



Nombre de alumnos: Gener Giovanni Santiz Gómez

Nombre del profesor:

Nombre del trabajo:

Materia:

Grado: 7

Grupo: A



Introducción

La ciencia de la enfermería se basa en un amplio sistema de teorías. El proceso de enfermería es el método mediante el cual se aplica este sistema a la práctica de enfermería. Se trata de un enfoque deliberativo para la resolución de problemas que exige habilidades cognitivas, técnicas e interpersonales y va dirigido a cubrir las necesidades del cliente o del sistema familiar. El proceso de enfermería consta de cinco fases sucesivas e interrelacionadas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Estas fases integran las funciones intelectuales de la resolución del problema en un intento por definir las acciones de enfermería. Para la realización de este proceso nos guiamos en el modelo de Virginia Henderson, quien ha hecho grandes contribuciones a la profesión de enfermería en sus más de 60 años de servicio como enfermera, profesora, autora e investigadora. Se le aplicó el proceso de atención a una persona masculina de 35 años de edad con diagnóstico médico de hemorragia subaracnoidea secundaria a ruptura del aneurisma de la arteria comunicante anterior, en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Dr. Manuel Velazco Suárez. La mayoría de los aneurismas arteriales intracraneales son descubiertos en el adulto con motivo de una ruptura hemorrágica; pueden estar localizados exclusivamente en las cisternas aracnoideas o estar asociados a un hematoma intracerebral.

Índice

Atención de enfermería al paciente inconsciente.....	1.1
Atención de enfermería al paciente con	1.2
Atención de enfermería con accidente cerebro vascular.....	1.3

1.1 Atención de enfermería al paciente inconsciente.

Valoración del paciente en coma: en la valoración es necesario tener en cuenta varios aspectos con el fin de determinar la posible causa neurológica o metabólica del cuadro. De este modo, hay que evaluar:

- Nivel de consciencia: se evalúa mediante la escala de Glasgow. Las lesiones de tronco cerebral puede causar coma profundo mientras que alteraciones hemisféricas difusas o diencefálicas provocan cambios del nivel de consciencia que oscilar entre el estupor y la somnolencia.
- Respuesta pupilar: en la valoración del estado de coma es imprescindible evaluar la respuesta pupilar (isocoria, anisocoria, miosis, midriasis, etc.), así como los reflejos fotomotores y de visión cercana.
- Parpadeo, reposo y movimientos oculares: debe evaluarse el parpadeo (reflejo corneal), los reflejos oculocefálicos (ROC), oculovestibulares (ROV), existencia de desviación conjugada de la mirada y los movimientos oculares espontáneos.
- Patrón respiratorio: alteraciones en el patrón respiratorio del paciente te ayudan a identificar el origen de la lesión en el paciente en coma. Estas alteraciones indican lesiones del tronco,

protuberancia, bulbo, diencéfalo o de alguno de los hemisferios cerebrales.

Entre los distintos patrones respiratorios se encuentran:

- Respiración de Cheyne-Stokes: ciclos de aumento de intensidad y frecuencia respiratoria con disminuciones hasta la apnea. Aparecen ante lesiones diencefálicas o corticales bilaterales, lesiones talámicas, herniaciones, procesos metabólicos (uremia, ICC, anoxia) o en situaciones fisiológicas (ancianos durante el sueño o en altitudes extremas).
- Hiperventilación neurógena central: ventilaciones profundas, regulares y rápidas mantenidas, sin baches de falta de oxígeno. Indica lesión mesencefálica o en protuberancia. Consiste en respiraciones regulares, rápidas y profundas. Aparece en lesiones mesencefálicas y protuberancia. Se denomina Kussmaul cuando aparece en pacientes con acidosis, como cetoacidosis diabética o hipoxemia.
- Respiración apnéustica: cursa con inspiración profunda mantenida, bradipnea y con periodos largos de apnea. Indica lesión en protuberancia.
- Respiración atáxica o de Biot: asociada a daño en el bulbo. Se trata de un patrón irregular y anárquico de respiración que produce hipoventilación e hipoxia.
- Respuesta motora: se debe explorar la movilidad de las extremidades, la simetría, la fuerza muscular, el tono y los reflejos. Las alteraciones características en la respuesta motora en el coma son:
 - Decorticación: flexión y aproximación de miembros superiores (MMSS) con hiperextensión de los inferiores. Característico de las lesiones hemisféricas difusas.
 - Descerebración: extensión y rotación interna de los miembros superiores e inferiores. Generalmente ocasionada por lesión del tronco encefálico

- Aparición de micologías o temblores: sugieren coma de causa metabólica.

1.2 Atención de enfermería al paciente con convulsiones.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Ante 3 situaciones distintas:

1. El paciente y/o sus familiares refiere haber presentado una crisis.
2. El paciente está presentando una crisis.
3. El paciente está en período post crítico.

1. Referencia de crisis:

- *Paciente epiléptico conocido:*

Entre un 25 y un 50% de los pacientes epilépticos presentan crisis a pesar del tratamiento. Incluso bajo condiciones óptimas de tratamiento, excluyendo los pacientes con un mal cumplimiento terapéutico, existe un porcentaje de pacientes en torno al 5-10% con epilepsia refractaria al tratamiento. El paciente epiléptico, o bien los familiares, conocen generalmente los síntomas de la crisis convulsiva por lo que son ellos mismos los que llegan a urgencias con el diagnóstico.

- *Paciente no epiléptico conocido:*

En todos los pacientes con riesgo de crisis⁶.

- Preparar el equipo de aspiración: revisar el buen funcionamiento del aspirador, revisar las conexiones, provisión de sondas de aspiración.
- Disponer de una cánula de Guedell adecuada para el paciente, mascarilla de oxígeno (cabecero de la cama).
- Facilitar la accesibilidad al timbre de llamada sobre todo si existen pródromos.
- Procurar un entorno adecuado y seguro, libre de muebles y objetos duros y afilados que puedan causar daño durante la convulsión.
- Proteger la cabeza, aflojar la ropa, subir las barras protectoras de la camilla para evitar caídas.

2. Presencia de crisis:

En las crisis generales:

- Si la crisis ocurre con el paciente fuera de la cama, ayudarlo a tumbarse en el suelo, evitando o conteniendo la caída.
- Permanecer con el paciente en todo momento.
- Observar: tipo de convulsión, tiempo de duración, características (dirección en la que se vuelven los ojos o la cabeza, pérdida de esfínteres...).
- Monitorizar tensión arterial, frecuencia cardíaca y saturación de oxígeno, valorar estado de conciencia, tamaño de las pupilas o alteración hemodinámica. Si se produce parada respiratoria, iniciar protocolo de reanimación.
- Garantizar la permeabilidad de la vía aérea.
 - Intentar mantener la cabeza en posición lateral para un adecuado drenaje de las secreciones. Aspirar si precisa.
- Administrarle oxígeno para conseguir saturaciones por encima de 90%, mascarilla tipo ventura al 50% o preferiblemente con bolsa de reservorio.

3. Paciente en período postcrítico:

Es importante:

- Proporcionar un entorno tranquilo y seguro, sin excesiva iluminación, ni ruidos.
- Control de signos vitales y nueva glucemia.
- Realizar una valoración neurológica del paciente mediante la escala de coma de Glasgow.
- Efectuarle un examen generalizado para detectar la aparición de lesiones (erosiones, hematomas, heridas, rotura de piezas dentarias, fracturas...).
- Si ha habido incontinencia, realizar el aseo del paciente.
- Reorientarle y tranquilizarle cuando recupere el estado de conciencia, si es posible en compañía de un familiar, ya que puede encontrarse confuso, cansado o incluso en estado letárgico.
- Comprobar la coloración de la próxima orina. Una orina colúrica tras una crisis convulsiva puede ser indicio de mioglobinuria a consecuencia de lesión muscular.
- Preparar el material de oxigenación y aspiración anteriormente descrito ante otra posible intervención y adecuar la habitación.

1.3 Atención de enfermería con accidente cerebro vascular.

Acciones de enfermería:

Atención primaria de salud

Si usted como enfermera de su área de salud considera que un paciente está padeciendo de un ICTUS, pedir auxilio a los servicios de urgencia para: *traslado inmediato*.

Realizar interrogatorio al paciente si su estado le permite responder y si no a sus familiares. (**Valoración**)

Este interrogatorio estará encaminado al momento de la aparición de los síntomas, a sus antecedentes patológicos personales y familiares, y a los *factores de riesgo*.

Posición decúbito supino con un *fowler 30 grados*.

Medir *signos vitales* y avisar al médico si hay alteración de algún parámetro.

Se le darán órdenes para valorar si ciertamente puede estar padeciendo un ICTUS:

Función neurológica:

1. Hacer que la persona muestre los dientes. Pídele que sonría, ello permitirá comprobar que ambos lados de la cara se mueven.
2. Hacer que la persona cierre los ojos y mantenga los brazos extendidos por 10 segundos, para comprobar si uno de los brazos no se mueve o cae al perder la fuerza respecto al otro.
3. Repetir una frase para comprobar que este puede hablar, si utiliza palabras incorrectas o arrastra las palabras.

Recordar que la mayoría de los ictus afectan un solo lado del cerebro, también afectan un solo lado del cuerpo, el opuesto al de la lesión causada por el trastorno oclusivo o hemorrágico. El lado afectado es el opuesto porque los nervios procedentes de un lado del cerebro cruzan al lado opuesto del cuerpo. Cuando el ICTUS afecta la región izquierda del cerebro, la parte afectada será la derecha del cuerpo y se podrán dar alguno de los síntomas siguientes:

Parálisis del lado derecho del cuerpo, problemas del habla o del lenguaje, estilo de comportamiento cauto, enlentecido, pérdida de la memoria de manera repentina.

Afectación de la región derecha del cerebro, será la parte izquierda la que tendrá problemas, parálisis del lado izquierdo, problemas de visión del ojo izquierdo, comportamiento inquisitivo, acelerado, pérdida de la memoria.

-Trasladar a las instituciones de salud de forma segura.

Acciones inmediatas de Enfermería:

Unidad de emergencia

- Hacer un interrogatorio breve al paciente si su estado lo permite o al familiar.
- Colocar el paciente con la cabeza elevada a 30 grados.
- Proceder a realizar examen físico y examen neurológico.
- Medición de signos vitales, si parámetro está alterado avisar al médico y anotar en hoja de parámetros vitales.
- Colocar oxímetro de pulso y monitor cardiorrespiratorio. Y anotar cifras en hoja de parámetros vitales y avisar si hay alteración o algún cambio que se esté produciendo en el paciente.
- Realizar examen neurológico y avisar al médico cualquier cambio que se esté produciendo.
- Si la saturación de O₂ (SO₂) es inferior al 95%, se administra oxígeno a 4L mediante una mascarilla nasal.
- Canalizar vía venosa con trocar 18 o 20, no en miembro afectado.
- Controlar estrictamente las hidrataciones.
- Realizar electrocardiograma (ECG) y seguidamente entregar al médico para valoración del mismo.
- Avisar inmediatamente al médico si el paciente está convulsionando; y realizar acciones de enfermería para evitar lesiones que el paciente en su estado pueda provocarse. Ejemplo: Uso de depresores montados, cabeza ladeada para evitar broncoaspiración. Cumplir indicaciones médicas para esta complicación.
- Colocar sonda de Levine, si hay dificultad para deglutir o toma de la conciencia.
- Colocar sonda vesical si hay toma de la conciencia o globo vesical.
- Si hay cefalea o algún otro dolor avisar al médico para valoración del paciente.
- Gestionar cumplimiento de los complementarios.
- Preparar al paciente para pruebas diagnósticas, preparación psicológica del paciente y sus familiares, explicar al paciente si está consciente lo que se le va a realizar.
- Agilizar el traslado del paciente para UCI, sala de ICTUS, o neurocirugía según indicación médica, previa estabilización del paciente, para su mejor estudio y tratamiento.
- Abrir hoja de balance hidromineral.
- Brindar seguridad y confort.

- Evolucionar al paciente según reglas del servicio y comenzar con el proceso de atención de enfermería.