



Universidad del sureste



Patología del niño

Docente: MASS: Edgar Geovanny Liévano Montoya

- **Cuidados de enfermería en pacientes con afecciones del sistema hematopoyético**
- **Cuidados de enfermería en pacientes con afecciones del sistema nervioso**
 - **Espina bífida**
 - **Hidrocefalia**
 - **epilepsia**

Alumna: Dulce Citlali Encino Camaras.

Cuatrimestre: 5°

Lic. En enfermería



San Cristóbal de las casas, Chiapas

2021



Introducción

El sistema nervioso y el hematopoyético son importantes en el cuerpo humano ya que tienen determinadas funciones para el correcto funcionamiento de este, el sistema hematopoyético es el encargado de generar las células sanguíneas si se produce alguna disminución o aumento en la producción de estas se llegan a dar diversas patologías, al igual el sistema nervioso se encarga de las relaciones entre las diversas partes del organismo y de éste con el exterior al igual se producen alteraciones si no hay un correcto funcionamiento o si existe alguna malformación en alguna estructura de este. Para poder brindar cuidados de enfermería es importante conocer y saber de los padecimientos que se pueden presentar a continuación se mencionan algunas.



Cuidados de enfermería en pacientes con afecciones del sistema hematopoyético



Se define enfermedad hematológica como la alteración en el número o función de las células producidas por la médula ósea lo cual provoca una serie de consecuencias clínicas. Esta alteración en el número o función de las células puede ser a hereditaria o adquirida.

CLASIFICACIÓN:

- Hematías:

Anemias que pueden ser de diversa etiología:

Por falta de producción: por déficits nutricionales (falta de hierro o ácido fólico), por falta de eritropoyetina (enfermos renales), por daño medular intrínseco (anemia aplásica) o anemia por procesos crónicos.

Por aumento de la destrucción: pueden ser o adquiridas (inmunes o no inmunes), o congénitas (talasemias, enzimáticas, drepanocitosis, esferocitosis).

Por pérdida de sangre: debido a hemorragias de diferente etiología.

- Leucocitos: Dentro de las alteraciones de la serie blanca o leucocitaria pueden estar:

Leucemias: agudas o crónicas, linfoides o mieloides.

Neutropenias.

Linfomas: Hodgkin, no Hodgkin o Burkitt.

Mielomas.

- Diátesis hemorrágicas:

alteración de la serie plaquetar de diversa etiología:

Trombocitosis.

Trombocitopenias (púrpura trombocitopénica inmunológica o idiopática).

Trombocitopatías (congénito como la hemofilia o enfermedad de Von Willebrand).

Pancitopenia: Afectación de las tres series (blanca, roja y plaquetar).

Las urgencias que pueden surgir durante la evolución de las enfermedades hematológicas son diversas, tanto por el comportamiento de la enfermedad de base como por el momento en que se presentan. Pueden ser la primera manifestación de la enfermedad o aparecer en el curso de su evolución, y sus secuelas pueden ser menores si se diagnostican y tratan adecuadamente. Estas enfermedades hematológicas surgen cuando el sistema hematológico se ve afectado por deficiencias.

En el paciente hematológico, debido a su elevado riesgo de sufrir hemorragias e infecciones, nos centraremos en un examen físico exhaustivo que incluya:

- Control de las constantes vitales: Tensión arterial, frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno, temperatura su alteración puede ser indicativo de alguna patología.
- Valoración del estado general: evaluaremos síntomas como astenia, dolor, confusión Detección de síntomas de shock hipovolémico: hipotensión, taquipnea, pulso rápido y filiforme, palidez cutánea.
- Valoración del estado nutricional: Peso y talla, signos de desnutrición, variaciones de peso en los últimos meses, signos de deshidratación como vómitos, diarrea, anorexia.
- Evaluación del estado de la piel: coloración (palidez), petequias (lesiones pequeñas de color rojo), hematomas, sangrado activo y otras lesiones.
- Observación de las mucosas (coloración, gingivorrea, ulceraciones.), ojos (irritación, sequedad, prurito, hemorragias conjuntivales) y de las uñas (cianosis, palidez).

Después de realizar esta exploración y descartar una situación de gravedad proceder a valorar si nos encontramos ante una situación aguda o derivada de la propia enfermedad, ya que en estos últimos los síntomas se habrán ido instaurando de forma progresiva. Por ejemplo la Presencia de linfadenopatías y hepatoesplenomegalia: procesos mieloproliferativos o neoplásicos.

CUIDADOS GENERALES DE ENFERMERÍA A UN PACIENTE CON ALTERACIONES HEMATOLÓGICAS:

Dentro de los cuidados generales de Enfermería nos vamos a centrar en tratar aquella clínica que es frecuente en estos pacientes para paliar los síntomas:

- Náuseas y vómitos: Recomendaremos realizar ingestas de poca cantidad y frecuentes, alimentos a temperatura ambiente, beber agua fuera de las comidas, comer despacio.
- Alteraciones electrolíticas: Control del peso y de la ingesta de alimentos y líquidos, control analítico de la respuesta del paciente a la terapia electrolítica, vigilar la hidratación.
- Diarrea: Evitar verduras, alimentos integrales, carnes rojas y bebidas excitantes. Si la diarrea es de importante es decir más de siete deposiciones al día iniciar dieta absoluta y posteriormente dieta líquida durante 12-24 horas y comenzando posteriormente tolerancia de forma paulatina.
- Estreñimiento: Aumentar la ingesta de líquidos y fibra, administrar laxantes o enemas si procede y bajo prescripción médica.
- Anorexia: Comer pequeñas cantidades y frecuentemente, añadir en ocasiones suplementos nutricionales.
- Disgeusia: En ocasiones en pacientes que requieren tratamiento quimioterápico como son las leucemias, mielomas y linfomas puede verse alterado el sentido del gusto. En estos casos indicaremos algunas recomendaciones como son: la toma de chicles o caramelos, chupar regaliz, enjuague con antisépticos, evitar carnes rojas mejor cerdo o pescado, estas medidas les ayudarán a paliar este problema.

- Alopecia: Al igual que el síntoma anterior es un síntoma que aparece como consecuencia del tratamiento quimioterápico, suele aparecer a los 15-20 días del tratamiento y se suele recuperar 2-8 meses después. Los cuidados a llevar a cabo son: usar un champú y cepillos suaves, usar cremas hidratantes de cuero cabelludo, informar sobre posibilidades como el uso de pelucas o pañuelos.

CUIDADOS ESPECÍFICOS DE ENFERMERÍA A UN PACIENTE CON ALTERACIONES HEMATOLÓGICAS:

AISLAMIENTO:

Debido a su estado inmunológico comprometido se debe hospitalizar a estos pacientes con alteraciones hematológicas en habitaciones individuales con aire de filtrado y presión positiva o flujo laminar lo cual proporciona un aislamiento denominado inverso o protector. Cumplir con una serie de medidas para evitar que estos pacientes adquieran enfermedades que debido a su estado inmunológico pueden llegar incluso comprometer su vida.

- Uso de calzas y bata antes de entrar a la habitación y puertas y ventanas cerradas.
- Uso de mascarilla tanto por parte del personal sanitario como por parte de los acompañantes al entrar en la habitación.
- Colocación de mascarilla al paciente cuando sea necesario que este salga de la habitación (para realización de pruebas externas a la unidad).
- La dieta del paciente es la que recibe por parte del hospital evitando la introducción de alimentos o bebidas del exterior.
- Higiene diaria del paciente con esponjas desechables.
- El cuarto de baño exclusivo para cada paciente.

QUIMIOTERAPIA:

En los casos de alteraciones hematológicas como son las leucemias, linfomas, mielomas uno de los tratamientos a seguir es la quimioterapia que consiste en la administración de fármacos denominados citostáticos cuya finalidad es impedir el crecimiento, multiplicación y diseminación de células cancerosas.

Estos quimioterápicos se pueden clasificar en función del ciclo celular en que actúa el fármaco.

HEMOTERAPIA:

Consiste en la administración de sangre total o hemoderivados como son concentrados de hematíes, plaquetas o plasma fresco congelado. Esta sangre siempre debe ser filtrada (desleucocitada) y radiada (para eliminar los leucocitos del donante que pueden quedar tras el filtrado).

Actuación de Enfermería antes de la transfusión:

- Extracción de pruebas cruzadas (tubo EDTA 10 ml).
- Asegurarse que el paciente ha firmado el consentimiento informado
- Preguntar al paciente si ha sufrido antes alguna reacción transfusional.
- Comprobar el correcto estado de la bolsa de sangre (color, temperatura, caducidad, grupo sanguíneo, Rh, si la sangre se ha sometido a filtrado e irradiado).

Actuación de Enfermería durante la transfusión:

- Permanecer junto al paciente durante el inicio de la transfusión.
- Insistimos al paciente que nos debe de comunicar la aparición de síntomas como prurito, escalofríos, fiebre, disnea.
- La velocidad de la transfusión será de unos 20-30 minutos para el plasma y plaquetas y entre 60-120 minutos para los concentrados de hematíes.

- Si se administra más de una unidad entre una y otra lavar la vía con 10 ml de suero fisiológico y nunca administrar en “Y” con otras soluciones o medicación excepto son suero fisiológico.
- Al finalizar enviar al banco de sangre la bolsa de hemoderivados con el sistema de infusión conectado y una copia del documento de transfusión.

Cuidados de enfermería en pacientes con afecciones del sistema nervioso



Los problemas neurológicos comprenden una amplia variedad de trastornos, los cuidados de enfermería que se proporcionan a los pacientes que cursan con un padecimiento de este tipo, requieren de un amplio conocimiento de la patología de la enfermedad, de las áreas en que debe centrarse la valoración y del tratamiento médico habitual. El objetivo de la atención neurológica es restablecer el funcionamiento del Sistema Nervioso mediante la utilización en muchas ocasiones de técnicas sofisticadas, la enfermera (o) debe desarrollar conocimientos y habilidades que le permitan actuar con eficiencia y rapidez en la valoración, planeación e implementación de los cuidados necesarios para limitar el daño presente, evitar el riesgo de complicaciones y recuperar en lo posible la función perdida.

Patologías Neurológicas:

- Hipertensión intracraneana:

Trastorno presentado por la elevación de la presión intracraneal cuando el volumen que se suma a dicha cavidad excede la capacidad compensatoria, provocando alteraciones cerebrovasculares con obstrucción del flujo sanguíneo y aumento de la presión intracraneal (PIC).

- Hematomas intracraneales

Es la acumulación de sangre en alguno de los espacios intracraneales, se clasifican en tres tipos: Hematoma subdural causado por hemorragia venosa por debajo de la duramadre, puede ser agudo, subagudo o crónico; hematoma epidural, por lo general causado por hemorragia arterial, que se acumula por encima de la duramadre; hematoma intracerebral que consiste en hemorragia en el parénquima encefálico. Se relacionan con traumatismos de cráneo asociados a lesiones del cuero cabelludo, fracturas de cráneo, contusión cerebral o lesiones encefálicas penetrantes por arma de fuego o punzocortante.

- Enfermedad vascular cerebral

Se produce por la interrupción del flujo sanguíneo cerebral de manera local o difusa con lesión cerebral por isquemia o hipoxia, puede ser también de tipo oclusivo como: Trombosis por aterosclerosis de pequeños o grandes vasos; embolia por el desprendimiento de placas calcificadas de vasos extracraneales, válvulas cardiacas, grasa aire o fragmentos de tumores; hemorragia por sangrado dentro del parénquima cerebral provocando irritación y ejerciendo presión sobre el tejido y los nervios cerebrales, habitualmente se localiza en los ganglios basales, cerebelo, tallo cerebral o regiones más superficiales del cerebro.

- Meningitis

Infección del espacio subaracnoideo y las meninges por microbios patológicos que los invaden a través del torrente sanguíneo, senos y oído medio. La formación de exudado provoca inflamación y congestión de los tejidos y vasos sanguíneos. La consecuencia en respuesta se manifiesta por irritación de la corteza cerebral y aumento de presión intracraneal por hidrocefalia o edema cerebral. Progresivamente se presenta vasculitis con necrosis del parénquima cortical, hemorragias petequiales del encéfalo, neuritis de pares craneales y ependimitis o pioencéfalo.

- Aneurismas intracraneales

Se generan por la dilatación de una arteria cerebral que ha disminuido su capa media y laminar elástica interna de la pared, la mayoría de los aneurismas se presentan en el área del Polígono de Willis, en la bifurcación de las arterias carótida interna, cerebral media y basilar y en las arterias comunicantes anterior y posterior. Las altas presiones continuas forman un globo en la pared debilitada y se origina un hematoma intracerebral y hemorragia subaracnoidea.

Exploración del paciente

El examen del paciente neurológico crítico se constituye de cinco componentes importantes para su exploración: **La valoración del nivel de conciencia de la función motora, de ojos y pupilas, del patrón respiratorio y de las constantes vitales.**

- Nivel de conciencia:

Suele ser el primer signo de alteración neurológica. En ocasiones cursa desapercibido, por lo que debe vigilarse estrechamente. La valoración del nivel de conciencia incluye a su vez dos aspectos fundamentales como son: La valoración del estado de alerta y del contenido de la conciencia o conocimiento.

El estado de alerta es el nivel de conciencia más bajo y donde se explora el sistema reticular activador y su conexión con el tálamo y la corteza cerebral. Se lleva a cabo con estímulos verbales inicialmente en un tono normal, aumentándolo. Si no hay respuesta se sacude al paciente. La estimulación dolorosa nociceptiva será el paso a seguir si no se obtiene respuesta.

El estímulo doloroso puede ser central o periférico. El estímulo central afecta al cerebro, puede hacerse por medio de pinzamiento del trapecio, presión del esternón y presión supraorbitaria.

La evaluación de contenido de la conciencia o conocimiento pertenece a las funciones superiores y permite a los pacientes orientarse hacia las personas, el tiempo y el espacio. Requiere que el paciente responda a una serie de cuestiones,

un cambio en sus respuestas revelará un aumento en el nivel de confusión y orientación, y puede significar el inicio del deterioro neurológico.

La escala de coma de Glasgow es el instrumento más utilizado para valorar el estado de conciencia, consiste en otorgar una calificación numérica a la respuesta del paciente en tres categorías: Apertura de ojos, respuesta motora y verbal. La mayor puntuación es de 15 y la menor es de 3. Pacientes con una puntuación de 7 ó menos indica estado de coma. Esta escala nos proporciona datos sólo del nivel de conciencia y no debe considerarse como una valoración neurológica completa.

- Función motora

Se valoran tres aspectos fundamentales:

Observación de los movimientos motores involuntarios, evaluación del tono muscular y estimación de la fuerza muscular. Se debe valorar cada extremidad de manera independiente y hacer comparación de un lado con otro, en busca de signos de lateralización que se producen en un solo lado del cuerpo.

El movimiento motor involuntario se valora revisando todos los músculos en tamaño, aspecto y atrofia, buscando la presencia de fasciculaciones, clonus, mioclonías, balismo, tics, espasmos, hipo, etc., que revelen la presencia de disfunción neurológica. El tono muscular se valora revisando la oposición a los movimientos pasivos. Se efectúan movimientos pasivos sobre los miembros y se mide el grado de resistencia en búsqueda de signos de hipotonía, flacidez, hipertonía, espasticidad o rigidez.

- Valoración de ojos y pupilas



La función pupilar forma parte del sistema nervioso autónomo, el control se lleva a cabo a través de la inervación del III par craneal que surge del tronco cerebral ubicado en el mesencéfalo. La pupila se contrae con la estimulación de las fibras parasimpáticas y se dilata con el estímulo de las fibras simpáticas.

Al valorar las pupilas deben observarse su tamaño, forma y grado de reacción a la luz. Esta respuesta también puede verse alterada por efecto farmacológico, trauma o cirugía oftálmica, deben diferenciarse las causas metabólicas de las orgánicas en la alteración del estado de conciencia. Los movimientos oculares están controlados por la acción de los pares craneales III, IV y V, a través del centro internuclear del fascículo longitudinal medio, ubicado en el tronco cerebral y se encargan de la coordinación del movimiento de ambos ojos.

Durante su exploración en el paciente consciente, la enfermera (o) debe pedirle que siga con la mirada un dedo y éstos deben moverse conjuntamente en todos los campos, en situación normal. En el paciente inconsciente, la valoración se lleva a cabo mediante el reflejo oculocefálico, sujetando la cabeza del paciente y girándola rápidamente hacia un lado y otro; es muy importante descartar la presencia de lesión cervical antes de efectuar esta valoración. La alteración de este reflejo oculocefálico revela lesión en el tronco cerebral.

- Función respiratoria

Las alteraciones del tronco cerebral también se reflejan en cambios en el patrón respiratorio, la presencia de respiración de Cheyne-Stokes, respiración apnéustica, respiración de Biot, respiración atáxica e hiperventilación central pueden revelar compromiso neurológico importante. La hipoventilación se presenta con frecuencia en pacientes con alteración del estado de conciencia. El intercambio gaseoso adecuado, el mantenimiento de una vía aérea permeable y libre de secreciones debe ser controlado para evitar trastornos y complicaciones agregadas.

- Signos vitales

El cerebro y el tronco cerebral son responsables del control de las funciones del corazón, la respiración y la temperatura corporal, cualquier alteración en estos parámetros puede arrojar datos de deterioro neurológico. La hipertensión arterial sistémica puede ser una manifestación de la pérdida del mecanismo de autorregulación cerebral del flujo cerebral después de una lesión intracraneal. La hiperdinamia con aumento de la frecuencia cardíaca, presión arterial y gasto cardíaco como mecanismo compensatorio, es una respuesta frecuente al daño cerebral. Éste trae como consecuencia un aumento de la PIC, por lo tanto, el control de las constantes vitales es indispensable independientemente del daño que pueden provocar en el resto de la economía. La frecuencia cardíaca está controlada por el nervio vago y el bulbo raquídeo, al estímulo por una lesión puede presentarse bradicardia, al igual que cuando se incrementa la PIC. Las variaciones mayores en la PIC son responsables de la aparición de arritmias cardíacas como extrasístoles ventriculares, bloqueos A-V o fibrilación ventricular, que es una arritmia mortal si no se resuelve con prontitud. La tríada de Cushing es un signo relevante de gran daño neurológico y suele aparecer tardíamente, en presencia de hipertensión intracraneal sostenida o síndrome de herniación, se manifiesta por bradicardia, hipertensión sistólica y bradipnea.

Los trastornos neurológicos representan una gran diversidad de patologías, en las cuales pueden verse comprometidas las funciones de todos los sistemas del organismo humano, aspecto que hace compleja la definición de un estándar de cuidados enfermeros y un solo patrón diagnóstico. Éstos deben apearse a la valoración previa específica de cada paciente de acuerdo a la patología presente, sin embargo, existen muchos cuidados que son afines por la prioridad con que deben ser abordados durante el esfuerzo por proporcionar alta calidad en la atención de los pacientes con afección neurológica.

Espina bífida



La espina Bífida es una afección de relativa frecuencia en nuestro medio y podemos definirla en forma práctica, como una entidad de tipo congénito caracterizada por la ausencia de cierre de uno o más arcos vertebrales posteriores, a lo que pueden

acompañar otras anomalías cutáneas, meníngeas y nerviosas. Esta afección corresponde a una embriopatía. Desde el 16 día de gestación se produce la formación de la placa neural, que origina un canal y luego un tubo neural. Posteriormente entre este tubo neural y el epiblasto se interpone el mesenquima, que constituye la meninge, el arco posterior, plano aponeurótico y muscular. Todas estas etapas se deben a fenómenos de inducción notocordal y neural, que podrían ser afectados por diferentes noxas y producir la falla del cierre del estuche raquídeo y por consiguiente la formación de la Espina Bífida en uno de sus tipos.

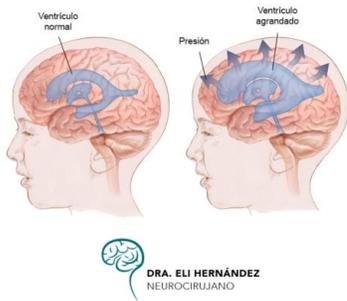
- **RAQUISQUISIS:** Es la forma más grave de la Espina Bínela y consiste en una ausencia completa de cierre de tubo neural y falta la parte posterior de médula, meninge y vértebras. Se puede observar en el centro del defecto el cono medular de color rojizo descubierto y una zona translúcida que si se rompe da salida a L.C.R.- En la periferia puede haber una zona de transición en la que hay hipertriosis o malformaciones angiomasas, y se asocia casi invariablemente a hidrocefalia. Las alteraciones neurológicas son severas: paraplejia, incontinencia urinaria y fecal y sendas malformaciones de miembros inferiores, en general mueren en los primeros días de vida.
- **MIELOMENINGOCELE:** Es la malformación más frecuente de las Espinas Bífidas y se distribuye ampliamente a todo lo largo del raquis, aunque es mucho más frecuente a nivel lumbosacro. Se caracteriza por: Ausencia de cierre cutáneo normal en dos o más niveles, ausencia de arcos posteriores, ausencia de duramadre posterior que termina

en la base del defecto , las raíces nerviosas pueden estar libres, pero más frecuentemente adheridas al saco. Como se ve hay participación de médula, raíces nerviosas, meninges y un tegumento protector, que se encarga de proteger contra la infección.

- **MENINGOCELE:** se observa alteración del cierre posterior de los arcos vertebrales, produciéndose un divertículo o bolsa de las meninges sin compromiso medular, ni radicular, recubierto de una piel fina. Se encuentra generalmente a nivel Lum-bosacro y cervical. No se acompaña eventualmente puede ser temprana o tardía debido a diferentes causas: heterotipia de bulbo y amígdalas cerebelosas, por tracción de la base de la médula y estrechamiento del acueducto de silvio, puede haber estenosis del silvio, puede ser a bloqueo del espacio sub-aracnoideo por una meningitis. También la Hidrocefalia puede presentarse luego de cerrado el defecto por: una hiperproducción de L.C.R. o por la posibilidad de que el saco ejerza un papel reabsorción de L.C.R., lo que se impide al eliminarlo.
- **ESPINA BIFIDA PROTEGIDA:** El defecto se encuentra recubierto por piel, tejido celular y aponeurosis, la piel de la zona puede presentar hipertriosis, una protusión o depresión cutánea. Apuntamos ya que puede haber Espina Bífida protegida con mielomeningocele y con meningocele que presenta las mismas características descritas en cada uno de ellos, pero con protección de piel. La Espina Bífida Protegida con Tumor presenta la piel del saco espesa y su contenido es sólido, el tumor puede ser un lipoma, lipofibroma, dermoide, hamartoma o bien un derivado de cartílago, como los más frecuentes. El tumor puede ser difuso o fluctuante, incluido en el tejido celular y formando la cápsula y otras veces, puede englobar raíces nerviosas e invadir la médula espinal. La Espina Bífida Oculta en general es asintomática, pero puede acompañar a un tumor intrarraquídeo y en muchas ocasiones, los trastornos neurológicos.

Hidrocefalia

HIDROCEFALIA



La hidrocefalia se define como un incremento del volumen total de líquido cefalorraquídeo (LCR) en el interior de la cavidad craneal, lo que conlleva un aumento del tamaño de los espacios que lo contienen (ventrículos, espacios subaracnoideos y cisternas de la base). El LCR circula desde el interior de los ventrículos, en donde se produce (plexos coroides), hasta los espacios subaracnoideos en la superficie del

cerebro y médula, lugar en donde se reabsorbe pasando a los senos venosos a través de las granulaciones aracnoideas de Pacchioni.

El LCR tiene tres funciones vitales:

- Envuelve por completo médula y cerebro lo que supone un mecanismo antichoque que les protege de traumatismos.
- Sirve de vehículo para transportar nutrientes al cerebro y eliminar desechos.
- Fluye entre el cráneo y canal raquídeo para compensar los cambios de volumen de sangre intracraneal, con el fin de evitar incrementos excesivos de presión intracraneal

Clasificación:

- hidrocefalia activa: es aquella que se produce como consecuencia de un desequilibrio en la producción, circulación o reabsorción de LCR, bien por un aumento de la producción a nivel de los plexos coroides, por obstrucción a la circulación a través de sus vías de drenaje o por disminución de la reabsorción en los corpúsculos aracnoideos de Pacchioni.
- “hidrocefalia pasiva” o hidrocéfalo “ex vacuo”, consistente en una dilatación de las cavidades de LCR por disminución de la masa cerebral.

- “Hidrocefalia externa idiopática del lactante”, en donde el LCR se acumula en los espacios subaracnoideos, con ventrículos laterales moderadamente dilatados. En este cuadro se aprecia un crecimiento rápido del perímetro cefálico, provocando como único síntoma clínico una megacefalia. La evolución suele ser hacia la resolución espontánea, con estabilización del crecimiento cefálico al final del primer año.

Exploración:

En el neonato y lactante se busca fundamentalmente el incremento del perímetro cefálico, el abombamiento de la fontanela, la diástasis de suturas y la dilatación de venas pericraneales. Es frecuente encontrar también signos oculares, sobre todo el de los ojos en puesta de sol, secundario a la compresión de tubérculos cuadrigéminos. El fondo de ojos no suele mostrar signos de edema de papila a estas edades, pero debe valorarse para descartar signos de coriorretinitis o atrofia óptica.

En el niño mayor es importante descartar signos de alarma que puedan estar indicando la existencia de herniaciones cerebrales, como la posición inclinada de la cabeza en la herniación de amígdalas cerebelosas a través de agujero occipital o la anisocoria por afectación del III par craneal con hemiparesia contralateral propias de la herniación transtentorial con compresión mesencefálica (hernia uncal). La parálisis del VI par y la existencia de un edema de papila son signos de una situación grave de hipertensión endocraneal, que requiere ingreso urgente en Hospital con Servicio de Neurocirugía.

La auscultación craneal en niños con megacefalia de cualquier edad, permitirá constatar la existencia de soplos, que orientarán hacia la existencia de una malformación vascular como causa de la hidrocefalia.

Epilepsia



La epilepsia es “la ocurrencia transitoria de síntomas y/o signos causados por una actividad neuronal cerebral sincrónica (que se presenta en un mismo tiempo), anormal y excesiva”. Incluye una serie de trastornos cerebrales, complejos, crónicos y se caracteriza por crisis

recurrentes, no-provocadas. La epilepsia tiene una manifestación tanto clínica como paraclínica. El término convulsión sólo hace alusión a la manifestación motora (movimiento) de una crisis epiléptica y consiste en contracciones musculares anormales y excesivas, generalmente bilaterales, que pueden ser sostenidas o interrumpidas. No todas las crisis epilépticas son convulsivas.

Crisis focales:

Las manifestaciones clínicas de las crisis focales son muy diversas, pues dependen de la zona cerebral involucrada durante la descarga epiléptica, pero en general hay cuatro grandes grupos de síntomas:

- Manifestaciones motoras: caracterizadas por movimientos involuntarios de tipo clónico (cortos y repetitivos), postura tónica, tónico-clónicos (combinación de los anteriores), mioclónicos (“sacudida”) o bien signos motores “negativos” como la parálisis de Todd (debilidad de una extremidad que se produce posterior a una crisis).
- Manifestaciones sensoriales: caracterizadas por trastornos en la sensibilidad, alucinaciones de diferente índole (visuales, auditivas, gustatorias, olfatorias), entre otras.
- Manifestaciones autonómicas: caracterizados por síntomas provenientes del sistema autónomo/vegetativo como pueden ser palpitaciones, aumento o disminución de la frecuencia cardiaca (taquicardia, bradicardia), sudoración, salivación excesiva (sialorrea), cambios pupilares, sensación epigástrica

ascendente (sensación de vacío en el abdomen que remonta hacia el tórax/cuello), náusea/vómito, etc.

- Manifestaciones psiquiátricas/discognitivas: sensación de lo ya vivido (déjà vécu), de lo ya visto (déjà vu), de lo ya oído (déjà entendu), de lo nunca visto (jamais vu), de lo nunca oído (jamais entendu), sensación onírica (como estar en un sueño), sensación de despersonalización o autoscopia (sensación de salirse de sí y observarse a sí mismo), furia o miedo súbitos, crisis de risa (gelásticas), crisis de llanto (dacrísticas), sensaciones de éxtasis, orgasmo, crisis discognitivas (-antes llamadas “parciales complejas”- caracterizadas por desconexión del medio debido a una descarga de inicio focal y que pueden o no asociarse a movimientos automáticos sin propósito automatismos no propositivos- ya sea de tipo motor u oroalimentario –chupeteo.

Crisis generalizadas:

Las crisis generalizadas habitualmente se presentan con pérdida de la conciencia (a excepción de las crisis mioclónicas) y pueden ser: tónicas, clónicas, tónico-clónicas, mioclónicas, atónicas (pérdida del tono postural) y ausencias (desconexión al medio debida a una descarga generalizada).

Otras manifestaciones clínicas de la epilepsia

Pueden ser debidas a las secuelas de las crisis frecuentes o el trastorno que originó a la epilepsia (como retraso en el desarrollo psicomotriz, alteración en la memoria, etc.) o por el uso mismo de los medicamentos.

Conclusión

Las diferentes enfermedades que pueden afectar al sistema nervioso y hematopoyético son muchas y llegan a presentar diversos signos y síntomas por ello los cuidados de enfermería son de mucha importancia para brindar el tratamiento necesario y así poder ayudar a la recuperación de la salud de nuestros pacientes , tratar de aliviar sus dolencias o intervenir en su rehabilitación posterior a una intervención en los diversos padecimientos que se puedan presentar por lo cual requieren del conocimiento necesario para poder brindar una atención adecuada debido a esto hay que saber sobre cualquier patología que pueda afectar el cuerpo humano.

Bibliografía

castellanos, f. g. (2016). *CUIDADOS DE ENFERMERIA PARA PACIENTES CON PROBLEMAS NEUROLÓGICOS*. SENA.

Madrid, D. H. (2017). *educacion para la salud*. mexico: INCMSZ.

Madrid, D. H. (s.f.). *educacion a*.

Meix, J. M. (2008). *Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neurología Pediátrica*. Madrid.

Mira, A. P. (2010). *Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neurología Pediátrica*. madrid.