

Ischemic Stroke: Clinical Perspective and Treatment: An Illustrative Case Report
Accidente cerebrovascular isquémico: perspectiva clínica y tratamiento: caso clínico ilustrativo

Autores:

Chocho-Sumba, Johanna Fernanda
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
Cuenca– Ecuador



johanna.chocho.60@est.ucacue.edu.ec



<https://orcid.org/0009-0000-7336-1040>

Prissila-Banesa, Calderón Guaraca
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
Cuenca– Ecuador



pcalderong@ucacue.edu.ec



<https://orcid.org/0000-0003-3534-034X>

Mesa-Cano, Isabel Cristina
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
Cuenca– Ecuador



imesac@ucacue.edu.ec



<https://orcid.org/0000-0003-3263-6145>

Fechas de recepción: 07-Sep -2025 aceptación: 07-Oct-2025 publicación: 31-Dic-2025



<https://orcid.org/0000-0002-8695-5005>
<http://mqrinvestigar.com/>



Resumen

El accidente cerebrovascular isquémico (ACV-I) constituye una emergencia médica que se produce por la obstrucción de una arteria cerebral, generando una interrupción del flujo sanguíneo y, en consecuencia, déficits neurológicos que varían según la región afectada. Esta condición representa una de las principales causas de discapacidad y mortalidad a nivel mundial, siendo crucial su diagnóstico precoz y abordaje integral desde el equipo de salud, especialmente desde el rol de enfermería en cuidados intensivos..

Objetivo: Analizar un caso de accidente de cerebrovascular isquémico para mostrar datos relevantes de la enfermedad y los cuidados de enfermería más importantes. **Metodología:** Estudio descriptivo retrospectivo de un caso clínico de ACV isquémico, con enfoque holístico que integra la experiencia asistencial, docente e investigativa desde el ingreso hasta el alta. Se realizó revisión sistemática de la historia clínica y búsqueda en bases de alto impacto (Scopus, PubMed, WoS, LILACS y ProQuest) de literatura publicada en los últimos cinco años. El caso se expone cronológicamente, detallando hallazgos clínicos, estudios de laboratorio e imágenes, así como las intervenciones médicas y de enfermería bajo un modelo de cuidado intensivo y humanizado. Se aplicaron criterios de inclusión basados en historias completas con consentimiento informado y exclusión de datos insuficientes, garantizando la confidencialidad y el rigor ético-científico. **Resultados:** Paciente de 72 años, cuadro clínico y los hallazgos neurológicos, se revisó la TAC cerebral, que mostró una lesión hipodensa extensa en el hemisferio cerebeloso derecho con afectación del tallo cerebral. Estos hallazgos sugieren signos claros de hipertensión endocraneana, lo que representa una situación de riesgo vital, sobre todo considerando sus múltiples comorbilidades y el riesgo potencial de deterioro agudo. **Conclusión:** La atención temprana y la reevaluación sistemática resultaron decisivas para identificar y tratar el infarto cerebeloso antes de la herniación. El manejo multidisciplinario, combinando control hemodinámico estricto, diuréticos osmóticos y soporte respiratorio, favoreció la reducción del edema y la estabilidad neurológica.

Palabras clave: Enfermedad cerebral vascular; isquemia cerebral; evento vascular cerebral isquémico; trombectomía

Abstract

Ischemic stroke (IS) is a medical emergency caused by the obstruction of a cerebral artery, leading to an interruption in blood flow and, consequently, neurological deficits that vary depending on the affected region. This condition is one of the leading causes of disability and mortality worldwide, making early diagnosis and a comprehensive approach by the healthcare team crucial, especially the role of intensive care nursing. Objective: To analyze a case of ischemic stroke to highlight relevant data on the disease and the most important nursing care. Methodology: Retrospective descriptive study of a clinical case of ischemic stroke, with a holistic approach that integrates healthcare, teaching, and research experience from admission to discharge. A systematic review of the medical record was performed, and a search was conducted in high-impact databases (Scopus, PubMed, WoS, LILACS, and ProQuest) for literature published in the last five years. The case is presented chronologically, detailing clinical findings, laboratory and imaging studies, as well as medical and nursing interventions under an intensive and humanized care model. Inclusion criteria were applied based on complete records with informed consent and exclusion of insufficient data, ensuring confidentiality and ethical-scientific rigor. Results: A 72-year-old patient with clinical symptoms and neurological findings underwent a brain CT scan, which showed an extensive hypodense lesion in the right cerebellar hemisphere with involvement of the brain stem. These findings suggest clear signs of intracranial hypertension, which represents a life-threatening situation, especially considering his multiple comorbidities and the potential risk of acute deterioration. Conclusion: Early care and systematic reassessment were decisive in identifying and treating the cerebellar infarction before herniation. Multidisciplinary management, combining strict hemodynamic control, osmotic diuretics, and respiratory support, favored edema reduction and neurological stability.

Keywords: Cerebral vascular disease; cerebral ischemia; cerebral ischemic vascular event; thrombectomy.

Introducción

El accidente cerebrovascular isquémico, también conocido como evento cerebrovascular isquémico, es una emergencia médica crítica. Se trata de una condición aguda que ocurre cuando una de las arterias que suministran sangre al cerebro se obstruye, lo que provoca déficits neurológicos que varían según la región afectada. Antes de identificar la causa que es multifactorial es fundamental proporcionar un tratamiento oportuno, ya que, de no hacerlo, pueden surgir complicaciones neurológicas severas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) clasifica este evento como un síndrome clínico que se manifiesta de manera repentina, debido a una alteración vascular que interfiere directamente con la función cerebral y que se prolonga por más de 24 horas. Por lo tanto, es común observar en los pacientes síntomas que reflejan déficits o trastornos en el funcionamiento normal del cerebro, lo que puede afectar incluso actividades cotidianas simples como caminar, estar alerta o comunicarse verbalmente (Ruiz R,2021).

En otras palabras, un accidente cerebrovascular isquémico ocurre cuando las capacidades cognitivas y motoras del cerebro sufren un fallo repentino. Según el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) de Ecuador, hasta la fecha se han registrado un total de 1,511 egresos hospitalarios a nivel nacional, siendo la provincia de Guayas la que concentra la mayor cantidad de casos, con 291, probablemente debido a la presencia de Guayaquil, la ciudad más grande del país. Además, es importante destacar que los hombres presentan un mayor número de casos en comparación con las mujeres, con 795 hombres afectados frente a 716 mujeres. Los accidentes cerebrovasculares pueden manifestarse a través de síntomas clínicos complejos que aparecen de manera repentina o gradual. Entre ellos se incluyen alteraciones motoras, que se presentan en el 76% de los casos, así como trastornos del lenguaje, de la conciencia y dificultades en la relajación de los esfínteres. También se pueden observar signos como cefaleas, trastornos visuales y vómitos (Instituto nacional de estadísticas y censos, 2024).

Cada año, alrededor de 16 millones de personas en el mundo sufren un accidente cerebrovascular. En las últimas dos décadas, la cantidad de supervivientes ha más que duplicado, y se estima que para 2030, 77 millones de personas habrán logrado sobrevivir a esta condición (Sepúlveda J, 2021). En Latinoamérica, la incidencia de accidentes cerebrovasculares varía según las diferencias socioeconómicas y demográficas de cada región. Por ejemplo, en Chile, en 2020, se registraron 8,438

muertes a causa de esta afección. Este problema de salud representa, además, el 16% de todas las muertes y discapacidades en el país (Guerrero D,2021).

Según el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), en Ecuador las enfermedades cerebrovasculares se han convertido en la tercera causa de muerte, con su incidencia aumentando a medida que avanza la edad. La prevalencia de esta condición en el país es del 44,4%. Un estudio realizado en la Universidad de Guayaquil, que analizó más de 500 casos, reveló que el 37,5% de ellos fueron de tipo hemorrágico. La hipertensión arterial, que es responsable del 70-80% de estas enfermedades, es un factor que se puede prevenir mediante la adopción de hábitos de vida más saludables desde etapas tempranas (Machado A, 2021).

En regiones como América Latina, la prevalencia de ACV isquémico ha mostrado un aumento sostenido, reflejando las desigualdades en el acceso a la atención médica, el desconocimiento de los síntomas de alarma y la escasa implementación de estrategias preventivas eficaces. Este panorama ha motivado a organizaciones internacionales, sociedades científicas y gobiernos a fortalecer las políticas de salud orientadas a la detección precoz de factores de riesgo, el manejo integral del paciente con enfermedades cardiovasculares y la educación comunitaria. Las enfermedades cerebrovasculares son condiciones de salud bastante complejas que, aunque son especialmente comunes en personas mayores, también pueden afectar a otros grupos de edad. Con el fin de abordar esta patología y su evolución en el entorno hospitalario, utilizaremos metodologías y herramientas de intervención específicas del ámbito de la enfermería. Nuestro objetivo es identificar procedimientos sistemáticos y estratégicos que puedan aplicarse eficazmente en este contexto (Borja A, 2021).

Existen diversos factores de riesgo que aumentan la probabilidad de sufrir un accidente cerebrovascular isquémico. Algunos de estos factores son modificables, lo que significa que pueden ser controlados mediante cambios en el estilo de vida y tratamiento médico, mientras que otros son no modificables, como la edad o la genética. Entre los factores de riesgo modificables se destacan la hipertensión arterial, la diabetes, el colesterol elevado, el tabaquismo, la obesidad, el sedentarismo y las enfermedades cardíacas, como la fibrilación auricular. Por otro lado, factores no modificables como la edad avanzada, el sexo (los hombres tienen mayor riesgo a edades tempranas), antecedentes familiares de ACV, y ciertos factores genéticos también influyen en la probabilidad de sufrir este tipo de accidente cerebrovascular. Entre los factores de riesgo más comunes asociados al ACV isquémico se encuentran la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, el hipercolesterolemia, el tabaquismo, la

obesidad, el sedentarismo, así como enfermedades cardíacas como la fibrilación auricular. La identificación y el manejo adecuado de estos factores son esenciales tanto para la prevención primaria como para reducir el riesgo de recurrencias en pacientes que ya han sufrido un episodio (Urcia F, 2023).

En la actualidad, el diagnóstico temprano y la atención médica urgente son fundamentales para mejorar el pronóstico de los pacientes. El desarrollo de tratamientos como la trombólisis intravenosa con activadores del plasminógeno tisular (tPA) y la trombectomía mecánica han revolucionado la manera en que se maneja esta emergencia médica. Sin embargo, el éxito de estas terapias está estrictamente limitado a ventanas de tiempo muy específicas, lo cual subraya la importancia de la educación pública sobre los signos de alarma y la necesidad de actuar con prontitud. El diagnóstico se basa en la evaluación clínica inicial del paciente, que suele presentar un déficit neurológico agudo como hemiplejía, afasia, alteración del nivel de conciencia o desviación ocular. Esta sospecha clínica se confirma mediante estudios de imagen, como la tomografía computarizada (TC) o la resonancia magnética (RM), que permiten visualizar el área cerebral afectada, identificar signos de infarto establecido, y, en algunos casos, la presencia de edema cerebral y desplazamiento de estructuras (Bernabe O, 2021).

El diagnóstico oportuno y preciso del accidente cerebrovascular isquémico (ACV isquémico) es fundamental para reducir la mortalidad y mejorar el pronóstico funcional del paciente. Dado que se trata de una emergencia médica tiempo-dependiente, cada minuto cuenta: la rápida identificación del tipo de evento cerebrovascular y la localización de la lesión permiten iniciar un tratamiento adecuado que puede limitar el daño neurológico y salvar vidas. En este contexto, el diagnóstico del ACV isquémico combina una evaluación clínica detallada con el uso de herramientas de neuroimagen y exámenes complementarios que permiten confirmar el cuadro y descartar otras posibles causas de los síntomas. Por tanto, el accidente cerebrovascular isquémico no solo constituye un importante desafío clínico, sino también un problema de salud pública que requiere un enfoque integral que combine prevención, diagnóstico precoz, tratamiento efectivo y rehabilitación. A lo largo de este trabajo, se abordarán en detalle los aspectos fisiopatológicos, clínicos y terapéuticos del ACV isquémico, con el objetivo de comprender mejor su impacto y explorar las estrategias más efectivas para su abordaje (García E, 2024).

El impacto del ACV isquémico no solo afecta al individuo desde el punto de vista físico y emocional, sino que también representa una carga considerable para el sistema de salud y la sociedad en general, debido a los costos asociados a la rehabilitación, la dependencia funcional y la pérdida de productividad. A pesar de los avances en el diagnóstico y el tratamiento, como la trombólisis intravenosa y la trombectomía mecánica, la ventana terapéutica para intervenir de manera eficaz es limitada, lo que hace indispensable una rápida identificación de los síntomas y la actuación inmediata ante los primeros signos del evento. El tratamiento del ACV isquémico tiene como objetivo principal restaurar la perfusión cerebral lo antes posible, minimizar el daño neuronal y prevenir recurrencias. Las estrategias terapéuticas incluyen intervenciones farmacológicas como la administración de trombolíticos, tratamientos endovasculares como la trombectomía mecánica, y medidas de soporte para el control de factores de riesgo cardiovascular. La atención oportuna y coordinada en unidades especializadas en ictus es fundamental para mejorar los desenlaces clínicos y funcionales del paciente (Oliveira A, 2024).

En este contexto, comprender la fisiopatología del accidente cerebrovascular isquémico, sus factores de riesgo, manifestaciones clínicas, estrategias de tratamiento y medidas preventivas es fundamental para el abordaje integral del paciente. Así, el conocimiento y la concientización sobre esta enfermedad no solo permiten mejorar el pronóstico de quienes la padecen, sino que también fortalecen los sistemas de atención en salud y promueven una cultura de prevención en la comunidad- El diagnóstico temprano y preciso es fundamental, ya que cada minuto sin circulación cerebral adecuada aumenta el riesgo de daño permanente en las células nerviosas. Por esta razón, el proceso diagnóstico comienza con la identificación rápida de los signos y síntomas clínicos, como debilidad en un lado del cuerpo, dificultad para hablar, pérdida de visión o coordinación, y alteraciones en el nivel de conciencia (Soto V, 2021)

El accidente cerebrovascular isquémico (ACV isquémico) es una emergencia médica de alta prevalencia que representa una de las principales causas de discapacidad permanente y mortalidad a nivel mundial. Este tipo de evento cerebrovascular ocurre como consecuencia de la interrupción súbita del flujo sanguíneo hacia una región del encéfalo, generalmente debido a la obstrucción de una arteria por un trombo o émbolo. Esta falta de perfusión desencadena un conjunto de procesos patológicos que, si no se revierten de manera oportuna, conducen a la muerte neuronal y a déficits neurológicos irreversibles. Por esta razón, el tratamiento del ACV isquémico debe iniciarse de forma

inmediata, siguiendo protocolos específicos que buscan restaurar la circulación cerebral, minimizar el daño neurológico y prevenir recurrencias. El estudio detallado de la fisiopatología del ACV isquémico no solo permite entender los mecanismos del daño cerebral agudo, sino que también constituye la base para el desarrollo de estrategias terapéuticas actuales y futuras, orientadas a limitar el daño neuronal, mejorar el pronóstico funcional de los pacientes y reducir las secuelas a largo plazo (Freire I, 2023).

El abordaje terapéutico del ACV isquémico puede dividirse en varias fases: tratamiento agudo, tratamiento preventivo secundario y rehabilitación. En la fase aguda, el objetivo principal es la reperusión del tejido cerebral isquémico. La trombólisis intravenosa con activador tisular del plasminógeno recombinante (rt-PA) es el tratamiento de elección en pacientes seleccionados que se presentan dentro de las primeras 4.5 horas desde el inicio de los síntomas, y que cumplen con criterios clínicos y radiológicos establecidos. En paralelo, la trombectomía mecánica, realizada por vía endovascular, ha demostrado ser altamente eficaz en pacientes con oclusiones de grandes vasos cerebrales, ampliando la ventana terapéutica hasta 6 horas, e incluso hasta 24 horas en casos específicos. (Servicio integrado de seguridad ECU 911, 2025).

Una vez superada la fase aguda, el tratamiento se orienta a la prevención secundaria y a la optimización del estado clínico general del paciente. En esta etapa, es fundamental controlar los factores de riesgo modificables como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, la dislipidemia, el tabaquismo y la fibrilación auricular. Según la etiología del ACV, se indicarán antiagregantes plaquetarios o anticoagulantes orales, además de otros fármacos cardioprotectores y neuroprotectores. El tratamiento debe ser individualizado y basado en una evaluación etiológica detallada, utilizando herramientas como la escala TOAST para clasificar el tipo de infarto isquémico. Por último, la rehabilitación neurológica desempeña un papel esencial en la recuperación funcional del paciente, y debe iniciarse lo antes posible. Un enfoque multidisciplinario que involucre fisioterapia, terapia ocupacional, logopedia y apoyo psicológico es crucial para maximizar la neuroplasticidad y reducir las secuelas funcionales y cognitivas. Además, el acompañamiento familiar y el seguimiento ambulatorio coordinado son fundamentales para la reintegración social y la mejora en la calidad de vida del paciente. A pesar de su gravedad, el ACV isquémico es en gran medida prevenible (Oliveira A, 2022).

La confirmación diagnóstica se realiza principalmente a través de estudios de imagen cerebral. La tomografía computarizada (TC) sin contraste es el examen de elección inicial por su rapidez y disponibilidad, y permite descartar una hemorragia intracraneal, lo cual es crucial antes de iniciar tratamientos como la trombólisis. No obstante, en etapas tempranas del ACV isquémico, la TC puede no mostrar cambios evidentes. En esos casos, la resonancia magnética nuclear (RMN), especialmente con secuencias de difusión (DWI), es más sensible para detectar isquemia cerebral aguda. Otros estudios como la angiotomografía (angio-TC), la angiorresonancia (angio-RM) o el Doppler de vasos cervicales y transcraneales ayudan a identificar oclusiones arteriales, estenosis y evaluar el flujo sanguíneo cerebral (Salazar M, 2023).

En resumen, el tratamiento del accidente cerebrovascular isquémico abarca un conjunto de estrategias complejas que requieren un enfoque rápido, integral y coordinado. El éxito del tratamiento no solo depende de la tecnología médica disponible, sino también del reconocimiento temprano de los síntomas, del acceso inmediato a servicios especializados y de la adherencia a programas de rehabilitación y prevención secundaria. La continua actualización en las guías clínicas y la educación del personal de salud y de la población general son pilares fundamentales en la lucha contra el impacto devastador de esta patología (Riverón, 2022).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que hasta el 80% de los accidentes cerebrovasculares podrían evitarse mediante el control adecuado de los factores de riesgo y la adopción de estilos de vida saludables. Entre los factores de riesgo modificables más relevantes se encuentran la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol, la obesidad, el sedentarismo y la dislipidemia. Además, la fibrilación auricular y otras enfermedades cardíacas también desempeñan un papel clave en la génesis de eventos embólicos cerebrales (Aveiga H, 2025).

El cerebro es un órgano altamente dependiente del metabolismo aeróbico, con escasas reservas energéticas y una demanda constante de oxígeno. Por esta razón, incluso una breve interrupción en el flujo sanguíneo cerebral puede producir consecuencias catastróficas. La privación de oxígeno y glucosa conduce rápidamente a un déficit de trifosfato de adenosina (ATP), lo que impide el funcionamiento normal de las bombas iónicas de membrana y genera una pérdida del equilibrio iónico celular. Este desbalance favorece la acumulación de sodio, calcio y agua intracelular, lo que causa edema citotóxico, daño mitocondrial, activación enzimática destructiva y, finalmente, muerte

neuronal. A este conjunto de procesos se le conoce como la cascada isquémica, un fenómeno progresivo que incluye mecanismos de excitotoxicidad glutamatérgica, estrés oxidativo, respuesta inflamatoria, y en algunos casos, lesión por reperfusión cuando se restablece el flujo sanguíneo. Si bien parte del tejido cerebral sufre necrosis irreversible en los primeros minutos, existe una región circundante conocida como penumbra isquémica, donde las células, aunque disfuncionales, todavía pueden recuperarse si se actúa con rapidez mediante terapias de reperfusión (Alonso E, 2023)

El estudio detallado de la fisiopatología del ACV isquémico no solo permite entender los mecanismos del daño cerebral agudo, sino que también constituye la base para el desarrollo de estrategias terapéuticas actuales y futuras, orientadas a limitar el daño neuronal, mejorar el pronóstico funcional de los pacientes y reducir las secuelas a largo plazo. El accidente cerebrovascular (ACV) isquémico es una de las principales causas de discapacidad y muerte en todo el mundo. Este tipo de ACV ocurre cuando un vaso sanguíneo que irriga al cerebro se bloquea, impidiendo el flujo adecuado de sangre y oxígeno a las células cerebrales. La falta de riego sanguíneo puede llevar a daños cerebrales permanentes si no se trata de manera oportuna (Navia G, 2022).

Existen diversos factores de riesgo que aumentan la probabilidad de sufrir un accidente cerebrovascular isquémico. Algunos de estos factores son modificables, lo que significa que pueden ser controlados mediante cambios en el estilo de vida y tratamiento médico, mientras que otros son no modificables, como la edad o la genética. Entre los factores de riesgo modificables se destacan la hipertensión arterial, la diabetes, el colesterol elevado, el tabaquismo, la obesidad, el sedentarismo y las enfermedades cardíacas, como la fibrilación auricular. Por otro lado, factores no modificables como la edad avanzada, el sexo (los hombres tienen mayor riesgo a edades tempranas), antecedentes familiares de ACV, y ciertos factores genéticos también influyen en la probabilidad de sufrir este tipo de accidente cerebrovascular (Donoso N, 2021).

El conocimiento y control de estos factores de riesgo es fundamental para prevenir el ACV isquémico. La intervención temprana mediante cambios en los hábitos de vida y la supervisión médica adecuada puede reducir significativamente la incidencia de esta condición, mejorando la salud cerebral y la calidad de vida de los individuos en riesgo. La evidencia científica demuestra que mediante el control adecuado de estos factores es posible prevenir hasta el 80% de los accidentes cerebrovasculares. Por tanto, es esencial promover campañas de concientización, educación sanitaria, programas de detección precoz y políticas de salud pública orientadas a la reducción del riesgo. En este contexto,

la atención primaria cumple un papel clave, al ser el primer nivel de contacto entre los individuos y el sistema de salud (Doussoulin S, 2022).

Las manifestaciones clínicas del ACV isquémico son sumamente variables y dependen en gran medida de la región cerebral afectada, la extensión del daño, la rapidez del tratamiento recibido y las condiciones de salud previas del paciente. A pesar de esta variabilidad, existen signos y síntomas característicos que permiten una sospecha clínica temprana, clave para iniciar una atención médica urgente que puede marcar la diferencia entre la recuperación funcional y la discapacidad severa. Entre los síntomas más comunes se encuentran la hemiparesia o debilidad súbita en un lado del cuerpo, alteraciones en el habla como disartria o afasia, pérdida súbita de la visión, trastornos del equilibrio y la coordinación, así como cambios en el estado de conciencia. Es importante destacar que estas manifestaciones no siempre aparecen juntas y, en algunos casos, pueden ser transitorias, lo que dificulta el diagnóstico inmediato. Por ello, es esencial que tanto el personal de salud como la población general reconozcan los signos de alarma que caracterizan a un ACV, tales como la desviación facial, la pérdida de fuerza en un brazo o una pierna, y las dificultades para hablar o comprender el lenguaje, resumidos comúnmente en el acrónimo FAST (por sus siglas en inglés: Face, Arm, Speech, Time) (Silva G, 2024).

Es fundamental que tanto los profesionales de la salud como la población general estén capacitados para reconocer estas señales, ya que el tiempo es un factor crítico en el manejo del ACV. Existe una “ventana terapéutica” —un período limitado tras el inicio de los síntomas— durante el cual ciertos tratamientos pueden ser altamente efectivos, como la administración de trombolíticos o la realización de una trombectomía en el caso de un ACV isquémico. Por ello, la identificación rápida y precisa de los síntomas puede salvar vidas y minimizar el daño neurológico. Con el propósito de mejorar el reconocimiento de estas señales de alarma, diversas campañas de salud pública han difundido estrategias como el acrónimo “FAST” (por sus siglas en inglés: Face, Arms, Speech, Time), que resume los signos más comunes de un ACV y destaca la importancia de actuar con urgencia. Esta conciencia social es clave para reducir el impacto del ACV en la salud pública y mejorar los resultados clínicos a largo plazo (Patiño M, 2023).

La prevención del accidente cerebrovascular isquémico se basa principalmente en el control de los factores de riesgo modificables. Mantener una presión arterial dentro de los rangos normales es fundamental, ya que la hipertensión es uno de los principales desencadenantes de este tipo de eventos.

Asimismo, es esencial llevar un estilo de vida saludable que incluya una alimentación balanceada baja en grasas saturadas y sal, la práctica regular de actividad física, el abandono del tabaquismo, y la moderación en el consumo de alcohol. También se recomienda un control riguroso de enfermedades crónicas como la diabetes mellitus y el hipercolesterolemia, así como acudir periódicamente a revisiones médicas. Adoptar estas medidas no solo reduce significativamente el riesgo de sufrir un ACV, sino que también mejora la salud cardiovascular general (Figueredo H, 2024).

La prevención del ACV isquémico es una estrategia compleja pero fundamental que debe abordarse desde distintos niveles: primario, secundario y terciario. La prevención primaria se centra en evitar la aparición del primer evento cerebrovascular mediante el control de los factores de riesgo modificables. Entre estos se destacan la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, la dislipidemia, el tabaquismo, el sedentarismo, la obesidad, el consumo excesivo de alcohol y la fibrilación auricular. Abordar estos factores mediante estilos de vida saludables y tratamientos farmacológicos adecuados reduce significativamente el riesgo de un primer ACV. Por otro lado, la prevención secundaria se enfoca en evitar la recurrencia del evento en pacientes que ya han sufrido un ACV isquémico o un accidente isquémico transitorio (AIT). En estos casos, el seguimiento médico estricto, la adherencia al tratamiento, la modificación de hábitos de vida y, en ocasiones, procedimientos médicos o quirúrgicos específicos como la endarterectomía carotídea, resultan esenciales (Vidal R, 2024).

A nivel poblacional, la prevención también implica la implementación de políticas de salud pública efectivas, campañas educativas, acceso a atención médica oportuna y programas de detección precoz. La educación comunitaria sobre los signos y síntomas del ACV, así como la promoción de chequeos médicos regulares, puede salvar vidas al facilitar una intervención temprana en casos de riesgo elevado. Numerosos estudios han demostrado que la mayoría de los accidentes cerebrovasculares isquémicos son prevenibles si se identifican y controlan adecuadamente los factores de riesgo. La promoción de hábitos saludables, junto con un diagnóstico precoz y tratamiento eficaz de las enfermedades cardiovasculares, son pilares esenciales en la lucha contra esta patología. En este contexto, la educación sanitaria y el acceso a servicios de salud desempeñan un papel clave en la implementación exitosa de medidas preventivas a nivel individual y poblacional (Riveron C, 2022). Por lo tanto, abordar la prevención del ACV isquémico no solo implica reducir la carga de enfermedad, sino también contribuir al bienestar general y al fortalecimiento de los sistemas de salud

pública. En este trabajo se analizarán las principales estrategias preventivas, basadas en la evidencia científica actual, así como los desafíos y oportunidades para su aplicación efectiva. Mantener una presión arterial normal es clave, ya que la hipertensión es el principal factor asociado. Controlar adecuadamente la diabetes y el colesterol también disminuye el riesgo. Adoptar una dieta saludable, baja en grasas saturadas y rica en frutas y vegetales, ayuda a proteger los vasos sanguíneos. Uno de los factores más importantes a controlar es la hipertensión arterial, ya que eleva significativamente el riesgo de ACV. Se recomienda mantener cifras inferiores a 140/90 mmHg mediante cambios en el estilo de vida y, si es necesario, medicamentos. Otro factor relevante es la diabetes mellitus, que debe mantenerse bajo control con dieta, ejercicio y tratamiento farmacológico (Perez L, 2024).

Hacer ejercicio regularmente, durante al menos 30 minutos al día es fundamental para mantener una buena salud física y mental. Esta práctica regular ayuda a fortalecer el corazón, mejorar la circulación sanguínea y reducir el riesgo de enfermedades crónicas como la diabetes tipo 2, la hipertensión y problemas cardiovasculares. Además, contribuye al control del peso corporal, ya que favorece la quema de calorías y mejora el metabolismo. En el plano mental, el ejercicio estimula la liberación de endorfinas, lo que ayuda a reducir el estrés, la ansiedad y la depresión, al mismo tiempo que mejora la calidad del sueño y la concentración. También fortalece los músculos y los huesos, previniendo la pérdida de masa ósea y el riesgo de caídas con el envejecimiento. Por estas razones, organismos como la Organización Mundial de la Salud recomiendan al menos 30 minutos de actividad física moderada al día, ya que es una cantidad accesible que puede generar grandes beneficios si se convierte en un hábito constante (Angarica A, 2023).

La prevención se divide en primaria y secundaria. La prevención primaria busca evitar la aparición del primer evento cerebrovascular y se enfoca en reducir los factores de riesgo. La prevención secundaria se aplica a personas que ya han tenido un ACV o un ataque isquémico transitorio (AIT), con el fin de evitar recurrencias. El colesterol alto, especialmente el LDL elevado, también contribuye a la formación de placas en las arterias. Por ello, se aconseja seguir una dieta balanceada, rica en frutas, verduras, granos integrales, pescado y baja en grasas saturadas, además del uso de estatinas si está indicado. El tabaquismo es un factor de riesgo importante y debe evitarse por completo. Además, es recomendable limitar el consumo de alcohol, ya que en exceso puede aumentar la presión arterial y el riesgo de arritmias como la fibrilación auricular, que predispone a eventos cardioembólicos. En

estos casos, el uso de anticoagulantes orales como warfarina o los anticoagulantes directos (DOACs) ha demostrado ser eficaz en la prevención del ACV (Soutelo J, 2025).

Metodología

La presente investigación se enmarca en el abordaje de un caso clínico con enfoque descriptivo y retrospectivo, orientado a comprender y analizar de forma integral la evolución de un paciente diagnosticado con accidente cerebrovascular isquémico (ACV). La metodología se fundamenta en el principio del cuidado como eje transversal, integrando la experiencia asistencial, docente e investigativa para enriquecer el análisis clínico desde una perspectiva holística.

El proceso inició con la revisión sistemática y ética de la historia clínica del paciente, considerando todos los elementos que permitieran comprender su condición de salud desde el primer contacto con los servicios hospitalarios hasta su desenlace clínico. Esta revisión se complementó con una búsqueda activa y rigurosa de literatura científica actualizada, utilizando bases de datos de alto impacto como Scopus, PubMed, Web of Science, LILACS y ProQuest, enfocándose exclusivamente en artículos publicados en los últimos cinco años y en los idiomas español o inglés. La selección de fuentes respondió a criterios de pertinencia clínica y relevancia científica, garantizando así una base sólida para la triangulación teórico-práctica.

El caso se presenta de forma cronológica y estructurada, partiendo del motivo de consulta inicial y los síntomas que motivaron la atención médica. Se describen con detalle las condiciones clínicas del paciente al ingreso, las primeras impresiones diagnósticas del equipo de salud, así como la recopilación completa de su historia clínica, medicamentos de uso habitual, antecedentes médicos relevantes y datos obtenidos durante el examen físico inicial.

En paralelo, se analizaron los exámenes de laboratorio y estudios de imagen solicitados en las primeras horas, esenciales para confirmar el diagnóstico y guiar el abordaje terapéutico. El plan de cuidado fue documentado con precisión, incluyendo las decisiones médicas y de enfermería, los fármacos administrados, las intervenciones realizadas y las modificaciones terapéuticas en función de la evolución clínica del paciente.

Este análisis se enriquece con una mirada desde el cuidado intensivo, considerando los criterios de severidad, monitorización continua y las implicancias del soporte vital. Se evalúa la respuesta del paciente al tratamiento, ya sea mejoría, estancamiento o desenlace fatal, bajo una perspectiva

humanizada que reconoce al paciente como un sujeto integral y no solo como un receptor de intervenciones biomédicas.

Los criterios de inclusión consideraron casos con historias clínicas completas, accesibles y con consentimiento informado registrado. Por respeto a los principios éticos de la investigación en salud, fueron excluidos todos aquellos pacientes cuyas historias clínicas presentaran vacíos significativos de información o que no hubieran otorgado su consentimiento de forma libre y voluntaria. Este abordaje garantiza la confidencialidad, el respeto a la dignidad del paciente y la legitimidad científica del estudio.

Resultados

Por historia clínica y contexto la paciente, de 72 años, llegó acompañada de su hija, quien relató que el día anterior había sido dada de alta tras una valoración por cefalea y crisis hipertensiva. Su madre presentaba antecedentes de larga data: hipertensión arterial mal controlada, diabetes mellitus tipo 2 con nefropatía incipiente, obesidad grado II y seguimiento cardiológico interrumpido desde hacía seis años. Esta interrupción del control cardiovascular subraya la necesidad de estrategias de adherencia y educación continuas. A continuación, se describen los ingresos anteriores.

Primer ingreso al revisar el historial del servicio de emergencia, ingresó el 14 de diciembre con presión arterial de 200/100 mmHg, cefalea holocraneana severa, vértigo y vómitos. A pesar de una gasometría que descartó cetoacidosis y una presión replegada a 172/91 mmHg, el equipo consideró una descompensación metabólica leve. Fue dada de alta al día siguiente con pautas de medicación antihipertensiva y signos de alarma. Sin embargo, su cuadro evolutivo no fue resuelto, evidenciando la importancia de reevaluaciones tempranas.

En el reingreso tres días después, la paciente reapareció con síntomas agravados: vigil, orientada en persona y espacio, pero desorientada en tiempo. cefalea persistente, náuseas, vómitos repetidos y sensación febril intermitente bradipsiquia, temblor del hemicuerpo izquierdo, dismetría severa, disdiadococinesia y nistagmo, sensibilidad disminuida en patrón de "guante y calcetín"; temblor acentuado en el hemicuerpo izquierdo. Con cifras tensionales elevadas (TA: 190/120 mmHg, verificada), frecuencia cardíaca de 80 lpm, saturación de oxígeno osciló en torno al 90 % y la glicemia capilar marcó 220 mg/dL, pese a una postura semifowler y administración nasal de oxígeno

suplementario. Se ordena TAC por la persistencia del cuadro y la aparición de signos de hipertensión endocraneana.

Ante la complejidad del cuadro clínico y los hallazgos neurológicos, se revisó la TAC cerebral, que mostró una lesión hipodensa extensa en el hemisferio cerebeloso derecho con afectación del tallo cerebral. Estos hallazgos sugieren signos claros de hipertensión endocraneana, lo que representa una situación de riesgo vital, sobre todo considerando sus múltiples comorbilidades y el riesgo potencial de deterioro agudo. La localización de la lesión en la fosa posterior aumenta la posibilidad de compromiso del centro cardiorrespiratorio por efecto del edema, situación que requiere intervención hospitalaria en Unidad de cuidado críticos.

La paciente fue trasladada de inmediato a la Unidad de Cuidados Intensivos Neurológicos, donde se implementó una estrategia de manejo neuroprotector integral. En posición semifowler al 45 % y con restricción del aporte oral, se inició oxigenoterapia suplementaria para mantener saturaciones por encima del 92 % y favorecer la oxigenación tisular. Paralelamente, se instauró una infusión continua de labetalol para el control estricto de la presión arterial media (objetivo 95–105 mmHg), evitando así la agravación del edema cerebeloso.

Figura 1. La imagen corresponde a una tomografía computarizada (TC) de cráneo en corte axial, específicamente a nivel de la fosa posterior y senos paranasales.

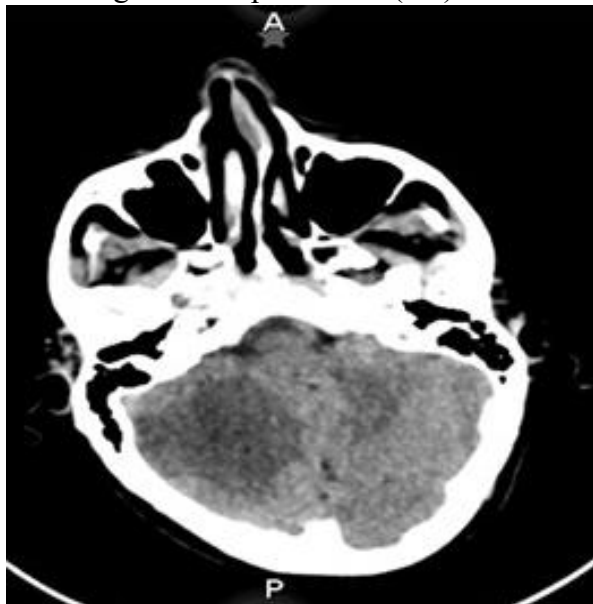


La tomografía computarizada (TC) de cráneo muestra una hiperdensidad en el hemisferio cerebeloso derecho, indicativa de hemorragia intracerebelosa, acompañada de un efecto de masa que desplaza las estructuras de la línea media y comprime el cuarto ventrículo, lo que puede generar hidrocefalia obstructiva. Los senos paranasales y celdillas mastoideas están opacificados, sugiriendo sinusitis crónica. El diagnóstico diferencial incluye hemorragia cerebelosa primaria, posible origen hipertensivo, o hemorragia secundaria a malformaciones vasculares, tumores o anticoagulantes. Se recomienda

evaluación neurológica urgente, estudios con TC con contraste y valoración neuroquirúrgica ante signos de hipertensión intracraneana.

Figura 2. tomografía computarizada (TC) de cráneo en corte axial (fosa posterior) aquí se aprecian diferencias importantes.

La tomografía computarizada (TC) muestra un parénquima cerebeloso hipodenso y homogéneo, sin



signos de hemorragia aguda, a diferencia de la imagen anterior. Se mantiene un efecto de masa con asimetría cerebelosa, borramiento de los surcos y compresión del cuarto ventrículo, indicando edema cerebeloso y riesgo de herniación. Los senos paranasales y las celdillas mastoideas están parcialmente opacificados. Esto sugiere un edema secundario a hemorragia o isquemia, o un infarto cerebeloso extenso. Se recomienda correlacionar con síntomas clínicos, monitorizar la hipertensión intracraneal y realizar evaluación neuroquirúrgica

urgente si hay deterioro neurológico.

Figura 3. tomografía computarizada (TC) de cráneo en corte sagital, que permite observar con claridad las estructuras del sistema ventricular, tronco encefálico, cerebelo y convexidad cerebral.



La tomografía computarizada (TC) de cráneo en corte sagital revela una compresión del cuarto ventrículo, indicando un efecto de masa en la fosa posterior, posiblemente por hemorragia o edema cerebeloso. Además, se observa dilatación de los ventrículos laterales y tercer ventrículo, lo que sugiere hidrocefalia obstructiva debido a la obstrucción del flujo de líquido cefalorraquídeo. También se nota el borramiento de las cisternas basales y el aplanamiento de los surcos corticales, lo cual indica aumento de la presión intracraneal y riesgo de herniación. Esto refuerza la hipótesis de hemorragia o infarto cerebeloso con edema severo y obstrucción

ventricular, llevando a una hidrocefalia aguda, un cuadro potencialmente letal si no se trata rápidamente. Se recomienda derivación inmediata a neurocirugía, considerar drenaje ventricular externo y monitorización intensiva para controlar la presión intracraneal.

Figura 4. tomografía computarizada (TC) de cráneo en corte sagital, que permite observar con claridad las estructuras del sistema ventricular, tronco encefálico, cerebelo y convexidad cerebral.



Ojo la lectura de imagen P/La tomografía computarizada (TC) del cráneo en corte coronal muestra un hematoma intraparenquimatoso en el hemisferio cerebral derecho, probablemente en la región de los ganglios basales o el lóbulo frontal. Este hematoma genera un efecto de masa, desplazando las estructuras de la línea media hacia la izquierda, lo que sugiere un aumento de la presión intracraneal. Además, alrededor del hematoma se observa hipodensidad, indicativa de edema cerebral vasogénico. El diagnóstico probable es una hemorragia intracerebral espontánea, que podría estar relacionada con hipertensión. Dada la gravedad

de la situación, se requiere una evaluación neurológica urgente y un manejo en unidad de cuidados intensivos.

A las tres horas del ingreso en UCI se administró un bolo de manitol al 20 % (0,5 g/kg) con monitorización de diuresis y electrolitos séricos. En las siguientes 24 horas, la paciente mostró una reducción apreciable del nistagmo y mejoría en la coordinación motora del hemicuerpo izquierdo, pasando de una dismetría severa a una dismetría moderada. La presión intracraneal, estimada por parámetros clínicos y ultrasonidos transcraneales, descendió de forma sostenida, lo que permitió disminuir gradualmente la dosis de diurético osmótico.

Durante el segundo día de ingreso, se realizó resonancia magnética de control y eco-Doppler de vasos cerebrales, confirmándose la extensión inicial del infarto en el hemisferio cerebeloso derecho sin nuevas áreas de isquemia. El equipo de fisioterapia neurológica inició movilizaciones pasivas suaves y ejercicios de coordinación dentada, logrando que la paciente mantuviera el equilibrio en sedestación durante breves periodos. Además, la instauración de un plan de nutrición enteral temprana favoreció el aporte calórico necesario para la reparación neuronal.

Al tercer día, la paciente recuperó la orientación temporal completa y la fuerza en la mano izquierda pasó de nivel 3 a nivel 4 en la escala de Oxford. Se inició de forma progresiva la tolerancia a la vía oral con líquidos claros, sin episodios de broncoaspiración, y se retiró la sedación leve que permitía

evaluar su estado neurológico de manera más precisa. La hija destacó la claridad de las explicaciones del equipo y la sensación de seguridad que percibió durante toda la estancia, factores que contribuyeron a la adherencia y a la respuesta positiva al tratamiento.

Para el quinto día, la paciente se encontraba estable, sin signos de hipertensión endocraneana ni complicaciones infecciosas asociadas al infarto o a la hospitalización. Fue trasladada a la unidad de hospitalización neurológica con un plan de rehabilitación intensiva y un programa de educación familiar para manejo casero de la presión arterial y la glucemia.

Este caso ejemplifica no solo la eficacia de un protocolo multidisciplinario de manejo agudo del infarto cerebeloso con riesgo de herniación, sino también el impacto positivo de humanizar la atención, incorporando a la familia en cada toma de decisiones. La conjunción de técnicas avanzadas de neuroprotección, cuidados críticos y apoyo psicoemocional convirtió una situación potencialmente letal en una experiencia de recuperación satisfactoria, subrayando la importancia de un enfoque holístico en la práctica clínica.

DISCUSIÓN

El accidente cerebrovascular isquémico (ACV isquémico) representa un reto clínico de primer orden, no solo por su alta carga de morbilidad y discapacidad a nivel global, sino también por su necesidad de diagnóstico precoz y manejo urgente para minimizar la lesión neuronal (Riveron C, 2022). En nuestro caso, la obstrucción vascular afectó la circulación posterior, provocando un infarto cerebeloso derecho con edema repercutible en tan solo minutos, lo que exige una elevada sospecha clínica ante síntomas iniciales inespecíficos como vértigo, cefalea y vómitos. La historia de hipertensión crónica mal controlada y diabetes, factores que potencian la formación de trombos y la vulnerabilidad microvascular, explica la rápida extensión de la zona hipodensa observada en la TAC. Este escenario ilustra cómo la fisiopatología del ACV isquémico—la interrupción del flujo y la consiguiente inanición celular—se traduce en un cuadro neurológico agudo de alta complejidad, subrayando la importancia de protocolos de reevaluación temprana y acceso inmediato a neuroimágenes para precaver la progresión a herniación y deterioro del tronco encefálico.

El uso de terapias recanalizantes en el ACV isquémico, como la trombólisis con alteplase dentro de las primeras 4,5 h, ha demostrado reducir significativamente el volumen del infarto y mejorar el pronóstico funcional; sin embargo, sólo un 10–20 % de los pacientes llegan a tiempo a recibir este tratamiento (Aveiga H, 2024). En nuestro caso, la paciente presentó un retraso diagnóstico debido a

la falta de sospecha clínica inicial y al alta prematura tras el primer ingreso, lo que la situó fuera de la ventana óptima para trombólisis. La trombectomía mecánica habría sido otra opción en oclusiones de gran vaso, pero la localización en territorio cerebeloso y la ausencia de un punto de oclusión accesible en el tronco basilar limitaron esta alternativa (Alonso E, 2023).

De manera concordante con las guías, una vez descartada la recanalización, el enfoque terapéutico se centró en la prevención secundaria: control estricto de la presión arterial con infusión de labetalol, optimización de la glucemia mediante ajuste de insulina y recomendaciones dietarias, manejo de la dislipidemia y, en cuanto la paciente estuvo estable, inicio de antiagregación con ácido acetilsalicílico. Este abordaje multifactorial y personalizado es esencial para reducir el riesgo de recurrencia, ya que la hipertensión y la diabetes mal controladas duplican el riesgo de un segundo evento isquémico (Aveiga H, 2024) (Alonso E, 2023).

La incorporación temprana de un programa de educación familiar sobre el monitoreo casero de la presión arterial y la glucemia, así como la rehabilitación neurológica precoz, refuerzan la adherencia al tratamiento y promueven la recuperación funcional. De este modo, aunque la ventana para recanalización se perdió, el manejo integral basado en prevención secundaria y apoyo psicoemocional permitió no sólo la estabilización de la paciente, sino también cimentar las bases para minimizar complicaciones futuras.

La paciente ejemplifica perfectamente la variabilidad clínica de los ACV de fosa posterior y la dificultad para su reconocimiento temprano. Sus síntomas iniciales vértigo, cefalea y náuseas carecen de lateralización clara y suelen asociarse a trastornos vestibulares o gastrointestinales, lo que retrasa el diagnóstico de un infarto cerebeloso (Riveron C, 2022). A diferencia de los ACV supratentoriales, donde la hemiparesia o la afasia llaman inmediatamente la atención, los infartos en el territorio vertebrobasilar pueden manifestarse con signos sutiles de ataxia, dismetría y nistagmo, los cuales fueron evidentes en el reingreso de nuestra paciente. Este retraso en la identificación clínica socava la premisa de “tiempo es cerebro”: cada minuto que transcurre sin recanalización o manejo neuroprotector aumenta la extensión de la necrosis neuronal y el riesgo de complicaciones secundarias. Para contrarrestar esta brecha, se recomienda emplear escalas y protocolos sensibles a los signos de fosa posterior, por ejemplo, la variante BE-FAST que incluye evaluación del equilibrio y la visión y establecer rutas de alta prioridad para la obtención inmediata de neuroimágenes en pacientes con síntomas inespecíficos, pero de alto riesgo cardiovascular. De este modo, es posible

acortar el intervalo desde la aparición de los primeros síntomas hasta la intervención, lo que resulta crucial para mejorar el pronóstico en infartos cerebelosos.

Los hallazgos neuroimagenológicos en este caso ilustran cómo la combinación de TC urgente y RM de control optimiza la valoración de la penumbra isquémica y dirige decisiones terapéuticas de manera puntual (Navia G, 2022). En la primera TC se descartó hemorragia y se identificó la hipodensidad cerebelosa, orientando el manejo neuroprotector inmediato. La RM realizada al segundo día, con secuencias DWI y FLAIR, permitió diferenciar claramente el núcleo infartado de la zona potencialmente salvable, confirmando la extensión inicial del daño sin nuevas áreas de isquemia. Gracias a esta precisión, se ajustó la dosis de manitol y se programó rehabilitación especializada sin exponer a la paciente a riesgos adicionales de edema o lesiones secundarias. Además, la incorporación de angio-RM facilitó la evaluación no invasiva de la circulación vertebrobasilar, descartando oclusiones residuales de gran vaso y evitando intervenciones endovasculares innecesarias. Este enfoque de imagen multimodal no solo mejora la selección de tratamientos, sino que también reduce la variabilidad en la práctica clínica, proporcionando una base objetiva para personalizar objetivos hemodinámicos y de rehabilitación en cada fase del infarto cerebeloso.

La variabilidad del pronóstico tras un infarto cerebeloso es notable: mientras algunos pacientes alcanzan una recuperación casi completa, otros conservan secuelas motoras y de coordinación que impactan significativamente su calidad de vida (Donoso N, 2021). En nuestro caso, la activación de un protocolo de rehabilitación neurológica desde el segundo día —con movilizaciones pasivas, ejercicios de coordinación dentada y sedestación asistida— se alinea con la evidencia que demuestra que iniciar la terapia física en las primeras 48 horas reduce la atrofia muscular y mejora la plasticidad neuronal⁵. La progresión de la fuerza en la mano izquierda de nivel 3 a 4 en la escala de Oxford y la restauración de la orientación temporal ilustran cómo la intervención precoz acorta el tiempo de dependencia funcional y facilita la reintegración domiciliaria. Además, la educación familiar incorporada al plan de cuidados potenció la adherencia al programa de ejercicios en casa, un factor clave para sostener las ganancias motoras a largo plazo y minimizar el riesgo de complicaciones secundarias.

Conclusiones

Por alta sospecha de hidrocefalia obstructiva como enfermero, es esencial realizar una vigilancia estrecha de los signos y síntomas relacionados con la hidrocefalia obstructiva, como cambios en el nivel de conciencia, cefalea intensa, náuseas y vómitos. El monitoreo continuo de la presión intracraneal mediante técnicas no invasivas y la pronta alerta al equipo médico ante cualquier cambio son cruciales. Además, el manejo de la oxigenación y la administración de fluidos deben ser ajustados para evitar complicaciones adicionales, apoyando la estabilización del paciente mientras se realiza la intervención médica necesaria.

Con riesgo de herniación cerebral el enfermero debe estar atento a la detección temprana de signos de herniación cerebral, como deterioro en el nivel de conciencia, cambios en la respuesta pupilar o hemiparesia. Es esencial mantener la cabeza del paciente en una posición semi-Fowler a 30-45 grados, favoreciendo el drenaje venoso y reduciendo la presión intracraneal. Además, se deben implementar medidas para evitar la hipoxia, la hipotensión y mantener un control estricto de la ventilación, ya que estos factores podrían agravar la herniación cerebral.

Por la necesidad urgente de intervención neuroquirúrgica el enfermero juega un papel clave en la preparación del paciente para la intervención quirúrgica. Esto incluye la administración de medicamentos según indicación médica, la preparación psicológica del paciente y su familia, y la comunicación efectiva con el equipo quirúrgico. También es importante asegurar un control óptimo de los signos vitales, monitorizar la función renal y los electrolitos, y gestionar cualquier complicación derivada del manejo quirúrgico, como infecciones o alteraciones hemodinámicas.

Para el monitoreo y manejo intensivo el enfermero debe realizar un monitoreo continuo de la presión intracraneal (ICP) y la función neurológica, evaluando regularmente el Glasgow Coma Scale (GCS) y otros parámetros neurológicos para detectar cualquier deterioro. Además, es fundamental controlar la temperatura, la glicemia y la ventilación, ya que las alteraciones en estos aspectos pueden tener un impacto directo en el bienestar del paciente. El manejo de la sedación y analgesia, así como la implementación de cuidados de confort, también son esenciales para prevenir el estrés fisiológico en el paciente crítico.

Referencias

1. Ruiz Mariño, R. A., Campos Muñoz, M., Rodríguez Campos, D. de la C., & Chacón Reyes, O. D. (2021). Características clínicas y tomográficas de pacientes con enfermedad cerebrovascular isquémica. MEDISAN, 25(3), 624–636. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192021000300624&lng=es
 2. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). (2024). Camas y egresos hospitalarios. <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/camas-y-egresos-hospitalarios/>
 3. Sepúlveda, J. (2021). Caracterización de pacientes con accidente cerebrovascular ingresados en un hospital de baja complejidad en Chile. Revista Universidad y Salud, 23(1), 8–12. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072021000100008&lng=en
 4. Guerrero, D., Pestaña, G., Díaz, B., Vargas, R., & Alvis, N. (2021). Mortalidad por enfermedades cerebrovasculares en Colombia: 30 años de observación. Acta Neurológica Colombiana, 37(4), 173–188. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-87482021000500173&lng=en
 5. Machado, A., Ribeiro, M., Guimarães, S., Leonezi, E., Pires, A., Silva, P., et al. (2021). Cuidado paliativo em acidente vascular cerebral: um olhar nutricional. Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social, 9(1), 343–350. <https://www.redalyc.org/journal/4979/497969745016/497969745016.pdf>
 6. Borja, A., Carrillo, A., Rodríguez, E., & Prieto, G. (2021). Accidente cerebrovascular y complicaciones en adultos mayores: Hospital León Becerra, Milagro - Ecuador. Revista Recimundo, 5(1), 4–16. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8215606>
 7. Urcia-Fernández, F., & Cam-Chiock, D. (2023). Perfil epidemiológico de los pacientes con secuelas de accidente cerebrovascular atendidos en un instituto de rehabilitación de Lima-Perú. Revista Médica Herediana, 34(3), 132–142. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2023000300132&lng=es
- <https://doi.org/10.20453/rmh.v34i3.4922>

8. Bernabé-Ortiz, A., & Carrillo-Larco, R. M. (2021). Tasa de incidencia del accidente cerebrovascular en el Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 38(3), 399–405.
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342021000300399&lng=es
<https://doi.org/10.17843/rpmesp.2021.383.7804>
9. García-Valadez, E. A., García-Heredia, A., Muruet, W., Peñuelas, A., & Góngora-Rivera, F. (2024). High prevalence of depression found in post-ischemic stroke patients assessed in routine vascular clinic in a university hospital from Mexico. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 25(2), 41–46.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-50442024000200041&lng=es
<https://doi.org/10.24875/rmn.23000063>
10. Oliveira, A. R., Jesus, P. A. P. de, Bulhões, F. V. de, Martins Netto, E., Oliveira Filho, J., Roever, L., et al. (2024). Morbimortality and determinants of reperfusion in ischemic stroke. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 70(1), e20230472.
<https://www.scielo.br/j/ramb/a/gTwwLJxQJXf3CLDSrKWnRgv/?lang=en>
11. Soto V, Vanegas LJ. Tendencia de la mortalidad por enfermedades cerebrovasculares en Chile entre 1980 y 2015. *Rev Méd Chile* [Internet]. 2021 abr [citado 16 ene 2025];149(4):554–8. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872021000400554
12. Freire Figueroa IA, Gómez-Arrieta MM, Sáenz Suárez S, Escobar Báez D, Garzón Hernández JP, Silva Seiger FA. ACV isquémico en población joven: ¿existe un enfoque diferencial del riesgo? *Acta Neurol Colomb* [Internet]. 2023 sep [citado 16 ene 2025];39(3):e7. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-87482023000300007
13. Servicio Integrado de Seguridad ECU 911. Al 9-1-1 en el país se han reportado 2.470 eventos cerebrovasculares en 2023 [Internet]. Quito: ECU 911; 2023 [citado 18 ene 2025]. Disponible en: <https://www.ecu911.gob.ec/al-9-1-1-en-el-pais-se-han-reportado-2-470-eventos-cerebrovasculares-en-2023/>

14. de Oliveira AJM, Zola A, Machado BTNS. Perfil clínico y radiológico de los pacientes con accidente cerebrovascular en un centro terciario de Luanda, Angola. *Rev Fac Med Hum* [Internet]. 2022 jul [citado 18 ene 2025];22(3):445–51. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-05312022000300445
15. Salazar Matos V, Espinosa T, González Ruiz Díaz J, Carrasco S, Romani A, Escalera L, et al. Enfermedad cardiovascular en la mujer. *Medicina (B Aires)* [Internet]. 2023 mar [citado 18 ene 2025];83(Supl 1):36–41. Disponible en: https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802023000100036
16. Riverón-Carralero WJ, Piriz-Assa AR, Manso-López AM. Complications of ischemic cerebrovascular disease. *Rev Ciencias Médicas* [Internet]. 2022 oct [citado 16 ene 2025];26(5). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942022000500018
17. Aveiga Hidalgo MV, Lomas Male DM, Ruano Paspuel JA, Salazar Estrada KJ. Factores de riesgo asociados a enfermedades cerebrovasculares en pacientes del Centro de Salud Tulcán Sur. *Rev Finlay* [Internet]. 2024 jun [citado 16 ene 2025];14(2):195–200. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342024000200195
18. Alonso E, Fernández LC, Tejedor ED. Enfermedades cerebrovasculares. *Medicine (Barcelona)* [Internet]. 2023;13(70):4073–82. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S030454122300001X>
19. Navia-González V, Guiraldes-Deck P, Caro-Guerra P, Mercado-Núñez B, Armijo-Rivera S, Reyes-Aramburu EP. Impacto de un entrenamiento de simulación virtual remota sincrónica para el tratamiento inicial del accidente cerebrovascular isquémico en estudiantes de medicina. *FEM (Ed. impresa)* [Internet]. 2022 [citado 17 ene 2025];25(1):31–8. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2014-98322022000100006
20. Donoso Noroña R, Gómez Martínez N, Rodríguez Plasencia A. Manejo inicial y tratamiento del accidente cerebrovascular isquémico. Una visión futura. *Dilemas Contemporáneos Educ Polít Valores* [Internet]. 2021 ago [citado 17 ene 2025];8(spe3):00062. Disponible en: <https://doi.org/10.46377/dilemas.v8i.2744>

21. Doussoulin SA, Pérez CA, Salazar TE, Juri CD, Fuentes AC. Rehabilitación neuromotora en Unidades de Tratamiento del Ataque Cerebrovascular. Rev Chil Neuropsiquiatr [Internet]. 2022 sep [citado 20 ene 2025];60(3):289–98. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272022000300289
22. Silva GS, Andrade JBC. Digital health in stroke: a narrative review. Arq Neuropsiquiatr [Internet]. 2024 [citado 20 ene 2025];82(8):1–10. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/anp/a/s8pMxwynHWfBWx9sNYz3KPJ/?lang=en>
23. Patiño, Manuel Anthony Ayala, & Castro, Jorge Luis Yáñez. Mecanismos de acción y tratamiento del accidente cerebrovascular isquémico por COVID-19. Vive Revista de Salud [Internet]. 2023 [citado 20 ene 2025]; 6(17), 677-690. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2664-32432023000200677
24. Figueredo Hincapie, Daniela Alejandra, Morales Rozo, Erika Fernanda, Hernández Santacoloma, Hernán Darío, García Agudelo, Lorena, & González Calderón, Iván Camilo. El tiempo es cerebro: acciones de emergencia durante el ataque cerebro vascular. Acta Neurológica Colombiana [Internet]. 2024 [citado 14 mayo 2025], 40 (3), e875. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-87482024000300003
25. Vidal Revé, Salvador, Martin Abiagues, Niorvis, Faure González, Adriel Liusbikin, & Vidal Díaz, Karina. Aproximación al diagnóstico infarto cerebral isquémico en adultos jóvenes. Revista Información Científica [Internet]. 2024 [citado 14 mayo 2025], 103. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-99332024000100022&lng=es&tlng=es.
26. Riverón-Carralero, Wilber Jesús, Piriz-Assa, Alberto Rubén, & Manso-López, Ana Margarita. Complicaciones de la enfermedad cerebrovascular isquémica. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río [Internet]. 2022 [citado 14 mayo 2025], 26(5), Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942022000500018&lng=es&tlng=es.
27. Pérez Lache, Néstor, Zamora Mallet, Mercedes, Paz Sendín, Luisa, Arrieta Hernández, Tania, & Santos Martínéz, Ángel Manuel. Aspectos generales de la enfermedad cerebro vascular en el adulto mayor. Revista Cubana de Medicina Militar, [Internet]. 2024 [citado 14 mayo

2025] 53(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572024000200040&lng=es&tlng=es.

28. Angarica Aguilar, Yunier, Salazar Rodríguez, Jorge Félix, Herrera Arrebato, Damaris, Despaigne Carrión, Emelina, Hechevarría Heredia, María de los Ángeles, & Reina Rodríguez, César Emilio. Caracterización de la enfermedad cerebrovascular isquémica en pacientes diabéticos del Hospital Universitario Clínico Quirúrgico General Calixto García. *Revista Finlay*, [Internet]. 2023 [citado 14 mayo 2025] 13(3), 273-281. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342023000300273&lng=pt&tlng=es.
29. Soutelo, Jimena, Fritz, María Clara, Borghi Torzillo, M Florencia, Basualdo, Jimena, Gallucci, Antonella, Butler, Laura, Di Fonzo, Guido, & Faraj, Gabriel. Evolución de pacientes internados con diabetes y accidente cerebrovascular isquémico: estudio de cohorte retrospectiva. *Medicina (Buenos Aires)* [Internet]. 2025 [citado 14 mayo 2025] . 85(1), 78-85. Disponible en: https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802025000100078&lng=es&tlng=es

Conflicto de intereses:

Los autores declaran que no existe conflicto de interés posible.

Financiamiento:

No existió asistencia financiera de partes externas al presente artículo.

Agradecimiento:

N/A

Nota:

El artículo no es producto de una publicación anterior.