



Universidad del sureste
UNIVERSIDAD DEL SURESTE

Nombre: Cristian Pérez Núñez
NOMBRE: CRISTIAN PÉREZ NÚÑEZ

Carrera. Licenciatura en enfermería
CARRERA: LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

6to cuatrimestre
SIXTH SEMESTER

Materia: enfermería gerontogeriatría
MATERIA: ENFERMERÍA GERONTOGERIATRÍA

Actividad: los principales neurológicos del adulto
ACTIVIDAD: LOS PRINCIPALES NEUROLÓGICOS DEL ADULTO

mayor y cuidados de enfermería
MAYOR Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Docente: Lic. Erika Cedillo reyes
DOCENTE: LIC. ERIKA CEDILLO REYES

EPILEPSIA

La epilepsia es una alteración del cerebro que da lugar a crisis epilépticas. Las crisis o ataques epilépticos son episodios de alteración de la función del cerebro. Durante ellos se altera la señal eléctrica que utilizan las neuronas para comunicarse entre sí. Las zonas del cerebro afectadas pierden el control de la señal eléctrica, haciendo que ésta se transmita a regiones muy extensas, que en condiciones normales no habrían recibido esta transmisión neuronal. Las células del cerebro son comparables en su funcionamiento a pequeños interruptores que se encienden y apagan automáticamente; durante una crisis epiléptica parece que algunas células se quedan con su interruptor permanentemente encendido. Esto afecta a otras células y la señal eléctrica se propaga a otras partes o a todo el cerebro.

Las crisis epilépticas afectan a la corteza cerebral, la sustancia gris que envuelve el cerebro. La corteza alberga funciones cerebrales que requieren nuestra voluntad (por ejemplo hablar, pensar, memorizar, mover los músculos, prestar atención) y es la que recibe información de los órganos de la visión, el oído, el tacto, el olfato y el gusto.

Cuando se produce una crisis epiléptica se alteran una o varias de estas funciones, por este motivo, los síntomas durante las crisis epilépticas son muy variables, y reflejan la función de la parte de la corteza cerebral que ha sufrido la alteración de la transmisión neuronal.

La Clasificación

Internacional de las Epilepsias hay variado con el tiempo e incluye las formas clínicas y electroencefalografías. De manera breve se pueden observar los siguientes tipos:

1. Generalizada (la descarga eléctrica inicial se origina en las estructuras centro encefálicas), ausencia, atónicas, tónicas, tonicoclónicas, mioclónicas, espasmos infantiles. Las crisis generalizadas pueden ser idiopáticas o sintomáticas de un proceso adquirido.

2. Parciales (la descarga eléctrica inicial es focal o parcial, cortical o subcortical y puede o no generalizarse): simple, (crisis sin alteraciones de la conciencia, acompañadas de síntomas motores o sensitivos) o complejas (con alteración de la conciencia, acompañadas de fenómenos conductuales, cognitivos afectivos).

3. Formas mixtas. Es importante clasificar el tipo de epilepsia, porque de ello dependerá el tratamiento específico. La cirugía está indicada en casos de epilepsia refractaria al uso adecuado de antiepilépticos y tiene criterios específicos

Cuidados de enfermería

Actuación tras la crisis epiléptica:

- Valorar el estado del paciente, comprobar vía aérea, si respira, si tiene pulso, temperatura y glucemia. Si la convulsión es de origen febril, será necesario aplicar medidas físicas y retirar la ropa.
- Mantener la vía aérea permeable, colocar en decúbito lateral si no existe ninguna contraindicación.
- Tranquilizar al paciente y reorientarle, favorecer un ambiente no muy luminoso.
- Evitar que se duerma y no administrar ningún alimento o bebida por vía oral.
- Si repite de nuevo la crisis epiléptica sin recuperación de conciencia, llamaremos a urgencias: 112.
- Dejar tumbado al paciente y retirar objetos para evitar que se golpee con ellos; Colocar algo blando debajo de la cabeza.
- Controlar, desde el inicio de la crisis, la duración y la pérdida del control de esfínteres.
- Aflojar prendas de vestir que opriman (principalmente cuello y cintura) y así favorecer la respiración.
- Evitar la mordedura de la lengua colocando un pañuelo entre los dientes o cánula de güedel para mantener la permeabilidad de la vía aérea. Si ha cerrado los maxilares, no forzar para evitar posibles fracturas.
- No sujetarle, porque podrían ocasionarse lesiones al paciente.
- Dejar que termine de convulsionar.

PARKINSON

El Parkinson es una enfermedad neurodegenerativa del sistema nervioso, de alta prevalencia en la población; la segunda en frecuencia después de la enfermedad de Alzheimer. La edad de inicio más frecuente está entre los 60 y 69 años. Su aparición está en relación con la edad, ya que el envejecimiento es causa conocida de las enfermedades neurodegenerativas.

Tratamientos farmacológicos que son muy eficaces a nivel de combatir los síntomas y permitir que el paciente pueda realizar una vida normal. Hay que descartar firmemente la idea de que tras un diagnóstico de Parkinson el sujeto estará en unos años en silla de ruedas. El tratamiento con fármacos hay que

individualizarlo en cada paciente y en cada momento de la evolución, pero permite mantener calidad de vida durante bastante tiempo. Para un buen manejo e indicación de las pautas del tratamiento hay dos factores muy importantes: experiencia del profesional que trata al paciente por un lado, y buena información de los síntomas y su repercusión en las actividades diarias por parte del enfermo.

Causas

Su forma clínica de manifestarse es con enlentecimiento en la iniciación y realización de los movimientos, llamado bradicinesia. De forma gradual, todos los actos motores de un sujeto se van enlenteciendo precisando cada vez más tiempo para actividades de la vida diaria como vestirse, comer, asearse, etc. descripción la clínica de la enfermedad está representada por problemas motores: temblor, bradicinesia, rigidez, y en la evolución problemas de la marcha y estabilidad. Estos signos son además, a día de hoy, la clave para el diagnóstico, es decir el diagnóstico es “clínico” y no existe ninguna prueba diagnóstica que sustituya la información que proporcionan los síntomas y la exploración del paciente.

Cuidados de enfermería

- Ayudar al paciente a que tenga una capacidad funcional óptima.
- Mejorar el estado nutricional.
- Mejorar la comunicación verbal.
- Establecer una reacción positiva de apoyo psicológico.
- Estimular al paciente a que siga un programa de ejercicios y fisioterapia para aumentar su vigor muscular, mejorar la coordinación y destreza, tratar la rigidez muscular, evitar contracturas y compensar la falta de movimientos automáticos.
- Resaltar la importancia de un programa de ejercicios diarios (caminar, bicicleta fija, nadar, jardinería), para conservar la movilidad articular.
- Aconsejarle que haga ejercicios de estiramiento para aflojar las articulaciones.
- Estimular al paciente a que siga un programa de ejercicios y fisioterapia para aumentar su vigor muscular, mejorar la coordinación y destreza, tratar la rigidez muscular, evitar contracturas y compensar la falta de movimientos automáticos.
- Resaltar la importancia de un programa de ejercicios diarios (caminar, bicicleta fija, nadar, jardinería), para conservar la movilidad articular. Aconsejarle que haga ejercicios de estiramiento para aflojar las articulaciones.

ALZHEIMER

La enfermedad de Alzheimer es la demencia primaria más común. Suele presentar un curso progresivo y característicamente afecta a distintas funciones cognitivas y conductuales. Quizá el síntoma cardinal y con más frecuencia de debut sean los fallos de memoria, que refleja la afectación precoz del hipocampo que ocurre al inicio en esta enfermedad. Pero posteriormente se observará la afectación de otras áreas cognitivas y conductuales que definirán la demencia.

Los cerebros de los pacientes con Alzheimer presentan una serie de hallazgos característicos. Observamos la presencia de ovillos neurofibrilares que son fundamentales para el diagnóstico y consisten en inclusiones de fibras anormales en las neuronas. Depósito de una proteína llamada amiloide, en una estructura denominada placa neurítica o rodeando los vasos que nutren el cerebro. Se observa además degeneración granulovacuolar que consiste en que en las neuronas aparecen vacuolas agrupadas.

Síntomas

Típicamente el paciente tendrá dificultad para aprender nueva información e irá perdiendo aquellos hechos que ha adquirido más recientemente (gradiente temporal). Posteriormente aparecerán otros síntomas como la alteración ejecutiva con dificultades para hacer planificaciones, pérdida de flexibilidad en el pensamiento o dificultad para realizar acciones no aprendidas. También se sumarán los clásicos síntomas afaso-apraxo-agnósicos, con alteración del lenguaje, problemas para realizar movimientos aprendidos o para reconocer a los familiares u objetos cotidianos.

Cuidados de enfermería

- Proporcionar al paciente un ambiente coherente y rutinario , para ayudar a funcionar con sus limitadas capacidades.
- Evitar re orientar al paciente más de una vez en cada encuentro con él , para evitar la frustración que le puede producir el hecho de no poder recordar.
- Permitir al paciente comportamientos habituales, como la acaparación de objetos y vagabundeo siempre que se realicen en un ambiente seguro.
- Valorar al paciente en busca de signos y síntomas de depresión.
- Para evitar la agitación e intranquilidad del paciente debemos de mantener el ambiente estructurado, coherente y establecer una rutina fácil de seguir

para el paciente: podemos realizar un álbum de fotos para recordar el pasado, fomento de la actividad física y la terapia artística.

- Colocar etiquetas con el nombre de los objetos y habitaciones, para ayudar a recordar su nombre y su función.
- Proporcionar pistas sobre la identidad de los objetos y las tareas.
- Colocar un reloj y un calendario grande en su cuarto y marcar con una «X» los días pasados, para ayudarlo a recordar la fecha correcta.
- Realizar una lista con las actividades diarias.

ESCLEROSIS MÚLTIPLE (EM)

La esclerosis múltiple, o EM, es una enfermedad crónica que afecta al sistema nervioso central. El sistema nervioso central (SNC) está constituido por el cerebro y la médula espinal, que a su vez está formado por unas células especiales llamadas neuronas.

Las neuronas son las encargadas de generar y enviar señales por todo el organismo a través de sus axones conformando las fibras nerviosas, los cuales están protegidos por una vaina aislante compuesta de mielina, como ejemplo podemos decir que esas fibras nerviosas son como un cable de teléfono, donde el axón correspondería al interior del cable y la mielina al aislante que lo recubre, de forma que cualquier alteración a ese nivel, distorsionaría la transmisión de la señal. Y son estas señales las responsables de las diferentes funciones de nuestro cuerpo como la vista, la marcha, la memoria, los sentidos, el equilibrio.

La EM se define como una enfermedad autoinmune, porque el sistema inmunitario (las defensas que nos protegen de las infecciones y elementos extraños, y que se comportan como si fueran la policía de nuestro organismo), se altera, y confunde nuestro propio tejido como ajeno, atacándolo. Estos ataques dañan en este caso la mielina o aislante protector que recubre los axones, produciendo un daño que puede repararse posteriormente de forma parcheada, formando “parches” de tejido cicatricial, lesiones que reciben el nombre de “esclerosis”, y se denomina “múltiple” porque afecta a más de una parte del sistema nervioso central.

Síntomas

Los más frecuentes son:

- I. Síntomas motores: pérdida de fuerza, dificultad para caminar, para la coordinación, rigidez, espasmos musculares, problemas para el habla.
- II. Síntomas visuales: visión borrosa por un ojo, visión doble.

- III. Síntomas sensitivos: sensación de hormigueo, entumecimiento, acorchamiento, quemazón, tirantez de cara, tronco o extremidades.
- IV. Síntomas genitourinarios o sexuales: urgencia e incontinencia urinaria, estreñimiento, dificultad para la erección, disminución de la lubricación vaginal.
- V. Síntomas mentales: alteraciones del estado de ánimo, pérdida de memoria, dificultad para concentrarse, cambios emocionales.
- VI. Síntomas paroxísticos: neuralgia del trigémino (dolor en la cara repetido e intenso), episodios breves y repetidos de dificultad para hablar, inestabilidad, hormigueos o calambres.
- VII. Fatiga: sentirse cansado, sin demasiada energía que no se correlaciona con el grado de actividad realizada es una queja frecuente.

Cuidados de enfermería

- Ayudar al paciente y familia a mantener la máxima autonomía en las actividades de la vida diaria.
- Educar al paciente y familia en los cuidados para una adaptación efectiva a la enfermedad
- Orientar al paciente y familia sobre las normas y funcionamiento de la unidad.
- Realizar la valoración de enfermería al ingreso.
- Establecer el plan de cuidados del paciente, los diagnósticos, resultados e intervenciones.
- Establecer el procedimiento de identificación y protección de pacientes vulnerables (valoración de riesgos) del HGUA.

ANEURISMA CEREBRAL

El aneurisma es una dilatación de la pared de una arteria. Se produce por un fallo de una de las capas que forman dicha pared arterial. Una vez que comienza a ceder la pared arterial, el fenómeno suele ser progresivo, va cediendo la pared, con el riesgo de que llegue romperse y provoque una hemorragia grave que puede llegar a producir la muerte. Cuando se localiza en las arterias cerebrales, se denomina aneurisma cerebral.

El aneurisma cerebral tiene una incidencia de unos 10 casos por cada 100.000 habitantes al año y afecta, sobre todo, a personas de entre 40 y 60 años de edad.

Síntomas

El principal síntoma es el dolor de cabeza súbito e intenso. Puede aparecer tras realizar un esfuerzo físico notable que provoque una subida de la tensión arterial. Esta cefalea suele ir acompañada de náuseas, vómitos, rigidez en la nuca. Esta cefalea se debe al paso de sangre desde la arteria al espacio donde circula el líquido cefalorraquídeo (espacio subaracnoideo-hemorragia subaracnoidea).

Dependiendo de la gravedad de la hemorragia, se puede perder el conocimiento durante segundos o quedar en una situación de coma grave o incluso la muerte prácticamente instantánea.

Cuidados de enfermería

- Ubicar paciente en posición semi-flower
- Mantener la permeabilidad de las vías aéreas, vías venosas y drenajes como el catéter intracraneal.
- Colocar de inmediato al paciente en reposo absoluto en cama, en un ambiente tranquilo, sin tensiones.
- Realizar escala de Glasgow.
- Evitar cualquier actividad que aumente la presión arterial y obstruya el retorno venoso.



CEFALEAS

Las cefaleas son uno de los trastornos neurológicos más frecuentes y más incapacitantes.

La mayoría de las cefaleas son primarias, es decir no se deben a ninguna lesión, por lo que podemos estar tranquilos. Sin embargo en caso de cefaleas que despierten por la noche al paciente, que aparezcan con los esfuerzos (tos, hacer de vientre, etc.), que sean como una explosión dentro de la cabeza, que aparezcan con la fiebre, en pacientes mayores que nunca les ha dolido la cabeza, aumenten progresivamente de intensidad o presenten síntomas neurológicos (no poder hablar, pérdida de fuerza, entre otros

CEFALEA TIPO TENSIÓN

La cefalea tipo tensión o tensional es la más frecuente. El dolor se describe como una opresión o "peso" cefálica sin carácter pulsátil en la mayoría de los pacientes. La localización del dolor es en toda la cabeza en la mayoría de los pacientes aunque puede fluctuar a lo largo de los días llegando a presentarse unilateralmente en algunos enfermos.

Los síntomas acompañantes de la migraña están ausentes en la mayoría de los sujetos a excepción de sensación nauseosa ocasional. Síntomas que se asocian con frecuencia son la astenia, alteraciones del sueño o sensación de inestabilidad de la marcha.

Para los pacientes con cefaleas ocasionales se ponen antiinflamatorios, si son frecuentes pautamos preventivos, habitualmente la amitriptilina.

CEFALEAS TRIGÉMINO AUTONÓMICAS

Las cefaleas trigémino autonómicas son un conjunto de entidades que se caracterizan por dolor siempre localizado en un lado de la cabeza o cara, suele ser el mismo y corresponde con en el territorio inervado por el nervio trigémino y que ocurren en asociación con síntomas autonómicos craneales

- La cefalea en racimos es el tipo de cefalea trigémino autonómica más frecuente. Otros nombres con los que se conoce también a esta cefalea son de Horton o histamínica, incluso se le ha dado el apodo de "cefalea suicida" debido a la gran intensidad de dolor que produce ideación suicida en quienes la sufren. La localización en la mayoría de los pacientes es alrededor del ojo. Afecta a adultos jóvenes siendo el debut a los 30 años aproximadamente.

La hemicraneia paroxística es una cefalea trigémino autonómica poco frecuente. Los pacientes presentan ataques breves de dolor intenso unilateral, acompañados de caída del párpado o cambio de las pupilas. Existen tratamientos muy eficaces y específicos como la indometazina.

Causas, síntomas y tratamiento de las principales cefaleas.

- La cefalea asociada a dolor miofascial es un cuadro localizado en la zona muscular de dolor que puede ser intenso y referido a otras zonas de la cabeza o cuello. Se diagnostica con una palpación adecuada craneal

- La cefalea primaria de la tos se trata de una cefalea desencadenada con la tos o maniobras de Valsalva. De inicio súbito y de corta duración, habitualmente de segundos a media hora de duración. De cara a un adecuado diagnóstico es fundamental acudir urgentemente al neurólogo para descartar patologías graves.

La cefalea primaria punzante se caracteriza por dolor de escasa duración, habitualmente menor de un segundo tipo pinchazo. Consiste en punzadas o pinchazos fugaces, aislados o en salvas, a punta de dedo.

- La cefalea del esfuerzo es una cefalea de duración variable, de 5 minutos a dos días, que ocurre exclusivamente durante el ejercicio físico. Puede ser hemicraneal, bilateral o difusa, de localización variable. En estos casos deberemos consultar con el neurólogo o acudir a urgencias para descartar enfermedades muy graves.

- La cefalea orgásmica es una cefalea de características explosivas que coincide con la llegada del orgasmo. Es de gran intensidad, y como en otras cefaleas explosivas en las primeras crisis debemos excluir cuadros extremadamente graves.

- La cefalea continua desde el inicio es una cefalea continua desde su inicio, en la que no existen periodos sin dolor de cabeza. Es bilateral, opresiva y no se agrava con la actividad. De difícil tratamiento debemos valorar varias combinaciones para mejorar a nuestro paciente.

Existen múltiples causas de cefalea secundaria, en la que el dolor de cabeza es producido por otro proceso, como problemas en la articulación temporomandibular, fármacos, la hipertensión intracraneal idiopática

Cuidado de enfermería

- Valoración mínima específica siguiendo el modelo de Patrones Funcionales de Salud de M. Gordon y se complementa con la inclusión de cuestionarios, test e índices de uso multidisciplinar
- -Exposición de los principales problemas de enfermería que suelen aparecer, recogidos en etiquetas diagnósticas según la taxonomía NANDA, selección de los resultados esperados según la clasificación NOC y las intervenciones
- Enfermeras utilizando la clasificación NIC
- -Desarrollo de los resultados, indicadores, intervenciones y actividades enfermeras para cada uno de los diagnósticos enfermeros seleccionados

- Ha sido elaborado por enfermeras de Atención Primaria y de Atención Especializada expertas en cuidados a pacientes que presentan cefaleas para así facilitar el trabajo a las enfermeras andaluzas

CUIDADOS DE ENFERMERIA AL PACIENTE CON TRASTORNOS NEUROLOGICOS □ La valoración de los pacientes con trastornos neurológicos es el primer punto en el proceso enfermero, y constituye la base, para el diagnóstico de enfermería

HISTORIA CLINICA □ Toda valoración neurológica requiere un conocimiento exhaustivo de los sucesos ocurridos antes de la hospitalización. □ Una historia neurológica adecuada incluye: manifestaciones clínicas, enfermedades asociadas, factores precipitantes, evolución y antecedentes familiares.

EXPLORACION FISICASE TOMARAN EN CUENTA 5 COMPONENTES PRINCIPALES QUESE TOMAN EN CUENTA EN UNA EXPLORACION NEUROLOGICA EVALUACION DEL FUNCION MOTORA OJOS Y PUPILAS NIVEL DE CONCIENCIA.

EXPLORACION FISICAPATRON RESPIRATORIO SIGNOS VITALES

NIVEL DE CONCIENCIA □ La valoración del nivel de conciencia es el aspecto mas importante de la valoración neurológica. En muchos casos es el primer signo neurológico que se observa

CATEGORIAS DEL NIVEL DE CONCIENCIA ALERTA LETARGIA OBNUBILACION

CATEGORIAS DEL NIVEL DE CONCIENCIA ESTUPOR COMA

CONCIENCIA La conciencia es una de las funciones superiores que permiten a los pacientes **ESCALA GLASGOW** orientarse en tiempo, lugar y espacio

ESCALA GLASGOW

FUNCION MOTORA La valoración de la función motora se centra en 3 aspectos fundamentales: Observación de los movimientos motores involuntarios, Evaluación del tono muscular, Estimación de la fuerza muscular.

ESTIMULOS DOLOROSOS, Si los pacientes son incapaces de comprender las instrucciones, deben aplicarse estímulos dolorosos para determinar la respuesta motora.

RESPUESTAS MOTORAS ANOMALAS, ESPONTANEAS, EVITACION, LOCALIZACION ANOMALAS

1. **14. RESPUESTAS MOTORAS ANOMALAS** □ **DECORTICACION** □ **DESCEREBRACION** □ **FLACCIDEZ**
2. **15. RESPIRACION** □ Los patrones de la respiración espontánea también tienen una correlación con los niveles de afectación cerebral.
3. **16. TIPOS DE RESPIRACION** □ **CHEYNE-STOKES**: Se relaciona con afectación himisférica lateral. □ **KUSMAULT**: Daño a nivel del mesencéfalo □ **RESPIRACION APNEICA**: Afectación a nivel protuberancial □ **RESPIRACION ATAXICA**: Afectación a nivel del puente y bulbo.
4. **17. PUPILAS Y OJOS** □ La valoración de las pupilas y ojos se centra en 2 aspectos fundamentales: □ **EVALUACION DE LA FUNCION PUPILAR** □ **EVALUACION DE LOS MOVIMIENTOS OCULARES**
5. **18. EVALUACION DE LA FUNCION PUPILAR** □ La evaluación de la respuesta pupilar incluye la valoración del tamaño, forma, y el grado de reacción a la luz.
6. **19. MOVIMIENTOS OCULARES** □ **REFLEJO OCULOCEFALICO**. Se desencadena con los ojos abiertos y mediante un giro de la cabeza con rapidez, de un lado hacia otro. □ **REFLEJO OCULOVESTIBULAR**. Se realiza con la cabeza elevada 30 grados en el paciente que tiene la membrana del tímpano intacta. □ **REFLEJO CORNEAL**. Se desencadena haciendo un contacto suave en la córnea con una gasa estéril.

7. 20. REFLEJOS OCULOENCEFALICOS
8. 21. ESTADO DE COMA ES UN ESTADO SEVERO DE PÉRDIDA DE CONCIENCIA, QUE PUEDE RESULTAR DE UNA GRAN VARIEDAD DE CONDICIONES
9. 22. ESTADO DE COMA Debido a: - Intoxicaciones (sustancias Q., drogas...)- Anomalías metabólicas (Hiper/Hipo glucemia)- enfermedades del sistema nervioso central (EVC)- Traumatismo craneo-encefálico- Convulsiones
10. 23. FISIOPATOLOGÍA El coma es producto de lesiones estructurales del sistema nervioso central, tales como hemorragias, tumores, inflamaciones, edemas, etc.....
11. 24. NIVELES DE COMA
 - Primer Grado - defensa selectiva al dolor, movimiento de pupilas intacto, movimiento de los ojos por estímulo del órgano del equilibrio intacto (vestíbulo- reflejo ocular)
 - Segundo Grado - desordenada defensa al dolor, movimiento en masa, bizcar (movimiento divergente de los ojos)
 - Tercer Grado - sin defensa, sólo reflejos fugaces, falta el reflejo vestíbulo-ocular, reacción pupilar debilitada.
 - Cuarto Grado - sin reacción al dolor, sin reacción de las pupilas, falta de los demás reflejos de protección.
12. 25. DIAGNOSTICOS ENFERMERÍA -Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c la falta de movilidad y el estar encamado el paciente -Limpieza ineficaz de las vías aéreas r/c la pérdida de los reflejos protectores -Deterioro de la integridad tisular; elevado riesgo de ulceración corneal r/c la pérdida del reflejo del parpadeo -Deterioro de la integridad tisular: riesgo de ulceración de la mucosa oral y nasal r/c el déficit de autocuidado -Deterioro de la movilidad física r/c el estado de coma -Riesgo de infección r/c los diferentes catéteres y sondas -Alteración sensorial/Perceptiva r/c disminución de la conciencia -Riesgo de diarreas r/c nutrición por SNG -Riesgo de estreñimiento r/c paciente encamado -Riesgo de lesiones r/c disminución del nivel de conciencia -Riesgo de aspiración r/c disminución del nivel de conciencia, -Alteración de reposo sueño r/c hospitalización, m/p irritabilidad insomnio -Riesgo de Trombosis s/a inmovilidad -Déficit de conocimientos sobre cuidados r/c falta de información conocimientos y/o habilidad. m/p preguntas y preocupaciones
13. 26. OBJETIVOS
 - Garantizar la satisfacción de la demanda de
 - Autocuidado terapéutico
 - Suplir acciones de Autocuidado hasta recuperación
 - de reflejos básicos, conciencia y orientación
14. 27. NECESIDADES FISIOLÓGICAS Requerimientos básicos para el mantenimiento de la vida
 - OXÍGENO
 - AGUA
 - ALIMENTOS
 - ELIMINACIÓN (FECAL URINARIA)
 - TERMORREGULACIÓN
 - DESCANSO –REPOSO – SUEÑO
 - ALIVIO DEL DOLOR
15. 28. NECESIDAD DE SEGURIDAD Y PROTECCIÓN Defensa contra amenazas exteriores; mecánicas, químicas, térmicas, bacteriológicas:
 - HIGIENE
 - ALINEACIÓN CORPORAL
 - ULCERAS POR PRESIÓN
 - PREVENCIÓN CAÍDAS
16. 29. CONTROL HEMODINÁMICO
 - Control de las constantes.
 - Monitorización cardíaca.
 - Monitorización respiratoria