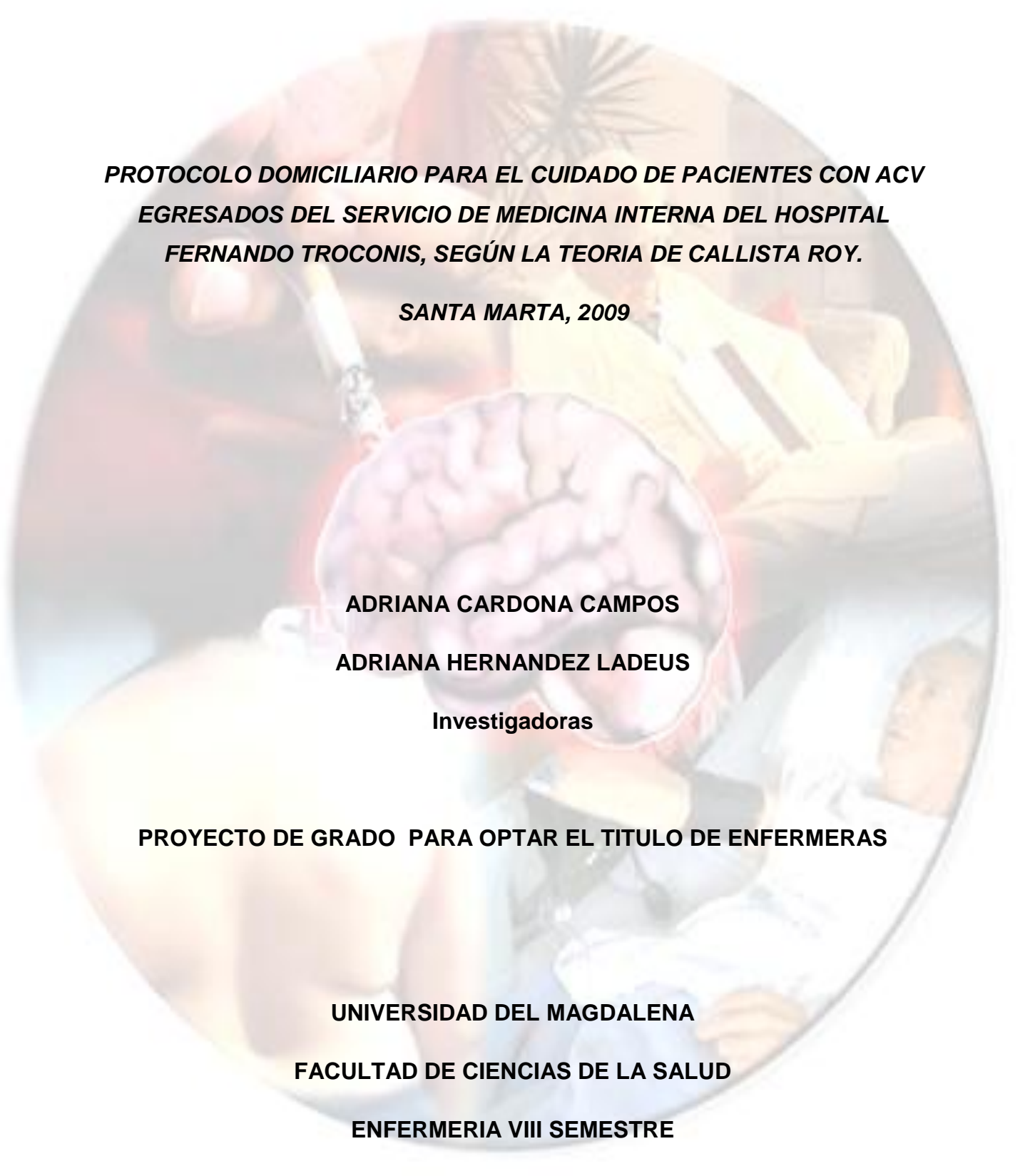


**PROTOCOLO DOMICILIARIO PARA EL CUIDADO DE PACIENTES CON ACV
EGRESADOS DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL
FERNANDO TROCONIS, SEGÚN LA TEORIA DE CALLISTA ROY.**

SANTA MARTA, 2009



**PROTOCOLO DOMICILIARIO PARA EL CUIDADO DE PACIENTES CON ACV
EGRESADOS DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL
FERNANDO TROCONIS, SEGÚN LA TEORIA DE CALLISTA ROY.**

SANTA MARTA, 2009

ADRIANA CARDONA CAMPOS

ADRIANA HERNANDEZ LADEUS

Investigadoras

PROYECTO DE GRADO PARA OPTAR EL TITULO DE ENFERMERAS

UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ENFERMERIA VIII SEMESTRE

SANTA MARTA DTCH

AGOSTO DE 2009

**PROTOCOLO DOMICILIARIO PARA EL CUIDADO DE PACIENTES CON ACV
EGRESADOS DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL
FERNANDO TROCONIS, SEGÚN LA TEORIA DE CALLISTA ROY.**

SANTA MARTA, 2009

Asesora científica

ANETH CRISTINA RIVAS CASTRO

Especialista En cuidado critico

Especialista en Nefrología y Urología

Magíster en Enfermería

Asesora Metodológica

MARGARITA MONTOYA

Magister en investigación

UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ENFERMERIA VIII SEMESTRE

SANTA MARTA DTCH

AGOSTO DE 2009



NOTA DE ACEPTACIÓN:

Presidente del jurado

Jurado

Jurado

Santa Marta, D.T.C.H.

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS



"Dedico este trabajo y toda mi carrera a Dios mi consejero y guía, por estar siempre a mi lado, dándome la fuerza que necesité y ofreciéndome señales para seguir adelante y nunca desfallecer en este recorrido.

A mis amados padres, Luis Felipe y Marleny quienes con su amor y comprensión me abrieron el camino y me motivaron día tras día a recorrerlo para lograr ser quien soy. Les agradezco, ya que debido a sus esfuerzos nunca me faltó cariño, consejos o regaños cuando por algún motivo me desviaba de mi camino.

Le agradezco a mis hermanos, a Harold por ser mi ejemplo y a Brenda por hacerme el suyo.

A Janner Maestro mi negro hermoso, quien muchas veces me presto el tiempo que le pertenecía para terminar este trabajo, y quien con sus palabras de amor y fortaleza me impulso a seguir cada día. Gracias por permitirme ser quien soy.

A Aneth Rivas, quien más que una docente y asesora de este proyecto, fue una amiga; que con sus palabras me recordó que era capaz y que nada me podía quedar grande. Gracias Aneth por el empujoncito.

A Myleidy Cruz, mas que mi amiga y confidente mi hermana, quien con sus locuras le dio a mi vida un toque especial.

A la Universidad del Magdalena por su colaboración ante la realización de este proyecto y a mis docentes de siempre Tatiana, Mirith, Graciela y Aneth, por guiarme, inculcarme principios, y despertar en mí el amor y la pasión que siento hacia mi profesión. Y otros docentes que no son anónimos pero que han estado ahí para darme impulso.

Gracias pues es a ellos a quienes les debo esto.

Adriana Cardona Campos

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS



A Dios creador del universo y dueño de mi vida , quien me dio la fe y la fortaleza necesaria para salir siempre adelante pese a las dificultades, por colocarme en el mejor camino, iluminando cada paso de mi vida, y por darme la salud y la esperanza para terminar esta investigación.

A mis padres, María Ladeus y Fermán Hernández y hermanos: Fermán David, Eidy Lorena por confiar en mí y dejarme volar.

A Tatiana González Noguera por ser mi guía y enseñarme que no hay límites, que lo que me proponga lo puedo lograr.

A Graciela Emilia Vargas por infundir en mi formación el liderazgo y pro actividad que constituyen la esencia en mi profesión.

A Carlos Guillen por el apoyo incondicional que me brindo a lo largo de la carrera.

A todas las directivas de la Universidad Del Magdalena, por su apoyo y colaboración para la realización de esta investigación.

Al programa de Enfermería, por el soporte institucional dado para la realización de esta investigación en especial a la jefe Aneth Rivas. Una enfermera del alma.

A todas aquellas personas que de una u otra forma, colaboraron o participaron en la realización de esta investigación, hago extensivo mi más sincero agradecimiento.

Adriana Hernández Ladeus

TABLA DE CONTENIDO



	PÁG.
1. Introducción.....	8-10
2. Planteamiento y formulación del problema.....	11-12
3. Objetivos.....	13
3.1 General.....	13
3.2 Específicos.....	13
4. Justificación.....	14-15
5. Antecedentes.....	16-20
6. Marcos.....	21-35
6.1 Marco teórico.....	21-31
6.2 Marcos conceptual.....	32-35
7. Diseño Metodológico.....	36-40
7.1 Tipo de estudio.....	36
7.2 Universo, población y muestra.....	36
7.3 Técnica de muestreo.....	36
7.4 Criterios de inclusión y exclusión.....	37-38
7.5 Descripción de instrumentos utilizados.....	38-39
7.6 Procedimientos de recolección y análisis.....	39
7.7 Aspectos Éticos.....	40
8. Resultados.....	41-56
9. Conclusiones.....	57
10. Discusión.....	58
11. Recomendaciones.....	59
Bibliografía.....	60-62
Anexos.	63- 7



1. INTRODUCCIÓN

La Adaptación física y fisiológica provenientes de un Accidente cerebrovascular, va de la mano de los cambios asociados a los procesos de enfrentamiento propio de cada uno de los individuos afectado por este; la sociedad, la cultura y el entorno familiar, son las que determinan la transformación del hombre en su nuevo rol dentro del proceso del ciclo vital. La utilización del modelo de Callista Roy en el cuidado permite realizar una valoración integral e identificación de estímulos y respuestas inefectivas con mayor precisión, facilitando a la enfermera la planeación del cuidado de sus pacientes.

En las situaciones resultantes de un ictus es posible que los pacientes y su familia tengan que adaptarse a diversas y complejas situaciones las cuales física y fisiológicamente recaerán sobre la vida del paciente así como también un importante mental y emocional. Ayudar a un paciente que ha sufrido un ictus a sobrevivir a la fase aguda supone importantes retos para la familia y el conocimiento de los profesionales de enfermería en el desarrollo de su profesión.

El accidente cerebrovascular se produce cuando se interrumpe repentinamente el suministro de sangre a una parte del cerebro o cuando se rompe un vaso sanguíneo en el cerebro. Las células cerebrales, cuando dejan de recibir oxígeno o nutrientes de la sangre (isquemia), mueren. Esta isquemia conduce finalmente a la muerte de las células cerebrales, que son sustituidas por una cavidad llena de fluido, Además de los problemas causados por daños neurológicos, los pacientes que han sufrido un ACV corren también el riesgo de padecer otros problemas graves que reducen las probabilidades de supervivencia. Entre estos se incluyen trombosis venosa profunda, embolismo pulmonar, neumonía y una infección extendida. Los pacientes que han sufrido un ACV también tienen riesgo de problemas cardíacos, así como de infecciones de las vías urinarias, las cuales son muy comunes; sumado a esto, existen problemas provocados por pérdida de



movilidad (contracturas articulares, ulcera de decúbito), pérdida del movimiento o sensibilidad en una parte del cuerpo de forma permanente, fracturas óseas, disminución de la comunicación e interacción social, disminución de la habilidad para actuar por si mismos y disminución del periodo de vida. Estas consecuencias dependen del tipo de función afectada y la gravedad, difieren según el punto en el que se localiza la oclusión y la extensión de la lesión. No todas las células del territorio afectado mueren inmediatamente, sino que hay una parte que están en "riesgo de morir", y con el tratamiento adecuado pueden salvarse. La evolución dependerá de la intensidad y localización de la isquemia y de la capacidad del cerebro para recuperarse, así como también del tratamiento y rehabilitación que se de a cada uno de estos pacientes.

Más de la mitad de los paciente tras un accidente cerebrovascular sobreviven más de cinco años. Sin embargo, los supervivientes de ACV hemorrágicos presentan una probabilidad mayor de recuperación funcional al de los supervivientes de ACV isquémicos. Como parte positiva, el 90% de los pacientes que logran sobrevivir a un ACV experimentan diferentes grados de mejora tras la rehabilitación. Además, otros estudios, sostienen que aquellos que logran sobrevivir durante muchos años tras un ACV presentan una capacidad de valerse por sí mismos y vivir sin dependencia de nadie semejante a los de su edad que no ha padecido ninguna apoplejía, Debido a esto se hace necesario la implementación de un plan de atención de enfermería, en el cual el paciente logre expresar su máximo punto de adaptación y independencia en sus actividades de la vida diaria.

Este protocolo de cuidados domiciliario, mas que minimizar los déficits o discapacidades, busca aumentar el proceso adaptativo de cada uno de los pacientes así como facilitar su reintegración social. Es un proceso activo que requiere la colaboración y capacidad de aprendizaje del paciente y de su familia.

El modelo de adaptación de Callista Roy facilita la comprensión de los procesos regulador y cognitivo que sucede en la persona e identifica los procesos de

adaptación que puedan presentar las personas cuando algún estímulo interno o externo del ambiente se convierte en agresor.



Es necesario hacer comprender que no se conseguirá una recuperación total. El objetivo fundamental es ayudar al paciente a adaptarse a sus déficits y no a librarse de ellos, ya que en la mayoría de los casos, la lesión neurológica se recupera en todo o en parte espontáneamente en un período de tiempo variable o no se recupera nunca; todo depende de la gravedad del ictus.

En resumen se puede decir que el modelo de Roy se centra en la adaptación del hombre hacia los cambios de él en su entorno cuando se ve agredido por algún estímulo; Debido a esto, la importancia de este protocolo es marcada, ya que para obtener un resultado positivo en el paciente, no basta que este realice algunos ejercicios o se desplace con ayuda de sus familiares si no que reciba una orientación precisa con respecto a las modificaciones y adaptaciones necesarias en las prácticas de la vida diaria.



2. PLANTEAMIENTO Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

2.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los servicios de medicina interna, Unidad de Cuidados Intensivos, y emergencias, constituyen áreas hospitalarias que se caracterizan por contar con una alta tecnología y un personal técnicamente capacitado y con características humanas particulares para cuidar y velar por la recuperación del paciente tras un accidente cerebrovascular.

El personal clínico al cumplir esmeradamente con su trabajo y luego de jornadas duras de cuidado hacia el paciente, logra la recuperación parcial de éste y dan de alta. Pero ¿Qué pasa con los cuidados en casa? ¿Por qué los pacientes regresan nuevamente a una sala de urgencias? La atención del familiar en casa; su nivel de comprensión de la patología, su habilidad para el cuidado y realización de ciertos procedimientos especiales del paciente son insuficiente para la mejoría de la calidad de vida ya que muchas de estas personas pueden verse comprometidas física o psicosocialmente y, por lo tanto, no ser capaces de asumir el papel de cuidador principal de un paciente con estas características.

Debido a esto, los hospitales de hoy requieren tener un plan para efectividad y eficiencia en la salida de los pacientes a su domicilio. El factor más importante en una buena salida planeada es que está comenzando desde el mismo día en que se hace la admisión. La fuerza del plan de cuidado de enfermería es preparar al paciente en el autocuidado, realizando: Valoración o identificación del diario vivir y anticipada valoración psicosocial y psicología de necesidades del paciente, Planear apropiándose continuamente del cuidado e incluir necesidades cuando



hay cambio y terminación de servicios; por lo común, proveer cuidados de indicadores de cuidado, preparar y remitir al paciente por admisión de servicios de cuidado, o preparar al paciente para adaptarse a diversas situaciones y fomentar su autocuidado en la terminación del cuidado institucional, actividades que no se están llevando a cabo en las entidades prestadoras de salud.

El cuidado en casa que se pretende brindar a los pacientes, debe llegar a incluir un plan de cuidados que esté avalado por el proveedor del cuidado o cuidador, del mismo modo debe estar aprobado por el paciente y el miembro de familia más involucrado en el cuidado del enfermo y además por los miembros del equipo multidisciplinario. Debe estar acondicionado al contexto donde se va a ejecutar, dar varias opciones y en un momento dado, tener flexibilidad de adaptarse a las personas comprometidas en el cuidado.

2.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuales son los cuidados que se deben aplicar a pacientes egresados del servicio de hospitalización en medicina interna del Hospital Universitario Fernando Troconis con Accidente Cerebrovascular según la teoría de Callista Roy para alcanzar su mayor nivel de adaptación en las actividades de la vida diaria?



3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Diseñar un plan de cuidado domiciliario estandarizado para el paciente con Accidente Cerebrovascular según la teoría de adaptación de Callista Roy, por medio de un estudio descriptivo, observacional de “*serie de casos*” que permita la atención integral de la enfermera, el cuidador y el paciente, promueva la adaptación del paciente a su nueva condición y por ende desarrolle su máximo potencial en la realización de las actividades de la vida diaria.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar la población según variables demográficas
- Aplicar instrumento de callista Roy valorando así los diferentes modos de adaptación que plantea; fisiológico, auto concepto, función del rol e interdependencia.
- Identificar estímulos focales, contextuales y residuales en pacientes con accidentes cerebro vascular egresados del hospital Fernando Troconis así como su nivel de adaptación en el entorno.
- Determinar diagnósticos y posibles intervenciones de enfermería basadas en el modelo de callista Roy según las necesidades del paciente con Accidente Cerebrovascular.



4. JUSTIFICACIÓN

Los estilos de vida de la población han cambiado radicalmente en los últimos años. Los inadecuados hábitos alimenticios, el sedentarismo, el tabaquismo y el estrés han elevado los índices de la obesidad, la dislipidemia, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus, que favorecen el desarrollo acelerado de estas enfermedades y sus complicaciones cada vez a más temprana edad; las cuales acarrear constantes conductas adaptativas en cada uno de los pacientes que las padecen.

Según la organización mundial de la salud (OMS) El Accidente cerebrovascular es una de las principales causas de muerte en todo el mundo. En 1999 produjeron el 31% de todas las muertes y para el año 2010 se estima que aumentará a un 36%.¹ Hecho que es alarmante para las Entidades Promotoras De Salud, ya que al aumentar el padecimiento de la enfermedad, aumentan los gastos y costos por estancia hospitalaria de los pacientes en las diversas Instituciones Prestadoras de Salud. Debido a esto, se evidencia la importancia de un protocolo de atención domiciliaria, el cual sea eficiente y efectivo a la hora de brindar atención especializada en casa.

Según la OMS, solo en el año 2001 5.5 millones de personas murieron como consecuencia de la enfermedad. De cada 100 pacientes que sufren ACV 10 fallecen de inmediato, 15 en el curso del primer año y 8 en el curso del segundo, es decir que el 33% estará muerto dentro de los primeros dos años. En Europa producen el 49 por ciento de todas las muertes (55 por ciento en mujeres y 43 por ciento en hombres), es decir más de cuatro millones de decesos por año, mientras que el infarto cardíaco ocasiona dos millones de muertes en el mismo lapso. En Colombia el 28% de todas las muertes se deben a accidentes cerebro vasculares,

¹ Organización Mundial de la salud, Accidente Cerebrovascular



mientras que en el valle y en el sur occidente del país se estima que estas enfermedades son las responsables del 38% de todas las muertes.²

En latino América; Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México, Perú y Venezuela, el 78% de las personas desconocen que el ACV es la primera consecuencia de la hipertensión arterial cuando esta no se controla correctamente.³

Los pacientes con ACV se encuentran entre los que requieren un mayor nivel de intensidad en los cuidados precisando para su mejoría una estandarización de los mismos dentro de un plan de cuidados.⁴

Por tal motivo en el presente trabajo de grado se diseñará un programa de rehabilitación y adaptación integral dirigido al paciente con ACV que focalice lo físico, psicológico y lo social; buscando ser el más eficiente a la hora de ayudar a que un paciente logre la mayor independencia después de haber sufrido un ACV.

La investigación de enfermería tiene como objetivo desarrollar el conocimiento que guía y apoya la práctica y la disciplina. La investigación referente al cuidado domiciliario con pacientes que han sufrido ACV es importante para los estudiantes del programa de enfermería por que a través de esta, se contribuye en la generación de conocimientos, además sirve como base para futuras investigaciones que planteen diferentes protocolos y/o programas de atención y cuidados para mejorar la Calidad de vida de los pacientes con accidente cerebrovascular. A la vez, contribuirá con las líneas de investigación del programa de enfermería de la Universidad Del Magdalena, específicamente con la línea de Ciencias del cuidado en enfermería en la cual se ve representada propiamente el ser del personal de enfermería.

² Organización mundial de la salud, Día mundial del accidente cerebro vascular, noviembre del 2005

³ *Ibíd.* Pág. 12

⁴ José Ibáñez Muñoz, María José Godoy Chiclana, Rafael Expósito Godoy, *Inquietudes: Revista de enfermería*, Plan de cuidados estandarizado del paciente con A. C. V. (Accidente Cerebro Vascular) ISSN 1135-2086, Año 13, N°. 36, 2007, págs. 29-36.



5. ANTECEDENTES

En España, en la ciudad de Almería⁵, en un estudio publicado en revista Alborán de Enfermería; el Servicio Andaluz de Salud, propone entre otras estrategias, la figura de la enfermera comunitaria de enlace, la cual gestiona los cuidados domiciliarios de forma coordinada con todos los profesionales de la zona básica de salud. Éstos trabajan en la gestión de casos, definida como "un proceso de colaboración mediante el que se valoran, planifican, aplican, coordinan, monitorizan y evalúan los cuidados y servicios necesarios para satisfacer las necesidades de salud de una persona", procura la continuidad de los cuidados, como un proceso de anticipación a las necesidades que el paciente tendrá después del alta.

En España, en la ciudad de Manresa (2000)⁶ se ha seguido durante 28 años a una cohorte de 1.059 varones de 30-59 años al inicio, y se han registrado los nuevos casos fatales y no fatales de AVC, así como la asociación de AVC con los factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. El 64% de los casos se registraron después de los 60 años de edad. El 91,6% de casos mortales fue en personas de más de 60 años. Los factores asociados a la morbimortalidad por AVC fueron la edad, la hipertensión arterial y el sobrepeso.

⁵ Arqueros Pérez, R. Fernández Bono, N. Galdeano Rodríguez, JJ. García Arrabal, A. Godoy Fernández, JM. Moreno López, R. Ortuño Moreno, R. Ramos Alfonso, MC. Rodríguez López. *Comisión de Cuidados de Área Complejo Hospitalario Torrecárdenas- Distrito Almería.*

⁶ Luis Tomás Abadal, Teresa Puig y Ignacio Balaguer Vintró. Departamento de Cardiología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. Rev Esp Cardiol 2000; 53: 15 – 20 ISSN: 1579-2242



En España, En la ciudad de Murcia, Navarro Moya, Rodríguez González, Vigueras Lorente, Nicolás Vigueras (2003)⁷ en el artículo presentado como ponencia en la II jornada de enfermería neurológica de las comunidades de Murcia y Valencia, Se expone una idea de lo que supone el accidente cerebrovascular, La incidencia de accidentes cerebrovasculares aumenta con la edad, de tal forma que dos tercios de ellos se producen en personas mayores de 65 años. En la bibliografía actual son numerosos los artículos que abordan esta patología según el enfoque de atención especializada. Puesto que los pacientes que sufren un ACV van a pasar la mayor parte del tiempo en su domicilio, con este artículo se pretende ofrecer la perspectiva de atención domiciliaria.

En Estados Unidos, en el estado de Minnesota, Gabriel A Centanaro⁸ habla del manejo de la enfermedad cerebro vascular y que la prevalencia su media es de casi el 1% y la incidencia es de más de 100 por cada 100000 habitantes. El manejo de la enfermedad cerebro vascular incluye: 1) medidas para diagnosticar tempranamente el ACV. 2) limitar las consecuencias neurológicas del mismo. 3) prevenir y tratar las complicaciones. 4) estrategias para prevenir un nuevo episodio incluyendo modificación para factores de riesgo y terapia antiagregante e hipolipemiente. 5) promover una efectiva rehabilitación en el hogar.

En Cuba, en el municipio de Ciego de Avila, Daiyan Martín Chaviano,⁹ realizó un estudio observacional descriptivo de serie de casos de todos los enfermos ingresados en las UCI y intermedios del adulto, en el Hospital provincial "Dr.

⁷ Navarro Moya, Rodríguez González, Vigueras Lorente, Nicolás Vigueras, El paciente con ACV: Una perspectiva de atención primaria, En: Enfermería global, No 3, Noviembre de 2003, ISSN 1695-6141.

⁸ Gabriel A Centanaro, Manejo agudo del accidente cerebrovascular en la sala de urgencias, En: Compumedicina, Universidad Nacional de Colombia, ISO-8859-1, Lunes, 15 de Noviembre de 2004 17:15:02

⁹ Daiyan Martín Chaviano, Caracterización clínica de las enfermedades cerebrovasculares en las unidades de atención al grave. Hospital Provincial Docente General "Roberto Rodríguez" Morón, 2005



Antonio Luaces Iraola”, en el período comprendido entre marzo del 2004 y mayo del 2005, que presentaron como diagnóstico al ingreso, una ECV. El estudio arrojó como resultado que fueron ingresados en las unidades de cuidados intensivos e intermedios de nuestro hospital, 184 pacientes con el Dx presuntivo de ECV. De estos 121 (65.76%), presentaron una variante isquémica y 63 (34.24%) una hemorrágica, al tiempo que 104 (56.52%) pertenecían al sexo femenino, mientras los 80 restantes (43.48%) al masculino.

En Perú, en la ciudad de Lima, ERA MIYAR, CLARA RAISA, LIMA MARTINEZ, LIMAY, ALONSO FREYRE, JORGE LUISSE¹⁰ en un estudio descriptivo prospectivo “Ictus cerebral e ingreso en el hogar” en pacientes que egresaron con el diagnóstico de ictus cerebral de la unidad de cuidados intermedios de adultos del hospital Clínicoquirúrgico Docente “Mártires del 9 de abril” de Sagua la Grande,. Fueron ingresados en el hogar después de encontrarse estabilizados, se analizaron datos generales y epidemiológicos, y se concluyó que en la muestra existió un predominio de ictus isquémico. La hipertensión arterial, el hábito de fumar y los ictus previos, fueron los factores de riesgo más frecuentes, y las parálisis y los trastornos del lenguaje y esfinterianos los síntomas invalidantes predominantes al ser egresados del hospital.

En Chile, LUNA-MATOS, MATILDE, MCGRATH, HAROLD Y GAVIRIA, MOISÉS.¹¹ En su estudio “Manifestaciones neuropsiquiátricas en ACV”. El cual

¹⁰ VERA MIYAR, Clara Raisa, LIMA MARTINEZ, Limay, ALONSO FREYRE, Jorge Luis et al. Ictus cerebral e ingreso en el hogar. *Revista Cubana Med Gen Integr*, nov.-dic. 2001, vol.17, no.6, p.520-525. ISSN 0864-2125.

¹¹ LUNA-MATOS, Matilde, MCGRATH, Harold y GAVIRIA, Moisés. Manifestaciones neuropsiquiátricas en accidentes cerebrovasculares. *Rev. chil. neuro-psiquiatr.*, jun. 2007, vol. 45, no.2, p.129-140. ISSN 0717-9227.



muestra los avances y conceptos agregados hasta la fecha que ayudan al diagnóstico, tratamiento y la investigación. En este se: Se revisó la bibliografía publicada en cuatro bases electrónicas (Medline, EBSCO, ProQuest, Ovid) usando términos relacionados con manifestaciones neuropsiquiátricas en el ACV; además muestra que los ACV pueden producir una serie de manifestaciones neuropsiquiátricas como depresión, manía, apatía, ansiedad, psicosis, etc. Recientemente se ha propuesto el término de Desorden de Expresión Emocional Involuntaria que pretende homogenizar criterios para el llanto y risa patológica, labilidad emocional o afectiva, emocionalismo, incontinencia emocional, emociones o afectos patológicos, y descontrol emocional, términos usados para describir una misma patología. Asimismo, el termino Deterioro Cognitivo Vascular ha sido propuesto para englobar el amplio espectro de cambios cognitivos y conductuales asociados a ACV sin demencia. Además, se brinda especial atención al estudio e instrumentalización de las funciones ejecutivas, teoría de la mente y empatía, conceptos que describen habilidades propiamente humanas, que también se ven deterioradas. Y se concluyo que Los síntomas neuropsiquiátricos obstaculizan el proceso de rehabilitación, deterioran el nivel de vida del paciente, creando institucionalización y agregando mayor carga emocional y economía a los responsables del paciente

En Colombia, en la ciudad de Santa Marta, E, Arguelles: N, Reyes, D, Silva;¹² En su estudio: *Valoración de Enfermería Basada en el modelo de Callista Roy a pacientes en terapia de hemodiálisis en la clínica renal nefrología limitada*, Investigación de tipo descriptivo, retrospectivo cuantitativo, tomaron como muestra 60 pacientes en terapia de hemodiálisis, con diagnóstico de insuficiencia renal crónica, a los cuales fue aplicado el instrumento de valoración de Callista Roy, se identificaron diferentes estímulos focales, contextuales y residuales, y así determinaron el nivel de adaptación de cada uno de los pacientes participantes en

¹² , Arguelles: N, Reyes, D, Silva; *Valoración de Enfermería Basada en el modelo de Callista Roy a pacientes en terapia de hemodiálisis en la clínica renal nefrología limitada*, Santa Marta 2006 - I

el estudio. Teniendo como resultado la elaboración de un plan de cuidados para este tipo de pacientes.



En Colombia, Las investigadoras E, Egurrola; A, Romero; A, Suarez;¹³ En su trabajo de Grado, *Aplicación del modelo de Callista Roy, para pacientes con infarto agudo del miocardio en su fase aguda.* Estudio de Tipo Longitudinal, prospectivo intervencionista, En el cual observaron fenómenos particulares del Infarto agudo de Miocardio de la muestra escogida, todos los pacientes que ingresaron al servicio de urgencias con diagnóstico de IAM que fueron trasladados a la Unidad de Cuidados Intensivos Del Hospital central Julio Méndez Barreneche y la clínica José María Campo Serrano en el periodo comprendido entre el 1ro de Diciembre del 2002 al 15 de enero de 2003. Obteniendo como resultado Diversos diagnósticos de enfermería relacionados con la patología y su proceso adaptativo, los cuales abarcan al ser humano como un ser biopsicosocial y no solo como un ser físico y fisiológico.

¹³ E, Egurrola; A, Romero; A, Suarez; *Aplicación del modelo de Callista Roy, para pacientes con infarto agudo del miocardio en su fase aguda. Santa Marta 2003*



6. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL.

6.1. MARCO TEÓRICO

Los modelos conceptuales de enfermería, proporcionan un marco de referencia para la práctica e indican el camino en la fundamentación y el desarrollo de la esencia disciplinar, que es el cuidado. El progreso en el desarrollo de los modelos y teorías de enfermería ha permitido un avance de la disciplina, una evolución y madurez de su conocimiento

Para Roy, el modelo de Adaptación es una forma de articular un cuerpo de conocimientos científicos de enfermería, que pueden utilizarse para guiar la práctica de la profesión (Wolbert Burgués), dados a través de una perspectiva conceptual sobre fenómenos interrelacionados, los cuales ayudan a conocer y entender de un modo más amplio el cuidado.

El Modelo de Adaptación propuesto por Callista Roy se fundamenta en dos teorías: la Teoría de Sistemas propuesta por Rapoport y Bertalanffy, que le sirvió para considerar a la persona como un sistema adaptativo humano, descrito como un todo, con partes que funcionan como una unidad con un propósito o fin; y la Teoría de Adaptación, de Helson, de donde se originó el Modelo y del cual se desprende que los seres humanos son seres adaptativos, con capacidad para adaptarse y crear cambios en el ambiente, y cuyas respuestas están dadas en función de los estímulos entrantes y del nivel de adaptación de la persona, representado en las formas como los seres humanos enfrentan los procesos vitales.¹⁴

Roy, valora la participación activa de las personas en su propio cuidado, y afirma que aunque esta participación no pueda ser siempre posible, como en el caso de

¹⁴ . Díaz de Flórez L. Quintero MC. Aplicación de Modelo de adaptación en el ciclo vital humano: Conceptualización. 1 ed. Bogotá. 2003.



los bebés y de los pacientes inconscientes, "la enfermera está permanentemente consciente de la responsabilidad que tiene el paciente de participar en su propio cuidado cuando esté en capacidad de hacerlo" (Roy, 1981).

Este modelo se basa en el supuesto de que las personas son totalidades integradas, capaces de actuar. Más específicamente, se basa en la creencia que Roy tiene de los principios generales del humanismo y de la Veritivity. Para el Modelo, el humanismo es "un gran movimiento filosófico y psicológico, que reconoce a la persona y las dimensiones subjetivas del conocer y del valorar". Y la veritivity es una premisa filosófica acuñada por Roy, término que, según ella, tiene múltiples propósitos en la existencia humana, haciendo referencia a la unidad de objetivos de la humanidad, a la actividad y creatividad para el bien común y a los valores y significados de la vida. (Roy, 1999, Pag. 30).

Desde la perspectiva de Roy, los conceptos principales que se manejan en el Modelo y las relaciones que se producen entre ellos, son entre otros:

Sistema Adaptativo Humano (Persona) según Roy una persona es "un sistema adaptativo con procesos internos (cognitivo y regulador), que actúan para mantener la adaptación en sus cuatro modos: fisiológico, de autoconcepto, de función del rol y de interdependencia" Roy describe a la persona como un sistema adaptativo humano, como un ser holístico con partes que funcionan como una unidad con algún propósito. Con lo anterior, Roy asume la integridad del ser al tomar la a la persona como un sistema abierto, capaz de interactuar en un ambiente, de ejercer un control sobre sus partes y de tomar decisiones, un ser que se adapta a través de procesos de aprendizaje adquiridos desde tiempo atrás.¹⁵

¹⁵ Ibíd. pág. 18



Sistema: Roy describe el sistema como un conjunto de unidades conectadas o relacionadas entre sí, para funcionar como un todo, compuesto por entradas, salidas y procesos de control y retroalimentación.

Además, Roy considera que la persona es un sistema cuyo objetivo es la supervivencia, el desarrollo, la reproducción y el dominio.

Ambiente: conformado por "todas las circunstancias, condiciones e influencias que rodean y afectan el desarrollo y el comportamiento de los seres humanos como sistemas adaptativos, especialmente los propios de la persona y del entorno". Los sistemas adaptativos humanos tienen capacidades de pensamiento y de sentimientos, de conciencia y de significado, que les permiten adaptarse a los cambios del ambiente y a su vez afectarlo.

El entorno es la información que entra al sistema humano y que acarrea factores internos y externos, los cuales pueden ser importantes o insignificantes, positivos o negativos. En el Modelo de Roy, los factores del entorno que afectan a la persona reciben el nombre de **estímulos**, que se clasifican en focales, contextuales y residuales.

Adaptación y nivel de adaptación: es un proceso y una meta por medio de la cual las personas dotadas de pensamientos y sentimientos, en forma individual o en grupo alcanzan la conciencia (conocimiento consciente) para crear un ambiente humano que permita la integración.

En el desarrollo de su modelo, Roy define la adaptación "como el resultado de la respuesta a un estímulo que surge en relación con el nivel de adaptación" (Roy, 1999).¹⁶

¹⁶ Ibíd. pág. 18



Los procesos de la vida de las personas corresponden a tres condiciones posibles: integrado, compensatorio y comprometido.¹⁷

- **Nivel integrado:** describe las estructuras y funciones de los procesos vitales que funcionan como un todo para satisfacer las necesidades humanas. Por ejemplo, la piel intacta actúa como una defensa inespecífica para proteger el organismo contra las infecciones;
- **Nivel compensatorio:** se presenta cuando los mecanismos reguladores y cognitivo se activan por un estímulo, y se produce alteración de los procesos integrados. Por ejemplo, en una situación de estrés el organismo empieza un proceso general de compensación acelerando el funcionamiento de unos órganos e inhibiendo el de otros.
- **Nivel comprometido:** aparece cuando los procesos integrados y compensatorio son inadecuados y se presenta un problema de adaptación (enfermedad). Ejemplo: en un infarto por lesión de tejido miocárdico se comprometen en la persona los procesos cardiovascular y respiratorio, produciéndose una serie de signos y de síntomas de alteración en el paciente.

Estos procesos vitales se manifiestan en comportamientos, y toman la forma de respuestas adaptativas o inefectivas, por lo tanto el nivel de adaptación está relacionado con los subsistemas regulador y cognitivo que constituyen los mecanismos de enfrentamiento en la persona.¹⁸

Estímulo: es todo aquello que provoca una respuesta; es el punto de interacción del sistema adaptativo humano con el ambiente (Roy, 1999, pág. 38). Roy, basándose en el trabajo de Helson, los describió en:

- **Focales:** los que afectan en forma inmediata y directa a la persona, desencadenando una respuesta o un comportamiento, cuya respuesta puede ser adaptativa o inefectiva, según si promueve o no la adaptación. Por

¹⁸ Ibíd. pág. 18



ejemplo, en una herida infectada por puñalada, el puñal es el estímulo focal que provoca dicha situación.

- **Contextúales:** son todos los demás estímulos presentes en la situación que contribuyen al efecto del estímulo focal. Por ejemplo, en la herida infectada cuyo estímulo fue la puñalada pueden contribuir como estímulos contextúales la nutrición, la edad y otras enfermedades que padezca la persona (vrg.: una diabetes).
- **Residuales:** corresponden a todas las creencias, actitudes y factores que proceden de experiencias pasadas y que pueden tener influencia en la situación presente, pero sus efectos son indeterminados y en ocasiones pueden no ser válidos. Por ejemplo, la experiencia anterior sobre la cicatrización de una herida.

Los estímulos pueden cambiar rápidamente, lo cual resalta la habilidad que debe tener el enfermero para considerar aquellos que posiblemente estén influyendo en todas las situaciones por las que pasa una persona, por ello éstos deben ser valorados en relación con los comportamientos identificados en el primer nivel de valoración, cuando se aplica el proceso de atención de enfermería. Sin embargo, la identificación de cada estímulo es un proceso complejo para los estudiantes que se inician en la aplicación del Modelo.¹⁹

Mecanismos de enfrentamiento o procesos de control: en el Modelo los procesos de enfrentamiento del sistema adaptativo humano son formas de interactuar innatas y adquiridas, que responden e influyen en un ambiente que cambia de manera continua. Los procesos innatos de enfrentamiento están genéticamente determinados, son comunes a todas las especies y actúan automáticamente, es decir, la persona no tiene que pensar en ellos. Los procesos adquiridos se desarrollan a través de estrategias tales como el aprendizaje, ya que

¹⁹ Ibíd. pág. 18



las experiencias de la vida contribuyen a dar respuestas repetidas ante un mismo estímulo en particular.²⁰

Según Roy, existen dos mecanismos o procesos de control que permiten a la persona hacer frente a los diversos estímulos que entran al sistema, los cuales se denominan regulador y cognitivo.

El mecanismo regulador responde automáticamente por medio de canales neurales, y endocrinos; los estímulos provenientes del ambiente interno y externo (a través de los sentidos) actúan como entradas al sistema nervioso y afectan los líquidos y electrolitos, el balance ácido-básico y el sistema endocrino. La información es en forma apropiada y se produce una respuesta automática e inconsciente

El mecanismo cognitivo responde a través de los canales cognitivo-emotivos: percepción, proceso de información, aprendizaje, juicio y emoción.

Modos de adaptación: no es posible observar directamente los procesos del sistemas regulador y cognitivo; los comportamientos que resultan de estos pueden observarse en cuatro categorías, o modos adaptativos desarrollados por Roy, para que sirvan de marco de referencia en la valoración de la persona o del grupo, dos de adaptación se denominan: FISIOLÓGICO, AUTOCONCEPTO, FUNCIÓN DEL ROL E INTERDEPENDENCIA.

- **Modo físico-fisiológico:** en el Modelo de Adaptación de Roy, se relaciona forma en que los seres humanos, como individuos, interactúan con el ambiente seres físicos. El comportamiento en este modo es la manifestación de las actividades fisiológicas de todas las células, tejidos, órganos y sistemas

²⁰ Ibíd. pág. 18



que componen humano (Roy, 1999). El modo fisiológico en la persona tiene nueve componentes y cinco son **necesidades básicas**: oxigenación, nutrición, eliminación, actividad-descanso y protección y cuatro son **procesos complejos** que están involucrados en el modo fisiológico: los sentidos, los líquidos y electrolitos, la función endocrina y la I neurológica.

- **Modo de autoconcepto-identidad grupal:** se define como la integridad psíquica y espiritual, la necesidad en la persona de saber quién es uno, de modo que se puede ser o existir con un sentido de unidad. El autoconcepto se ha definido "como un de creencias y sentimientos que una persona tiene acerca de sí misma en un momento dado. Éstos son adquiridos a través de la interacción social".
- **Modo de función del rol:** se enfoca en los roles que el individuo ocupa en la sociedad. Un rol es la unidad de funcionamiento en el grupo y se define como el conjunto de funciones que una persona, que ocupa una posición, realiza o desempeña. En el Modelo de Adaptación, Roy identifica tres tipos de roles que puede desempeñar una persona. **El rol primario** determina la mayoría de comportamientos de la etapa de desarrollo vital en que se encuentre el individuo, así como el sexo al cual pertenece. **El rol secundario** se relaciona con las tareas que una persona debe cumplir en un momento determinado de su vida. **El terciario** es un rol temporal elegido por la persona y que asume con el fin de desempeñar una tarea menor.
- **Modo de interdependencia:** se refiere a las interacciones relacionadas con las formas de recibir y dar amor, respeto y valor. La necesidad básica en este modo se relaciona con la integridad y el sentimiento de seguridad que proporcionan las relaciones.²¹

El proceso de enfermería en el Modelo de Adaptación surge como uno de los temas que se deben considerar cuando se analizan las teorías de enfermería; es

²¹ Ibíd. pág. 18

visto como la organización de las interacciones enfermera-sujeto de cuidado alrededor de un propósito.



En las últimas décadas se ha observado un cambio en la distribución de la población, en la cual se aprecia un incremento en el número de personas mayores. En Colombia según el DANE (2004) el 6,9% de la población es mayor de 60 años. Esto se debe a una reducción marcada en las tasas de natalidad, una disminución de las tasas de mortalidad infantil, y un incremento en la esperanza de vida, que es de 70.6 años para la población en general siendo de 69.2 años para los hombres, y de 75.2 años para las mujeres (ministerio de salud)

Según la organización mundial de la salud (OMS) El Accidente Cerebrovascular es una de las principales causas de muerte en todo el mundo en personas mayores de 69 años. En 1999 produjeron el 31% de todas las muertes y para el año 2010 se estima que aumentará a un 36%.²²

El accidente cerebrovascular (ACV), también conocido como ictus o apoplejía, se produce cuando un vaso cerebral se ocluye por un trombo o un embolo o cuando sobreviene una hemorragia cerebrovascular. Ambos mecanismos se traducen en isquemia del tejido cerebral al que suele irrigar el vaso dañado.

Son varios los factores de riesgo que pueden predisponer al ACV, el más significativo de los cuales es la hipertensión. Estos factores muestran a veces una tendencia familiar, como la misma hipertensión, la diabetes mellitus, las cardiopatías, el síndrome de robo de la subclavia y los niveles elevados de colesterolemia. La obesidad, el sedentarismo, el tabaquismo, el estrés y la hipercolesterolemia, hiperlipoproteinemia e hipertrigliceridemia configuran al sujeto como un candidato de alto riesgo al ictus, subrayándose en las mujeres el uso de

²² Organización Mundial de la salud, Accidente Cerebrovascular



contraceptivos orales y el hábito de fumar. La combinación de todos estos factores sitúa al individuo en un riesgo todavía mayor.²³

Los mecanismos anatomopatológicos del ictus suelen considerarse, en la bibliografía vascular más reciente, como hemorragia, trombóticos y embólicos. La hemorragia puede ser subaracnoidea, a partir de la rotura de la arteria subaracnoidea o intraparenquimatosa debido al daño de una arteria del propio parénquima. La oclusión embólica procede de tumores, cardiopatías valvulares y, con mayor frecuencia, de la liberación, placas de ateroma de los vasos cerebrales, que se traduce infarto. La oclusión arterial trombótica produce diversas lesiones isquémicas o hipóxicas.²⁴

Infarto cerebral

Se produce cuando una zona de tejido cerebral, se ve privada de aporte sanguíneo por oclusión vascular. Existen varias hipótesis con respecto a la patogenia de los infartos cerebrales: brusca obliteración vascular (p. ej., un émbolo), que acarrea un infarto hístico en el territorio de distribución del vaso ocluido; oclusión vascular gradual (p. ej., ateroma) que puede no producir infarto si la circulación colateral es suficiente y los vasos están estenosados, pero no ocluidos por completo. Se producirá si esta circulación colateral del área hipóxica está comprometida.²⁵

Los trombos y los émbolos cerebrales son causa habitual de oclusión vascular. Los trombos suelen aparecer en los vasos mayores (p. ej., la arteria carótida interna) y se acompañan de lesión localizada del vaso en el punto de la oclusión. La aterosclerosis y la hipertensión son procesos subyacentes fundamentales, aunque otros tipos de afectación vascular (p. ej. arteritis) pueden iniciar la trombosis. Los émbolos suelen afectar a los vasos más pequeños y se encuentran por lo general donde existe un estrechamiento de la luz o una bifurcación. Las

²³ Conway-Rutkowski BL: Carini and Owens, neurological and neurosurgical nursing. Ed 8 St Lois. 1988 Mosby- years book

²⁴ Leech RW and Shuman RM: Neuropathology: A summary for students, New York, 1982, Harper and Rouu publisher.

²⁵ Scherer P: Coma assessment. Am J Nurs 86 (5:41.1986)



fuentes de los émbolos cerebrales varían, pero lo habitual es un trombo mural de la aurícula o del ventrículo izquierdo. En la endocarditis bacteriana pueden originarse émbolos sépticos. Los infartos cerebrales por oclusiones embólicas suelen ser hemorrágicos, mientras que los infartos trombóticos acostumbran a ser blandos o isquémicos. Los émbolos se presentan con la mayor frecuencia en la arteria cerebral media.

El infarto cerebral puede ser isquémico o hemorrágico. 'Los *isquémicos* no suelen ser demostrables en la exploración macroscópica durante 6-12 horas. La alteración inicial en la zona afectada consiste en un ligero cambio de color con ablandamiento de la sustancia gris, que adquiere un aspecto fangoso, y de la sustancia blanca, que pierde su aspecto finamente granuloso. A las 48-72 horas se evidencian el infarto, la necrosis, la tumefacción circunlesional y la desintegración blanda de la zona afectada. De vez en cuando se observan licuefacción y la formación de un quiste rodeado de un tejido glial resistente.

Las alteraciones histológicas postinfarto consisten en cambios celulares, interrupción y desintegración de la vaina mielinica y del cilindroeje, y pérdida de oligodendroglia y astrocitos. Unas 48 horas después del infarto empiezan a acumularse polimorfonucleares y a las 78-96 aparecen macrófagos alrededor de los vasos.

Los infartos *hemorrágicos* suelen aparecer en la corteza cerebral y son consecuencia de un reflujo de sangre en la zona infartada. Esta neoirrigación se debe a la fragmentación o lisis del émbolo o a una reducción de la compresión vascular con restablecimiento del flujo sanguíneo. Por tanto, los infartos hemorrágicos son isquémicos en su origen.²⁶

Aparición de los síntomas

Los signos premonitorios clásicos del ictus son embotamiento ligero, dificultades transitorias para la locución, visión borrosa, cefaleas, vértigo, pérdida de la consciencia y/o parálisis. Si el sujeto sufre un ataque isquémico transitorio (AIT) la

²⁶ Leech RW and Shuman RM, Op Cit, pág. 26



recuperación clínica completa se produce en 24 horas o menos. Se suele considerar que el AIT se debe a un espasmo vascular o a una pequeña placa que se desprende y bloquea un vaso, imitando un émbolo. Los pacientes pueden definir el AIT como desmayos, ataques o desfallecimientos, debiendo ser estudiados con cuidado porque estos signos pueden ser precursores de un ictus verdadero. Un déficit neurológico isquémico reversible (RIND) es similar a un AIT, si bien los síntomas pueden durar 24-48 horas.²⁷

El ictus progresivo, también conocido como ictus en evolución, manifiesta ciertas pruebas de déficit neurológico y el estado empeora. Su origen suele ser la formación de un trombo, un traumatismo o una hemorragia lenta. Un tumor puede producir efectos similares, ya que ocluye paulatinamente un vaso. Es ictus completo cuando aparece el déficit máximo y el estado del paciente se estabiliza. El ictus completo puede presentarse rápidamente, como en la rotura de un aneurisma, o más despacio, como en los ictus en evolución.

²⁷ Bronstein KS, popovich JM, stewarst- amidei C: Promotin stroke recovery: A research-based approh for nurses, St. Lois. 1991 Mosby years book



6.2. MARCO CONCEPTUAL

Accidente cerebro vascular:²⁸ Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Enfermedad Vascular Cerebral (EVC) se define como un síndrome clínico caracterizado por el rápido desarrollo de síntomas y/o signos correspondientes usualmente a afección neurológica focal, y que persiste más de 24 horas, sin otra causa aparente que el origen vascular. De vital importancia es reconocer que la EVC, como síndrome completo, es producida por una gran cantidad de patologías diversas, que terminan en la oclusión y/o ruptura de un vaso arterial ó venoso. Los grandes grupos de EVC conocidos se dividen en: isquemia cerebral, hemorragia cerebral, y trombosis venosa cerebral

Adaptación:²⁹ Proceso psicosocial de establecer y mantener un equilibrio en la vida del paciente y en su entorno.

Afrontamiento:³⁰ Actividades psicológicas y conductistas empleadas para dominar, tolerar o minimizar las demandas y conflictos externos o internos

Ambiente:³¹ "Todas las circunstancias, condiciones e influencias que rodean y afectan el desarrollo y el comportamiento de los seres humanos como sistemas adaptativos, especialmente los propios de la persona y del entorno"

Cuidado domiciliario:³² conjunto de acciones que se mueven en una gama que va desde el cuidado a corto plazo hasta el cuidado a termino largo; acompañado a servicios de soporte social que suplen, complementan o sustituyen el cuidado institucional.

²⁸ Instituto panvascular de occidente. México 2003

²⁹ Díaz de Flórez L. Quintero MC, Op Cit, pág. 18

³⁰ Ibíd., pág. 29

³¹ Ibíd., pág. 29

³² Ibíd., pág. 29



Enfermería:³³ Según Roy, Es requerida cuando una persona gasta más energía en el afrontamiento, dejando muy poca energía disponible para el logro de las metas de supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio. La meta de la enfermería es ayudar a la persona a adaptarse a los cuatro modos, ya sea en la salud o en la enfermedad.

Entorno:³⁴ Según Roy, Todas las condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan al desarrollo y a la conducta de las personas y los grupos.

Estimulo focal:³⁵ Todo aquello que afecta en forma inmediata y directa a la persona, desencadenando una respuesta o un comportamiento, cuya respuesta puede ser adaptativa o inefectiva

Estimulo residual:³⁶ corresponden a todas las creencias, actitudes y factores que proceden de experiencias pasadas y que pueden tener influencia en la situación presente

Estimulo contextual:³⁷ son todos los demás estímulos presentes en la situación que contribuyen al efecto del estímulo focal.

Modo de Autoconcepto:³⁸ según Roy Se refiere a las creencias y los sentimientos acerca de uno mismo. Abarca la identidad física (incluye la sensación y la imagen corporal), la identidad personal (incluye la autocoherencia y la autoideal) y la identidad moral y ética (incluye la autoobservación y la autoevaluación).

Modo Fisiológico:³⁹ Según Roy, Implica las necesidades básicas del organismo y las formas de adaptación. Incluye los patrones de oxigenación, nutrición, eliminación, actividad y descanso, integridad de la piel, sentidos, líquidos y electrolitos y la función neurológica y endocrina.

³³ Díaz de Flórez L. Quintero MC, Op Cit, pág. 18

³⁴ Ibíd., pág. 30

³⁵ Ibíd., pág. 30

³⁶ Ibíd., pág. 30

³⁷ Ibíd., pág. 30

³⁸ Ibíd., pág. 30

³⁹ Ibíd., pág. 30



Modo Función del rol:⁴⁰ Según Roy; Implica conductas de razón de la posición de la persona en la sociedad; depende de cómo una persona interactúa con otras en una situación concreta.

Puede clasificarse como primario (edad, sexo), secundario (marido, mujer) y terciario (rol temporal de un particular).

Modo de Interdependencia:⁴¹ Según Roy; Implica la relación de la persona con sus allegados y los sistemas de apoyo. Persigue el equilibrio entre las conductas dependientes (búsqueda de ayuda, atención y afecto) y conductas independientes (tener iniciativa y obtener satisfacción en el trabajo). Satisface las necesidades de la persona de amor, educación y afecto.

Plan de atención de enfermería:⁴² Roy define el proceso de enfermería como un método de solución de problemas para recolectar datos, identificar las capacidades y necesidades del sistema adaptativo humano, seleccionando e implementado formas para dar cuidados de enfermería y evaluar los resultados de la atención brindada.

Persona:⁴³ Según Roy es un Ser biopsicosocial, en constante interacción con el entorno cambiante, que usa Mecanismos innatos y adquiridos para afrontar los cambios y adaptarse a ellos en los cuatro modos adaptativos: fisiológicos, autoimagen, dominio del rol e interdependencia. Es el receptor de los cuidados enfermeros, desempeñando un papel activo en dichos cuidados.

Rehabilitación:⁴⁴ proceso por medio del cual se ayuda a un paciente a conseguir los máximos niveles posibles de funcionalidad, independencia y calidad de vida.

Respuesta adaptativa:⁴⁵ son aquellas que promueven la integridad del sistema humano, en términos de metas de adaptación: supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio.

⁴⁰ Ibíd., pág. 30

⁴¹ Ibíd., pág. 30

⁴² Ibíd., pág. 30

⁴³ Ibíd., pág. 30

⁴⁴ Ibíd., pág. 30



Respuesta inefectiva:⁴⁶ Son aquellas que no promueven la integridad, ni contribuyen a las metas de adaptación y de integración de la persona con el mundo. Estas repuestas, en la situación inmediata o durante un largo periodo de tiempo, amenazan la supervivencia, el crecimiento o la reproducción del ser humano, o la transformación del ambiente de la misma persona.

Salud⁴⁷. Según Roy; Proceso de ser y llegar a ser una persona integrada y total; es la meta e la conducta de una persona y la capacidad de ésta de ser un organismo adaptativo.

Sistema:⁴⁸ Roy describe el sistema como un conjunto de unidades conectadas o relacionadas entre sí, para funcionar como un todo, compuesto por entradas, salidas y procesos de control y retroalimentación.

⁴⁶ Ibíd., pág. 30

⁴⁷ Ibíd., pág. 30

⁴⁸ Ibíd., pág. 30



7. DISEÑO METODOLÓGICO

Este proyecto en enfermería se elaborará tomando como base la revisión sistemática llevada a cabo por sus ejecutoras. En la citada revisión sistemática se realizara una búsqueda exhaustiva de fuentes primarias y secundarias de información, para identificar ensayos clínicos y guías clínicas que evalúen la eficacia del uso de diagnósticos e intervenciones de enfermería y de rehabilitación, en el abordaje del paciente ACV. El proceso de recolección de información será de un proceso de análisis crítico de los artículos y guías clínicas seleccionadas, así como de síntesis de la información, además de una estandarización de la misma.

7.1 TIPO DE ESTUDIO:⁴⁹ Observacional, descriptivo de series de casos.

7.2. UNIVERSO:⁵⁰ Pacientes con accidente Cerebrovascular en el distrito de santa marta.

POBLACIÓN:⁵¹ En este estudio se trabajará con pacientes que han padecido accidente Cerebrovascular en cualquiera de sus subtipos egresados del servicio de medicina interna del Hospital Universitario Fernando Troconis.

MUESTRA:⁵² 10 pacientes con accidente Cerebrovascular egresados del servicio de medicina interna que cumplan con todos los criterios de inclusión; en el periodo de enero a abril de 2009

7.3. TÉCNICA DE MUESTREO:⁵³ No probabilístico intencional.

⁴⁹ Bernard Ostle. Estadística aplicada: técnicas de la estadística moderna, cuando y donde aplicarla. Editorial Limusa wiley, SA. México.

⁵⁰ *Ibíd.* Pág. 63.

⁵¹ *Ibíd.* Pág. 56, 94, 95

⁵² *Ibíd.* Pág. 64, 65.

⁵³ GARCIA, Horacio; FAURE, Amparo; GONZALEZ, Alfredo; GARCIA, Cecilia. Metodología de la investigación en salud: Tipos de investigación. Mexico DF. Mc Graw Hill Interamericana, 2001, 43-49 p. No. 736. ISBN 970-10-2314-5.



El estudio tendrá un plazo máximo de realización de un año, (1 año) y constará de tres etapas:

Primera etapa o etapa de planeación: Se realizará una revisión exhaustiva de fuentes primarias y secundarias sobre la temática abordada (accidente Cerebrovascular).

Segunda etapa o etapa de ejecución: Las ejecutoras del proyecto, escogerá 10 pacientes del servicio de medicina interna del HUFT, con diagnóstico de Accidente Cerebrovascular en cualquiera de sus subtipos, se aplicará el instrumento de valoración de Callista Roy, Lugo de esto, se diseñará el plan de cuidado domiciliario; el cual contribuya a la adaptación del paciente a los efectos y secuelas producidas por el Accidente Cerebrovascular.

Tercera etapa o etapa de evaluación: En esta etapa, se evaluarán las actividades y el plan de cuidado en general, en la cual se espera la aceptación del protocolo por parte del ente universitario evaluador y el HUFT. A la vez esta etapa quedara abierta para que segundos investigadores implemente y evalúen la eficacia del plan de cuidados domiciliario dirigidos a los pacientes con ACV.

7.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de inclusión

- Hombres y mujeres con Accidente Cerebrovascular atendidos en el Hospital Universitario Fernando Troconis
- Paciente egresados del servicio de medicina interna con Accidente Cerebrovascular del Hospital Universitario Fernando Troconis
- Pacientes con domicilio en la ciudad de Santa Marta.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que se nieguen a la aplicación del protocolo.

- Pacientes en estado crónico o terminal.
- Pacientes con patologías graves asociadas.



7.5 INSTRUMENTO DE VALORACIÓN

El instrumento utilizado para la investigación, fue la **GUIA DE LA VALORACION FISIOLÓGICA**, ver anexo 1 (instrumento de valoración) la cual esta basada el modelo de adaptación de Callista Roy⁵⁴. Este modelo contempla y analiza los 4 el los cuales enfoca su teoría:

Modo físico-fisiológico: El cual se relaciona la forma en que los seres humanos, como individuos, interactúan con el ambiente seres físicos. El comportamiento en este modo es la manifestación de las actividades fisiológicas de todas las células, tejidos, órganos y sistemas que componen humano (Roy, 1999). El modo fisiológico en la persona tiene nueve componentes y cinco son **necesidades básicas:** oxigenación, nutrición, eliminación, actividad-descanso y protección y cuatro son **procesos complejos** que están involucrados en el modo fisiológico: los sentidos, los líquidos y electrolitos, la función endocrina y la I neurológica.

Modo de autoconcepto-identidad grupal: se define como la integridad psíquica y espiritual, la necesidad en la persona de saber quién es uno, de modo que se puede ser o existir con un sentido de unidad.

Modo de función del rol: se enfoca en los roles que el individuo ocupa en la sociedad **El rol primario** determina la mayoría de comportamientos de la etapa de desarrollo vital en que se encuentre el individuo, así como el sexo al cual pertenece. **El rol secundario** se relaciona con las tareas que una persona debe

⁵⁴ . Díaz de Flórez L. Quintero MC. Aplicación de Modelo de adaptación en el ciclo vital humano: Conceptualización. 1 ed. Bogotá. 2003.



cumplir en un momento determinado de su vida. **El terciario** es un rol temporal elegido por la persona y que asume con el fin de desempeñar una tarea menor.

Modo de interdependencia: se refiere a las interacciones relacionadas con las formas de recibir y dar amor, respeto y valor. La necesidad básica en este modo se relaciona con la integridad y el sentimiento de seguridad que proporcionan las relaciones.

7.6. PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

Para la recolección de datos se ha tenido en cuenta las fuentes primarias y secundarias:

Fuentes primarias: A través de la observación directa, valoración física y fisiológica del paciente, procesos de enfermería a pacientes con ACV, atención directa al paciente seleccionado, entrevista.

Fuentes secundarias: Historia clínica del paciente, revisiones bibliográficas, Internet y familia del paciente

Luego de la elección de los pacientes y la aplicación del instrumento de valoración a cada uno de ellos, se tomaron estos resultados y se elaboró una tabla de frecuencia para cada uno de las variables demográficas caracterizando así la población y los ítems que contiene dicho instrumento. Así, y ya teniendo cifras exactas, procesamos una base de datos en Microsoft Excel, la cual sirvió para la elaboración de las respectivas graficas para la presentación de los resultados en forma cuantitativa y cualitativa⁵⁵.

⁵⁵ HERNANDEZ, Luís Rogelio. Diseño de investigaciones en ciencias de la salud y sus fundamentos epistemológicos: diseño de la investigación. Primera edición. Bogota, D.C.- Colombia: Ecoe Ediciones, 2001 Mayo. 53-73 p. ISBN 958-645268-5.



7.7 ASPECTOS ETICOS

La profesión de la Enfermería, se centra en el cuidado y la promoción de la salud, entendida ésta como la posibilidad de desarrollar las capacidades adaptativas de cada ser humano y llevar adelante su ciclo vital, incluso en situaciones de deterioro físico o psíquico, más o menos pronunciado.

Y en este contexto, la ética profesional en nuestro campo de actuación y competencias, es un saber y una práctica aplicada, cuyo objetivo es la búsqueda del bienestar y satisfacción de los objetivos justos y deseables del paciente.

Conjugar los cuidados que se enfocan hacia la adaptación del paciente a un nuevo rol tras el accidente Cerebrovascular con la atención domiciliaria es una tarea que requiere vocación de servicio por parte del personal de enfermería, organización de un plan, y conocimientos adecuados y actualizados en el área. Los principios de la ética deberían aplicarse siempre en la atención de personas que cursan el estadio agudo de una enfermedad y cuyo modo de vida es relativamente cambiante. Es en esos momentos cuando el paciente y su familia transitan por situaciones que afectan profundamente los aspectos psicológicos, fisiológicos y emocionales.

En conclusión lo central de este protocolo de atención, no es la enfermedad, sino promover la completa adaptación del paciente y fomentar el proceso de aprendizaje de este hacia su nuevo rol.

8. RESULTADOS



OBJETIVO ESPECÍFICO 1: CARACTERIZACIÓN DEMOGRÁFICA DE LA MUESTRA EN ESTUDIO.

GRAFICA No 1. EDAD PROMEDIO DE LOS PACIENTES



FUENTE: Elaboración Propia

Los pacientes encuestados que padecen ACV en un 40 % se encuentran en edades de 60 a 70 años, con un 30% se encuentran menores de 60 años y el 30% restante lo tienen los pacientes de mas de 70 años. Lo cual se relaciona con el estudio realizado en la ciudad de Bogotá, en el año 2004, en el que el promedio de edad fue de 67,6 años en hombres y 70,9 años en mujeres; el rango de edad con mayor frecuencia de ECV en hombres estaba entre 65 y 74 años, y en mujeres entre 75 y 84 años, resultados que confirman que hay mayor prevalencia de padecimiento de ECV en pacientes de 60 años en adelante.⁵⁶

⁵⁶ Marcos F Mirambeaux, Luis E. Betancourt, Rubén Daría Pimentel, Diógenes Santos Vilorio, Enfermedad cerebro vascular: características epidemiológicas y clínicas en el hospital dr. Luis E. Aybar; Rev Med Dom, DR-ISSN-0254-4504, Vol.65, No.3, Septiembre/Diciembre, 2004



GRAFICA No 2. SEXO DE LOS PACIENTES



FUENTE: Elaboración Propia

Según la anterior grafica podemos notar que los casos de ACV según la encuesta implementada en este tipo de pacientes es mayor en hombres que en mujeres; teniendo como resultado en hombres un 70% y en mujeres un 30%.

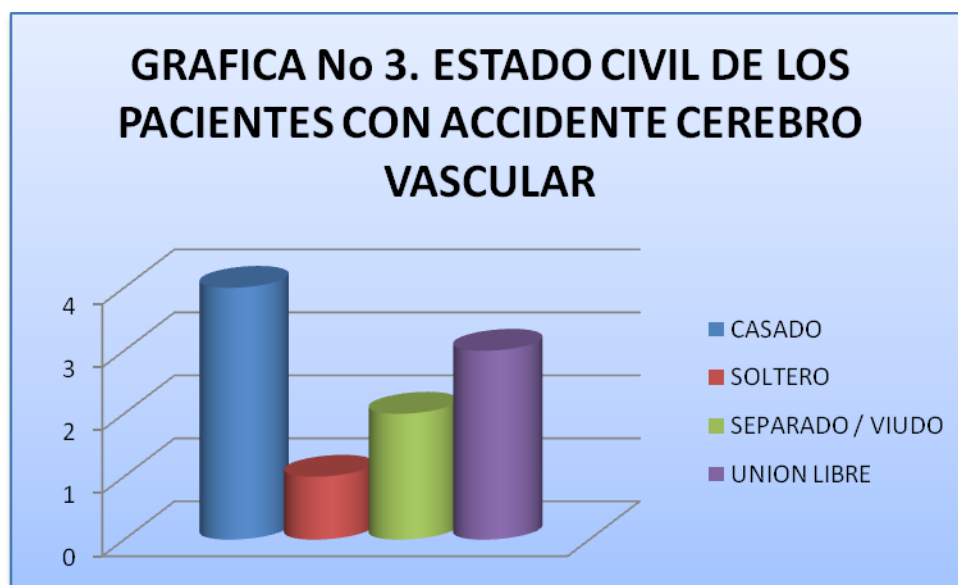
Cifras que se asemejan a las arrojadas por el estudio *Enfermedad cerebrovascular: características epidemiológicas y clínicas en el hospital dr. Luis E. Aybar*,⁵⁷ y en la investigación *Factores asociados al tiempo de consulta en pacientes con enfermedad Cerebrovascular isquémica*,⁵⁸ en las que demuestra marcada e importante prevalencia de la enfermedad Cerebrovascular en el sexo masculino que en el sexo femenino.

⁵⁷ Marcos F Mirambeaux, Luis E. Betancourt, Rubén Daría Pimentel, Diógenes Santos Vilorio, Enfermedad cerebro vascular: características epidemiológicas y clínicas en el hospital dr. Luis E. Aybar; Rev Med Dom, DR-ISSN-0254-4504, Vol.65, No.3, Septiembre/Diciembre, 2004

⁵⁸ F. Silva-Sieger, W. Arenas Borda, J. G. Zarruk Serrano, J. Restrepo, O. Bernal Pacheco, S. Ramírez, Patricio López Jaramillo, Factores asociados al tiempo de consulta en pacientes con enfermedad cerebrovascular isquémica, Revista de neurología, ISSN 0210-0010, Vol. 44, Nº. 5, 2007 , pags. 259-263



GRAFICA No 3. ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES



FUENTE: Elaboración Propia

El estado civil de los pacientes encuestados con ECV, Un 40% de ellos se encuentran casados, un 30% en unión libre, y un 20%, viudos o separados, en el estudio solo el 10% casos presento soltería. Resultado que concuerda en gran parte con los datos arrojados en el estudio de Mirambeaux, Betancourt, Pimentel, Vilorio,⁵⁹ en el cual un 45% de la población se encontraba casada, el 19.3% de la muestra se encontraba viuda o divorciada, el 31.1% en unión libre y por ultimo un 27.9 solteros.

⁵⁹ Marcos F Mirambeaux, Luis E. Betancourt, Rubén Daría Pimentel, Diógenes Santos Vilorio, Enfermedad cerebro vascular: características epidemiológicas y clínicas en el hospital dr. Luis E. Aybar; Rev Med Dom, DR-ISSN-0254-4504, Vol.65, No.3, Septiembre/Diciembre, 2004



GRAFICA No 4. ESCOLARIDAD DE LOS PACIENTES



FUENTE: Elaboración propia

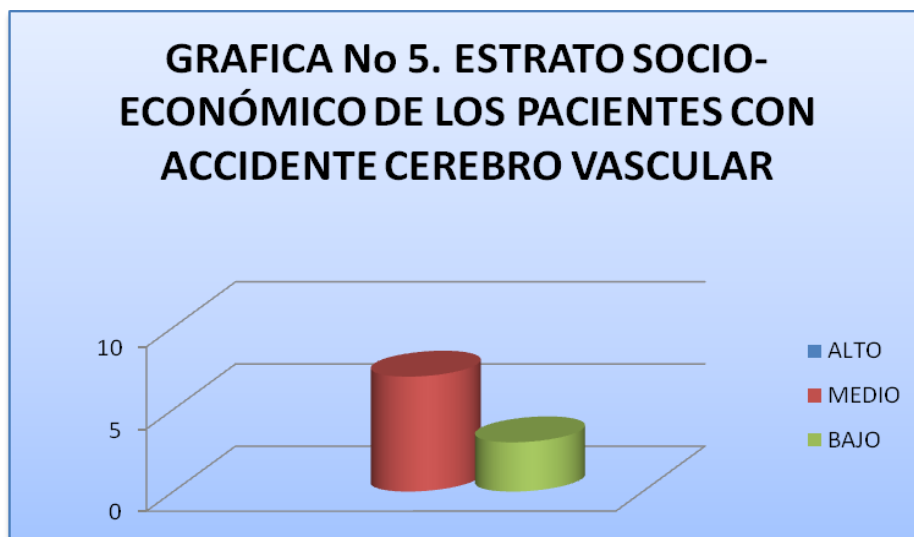
Un 40% de los pacientes encuestados no realizaron ninguna clase de estudio, el 30% alcanzaron la primaria, Un 20% de los pacientes con educación secundaria y el 10% restante realizo estudios universitarios.

Resultado que se asemeja mucho con la investigación que se realizo en la ciudad de Bogotá⁶⁰ en el 2004 en la cual se encontró que con relación a la escolaridad de los pacientes, el 52,8% no superó la educación primaria un 20% de la población tenía algún grado de educación secundaria o superior, y el 27% no tenía ningún nivel de escolaridad.

⁶⁰ Marcos F Mirambeaux, Luis E. Betancourt, Rubén Daría Pimentel, Diógenes Santos Vilorio, Enfermedad cerebro vascular: características epidemiológicas y clínicas en el hospital dr. Luis E. Aybar; Rev Med Dom, DR-ISSN-0254-4504, Vol.65, No.3, Septiembre/Diciembre, 2004



GRAFICA No 5. ESTRATO SOCIO- ECONÓMICO DE LOS PACIENTES



FUENTE: Elaboración Propia

Con un 70% encontramos a los pacientes encuestados que padecen ECV que tiene un estrato socioeconómico bajo, y mientras que el otro 30% posee un estrato socioeconómico medio.

Hecho que concuerda con el resultado arrojado en el estudio de f. Silva-sieger a,b,w. Arenas-borda a, j.g. Zarruk-serrano a, j. Restrepo c, o. Bernal-pacheco d, s. Ramírez e, p. López-jaramillo, en el 2006, (factores asociados al tiempo de consulta en pacientes con enfermedad Cerebrovascular isquémica) en el cual se encontró que el 63,7% de los pacientes pertenecía a los estratos 1 y 2, es decir muy bajo y bajo.⁶¹

⁶¹ Factores asociados al tiempo de consulta en pacientes con enfermedad Cerebrovascular isquémica: Silva Sieger, F.; Arenas Borda, W.; Zarruk Serrano, J.G.; Restrepo, J.; Bernal Pacheco, O.; Ramírez, S.; López Jaramillo, P. Revista de Neurología, bogota, 2007 MAR 1-15; 44 (5)

OBJETIVO ESPECIFICO 2: APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO VALORACIÓN DEL LOS MODOS.



MODO FÍSICO-FISIOLÓGICO

GRAFICA No 6. CATEGORÍA, FUNCIÓN NEUROLÓGICA



FUENTE: Elaboración Propia

Con un 100%, encontramos que los pacientes encuestados en su totalidad tienen la función neurológica comprometida. Ya que es el sistema neurológico el principal afectado por la patología



GRAFICA No 7. FUNCIÓN DE LOS SENTIDOS

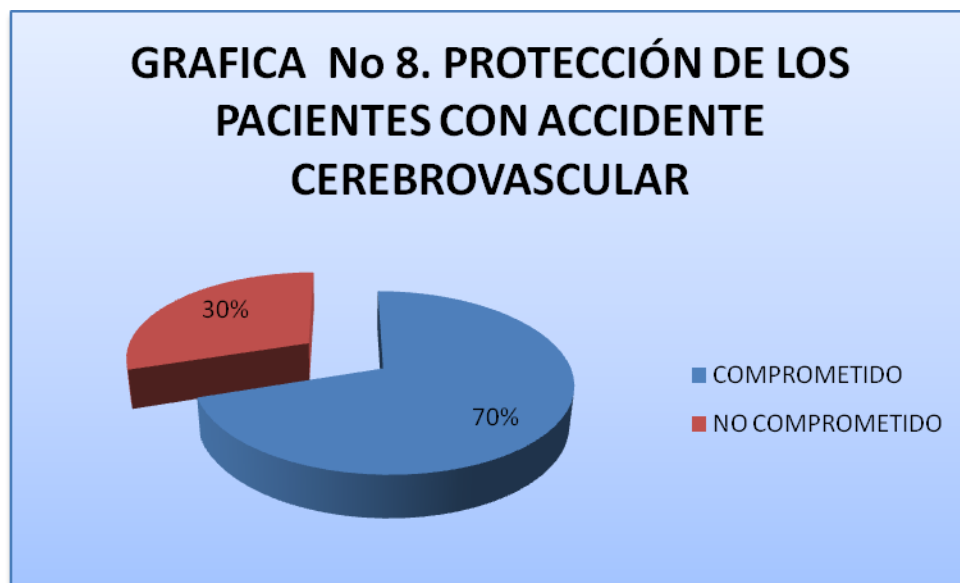


FUENTE: Elaboración Propia

Con un 100% encontramos que los pacientes encuestados tienen esta función completamente alterada debido a que estos en su totalidad expresaban tener alteraciones en la visión y cambios en la audición.



GRAFICA No 8. PROTECCIÓN



FUENTE: Elaboración Propia

En la anterior grafica podemos observar que un 70% de los pacientes encuestados presentan compromiso de esta función ya que debido a la pérdida de la movilidad, la piel se ve expuesta a múltiples factores agresores durante el encamamiento.



GRAFICO No 9. FUNCIÓN DE OXIGENACIÓN - CIRCULACIÓN LINFÁTICA



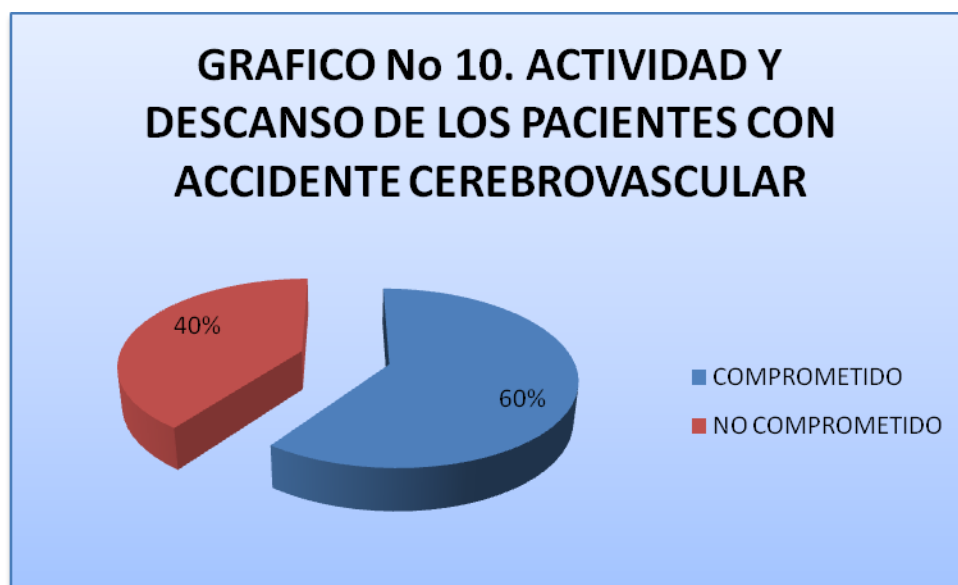
FUENTE: Elaboración Propia

En la anterior grafica podemos notar que un 70% de los pacientes encuestados tiene la función de oxigenación comprometida hecho que se asemeja al resultado del estudio realizado en santamarta en el año 2004, *Aplicación Del Modelo De Adaptación De Callista Roy En La Atención Del Paciente Con hipertensión arterial*⁶² presentando en este estudio un 85 % esta función alterada los pacientes

⁶² M Acosta, T López, K Sánchez, *Aplicación Del Modelo De Adaptación De Callista Roy En La Atención Del Paciente Con hipertensión arterial que ingresa al servicio de Medicina interna del Hospital Julio Méndez Barreneche, Santa Marta 2004*



GRAFICO No 10. ACTIVIDAD Y DESCANSO



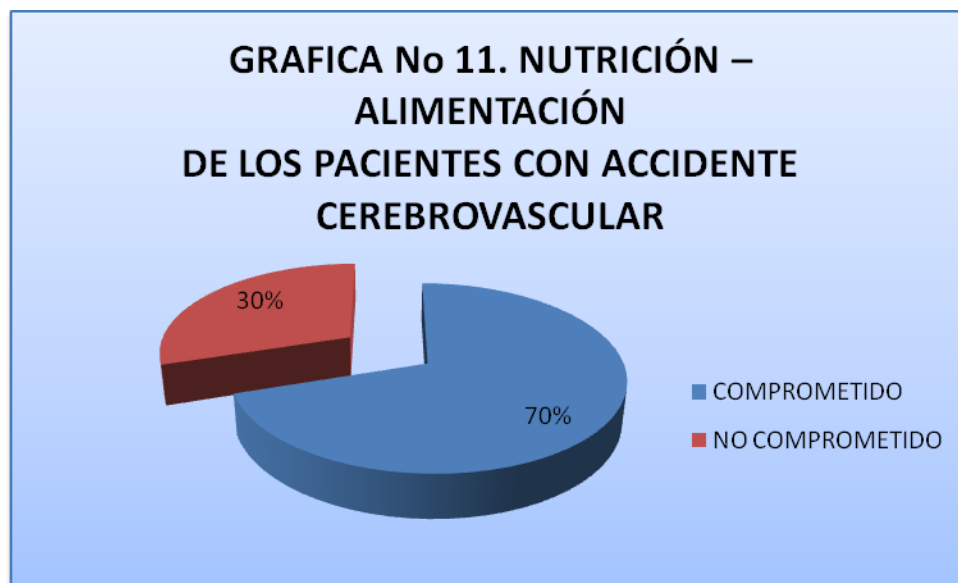
FUENTE: Elaboración Propia

Encontramos que un 60% los pacientes encuestados presentan comprometida esta función, resultado que se asemeja con el estudio *aplicación del modelo de callista roy para pacientes con infarto agudo de miocardio en su fase aguda*⁶³ en donde encontramos con un 73% adinamia en estos pacientes.

⁶³ E, Egurrola; A, Romero; A, Suarez; *Aplicación del modelo de Callista Roy, para pacientes con infarto agudo del miocardio en su fase aguda. Santa Marta 2003*



GRAFICA No 11. NUTRICIÓN – ALIMENTACIÓN



FUENTE: Elaboración Propia

Podemos observar en la grafica que un 70% de los pacientes tienen comprometida la función de nutrición alimentación, resultado que se asemeja con el estudio aplicación del modelo de Callista Roy en *la atención del paciente con hipertensión arterial*⁶⁴ en donde los pacientes con un 80% presentaban alteración en la pérdida de peso, hecho que se presenta de igual forma en el presente estudio, la anterior citación del estudio se hace debido a que la hipertensión arterial es uno de los factores de riesgo de los accidentes cerebrovasculares.

⁶⁴ M Acosta, T López, K Sánchez, Aplicación Del Modelo De Adaptación De Callista Roy En La Atención Del Paciente Con hipertensión arterial que ingresa al servicio de Medicina interna del Hospital Julio Méndez Barreneche, Santa Marta 2004



GRAFICA No 12. FUNCIÓN DE ELIMINACIÓN - LÍQUIDOS Y ELECTROLITOS

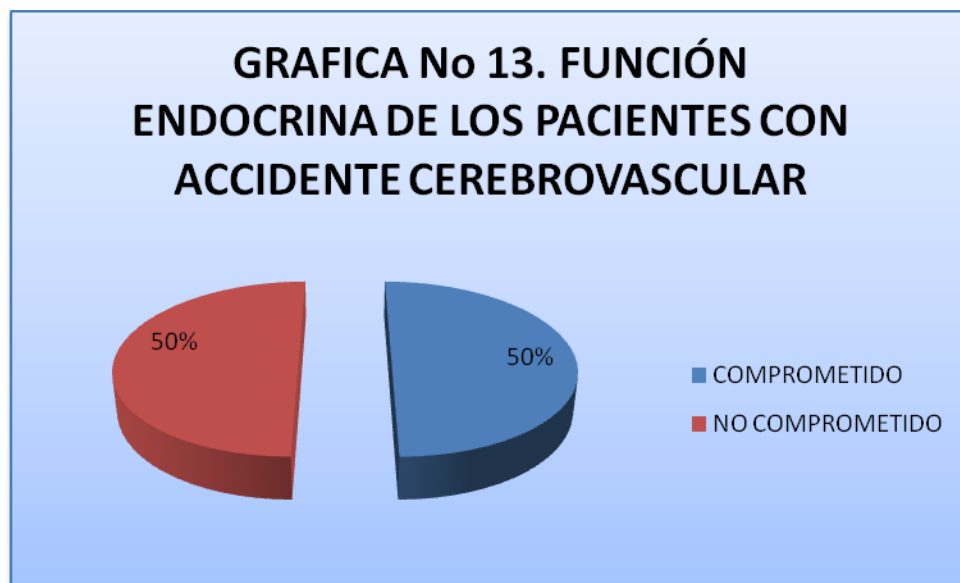


FUENTE: Elaboración Propia

La función de eliminación de los pacientes con ACV, se ve afectado en un 80% de los pacientes tomados en el estudio, siendo necesario la instalación de sondas vesicales en algunos de los casos a razón de la discapacidad física de los pacientes, del mismo modo se altera su patrón de defecación el cual disminuye sustancialmente por la falta de movilidad. Un 20% aun conserva su patrón de eliminación sin dificultades. Del mismo modo se ve alterado su patrón de hidratación ya que se dificulta la ingestión de bebidas por las diferentes secuelas presentes en los pacientes.



GRAFICA No 13. FUNCIÓN ENDOCRINA



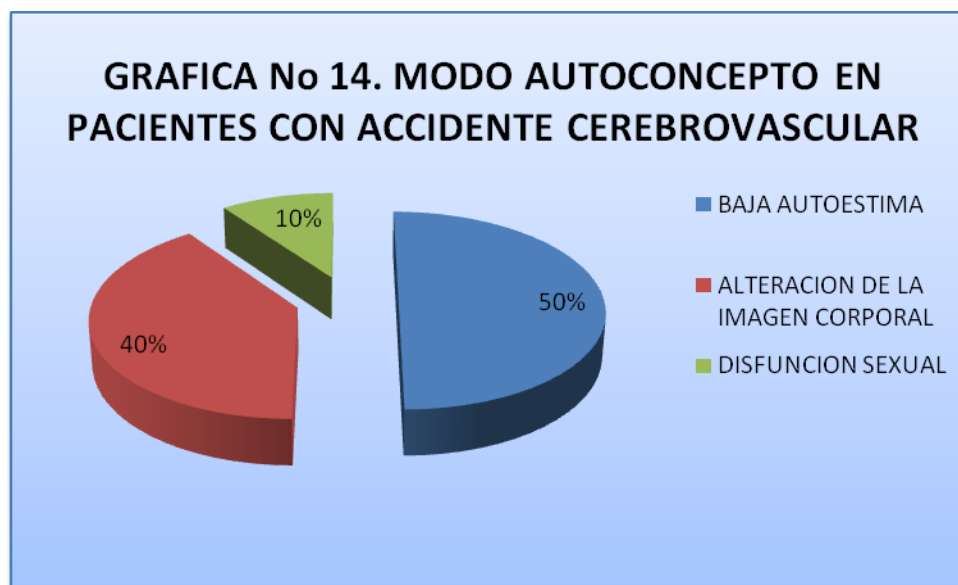
FUENTE: Elaboración Propia

Con un 50% los pacientes encuestados presentan alteración de la función endocrina, resultado que se asemeja con el estudio aplicación del modelo de Callista Roy en *la atención del paciente con hipertensión arterial*⁶⁵ en donde esta se presenta con un 45%.

⁶⁵ M Acosta, T López, K Sánchez, Aplicación Del Modelo De Adaptación De Callista Roy En La Atención Del Paciente Con hipertensión arterial que ingresa al servicio de Medicina interna del Hospital Julio Méndez Barreneche, Santa Marta 2004



GRAFICA No 14. MODO AUTOCONCEPTO EN PACIENTES CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR



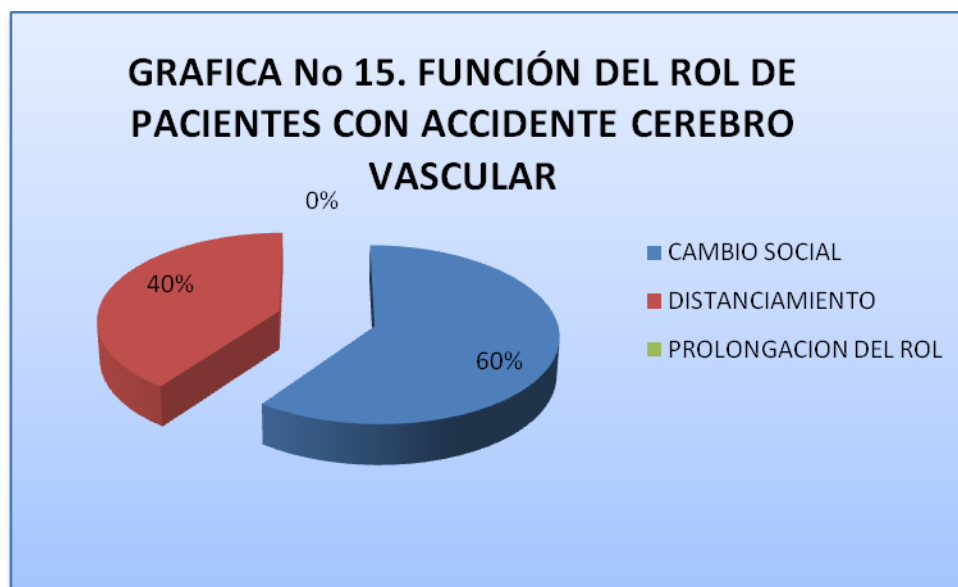
FUENTE: Elaboración Propia

En la anterior grafica podemos observar la alteración de la función de autoconcepto de pacientes con ACV en donde un 50% presenta baja autoestima, 40%, alteración de la imagen corporal y con un 10% disfuncion sexual resultado que se asemeja con el estudio aplicación dl modelo de callista Roy en *la atención del paciente con hipertensión arterial* ⁶⁶ en donde un 45 % de los pacientes presenta baja autoestima y un 13% de ellos disfuncion sexual.

⁶⁶ M Acosta, T López, K Sánchez, Aplicación Del Modelo De Adaptación De Callista Roy En La Atención Del Paciente Con hipertensión arterial que ingresa al servicio de Medicina interna del Hospital Julio Méndez Barreneche, Santa Marta 2004



GRAFICA No 15. FUNCIÓN DEL ROL DE PACIENTES CON ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR

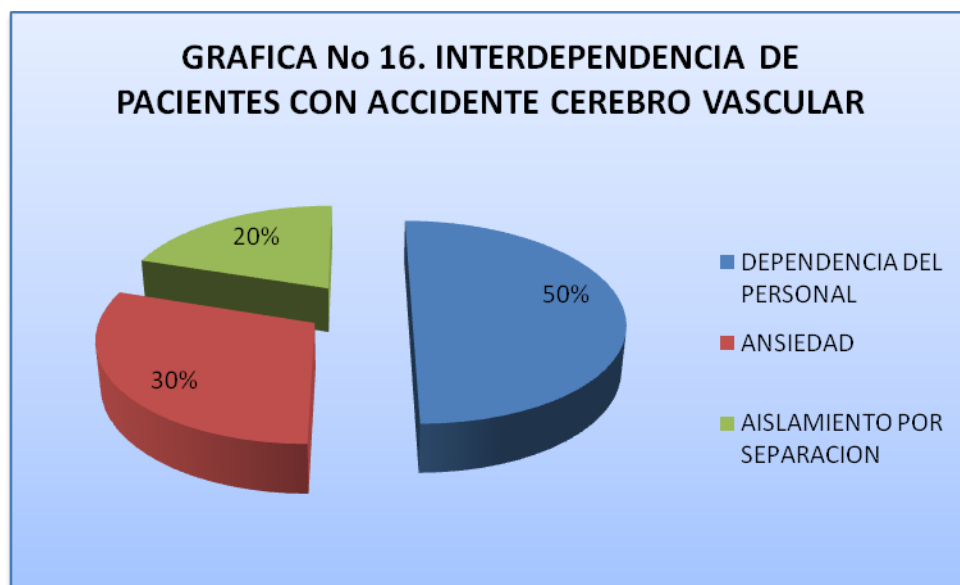


FUENTE: Elaboración Propia

En la anterior grafica podemos observar que la alteración de esta función se enmarca en el cambio social que sufren los pacientes con un 60%, y el distanciamiento con un 40%.



GRAFICA No 16. INTERDEPENDENCIA DE PACIENTES CON ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR



FUENTE: Elaboración Propia

En el total de los pacientes encuestados se encontró alteración en el modo de interdependencia, ya que un 50% de ellos dependen del personal, siguiéndole con un 30% ansiedad, de igual forma con un 20% aislamiento por separación.



9. CONCLUSIONES

El diseño y aplicación del protocolo domiciliario para el cuidado de pacientes con acv egresados del servicio de medicina interna del hospital Fernando troconis, según la teoría de callista roy, permitirá potencializar el desarrollo de la adaptación del paciente y su familia, incrementando el conocimiento y la habilidad de los mismos para atender a las necesidades del individuo enfermo.

Con el estudio de callista Roy se determino que a pesar de ser una teoría tan general es aplicable a pacientes que padecen ACV, debido a que en las situaciones resultantes de un ictus los pacientes deben adaptarse a un importante déficit físico, mental y emocional

La aplicación de este proceso permite que el profesional de enfermería pueda efectuar una recopilación sistematizada de los datos, postular diagnósticos de enfermería y diseñar un plan de intervenciones que atienda a demandas de estos pacientes que padecen ACV, por otra parte sirvió de guía el proceso de atención y se constituyo en el fundamento para la aplicación del método científico, brindando autonomía al profesional y desarrollando roles propios de la profesión.

La implementación de protocolos de atención domiciliario como este, disminuye indiscutiblemente, los costos generados a las Entidades Promotoras de Salud por las recidivas del paciente con diagnostico de ACV, ya que se estandarizan los cuidados en casa que el paciente y sus familiares deben seguir para la adaptación del cliente.



10. DISCUSION

El predominio del ictus isquémico coincide con la bibliografía consultada que señala que el 60% y el 70 % de todos los ictus cerebrales son isquémicos, mientras que los hemorrágicos se encuentran solo entre el 10 y 30 % de los pacientes.

Los pacientes que egresaron del HUFT con ACV al igual que en el estudio realizado en Perú “Ictus cerebral e ingreso en el hogar” existió un predominio de ictus isquémico. La hipertensión arterial, el hábito de fumar y los ictus previos, fueron los factores de riesgo más frecuentes, las parálisis, los trastornos del lenguaje y esfinterianos los síntomas invalidantes predominantes al ser egresados del hospital.

Consideramos por los resultados obtenidos son útiles a la hora de la creación e implementación del protocolo luego del ingreso en el hogar de los pacientes egresados por ictus, pues reduce la posibilidad de infecciones nosocomiales malestar psicológico del paciente y los familiares fuera de su medio familiar. Trayendo consigo beneficios no solo por el lado del bienestar del paciente si no también por los altos costos a las instituciones prestadoras de salud



11. RECOMENDACIONES

- Emplear el protocolo de cuidados domiciliario en el hospital universitario Fernando Troconis por parte del personal de enfermería.
- Capacitar al personal del servicio de consulta externa del hospital universitario Fernando Troconis acerca del tratamiento en casa de los pacientes con Accidente Cerebrovascular
- Educar aun más a los estudiantes de la universidad del magdalena sobre los conceptos y teorías en enfermería.
- Alternar el modelo de Marjorie Gordon con el modelo de Callista Roy a la hora de realizar un Plan de Cuidados de enfermería durante el proceso educativo del estudiante de enfermería en la universidad del Magdalena.



BIBLIOGRAFÍA

- COLOMBIA. UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA Sede Bogota. Cuidado y práctica de enfermería Comprendiendo el cuidado en el hogar del paciente. Santafé de Bogotá: Editorial Unibiblos, 2000. 259-270. ISBN 958-701-003-5
- HERNANDEZ, Luís Rogelio. Diseño de investigaciones en ciencias de la salud y sus fundamentos epistemológicos: diseño de la investigación. Primera edición. Bogota, D.C.- Colombia: Ecoe Ediciones, 2001 Mayo. 53-73 p. ISBN 958-645268-5.
- GARCIA, Horacio; FAURE, Amparo; GONZALEZ, Alfredo; GARCIA, Cecilia. Metodología de la investigación en salud: Tipos de investigación. Mexico DF. Mc Graw Hill Interamericana, 2001, 43- 49 p. No. 736. ISBN 970-10-2314-5.
- KASPER, Dennis; BRAUNWALD, Eugene; FAUCI, Anthony; HAUSER, Stephen; LONGO, Dan; JAMESON, Larry. Harrison Principios de medicina Interna: Trastornos neurológicos, Enfermedades del sistema nervioso central. Decimosexta edición. Chile. Mc Graw Hill Interamericana, 2005, 2609-2632 p. ISBN 970-10-5167-X volumen II.
- José Ibáñez Muñoz, María José Godoy Chiclana, Rafael Expósito Godoy, Inquietudes: Revista de enfermería, Plan de cuidados estandarizado del paciente con A. C. V. (Accidente Cerebro Vascular) ISSN 1135-2086, Año 13, N°. 36, 2007, pags. 29-36.



- Navarro Moya, Rodríguez Gonzáles, Viguera Lorente, Nicolás Viguera. Paciente con ACV: Una perspectiva de atención primaria, En: Enfermería global, No 3, Noviembre de 2003, ISSN 1695-6141.
- LUNA-MATOS, Matilde, MCGRATH, Harold y GAVIRIA, Moisés. Manifestaciones neuropsiquiátricas en accidentes cerebrovasculares. Rev. chil. neuro-psiquiatr., jun. 2007, vol. 45, no.2, p.129-140. ISSN 0717-9227.
- Adolfo Hervás Angulo, Anales del sistema sanitario de Navarra, Factores de riesgo de ictus. Estudio caso-control en una población de la Comunidad Foral de Navarra ISSN 1137-6627, Vol. 28, Nº. 3, 2005, pags. 325-334
- Dr. Luís Gómez Peña, Lic. Ivonne Roche Cisneros, Lic. Miraida Panizo Cañete, En: Revista Ecuatoriana De Neurología, Programa de Riesgo Vasculocerebral Multifactorial orientado a la Comunidad. Policlínica Buenaventura 2005, Vol 15 nº23, 2006
- VERA MIYAR, Clara Raisa, LIMA MARTINEZ, Limay, ALONSO FREYRE, Jorge Luis et al. Ictus cerebral e ingreso en el hogar. Revista Cubana Med Gen Integr, nov.-dic. 2001, vol.17, no.6, p.520-525. ISSN 0864-2125.
- BEMBIBRE TABOADA, Rubén, CRUZ DE LOS SANTOS, Héctor e RODRIGUEZ AMADOR, Laydami. Aplicación de puntaje en pacientes con enfermedad cerebrovascular. Rev cubana med, mayo-jun. 2002, vol.41, no.3, p.136-140. ISSN 0034-7523.
- Luis Tomás Abadal, Teresa Puig y Ignacio Balaguer Vintró. Departamento de Cardiología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. Rev Esp Cardiol 2000; 53: 15 – 20 ISSN : 1579-2242



- Díaz de Flórez L. Quintero MC. Aplicación de Modelo de adaptación en el ciclo vital humano: Conceptualización. 1 ed. Bogotá. 2003.



ANEXOS



ANEXO # 1

INSTRUMENTO DE VALORACION

GUIA DE LA VALORACION FISIOLÓGICA

***Basada en el modelo de callista Roy**, Díaz de Flórez L. Quintero
MC. Aplicación de Modelo de adaptación en el ciclo vital humano:
Conceptualización.pag 41-52. 1 ed. Bogotá. 2003.

Instrucción:

El presente instrumento contempla la valoración de datos subjetivos y objetivos. Marque con una X o complemente, según corresponda, la respuesta.

DATOS BIOGRAFICOS

Nombre y apellidos: _____

Edad: ____ Sexo: F____ M____ Estado civil: casado (a) ____ soltero (a) ____ otros

Escolaridad: primaria____ Secundaria____ Universitaria____ Ninguna Otros____

Ocupación actual: _____

Procedencia:_____ Residencia actual: _____

Antecedentes personales (especifique): _____

Alérgicos: _____ Quirúrgicos: _____

Patológicos: _____ Farmacológicos: _____

Familiares: _____

DATOS DE VALORACIÓN FISIOLÓGICA

1. FUNCION NEUROLOGICA:

1.1 ¿Ha presentado alguna de las siguientes manifestaciones?

Cefalea ____ mareo ____ convulsiones____ pérdida del equilibrio____ calambres____
Pérdida del conocimiento ____ sensación de hormigueo ____



Sensación de adormecimiento _____ dificultad para movilizarse _____
Disminución de la fuerza _____ dificultad para concentrarse _____
Pérdida de la memoria de hechos recientes y/o remotos: _____
Dificultad para hablar: _____
Describa las características de estas manifestaciones: _____

1.2 ¿Ha tenido cambios emocionales? Si _____ No _____

Describalos: _____

¿Ha recibido tratamiento para estas alteraciones? Si _____ No _____

Si no ha recibido tratamiento, ¿Cómo lo ha solucionado? _____

1.3 Valore el nivel de conciencia

Está orientado en: tiempo: si _____ no _____ lugar: si _____ no _____ persona: si _____ no _____

Esta: consciente: _____ somnoliento _____ estuporoso _____ coma superficial _____

Coma profundo _____

1.4 Tiene memoria: reciente _____ remota _____ ninguna _____

1.5 responde ordenes: si _____ no _____

1.6 expresión de sentimientos _____ descríbalos _____

1.7 lenguaje: coherente _____ incoherente _____ fluidez _____ afasia _____

Comprensión _____

1.8 cabeza: perímetro _____ forma: simétrica _____ asimétrica _____

1.9 cara simetría facial: si _____ no _____

Describa las características: _____

1.10 valore reflejos:

Maseterismo: si _____ no _____ hiporreflexia: _____ hiperreflexia: _____

Bicipita I: si _____ no _____ Hiporreflexia D _____ I _____ Hiperreflexia: D _____ I _____

Tricipital: si _____ no _____ Hiporreflexia D _____ I _____ Hiperreflexia: D _____ I _____

Estiloradial: si _____ no _____ Hiporreflexia D _____ I _____ Hiperreflexia: D _____ I _____

Rotuliano: si _____ no _____ Hiporreflexia D _____ I _____ Hiperreflexia: D _____ I _____



Aquiliano: si ___ no ___ Hiporreflexia D ___ I ___ Hiperreflexia: D ___ I ___

Plantar: si ___ no ___ Hiporreflexia D ___ I ___ Hiperreflexia: D ___ I ___

Abdominal: si ___ no ___ cremasterico: si ___ no ___

Otros: _____

1.11 signos meníngeos: _____

2. FUNCIÓN DE LOS SENTIDOS

APARATO OCULAR

2.1 ¿Ha presentado cambios o alteraciones en los ojos? Si ___ no ___ ¿Cuáles? _____

Visión borrosa _____ sequedad _____

¿Ha recibido tratamiento para estas alteraciones?

Si ___ no ___ ¿cual? _____

Si no ha recibido tratamiento, ¿Cómo lo ha solucionado?

2.2 utiliza: gafas _____ lentes de contacto _____ otro _____ ¿Cuál? _____

¿Con que frecuencia? _____

2.3 describa el aspecto general de:

Parpados, pestañas, cejas, zona orbitaria, conjuntiva, escleras, iris

2.4 valore: pupilas: simetría: si ___ no ___ reacción a la luz OI ___ OD _____

Tamaño OI ___ OD _____

Forma _____ reacción de acomodación: visión cercana _____ visión lejana _____

2.5 presencia de lagrimas _____ secreciones _____ resequedad _____

2.6. Movimientos aculares en: OI Convergencia _____ Divergencia _____

OD Convergencia _____ Divergencia _____, Seguimiento de objetos: OI ___ OD ___

2.7 Agudeza visual en: Aparato auditivo OI ___ OD _____



2.8. Describa las características de la retina y los vasos sanguíneos

2.9. ¿Ha presentado cambios en la audición? Sí _____ No _____ ¿Como es su audición?

Buena _____ Deficiente _____

2.10 ¿Qué alteraciones ha presentado en el oído? Dolor _____ heridas _____

Secreciones _____ cuerpos extraños _____ irritaciones _____ oído tapado _____

Escucha ruidos _____

Describa las características de estas alteraciones, especificando en cual oído:

¿Ha recibido tratamiento para estas alteraciones?

Si _____ no _____ ¿cual? _____

Si no ha recibido tratamiento, ¿Cómo lo ha solucionado?

2.11 describa el general del oído externo, (implantación, simetría, pabellón auricular en ambos oídos) _____

2.12 hallazgos otoscópicos: oído D: canal auditivo: vellos _____ cera _____ integridad y movilidad de la membrana timpánica _____

Oído I: canal auditivo: vellos _____ cera _____ integridad y movilidad de la membrana timpánica _____

2.13 pruebas de audición: oído derecho: positivo _____ negativo _____

Oído izquierdo: positivo _____ negativo _____

APARATO OLFATORIO: NARIZ Y SENOS PARANASALES

2.14 ¿percibe los olores? Si _____ no _____

2.15 ¿ha presentado alguna de las siguientes alteraciones? Sangrado _____ obstrucciones _____ secreciones _____ cuerpos extraños _____ rasquiña _____ lesiones _____ dolor _____

Describa las características de las alteraciones _____

¿Ha recibido tratamiento para estas alteraciones? Si _____ no _____ ¿cual? _____

Si no ha recibido tratamiento, ¿Cómo lo ha solucionado? _____



2.16 describa el aspecto general de las fosas nasales (forma y apariencia externa e interna y permeabilidad)

2.17 valore: discriminación de olores: si _____ no _____

2.18 valore: permeabilidad de los senos paranasales: si _____ no _____

GUSTO: BOCA Y ANEXOS

2.19 ¿percibe todos los sabores? Si _____ no _____

2.20 ¿ha presentado cambios en la boca? Úlceras _____ lesiones _____
inflamaciones _____ sangrado _____ dolor _____ ardor _____
sequedad _____ dificultad para masticar _____

Describe las características de estas alteraciones _____

¿Ha recibido tratamiento para estas alteraciones?

Si _____ no _____ ¿cual? _____

Si no ha recibido tratamiento, ¿Cómo lo ha solucionado?

2.21 describa el aspecto general (labios, mucosa, dientes, prótesis dental, encías, salivación, lengua, úvula, paladar, duro/blando, orofaringe)

2.22 valore: discriminación de sabores: si _____ no _____

2.23 valore: reflejo nauseoso: si _____ no _____

2.24 valore: mordida: normal _____ anormal _____

3. PROTECCION

3.1 ¿ha notado alguno de los cambios en la piel? Color _____ humedad _____
temperatura _____ textura _____ engrosamiento _____

3.2 ¿ha presentado alguna de las siguientes de estas alteraciones? Brotes _____
masas _____ manchas _____ prurito _____ lesiones _____ ardor _____
descamación _____ excoriaciones _____ lunares _____ cicatrices _____
aumento del vello corporal _____ disminución del vello corporal _____



Describe las características y sitios de estas alteraciones: _____

3.3 ¿Ha recibido tratamiento para estas alteraciones?

Si _____ no _____ ¿cual? _____

Si no ha recibido tratamiento, ¿Cómo lo ha solucionado?

3.4 ¿ha presentado cambios en el cabello, con respecto a lo siguiente?

Distribución _____ caída _____ grosor _____ color _____
otro _____

3.5 describa el aspecto de la piel y los anexos (integridad; apariencia; textura, higiene, temperatura) _____

3.6 pruebas de sensibilidad: táctil: presencia _____ ausencia _____

Dolorosa: presencia _____ ausencia _____

Térmica: presencia _____ ausencia _____

Presión: presencia _____ ausencia _____

4. FUNCION DE OXIGENACION – CIRCULACION Y LINFATICOS

4.1 hábitos que practica: fuma _____ ingiere alcohol _____ ejercicio _____ otros _____

Describe características (frecuencia e inicio del habito) _____

4.2 ¿ha presentado alguna de las siguientes manifestaciones? Palpitaciones _____ dolor torácico _____ tos _____ dificultad para respirar _____ dificultad para dormir en posición horizontal _____ edema en miembros inferiores _____ ruidos al respirar _____ secreciones _____ cambios en la coloración de la piel _____ dolor en los miembros inferiores _____ cansancio _____

Describe las características de estas manifestaciones _____

4.3 ha presentado: tensión arterial alta _____ baja _____ recibe tratamiento _____
cual _____

Enfermedades pulmonares _____ ¿Cuáles? _____ varices _____ anemia _____
sangrado _____ enfermedades cardiacas _____ colesterol alto _____



Describe las características de estas afecciones _____

4.4 valore: TA _____ frecuencia respiratoria _____ pulso _____ Temperatura _____
Llenado capilar _____

Describe las características (frecuencia y ritmo) _____

4.5 valore: cuello: ingurgitación yugular: si _____ no _____

Posición de la traquea: _____

Adenopatías: si _____ no _____

4.6 Tórax

4.6.1 palpación e inspección

Color _____

Simetría: si _____ no _____

Forma: _____

Perímetro torácico: _____

Fremito vocal: _____

Expansión torácico: _____

Crepitaciones: si _____ no _____

Pulso apical: _____

4.6.2 percusión: tonos _____

4.6.3 auscultación: ruidos pulmonares _____

Ruidos cardiacos _____

4.7 Extremidades superiores:

Pulso: presente _____ ausente _____ Edema: si _____ no _____

Coloración: _____ Temperatura: _____ Dolor: si _____ no _____

Adenopatías: Si _____ no: _____ Perímetros: _____

Describe las características: _____

4.8 extremidades inferiores:

Pulso: presente _____ ausente _____ Edema: si _____ no _____

Coloración: _____ Temperatura: _____ Dolor: si _____ no _____



Adenopatías: Si _____ no: _____ Perímetros: _____

Describe las características: _____

5. ACTIVIDAD Y DESCANSO

5.1 ha presentado: fracturas _____ otros _____ ¿Cuál? _____ rigidez _____ dolor _____ limitación al movimiento _____ cansancio _____ pérdida del equilibrio _____ temblores _____ parálisis _____ cambios en el patrón del sueño _____ ¿Cuáles? _____ debilidad _____ hiperactividad _____ inmovilidad _____

Describe las características: _____

5.2 actividad física que realiza _____ frecuencia _____ actividad para descanso y recreación _____ frecuencia _____

5.3 ¿utiliza ayudas adicionales para movilizarse? Si _____ no _____

¿Cuáles? _____

5.4 valore: marcha: _____

5.5 posición y coordinación de las diferentes partes del cuerpo _____

5.6 movimientos:

Miembros superiores: si _____ no _____

Miembros inferiores: si _____ no _____

Tronco y cuello: si _____ no _____

5.7 equilibrio: describa las características _____

5.8 fuerza muscular: presencia _____ ausencia _____ características _____

6. NUTRICION – ALIMENTACION

6.1 ¿Qué hábitos alimenticios sigue? _____

6.2 ¿tiene restricciones en la dieta? Si _____ no _____ ¿Cuáles? _____



6.3 A la ingestión de alimentos ha presentado: dolor_____ ardor_____ náuseas_____ vómitos_____ sensación de llenura_____ agrieras_____ cefaleas_____ dificultad para tragar_____

Describe las características y que alimentos le desencadenan la molestias_____

¿Que sustancias utiliza para clamar la molestia?_____

6.4 ¿ha notado cambios en el peso? Si_____ no_____ ¿desde cuando?_____

¿En el apetito? Si_____ no_____ frecuencia_____

6.5 valore: peso:_____ talla_____

6.6 mucosa oral: húmeda_____ seca_____ lesiones_____

Describe las características_____

6.7 dentición: completa_____ incompleta_____

6.8 abdomen: forma_____ simetría_____

Perímetro_____ Forma ombligo y movimientos:_____

Presencia de: estrías: si_____ no_____

Lesiones o cicatrices: si_____ no_____

Pliegues cutáneos: si_____ no_____

Palpación: determine el tamaño y consistencia de los órganos:_____

Percusión abdominal: describa las características (tono – sonido) _____

Auscultación: ruidos intestinales: presencia: _____ ausencia_____

Características_____