



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

AREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE ENFERMERIA

TEMA:

**“ATENCIÓN INTEGRAL DE ENFERMERÍA EN
PACIENTES CON PATOLOGÍAS NEUROLÓGICAS
INGRESADOS EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA”**

*TESIS DE GRADO PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
LICENCIADA EN ENFERMERIA*

AUTORA

Marcia Estela Cabrera Piedra

1859

DIRECTORA

Mg. Sc. Balbina Contento

LOJA – ECUADOR

2013

Lcda. Mg. Balbina Contento, **DOCENTE DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA.**

CERTIFICA:

Que el presente trabajo investigativo titulado **“ATENCIÓN INTEGRAL DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON PATOLOGÍAS NEUROLÓGICAS INGRESADOS EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA”**, realizado por la egresada Marcia Estela Cabrera Piedra, ha sido dirigido, orientado y revisado en todas sus partes, por lo que considera apto para su presentación, sustentación y defensa.

Loja, Octubre 24 del 2013



Lcda. Mg. Balbina Contento

DIRECTORA DE TESIS

AUTORIA

Yo Marcia Estela Cabrera Piedra declaro ser autora del presente trabajo y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, La publicación de mi tesis en el repositorio Institucional-Biblioteca Virtual.

Autora: Marcia Estela Cabrera Piedra

Firma: 

Cedula 1900645290

Fecha: 7 de noviembre de 2013

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Marcia Estela Cabrera Piedra declaro ser autora de la tesis titulada "ATENCIÓN INTEGRAL DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON PATOLOGÍAS NEUROLÓGICAS INGRESADOS EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA" como requisito para optar el grado de Lic. En Enfermería, autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en le RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

Para constancia de esta autorización en la ciudad de Loja a los 7 días del mes de noviembre del dos mil trece firma el autor.

Firma: 

Autora: Marcia Estela Cabrera Piedra

Cedula: 1900645290

Dirección: san Cayetano Bajo: Moscú y Stonia Correo Electrónico

Celular: 0997279142

Datos complementarios

Director de tesis: Lic. Mg. Balbina Contento.

Tribunal de Grado Mg Gina Monteros

Mg Noemy Dávila

Mg Rosario Carrión

AGRADECIMIENTO

Expreso mis más sinceros agradecimientos a Dios y a la Universidad Nacional de Loja de manera especial a la carrera de enfermería, a sus autoridades y docentes que con dedicación impartieron sus conocimientos y me brindaron ayuda, que me sirvieron de guía en mi formación tanto personal y profesional.

Al culminar con éxito la presente investigación quiero expresar mi gratitud de manera especial a la Lic. Balbina Contento quien con su apoyo y paciencia incondicional he podido culminar con este trabajo.

LA AUTORA

DEDICATORIA

Con mucho amor dedico este trabajo símbolo de esfuerzo y sacrificio a Dios, a mis padres, hermanos y amigos.

A mi hija *Odalís Salomé* quien me prestó el tiempo que le pertenecía para llevar a cabo este trabajo y a la persona que me acompañó en los momentos más difíciles dándome palabras de aliento, Carlos Lima.

A mis docentes por su apoyo y paciencia que me han tenido durante todo el período de mi formación profesional.

MARCIA

TITULO

**“ATENCIÓN INTEGRAL DE ENFERMERÍA EN
PACIENTES CON PATOLOGÍAS NEUROLÓGICAS
INGRESADOS EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA”**

RESUMEN

En el Hospital Isidro Ayora de la Ciudad de Loja ubicada al sur del Ecuador que pertenece a la zona 7, se realizó el presente trabajo de investigación referente a la "ATENCIÓN INTEGRAL DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON PATOLOGÍAS NEUROLÓGICAS INGRESADOS EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA". La mencionada institución es de segundo nivel que ofrece los servicios de: Consulta Externa, Ginecología, Neonatología, Emergencias, Centro Obstétrico, Centro Quirúrgico, Terapia Intensiva, Servicio de Diagnóstico como: Laboratorio clínico e Histopatológico, Rayos X, Ecografía, Eco cardiograma, Electrocardiograma, Colposcopia Información sobre Salud Sexual y Reproductiva. La investigación es de tipo descriptivo se desarrolló en los meses de octubre 2011 a octubre 2012, con un universo de 340 pacientes que ingresaron con diagnósticos de patologías neurológicas. La información se obtuvo a través de la revisión de los registros de Estadística de la mencionada institución, que permitió determinar la morbilidad neurológica más frecuente base para la elaboración del manual de Procesos de Atención de Enfermería basados en la taxonomía NANDA NIC Y NOC para pacientes con afecciones neurológicas, tomando como referencia la información bibliográfica que sustenta el trabajo. Se obtuvo que las patologías neurológicas más frecuentes motivo de ingreso son: el Trauma Craneoencefálico, Accidente Cerebrovascular, Trauma Raquimedular, Cefalea, Neurocistecircosis, Estatus Convulsivo e Hidrocefalia, esta información se presenta en un cuadro estadístico. Posteriormente se procede a cumplir con el segundo objetivo del estudio que se refiere a la elaboración del manual que se lo hará llegar a la coordinación de enfermería para su socialización, análisis, aprobación y aplicación en los diferentes servicios del Hospital Isidro Ayora.

SUMMARY

In the Hospital Isidro Ayora Loja City located south of Ecuador belonging to zone 7, we conducted the present research work regarding “NURSING COMPREHENSIVE NEUROLOGICAL DISEASES IN PATIENTS ADMITTED TO THE HOSPITAL Isidro Ayora “. The aforementioned second-tier institution is offering the following services: Outpatient , Gynecology , Neonatology , Emergency Obstetric Center , Surgery Center , Intensive Care , Diagnostic Service as Clinical and Histopathological Laboratory , X-ray , Ultrasound , Echo cardiogram , electrocardiogram , Colposcopy Information on Sexual and Reproductive Health . The research is descriptive took place in the months of October 2011 to October 2012, with a universe of 340 patients admitted with diagnosis of neurological diseases. The information was obtained through review of records of that institution statistic, which identified the most common neurological disease basis for the development of the manual Nursing Care Processes based on NANDA NIC and NOC taxonomy for patients with neurological conditions, with reference to the bibliographic information that underpins the work. It was found that the most common neurological diseases reason for admission are: Trauma Brain Injury, Stroke, spinal cord trauma, headache, Neurocistecircosis, Seizure Status and Hydrocephalus, this information is presented in a statistical table. Then proceed to meet the second objective of the study concerning the development of the manual that will reach nursing coordination for socialization, analysis, approval and implementation in the various departments of Hospital Isidro Ayora.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades neurológicas tienen una trascendencia particular, su presentación desencadenan diversas afecciones que van a interferir con el desarrollo de la actividad motora, que en los primeros años compromete el neurodesarrollo, el aprendizaje y la relación con el medio ambiente, son un problema de salud pública, siendo las responsables del 60% de las muertes en el mundo, y de estos el 80% de ellas ocurren en países en vías de desarrollo¹.

Según la OMS; Los trastornos neurológicos como la epilepsia, Alzheimer, Accidente Cerebrovascular, Cefalea, Trauma Craneoencefálico, Infecciones Neurológicas, Esclerosis Múltiple, la enfermedad de Parkinson son las principales causas de muerte e invalidez en todo el mundo y afectan a todos los grupos etarios, sin distinción de sexo, nivel de educación, e ingreso económico².

La incidencia de Trauma Craneoencefálico y Raquimedular con sus secuelas, cobra mayor importancia cada día, siendo estas responsables del 15 % de discapacidad³, además generan impacto negativo en la calidad de vida individual y familiar con la consecuente repercusión social, económica y familiar⁴.

La mayoría de las enfermedades neurológicas crónicas son incurables y su tratamiento se basa principalmente en el manejo de los síntomas para mejorar la calidad de vida⁵.

En lo que a Ecuador respecta, son muy pocos los estudios que han descrito la incidencia y prevalencia de enfermedades neurológicas y entre las causas de

¹ Sternjward J, Foley K, Ferris F. The Public Health Strategy for Palliative Care. JPainSymptomManage 2007; 33 (5): 486-493.

² OMS Las enfermedades neurológicas .2007

³ Brain Trauma Foundation .«[Guidelines for the prehospital management of traumatic brain injury](#)» (en inglés).Brain Trauma Foundation.Consultado el 26 dic 2011.

⁴ Anderson G, Chu E. Expanding Priorities-Confronting Chronic Disease in Countries with Low Income.NEngl J Med 356; (3): 209-2011.

⁵ Sternjward J, Foley K, Ferris F. The Public Health Strategy for Palliative Care. JPainSymptomManage 2007; 33 (5): 486-493.

mortalidad por problemas neurológicas se encuentran, el Accidente Cerebrovascular, Epilepsia, Parkinson y Alzheimer.⁶

Frente a esta situación se hace necesario que el MSP, conjuntamente con la Sociedad Ecuatoriana de Neurología y otras sociedades lideren de forma regular y a largo plazo, campañas masivas de difusión dirigidas a la población en general, a los trabajadores de la salud de nivel primario y a médicos no neurólogos sobre los factores de riesgo y los síntomas iniciales de las patologías neurológicas anteriormente mencionadas.⁷ Con el fin de evitar la aparición de casos nuevos y complicaciones severas de los ya existentes.

La enfermera como miembro integrante del equipo de salud requiere preparación y capacitación continua para atender a pacientes a nivel comunitario y hospitalario, por lo que desde la universidad que es la institución formadora de recursos humanos contribuya con los servicios de salud con información científica a través de procesos de atención de enfermería para dar asistencia con calidez y calidad, científica, técnica y humana dirigida a pacientes con afecciones neurológicas que ingresan a las diferentes áreas del hospital Isidro Ayora de Loja.

La presente investigación plantea la **“Elaboración de procesos de atención de Enfermería para pacientes con patologías neurológicas en base a la TAXONOMIA NANDA”**

⁶Las enfermedades neurológicas en el Ecuador OMS 2007

⁷Revista ecuatoriana de neurología, ISSN,1019-8113 volumen 16 Nro.1.2007

REVISIÓN DE LITERATURA

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

“El PAE es la aplicación de la resolución científica de problemas, a los cuidados de enfermería” (Marriner, 1983).

“El PAE e⁸s un método sistemático y organizado para administrar cuidados de enfermería” (Alfaro, 1988).

“El PAE es el instrumento empleado para realizar la interacción mutua entre el enfermero, el paciente y la familia y para identificar los objetivos de salud, las energías y limitaciones del paciente y los recursos disponibles para conseguir el estado óptimo de salud” (Carpenito, 1989).

Objetivos del PAE

Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad.

Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.

Actuar para cubrir y resolver los problemas de salud, prevenir o curar la enfermedad.

ETAPAS DEL PAE

I ETAPA DE VALORACIÓN

Proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes.

II ETAPA: DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA NANDA

FASE DE DIAGNÓSTICO

Es toda aquella acción que es reconocida legalmente como responsabilidad de Enfermería, y que no requiere la supervisión o dirección de otros profesionales.

Tipos de diagnósticos

Real: representa un estado que ha sido clínicamente validado

Alto Riesgo: es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar.

Posible: son enunciados que describen un problema sospechado.

⁸<http://www.usem.es/web/documents/internos/06032008484414~1204811088015.pdf> M. Carmen Duque del Río. Coordinadora REURG 2008 - 1

De bienestar: No contienen factores relacionados, se parte de un nivel específico de bienestar, por deseos expresos de la persona.

Una vez que se ha priorizado los problemas que se va a tratar, se debe definir los objetivos que se proponen con respecto a cada problema, teniendo presente que los objetivos sirven para:

Dirigir los cuidados.

Identificar los resultados esperados.

Medir la eficacia de las actuaciones.

Lo que se pretende con los objetivos de las actuaciones enfermeras es establecer qué se quiere conseguir, cómo, cuándo y cuánto.

FORMULACIÓN DE LOS DIAGNÓSTICOS

Manejo del formato PES: (Problema, Etiología, Síntomas).

P Problema: Etiqueta diagnóstica.

E Etiología: Relacionado con (R/C): razón científica

S Signos y Síntomas: Manifestado por (M/P).

CLASIFICACIÓN

Dominios: Un dominio es una esfera de actividad, estudio o interés. Hay 13 dominios.

Clases: Una clase es una subdivisión de un grupo mayor; una división de personas o cosas por su calidad, rango o grado. Hay 46 clases.

Dominio 1: Promoción de la salud. Toma de conciencia del bienestar o normalidad de las funciones y estrategias usadas para mantener el control y fomentar el bienestar y la normalidad del funcionamiento.

Clase 1: Toma de conciencia de la salud: Reconocimiento del bienestar y funcionamiento normal.

Clase 2: Manejo de la salud: Identificación, control, realización e integración de actividades para mantener la salud y el bienestar

00078 Manejo inefectivo del régimen terapéutico

00080 Manejo inefectivo del régimen terapéutico familiar

00099 Mantenimiento inefectivo de la salud

00098 Deterioro del mantenimiento del hogar

00162 Disposición para mejorar el manejo del régimen terapéutico

00163 Disposición para mejorar la nutrición

00186 Disposición para mejorar el estado de inmunización

00193 Descuido personal

00186 Disposición para mejorar el estado de inmunización

Dominio 2 Nutrición. Actividades de ingerir, asimilar y usar los nutrientes a fin de mantener y reparar los tejidos y producir energía.

Clase 1: Ingestión: Introducción a través de la boca de alimentos y nutrientes en el cuerpo.

00001 Desequilibrio nutricional por exceso

00002 Desequilibrio nutricional por defecto

00003 Riesgo de desequilibrio nutricional por exceso

00103 Deterioro de la deglución

00107 Patrón de alimentación ineficaz del lactante

00178 Riesgo de deterioro de la función hepática

Clase 2: Digestión: Actividades físicas y químicas que convierten los alimentos en sustancias apropiadas para su absorción y asimilación.

Clase 3: Absorción: Acto de captar los nutrientes a través de los tejidos corporales

Clase 4: Metabolismo: Procesos físicos y químicos que se producen en los organismos y células vivas para el desarrollo y uso de protoplasma, la producción de productos de desecho y energía, y la liberación de energía para todos los procesos vitales.

00178 Riesgo de deterioro de la función hepática

00179 Riesgo de glucemia inestable

Clase 5: Hidratación: Captación y absorción de líquidos y electrolitos.

00025 Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos

00026 Exceso de volumen de líquidos

00027 Déficit de volumen de líquidos

00028 Riesgo de déficit de volumen de líquidos

00160 Disposición para mejorar el equilibrio del volumen de líquidos

Dominio 3 Eliminación. Secreción y excreción de los productos corporales de desecho.

Clase 1: Sistema urinario: Procesos de excreción y secreción de orina.

00016 Deterioro de la eliminación urinaria

00023Retención urinaria

00020Incontinencia urinaria funcional

00017Incontinencia urinaria de estrés

00019Incontinencia urinaria de urgencia

00018Incontinencia urinaria refleja

00022Riesgo de incontinencia urinaria de urgencia

00166Disposición para mejorar la eliminación urinaria

00176Incontinencia urinaria por rebosamiento

Clase 2: Sistema gastrointestinal: Expulsión y excreción de productos de desecho del intestino.

00014Incontinencia fecal

00013Diarrea

00011Estreñimiento

00015Riesgo de estreñimiento

00012Estreñimiento subjetivo

Clase 3: Sistema integumentario: Proceso de secreción y excreción a través de la piel.

Clase 4: Sistema pulmonar: Eliminación de los derivados de los productos metabólicos, secreciones y material extraño de los pulmones y bronquios.

00030Deterioro del intercambio gaseoso

Dominio 4 Actividad/reposo. Producción, conservación, gasto o equilibrio de los recursos energéticos.

Clase 1: Reposo/sueño: Sueño, descanso, tranquilidad o inactividad.

00095Deterioro del patrón de sueño

00096Deprivación de sueño

00165Disposición para mejorar el sueño

00168Sedentarismo

Clase 2: Actividad/ejercicio: Movimiento de partes del cuerpo (movilidad), hacer un trabajo o llevar a cabo acciones frecuentemente (pero no siempre) contra resistencia.

00040Riesgo de síndrome de desuso

00085Deterioro de la movilidad física

00091Deterioro de la movilidad en la cama

00089Deterioro de la movilidad en silla de ruedas

00090Deterioro de la habilidad para la traslación

00088Deterioro de la deambulaci3n

00097D3ficit de actividades recreativas

00109D3ficit de autocuidado: vestido/acicalamiento

00108D3ficit de autocuidado: ba3o/higiene

00102D3ficit de autocuidado: alimentaci3n

00110D3ficit de autocuidado: uso del WC

00100Retraso en la recuperaci3n quir3rgica

Clase 3: Equilibrio de la energ3a: Estado de armon3a din3mica entre el aporte y el gasto de recursos.

00050Perturbaci3n del campo de energ3a

00093Fatiga

00182Disposici3n para mejorar el autocuidado

Clase 4: Respuestas cardiovasculares/respiratorias: Mecanismos cardiovasculares que apoyan la actividad/reposo

00029Disminuci3n del gasto card3aco

00033Deterioro de la respiraci3n espont3nea

00032Patr3n respiratorio ineficaz

00092Intolerancia a la actividad

00094Riesgo de intolerancia a la actividad

00034Respuesta disfuncional al destete del ventilador

00024Perfusi3n tisular inefectiva (especificar el tipo: renal, cerebral, cardiopulmonar; gastrointestinal, perif3rica)

Dominio 5 Percepci3n/cognici3n. Sistema de procesamiento de la informaci3n humana incluyendo la atenci3n, orientaci3n, sensaci3n, percepci3n, cognici3n y comunicaci3n.

Clase 1: Atenci3n: Disponibilidad mental para percatarse de algo.

00123Desatenci3n unilateral

Clase 2: Orientaci3n: Conciencia del tiempo, el espacio y las personas.

00127S3ndrome de deterioro en la interpretaci3n del entorno

00154Vagabundeo

Clase 3: Sensación/percepción: Recepción de información visual, auditiva, gustativa, olfatoria, táctil y cinestésica a través de los sentidos, así como la comprensión de tales datos que conduce a la identificación, asociación y patrón de reconocimiento:

00122 Trastorno de la percepción sensorial (especificar: visual, auditiva, cinestésica, gustativa, táctil, olfatoria)

Clase 4: Cognición: Uso de la memoria, el aprendizaje, pensamiento, solución de problemas, abstracción, juicio, introspección, capacidad intelectual, cálculo y lenguaje.

00126 Conocimientos deficientes (especificar)

00161 Disposición para mejorar los conocimientos (especificar)

00128 Confusión aguda

00129 Confusión crónica

00131 Deterioro de la memoria

00130 Trastorno de los procesos de pensamiento (anulado 2010)

00173 Riesgo de confusión aguda

00184 Disposición para mejorar la toma de decisiones

Clase 5: Comunicación: Enviar y recibir información verbal y no verbal.

00051 Deterioro de la comunicación verbal

00157 Disposición para mejorar la comunicación

Dominio 6 Autopercepción. Conciencia del propio ser.

Clase 1: Autoconcepto: Percepción o percepciones sobre la totalidad del propio ser.

00121 Trastorno de la identidad personal

00125 Impotencia

00152 Riesgo de impotencia

00124 Desesperanza

00054 Riesgo de soledad

00167 Disposición para mejorar el autoconcepto

00174 Riesgo de compromiso de la dignidad humana

Clase 2: Autoestima: Valoración de la propia valía personal, significación, capacidad y éxito.

00119 Baja autoestima crónica

00120Baja autoestima situacional

00153Riesgo de baja autoestima situacional

00187Disposición para mejorar el poder

Clase 3: Imagen corporal: Imagen mental del propio cuerpo.

00118Trastorno de la imagen corporal

Dominio 7 Rol/relaciones. Conexiones y asociaciones negativas y positivas entre personas o grupos de personas y los medios por los que se demuestran tales conexiones.

Clase 1 Roles de cuidador: Patrones de conducta socialmente esperados de las personas que brindan cuidados sin ser profesionales de la salud.

00061Cansancio en el desempeño del rol de cuidador

00062Riesgo de cansancio en el desempeño del rol de cuidador

00056Deterioro parental

00057Riesgo de deterioro parental

00164Disposición para mejorar el rol parental

Clase 2: Relaciones familiares: Asociaciones de personas relacionadas biológicamente o por elección propia.

00060Interrupción de los procesos familiares

00159Disposición para mejorar los procesos familiares

00063Procesos familiares disfuncionales: alcoholismo

00058Riesgo de deterioro de la vinculación entre los padres y el lactante/niño

Clase 3: Desempeño del rol: Calidad del funcionamiento de acuerdo con los patrones socialmente esperados.

00106Lactancia materna efectiva

00104Lactancia materna inefectiva

00105Interrupción de la lactancia materna

00055Desempeño inefectivo del rol

00064Conflicto del rol parental

00052Deterioro de la interacción social

Dominio 8 Sexualidad. Identidad sexual, función sexual y reproducción

Clase 1: Identidad sexual: Forma de ser una persona específica respecto a la sexualidad o el género.

Clase 2: Función sexual: Capacidad o habilidad para participar en las actividades sexuales.

00059Disfunción sexual

00065Patrón sexual inefectivo

Clase 3: Reproducción: Cualquier proceso por el que se producen nuevos individuos (personas).

Dominio 9 Afrontamiento/tolerancia al estrés. Forma de hacer frente a los acontecimientos/procesos vitales.

Clase 1: Respuesta postraumática: Reacciones tras un trauma físico o psicológico.

00114Síndrome de estrés del traslado

00149Riesgo de síndrome de estrés del traslado

00142Síndrome traumático de la violación

0014Síndrome postraumático

00145Riesgo de síndrome postraumático

Clase 2: Respuestas de afrontamiento: Procesos para manejar el estrés ambiental.

00148Temor

00146Ansiedad

00147Ansiedad ante la muerte

00137Aflicción crónica

00072Negación inefectiva

00136Duelo anticipado

00135Duelo disfuncional

00070Deterioro de la adaptación

00069Afrontamiento inefectivo

00073Afrontamiento familiar incapacitante

00074Afrontamiento familiar comprometido

00071Afrontamiento defensivo

00077Afrontamiento inefectivo de la comunidad

00158Disposición para mejorar el afrontamiento

00075Disposición para mejorar el afrontamiento familiar

00076Disposición para mejorar el afrontamiento de la comunidad

00172Riesgo de duelo complicado

00177Estrés por sobrecarga

00188Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud

Clase 3: Estrés neurocomportamental: Respuestas conductuales que reflejan la función nerviosa y cerebral.

00009Disreflexia autónoma

00010Riesgo de disreflexia autónoma

00116Conducta desorganizada del lactante

00115Riesgo de conducta desorganizada del lactante

00117Disposición para mejorar la organización de la conducta del lactante

00049Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal

Dominio 10 Principios vitales. Principios que subyacen en las reacciones, pensamiento y conductas sobre los actos, costumbres o instituciones contempladas como verdaderas o poseedores de un valor intrínseco

Clase 1: Valores: Identificación y jerarquización de los objetivos finales o modos de conducta preferidos.

Clase 2: Creencias: Opiniones, expectativas o juicios sobre actos, conductas o instituciones considerados verdaderos o poseedores de un valor intrínseco.

00068Disposición para mejorar el bienestar espiritual

Clase 3: Congruencia de las acciones con los valores/creencias:

Congruencia o equilibrio entre los valores, las creencias y las acciones.

00066Sufrimiento espiritual

00067Riesgo de sufrimiento espiritual

00083Conflicto de decisiones (especificar)

00079Incumplimiento del tratamiento (especificar)

00169Deterioro de la religiosidad.

00170Riesgo de deterioro de la religiosidad

00171Disposición para mejorar la religiosidad

00175Sufrimiento moral

00185Disposición para mejorar la esperanza

Dominio 11 Seguridad/protección. Ausencia de peligro, lesión física o trastorno del sistema inmunitario, evitación de las pérdidas y preservación de la protección y seguridad

Clase 1: Infección: Respuestas de huésped a la infección por gérmenes patógenos.

00004Riesgo de infección

Clase 2: Lesión física: Lesión o daño corporal.

00045Deterioro de la mucosa oral

00035Riesgo de lesión

00087Riesgo de lesión perioperatoria

00155Riesgo de caídas

00038Riesgo de traumatismo

00046Deterioro de la integridad cutánea

00047Riesgo de deterioro de la integridad cutánea

00044Deterioro de la integridad tisular

00048Deterioro de la dentición

00036Riesgo de asfixia

00039Riesgo de aspiración

00031Limpieza inefectiva de las vías aéreas

00086Riesgo de disfunción neurovascular periférica

00043Protección inefectiva

00156Riesgo del síndrome de muerte súbita del lactante

00180Riesgo de contaminación

00181Contaminación

Clase 3: Violencia: Empleo de una fuerza o poder excesivos de modo que provoque lesión o abuso.

00139Riesgo de automutilación

00151Automutilación

00138Riesgo de violencia dirigida a otros

00140Riesgo de violencia autodirigida

00150Riesgo de suicidio

Clase 4: Peligros ambientales: Fuentes de peligro en el entorno.

00037Riesgo de intoxicación

Clase 5: Procesos defensivos: Procesos mediante los que la persona se auto protege de lo que no es ella mismo.

00041Respuesta alérgica al látex

00042Riesgo de respuesta alérgica al látex

Clase 6: Termorregulación: Procesos fisiológicos de regulación del calor y la energía corporales con el objetivo de proteger el organismo.

00005Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal

00008Termorregulación inefectiva

00006Hipotermia

00007Hipertermia

Dominio 12 Confort. Sensación de bienestar o comodidad física, mental o social.

Clase 1: Confort físico: Sensación de bienestar o comodidad.

00132Dolor agudo

00133Dolor crónico

00134Náuseas

00183Disposición para mejorar el confort

Clase 2: Confort ambiental: Sensación de bienestar o comodidad en el propio entorno.

Clase 3: Confort social: Sensación de bienestar o comodidad en las situaciones sociales.

00053Aislamiento social

Dominio 13 Crecimiento/desarrollo. Aumento o mejora de las dimensiones físicas, sistemas corporales y logro de las tareas de desarrollo acordes con la edad.

Clase 1: Crecimiento: Aumento o mejora de las dimensiones físicas o madurez de los sistemas corporales.

00113Riesgo de crecimiento desproporcionado

00101Incapacidad del adulto para mantener su desarrollo

Clase 2: Desarrollo: Logro, falta de logro o pérdida de las tareas de desarrollo.

00111Retraso en el crecimiento y desarrollo

00112Riesgo de retraso en el desarrollo

III ETAPA: PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

Realizada la valoración e identificados los diagnósticos de enfermería y problemas de colaboración se procede a la planificación de los cuidados

Se pretende establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al paciente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. La enfermera es quién debe elaborarlo, interpretarlo, coordinarlo, delegar actividades si es preciso y evaluarlo. Se considera lo siguiente:

a) FASES DE LA PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS

1. establecimiento de prioridades
2. establecimiento de objetivos o resultados esperados en el paciente
3. establecimiento de intervenciones de enfermería.

b) ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES

¿Qué problemas necesitan atención inmediata y cuales pueden esperar?

¿Qué problemas son responsabilidad enfermera y cuales deben referirse a otro profesional?

¿Qué problemas se tratarán usando planes de cuidados estandarizados?

PRIORIDAD 1 NECESIDADES FISIOLÓGICAS

Problemas que representan una amenaza para la respiración, circulación, nutrición, hidratación, eliminación, regulación térmica, etc.

PRIORIDAD 2 SEGURIDAD Y PROTECCIÓN

Amenaza a la protección y seguridad, como pueden ser los problemas ambientales.

PRIORIDAD 3 AMOR Y PERTENENCIA

Todos aquellos problemas que suponen un atentado contra el sentirse amado, la pertenencia a un grupo, etc.

PRIORIDAD 4 AUTOESTIMA

Se valora como problema todas aquellas situaciones que impiden llevar a cabo actividades habituales.

PRIORIDAD 5 AUTORREALIZACION

Problemas que representa una amenaza para la habilidad de lograr los objetivos personales.

ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS O RESULTADOS ESPERADOS EN EL PACIENTE

El proceso de enfermería, como característica definitoria, está centrado y dirigido a que el paciente obtenga resultados esperados.

IV ETAPA: INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA NIC

Una intervención se define como cualquier tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza la enfermera para favorecer los resultados esperados del paciente.

Las intervenciones de enfermería incluyen todas las intervenciones ejecutadas, tanto los cuidados directos como los indirectos, dirigidos a los pacientes, la familia o la comunidad, ya sean tratamientos iniciados por las enfermeras, los médicos o por otros profesionales.

La utilidad de la aplicación de intervenciones enfermeras radica en:

Permite controlar el estado de salud.

Reduce los riesgos de error en la aplicación de los cuidados.

Permite resolver, prevenir o manejar mejor los problemas valorados.

Promueve una sensación óptima de bienestar físico y espiritual.

Clasificación taxonómica NIC (campos y clases).

Campo 1. Fisiológico básico.

Cuidados que apoyan el funcionamiento físico.

Clases: Control de actividad y ejercicio: Intervenciones para organizar o ayudar en la actividad física y la conservación y el grado de energía.

Control de la eliminación: Intervenciones para establecer y mantener las pautas de eliminación intestinal y urinaria regulares y controlar las complicaciones resultantes de pautas alteradas.

Control de inmovilidad: Intervenciones para controlar el movimiento corporal restringido y las secuelas.

Apoyo nutricional: Intervenciones para modificar o mantener el estado nutricional.

Fomento de la comodidad física: Intervenciones para fomentar la comodidad utilizando técnicas físicas.

Facilitación de los autocuidados: Intervenciones para proporcionar o ayudar en las actividades rutinarias de la vida diaria.

Campo 2. Fisiológico complejo.

Cuidados que apoyan la regulación homeostática.

Clases: Control de electrolitos y ácido – base: Intervenciones para regular el equilibrio de electrolitos y ácido – base y prevenir complicaciones.

Control de fármacos: Intervenciones para facilitar los efectos deseados de agentes farmacológicos.

Control neurológico: Intervenciones que optimizan las funciones neurológicas.

Cuidados perioperatorios: Intervenciones para proporcionar cuidados antes, durante y después de la cirugía.

Control respiratorio: Intervenciones para fomentar la permeabilidad de las vías aéreas y el intercambio gaseoso.

Control de la piel / heridas: Intervenciones para mantener o restablecer la integridad de los tejidos:

Termorregulación: Intervenciones para mantener la temperatura corporal dentro de unos límites normales.

Control de la perfusión tisular. Intervenciones para optimizar la circulación sanguínea y de líquidos hacia los tejidos.

Campo 3. Conductual.

Cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios de estilos de vida.

Clases: Terapia conductual: Intervenciones para reforzar o fomentar conductas deseables o modificar conductas indeseables.

Terapia cognitiva: Intervenciones para reforzar o fomentar el funcionamiento cognitivo deseable o modificar el funcionamiento cognitivo indeseable.

Potenciación de la comunicación: Intervenciones para facilitar la expresión y recepción de mensajes verbales y no verbales.

Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles: Intervenciones para ayudar a otro a crear sus propias resistencias, para adaptarse a un cambio de función o conseguir un nivel más alto de funcionamiento.

Educación de los pacientes: Intervenciones para facilitar el aprendizaje.

Fomentar la comodidad psicológica: Intervenciones para fomentar la comodidad utilizando técnicas psicológicas.

Campo 4. Seguridad.

Cuidados que apoyan la protección contra peligros.

Clases: Control en casos de crisis: Intervenciones para proporcionar una ayuda inmediata a corto plazo en casos de crisis fisiológicas o psicológicas.

Control de riesgos: Intervenciones para iniciar actividades de reducción de riesgos y continuar el control de riesgos.

Campo 5. Familia.

Cuidados que apoyan la unidad familiar.

Clases: Cuidados de un nuevo bebé: Intervenciones para ayudar a la preparación al parto y controlar los cambios psicológicos y fisiológicos antes, durante y después del parto.

Cuidados de crianza de un nuevo bebé: Intervenciones para ayudar a la crianza de los niños.

Cuidados de la vida: Intervenciones para facilitar el funcionamiento de la unidad familiar y fomentar la salud y el bienestar de los miembros de la familia a lo largo de toda la vida.

Campo 6. Sistema sanitario.

Cuidados que apoyan el uso eficaz del sistema de prestación del sistema de asistencia sanitaria

Clases: Mediación del sistema sanitario: Intervenciones para facilitar el encuentro entre el paciente / familia y sistema de asistencia sanitaria.

Gestión del sistema sanitario: Intervenciones para proporcionar y potenciar los servicios de apoyo para el suministro de cuidados.

Control de la información: Intervenciones para facilitar la comunicación sobre la asistencia sanitaria.

Campo 7. Comunidad.

Cuidados que apoyan la salud de la comunidad.

Clases: Fomento de la salud de la comunidad: Intervenciones que fomentan la salud de la comunidad.

Control de riesgos de la comunidad: Intervenciones que ayudan a detectar o prevenir riesgos sanitarios en el conjunto de la comunidad

V ETAPA: CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC).-

Esta es la última etapa del proceso de atención de enfermería

Tras la valoración del paciente y una vez identificados los problemas de salud y formulado el diagnóstico de enfermería, se procede a los resultados e indicadores buscados en el paciente, con el objetivo de resolver estos problemas de salud.

Los objetivos están centrados en el paciente y deben formularse antes de determinar y ejecutar las intervenciones de enfermería para dirigir estas hacia la consecución de resultados.

Una vez llevadas a cabo las intervenciones de enfermería y actividades adecuadas, se valorará de nuevo el resultado.

Cada resultado representa un concepto que puede utilizarse para evaluar el estado de un paciente, cuidador familiar, familia o comunidad y los efectos de las intervenciones de enfermería.

Objetivos de los resultados

1. Resolver el problema del paciente, familia o comunidad.
2. Mejorar el problema.
3. Evitar la aparición del problema.

Cada resultado NOC contiene los siguientes elementos:

1. Nombre de identificación y código (etiqueta).
2. Dominio y clase en el que está clasificado y la escala de medida.

Tipos de escalas

1 = Gravemente comprometido a 5 = No comprometido

1 = Inadecuado a 5 = Completamente adecuado

Existen 7 dominios:

- Salud Funcional
- Salud Fisiológica
- Salud Psicosocial
- Conocimientos y Comportamientos de Salud
- Salud Percibida
- Salud Familiar
- Salud Comunitaria⁹

⁹ http://www.aniorte-nic.net/apunt_diagn_enfermer_6.htm última modificación: 2 de noviembre de 2013

MATERIALES Y METODOS

Tipo de Estudio: Descriptivo

Área de Estudio: El Hospital Isidro Ayora de la provincia de Loja,

Universo: Estuvo conformado por los 340 pacientes que ingresaron en el Hospital Isidro Ayora de la Provincia de Loja durante el periodo octubre 2011-octubre 2012

Técnica: Se revisaron archivos de estadística de los ingresos y en base a ello se elaboró el PAE según la taxonomía NANDA de las siete patologías neurológicas más frecuentes encontradas.

Instrumentos: Se elaboró un formulario para el registro de la información requerida (anexo1)

ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

TABLA N°1

PATOLOGIAS NEUROLÓGICAS MÁS FRECUENTES EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA DURANTE EL PERIODO OCTUBRE 2011-OCTUBRE 2012 DE ACUERDO LA EDAD Y SEXO

PATOLOGIA	EDAD EN AÑOS																								TOTAL					
	lactantes 0-2				preescolares 3-5				escolares 6-10				adolescente 11-17				adulto joven 18-35				adulto maduro 36-64						adulto mayor 65 mas			
	M		F		M		F		M		F		M		F		M		F		M		F		M		F			
	F	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	F	%		
TRAUMA CRANEOENCEFALICO	22	6,50	11	3,23	19	5,60	9	2,64	17	5	24	7,05	8	2,35	5	1,47	31	9,11	4	1,17	29	8,52	6	1,76	9	2,64	5	1,47	199	58,52
ACCIDENTE CEREBROVASCULAR	1	0,29							2	0,60									1	0,29	7	2,05	10	2,94	18	5,30	20	5,90	59	17,35
CRISIS CONVULSIVAS	5	1,48	6	1,76	4	1,17	2	0,60	5	1,47	4	1,17	9	2,64	7	2,05	5	1,47			7	2,05	3	0,90	1	0,30	1	0,30	59	17,35
HIDROCEFALIA	2	0,60	4	1,17			1	0,29	1	0,30											3	0,88	2	0,58	1	0,30			14	4,12
CEFALEA													1	0,30	1	0,30							2	0,58					4	1,18
TRAUMARQUIMEDULAR																	1	0,30			2	0,60L							3	0,90
NEUROCISTECIRCOSIS																					1	0,29			1	0,29			2	0,58
total	30		21		23		12		25		28		18		13		37		5		49		23		30		26		340	100

Fuente: Registros de estadística del Hospital Isidro Ayora

Autoría: Marcia Cabrera

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El Trauma Craneoencefálico ocupa el primer lugar dentro de las causas de ingreso en todos los grupos etarios a excepción del adulto mayor quienes son afectados con Accidente Cerebrovascular, el segundo lugar ocupa la crisis convulsiva a excepción del adulto mayor; la hidrocefalia ocupa el tercer lugar como causa de ingreso afectando a lactantes preescolares escolares adulto maduro y adulto mayor; la cuarta y quinta causa de ingreso es el Trauma Raquimedular y la Nerurocistecercosis que en un mínimo porcentaje afecta al adulto maduro y adulto mayor.

La morbilidad neurológica que es causa de ingreso a las diferentes áreas del Hospital Isidro Ayora afecta más al sexo masculino que al sexo femenino lo que se relaciona con lo que publica la OMS en el año 2007 menciona que los trastornos neurológicos más frecuentes son: la epilepsia, Alzheimer, Accidente Cerebrovascular, Cefalea, Trauma Craneoencefálico, Infecciones Neurológicas, Esclerosis Múltiple, la enfermedad de Parkinson como principales causas de muerte e invalidez en todo el mundo y se presentan en todos los grupos etarios, sin distinción de sexo, nivel de educación, e ingreso económico.

CONCLUSIONES

Luego de realizar el presente trabajo investigativo se concluye que:

Dentro de las patologías neurológicas más frecuentes en el Hospital Isidro Ayora se encuentran el TCE presentándose con mayor frecuencia en el adulto joven de 18-35 años de edad seguido del ACV el mismo que se presenta con mayor frecuencia en el adulto mayor. Se elaboran siete Procesos de Atención de Enfermería en base a la taxonomía NANDA NIC y NOC para las siete patologías neurológicas más frecuentes.

RECOMENDACIONES

Se recomienda al personal profesional de enfermería que labora en las diferentes áreas del Hospital Isidro Ayora que los Procesos de Atención de Enfermería elaborados para pacientes con afecciones neurológicas sean socializados para su respectiva aplicación, evaluación y valoración los mismos que deberán ser modificados cada dos años para así proporcionar una atención de enfermería de calidad para estos pacientes.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

AREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE ENFERMERIA

TEMA:

**“MANUAL DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
PARA PACIENTES CON PATOLOGÍAS
NEUROLÓGICAS EN BASE AL PROCESO DE
ATENCIÓN DE ENFERMERÍA Y LA TAXONOMÍA
NANDA NIC Y NOC”**

AUTORA

MARCIA CABRERA

DIRECTORA

LIC.MG: BALBINA CONTENTO

**LOJA – ECUADOR
2013**

INDICE

INTRODUCCIÓN y OBJETIVO	3
PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN TRAUMA CRANEOENCEFALICO (TCE).....	4
PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN ACCIDENTE CEREBROVASCULAR (ACV).....	16
PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN CONVULSIONES.....	27
PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN HIDROCEFALEA.....	32
PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN CEFALEA.....	37
PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN TRAUMA RAQUIMEDULAR.....	40
PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA EN NEUROCISTECIRCOSIS.....	41

INTRODUCCIÓN

La atención de enfermería en los diferentes escenarios está a cargo de la enfermera profesional quien durante su formación aplicó el Proceso de Atención de Enfermería. En nuestro país estamos viviendo una época de cambio en el modelo de atención y se hace demandante la incorporación al Proceso de Atención de Enfermería de la TAXONOMIA NANDA NIC Y NOC lo que permite individualizar la atención al paciente, y a la enfermera propiciar la atención en su trabajo profesional, por esta razón que se propone el presente manual para la atención de enfermería con patologías neurológicas el mismo que podría constituirse en el inicio y comienzo del tratamiento de patologías neurológicas que afecta a los diferentes sistemas que conforman el cuerpo humano.

OBJETIVO

Proporcionar a la coordinación de enfermería, enfermeras, estudiantes y personal auxiliar del Hospital Isidro Ayora el manual de Atención de Enfermería para pacientes con afecciones neurológicas en base al Proceso de Atención de Enfermería en base a la TAXONOMÍA NANDA NIC Y NOC.

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN TRAUMA CRANEOENCEFALICO (TCE)

Definición: situación que, por acción de un mecanismo mecánico externo, produce una alteración de las estructuras craneales e intracraneales, provocando una repercusión neurológica.

Cuadro clínico: Disfunción neurológica dependiente del sitio específico, laceraciones del cuero cabelludo, fracturas en el cráneo y equimosis en la cara pueden ser indicio de una lesión encefálica traumática.

Es posible que por la nariz o los oídos escape sangre o LCR.

La equimosis suborbitaria (ojos de mapache) o en las apófisis mastoideas (signo de Battle) es un signo de fractura basilar de cráneo.

Diagnóstico: Anormalidades anatómicas. En la conmoción simple, el nivel de conciencia puede estar levemente afectado.

Coma puede ser breve, como en la conmoción clásica, o prolongado, como en la lesión axonal difusa.

Nivel de conciencia.

Pupilas de tamaño desigual; una o ambas pueden no reaccionar a la luz. Ausencia de reflejo corneal. Movimientos asimétricos del rostro. Trastornos del reflejo nauseoso y tusígeno. Disfunción de pares craneales, hemiplejía.

Tratamiento: Intubación en los pacientes que presentan una "flexión al dolor. Ventilación artificial si existe depresión de movimientos respiratorios deterioro de la función pulmonar,

Administrar un primer bolo IV de manitol (100mg, al 20%). Iniciar administración de líquidos por vía nasogástrica u oral cuando sea posible.

Administrar antibióticos profilácticos (penicilina y sulfadimidina) si los signos sugieren una fractura de la base del cráneo.

Si una fuga de LCR persiste durante más de 7 días, es necesaria una intervención.

VALORACION DE ENFERMERIA EN EL PRIMER CONTACTO CON EL PACINTE

- Valoración de la vía aérea, respiración y circulación (ABCD).
- Monitoreo de signos vitales.
- Conservar adecuada ventilación y oxigenación.
- Reconocer el estado de conciencia, recordando los diferentes estadios de la misma: alerta, letargo, obnubilación, estupor, coma.
- Valorar la movilidad de los cuatro miembros.
- Colocar un collar cervical para prevenir las lesiones medulares cervicales hasta que se descarte este diagnóstico.
- Valoración neurológica: escala de glasgow¹⁰

OBJETIVOS

- ✓ Evitar lesiones cerebrales secundarias.
- ✓ **Evitar la hipoxia:** Establecer adecuado soporte ventilatorio y monitorización continua de la SatO₂.
- ✓ Identificar anomalías intracraneales que precisen cirugía

¹⁰ Cruz J, Hoffstad OJ, Jaggi JL: Cerebral Lactate-oxygen index in acute brain injury with acute anemia: Assessment of false versus true ischemia. Crit Care Med 9:1465-1470, 1994 actualizado a 10 de abril de 2012

DIAGNÓSTICOS NANDA

1.- PERFUSIÓN TISULAR INEFECTIVA: CEREBRAL (00024) R/C Hipovolemia Hipoventilación **M /P** Cambios en las reacciones pupilares, Alteración del estado mental, Debilidad o parálisis de las extremidades.

PARÁMETROS DE INTERVENCIÓN NIC

a) RESUCITACIÓN (6320)

- Resucitación cardiopulmonar, si procede.
- Canalizar vía IV y administrar líquidos, según se indique.
- Electrocardiograma.

b) MONITORIZACIÓN NEUROLÓGICA (2620)

- Comprobar el tamaño, forma, simetría y capacidad de reacción de las pupilas
- Valorar el nivel de conciencia
- Valorar las tendencias en la escala de **Glasgow**(pag19)
- Valorar reflejos craneales. Pupilas: tamaño
- Nivel de conciencia: recordando los diferentes estadios de la misma: alerta, letargo, obnubilación, estupor, coma.
- Controlar los signos vitales: temperatura, presión sanguínea, pulso y respiraciones
- Reflejos osteotendinosos, mucosos y cutáneos
- Signos de hipertensión craneal; valor de PIC (20mHg) pulso disminuido y presión arterial aumentada.
- Observar si hay movimiento pronador
- Observar la respuesta a los medicamentos.

PARAMETROS DE EVALUACIÓN NOC

a,b) ESTADO NEUROLÓGICO (0909) Valorar de 1 a 5 de extremadamente comprometido a no comprometido:

Está orientado	1
Manifiesta memoria inmediata	2
Manifiesta memoria reciente	3
Manifiesta memoria remota	4
No manifiesta	5

- Función neurológica: conciencia: alerta, letargo, obnubilación, estupor, coma.
- Función neurológica: control motor central Función neurológica:
- Función sensitiva/ motora de pares craneales.
- Función sensitiva/ motora medular.
- Comunicación, Tamaño pupilar.
- Reactividad pupilar.
- Patrón respiratorio.
- Constantes vitales.
- Ausencia de cefaleas.
- Ausencia de actividad comicial.¹¹

¹¹www.ee.isics.es/servlet/Satellite?pagename=ExcelenciaEnfermera/Articulo_EE/plantilla_articulo_EE&numRevista=4&idArticulo=1108403547334

PARÁMETROS DE INTERVENCIÓN NIC

a) RESUCITACIÓN (6320)

- Resucitación cardiopulmonar, si procede.
- Canalizar vía IV y administrar líquidos, según se indique.
- Electrocardiograma.

b) MONITORIZACIÓN NEUROLÓGICA (2620)

- Comprobar el tamaño, forma, simetría y capacidad de reacción de las pupilas
- Valorar el nivel de conciencia
- Valorar las tendencias en la escala de **Glasgow**(pag18)
- Valorar reflejos craneales. Pupilas: tamaño
- Nivel de conciencia: recordando los diferentes estadios de la misma: alerta, letargo, obnubilación, estupor, coma.
- Controlar los signos vitales: temperatura, presión sanguínea, pulso y respiraciones
- Reflejos osteotendinosos, mucosos y cutáneos
- Signos de hipertensión craneal; valor de PIC (20mHg) pulso disminuido y presión arterial aumentada.
- Observar si hay movimiento pronador
- Observar la respuesta a los medicamentos.

PARAMETROS DE EVALUACIÓN NOC

a,b) ESTADO NEUROLÓGICO (0909) Valorar de 1 a 5 de extremadamente comprometido a no comprometido:

Está orientado	1
Manifiesta memoria inmediata	2
Manifiesta memoria reciente	3
Manifiesta memoria remota	4
No manifiesta	5

- Función neurológica: conciencia: alerta, letargo, obnubilación, estupor, coma.
- Función neurológica: control motor central Función neurológica:
- Función sensitiva/ motora de pares craneales.
- Función sensitiva/ motora medular.
- Comunicación, Tamaño pupilar.
- Reactividad pupilar.
- Patrón respiratorio.
- Constantes vitales.
- Ausencia de cefaleas.
- Ausencia de actividad comicial.¹²

¹²www.ee.isics.es/servlet/Satellite?pagename=ExcelenciaEnfermera/Articulo_EE/plantilla_articulo_EE&numRevista=4&idArticulo=1108403547334

2.- PATRÓN RESPIRATORIO INEFICAZ (00032): R/C Deterioro músculo-esquelético, Disfunción neuromuscular. M/P Disminución de la ventilación por minuto, Disnea, alteración de la inspiración/expiración.

PARAMETROS DE INTERVENCION NIC

a) MONITORIZACIÓN RESPIRATORIA (3350)

- Controlar respiración: bradipnea, taquipnea, hiperventilación.
- Auscultar los sonidos respiratorios, reportar características valorar presencia de secreciones respiratorias del paciente.

b) INSERCIÓN Y ESTABILIZACIÓN DE VÍAS AÉREAS (3120)

- Mantener vía aérea permeable y ventilación adecuada con apoyo de oxígeno para prevenir hipoxemia e hipercapnea, gasometría arterial con PaO₂ > 80 mmHg, PaCO₂ entre 25-35 mmHg y pH entre 7.35 – 7.45.

c) ASPIRACIÓN DE VÍAS AÉREAS (3160)

Realizar la aspiración de secreciones nomás de 10 segundos, hiperoxigenar e hiperventilar antes y después de aspirar.

d) VENTILACIÓN MECÁNICA (3300)

Mantener los parámetros de ventilación mecánica prescritos.

e) ASISTENCIA EN LA VENTILACIÓN (3390)

- Administrar los fármacos prescritos para mantener el soporte ventilatorio (Midazolam)
- Valorar y registrar el estado neurológico en búsqueda de cambios y deterioro.

PARAMETROS DE EVALUACION NOC

a, b) ESTADO RESPIRATORIO NORMAL (0410)

Permeabilidad de las vías respiratorias.

c) CONTROL DE LA ASPIRACIÓN (1918)

d, e, f, g, h) ESTADO RESPIRATORIO: VENTILACION (0403)

Valorar: Frecuencia respiratoria, Ritmo respiratorio, Profundidad de la respiración, Movilización del esputo hacia fuera de las vías aéreas, de utilización de músculos accesorios, ruidos respiratorios patológicos, dificultad respiratoria.

INDICADORES QUE PERMITEN IDENTIFICAR LA NECESIDAD DE INTUBACIÓN:

Obstrucción de la vía aérea que no se corrige con la tracción mandibular.

Lesiones de la cara o el cuello que necesiten cirugía para resolver la obstrucción.

Cuando el paciente no puede defenderse de las secreciones.

Un puntaje de coma de Glasgow menor de 9.

Apnea o hipoventilación

Trauma torácico grave.

Shock hipovolémico.

Aumento de la PIC

f) OXIGENOTERAPIA (3320)

g) CONTROL Y SEGUIMIENTO RESPIRATORIO (3350)

Realizar exámenes de gasometría para verificar el intercambio gaseoso.

h) DESTETE DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA (3310)

i) MANEJO DE LAS CONVULSIONES (2680)

- Mantener permeable vía aérea
- Guiar los movimientos corporales para evitar lesiones
- Canalizar vía I.V, según corresponda
- Registrar las características del ataque: partes corporales implicadas, actividad motora y progresión del ataque convulsivo, duración,
- Administrar los anticonvulsivos prescritos como: Diazepan 1 amp. I/v. lenta.
- Lorazepan 1 amp. I/v. lenta.
- Comprobar la duración y las características del periodo postcomicial.
- Medidas Generales para la prevención de **Caídas**: barandales arriba, tener teléfono a la altura del paciente, valorar signos de hemorragia si recibe tratamiento antitrombotica.

i) CONDUCTA DE SEGURIDAD (1909)

Prevención de las caídas.

3.- DISMINUCIÓN DEL GASTO CARDÍACOR/C pérdida de la volemia.

PARÁMETROS DE INTERVENCIÓN NIC

- Valorar presencia de hemorragia
- Evaluar circulación: color de la piel, pulso, presión arterial, llenado capilar, nivel de conciencia, gasto urinario, temperatura de la piel.
- Evaluar el color de la piel, pulsos periféricos, ingurgitación yugular, llenado capilar, sudoración, para verificar el estado hemodinámico.
- Realizar medición del gasto urinario (normal: 1-2 cc/Kg/h) colocar sonda vesical si es necesario.
- Administrar inotrópicos (DOPAMINA) según orden médica.

PARAMETROS DE EVALUACIÓN NOC

- Parámetros normales de presión arterial,
- Frecuencia cardíaca, pulsos palpables, llenado capilar menor de 2 segundos,
- Normotermia y gasto urinario mayor de 1cc/Kg/h.

4.-RIESGO DE ALTERACIÓN EN LA PERFUSIÓN DEL TEJIDO ENCEFÁLICOR/C el aumento de la presión intracraneana secundario a la pérdida de autorregulación del flujo sanguíneo y presencia de edema cerebral.

PARAMETROS DE INTERVENCIÓN NIC

a) MONITORIZACIÓN NEUROLÓGICA (2620)

- Mantener la cabecera a 30–45°, para favorecer el retorno venoso yugular.
- Examinar las pupilas, tamaño, simetría, reacción a la luz.
- Valorar reflejos corneal y nauseoso.
- Valorar cada hora presión arterial, frecuencia cardíaca, temperatura y patrón respiratorio y controlar sus alteraciones.
- Evitar cualquier maniobra de Valsalva: toser, estornudar, pujar, para evitar el aumento de la PIC
- Controlar gases arteriales: PaCO₂, PaO₂
- Tomar muestra para glicemia y avisar su resultado. Mantener la glicemia entre 80 y 120 mg/dl; la hiperglicemia aumenta el riesgo de acidosis láctica cerebral y el daño neurológico posterior por edema cerebral.¹³

PARAMETROS DE EVALUACIÓN NOC

a,) ESTADO NEUROLÓGICO (0909)

Signos neurológicos estables

¹³ Investigación y Educación en Enfermería - Medellín, Vol. XXII N.º 1, marzo de 2004

5.- HIPOTERMIA (00006): R/C exposición a un ambiente frío, traumatismo o lesión hipotalámica. M/P escalofríos

PARAMETROS DE INTERVENCIÓN NIC

a) REGULACIÓN DE LA TEMPERATURA (3990)

- Controlar la temperatura corporal.
- Mantener la normotermia con medidas físicas de hipotermia e hipertermia.

b) TRATAMIENTO CONTRA LA HIPOTERMIA (3800)

c) APLICACIÓN DE CALOR / FRÍO (1380)

d) CUIDADO CIRCULATORIO (4060)

Vigilar la circulación periférica.

6.- DOLOR CRÓNICO (00133): R/C la transmisión y percepción de impulsos cutáneos, viscerales, musculares.

PARAMETROS DE INTERVENCIÓN NIC

a) MANEJO DEL DOLOR (1400)

Valorar la intensidad y características del dolor según la escala EVA.

b) ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA PARENTERAL (2305)

Analgésicos (ketorolaco)

PARAMETROS DE EVALUACIÓN NOC

a,b,c) TERMORREGULACIÓN (0800)

Temperatura del paciente dentro de los parámetros normales.

d) Gasometría normal

PARAMETROS DE EVALUACIÓN NOC

a,b) CONTROL DEL DOLOR (1605)

No manifiesta dolor.

7.- RIESGO DE INFECCIÓN (00004): R/C inserción de líneas intravenosas, dispositivos terapéuticos y de vigilancia, así como de heridas quirúrgicas y traumáticas.

PARAMETROS XDE INTERVENCIÓN NIC

a) MONITORIZACIÓN DE LOS SIGNOS VITALES (6680)

Principalmente la temperatura.

b) PREVENCIÓN DE INFECCIONES (6550)

Aplicar la asepsia en la, instalación y manipulación da las vías intravenosas, aspiración de secreciones, y manejo de catéteres.

c) CONTROL DE INFECCIONES (6540)

Mantener la vigilancia sobre los cultivos de secreciones, material drenado y muestras de catéteres que se envían al laboratorio.

8.- DETERIORO DE LA COMUNICACIÓN VERBAL (0005): R/C lesión del centro cerebral del lenguaje.

PARAMETROS DE INTERVECIÓN NIC

FOMENTO DE LA COMUNICACIÓN DÉFICIT DEL HABLA (4976)

Evaluar la capacidad del paciente para comprender, hablar o escribir; dar órdenes sencillas e instrucciones consecutivas proporcionando pistas a través de dibujos y gestos, hablar con frases cortas y pausadas.

PARAMETROS DE EVALUACIÓN NOC

a,b) ESTADO INFECCIOSO AUSENTE (0703)

c) CONTROL DEL RIESGO DE INFECCIÓN (1902)

PARAMETROS DE EVALUACIÓN NOC

CAPACIDAD DE COMUNICACIÓN (0902)

9.- DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA (00085): R/C restricción de movimientos. Disminución de fuerza por traumatismo. M/P Dificultad para realizar las actividades de autocuidado.

PARAMETROS DE INTERVENCIÓN NIC

a) AYUDA CON LOS AUTOCUIDADOS (1803)

Alimentación, aseo (eliminación), vestir/ arreglo personal.

b) ENSEÑANZA ACTIVIDAD / EJERCICIO PRESCRITO

(5612)

- Rehabilitación física de miembros.
- Rehabilitación de lenguaje.
- Intercambiar experiencias y brindarse apoyo mutuo.¹⁴

10.- RIESGO DE ESTREÑIMIENTO (00015): R/C actividad física insuficiente. Cambios ambientales

PARAMETROS DE INTERVENCIÓN NIC

MANEJO DEL ESTREÑIMIENTO / IMPACTACIÓN (0450)

Colocación de enemas, cambios de posición para aumentar el peristaltismo, dieta con fibra, movilidad en cama.

PARAMETROS DE EVALUACIÓN NOC

a) Paciente en buen estado nutricional

b) NIVEL DE MOVILIDAD (0202)

PARAMETROS DE EVALUACIÓN NOC

ELIMINACIÓN INTESTINAL (0501)

¹⁴ MedlinePlus www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/stroke.html Ataque cerebral Última modificación: agosto 2012

11.- RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA (00047): R/C inmovilización física, factores mecánicos.

M/P Alteración en la sensibilidad.

PARAMETROS DE INTERVENCIÓN NIC

a) PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN (3540)

Hidratación de la piel mediante masajes circulares y utilización de cremas sobre la misma, Utilizar colchón anti escaras.

b) CAMBIO DE POSICIÓN (0840)

Cada 2 horas vigilando la correcta alineación anatómica y proteger protuberancias óseas.

12.- AFRONTAMIENTO FAMILIAR COMPROMETIDO (00074): R/C desorganización familiar sobre su autocuidado y manejo del paciente en el hogar. Cambio de roles temporales e incluso por intervención quirúrgica. **M/P** Continuidad de los cuidados en su domicilio.

PARAMETROS DE INTERVENCIÓN NIC

a) APOYO A LA FAMILIA (7140)

Asesorar al paciente por su estado de conciencia y a los miembros de su familia. Mantener atmósfera tranquila y evitar conversación que genere estrés en ambos.

b) APOYO AL CUIDADOR PRINCIPAL (7040)

c) FACILITAR LAS VISITAS (7560)

Dar permiso permanentemente al familiar más allegado para que permanezca junto al paciente.

d) ENSEÑANZA (5616)

Medicamentos prescritos.

e) PLANIFICACIÓN DEL ALTA (7370)

Comunicar a los familiares el día que será dado de alta.

PARAMETROS DE EVALUACIÓN NOC

a) INTEGRIDAD TISULAR (1101)

Piel y membranas mucosas en estado normal.

b) CONTROL DE RIESGO (1902)

PARAMETROS DE EVALUACIÓN NOC

a) SUPERACIÓN DE PROBLEMAS DE LA FAMILIA (2600)

b,c,d,e) PREPARACIÓN DEL CUIDADOR FAMILIAR DOMICILIARIO (2202)

13.-RIESGO DE SUFRIMIENTO ESPIRITUAL (00067): R/C congruencia o equilibrio entre los valores, creencias y acciones.

PARAMETROS DE INTERVENCIÓN NIC

PARAMETROS DE EVALUACIÓN NOC

APOYO ESPIRITUAL (5420)

BIENESTAR ESPIRITUAL (2001)

Respetar religión y creencias

Ayudar al bien morir

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN ACCIDENTE CEREBROVASCULAR (ACV)

Definición: muerte repentina de las células del cerebro causada por una falta de suministro de oxígeno al cerebro.

Cuadro clínico: Dolor de cabeza, si es causado por sangrado en el cerebro.

Cambio en la lucidez mental (coma, somnolencia y pérdida del conocimiento), cambios en la audición, sentido del gusto, en la sensibilidad que afectan el tacto y la capacidad para sentir el dolor, Hipertensión Arterial, Convulsiones

Diagnóstico: Ecografía

Tomografía computarizada del cerebro (TAC)

Angiografía por resonancia magnética (ARM) tomografía computarizada

Los exámenes de laboratorio: Tiempo de sangría, Glucosa y colesterol, perfil de la coagulación sanguínea (tiempo de protrombina o tiempo parcial de tromboplastina), conteo sanguíneo completo (CSC)

Un electrocardiograma (ECG) y un monitoreo del ritmo.¹⁵

Tratamiento: Anticoagulantes, heparina o warfarina (Coumadin), ácido acetilsalicílico (*aspirin*) o clopidogrel (Plavix). (ACV Isquémico)

Medicamentos para controlar los síntomas, entre ellos la hipertensión arterial. (ACV Hemorrágico)

Procedimientos especiales o cirugía para aliviar los síntomas o prevenir más accidentes cerebrovasculares.

Nutrientes y líquidos.

Sonda de alimentación en el estómago (sonda de gastrostomía).

Fisioterapia

Quirúrgicas: endarterectomía, derivación extracraneal / intracraneal.¹⁶

¹⁶Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología) Serie Trabajos de Fin de Grado. 4 (1): 675-716, 2012ISSN: 1989-5305

VALORACION DE ENFERMERIA EN EL PRIMER CONTACTO CON EL PACIENTE

- Valoración de la vía aérea, respiración y circulación (ABC)
- Monitoreo de signos vitales
- Reconocer el estado de conciencia, recordando los diferentes estadios de la misma: alerta, letargo, obnubilación, estupor, coma.
- Valorar la movilidad de los cuatro miembros.
- Conservar adecuada ventilación y oxigenación

OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN

- Prevenir las deformidades, desmejoría física y pérdida del arco de movimiento.
- Desarrollar habilidades compensatorias para las alteraciones de la percepción sensitiva.
- Fomentar la independencia en los auto-cuidados.
- Establecer una mejor comunicación con el paciente.
- Motivar a la familia para que dé el apoyo necesario para el proceso de rehabilitación.

endarterectomía, procedimiento quirúrgico en el que se elimina depósitos grasos (placa) del interior de las arterias carótidas, situadas en el cuello y son principales proveedoras de sangre al cerebro.

derivación extracraneal/intracraneal : procedimiento que restaura el flujo sanguíneo a una zona del tejido cerebral privada de sangre.

DIAGNOSTICOS NANDA

1.- PERFUSIÓN TISULAR INEFECTIVA: CEREBRAL (00024) R/C Interrupción del flujo arterial. Reducción mecánica del flujo venoso o arterial. **M/P** Cambios en las reacciones pupilares, debilidad o parálisis en las extremidades, alteración del estado mental, cambios en la respuesta motora, cambios comportamentales.

PARÁMETROS DE INTERVENCIÓN NIC

a) RESUCITACIÓN (6320)

- Resucitación cardiopulmonar, si procede.
- Canalizar vía IV y administrar líquidos, según se indique.
- Electroencefalograma

b) MONITORIZACIÓN NEUROLÓGICA (2620)

- Comprobar el tamaño, forma, simetría y capacidad de reacción de las pupilas
- Valorar el nivel de conciencia
- Valorar las tendencias en la escala de coma de **Glasgow**

Apertura de ojos		Respuesta verbal	
Espontanea	4	Orientado	5
Al hablar	3	Conversación confusa	4
Al dolor	2	Palabras inapropiadas	3
Sin respuesta	1	Sonidos incomprensibles	2
Sin respuesta			1
Respuesta moto			
Obedece órdenes			6
Localiza el dolor			5
Retira al estímulo doloroso			4
Flexión anormal con postura de decorticación.			3
Postura de descerebración espontanea o al estímulo			2
No responde a estimulo			1

PARAMETROS DE EVALUACIÓN NOC

a,b) ESTADO NEUROLÓGICO (0909) Valorar de 1 a 5 de extremadamente comprometido a no comprometido:

- Función neurológica: conciencia. Alerta, letargo, obnubilación, estupor, coma
Función neurológica: control motor central
- Función neurológica: función sensitiva/ motora de pares craneales.
- Función sensitiva/ motora medular.
- Comunicación, Tamaño pupilar, Reactividad pupilar, Patrón respiratorio, Constantes vitales, Ausencia de cefaleas,
- Ausencia de actividad comicial.

CAPACIDAD COGNITIVA (0900)

Valorar de 1 a 5 entre Extremadamente comprometido y No comprometido.

Está orientado	1
Manifiesta memoria inmediata	2
Manifiesta memoria reciente	3
Manifiesta memoria remota	4
No manifiesta	5

- Valorar reflejos craneales. Pupilas: tamaño
- Nivel de conciencia: recordando los diferentes estadios de la misma: alerta, letargo, obnubilación, estupor, coma.
- Respuesta cognitiva, memoria inmediata, reciente, remota
- Controlar los signos vitales: temperatura, presión sanguínea, pulso y respiraciones

Reflejos osteotendinosos, mucosos y cutáneos

- Signos de hipertensión craneal; valor de PIC (20mmHg) pulso disminuido y presión arterial aumentada.
- Observar si hay movimiento pronador
- Observar la respuesta a los medicamentos
- La hipertensión arterial se tratará con fármacos antihipertensivos (amlodipino, enalapril) únicamente si: La T.A. sistólica supera los 220 mmHg o la diastólica es mayor de 120 mmHg, característico del el ictus isquémico; en el ictus hemorrágico la Tensión Arterial es de 180/100.

2.- PATRÓN RESPIRATORIO INEFICAZ (00032): R/C el nivel de conciencia alterado, proceso patológico intracraneal y desequilibrio metabólico. M/P insuficiencia respiratoria.

PARAMETROS DE INTERVENCIÓN NIC

a) MONITORIZACIÓN RESPIRATORIA (3350)

- Observar respiraciones ruidosas
- Controlar respiración: bradipnea, taquipnea, hiperventilación.
- Auscultar los sonidos respiratorios, reportar características
- Valora presencia secreciones respiratorias del paciente.

b) INSERCIÓN Y ESTABILIZACIÓN DE VÍAS AÉREAS (3120)

- Mantener las vías aéreas permeables y ventilación adecuada con apoyo de oxígeno para prevenir hipoxemia e hipercapnia.
- Mantener las cifras de gasometría arterial con PaO₂ > 80 mmHg, PaCO₂ entre 25-35 mmHg y pH **entre 7.35 – 7.45.**

c) ASPIRACIÓN DE VÍAS AÉREAS (3160)

Realizar la aspiración de secreciones no más allá de 10 segundos, hiperoxigenar e hiperventilar antes y después de aspirar.

d) VENTILACIÓN MECÁNICA (3300)

- Si es necesario prepare el equipo para la intubación: succionador, oxígeno, cánula de Guedel o nasofaríngea, medicamentos, equipo de monitorización, tubos de varios tamaños, laringoscopio con valvas adecuadas.
- Mantener los parámetros de ventilación mecánica prescritos.

PARAMETROS DE EVALUACIÓN NOC

a) ESTADO RESPIRATORIO NORMAL (0410)

Permeabilidad de las vías respiratorias.

b) ESTADO RESPIRATORIO (0402)

Intercambio de gases.

c) CONTROL DE LA ASPIRACIÓN (1918)

d) ESTADO RESPIRATORIO: VENTILACION (0403)

Valorar: Frecuencia respiratoria, Ritmo respiratorio, Profundidad de la respiración, Movilización del esputo hacia fuera de las vías aéreas, utilización de músculos accesorios, ruidos respiratorios patológicos, dificultad respiratoria.

e) ASISTENCIA EN LA VENTILACIÓN (3390)

- Administrar fármacos prescritos para mantener el soporte ventilatorio (Midazolam)
- Valorar y registrar el estado neurológico en búsqueda de cambios y deterioro

f) DESTETE DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA (3310)

g) OXIGENOTERAPIA (3320)

Administrar oxígeno al 100%

h) CONTROL Y SEGUIMIENTO RESPIRATORIO (3350)

Realizar exámenes de gasometría para verificar el intercambio gaseoso.

i) MANEJO DE LAS CONVULSIONES (2680)

- Mantener permeable vía aérea
- Guiar los movimientos corporales para evitar lesiones
- Canalizar vía I.V, según corresponda
- Registrar las características del ataque: partes corporales implicadas, actividad motora y progresión del ataque convulsivo, duración,
- Administrar los anticonvulsivos prescritos como: Diazepam 1 amp. I/v. lenta.
- Lorazepan 1 amp. I/v. lenta.
- Anotar la duración y las características del periodo postcomicial
- Medidas Generales para la prevención de **Caídas**: barandales arriba, tener teléfono a la altura del paciente, valorar signos de hemorragia si recibe tratamiento antitrombotica.

i) CONDUCTA DE SEGURIDAD (1909)

Prevención de las caídas

3.- HIPOTERMIA (00006): R/C exposición a un ambiente frío, traumatismo o lesión hipotalámica. M/Pescalofríos

PARAMETRSO DE INTERVENCION NIC

a) REGULACIÓN DE LA TEMPERATURA (3990)

- Controlar la temperatura corporal.
- Mantener la normotermia con medidas físicas de hipotermia e hipertermia.

b) TRATAMIENTO CONTRA LA HIPOTERMIA (3800)

Aplicación de calor.

c) CUIDADO CIRCULATORIO (4060)

Valorar la circulación periférica.

4.- DOLOR CRÓNICO (00133): R/C la transmisión y percepción de impulsos cutáneos, viscerales, musculares o isquémicos.

PARAMETROS DE INTERVENCION NIC

a) MANEJO DEL DOLOR (1400)

Valorar la intensidad y características del dolor según la escala EVA.

b) ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA

PARENTERAL (2305) Analgésicos

PARAMETROS DE EVALUACION NOC

a,b) TERMORREGULACIÓN (0800)

Temperatura del paciente dentro de los parámetros normales

c) circulación periférica adecuada

Saturación de oxígeno dentro de los valores normales

PARAMETROS DE EVALUACION NOC

a,b) CONTROL DEL DOLOR (1605)

No manifiesta dolor

5.- RIESGO DE INFECCIÓN (00004): R/C la inserción de líneas intravenosas, dispositivos terapéuticos y de vigilancia, así como de heridas quirúrgicas y traumáticas.

PARAMETROS DE INTERVENCIÓN NIC

a) MONITORIZACIÓN DE LOS SIGNOS VITALES (6680)

Principalmente temperatura.

b) PREVENCIÓN DE INFECCIONES (6550)

Aplicar la asepsia en la, instalación y manipulación de vías intravenosas, aspiración de secreciones, y manejo de catéteres.

c) CONTROL DE INFECCIONES (6540)

Mantener la vigilancia sobre los cultivos de secreciones, material drenado y muestras de catéteres que se envían al laboratorio.

6.- DETERIORO DE LA COMUNICACIÓN VERBAL (00051): R/C lesión del centro cerebral del lenguaje

PARAMETROS DE INTERVENCIÓN NIC

FOMENTO DE LA COMUNICACIÓN (4976)

Evaluar la capacidad del paciente para comprender, hablar o escribir; dar órdenes sencillas e instrucciones consecutivas proporcionando pistas a través de dibujos y gestos, hablar con frases cortas y pausadas.

PARAMETROS DE EVALUACIÓN NOC

a) ESTADO INFECCIOSO AUSENTE (0703)

Signos vitales estables.

b,c) CONTROL DEL RIESGO DE INFECCIÓN (1902)

PARAMETROS DE EVALUACIÓN NOC

CAPACIDAD DE COMUNICACIÓN (0902)

7.- DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA (00085): R/C prescripción de restricción de movimientos. Disminución de la fuerza. M/P Dificultad para realizar actividades de autocuidado.

PARAMETROS DE INTERVENCION NIC

a) AYUDA CON LOS AUTOCUIDADO (1803)

Alimentación, aseo (eliminación), vestir/ arreglo personal.

b) ENSEÑANZA ACTIVIDAD / EJERCICIO PRESCRITO (5612)

- Rehabilitación de lenguaje.
- Realizar ejercicios de flexión y extensión.

8.- RIESGO DEESTREÑIMIENTO (00015): R/C actividad física insuficiente. Cambios ambientales.

PARAMETROS DE INTERVENCION NIC

MANEJO DEL ESTREÑIMIENTO / IMPACTACIÓN (0450)

Colocación de enemas, cambios de posición para aumentar el peristaltismo, dieta con fibra, movilidad en cama.

PARAMTROS DE EVALUACION NOC

a,b) NIVEL DE MOVILIDAD (0202)

LOGRA UNA MOVILIDAD ÓPTIMA

PARAMETROS DE EVALUACION NOC

ELIMINACIÓN INTESTINAL (0501)

9.- RIESGO DE DETERIORODE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA (00047): R/C inmovilización física, factores mecánicos. M/P Alteración en la sensibilidad.

PARAMETROS DE INTERVENCION NIC

a) PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN (3540)

Hidratación de la piel mediante masajes circulares y utilización de ácidos grasos sobre la misma.

Utilizar colchón anti escaras.

b) CAMBIO DE POSICIÓN (0840) Cada 2 horas vigilando la correcta alineación anatómica y proteger protuberancias óseas.

10.- AFRONTAMIENTO FAMILIAR COMPROMETIDO (00074): R/C desorganización familiar sobre su autocuidado y manejo del paciente en el hogar. Cambio de roles temporales. M/P Continuidad de los cuidados en su domicilio.

PARAMETROS DE INTERVENCION NIC

a) APOYO A LA FAMILIA (7140)

- Asesorar al paciente su estado de salud y a los miembros de su familia.
- Mantener una atmósfera tranquila, evitar temas de conversación que generen estrés en ambos.

b) APOYO AL CUIDADOR PRINCIPAL (7040).

c) ENSEÑANZA (5616)

PARAMETROS DE EVALUACION NOC

a) INTEGRIDAD TISULAR (1101)

Piel y membranas mucosas en estado normal.

b) CONTROL DE RIESGO (1902)

Medicamentos prescritos al familiar o cuidador

d) PLANIFICACIÓN DEL ALTA (7370)

PARAMETROS DE INTREVENCION NOC

a) SUPERACIÓN DE PROBLEMAS DE LA FAMILIA (2600)

b,c) PREPARACIÓN DEL CUIDADOR FAMILIAR DOMICILIARIO (22029)

11.-RIESGO DE SUFRIMIENTO ESPIRITUAL (00067): R/C congruencia o equilibrio entre los valores, las creencias y las acciones.

PARAMETROS DE INTERCVENCION NIC

APOYO ESPIRITUAL (5420)

- Respetando religión y creencias
- Ayudar al bien morir

PARAMETROS DE EVALUACION NOC

BIENESTAR ESPIRITUAL (2001)¹⁷

¹⁷ Actualizado: 5/21/2012 Department of Neurosurgery at Cedars-Sinai Medical Center, Los Angeles, and Department of Anatomy at UCSF

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN CONVULSIONES

Definición.- síntoma transitorio caracterizado por actividad neuronal en el cerebro que conlleva a la contracción y distensión repetida y temblorosa de uno o varios músculos de forma brusca y generalmente violenta

Cuadro clínico: Se asocian con frecuencia con contracciones involuntarias y repentinas de un grupo de músculos y pérdida de conciencia y trastornos del comportamiento.¹⁸

Dura desde unos segundos hasta un estado epiléptico, una contracción que no suele detenerse sin intervención médica. Después de un fuerte ataque convulsivo suele haber una pérdida repentina de la memoria, por lo general de la memoria a corto plazo, Taquicardia.

Diagnóstico: Tomografía computarizada y la resonancia magnética
El electroencefalograma (EEG)¹⁹

Tratamiento: Si un paciente ha tenido más de 1 episodio convulsivo, se indica la administración del anticonvulsivantes.

Algunos antiepilépticos, entre ellos lamotrigina, topiramato, ácido valproico y la zonisamida tienen múltiples mecanismos de acción, mientras que otros, como la fenitoína, carbamazepina y la etosuximida solo tienen un mecanismo de acción.²⁰

VALORACION DE ENFERMERÍA EN EL PRIMER CONTACTO CON EL PACIENTE

- Valoración de la vía aérea, respiración y circulación (ABC)
- Monitoreo de signos vitales
- Conservar adecuada ventilación y oxigenación
- Reconocer el estado de conciencia: alerta, letargo, obnubilación, estupor, coma.

OBJETIVOS

- Manejar la crisis convulsiva con el fin de prevenir complicaciones o secuelas en el paciente.
- Proteger de caídas y golpes.
- Prevenir la lesión encefálica durante las crisis convulsivas.

¹⁹https://es.wikipedia.org/wiki/Convulsi%C3%B3n_febril

²⁰[wikipedia.org/wiki/Convulsión](https://es.wikipedia.org/wiki/Convulsi%C3%B3n). modificada por última vez el 3 mayo 2013, a las 17:24.

DIAGNÓSTICOS NANDA

1.- RIESGO DE CAIDAS (00155)

2.- RIESGO DE LESIÓN (00035)

PARAMETROS DE INTERVENCIÓN NIC

a) MANEJO DE LAS CONVULSIONES (2680)

- Mantener permeable vía aérea.
- Guiar los movimientos corporales para evitar lesiones
- Canalizar vía I.V.
- Registrar las características del ataque: partes corporales implicadas, actividad motora y progresión del ataque convulsivo, duración.
- Administrar los anticonvulsivos prescritos como: Diazepan 1 amp. I/v. lenta. Lorazepan 1 amp. I/v. lenta.
- Comprobar la duración y las características del periodo postcomicial.
- Medidas Generales para la prevención de **Caídas**: barandales arriba, tener teléfono a la altura del paciente, valorar signos de hemorragia si recibe tratamiento antitrombótica.

b) INTERVENCIÓN EN CRISIS (6160)

- No abandonar nunca al paciente durante la crisis
- Aflojar la ropa que oprima, para favorecer la respiración; usar Guedell si fuera necesario.
- Colocar en posición de seguridad (SIMS); sujetar el mentón hacia arriba y hacia delante con la cabeza inclinada hacia atrás, para abrir las vías respiratorias.
- Si un aura precede a la crisis, y el paciente no ha cerrado las mandíbulas, introducir un objeto blando entre los dientes para reducir la posibilidad de morder la lengua o los carrillos, retirar dentadura postiza.

PARAMETROS DE EVALUACIÓN NOC

a) CONDUCTA DE SEGURIDAD (1909)

- Prevención de las caídas.

b) CONDUCTA DE SEGURIDAD (1909)

- Prevención de las caídas

- Si ha cerrado los maxilares por un espasmo, no intentar abrirlos para introducir algo, puede provocar una fractura de mandíbula, lesionar dientes, labios, lengua...
- No moverle ni sujetarle durante la crisis, porque se corre el riesgo de fracturar.
- Observar la crisis: Aparición y duración.
- Hechos que precedieron a la crisis (estímulo visual, auditivo...)
- Parte del cuerpo por la que empezó la crisis.
- Ojos: abiertos o cerrados, pupilas...
- Partes del cuerpo implicadas, tipo de movimientos
- Actividades motoras involuntarias (chasquido de labios, degluciones repetidas...)
- Incontinencia urinaria o fecal.
- Pérdida de la conciencia.
- Después de la crisis: capacidad de hablar, adormilado...

c) MONITORIZACIÓN DE LOS SIGNOS VITALES (6680)

TA, FR, FC, T⁰.SaO₂.

d) ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS (2300)

- Anticonvulsivantes y antiepilépticos según prescripción: carbamazepina. Diazepam.
- Iniciar la administración de goteo intravenoso: solución salina Isotónica por vía IV.

e) PREVENCIÓN DE LESIONES ANTE ATAQUES CONVULSIVOS 2690

Colocar al paciente en un lugar seguro, y si está en la cama subir los barandales acolchadas y retirar almohadas por peligro de sofocación

f) OXIGENOTERAPIA (3320)

c) ESTADO DE LOS SIGNOS VITALES (0802)

TA, FR, FC, T, saturación de oxígeno (SO₂) dentro de los valores normales.

3.- RIESGO DE ASPIRACIÓN (00039)

PARAMETROS DE INTERVENCIÓN NIC

a) PREVENCIÓN DE ASPIRACIÓN (3200)

Aspiración de secreciones las veces que sean necesarias.

b) OXIGENOTERAPIA (3320)

PARAMETROS DE EVALUACIÓN NOC

ESTADO RESPIRATORIO (0410)

Permeabilidad de las vías respiratorias

CONTROL DE LA ASPIRACIÓN (1918)²¹

²¹ ²¹ [MedlinePlus] (marzo de 2009). «Crisis epilépticas» (en español). *Enciclopedia médica en español*. Consultado el 21 de julio de 2009

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN HIDROCEFALEA

Definición: Trastorno cuya principal característica es la acumulación excesiva de líquido en el cerebro.²²

Cuadro clínico: En la infancia: aumento del tamaño de la cabeza (debido a que las fontanelas no están cerradas); una fontanela abombada o tensa; irritabilidad inusual; vómitos repetidos; estrabismo; apnea; dificultad para tragar; llanto débil; dificultad para mantener despierto al bebé.

En los adultos : El aumento del tamaño de los ventrículos por la acumulación de LCR se observa a través de la ecografía mientras las fontanelas permanecen abiertas, una tomografía computarizada (TAC) o una imagen de resonancia magnética (IRM,) de la cabeza.

Diagnóstico:

Evaluación neurológica

Las venas del cuero cabelludo dilatadas.

Aumento de la circunferencia cefálica sólo una parte de la cabeza, más comúnmente la parte frontal. Las mediciones periódicas de la circunferencia de la cabeza muestra crecimiento progresivo por encima del percentil adecuado a la edad y el sexo del niño.

Ojos deprimidos con un signo de "puesta de sol" en el cual la esclerótica es visible por encima del iris.

TC de cráneo; Radiografía de cráneo; Gammagrafía cerebral con radioisótopos; Arteriografía de los vasos sanguíneos del cerebro; ecoencefalografía: tipo de ultrasonido del cerebro.²³

²² <http://es.wikipedia.org/wiki/Hidrocefalia> Esta página fue modificada por última vez el 19 may 2013

²³ http://febhi.org/index.php?option=com_content&view=article&id=61&Itemid=196

Tratamiento: implantar un sistema de derivación el mismo que drena y redirige el exceso de líquido cefalorraquídeo de los ventrículos del cerebro a otra parte del cuerpo.

Ventriculostomía endoscópica del tercer ventrículo

Procedimiento quirúrgico que trata de aliviar la acumulación de presión de líquido cefalorraquídeo desde el tercer ventrículo del cerebro, se realiza mediante una "desviación del líquido cefalorraquídeo intracraneal"²⁴.

VALORACIÓN DE ENFERMERIA EN EL PRIMER CONTACTO CON EL PACIENTE

- Evaluación neurológica (pag19)
Patrón cognitivo-perceptual
- Signos de personalidad y conducta.

OBJETIVOS

- Prevenir las posibles complicaciones neurológicas.
- Proporcionar una alimentación adecuada.
- Evitar la infección de la derivación.
- Proporcionar apoyo emocional continuo a los padres para disminuir su ansiedad.

²⁴<http://www.medtronic.es/su-salud/hidrocefalia/tratamiento/index.htm>© 2013 Medtronic Ibérica S.A.

DIAGNÓSTICOS NANDA

1.-RIESGO DE LESIÓN CRANEAL Y NEUROLÓGICA (00035). R/C aumento de la presión intracraneal.

PARAMETROS DE INTERVENCIÓN NIC

a) PREVENCIÓN DE ASPIRACIÓN (3200)

Aspiración de secreciones las veces que sean necesarias.

b) OXIGENOTERAPIA (3320)

PARAMETROS DE INTERVENCIÓN NIC

a) CONTROL Y SEGUIMIENTO NEUROLÓGICO (2620)

- El golpe suave con las puntas de los dedos (percusión) en el cráneo del niño evidencia ruidos anormales asociados con el adelgazamiento y separación de los huesos del cráneo. Las venas del cuero cabelludo se ven dilatadas.
- Aumento de la circunferencia cefálica más la parte frontal.
- Los ojos deprimidos con un signo de "puesta de sol"
- **b) PATRÓN COGNITIVO-PERCEPTUAL.**
- Estado de conciencia: escala de coma de Glasgow: Función motora: extensión, flexión, abducción, aducción y rotación.
- Pupilas: tamaño, forma, simetría, reacción y función. Signos vitales: temperatura, pulso, respiración y tensión arterial. Posturas, conducta y reflejos. Signos de aumento de la presión intracraneal: **Lactantes:** Fontanela abombada y tensa, ausencia de pulsaciones normales. Separación de suturas craneales, Irritabilidad, Llanto estridente.

PARAMETROS DE EVALUACIÓN NOC

a) CONTROL DE LA ASPIRACIÓN (1918)

b) ESTADO RESPIRATORIO (0410)

Permeabilidad de las vías respiratorias.

PARAMETROS DE EVALUACIÓN NOC

Prevención complicaciones

Cuidados preoperatorios.

- Sustener la cabeza del niño al levantarlo o movilizarlo. Cambiar de posición frecuentemente.
- Medir perímetro cefálico todos los días.
- Colocar un cojinete en forma de dona en la cabeza.
- Preparación y apoyo para las pruebas diagnósticas.

Cuidados postoperatorios.

- Bombear la válvula. Medir perímetro cefálico y abdominal.
- Vigilar signos de presión intracraneal, infección local o neurológica.
- Detectar presencia de convulsiones.
- Colocar al niño en posición plana u horizontal.
- Verificar permeabilidad de la válvula.
- Colocar al niño sobre el lado no operado

2.-RIESGO DE INFECCIÓN (00004).R/C procedimiento quirúrgico (derivación ventrículo peritoneal).

PARAMETROS DE INTERVENCIÓN NIC

a) MONITORIZACIÓN DE LOS SIGNOS VITALES (6680)

Principalmente temperatura.

b) PREVENCIÓN DE INFECCIONES (6550)

- Curar la herida quirúrgica con técnica aséptica todos los días.
- Administrar antibióticos según prescripción medica
- Aplicar la asepsia en la, instalación y manipulación de vías intravenosas.

c) CONTROL DE INFECCIONES (6540)

Vigilar signos de infección como enrojecimiento rubor o calor en la herida quirúrgica.

3.-DESEQUILIBRIO NUTRICIONA POR DEFECTO (00002) L: R/C reducción de la ingestión y vomito.

PARAMETROS DE INTERVENCIÓN NIC

MANEJO DE LA NUTRICIÓN (1100)

- Proporcionar alimentación parenteral si se comprueba que no hay función intestinal y urinaria.
- Control estricto de líquidos.
- Realizar los cuidados de enfermería antes de alimentarlo
- Alimentar por vía oral o sonda nasogástrica.
- Después de alimentarlo colocarlo de lado con la cabeza elevada para evitar aspiración.
- Administración de líquidos según prescripción.

PARAMETROS DE EVALUACIÓN NOC

a,b) ESTADO INFECCIOSO AUSENTE (0703)

c) CONTROL DEL RIESGO DE INFECCIÓN1902.

Evitar la infección de la derivación.

PARAMETROS DE EVALUACIÓN NOC

ESTADO NUTRICIONAL NORMAL (1004)

4.-RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA (00047).R/C restricción de movimientos.

PARAMETROS DE INTERVENCIÓN NIC

Cambios de posición protegiendo protuberancias óseas

5.-AFRONTAMIENTO FAMILIAR INEFICAZ.R/C diagnostico e intervención quirúrgica.

PARAMETROS DE INTERVENCIÓN NIC

- Dar toda la información a los padres sobre la enfermedad, cirugía, cambios que esta puede producir y los cuidados de vigilancia que pueden ser necesarios.
- Comentar el éxito que han tenido otras madres en la atención similar
- Enseñar a los padres sobre cuidados de la válvula, signos de infección y aumento de la presión intracraneal.
- Orientar sobre las actividades que puede realizar el niño y evitar la sobreprotección.²⁵

PARAMETROS DE EVALUACIÓN NOC

Prevención de úlceras por presión

PARAMETROS DE EVALUACIÓN NOC

Los padres expresan comprensión de la causa y consecuencias de la hidrocefalia y tratamiento.²⁶

²⁵ ENFERMERIA CIENCIA Y ARTE 12 de abril de 2011
<http://eenfermeriauv.blogspot.com/>

²⁶ <http://nursingservices.com.co/index.php?action=view&module=paemodule&planid=64>
© 2008-2010 Nursing Services Ltda. Bogotá, Colombia

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN CEFALEA

Definición: generalmente se presenta de forma intermitente que suele tener origen en **causas** muy diversas.²⁷

Cuadro clínico: Inicio brusco con dolor de gran intensidad.

Curso progresivo, es decir aumento gradual en el transcurso de días o acompañada por alteraciones del nivel de conciencia, signos meníngeos, convulsiones u otros signos neurológicos que hagan sospechar la existencia de un proceso grave.

Diagnóstico: Historia clínica, exploración física general y neurológica, toma de tensión arterial.

Fondo de ojo para determinar hipertensión endocraneal.

Exploración de senos paranasales si se sospecha sinusitis.

Exámenes de laboratorio hemograma, la VSG y la PCR.

Radiografías de cráneo y columna cervical si se sospecha sinusitis o lesiones óseas y tomografía axial computarizada (TAC) o resonancia magnética nuclear (RMN) para estudiar con detalle el tejido cerebral y detectar estructuras anómalas como tumores cerebrales.

Tratamiento: analgésicos como el paracetamol y los agentes antiinflamatorios no esteroides (Aines) como la aspirina, el ibuprofeno y el naproxeno.²⁸

VALORACION DE ENFERMERÍA EN EL PRIMER CONTACTO CON EL PACIENTE

- Historia clínica.
- Características del dolor.

Objetivos

- Disminuir el dolor.
- Mejorar el sueño

²⁷ guiamedicinal.com/cefaleas-definicion-causas-sintomas-y-tratamiento 18/04/2011

²⁸ <http://es.wikipedia.org/wiki/Cefalea> Consultado el 1 de marzo de 2012.

DIAGNOSTICOS NANDA

1.-DOLOR AGUDO (00132)

PARAMETROS DE INTERVENCIÓN NIC

a) MANEJO DEL DOLOR (1400)

Disminuir o eliminar los factores que precipiten o aumenten dolor (miedo, fatiga monotonía y falta de conocimientos).

b) ADMINISTRACIÓN DE ANALGÉSICOS (2210)

Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados y Analgésicos correspondientes: paracetamol, ibuprofeno.

2.- DETERIORO DEL PATRÓN DEL SUEÑO (00095)

PARAMETROS DE INTERVENCIÓN NIC

MEJORAR EL SUEÑO (1850)

- Comprobar el esquema de sueño del paciente y observar las circunstancias físicas (dolor) que interrumpen el sueño.
- Brindar un ambiente libre de: luz, ruidos, temperatura, cama.
- Identificar las medicaciones que el paciente está tomando para el sueño.
- Enseñar al paciente a realizar una relajación muscular autogénica u otras formas no farmacológicas de inducción del sueño.

PARAMETROS DE EVALUACIÓN NOC

a,b) CONTROL DEL DOLOR (1605)

- Utiliza los analgésicos de forma apropiada
- Refiere dolor controlado.
- Refiere síntomas al personal sanitario.

PARAMETROS DE EVALUACIÓN NOC

HORAS DE SUEÑO CUMPLIDAS SUEÑO ININTERRUMPIDO

3.-MANEJO INEFECTIVO DEL DOLOR (00078): R/C Conocimientos deficientes, Incumplimiento del tratamiento.

PARAMETROS DE INTERVENCIÓN NIC

a) ENSEÑANZA: PROCESO DE ENFERMEDAD (5602)

- Describir el proceso de la enfermedad.
- Describir los signos y síntomas comunes de la Enfermedad.

b) ENSEÑANZA (5616)

- Medicamentos prescritos.
- Instruir al paciente acerca de la dosis, vía y duración de los efectos de cada medicamento.
- Informar al paciente de las consecuencias de no tomar o suspender la medicación.

c) ACUERDO CON EL PACIENTE (4420)

- Determinar con el paciente los objetivos de los cuidados

PARAMETROS DE EVALUACIÓN NOC

a) CONOCIMIENTO: PROCESO DE LA ENFERMEDAD (1803)

- Descripción del proceso de la enfermedad
- Descripción de signos y síntomas.

b) CONOCIMIENTO DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO (1813)

Descripción de la medicación prescrita

c) CONDUCTA DE CUMPLIMIENTO (1601)

Comunica seguir la pauta prescrita²⁹

²⁹ CUIDADOS pdf.ADOBE READER. PROCESOS EQUIPO DE TRABAJO:
de la Fuente García Adela López López M^a Begoña Núñez Feria Rosario

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN TRAUMA RAQUIMEDULAR

Definición: Lesión producida por un agente externo; que afecta conjunta o aisladamente, las diferentes estructuras de la columna vertebral

Cuadro clínico: Los pilares básicos de una correcta exploración neurológica son:

Fuerza muscular: valorar mediante la escala de graduación motora: 0 = ausencia de contracción, 1 = contracción no efectiva, 2 = movimiento activo sin vencer la gravedad, 3 = movimiento que vence la gravedad, 4 = movimiento contra resistencia, 5 = fuerza normal

Reflejos: Los reflejos desaparecen en el shock medular y tras la reversión de este se produce una fase de recuperación con hiperreflexia.

El reflejo bulbocavernoso o contracción brusca del esfínter anal como consecuencia del estímulo generado sobre el pene o la vulva, está siempre presente aunque exista una lesión medular completa; únicamente desaparece durante el período de shock medular.

Sensibilidad.

Diagnóstico: Realización de estudios radiológicos para descartar, la existencia de fracturas y la localización de las mismas.

Mielografías o punción espinal para detectar bloqueos.

Tomografía Axial computarizada.

Resonancia magnética.

Tratamiento: Ventilación aportando sangre oxigenada al tejido medular dañado y una hemodinámica estable, manteniendo una presión de perfusión medular en límites normales.

En pacientes con sospecha de LMT es administrar metilprednisolona 30 mg/kg en 15 minutos y, tras una pausa de 45 minutos, se inicia una perfusión de 5,4 mg/ kg/hora durante las 23 horas siguientes, si se administra en las primeras 3 horas del traumatismo (se amplía a 48 horas si se administra entre la 4ª y la 8ª). No obstante, no es un estudio exento de controversia, ya que se han descrito graves complicaciones (hemorragias digestivas altas fatales y mayor incidencia de infecciones) y estudios posteriores no han encontrado mejoría significativa de las funciones neurológicas”.³⁰

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL PRIMER CONTACTO CON EL PACIENTE

- Valoración de la vía aérea, respiración y circulación (ABC)
- Monitoreo de signos vitales
- Conservar adecuada ventilación y oxigenación
- Reconocer el estado de conciencia: alerta, letargo, obnubilación, estupor, coma.
- Patrón Respiratorio
- Patrón Cardiovascular
- Presencia de hemorragias gastrointestinales
- Patrón urinario: Valorar las características de la orina
- Valorar estado de la piel
- Control Neurovascular Discal.

OBJETIVOS

- Disminuir los efectos de la lesión primaria y evitar las lesiones secundarias durante la extracción, transporte, transferencia y movilización del potencial lesionado medular.
- Evitar úlceras de decúbito.
- Brindar apoyo psicológico al paciente y familiares

³⁰ MEDICRIT. AGOSTO 2007; 4 (3): 66-75 WWW.MEDICRIT.COM

1.- PATRÓN RESPIRATORIO INEFICAZ (00032): R/C debilidad de músculos abdominales e intercostales, M/P dificultad respiratoria.

PARAMETROS DE INTERVENCIÓN NIC

a) MONITORIZACIÓN RESPIRATORIA (3350)

Valorar la función respiratoria del paciente (frecuencia, ritmo, profundidad y ruidos respiratorios), así como la permeabilidad de las vías aéreas cada 1 o 2 horas., junto con análisis de resultados de gasometría; valorar estado mental, estado de la piel, capacidad de toser, uso de musculatura accesoria, disnea, taquipnea.

b) MANEJO DE LAS VÍAS AÉREAS (3140)

- Permeabilizar, proteger y proveer vía aérea segura siempre manteniendo inmovilización de columna vertebral.
- fisioterapia respiratoria

c) PRECAUCIÓN PARA EVITAR LA ASPIRACIÓN (3200)

- Proporcionar hidratación adecuada con el objetivo defluidificar secreciones

d) OXIGENOTERAPIA (3320)

Proveer oxígeno en altas concentraciones según corresponda y valorar estado respiratorio.

PARAMETROS DE EVALUACIÓN NOC

a) ESTADO RESPIRATORIO (0403)

Ventilación

b,c,d) PERFUSIÓN TISULAR PULMONAR (0408)

2.- DISMINUCIÓN DEL GASTO CARDÍACO (00029): R/C alteración de la frecuencia secundaria a pérdida del tono simpático, M/P bradicardia.

PARAMETROS DE INTERVENCIÓN NIC

a) RESUCITACIÓN (6320)

- Resucitación cardiopulmonar, si procede.
- Canalizar vía IV y administrar líquidos, según se indique.
- Electrocardiograma.

b) MANEJO DEL SHOCK (4250)

Control de hemorragias (si es que existen).

c) ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN (2300)

metilprednisolona.

d) CONTROL DE SIGNOS VITALES (6680)

Manejo de líquidos

Punción Intravenosa: 2 vías grueso calibre.

e) REGULACIÓN HEMODINÁMICA 4150

- Controlar la hemodinámica, dificultad respiratoria, manejo de la bradicardia
- Administración de medicación según corresponda
- Manejo del shock: Administración de electrolitos sanguíneos.

PARAMETROS DE EVALUACIÓN NOC

a) ESTADO CIRCULATORIO (0401)

**PERFUSIÓN TISULAR: CARDIACA Y PERIFÉRICA
(0405)**

3.- RIESGO DE ASPIRACIÓN (00039): R/C reducción o pérdida de conciencia, reflejo tusígeno disminuido, relajación esofágica.

PARAMETROS DE INTERVENCIÓN NIC

a) MONITORIZACIÓN RESPIRATORIA

- Valorar patrón respiratorio, frecuencia, amplitud, ritmo, uso de musculatura accesoria, presencia de acrocianosis.
- Valorar simetría torácica, presencia de dolor.
- Controlar gasometría, postura de medidas antitrombótica.

b) ASPIRACIÓN DE VÍAS AÉREAS 3160

Valorar estado de conciencia, reflejo tusígeno, patrón respiratorio, aspirar las vías aéreas, colocación de SNG.

C) MONITORIZACIÓN NEUROLÓGICA 2620

- Comprobar el tamaño, forma, simetría y capacidad de reacción de las pupilas
- Valorar el nivel de conciencia
- Valorar la escala de coma de Glasgow: AO=4;RV=5;RM=6 (pág. 19)
- Analizar la memoria reciente
- Valorar signos vitales: temperatura, presión sanguínea, pulso y respiraciones
- Comprobar el reflejo tusígeno y de náusea.
- Observar si hay movimiento pronador.
- Observar si hay trastornos oculares: diplopía, cortes del campo visual, visión borrosa y agudeza visual.
- Observar la existencia de quejas por jaquecas.
- Observar si hay parestesia: entumecimiento y hormigueos.

- Observar la respuesta a los medicamentos.

PARAMETROS DE EVALUACIÓN NOC

a,b) PREVENCIÓN DE LA ASPIRACIÓN (1918)

4.- DOLOR 00133: R/C estimulación nerviosa de las vías motoras periféricas secundaria a traumatismo manifestado por EVA del paciente.

PARAMETROS DE INTERVENCIÓN NIC

a) MANEJO DEL DOLOR (1400)

- Valorar el dolor de forma continua en el paciente consciente, identificando características, zonas de dolor, irradiación, etc.
- Inmovilización.

b) ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN (2300)

Administración de analgesia y/o sedación.

5.- TEMOR / ANSIEDAD (00146): R/C desconocimiento de condición actual manifestado por verbalización del paciente.

PARAMETROS DE INTERVENCIÓN NIC

a) DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD (5820)

- Invitar al paciente a que comparta sus sentimientos y preocupaciones, sentido de culpabilidad y escucharlo atentamente.
- Describir exactamente las sensaciones y procedimientos previstos.
- Mantener siempre el mismo personal y facilitar la comunicación.

b) APOYO EMOCIONAL (5270)

Establecer alianza terapéutica, apoyo espiritual, dar esperanza.

c) DECLARAR LA VERDAD AL PACIENTE (5470)

Valorar redes de apoyo, presencia y seguridad.

d) EXPLICAR PROCEDIMIENTOS Y DOCUMENTACIÓN (5618)

Explicar al paciente y a su familia los procedimientos a realizar, explicar acerca del consentimiento informado y su importancia en la realización de ellos así como posibles complicaciones.

PARAMETROS DE EVALUACIÓN NOC

a,b) CONTROL DEL DOLOR (1605)

b) NIVEL DE DOLOR (2102)

PARAMETROS DE EVALUACIÓN NOC

a) CONTROL DE LA ANSIEDAD (1402)

- El paciente y la familia comparte con el personal de Enfermería y allegados sus sentimientos y temores, no existen culpables.
- Manifiesta bienestar fisiológico y psicológico.

b,c,d) POTENCIACIÓN DE LA SEGURIDAD (1809)

6.- ALTERACIÓN DE LA MOVILIDAD FÍSICA (00085): R/C trastornos motores y sensoriales, M/P inmovilización, incapacidad para movilizar las extremidades, pérdida de la sensibilidad.

PARAMETROS DE INTERVENCIÓN NIC

a) AYUDA CON LOS AUTOCUIDADOS (1803)

- Alimentación, aseo (eliminación), vestir/ arreglo personal.
- Administrar lociones y/o cremas protectoras de la piel.

b) CUIDADOS DE INMOVILIZACIÓN (0940)

- Mantener inmovilizada columna cervical con un collar cervical adecuado al paciente.
- Mantener columna vertebral alineada e inmovilizada, extremidades inmovilizadas.
- Colocar al paciente en cama dura y reposo en bloque.
- Control neurovascular distal (CNVD).

7.-ALTERACIÓN DE LA PERCEPCIÓN SENSORIAL: R/C afección de las funciones motoras y sensitivas. M/P insensibilidad al tacto o al dolor en extremidades, zona de abdomen, etc.

PARÁMETROS DE INTYERVENCIÓN NIC

MONITORIZACIÓN NEUROLÓGICA (2620)

- Valorar estado neurológico.
- valorar Escala de Coma de Glasgow
- Orientación en tiempo y espacio.
- Evaluar memoria, cognición, función sensitiva, motora, pares craneales, zonas de insensibilidad, de dolor, adormecimiento, paresias, etc.
- Precaución contra convulsiones.

PARAMETROS DE EVVALUACIÓN NOC

Inmovilización

PARAMETROS DE EVALUACIÓN NOC

Estado neurológico: función

8.- RIESGO DE ALTERACIÓN EN EL PATRÓN DE ELIMINACIÓN URINARIA (00020):R/C déficit neuromuscular secundario o trauma raquímedular.

PARAMETROS DE INTERVENCIÓN NIC

CATETERISMO VESICAL (0580)

- “Buscar signos y síntomas de retención urinaria (Distensión vesical, disminución de diuresis, cefaleas, náuseas, escalofríos...).
- Control de ingesta /diuresis.
- Realización de análisis de orina y sangre para conocer el estado renal.
- Valorar la aparición de signos y síntomas que indiquen infección urinaria (orina espesa, mal oliente, aumento de la Tª corporal).
- Observar presencia de Polaquiuria, espasmos musculares...
- Análisis de sangre (Leucocitosis).³¹

PARAMETROS DE EVALUACIÓN NOC

PREVENIR RETENCIÓN URINARIA E INFECCIÓN

³¹ PLANES DE CUIDADO Y DOCUMENTACION EN ENFERMERIA. L. J. Carpenito. Interamericana.

9.- ALTERACIÓN DE LA ELIMINACIÓN INTESTINAL (00014): constipación, R/C disminución de la movilidad, pérdida de control, M/P estreñimiento.

PARAMETROS DE INTERVENCIÓN NIC

a) ELIMINACIÓN URINARIA E INTESTINAL (0430)

- Valorar patrones de eliminación.
- Consumo de líquidos y fibras
- Administración de enemas.

b) CONTROL DE SIGNOS VITALES (6680)

- Observar, medir y valorar los signos vitales.
- Toma de ECG.
- Controlar signos de Íleo paralítico: ruidos hidroaereos ausentes
- Realizar auscultación intestinal en busca de disminución o ausencia de ruidos intestinales.
- Valorar distensión Abdominal.

10.- DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA (00046): R/C traumatismo y/o heridas, inmovilización prolongada, M/P UPP, discontinuidad de la piel.

PARAMETROS DE INTERVENCIÓN NIC

VIGILANCIA DE LA PIEL (3590)

Temperatura, perfusión, presencia de UPP, hidratación y existencia o no de medidas antitrombóticas.

CUIDADO DE LAS HERIDAS (3660)

PLANIFICACIÓN DEL ALTA (1379)

PARAMETROS DE EVALUACIÓN NOC

MANTENER HÁBITO DE ELIMINACIÓN INTESTINAL (0501)

Prevenir complicaciones.

PARAMETROS DE EVALUACIÓN NOC

Integridad de los tejidos: Mucosas y piel

Curación de heridas^{32, 33, 34}

³² Carlos A. León Román /Enfermería en urgencias / La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2008 / Capítulo 23 Página 660. Manual de diagnósticos enfermeros/ NANDA internacional; 1° Edición; año 2010

³³ Medcrit; revista de medicina interna y crítica / PDF: Trauma raquimedular; agosto 2007/ vol. 4/ E.García Vicente; Martín Rubio. E.I García y García.

³⁴ PDF: Guía para manejo de urgencias/ 3°Edición/ Ministerio de protección social Colombia/ 2009

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA EN NEUROCISTICERCOSIS SEGÚN LA TAXONOMIA NANDA

Definición: Infección del sistema nervioso central por cisticercos.³⁵

Cuadro clínico: En Niños las manifestaciones más comunes son:

Crisis convulsivas, cefalea, vómito, Trastornos de aprendizaje.
En el adulto las manifestaciones más comunes son:

Cefalea; Hipertensión endocraneana; Crisis epilépticas de comienzo tardío; Meningitis; Trastornos psiquiátricos; Conducta violenta; Depresión; Ansiedad; Demencia; Eosinofilia periférica

Diagnóstico: Para hacer el diagnóstico de Neurocisticercosis hay cuatro elementos importantes: Antecedentes epidemiológicos, Manifestaciones clínicas, Estudio del Líquido Cefalorraquídeo, Estudios de Imagen (TAC, RM)

Frecuentemente hay disminución de la glucosa.

Pruebas de Anticuerpos específicos por fijación de complemento es positiva.

La dilatación ventricular por un cisticercos en el conducto de Silvio se observa más frecuentemente en adultos y niños mayores de 10 años.

Tratamiento: Los medicamentos cestícidias de elección para el tratamiento de Neurocisticercosis son praziquantel 45 a 50 mg/k de peso dividido en 3 tomas, durante 15 días, y albendazol 15 mg/k repartido en 3 tomas, durante 8 días.

Los cisticercos de localización ventricular, como los oculares, deben ser extraídos quirúrgicamente.³⁶

OBJETIVO

Prevención de lesión corporal durante su estancia hospitalaria

³⁵ <http://www.definicion-de.es/neurocisticercosis/>

³⁶ es.wikipedia.org/wiki/Neurocisticercosis Malagon V.; Jorge. 2009. NEUROCISTICERCOSIS EN PEDIATRÍA. Actualizaciones en neurología Infantil II. Medicina (Buenos Aires) 69 (1/1): 114-120. http://www.medicinabuenosaires.com/revistas/vol69-09/1_1/v69_n1_1_p114_120.pdf

DIAGNÓSTICOSNANDA

1. **INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD R/C** debilidad muscular.

PARAMETROS DE INTERVENCIÓN NIC

- Valorar respuesta a la actividad
- Valorar signos y síntomas de cansancio
- Regular actividad-descanso
- Valorar presencia/características de dolor
- Establecer programas de movilidad progresiva
- Educar en un nivel apropiado de movilidad
- Educar en técnicas de autocuidado con el menor gasto de energía
- Educar en ejercicios activos y pasivos

2. **DÉFICIT DE AUTOCUIDADOS: ALIMENTACIÓN, HIGIENE, ELIMINACIÓN (00102)** R/C disminución de la fuerza.

PARAMETROS DE INTERVENCIÓN NIC

- Proporcionar todo el material necesario para su autocuidado
- Valorar presencia/características de dolor
- Valorar patrón habitual de evacuación
- Valorar necesidad de laxantes

3. **ANSIEDAD (00146)** R/C dolor.

PARAMETROS DE INTERVENCIÓN NIC

- Valorar presencia y características del dolor
- Valorar necesidad y/o eficacia de analgesia
- Observar expresiones no Verbales

PARAMETROS DE EVALUACIÓN NOC

PACIENTE SATISFECHO

PARAMETROS DE EVALUACIÓN NOC

- Disminución de la ansiedad tras la administración de medidas terapéuticas.
- Paciente tranquilo no refiere dolor

4. DÉFICIT DE CONOCIMIENTOS R/C falta de información

PARAMETROS DE INTERVENCIÓN NIC

- Informar al paciente/familia
- Responder a las preguntas y dudas del paciente
- Educar en signos y síntomas que pueden surgir debido a su enfermedad
- Educar en mecanismos de transmisión de la enfermedad
- Educar en hábitos higiénicos que debe llevar a cabo para evitar la transmisión

5. RIESGO DE TRAUMATISMO (0038) R/C crisis epilépticas.

PARÁMETROS DE INTERVENCIÓN NIC

- Valorar nivel de conciencia (pág. 19)
- Retirar elementos peligrosos
- Atención a las crisis convulsivas según protocolo

PARAMETROS DE EVALUACIÓN NOC

Comprensión del proceso al alta

PARAMETROS DE EVALUACIÓN NOC

Paciente en estado normal sin lesión³⁷

³⁷ **Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica** Primer semestre 2009 Núm. 29

BIBLIOGRAFIA

- ✓ Anderson G, Chu E. Expanding Priorities-Confronting Chronic Disease in Countries with Low Income. *N Engl J Med* 356; (3): 209-2011.
- ✓ Brain Trauma Foundation .«Guidelines for the prehospital management of traumatic brain injury» (en inglés).Brain Trauma Foundation.Consultado el 26 dic 2011.
- ✓ Carlos A. León Román /Enfermería en urgencias / La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2008 / Capítulo 23 Página 660.Manual de diagnósticos enfermeros/ NANDA internacional; 1º Edición; año 2010
- ✓ CUIDADOS pdf.ADOBE READER. PROCESOS EQUIPO DE TRABAJO: de la Fuente García Adela López López Mª Begoña Núñez Feria Rosario
- ✓ Cruz J, Hoffstad OJ, Jaggi JL: Cerebral Lactate-oxygen index in acute brain injury with acute anemia: Assesment of false versus true ischemia. *Crit Care Med* 9:1465-1470, 1994 actualizado a 10 de abril de 2012
- ✓ Department of Neurosurgery at Cedars-Sinai Medical Center, Los Angeles, and Department of Anatomy at UCSF, Actualizado: 5/21/2012.
- ✓ ENFERMERIA CIENCIA Y ARTE 12 de abril de 2011 <http://eenfermeriauv.blogspot.com/>.
- ✓ guiamedicinal.com/cefaleas-definicion-causas-sintomas-y-tratamiento 18/04/2011
- ✓ Investigación y Educación en Enfermería - Medellín, Vol. XXII N.º 1, marzo de 2004
- ✓ Las enfermedades neurológicas en el ecuador OMS 2007
- ✓ MEDICRIT. AGOSTO 2007 ; 4 (3) : 6 6 - 7 5 WWW.MEDICRIT.COM
- ✓ *Medicrit*; revista de medicina interna y crítica / PDF: Trauma raquimedular; agosto 2007/ vol. 4/ E.García Vicente; Martín Rubio. E.I García y García.
- ✓ OMS Las enfermedades neurológicas .2007
- ✓ PEDIATRÍA. Actualizaciones en neurología Infantil II. *Medicina* (Buenos Aires) 69 (1/1): 114-120.
- ✓ PLANES DE CUIDADO Y DOCUMENTACION EN ENFERMERIA. L. J. Carpenito.Interamericana.

- ✓ PDF: Guía para manejo de urgencias/ 3ª Edición/ Ministerio de protección social Colombia/ 2009
- ✓ Revista ecuatoriana de neurología, ISSN,1019-8113 volumen 16 Nro.1.2007
- ✓ Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología) Serie Trabajos de Fin de Grado. 4 (1): 675-716, 2012ISSN.
- ✓ Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica Primer semestre 2009 Núm. 29
- ✓ Sternjsward J, Foley K, Ferris F. The Public Health Strategy for Palliative Care. *J Pain Symptom Manage* 2007; 33 (5): 486-493.

PAGINAS DE INTERNET

- ✓ www.ee.isics.es/servlet/Satellite?pagename=ExcelenciaEnfermera/Articulo_EE/plantilla_articulo_EE&numRevista=4&idArticulo=1108403547334
- ✓ www.ee.isics.es/servlet/Satellite?pagename=ExcelenciaEnfermera/Articulo_EE/plantilla_articulo_EE&numRevista=4&idArticulo=1108403547334
- ✓ MedlinePlus www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/stroke.html Ataque cerebral Última modificación: agosto 2012
- ✓ MedlinePlus] (marzo de 2009). «Crisis epilépticas» (en español). *Enciclopedia médica en español*. Consultado el 21 de julio de 2009
- ✓ wikipedia.org/wiki/Convulsión. modificada por última vez el 3 mayo 2013, a las 17:24.
- ✓ <http://www.medtronic.es/su-salud/hidrocefalia/tratamiento/index.htm> © 2013 Medtronic Ibérica S.A.
- ✓ <http://www.definicion-de.es/neurocisticercosis/>
- ✓ es.wikipedia.org/wiki/Neurocisticercosis Malagon V.; Jorge. 2009. NEUROCISTICERCOSIS EN http://www.medicinabuenosaires.com/revistas/vol69-09/1_1/v69_n1_1_p114_120.pdf
- ✓ <http://nursingservices.com.co/index.php?action=view&module=paemodule&planid=64> © 2008-2010 Nursing Services Ltda. Bogotá, Colombia

- ✓ <http://tratado.uninet.edu/c040202.html>. Facultativo Especialista de Área. Jefe del Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital Torrecárdenas. Almería.
- ✓ <http://www.usem.es/web/documents/internos/06032008484414~1204811088015.pdf> M. Carmen Duque del Río. Coordinadora REURG 2008 - 1
- ✓ http://www.aniorte-nic.net/apunt_diagn_enfermer_6.htm última modificación: 2 de noviembre de 2013
- ✓ www.ee.isics.es/servlet/Satellite?pagename=ExcelenciaEnfermera/Articulo_EE/plantilla_articulo_EE&numRevista=4&idArticulo=1108403547334

ANEXOS

ANEXO 1

PATOLOGIAS NEUROLÒGICAS MÁS FRECUENTES EN EL HOSPITAL ISIDRO AYORA DURANTE EL PERIODO OCTUBRE 2011-OCTUBRE 2012 DE ACUERDO LA EDAD Y SEXO

PATOLOGIA	EDAD	SEXO		TOTAL
		M	F	
TRAUMA CRANEOENCEFALICO				
ACCIDENTE CREBROVASCULAR				
CRISIS CONVULSIVA				
TRAUMA RAQUIMEDULAR				
CEFALEA				
HIDROCEFALIA				
NEUROCISTECIRCOSIS				

CERTIFICADO

Loja, 7 de noviembre de 2013

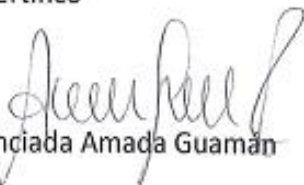
Licenciada Amada Guamán

RESPONSABLE DE GESTION DE ENFERMERÍA

CERTIFICA :

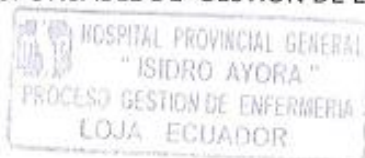
Haber recibido de la señorita Marcia Estela Cabrera Piedra, el MANUAL DE ATENCION DE ENFERMERIA PARA PACIENTES CON PATOLOGIAS NEUROLOGICAS EN BASE AL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA Y LA TAXONOMIA NANDA NIC Y NOC., el día 7 de noviembre de 2013.

Lo certifico



Licenciada Amada Guamán

RESPONSABLE DE GESTION DE ENFERMERIA



ÍNDICE

CERTIFICACIÓN.....	II
AUTORIA.....	III
CARTA DE AUTORIZACIÓN.....	IV
AGRADECIMIENTO.....	V
DEDICATORIA.....	VI
TÍTULO.....	1
RESUMEN.....	2
INTRODUCCIÓN.....	4
REBISION BIBLIOGRAFICA.....	6
MATERIALES Y MÉTODOS.....	22
ANALISES Y DISCUSION DE RESULTADOS.....	24
CONCLUSIONES y RECOMENDACIONES.....	32
BIBLIOGRAFIA.....	75
ANEXOS.....	78
ÍNDICE.....	81