

“MAPA CONCEPTUAL”

MATERIA:

**ATENCION DE ENFERMERIA AL
PACIENTE EN ESTADO CRITICO**

CARRERA:

LICENCIATURA EN ENFERMERIA.

ALUMNA:

C. OFELIA ALMEIDA MAY.

CATEDRÁTICO

JUANA INES HERNANDEZ

**VILLAHERMOSA, TABASCO, MEXICO 12 DE DICIEMBRE
DE 2020**

Aneurisma intracraneal

Es una protuberancia o dilatación en un vaso sanguíneo en el cerebro

Si sufres un dolor de cabeza repentino e intenso, u otros síntomas posiblemente relacionados con la ruptura de un aneurisma, se te realizará un análisis o una serie de análisis para determinar si has tenido sangrado en la zona entre el cerebro y los tejidos circundantes (hemorragia subaracnoidea) o posiblemente otro tipo de accidente cerebrovascular.

- Signos**
- * Rotura de un aneurisma
 - * Aneurisma con filtración aneurisma sin rotura
 - * Cuándo consultar al médico

Existen dos opciones frecuentes de tratamiento para la rotura de un aneurisma cerebral.

El **grapado quirúrgico** es un procedimiento que cierra un aneurisma. El neurocirujano quita una sección del cráneo para acceder al aneurisma, y ubica el vaso sanguíneo que lo alimenta. Luego, coloca una pequeña grapa quirúrgica de metal en el cuello del aneurisma para detener el flujo de sangre que llega a él.

La **embolización endovascular** es un procedimiento menos cruento que el grapado quirúrgico. El cirujano inserta un tubo plástico hueco (catéter) en una arteria (por lo general, de la ingle) y lo pasa a través del cuerpo hasta llegar al aneurisma. Luego, usa un alambre guía para introducir un alambre blando de platino a través del catéter hasta dentro del aneurisma. El alambre se enrosca dentro del aneurisma, detiene el flujo sanguíneo y, básicamente, sella el aneurisma desde la arteria.

- Vigilancia neurológica (mínimo cada hora) nivel de consciencia (escala de glasgow), tamaño y reactividad pupilar.**
- Valoración hemodinámica frecuente (mínimo cada hora): frecuencia cardíaca presión arterial, temperatura y controles horarios de la diuresis. (nipodipino).
 - Vigilancia del pulso pedio del lado por donde se accedió ala arteria, así como el color, temperatura y sensibilidad para descartar una isquemia.
 - Vigilar la aparición de hematoma o sangrado por el punto de punción de acceso a la arteria.
 - * Decúbito de 10 horas con la cabeza en un ángulo igual o inferior a 30°.
 - * La pierna afectada se mantendrá visible y con taponamiento a presión (6 h) en el punto de punción.
 - * Evitar maniobra de valsalva.
 - * Profilaxis de la trombosis venosa profunda: medidas de compresión, dispositivos de compresión neumática, administrar heparina después del tratamiento del aneurisma.
 - * Apoyo emocional al paciente y a su familia.

HIPERTENSIÓN INTRACRANEA

Es un trastorno neurológico, serio, que se caracteriza por un Aumento de la **Presión** del Líquido Cefalorraquídeo (LCR) dentro de la Cavidad Craneal.

El aumento de la presión intracraneal puede deberse a un aumento de la presión del líquido cefalorraquídeo. Este es el líquido que rodea el cerebro y la médula espinal. El aumento en la presión intracraneal también puede deberse a una elevación de la presión dentro del cerebro mismo. Esto puede ser causado por una masa (como un tumor), sangrado dentro del cerebro o líquido alrededor de este, o inflamación dentro del cerebro mismo.

- * Deterioro del nivel de conciencia (somnolencia, estupor, coma).
- * Hipertensión con o sin bradicardia.
- * Cefalea.
- * Vómito.
- * Papiledema.
- * Parálisis de sexto par craneal uni o bilateral.
- * Vértigos.
- * Constipación.
- * Convulsiones.
- * Signos de herniación cerebral
- * Hipo.

Los síntomas son idénticos a los de un tumor cerebral, sin la presencia de un tumor. Pueden incluir dolor de cabeza detrás de los ojos, zumbidos en los oídos junto con aceleración del ritmo cardíaco y breves episodios de ceguera.

Comienza con medidas generales como el aporte de oxígeno suficiente, mantenimiento de una tensión arterial dentro de límites normales y adecuar el metabolismo de la glucosa.

- * Vigilancia constante del estado neurológico y hemodinámico
- * Evaluación neurológica: escala glasgow, examen pupilar, movilidad de extremidades.
- * Alineación de la cabeza para mejorar el drenaje venoso, elevación del cabecero a 30° para favorecer el drenaje de lc.
- * Control de temperatura, glucemia y sodio sérico.
- * Sedación y analgesia

LESION MUSCULAR - ESPINAL

Es una protuberancia o dilatación en un vaso sanguíneo en el cerebro.

Son lesiones de la estructura muscular de nuestro cuerpo. Generalmente son dolorosas y están causadas por un exceso de esfuerzo durante la práctica deportiva, pero pueden presentarse en otros ámbitos de la vida cotidiana. La estructura del músculo está formada por la parte carnosa y la parte tendinosa, y es comparable a la de una cuerda y sus fibras.

- * Fatiga muscular
- * Frio
- * Uso de musleras o dispositivos de compresión
- * Edades avanzadas.

- * Hinchazón y quemazón
- * Hematomas, edema y enrojecimiento
- * Dolor en reposo del músculo afectado
- * Dolor del músculo durante su utilización
- * Debilidad
- * Dificultad motora (pérdida parcial o total de la función del músculo afectado)
- * Depresión del músculo lesionado
- * Fiebre

El tratamiento consiste en el reposo absoluto del músculo, frío inmediato y contención muscular. Están desaconsejados el calor y los masajes.

- * Reposo con miembro elevado para favorecer el retorno venoso y reducir el edema.
- * Aplicación de frío intermitente 20 minutos cada 3 o 4 horas. Cuidado de no poner directo a la piel, ya que puede producir quemaduras.
- * Vendaje compresivo para controlar la hemorragia posterior y evitar la tumefacción.
- * Administración de analgésicos de tipo antiinflamatorios no esteroideos.
- * Si el esguince es de tercer grado necesitará una inmovilización con venda de escayola o incluso cirugía para reparar el ligamento roto.

MUERTE CEREBRAL

Se produce cuando una persona tiene destruido todo el cerebro de forma completa e irreversible, con cese de toda actividad. Este no recibe sangre ni oxígeno y se muere. En estos casos los órganos pueden funcionar durante un tiempo si la persona fallecida está conectada a un respirador.

La muerte encefálica ha sido reconocida como la muerte del individuo por la comunidad científica y aceptada como tal en la legislación de diferentes países. La muerte encefálica se define como el cese irreversible en las funciones de todas las estructuras neurológicas intracraneales, tanto de los hemisferios cerebrales como del troncoencefalo. Esta situación aparece cuando la presión intracraneal supera la presión arterial sistólica del paciente, lo que da lugar a la parada circulatoria cerebral. La etiología más frecuente es la hemorragia cerebral y el traumatismo craneoencefálico.

- Ausencia de respiración espontánea.
- Ausencia de reflejos cefálicos, con hipotonía muscular y midriasis. En ocasiones solo llega a una posición intermedia y no una midriasis total.
- Electroencefalograma «plano», demostrativo de inactividad bioeléctrica cerebral.

- Ausencia irreversible de la respiración cerebral, con pérdida absoluta de conciencia.*
- Ausencia de respiración espontánea.
 - Pupilas persistentemente dilatadas.
 - Ausencia de reflejos pupilares a la luz.
 - Ausencia de reflejo corneano.
 - Ausencia de reflejos oculovestibulares.
 - Ausencia de reflejo faringeo o nauseoso.
- Ausencia de conciencia intencional.*

El tratamiento varía según la causa del coma. Es posible que sea necesario un procedimiento o medicamentos para aliviar la presión en el cerebro debido a la hinchazón cerebral.

Si el coma es producido por una sobredosis de drogas, los médicos administrarán medicamentos para tratar la afección. Si el coma se debe a convulsiones, los médicos administrarán medicamentos para controlar las convulsiones.

Otros tratamientos pueden centrarse en los medicamentos o las terapias para tratar una enfermedad oculta, como diabetes o enfermedad hepática.

- Cuidado y control integral del paciente crítico mediante monitorización hemodinámica horaria.
- Correcta higiene e hidratación corporal
- Adecuados lavado y protección ocular.
- Buena higiene nasobucal y controlar el eficaz funcionamiento de catéteres y sondas
- Transmisión de información clara y directa.
- Ayudar en la toma de decisiones.
- Animar a verbalizar sus inquietudes y preocupaciones.

- Asegurar una saturación > 95% mediante presiones bajas.
- Aspirar las secreciones siempre que sea necesario con el fin de evitar atelectasias y neumonías. Cambios posturales c/4.
- Controlar los parámetros del respirador y la permeabilidad de las tubuladuras, siendo aconsejable un sistema de humidificación .
- Asegurar una correcta reposición de volumen, balance hídrico por turno y monitorización completa horaria
- Corrección de la hipotermia para mantener temperaturas por encima de 35°C mediante medidas convencionales de abrigo, mantas de hipotermia o administración de líquidos endovenosos calientes si fuera necesario.
- Control de diuresis horaria, siendo valores anormales < de 30 ml/h ó > de 250 ml/h.
- Control de glucemia capilar con valores normales entre 130-200 mg/dl.