



J. Ceada Camero*
S. Juan Jordán**

* Enfermero 2ª dcha. Hospital Vázquez Díaz. Huelva.

** Supervisor 2ª dcha. Hospital Vázquez Díaz. Huelva.

Correspondencia:

J. Ceada Camero
Servicio Andaluz de Salud
Hospital Vázquez Díaz
Apdo. de Correos, 214
21071 Huelva

Cuidados de enfermería en el anciano con AVC establecido

Nursing care in the elderly person with established cerebrovascular accident

RESUMEN

El presente trabajo constituye una amplia revisión bibliográfica sobre el tema del A.V.C. (Accidente vascular cerebral) en los ancianos, que debido a su elevada prevalencia, complejidad de su abordaje y graves secuelas, supone un importante reto para la profesión de enfermería. Por lo que es importante conocer las causas, factores de riesgo y diferentes afectaciones posibles, para una vez instaurado el A.V.C., planificar unos cuidados de enfermería integrales, que tengan como objetivo el mejorar la calidad de vida de los ancianos y la prevención de problemas secundarios asociados.

PALABRAS CLAVE

Accidente vascular cerebral; Diagnósticos de enfermería; Cuidados de enfermería.

SUMMARY

This study is an ample bibliographical review of Cerebral Vascular Disease (C.V.D.) in the elderly. It is an important issue in nursing due to its frequency, difficult in treatment and it's serious side-effects. That is why it is important to pin-point the causes, possible risk factors and where exactly this factors will produce negative consequences to enable a complete nursing programme to be devised when C.V.D. is perceived in patients. The aim of this plan is to improve the quality of the elderly patient's life and to prevent secondary associated problems or complications.

KEY WORDS

Cerebral vascular disease; Nursing diagnoses; Nursing programme.



158 1. INTRODUCCIÓN

El aumento de la esperanza de vida y el progresivo envejecimiento de la población en los países desarrollados hacen que la patología cerebral vascular sea cada vez más frecuente entre nuestra población geriátrica, ocupando el tercer lugar en las tasas de mortalidad para ambos sexos, con 112,9 fallecimientos por cada 100.000 habitantes.

El deterioro natural y progresivo, que presentan los vasos sanguíneos, fundamentalmente las arterias, hace que con el paso del tiempo aumente el riesgo de sufrir un accidente cerebrovascular, aunque la existencia de factores de riesgo (tabla 1), pueden adelantar considerablemente la aparición de estas patologías.

Otra consideración previa a tener en cuenta es que el A.V.C. es una de las principales causas de encamamiento en el anciano.

De los cuidados de enfermería que realicemos, dependerá en gran medida, que el anciano recupere parte de la independencia perdida con el A.V.C. y no sufra complicaciones mayores.

2. CONCEPTOS SOBRE EL ACCIDENTE VASCULAR CEREBRAL

El funcionamiento del Sistema Nervioso Central, depende de un adecuado flujo sanguíneo que le

Tabla 1. Factores de riesgo de enfermedad cerebro-vascular (Muñiz J. y cols. 1993).

Presentación de A.V.C. previo.
Antecedentes personales de cardiopatía isquémica y fibrilación auricular.
Antecedentes familiares de A.V.C.
H.T.A.
Hipercolesterolemia.
Consumo de alcohol superior o igual a 120 g/día.
Consumo de tabaco.
Uso de anticonceptivos orales.

A.V.C.: Accidente Vascular Cerebral.
H.T.A.: Hipertensión Arterial.

aporte oxígeno, glucosa y otros elementos nutritivos, y que elimine de él el dióxido de carbono, y el resto de los productos metabólicos de desecho.

Hay que tener en cuenta que el cerebro es un órgano con una insignificante capacidad para el metabolismo anaerobio, por lo que su funcionamiento depende de un adecuado flujo sanguíneo.

La patología vascular cerebral comprende un amplio grupo de síndromes y enfermedades en las que se producen lesiones del Sistema Nervioso Central a causa de una alteración en su irrigación sanguínea.

Se distinguen fundamentalmente dos tipos de alteraciones en el flujo sanguíneo cerebral:

- a) *Isquemia Cerebral Transitoria (ICT)*: trastorno del Sistema Nervioso Central que se prolonga por un período no mayor de 24 horas, causado por la interrupción del flujo sanguíneo a una porción del encéfalo. Si esta alteración persiste más de 24 horas, remitiendo antes de las tres semanas, se denomina Déficit Neurológico Isquémico Reversible (DNIR).
- b) *Accidente Vascular Cerebral (AVC)*, o ictus, que puede suponer una alteración de las funciones sensoriales, de la comunicación y motoras, que se produce por falta de riego sanguíneo de forma permanente o irreversible a una zona determinada del encéfalo.

2.1. Causas de isquemia cerebral

La isquemia cerebral puede ser producida por:

- a) *Obstrucción arterial*:
 - a.1) *Trombosis arterial*: supone el cierre total o parcial de la luz arterial por placas de ateroma. Esto ocurre en estadios avanzados de la arteriosclerosis.
 - a.2) *Embolismos cerebrales*: impactación en arterias cerebrales de émbolos que pueden estar formados por trombos, fragmentos de ateromas o tumorales. Suelen ocurrir con frecuencia en valvulopatías y arritmias cardíacas.

Los embolismos son las causas más frecuentes de las isquemias cerebrales transitorias, en donde la reversibilidad de la lesión se debe a la lisis del émbolo o bien a la compensación de la isquemia por el flujo de arterias colaterales.



- b.1) *Hemorragias arteriales*: rotura de arterias con acúmulo de sangre y la consiguiente isquemia. Las causas más frecuentes de hemorragias cerebrales son: hipertensión arterial, exceso de anticoagulantes, hemorragias tumorales y traumatismos craneales.

2.2. Relación entre la ubicación de la lesión y el tipo de disfunción

La lesión de los vasos cerebrales afectará al territorio que depende de ellos. La gravedad del ictus dependerá de la zona afectada y de su extensión.

- a) Si la lesión es en *hemisferio derecho*, se pueden dar las siguientes características:
- La parálisis aparece en el lado izquierdo del cuerpo (hemiplejía izquierda).
 - Deficiencias en la percepción del espacio.
 - Acortamiento del período de atención.
 - Falta de conocimiento de las deficiencias.
 - Déficit de memoria, incapacidad para realizar transferencia de lo aprendido.
 - Abandono de las extremidades afectadas.
 - Comportamiento acelerado e impulsivo.
 - Hemianopsia: incapacidad para ver la parte izquierda del campo visual.
- b) Si la lesión es en el *hemisferio izquierdo*, tendremos las siguientes características:
- La parálisis aparece en el lado derecho del cuerpo (hemiplejía derecha).
 - Demasiada preocupación por las deficiencias.
 - Comportamiento lento y desorganizado.
 - Daños en la función del lenguaje. Afasia:
 - Expresiva: la persona comprende lo que lee, ve u oye, pero no puede formar palabras para responder a los estímulos.
 - Receptiva: la persona no es capaz de procesar lo que lee, oye o ve.
 - Hemianopsia: incapacidad para ver la parte derecha del campo visual.

3. CRITERIOS DE VALORACIÓN EN EL AVC

Se utilizarán una serie de criterios a la hora de valorar el estado del anciano con un accidente cerebro vascular instaurado. Como guía rápida y a modo de orientación se pueden considerar los expuestos en la tabla 2.

4. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA/ PROBLEMAS DEL ANCIANO CON AVC ESTABLECIDO

4.1. Sistema circulatorio

- Alteración de la perfusión hística a nivel cerebral, y retorno venoso dificultado (hipotonía muscular).
- Disminución del gasto cardíaco.
- Riesgo de trombosis venosa (disminución del flujo sanguíneo y aumento de la coagulabilidad de la sangre).

4.2. Aparato respiratorio

- Patrón respiratorio ineficaz (respiraciones lentas y superficiales).
- Limpieza ineficaz de las vías aéreas (alteración del reflejo de la tos).
- Alto riesgo de aspiración.

4.3. Aparato digestivo

- Deterioro de la deglución.
- Déficit de autocuidado: alimentación.
- Alteración de la nutrición por defecto.
- Alto riesgo de déficit de volumen de líquidos.
- Estreñimiento.
- Riesgo de diarreas.
- Incontinencia fecal.
- Déficit de autocuidado: uso del orinal/wc.

4.4. Sistema urinario

- Incontinencia urinaria total.
- Riesgo de infecciones urinarias (orina residual/sondajes vesicales).

4.5. Aparato locomotor, sistemas musculares y tegumentarios

- Trastorno de la movilidad física.
- Alto riesgo de intolerancia a la actividad.
- Desatención unilateral.
- Alto riesgo de síndrome de desuso.
- Alto riesgo de deterioro de la integridad cutánea.
- Alto riesgo de lesión/traumatismo.
- Déficit de autocuidado: baño/higiene, vestido/acalamiento.



Tabla 2. Criterios de valoración en el A.V.C. (Frances F. y cols. 1995).

Cardiovasculares:

Tensión arterial.
Pulsos: central y periférico.
Temperatura.
Estado vascular periférico.

Tolerancia a la actividad.
Balance hídrico.

Respiratorios:

Permeabilidad de las vías aéreas.

Frecuencia y ritmo respiratorio.
Disnea.
Ruidos respiratorios.

Gastrointestinales:

Estado de la capacidad deglutoria.
Ingesta de líquidos y alimentos sólidos.

Estado de la cavidad bucal.
Hábitos intestinales.
Estado nutricional.

Neurosensoriales:

Estado mental, nivel de conciencia y atención.
Estado cognitivo.
Memoria.
Orientación.
Capacidad para comunicarse.
Equilibrio, marcha y reflejos.
Dolor de cabeza.
Náuseas, vómitos.

Urinarios:

Incontinencia.
Volumen de orina.
Volumen de orina residual.
Capacidad funcional/cognitiva para usar el retrete.

Musculares y tegumentarios:

Tono y fuerza muscular en cuello y extremidades.
Fuerza en articulaciones.
Contracturas, particularmente en el lado afectado.
Capacidad para movilizarse.
Integridad de la piel.
Existencia de lesiones.

Capacidad para el autocuidado.

Existencia de factores de riesgo (tabla 1).
Conocimiento de la enfermedad y el tratamiento.

*Motivación.**Apoyo familiar.*

A.V.C.: Accidente Vascular Cerebral.

4.6. Sistemas neuro-sensoriales

- Alteraciones senso-perceptivas (visuales, táctiles).
- Trastorno de la comunicación verbal.
- Deterioro de la interacción social.
- Alteración en el desempeño del rol.
- Trastorno de la imagen corporal.
- Trastorno de la autoestima.
- Desesperanza.
- Afrontamiento individual ineficaz.

- Alteración de los procesos de pensamiento.
- Déficit de conocimientos relacionados con la nueva situación.

5. PLAN DE CUIDADOS EN EL ANCIANO CON AVC ESTABLECIDO**5.1. Sistema circulatorio**

- Elevación de las extremidades para favore-



cer el retorno venoso (puede estar contraindicado en caso de enfermedad cardíaca o respiratoria grave).

- Usar medias elásticas para favorecer el retorno venoso.
- Vigilar la aparición de edemas.
- Movilizaciones pasivas y activas para facilitar el retorno sanguíneo y la circulación de las extremidades. Realización de masajes (pellizcamientos) para activar la circulación (en caso de flebotrombosis abstenerse de realizar movilizaciones y masajes).
- Levantar al paciente lo más precozmente posible, controlando la hipotensión ortostática.

5.2. Sistema respiratorio

- Siempre que sea posible, animar al paciente a realizar ejercicios de respiración profunda varias veces al día, así como ejercicios de tos forzada.
- Realización de drenajes posturales.
- Uso de maniobras de percusión (clapping) y vibración durante 5 minutos, de dos a seis veces al día.
- Evitar dar una gran cantidad de comida, ya que la distensión abdominal dificulta la expansión pulmonar.
- Aspirar secreciones siempre que sea necesario.
- Oxigenoterapia, según pauta médica.

5.3. Sistema digestivo

- Valorar la integridad del reflejo del vómito, tocando suavemente la úvula con un depresor. Si dicho reflejo está intacto valoraremos la habilidad para deglutir con una pequeña cantidad de líquido o yoghurt.
- Valorar la humedad de mucosas.
- A la hora de comer, sentar a la persona lo más incorporada posible, con la barbilla pegada al cuello y la cabeza inclinada hacia delante para cerrar las vías respiratorias mientras traga. Al deglutir debe apretar la barbilla contra el tórax. Colocar si es necesario una almohada detrás del cuello.
- Si tiene prótesis dental, verificar que ajuste

correctamente, de lo contrario deberemos retirarla.

- Valorar adecuadamente signos de aspiración: disnea relacionada con ingesta, tos, ruidos pulmonares.
- Los alimentos deben ser semisólidos inicialmente, para pasar después a alimentos masticables que favorezcan el reflejo de la deglución. Los líquidos son generalmente los más difíciles de deglutir, pudiendo mezclarse con algún agente espesante (puré por ejemplo).
- Los alimentos deben estar bien presentados y ser de sabor agradable, debiendo colocarse dentro del campo visual de la persona.
- Colocar la comida en el lado ileso de la boca. Poner un espejo delante de la persona para enseñarle la correcta colocación de los alimentos en la boca.
- Cuando empiece a comer por sí solo, proporcionar inicialmente intimidad hasta que gane confianza. Proteger las ropas adecuadamente.
- Registrar si es necesario la cantidad de líquidos y de comida ingeridos diariamente. Pesar regularmente.
- Colocar sonda nasogástrica y utilizar nutrición enteral si se detecta un déficit nutricional importante.
- Conocer el patrón de eliminación intestinal del paciente. Controlar las deposiciones para detectar precozmente alteraciones.
- Facilitar material para deposición en cama o acompañarle al servicio, manteniendo siempre la adecuada intimidad.
- Uso de dietas con residuos (frutas, verduras, cereales), que eviten el estreñimiento, así como dar líquidos abundantes.
- Realización de masajes abdominales a una determinada hora para crear un hábito de eliminación. Usar laxantes o enemas si llega a ser necesario.
- Si existen diarreas, dar dieta astringente y mantener una buena higiene. Valorar la dieta que se le estaba dando hasta ese momento.
- En caso de que la persona presente incontinencia fecal, extremar las medidas de higiene. Usar pañales y cremas protectoras si llega a ser necesario.



162 5.4. Sistema urinario

- Favorecer lo antes posible que la persona se levante de la cama. Se evitarán así la éstasis urinario y las alteraciones en el metabolismo del calcio que produce el decúbito.
- Dar, si no existe alguna contraindicación, 1.800-2.000 ml de líquidos al día.
- Mantener un Ph urinario ácido, con lo que se reducirá la formación de cálculos de calcio y el riesgo de infecciones. Para ello se usarán dietas con carnes, pescados, cereales, zumos y se evitará el abuso de alimentos ricos en calcio (leche y derivados, acelgas, espárragos, etc).
- Vigilar las características de la orina (color, olor, sangrado), para detectar precozmente infecciones urinarias.
- En caso de sondaje vesical, valorar la posibilidad de retirar la sonda lo antes posible, comprobando la cantidad de orina residual.
- Facilitar el acceso al servicio, cuñas o botellas.

5.5. Aparato locomotor, sistemas musculares y tegumentarios

- Valorar y registrar la extensión de la parálisis inmediatamente después del A.V.C. y seguir valorando posteriormente a intervalos regulares. Por lo general la recuperación de la función motora sigue el siguiente esquema:
 - Flaccidez de las extremidades afectadas.
 - Espasticidad muscular y reflejos tendinosos profundos hiperactivos.
 - Control en bloque del miembro afectado. Se realizan movimientos globales de flexión o de extensión.
 - Recuperación lenta y gradual de la movilidad.

Normalmente la recuperación motora se realiza de proximal a distal. Si la flaccidez persiste más de 6 semanas es un signo de mal pronóstico:

- Mientras la persona esté inmovilizada en la cama, se deberán realizar los cuidados de enfermería específicos para el paciente encamado (cambios posturales, protecciones, higiene y cuidado de la piel, etc).
- Realización de ejercicios activos y pasivos con la colaboración del paciente y del fisioterapeuta.



- Hacer que el paciente y la familia colaboren en la realización del autocuidado.
- Cuando comience la deambulación utilizar cabestrillo para sostener el brazo afectado, con lo que se evitará así tirar de las articulaciones y favorecer el mantenimiento del equilibrio.
- Enseñar a utilizar el miembro sano para mover la parte afectada.
- Deben conocer que se exponen a sufrir caídas con mayor frecuencia. Hay que enseñarles a controlar la caída y caer siempre que sea posible sobre el lado no afectado.
- Poner barandillas en la cama y retirar obstáculos de su camino.

5.6. Sistemas neuro-sensoriales

- La lesión en el hemisferio izquierdo suponía graves alteraciones en la comunicación. La recuperación del habla puede durar tres meses o más, pasados los cuales si no hay mejoría puede considerarse que se ha estabilizado el paciente. A continuación exponemos algunas normas para facilitar la comunicación:
 - Hablar directamente a la persona, manteniendo el contacto visual.
 - Utilizar frases breves.
 - Hablar lentamente, dando tiempo para responder.
 - Usar un tono de voz normal, sin gritar.
 - No mostrar impaciencia.



- Cuando no entendamos algo, ser honesto con el paciente y reconocer que no le hemos entendido.
- Animar a la persona a que cante o tararee ritmos familiares, ya que a veces esta capacidad se conserva, aun cuando tenga dificultades para hablar.
- Utilizar tarjetas con dibujos o frases, para las solicitudes más comunes.
- Usar la comunicación no verbal: Gestos, ademanes, mímica.
- Colocación adecuada de la persona, para que pueda controlar el campo visual a través de su ojo ileso.
- Enseñarle a girar la cabeza para compensar la pérdida del campo visual.
- Acercarnos desde el lado visual sano. Enseñar esto también a las visitas.
- Hablarle y proporcionarle los cuidados desde el lado afectado, con lo que le ayudaremos a reintegrar y rehabilitar dicha zona de su cuerpo.
- Dejar los objetos personales en el lado afectado,

tado, a excepción del timbre, que deberá estar en el lado sano.

- Establecer rutinas predecibles.
- Pedirle que compruebe visualmente la posición de las partes afectadas.
- Buscar signos de depresión (llanto, retraimiento, disminución del apetito).
- Conocer la personalidad previa del paciente, ya que algunos rasgos pueden aparecer exagerados tras el A.V.C.
- Hacer que se sienta útil, buscando su participación en el autocuidado y en tareas sencillas.
- Permitirle usar adornos personales que refuercen su individualidad.
- Valorar el nivel de conocimientos del paciente y de la familia, explicando de modo comprensible todo aquello que necesiten saber: realización de planes de cuidados, nociones sobre la enfermedad y el tratamiento, realización de fisioterapia, y orientación sobre programas de ayuda domiciliaria al alta.

BIBLIOGRAFÍA

- Arboix A, Massons J, et al. Análisis de 1.000 pacientes consecutivos con enfermedad cerebrovascular aguda. Registro de patología cerebrovascular de la Alianza-Hospital Central de Barcelona. *Medicina clínica* 1993;101:281-4.
- Arboix A, Mauri L, et al. Trastornos depresivos en la enfermedad vascular cerebral frente a trastornos depresivos primarios: rasgos clínicos diferenciales. *Medicina clínica* 1990;95:795-6.
- Carnevali DL, Patrick M. Tratado de enfermería geriátrica. México: Editorial Interamericana McGraw Hill; 1988.
- Carrol M, Brue LJ. Cuidados de enfermería individualizados en el anciano. Barcelona: Editorial Doyma; 1989.
- Dixie M, Flynn, Francés F, Rogers-Seild. Planes de cuidados de enfermería geriátrica. Barcelona: Edit. Masson-Salvat; 1995.
- González Trompeta A, et al. Fundamentos de enfermería en atención primaria. Madrid: Editorial Síntesis; 1994.
- Ina C, Carol A, Flynn, et al. Cuidado del enfermo con ictus. *Nursing* 1995:10-17.
- López López F, Vivancos Mora J. Prevención y tratamiento de los accidentes cerebrovasculares isquémicos. *Rev Española de Neurología* 1993;8:190-200.
- Martín Martín F. Medicina interna en el paciente geriátrico. Madrid: Editorial Saned; 1989.
- Muñiz J, Juane R, et al. Estudio de casos y controles de factores de riesgo de accidente cerebrovascular agudo. *Medicina Clínica* 1993;101:403-4.
- Muñiz J, Juane R, et al. Estudio de casos y controles de factores de riesgo de accidente cerebrovascular agudo. *Medicina Clínica* 1993;101:401-5.
- Pereiro Hernández R, et al. Vida a los años... Guía de atención a la salud del anciano, Junta de Andalucía. Consejería de Salud, 1992.
- Sánchez Martos J. Prevención de la enfermedad cerebro vascular. *Enfermería Científica* 1992;126:3.
- Sue, C. La Sra. Isern era algo más que "la AVC de la 251". *Nursing* 1993:34-6.
- Tomás Vidal AM.ª. Paciente encamado. Rol de enfermería 1993;177:59-62.
- Ugalde Apalategui M, Rigol I Cuadra A. Diagnósticos de enfermería. Taxonomía NANDA. Barcelona: Editorial Masson; 1995.