



*Proceso de atención de enfermería en paciente con accidente cerebrovascular  
isquémico*

*Nursing care process in a patient with ischemic stroke*

*Processo de cuidados de enfermagem ao doente acidental isquémico  
cerebrovascular*

Fanny Zhunio<sup>I</sup>

[fannyzhunio1@hotmail.com](mailto:fannyzhunio1@hotmail.com)

<https://orcid.org/0009-0003-9059-3822>

Mayra Tacuri<sup>II</sup>

[mayratacuri1@hotmail.com](mailto:mayratacuri1@hotmail.com)

<https://orcid.org/0009-0001-2953-5995>

M. Estefanía Osejo<sup>III</sup>

[estefaniaosejo1@hotmail.com](mailto:estefaniaosejo1@hotmail.com)

<https://orcid.org/0009-0002-0935-6575>

M. Fernanda Alvarez<sup>IV</sup>

[fernandaalvarez1@hotmail.com](mailto:fernandaalvarez1@hotmail.com)

<https://orcid.org/0000-0002-5116-8298>

**Correspondencia:** [fannyzhunio1@hotmail.com](mailto:fannyzhunio1@hotmail.com)

Ciencias de la Salud  
Artículo de Investigación

\* **Recibido:** 22 de octubre de 2024 \* **Aceptado:** 18 de noviembre de 2024 \* **Publicado:** 03 de diciembre de 2024

- I. Universidad Estatal de Milagro, Milagro, Ecuador.
- II. Universidad de Cuenca, Ecuador.
- III. Universidad de Cuenca, Ecuador.
- IV. Universidad de Cuenca, Ecuador.

## Resumen

En Ecuador, el accidente cerebrovascular isquémico constituye aproximadamente el 85% de todos los casos de accidente cerebrovascular, alineándose con las estadísticas globales. Esta alta incidencia subraya la necesidad de implementar estrategias efectivas para la prevención y el control de los factores de riesgo. Estas estrategias incluyen la promoción de hábitos de vida saludables, como una dieta balanceada, ejercicio regular y el control de enfermedades crónicas como la hipertensión y la diabetes. Además, es crucial aumentar la concienciación pública sobre los signos tempranos del ACVI y la importancia de buscar atención médica inmediata para mejorar los resultados clínicos. (Santillán et al., 2021). **Objetivo:** Aplicar el Proceso de Atención de Enfermería en paciente con Hipertensión Arterial más ACV Isquémico. **Presentación del Caso Clínico.** Paciente femenina de 64 años de edad, ERC en diálisis por 11 años, hipertensión arterial, Diabetes Mellitus, acude al servicio de neurología por cuadro clínico de 24 horas de evolución caracterizado por otalgia derecha, cefalea, inestabilidad postural y dificultad en la articulación de las palabras. Escala de Glasgow de 12 de 15, mantiene deterioro en la respuesta verbal y respuesta motora. **Conclusión.** Basado en el estudio del caso clínico y la revisión de la literatura, los factores de riesgo como la hipertensión arterial, el tabaquismo y la obesidad están estrechamente asociados con el aumento de la incidencia de accidentes cerebrovasculares (ACV), especialmente en poblaciones mayores. La alta prevalencia de hipertensión arterial (57.3%) y su combinación frecuente con diabetes mellitus tipo 2 (46.6%) entre los pacientes con ACV subraya la importancia de gestionar estos factores de riesgo de manera efectiva para reducir la incidencia y mejorar los resultados de salud.

En el manejo clínico de pacientes post-ACV, dos diagnósticos cruciales son el dolor agudo y el deterioro de la comunicación verbal. El dolor agudo afecta a entre el 30% y el 50% de los sobrevivientes de ACV y puede manifestarse de diversas formas, como dolor central post-ACV y espasticidad dolorosa, afectando significativamente la calidad de vida y la participación en la rehabilitación. Por otro lado, el deterioro de la comunicación verbal, incluyendo trastornos como la disartria, impacta la capacidad del paciente para interactuar y participar activamente en su tratamiento y cuidado.

**Palabras clave:** Paciente; hipertensión arterial; accidente cerebrovascular; proceso de atención de enfermería.

## Abstract

In Ecuador, ischemic stroke accounts for approximately 85% of all stroke cases, aligning with global statistics. This high incidence underscores the need to implement effective strategies for the prevention and control of risk factors. These strategies include the promotion of healthy lifestyle habits, such as a balanced diet, regular exercise, and the control of chronic diseases such as hypertension and diabetes. In addition, it is crucial to increase public awareness about the early signs of stroke and the importance of seeking immediate medical attention to improve clinical outcomes. (Santillán et al., 2021). **Objective:** To apply the Nursing Care Process in a patient with Arterial Hypertension plus Ischemic Stroke. **Clinical Case Presentation.** A 64-year-old female patient, CKD on dialysis for 11 years, arterial hypertension, Diabetes Mellitus, comes to the neurology service due to a 24-hour clinical picture characterized by right earache, headache, postural instability, and difficulty in articulating words. Glasgow Scale of 12 out of 15, maintains impairment in verbal response and motor response. **Conclusion.** Based on the clinical case study and literature review, risk factors such as high blood pressure, smoking and obesity are closely associated with increased incidence of cerebrovascular accidents (CVA), especially in older populations. The high prevalence of high blood pressure (57.3%) and its frequent combination with type 2 diabetes mellitus (46.6%) among stroke patients underscores the importance of managing these risk factors effectively to reduce incidence and improve health outcomes.

In the clinical management of post-stroke patients, two crucial diagnoses are acute pain and impaired verbal communication. Acute pain affects between 30% and 50% of stroke survivors and can manifest in various ways, such as post-stroke central pain and painful spasticity, significantly affecting quality of life and participation in rehabilitation. On the other hand, the deterioration of verbal communication, including disorders such as dysarthria, impacts the patient's ability to interact and actively participate in their treatment and care.

**Keywords:** Patient; high blood pressure; stroke; nursing care process.

## Resumo

No Equador, o AVC isquémico constitui aproximadamente 85% de todos os casos de AVC, em linha com as estatísticas globais. Esta elevada incidência sublinha a necessidade de implementar estratégias eficazes para a prevenção e controlo dos factores de risco. Estas estratégias incluem a promoção de hábitos de vida saudáveis, como uma alimentação equilibrada, a prática regular de

exercício e a gestão de doenças crônicas como a hipertensão e a diabetes. Além disso, é crucial aumentar a sensibilização do público sobre os primeiros sinais de AVC e a importância de procurar cuidados médicos imediatos para melhorar os resultados clínicos. (Santillan et al., 2021).

**Objetivo:** Aplicar o Processo de Cuidar de Enfermagem num doente com Hipertensão Arterial mais Acidente Vascular Cerebral Isquémico. **Apresentação do Caso Clínico.** Doente do sexo feminino, 64 anos, DRC em diálise há 11 anos, hipertensão arterial, Diabetes Mellitus, recorreu ao serviço de neurologia com um quadro clínico de 24 horas de evolução caracterizado por otalgia direita, cefaleia, instabilidade postural e dificuldade de articulação das pernas. Escala de Glasgow de 12 em 15, mantém a deterioração na resposta verbal e na resposta motora. **Conclusão.** Com base no estudo de caso clínico e na revisão da literatura, fatores de risco como a hipertensão arterial, o tabagismo e a obesidade estão intimamente associados ao aumento da incidência de acidentes vasculares cerebrais (AVC), sobretudo nas populações mais idosas. A elevada prevalência de hipertensão arterial (57,3%) e a sua frequente combinação com diabetes mellitus tipo 2 (46,6%) entre os doentes com AVC sublinha a importância de gerir eficazmente estes factores de risco para reduzir a incidência e melhorar os resultados de saúde.

Na gestão clínica de doentes pós-AVC, dois diagnósticos cruciais são a dor aguda e a comunicação verbal comprometida. A dor aguda afeta 30% a 50% dos sobreviventes de AVC e pode manifestar-se de diversas formas, como a dor central pós-AVC e a espasticidade dolorosa, afetando significativamente a qualidade de vida e a participação na reabilitação. Por outro lado, o comprometimento da comunicação verbal, incluindo perturbações como a disartria, impacta a capacidade do doente interagir e participar ativamente no seu tratamento e cuidados.

**Palavras-chave:** Doente; hipertensão arterial; AVC; processo de cuidados de enfermagem.

## Introducción

El accidente cerebrovascular isquémico (ACVI) es una condición médica aguda que representa una de las principales causas de discapacidad y mortalidad en todo el mundo. Este evento neurológico súbito ocurre cuando el flujo sanguíneo al cerebro se interrumpe o se reduce significativamente debido a la obstrucción de una arteria, lo que provoca la falta de oxígeno y nutrientes esenciales para las células cerebrales. Esta falta de oxígeno y nutrientes puede resultar en daño cerebral irreversible y tener consecuencias devastadoras para la salud y calidad de vida del individuo afectado, incluyendo parálisis, dificultades del habla y problemas cognitivos.

La hipertensión arterial, la aterosclerosis, la diabetes mellitus y la enfermedad renal crónica (ERC) son factores de riesgo significativos y bien establecidos para el desarrollo y la progresión del ACVI. La hipertensión arterial, caracterizada por una presión arterial elevada persistente, aumenta la presión sobre las paredes de los vasos sanguíneos, facilitando la formación de placas ateroscleróticas que pueden obstruir el flujo sanguíneo cerebral. La aterosclerosis es un proceso inflamatorio crónico que implica la acumulación de placas en las arterias, incrementando el riesgo de coágulos sanguíneos y obstrucciones arteriales en el cerebro. La diabetes mellitus contribuye al daño de los vasos sanguíneos y aumenta la propensión a la formación de placas ateroscleróticas, mientras que la ERC causa alteraciones en el equilibrio de electrolitos y fluidos, y trastornos de la coagulación que incrementan el riesgo de ACVI.

En Ecuador, el accidente cerebrovascular isquémico constituye aproximadamente el 85% de todos los casos de accidente cerebrovascular, alineándose con las estadísticas globales. Esta alta incidencia subraya la necesidad de implementar estrategias efectivas para la prevención y el control de los factores de riesgo. Estas estrategias incluyen la promoción de hábitos de vida saludables, como una dieta balanceada, ejercicio regular y el control de enfermedades crónicas como la hipertensión y la diabetes. Además, es crucial aumentar la concienciación pública sobre los signos tempranos del ACVI y la importancia de buscar atención médica inmediata para mejorar los resultados clínicos. (Santillán et al., 2021).

Abordar y controlar los factores de riesgo mencionados no solo es fundamental para reducir la incidencia del ACVI, sino también para mejorar la salud pública en general. La implementación de programas de educación y prevención puede ayudar a reducir la carga de esta enfermedad en la población ecuatoriana y mejorar la calidad de vida de las personas afectadas.

## **Método**

Una investigación descriptiva y analítica a través de la indagación de varias fuentes bibliográficas y artículos científicos. Además, se observó y examinó un caso clínico que proporcionó información fundamental para el desarrollo de la investigación permitiendo un análisis más amplio para la comprensión de las características y manifestaciones del tema estudiado.

## **Tipo de estudio**

En la elaboración de este análisis de caso clínico se aplicaron metodologías analíticas, descriptivas y científicas. Estas metodologías aseguran un enfoque riguroso y científico para explorar detalladamente la interacción entre la hipertensión arterial (HTA) y el accidente cerebrovascular isquémico (ACVI) en el contexto de un paciente.

## **Categorías**

Inspección de los distintos parámetros a valorar durante el análisis del caso siendo estos:

1. Conceptualización y Etiología de a patología.
2. Historia clínica del paciente
3. Antecedentes personales y familiares
4. Planes de cuidados de enfermería

## **Definición y contextualización del objeto de estudio**

### **Accidente Cerebrovascular Isquémico**

Un accidente cerebrovascular isquémico (ACVI), también conocido como derrame cerebral isquémico, es una emergencia médica que ocurre cuando se interrumpe el flujo sanguíneo a una parte del cerebro debido a la obstrucción de una arteria cerebral por un coágulo sanguíneo. Esta interrupción priva a las células cerebrales de oxígeno y nutrientes esenciales, causando la muerte de las células cerebrales en minutos. Esta situación puede llevar a daños permanentes en el tejido cerebral y afectar funciones corporales controladas por la zona afectada del cerebro, como el movimiento, el habla y la memoria. El ACVI es el tipo más común de accidente cerebrovascular, representando aproximadamente el 85% de todos los casos de ACV.

Los síntomas de un ACVI pueden incluir debilidad súbita o parálisis en un lado del cuerpo, dificultad para hablar o entender el habla, pérdida de visión en uno o ambos ojos, y un dolor de cabeza severo. La rapidez en la identificación y tratamiento del ACVI es crucial para minimizar el daño cerebral y mejorar las probabilidades de recuperación. Los factores de riesgo para un ACVI incluyen hipertensión, diabetes, enfermedad cardíaca, tabaquismo, obesidad y un estilo de vida sedentario, entre otros.

## Hipertensión Arterial

La hipertensión arterial (HTA) es un factor de riesgo primario para el ACV. La presión arterial alta daña los vasos sanguíneos a lo largo del tiempo, provocando que se vuelvan rígidos y estrechos, una condición conocida como aterosclerosis. Esta acumulación de placas en las arterias puede obstruir el flujo sanguíneo al cerebro, llevando a un ACV isquémico. Además, la HTA puede debilitar las paredes de los vasos sanguíneos, aumentando el riesgo de ruptura y causando un ACV hemorrágico. La hipertensión también contribuye a la formación de coágulos, que pueden desprenderse y viajar al cerebro, bloqueando una arteria cerebral.

La hipertensión arterial promueve la formación y el crecimiento de placas ateroscleróticas en las arterias, incluyendo aquellas que suministran sangre al cerebro. Cuando una placa se rompe o se forma un coágulo en una arteria cerebral estrechada, se puede bloquear el flujo sanguíneo, resultando en un ACVI. Este tipo de ACV representa aproximadamente el 85% de todos los casos de accidentes cerebrovasculares.

El desarrollo del tema es aquel que construye por medio de una serie de subtítulos que dan un orden a la información recolectada, la cual se clasifico y se integró, para dar respuesta al propósito del texto.

## Presentación del Caso

Paciente femenina de 64 años de edad ERC en diálisis por 11 años, hipertensión arterial, Diabetes Mellitus, acude al servicio de neurología por cuadro clínico de 24 horas de evolución caracterizado por otalgia derecha, cefalea, inestabilidad postural y dificultad en la articulación de las palabras. Escala de Glasgow de 12 de 15, mantiene deterioro en la respuesta verbal y respuesta motora.

## Signos Vitales

Temperatura	36.20 °C
Tensión Arterial	198/85 mm/hg
Pulso	76 L/M
Frecuencia Respiratoria	21 R/M
Saturación de oxígeno	99%

**Pruebas complementarias**

	Valores	Valores referenciales
Bilirrubina Directa	0.19	0-0.3
Bilirrubina Indirecta	0.06	0.1-1.0
Bilirrubina Total	0.25	0.1-1.2
Leucocitos	6.4	4.0-10.0
Hemoglobina	12.4	12.1-15.1
Hematocrito	38.3	35-47
Volumen CORP. MEDIO (MCV)	98.7	79.4-94.8
CON. Media HEMOG (MCH)	31.9	25.8-32.2
CON. CORP. Media HEMOG (MCH)	32.3	32-36
Plaquetas	227	150-400
Reencuentro de Glóbulos Rojos	3.88	
Monocitos	8.8	
Eosinófilos	11.2	1.0-5.0 x 10 <sup>3</sup> /ul
Linfocitos	18.7	132-3.57 x 10 <sup>3</sup>
Neutrófilos	58.6	1.78-5.38x10 <sup>3</sup> / ul
Cloro	107	98-108
Potasio	5.5	3.5-5.5 mmol/L
Sodio	138	135.0-155.0 mmol/L
ENDOCRINOLOGÍA		
FT4 Libre	0.78	0.5-1.4 ng/dl
(tetrayodotironina)		



TSH	1.98	0.35-5.1
Triglicéridos	105.27	203 mg/dl
Colesterol	124.41	<200 mg/ dl
Colesterol HDL	33.18 mg/d	>40 mg/dl
Colesterol LDL	80.66	<130 mg/dl

## Ecocardiograma- Electrocardiograma

### EKG

#### Función cardíaca:

Fracción expulsiva (Teich) : 54% AI: Dilatada

AD: Dimensiones normales

Ausencia de contraste espontáneo, masas o trombos. Función sistólica por DTI de ambos ventrículos: normal Función diastólica: Patrón de llenado tipo II

#### Aparatos valvulares:

Aórtico: trivalva, con calcificación de sus valvas con apertura normal y coaptación normales.

Flujo anterógrado laminar, no jet de regurgitación demostrable.

Mitral: jet de regurgitación que llega a tercio medio de ai.

Pulmonar: sin alteraciones, flujograma tipo I.

Tricúspide: jet de regurgitación que no sobrepasa el tercio medio ad.

#### TSVI:

Flujo laminar de velocidad normal.

#### Tabiques:

Íntegros

#### Pericardio:

Sin alteraciones de interés.

#### Raíz Aórtica:

Ao ascendente, cayado y descendente normales. colapso inspiratorio de la VCI menor del 50%.

Función sistólica del VI conservada, disfunción diastólica por patrón pseudonormalizado del VI insuficiencia mitral y tricúspidea moderada psap estimada en 46 mmhg aumento de las presiones de llenado del VI.

## Duplex Carótida

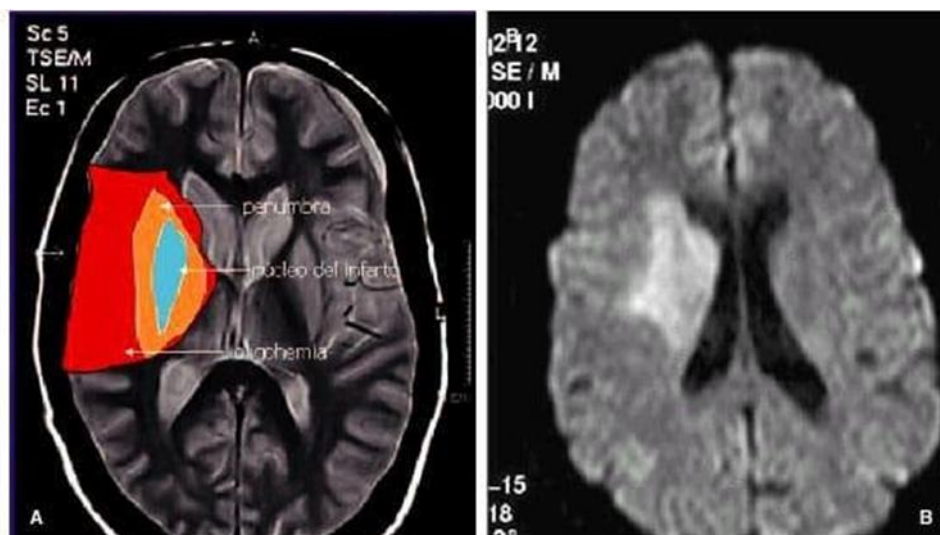
- Se observa morfología en modo B predominante conservada
- A nivel de las carótidas comunes, con leve engrosamiento del espesor íntima media, con la derecha entre 0,6 y 1 MM. Y la izquierda en 0.9 MM, No obstante, ambas con Doppler color conservado
- Carótida Internas, y externas con Modo B y Doppler color morfología normal
- Llama la atención alteración de espectro de todos los vasos explorados por signos de patología valvular aórtica como causa de alteración sistémica del espectro.
- Arterias vertebrales en modo B y Doppler color normales, espectral alterada, todos los vasos con índices de resistencia de vasos de mediana resistencia.

## Resonancia Magnética

A: Esquema de las áreas tisulares en el ictus Isquémico.

B: RM de difusión en el Ictus Isquémico de 45 minutos de evolución se aprecia un área de hiperseñal en difusión correspondiente al núcleo de infarto.

*Figura 1: Modelo de resonancia magnética.*



## Examen Físico

1. Cabeza: Normo cefálica, simétrica sin presencia de hematomas con cefalea intensa

2. Cabello: Escaso corto bien implantado, limpio y con presencia de canas.
3. Cejas: Simétricas poco pobladas con presencia de canas, bien implantadas de textura y aspecto normal sin presencia de cicatrices
4. Párpados: Limpios, presenta decaimiento del párpado del lado derecho, se pudo visualizar mucosa semihúmeda sin presencia de secreción ocular.
5. Pestañas: Cortas no tan abundantes, bien implantadas e íntegras.
6. Ojos: Simétricos, no se observan secreciones, respuesta pupilar conservada y pupilas isocóricas.
7. OÍDOS: Otalgia y secreción excesiva en el oído derecho, presenta disminución en la audición (Hipoacusia) en ambos oídos
8. Nariz: sin heridas visibles, mucosas semihúmedas, sin presencia de perforaciones ni cicatrices.
9. Boca: Piezas dentales incompletas, uso de placa a nivel superior, mucosas orales hidratadas. Presenta dificultad en la articulación de las palabras.
10. Lengua: Se encuentra libre de lesiones, ulceraciones, semi hidratada y sin presencia de sarro.
11. Labios: Ovals finos coloración cianótica, decaimiento de comisura del lado derecho, se encuentran semi hidratados no se observa heridas o pérdidas de fluidos.
12. Facies: Lunares ubicado en el pómulos lado derecho, piel seca sin presencia de vello facial.
13. Cuello: largo y grueso sin presencia de dolor cervical sin heridas visibles, sin presencia de nódulos linfáticos inflamados.
14. Tórax: Simétrico, no signos de insuficiencia respiratoria
15. Abdomen: Blando depresible, lesiones vesiculares en flanco derecho y región lumbar derecha
16. Extremidades Superior: Miembros superiores limpios sin presencia de edemas, presencia de hematomas, uñas limpias y cortas.
17. Extremidades Inferiores: presencia de hematomas en pierna derecha, venas varicosas.
18. Estado Neurológico: Se encuentra orientado en tiempo, espacio y persona.  
Escala de Glasgow 12/15.

## Proceso de Atención de Enfermería

<b>S</b>	Paciente femenina de 64 años que acude a neurología refiere cefalea, mareo, náuseas dolor en el oído derecho refiere haber presentado palpitaciones inusuales en su cabeza.
<b>O</b>	Inestabilidad postural dificultad de la articulación de las palabras (disartria). Signos vitales: Temperatura 36.20 C°, FC 76 , PA 198/85 ,FR 21x.
<b>A</b>	<p><b>(00051) Deterioro de la comunicación verbal</b>  <b>R/C</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Daño cerebral secundario por ACV isquémico</li> <li>● Disfunción cognitiva</li> </ul> <p><b>M/P</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Verbalización inapropiada</li> <li>● Pronunciación poco claro</li> <li>● Disartria</li> </ul> <hr/> <p><b>(00132) Dolor agudo “Cefalea” F/R</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Agentes lesivos biológicos (p. ej. Biológicos, químicos y físicos)</li> <li>● Agentes lesivos</li> </ul> <p><b>M/P</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Dolor cefálico</li> <li>● Cambios en tensión arterial</li> <li>● Cambios de frecuencia cardiaca</li> </ul>

<p><b>P</b></p>	<p><b>Comunicación Expresiva (0903)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utiliza el lenguaje hablado: vocal</li> <li>• Utiliza la conversación con claridad</li> <li>• Objetivo: Desarrollar habilidades para comunicarse efectivamente utilizando el lenguaje hablado en diversas situaciones cotidianas</li> </ul> <p><b>Control de dolor agudo (1410)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconoce el comienzo del dolor</li> <li>• Disminución de la tensión arterial</li> <li>• Utiliza los analgésicos en forma apropiada</li> </ul> <p><b>Objetivo:</b> Mejorar la gestión del dolor mediante la identificación temprana de sus señales, la reducción de la tensión arterial y el uso adecuado de analgésicos.</p>
<p><b>I</b></p>	<p>Fomento de la Comunicación</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>Dominio:</b> Conductual</li> <li>✓ <b>Clase Q:</b> Manejo de la comunicación déficit del habla</li> <li>✓ <b>Código:</b> 4180</li> </ul> <p><b>ACTIVIDADES.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Evaluación de los niveles de conciencia mediante la Escala de Glasgow.</li> <li>✓ Evaluar las habilidades de comunicación actuales del paciente.</li> <li>✓ Utilizar un lenguaje claro y simple al hablar con el paciente.</li> <li>✓ Enseñar técnicas de respiración y ejercicios para mejorar la articulación de palabras.</li> <li>✓ Implementar ejercicios de terapia del habla y lenguaje manejados por el logopeda.</li> <li>✓ Realizar evaluaciones periódicas del habla y la comprensión del paciente</li> </ul> <p>Dolor agudo “Cefalea”</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>Dominio 1</b> Fisiológico</li> <li>✓ <b>Clase E</b> Fomento de comodidad física</li> <li>✓ <b>Código 1410</b></li> </ul> <p><b>ACTIVIDADES.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Monitorización e interpretación de signos vitales especialmente la presión arterial cada 20 minutos hasta que disminuya el dolor y luego cada 2 horas.</li> <li>✓ Control de Ingesta y Eliminación.</li> <li>✓ Balance Hídrico</li> <li>✓ Valoración del nivel del dolor mediante la escala de EVA.</li> <li>✓ Evaluar cómo el dolor afecta la calidad el estado anímico del paciente, incluyendo aspectos como el sueño, el apetito, la actividad física, la función cognitiva, el estado de ánimo, las relaciones interpersonales, el desempeño laboral y las responsabilidades en distintos roles.</li> <li>✓ Administración de analgésicos de acuerdo a la prescripción médica.</li> </ul>

<b>E</b>	<p>Paciente femenina de 64 años con diagnóstico de ACV isquémico e hipertensión arterial, ingresada en el área de medicina interna, con deterioro de la comunicación verbal. Se implementaron intervenciones de enfermería para manejar la comunicación, incluyendo la evaluación de habilidades actuales, la enseñanza de técnicas de respiración y ejercicios de articulación, la implementación de terapia del habla prescrita, el uso de lenguaje claro y simple, y la realización de evaluaciones periódicas del habla y comprensión. Estas actividades permitieron establecer una línea base de funcionalidad, mejorar la precisión y fluidez del habla, personalizar la rehabilitación del lenguaje, facilitar la comprensión y monitorear el progreso del paciente, ajustando el plan de cuidados según los cambios observados.</p> <p>Paciente femenina de 64 años con diagnóstico de ACV isquémico e hipertensión arterial, el personal de enfermería aplica actividades como estrategias del control de dolor. La identificación de los factores que exacerbaban el dolor, y la disminución de la frecuencia cardíaca de una escala diana de moderada a leve, estabilizan el estado hemodinámico del paciente.</p>
----------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### **Descripción y Argumentación Teórica de Resultados**

En el estudio del caso clínico que se presenta se trata de una señora de 64 años de edad que asiste por un accidente cerebrovascular asociado a patologías pasadas.

En España, se ha observado que la incidencia de enfermedades vasculares cerebrales (EVC), como el ictus, incrementa con la edad. Según Otaño y colaboradores, los principales factores de riesgo para las EVC incluyen la hipertensión arterial, el tabaquismo y la obesidad vinculada al sobrepeso y al estilo de vida sedentario. Los resultados del presente estudio y lo referido por los autores anteriores guardan estrecha similitud.

En un estudio realizado en el hospital León Becerra, Milagro - Ecuador menciona que un 57.3% de pacientes con accidente cerebrovascular presentan hipertensión arterial siendo este uno de los mayores factores de riesgo en la población, se menciona también la presencia de diabetes + hipertensión arterial en un 46.6% de pacientes con accidentes cerebrovasculares. Por la presencia de hipertensión arterial junto a diabetes mellitus tipo 2 podría hacernos pensar que estas patologías se han relacionado directamente con el accidente cerebrovascular presente en nuestra paciente (Santillán et al., 2021).

Según diversos estudios, se estima que la incidencia es de unos 200 casos por 100.000 habitantes y la incidencia es de 40 casos por 100.000 habitantes, afectando aproximadamente al 1% de la población adulta, al 4-5% de los mayores de 50 años. 8-10% de las personas de 65 años y más.

En el manejo de un paciente con accidente cerebrovascular (ACV), es fundamental seleccionar diagnósticos que aborden las necesidades prioritarias para mejorar su recuperación y calidad de

vida. Dos diagnósticos esenciales en este contexto son el "dolor agudo" y el "deterioro de la comunicación verbal".

La prevalencia del dolor agudo después de un accidente cerebrovascular (ACV) es significativa. Estudios indican que entre el 30% y el 50% de los sobrevivientes de ACV experimentan algún tipo de dolor post-ACV. Este dolor puede manifestarse de diversas formas, incluyendo dolor central post-ACV, dolor en las articulaciones del hombro, y espasticidad dolorosa, por lo cual en el análisis y estudio del caso presente optamos por priorizar el dolor agudo de la paciente.

Según estudios el deterioro de la comunicación verbal es una complicación común después de un accidente cerebrovascular (ACV). La severidad y la probabilidad de este deterioro pueden variar dependiendo de varios factores, incluyendo la ubicación y la extensión del daño cerebral. Entre el 20-30% de los sobrevivientes de un ACV pueden presentar disartria, un trastorno en el que la capacidad de articular palabras de manera clara se ve afectada debido a debilidad, parálisis o falta de coordinación de los músculos del habla, afección observada en nuestra paciente, por lo cual se realizó los diagnósticos a base de estas afecciones (Cuadrado,2019).

Abordar de manera efectiva el dolor agudo y el deterioro de la comunicación verbal en pacientes post-AVC puede significativamente mejorar su calidad de vida y velocidad de recuperación. El manejo adecuado del dolor no solo reduce el malestar físico y facilita la participación en terapias de rehabilitación, sino que también promueve mejoras en la movilidad y funcionalidad general. Por otro lado, mejorar la comunicación verbal facilita la interacción con el personal médico y familiares, reduciendo el aislamiento emocional y promoviendo una participación activa en el plan de tratamiento, lo que en conjunto contribuye a una mejoría integral del bienestar físico, emocional y social del paciente.

## **Conclusiones**

Los factores de riesgo como la hipertensión arterial, el tabaquismo y la obesidad están estrechamente asociados con el aumento de la incidencia de accidentes cerebrovasculares (ACV), especialmente en poblaciones mayores. La alta prevalencia de hipertensión arterial (57.3%) y su combinación frecuente con diabetes mellitus tipo 2 (46.6%) entre los pacientes con ACV subraya la importancia de gestionar estos factores de riesgo de manera efectiva para reducir la incidencia y mejorar los resultados de salud.

En términos de incidencia, el ACV afecta aproximadamente al 1% de la población adulta y tiene una incidencia más alta en grupos de edad avanzada, alcanzando entre el 8-10% en personas mayores de 65 años. Estas estadísticas subrayan la necesidad de políticas de salud pública dirigidas a la prevención y el manejo temprano de los factores de riesgo en poblaciones vulnerables.

En el manejo clínico de pacientes post-ACV, dos diagnósticos cruciales son el dolor agudo y el deterioro de la comunicación verbal. El dolor agudo afecta a entre el 30% y el 50% de los sobrevivientes de ACV y puede manifestarse de diversas formas, como dolor central post-ACV y espasticidad dolorosa, afectando significativamente la calidad de vida y la participación en la rehabilitación. Por otro lado, el deterioro de la comunicación verbal, incluyendo trastornos como la disartria, impacta la capacidad del paciente para interactuar y participar activamente en su tratamiento y cuidado.

## Referencias

1. Alcántara, A. A. L. (2020). AVANCES EN EL TRATAMIENTO DEL ACCIDENTE CEREBROVASCULAR O ICTUS. *Idus.us.es*.
2. <https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/132372/LAGUNA%20ALCANTARA%20ANA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
3. Andaluz, C. (2020). Tratamiento de la hipertensión arterial: nuevas guías. <https://doi.org/10.11119/BTA2020-35-04>
4. Arias Rodríguez, F. D., Ayala Pavón, M. E., Paredes Chamorro, J. D., Muñoz García, S. L., Lagla Aguirre, C. D., Risueño Vásquez, F. A., & Carrasco Ronquillo, G. A. (2023). Enfermedad cerebro vascular isquémica diagnóstico y tratamiento. *The Ecuador Journal of Medicine*, 6(1), 28–41. <https://doi.org/10.46721/tejom-vol6iss1-2023-28-41>
5. Barco, D. C. (2023). Proceso de atención de enfermería en adulto mayor con accidente cerebrovascular [Babahoyo: UTB-FCS, 2023]. <http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/15007>
6. Bernabé-Ortiz, A., & Carrillo-Larco, R. M. (2021). Tasa de incidencia del accidente cerebrovascular en el Perú. *Revista peruana de medicina experimental y salud publica*, 38(3), 399–405. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2021.383.7804>



7. Burbano, B. A. M., León-Montenegro, M. D., Barrera-Macacela, J. M., & Martínez-Villafuerte, J. P. (2023). Conocimiento de ictus isquémico y educación en usuarios del departamento de Neurología - Hospital Carlos Andrade Marín. *Revista Médica- Científica CAMBIOS HECAM*, 22(2), e926–e926. <https://doi.org/10.36015/cambios.v22.n2.2023.926>
8. Cappelli, S., Surur, A., Galíndez, J., Crespo, G., Marangoni, M., & Cabral, D. (2023). Utilidad de la resonancia magnética en el diagnóstico del stroke agudo. *Revista Argentina de Radiología / Argentinian Journal of Radiology*, 87(1). <https://doi.org/10.24875/rar.22000089>
9. Choreño-Parra, J. A., Carnalla-Cortés, M., & Guadarrama-Ortíz, P. (2020). Ischemic cerebrovascular disease: extensive review of the literature for the first contact physician. *Org.mx*. <https://www.scielo.org.mx/pdf/mim/v35n1/0186-4866-mim-35-01-61.pdf>
10. Cuadrado, Á. A. (2019). Rehabilitación del ACV: evaluación, pronóstico y tratamiento. *Galicia Clínica*, 70(3), 25-40. [https://scholar.google.com.ec/scholar?hl=es&as\\_sdt=0%2C5&as\\_vis=1&q=Rehabilitaci%C3%B3n+del+ACV%3A+evaluaci%C3%B3n%2C+pron%C3%B3stico+y+tratamiento&btnG=](https://scholar.google.com.ec/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&as_vis=1&q=Rehabilitaci%C3%B3n+del+ACV%3A+evaluaci%C3%B3n%2C+pron%C3%B3stico+y+tratamiento&btnG=)
12. Dominguez, R. O., & Laguarde, N. (2021). Capítulo 129 TERAPÉUTICA DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LA ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL. *Org.ar*. <https://www.saha.org.ar/pdf/libro/Cap.129.pdf>
14. ECU 911. (2022). En 2022, al 9-1-1 se han reportado 1.285 eventos cerebrovasculares – Servicio Integrado de Seguridad ECU 911. *Gob.ec*. <https://www.ecu911.gob.ec/en-2022-al-9-1-1-se-han-reportado-1-285-eventos-cerebrovasculares/>
16. Gutiérrez López, Y.-L., & Chang FD, C. Z. A. (2020). Evento cerebro vascular isquémico agudo. *Medigraphic.com*. <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2020/rms205e.pdf>
18. Gutiérrez López, Y.-L., Chang Fonseca, D., & Carranza Zamora, A. J. (2020). Evento cerebro vascular isquémico agudo. *Revista Medica Sinergia*, 5(5), e476. <https://doi.org/10.31434/rms.v5i5.476>

19. Gutiérrez-Zúñiga, R., Fuentes, B., & Díez-Tejedor, E. (2019). Ictus isquémico. Infarto cerebral y ataque isquémico transitorio. *Medicine*, 12(70), 4085–4096. <https://doi.org/10.1016/j.med.2019.01.002>
20. López Cormenzana, J. C., & Buonanotte, C. F. (2012). Hipertensión arterial y accidente cerebrovascular en el anciano. *Neurología argentina*, 4(1), 18–21. <https://doi.org/10.1016/j.neuarg.2011.08.002>
21. Minhas, J. S., Chithiramohan, T., Wang, X., Barnes, S. C., Clough, R. H., Kadicheeni, M., Beishon, L. C., & Robinson, T. (2022). Oral antiplatelet therapy for acute ischaemic stroke. *The Cochrane Library*, 2022(1). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd000029.pub4>
22. OPS. (2022). HEARTS: Un caso económico para una buena inversión. Paho.org. <https://www.paho.org/es/eventos/heartts-caso-economico-para-buena-inversion>
23. Rodríguez Montolio, J., Mateo Polo, M., Jiménez Jara, E., & Santos Lasasosa, S. (2023). Cefalea atribuida a ictus isquémico. Actualización semiológica y diagnóstica. *Revista de neurologia*, 77(06), 133. <https://doi.org/10.33588/rn.7706.2022402>
24. Santillán, M. A. B., Carrillo, A. S. T., Panchana, A. E. R., & Ulloa, M. G. P.N(2021). Accidente cerebrovascular y complicaciones en adultos mayores hospital León Becerra, Milagro - Ecuador. *Unirioja.es*. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8215606>
25. Sequeiros-Chirinos, J. M., Alva-Díaz, C. A., Pacheco-Barrios, K., Huaranga-Marcelo, J., Huamaní, C., Camarena-Flores, C. E., Durand-Castro, W. S., Valencia-Chávez, A. M., Ecos-Quispe, R. L., Estupinan-Valdez, P. I., Gallo-Guerrero, M., Huamaní- Mendoza, M. D., Mariños-Sánchez, E. V., Morón-Cabrera, M. E., Pulachet- Contreras, E., Ramos-Auccasi, A., Rodríguez-Kadota, L., Saavedra-Rocha, C., Chávez-Rimache, L., & Timaná Ruíz, R. (2020). Diagnóstico y tratamiento de la etapa aguda del accidente cerebrovascular isquémico: Guía de práctica clínica del Seguro Social del Perú (EsSalud). *Acta médica peruana*, 37(1). <https://doi.org/10.35663/amp.2020.371.869>
26. Sobrino García, P., García Pastor, A., García Arratibel, A., Vicente Peracho, G., Rodriguez Cruz, P. M., Pérez Sánchez, J. R., Díaz Otero, F., Vázquez Alén, P., Villanueva Osorio, J. A., & Gil Núñez, A. (2019). Clasificación etiológica del ictus isquémico: comparación entre la nueva clasificación A-S-C-O y la clasificación del Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la Sociedad Española de Neurología. *Neurologia (Barcelona, Spain)*, 28(7), 417–424. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2012.07.005>

27. Tovar Méndez, J. L., & Delgado, P. (2010). Manejo de la hipertensión arterial en el ictus. *Nefrología: publicación oficial de la Sociedad Española Nefrología*, 3(1), 39–50. <https://doi.org/10.3265/NefroPlus.pre2010.Jun.10474>
28. Wang, X., Ouyang, M., Yang, J., Song, L., Yang, M., & Anderson, C. S. (2021). Anticoagulants for acute ischaemic stroke. *The Cochrane Library*, 2021(12). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd000024.pub5>
29. Zehnder, C. (2019). Tratamiento de la Hipertensión Arterial. *Clc.cl*. [https://www.clc.cl/clcprod/media/contenidos/pdf/MED\\_16\\_3/TratamientoHipertensionArterial.pdf](https://www.clc.cl/clcprod/media/contenidos/pdf/MED_16_3/TratamientoHipertensionArterial.pdf)

© 2024 por los autores. Este artículo es de acceso abierto y distribuido según los términos y condiciones de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0) (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>).