

Ref. 16



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

**PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA
EN PACIENTE CON
HEMORRAGIA INTRACEREBRAL SECUNDARIA A
HIPERTENSION ARTERIAL**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
PRESENTA:**

MARIA FELICITAS CORTES MARTINEZ



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

	PAGINA
Introducción	1
Objetivos de proceso	3
Generalidades de anatomía y fisiología de sistema nervioso central	4
Cerebro anterior	5
Cerebro medio	14
Cerebro posterior	14
Sistema Nervioso autonomo	18
Anatomía y Fisiología de la Irrigación cerebral.	23
Patología de la Hemorragia intracerebral	28
Historia natural de la hemorragia intracerebral .	37
Historia clínica de enfermería	38
Plan de atención de enfermería	42
Evolución General	58
Conclusiones	59
Sugerencias	61
Bibliografía	62

INTRODUCCION

El presente estudio clínico se llevó a cabo en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía, en un paciente con hemorragia intracerebral secundaria a hipertensión arterial, malcontrolada.

Las hemorragias intracerebrales se presentan por la ruptura de un vaso dañado, que sangra en cualquier parte de la cavidad craneal; éstas hemorragias son más frecuentes a nivel de los ganglios basales, tálamo y ventrículos cerebrales. La mayoría de éstas hemorragias son producidas por la ruptura de un aneurisma, como resultado de una hipertensión mal controlada, a causa del reblandecimiento del tejido vascular, ocasionado por los cambios frecuentes de presión. También se asocia la predisposición por otras patologías, como son: arterioesclerosis, cardiopatías, hipertensión arterial, problemas metabólicos y otras causas.

La sintomatología del cuadro vascular es progresiva, pero en las hemorragias es súbita, y el daño va de acuerdo a la zona invadida; si el paciente sobrevive a ésta patología, las secuelas con que queda son, en un gran porcentaje, de índole motor, sensitivo y del habla.

Si la hemorragia intracerebral fué grande, sería imposible localizar el vaso roto, y si no se controláse la hemorragia ésta terminaría por provocar un aumento de presión intracerebral, por el gran volúmen sanguíneo.

Debido a lo anterior, se corre el riesgo que se abra el san grado a ventrículos cerebrales, y de ahí pasar al espacio sub - aracnoideo, siendo ésta una de las complicaciones mortales existentes, y la posibilidad de vida es nula.

OBJETIVOS QUE PERSIGUE ESTE PROCESO

I.-Mejorar la calidad de atención al paciente asignado.

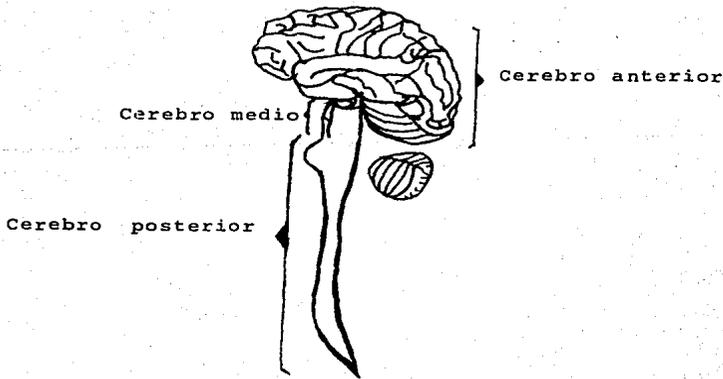
II.-Detectar complicaciones propias del padecimiento.

III.-Orientar a los familiares sobre la importancia de la rehabilitación en caso de que se presenten secuelas neurológicas.

GENERALIDADES DE ANATOMÍA Y FISIOLÓGIA DEL
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

El Sistema Nervioso Central, por sus funciones, es muy importante para los seres humanos, pues es el que se encarga de recibir, transmitir y regresar, la respuesta a un estímulo recibido, por medio de sus vías aferentes y eferentes. La conservación de ésta homeostasis la consigue desencadenando una respuesta muscular y glandular. Este mismo nos permite expresar los rasgos característicos, que distinguen al ser humano de otras especies.

Por razones de estudio, el Sistema Nervioso es dividido en central y periférico. El central se subdivide en cerebro anterior, cerebro medio y cerebro posterior.



CEREBRO ANTERIOR

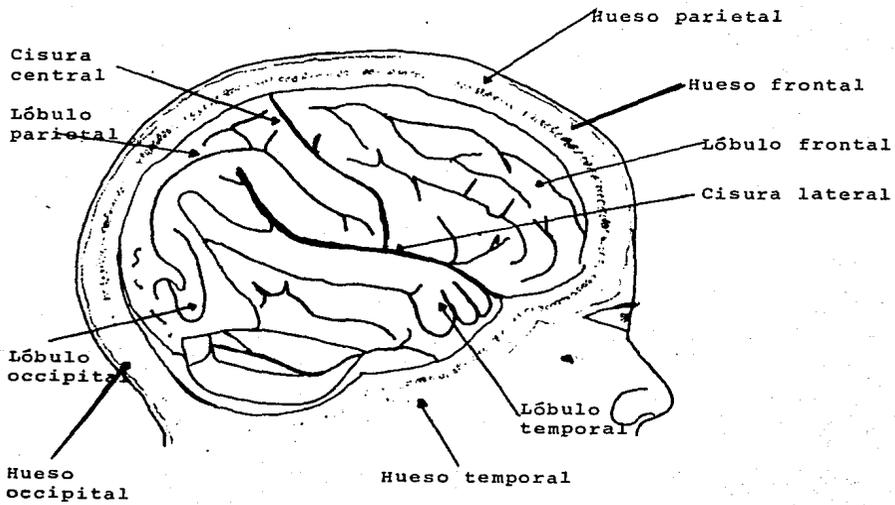
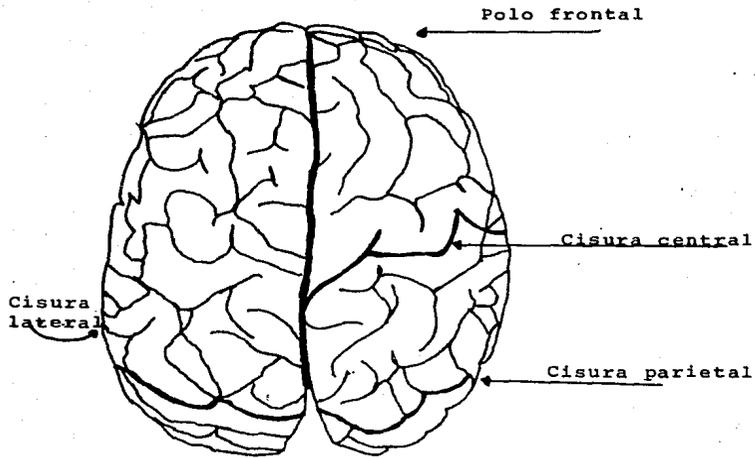
El cerebro anterior consta de telencéfalo y diencéfalo. En el telencéfalo se encuentra la corteza cerebral, y en el diencéfalo los tálamos. La corteza cerebral es la parte más grande y superficial del cerebro, constituida por una capa de sustancia gris, formada por los cuerpos neuronales.

La corteza se encuentra dividida en dos hemisferios, por la cisura interhemisférica, y cada uno está doblado en circunvoluciones, que se hallan separadas entre sí por surcos ó cisuras de las cuáles, las más importantes son: la Rolándica ó central, la de Silvio ó lateral, la parieto occipital y la calcarina.

Cada hemisferio se divide en lóbulos, recibiendo el nombre del hueso craneal donde se ubican. En la zona anterior se encuentra el lóbulo frontal, ubicado por delante de la cisura central, limitado en su parte inferior con la cisura lateral. El lóbulo parietal ocupa la zona posterior de la cisura central. El lóbulo temporal está en la parte inferior de la cisura lateral. El lóbulo occipital se ubica detrás de la cisura parietooccipital.

En el interior de los hemisferios cerebrales se hallan los ventrículos laterales, los núcleos basales y las fibras nerviosas, las cuáles están enclavadas en la neuroglía y son las que constituyen la sustancia blanca.

Dentro de los hemisferios existe una cavidad en forma de "C", revestida de epéndimo y llena de líquido cefalorraquídeo.



Estos ventrículos se comunican con la cavidad del tercer ventrículo, a través del agujero interventricular ó agujero de Monro; sus plexos coroídeos los irrigan las ramas coroídeas de la arteria basilar ó carótida interna; sangre venosa drena a las venas cerebrales internas, que son las que se unen para formar la vena de Galeno. Dichas venas se unen al seno longitudinal inferior para formar el seno recto.

En los plexos coroídeos es donde se produce el líquido cefalorraquídeo, y cada ventrículo lateral contiene entre 7 y 10 ml. de líquido, los cuáles drenan al tercer ventrículo por el agujero de Monro.

De las comisuras del cerebro, la más importante es el cuerpo calloso, pues la mayoría de sus fibras unen áreas simétricas de la corteza cerebral. Las cortezas receptoras sensitivas somáticas, viscerales y auditivas, tienen conexiones que pasan a través del cuerpo calloso, de tal manera que la información de un hemisferio a otro se transmite a través del cuerpo calloso, resultando esta estructura esencial para la discriminación, experiencia sensitiva y la memoria.

La cápsula interna constituye una banda compacta de sustancia blanca, que está compuesta por fibras nerviosas ascendentes y descendentes, que unen a la corteza cerebral con el tronco cerebral y la médula espinal. Esta cápsula colinda con el núcleo caudado, tálamo y el núcleo lenticular externo. Esta cápsula suele verse afectada por los trastornos vasculares del cerebro; la causa más común, son las hemorragias intracerebrales, causando efectos severos del lado contralateral del cuerpo, debido a la concentración de fibras importantes dentro de-

la cápsula. La sangre no sólo destruye tejido neural, sino también puede edematizar fibras nerviosas vecinas.

AREAS CORTICALES DEL CEREBRO

Los estudios clínico-patológicos que se han realizado, demuestran que las distintas áreas de la corteza cerebral poseen funciones especiales, encontrándose distribuidas en los diferentes lóbulos cerebrales.

LOBULO FRONTAL

En el lóbulo frontal se localizan varias áreas: la central ó motora; la de broca, que es el área de la palabra; la óculo - frontal y la frontal.

El área central se encarga de los movimientos voluntarios del lado contrario del cuerpo. La estimulación eléctrica de ésta área produce movimientos aislados del lado contrario del cuerpo; también en ésta área se localizan las estructuras que participan en la deglución y movimientos de la lengua, mandíbula, labios, larínge, párpados y cejas. En las circunvoluciones siguientes se encuentran los movimientos de los dedos, especialmente del pulgar, mano, muñeca, codo, hombro y el tronco. Los movimientos de la cadera, rodilla y talón, están localizados en áreas más elevadas de la circunvolucion frontal ascendente, y los movimientos de los dedos de los pies, están localizados en la superficie medial del hemisferio cerebral, en el lobulillo - paracentral. (1)

1.-Snell Richard S. Neuroanatomía Clínica. Ed. Panamericana. 3a. Ed, Buenos Aires, 1980. p 261

La estimulación eléctrica del área óculo frontal, causa - movimientos conjugados de los ojos, especialmente hacia el lado contrario. Se desconoce la vía exacta tomada por las fibras nerviosas de ésta área, pero se cree que pasan al tubérculo -- cuadrigémimo superior del mesencéfalo. El área ocular frontal controla los movimientos oculares voluntarios y es independiente de los estímulos visuales.

El área de broca (44 y 45) ó de la palabra se encuentra - en éste lóbulo, entre las ramas ascendente y posterior de la cisura lateral; si hay daño en esta área, la afasia será puramente motora, pues el individuo tiene la capacidad de pensar - las palabras, comprenderlas y escribirlas.

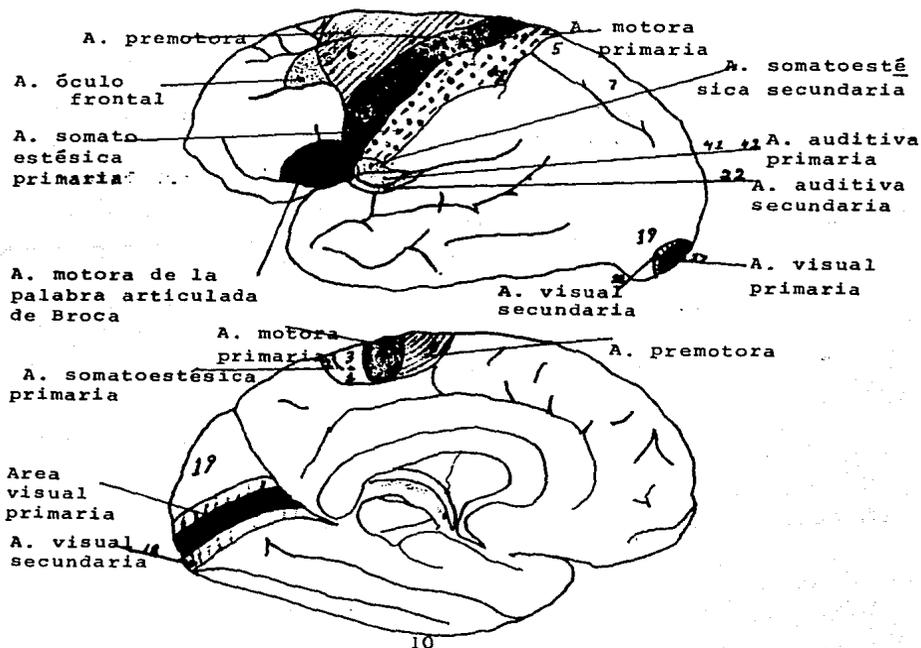
El área frontal se encarga de las funciones mentales superiores que componen la personalidad del individuo, pues regula la profundidad de los sentimientos de la persona, influyendo - también en la iniciativa y el juicio del individuo. Si se daña ra esta área, se alteraría el pensamiento abstracto, iniciativa, se alteraría la concentración, presentándose marcada indiferencia a los problemas, siendo un paciente que no se adaptará al modo de conducta social y no le interesará su aspecto ni su manera de vestir.

LOBULO PARIETAL

En éste lóbulo se encuentran las áreas somatoestésicas -- primarias (ó 3,1, 2 de Brodman), localizándoseles en la circunvolución parietal ascendente, detrás del surco central. En este lugar se encuentra la mitad contraria del cuerpo, apareciendo en forma invertida, encontrándose también la región fa-

ríngea, lengua, mandíbula, cara, dedos de la mano, brazo, tronco y muslo; también en la superficie medial del hemisferio, la pierna y el pie.

La corteza parietal determina movimientos sinergistas, como la posición del cuerpo en el espacio, y la planeación de actos complejos, como es el abrir la puerta. En la parte medial del hemisferio, se encuentra el área somatoestésica de asociación (5 y 7 de Brodman). Son áreas que nos permiten reconocer un objeto ubicado en la mano sin ayuda de la visión, pues el estímulo se interpreta en base a la información de experiencias anteriores, de tal forma que el sujeto puede distinguir una moneda de 25 centavos de una de 10 centavos, sólo por el tamaño y la forma de la moneda, sin tener que verla.



LOBULO OCCIPITAL

En él encontramos el área visual primaria (17 de Brodman) y el área visual secundaria (18, 19 de Brodman). Una lesión en el área primaria puede provocar la pérdida de la visión en el campo contrario, es decir, una hemianopsia homónima contralateral. Si la lesión es por encima de la cisura calcarina, hay -- una cuadrantanopsia inferior; si la lesión es por debajo de la cisura calcarina, la cuadrantanopsia será superior. Las lesiones en el polo occipital producen escotomas centrales; ésta última es la causa más común de los trastornos vasculares, tumores y las lesiones de bala.

LOBULO TEMPORAL

En éste se encuentran las áreas 41 y 42 de Brodman, ubicadas en la primera circunvolución, siendo responsables del conocimiento, de las sensaciones olfatorias, vestibulares y acústicas, formando también parte del círculo de la furia, dando origen a movimientos complicados involuntarios, e interviene en las reacciones del despertar y el sueño.

DIENCEFALO

Es la segunda división que constituye el cerebro anterior en el cuál se encuentran: el tálamo, hipotálamo, subtálamo, metatálamo y epitálamo.

El tálamo constituye una masa grande ovalada de sustancia gris en forma de "Y"; se encuentra abrazando al tercer ventrículo, estando constituido por un grupo de conexiones de núcleos talámicos, recibiendo por la parte anterior los fascículos mamilares, la circunferencia del cuerpo calloso y el hipotálamo.

mo. En la actualidad aún se sabe poco del funcionamiento de varios de los núcleos talámicos, pero se mencionarán algunas de las funciones ya conocidas. Este se relaciona con el sistema límbico y los mecanismos de la memoria reciente; también se encarga de integrar una gran variedad de información somática, visceral, sensitiva, en sí de todo tipo, excepto la olfatoria. El núcleo dorso mediano posee conexiones con la corteza del lóbulo frontal y el hipotálamo; de esta forma, también se encarga de los estados emocionales de la personalidad del individuo

Dado que el tálamo constituye un centro de integración y de transmisión tan importante, una enfermedad en esta área traería profundos efectos de índole sensitiva; estos trastornos -- pueden ser causados por una invasión neoplásica, ó una degeneración de tipo vascular, que a la larga puede originar un síndrome isquémico, ó llegar a lo más grave, que es un infarto ó una hemorragia cerebral. Si hubiera un daño en el núcleo ventral posterolateral y el posteromedial, se perderían todas las formas de sensación, como son el tacto leve, la localización y las discriminaciones táctiles, como son el sentido propioceptivo del lado contrario del cuerpo. Un ejemplo: si se destruyera toda la corteza sensitiva del individuo, éste podría sentir la presencia de un objeto caliente en la mano; sin embargo, se verá disminuída la presencia de la forma, peso y temperatura exacta del objeto. Por lo tanto el tálamo debe considerarse como un centro sensitivo de relevo, que dá origen al conocimiento.

El hipotálamo es otra estructura de tamaño pequeño, de gran importancia por su funcionamiento; se encuentra ubicado -

debajo del tálamo, desde la región del quiasma óptico, hasta - el borde caudal de los cuerpos mamilares. Consta de una serie de núcleos complejos, pero más definidos, ubicados en el piso del tercer ventrículo y sus paredes. Las actividades hipotalámicas se modifican dependiendo de la información recibida.

Si hubiera una estimulación en el área hipotalámica anterior, habría una disminución de la presión arterial, de la frecuencia cardíaca, contracción pupilar, contracción de la vejiga, así como un aumento de la motilidad del aparato gastrointestinal, salivación y de la acidéz del jugo gástrico, por estimulación parasimpática.

La estimulación de los núcleos laterales y posteriores -- causan una reacción simpática, como lo es un aumento en la presión arterial, aumenta la frecuencia cardíaca, disminuye la peristalsis gastrointestinal, dilatación pupilar, y un aumento de los niveles de glucosa en sangre. También se encuentran --- otros núcleos como son el del control endócrino, regulación de la temperatura, el de la ingestión de alimentos y agua, ó sea, el centro de la sed; la emoción y la conducta en unión del sistema límbico; la corteza prefrontal y otras áreas del sistema nervioso central. El hipotálamo, junto con el tálamo controlan la vigilia y el sueño.

El subtálamo se localiza debajo del tálamo y por encima - del mesencéfalo. El núcleo subtalámico tiene la forma de una lente biconvexa y posee importantes conexiones con el cuerpo - estriado, por lo que interviene en el control de la actividad muscular.

El epítalamo consta de los núcleos habenuares y tiene co nexiones con la glándula pineal. Algunas de las fibras de las estriás de la habénula cruzan la línea media y llegan al nú--- cleo habenuar, formando la comisura interhabenuar, y se cree que el núcleo de éste constituye un centro para la integración de las vías olfatorias, viscerales y aferentes somáticas.

CEREBRO MEDIO

El mesencéfalo o cerebro medio mide aproximadamente 2 cm. de longitud y une la protuberancia anular con el cerebro y con el procencéfalo. En la superficie posterior se encuentran los- cuatro tubérculos cuadrigéminos, que a su vez son centros para los reflejos visuales en la parte superior, y en la parte infe- rior son centro de los reflejos auditivos; en la línea media - se encuentra el origen aparente del par VI ó patético y en el- espacio interpeduncular el par III ó motor ocular común.

El tubérculo cudrigémino superior forma parte de los re - flejos visuales, pues recibe fibras aferentes del nervio ópti- co, y de la corteza visual del fascículo espinotectal, y se -- cree que éste es el que se encarga de los movimientos de los - reflejos de los ojos, la cabeza y el cuello. También en el me- sencéfalo, a nivel del núcleo rojo, se decruzan varias fibras- provenientes de la corteza cerebral, tálamo y médula, siendo - este lugar donde hacen relevo.

CEREBRO POSTERIOR

Este, para su estudio se subdivide en: puente, cerebelo y bulbo raquídeo ó medula espinal, quedando así formado el siste- ma nervioso central.

PUENTE

Se localiza delante del cerebelo, y une al bulbo raquídeo con el mesencéfalo ó cerebro medio; mide aproximadamente 2.5cm. de longitud, y su nombre se debe al aspecto que presenta sobre la superficie anterior, que es la de un puente que une a los hemisferios cerebelosos derecho e izquierdo. (2)

De su superficie artero lateral emerge el nervio trigémino a cada lado, siendo un nervio mixto. En el canal entre la protuberancia y el bulbo, emergen desde la parte interna, los nervios motor ocular externo, facial y vestibulococlear.

La protuberancia, al igual que el bulbo y el cerebelo, se encuentra en la fosa posterior, debajo de la tienda del cerebelo; se relaciona por delante con la arteria basilar, la silla turca del hueso esfenoides, y la apófisis basilar del hueso occipital. Además de formar la mitad superior del piso del cuarto ventrículo, posee varios núcleos de nervios craneales importantes. A su vez, sirve de conducto para importantes fascículos ascendentes y descendentes (córticonuclear, córticoprotuberancial, córticomedulular, fascículo longitudinal posterior, lemnisco-medial y lateral. Por lo tanto, no es sorprendente que los tumores, hemorragias ó los infartos en ésta zona del cerebro, produzcan una variedad de síntomas y signos diversos. Por ejemplo, la afección de los fascículos póntico corticocerebelosos causa una marcada ataxia cerebelosa y movimientos involuntarios, acompañados por un temblor rítmico, que se intensifica a medida que los movimientos continúan.. (3)

2.-Snell Richard S. op. cit. p. 184

3.-Snell Richard S. op. cit. p. 190

EL CEREBELO

El cerebelo es la parte más grande del mesencéfalo; se -- ubica detrás de la protuberancia y el bulbo. Tiene una forma -- ovalada y se halla estrechado en la parte media. Ubicado en la fosa craneal posterior, consta de dos hemisferios cerebelosos, unidos por un vermis medio y estrecho.

El lóbulo anterior, la úvula y la pirámide del vermis, cu ya función se relaciona con los movimientos generales de la ca beza y el cuerpo. El lóbulo medio está asociado con los movi -- mientos finos voluntarios. El lóbulo flóculonodular está aso -- ciado con el sistema vestibular.

Las fibras nerviosas aferentes entran en el cerebelo a -- través de los tres pares de pedúnculos cerebelosos, y terminan en la corteza cerebelosa en forma de fibras ascendentes y mus -- gosas. Las neuronas de los núcleos forman las principales fi -- bras aferentes del cerebelo.

La función esencial del cerebelo consiste en coordinar -- por acción sinérgica, toda la actividad muscular voluntaria y refleja. Por lo tanto, gradúa y armoniza el tono muscular y -- mantiene la postura normal del cuerpo. Permite que los movimi -- entos voluntarios sean con precisión y economía de esfuerzo.

(4)

BULBO RAQUIDEO

Este también se localiza en la fosa posterior encima del -- agujero occipital, uniéndose con la protuberancia anular. A ca da lado del surco mediano, hay un engrosamiento llamado pirámi de, las cuáles contienen fibras córticomedulares; en éste se --

encuentran los núcleos de nervios craneales (hipogloso, glososfaríngeo, neumogástrico y el espinal).

En los pacientes con tumores de fosa craneal posterior, - la presión intracraneal se eleva a tal grado que tiende a desplazar al encéfalo, cerebelo y bulbo hacia zonas de menor resistencia, corriendo el riesgo de producir una hernia descendente del bulbo y de las amígdalas cerebelosas, a través del agujero occipital. Los síntomas que provoca son: cefáleas, tortícolis y parálisis de los nervios glososfaríngeo, neumogástrico espinal e hipogloso, a causa de la tracción, resultando en estos casos muy peligroso realizar una punción lumbar, dado que la presión del líquido puede agravar más la hernia cerebral; - si ésto sucediera, habría una insuficiencia súbita de las funciones vitales como consecuencia de la presión, y la isquemia de los núcleos craneales y del bulbo.

SISTEMA NERVIOSO AUTONOMO

Este sistema es otra parte principal del sistema nervioso central, siendo controlado por el hipotálamo. Se divide en dos partes: la simpática y la parasimpática, ambas con sus fibras aferentes y eferentes, mielínicas y amielínicas.

Este sistema se encarga de inervar las estructuras involuntarias, como es el corazón, el músculo liso y las glándulas de todo el cuerpo.

Su funcionamiento es por medio de respuestas autónomas y endócrinas, para mantener la estabilidad del medio interno del cuerpo. La respuesta autónoma funciona principalmente a nivel inconsciente. Un ejemplo es la dilatación pupilar y la contracción arteriolar, actos de los cuáles no nos damos cuenta. La respuesta endócrina es por medio de las hormonas, que son transportadas por el torrente sanguíneo, las cuáles intervienen en la estabilidad del medio interno del cuerpo.

Las partes simpáticas y parasimpáticas del sistema nervioso autónomo, suelen ejercer un control antagonista sobre una víscera, ó sea, la parte simpática aumenta la frecuencia cardíaca, mientras que la parasimpática la disminuye. La actividad simpática relaja el músculo liso bronquial y la parasimpática lo contrae. (5)

En el hipotálamo se encuentran los centros vasopresores, vasodilatadores, cardiainhibidores y respiratorios; como a su vez el sistema nervioso autónomo inerva el músculo elevador de el párpado, con fibras postganglionares simpáticas, una lesión en ellas causaría la ptosis del párpado superior. Fibras para

5.- Snell Richard S. op. cit. pp 401

simpáticas inervan las fibras musculares del iris, que hacen sinapsis en los ganglios ciliares del tercer par; también es inervado por fibras simpáticas postganglionares y hacen sinapsis con los nervios ciliares cortos. Inervando glándulas salivales, parótidas, lagrimales y el corazón, las fibras postganglionares simpáticas pasan a los plexos cardíacos, y terminan en los nódulos sinoauricular y aurículoventricular; la activación de estos nervios provoca la aceleración cardíaca y la dilatación de las arterias coronarias, pues también las inerva.

Las fibras preganglionares parasimpáticas se originan en el núcleo dorsal del nervio neumogástrico y terminan haciendo sinapsis con las neuronas postganglionares en los plexos cardíacos, terminando éstas segundas en los nódulos sinoauricular aurículoventricular y arterias coronarias. La activación de ésos nervios reduce la frecuencia y la fuerza de contracción de el corazón, y contrae las arterias coronarias.

Inerva también los pulmones: las fibras simpáticas entran al pulmón y forman redes alrededor de los bronquios y los vasos sanguíneos. Las fibras producen broncodilatación y vasoconstricción.

Las fibras parasimpáticas nacen en el núcleo del neumogástrico, y hacen sinapsis en las fibras postganglionares de los plexos pulmonares; al entrar al pulmón, forman redes alrededor de los bronquios y los vasos sanguíneos; éstas fibras producen broncoconstricción y vasodilatación y aumentan la secreción glandular.

Inerva también al aparato gastrointestinal: las fibras -- simpáticas se distribuyen en el estómago y el intestino en forma de plexos nerviosos, alrededor de las arterias mesentéricas superior y el tronco ciliado. Los nervios simpáticos inhiben la peristalsis, la secreción y contraen los esfínteres. También irriga el cólon descendente y el cólon pélvico, en donde el parasimpático estimula la peristalsis y la secreción y las simpáticas hacen lo contrario. Las fibras parasimpáticas inervan el músculo liso y las glándulas, estimulando la peristalsis y la secreción glandular, así como la relajación de esfínteres.

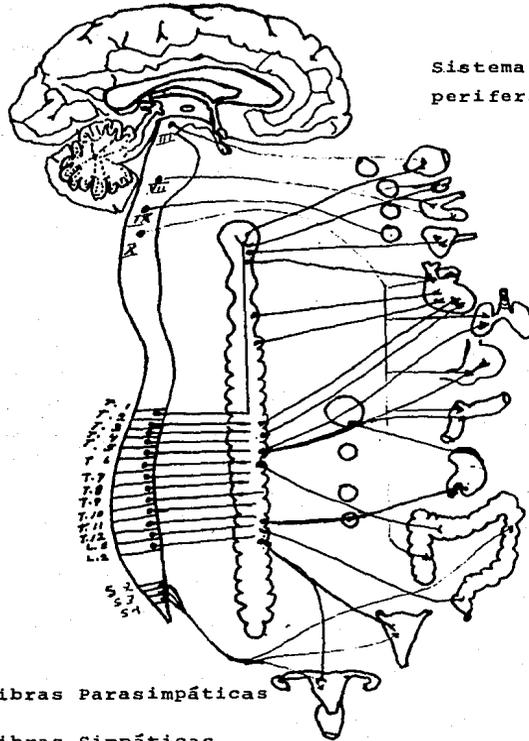
Inerva las glándulas suprarrenales: las fibras simpáticas inervan la médula y estimulan las células secretoras de la médula, para aumentar la salida de epinefrina y norepinefrina; aquí no hay inervación parasimpática.

Inerva el conducto anal, interviniendo sólo fibras simpáticas, que provocan la contracción del esfínter anal.

Inerva el riñón: las fibras simpáticas son vasoconstrictoras y las parasimpáticas son vasodilatadoras.

Inerva la vejiga urinaria: las fibras simpáticas estimulan la contracción del esfínter e inhiben la contracción del músculo liso de la vejiga, y las parasimpáticas estimulan la contracción del músculo liso.

Inervan el pene y el clítoris, interviniendo en el proceso de la eyaculación.



Sistema Nervioso periferico

█ Fibras Parasimpáticas

█ Fibras Simpáticas

Hay algunos reflejos relacionados con el sistema nervioso autónomo que son fisiológicos, como son el fotomotor directo y el consensual, pues los impulsos nerviosos aferentes viajan -- desde la retina, a través del nervio óptico, hasta el quiasma óptico y la cintilla óptica; algunas fibras nacen de la cintilla óptica y hacen sinapsis con las fibras pretectales, las -- cuáles a su vez llegan a los núcleos parasimpáticos (Edinger - Westphal) del motor ocular común. Finalmente, las fibras para-

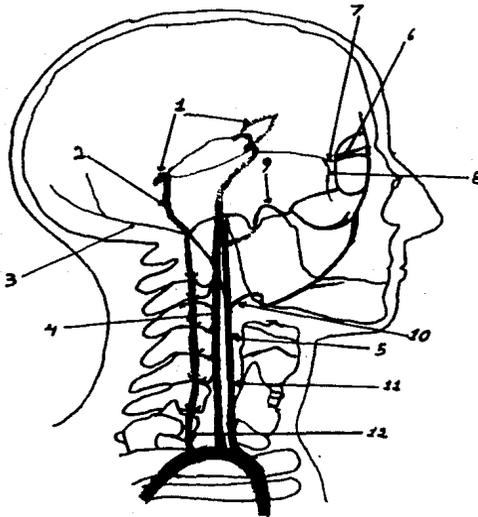
simpáticas postganglionares pasan a los nervios ciliares, hacia el músculo contrictor de la pupila del iris; ambas fibras se contraen en el reflejo consensual, dado que el núcleo pretectal envía fibras a los núcleos parasimpáticos, a ambos lados del mesencéfalo.

En base a todo lo redactado, se puede concluir que el sistema nervioso central es tan importante, que una falla, por mínima que sea, puede dejar daños irreversibles para toda la vida.

ANATOMIA Y FISIOLOGIA DE LA IRRIGACION CEREBRAL

El encéfalo está irrigado por dos sistemas arteriales: el sistema carotídeo interno por delante, y el vértebrobasilar -- por detrás, irrigándolo en tres variedades de conexiones de -- los dos sistemas, asegurando la distribución constante de sangre que requiere el cerebro para su funcionamiento.

El primer tipo es extracraneal completamente. La segunda variedad une los vasos extracraneales, como es la unión de la arteria carótida externa con la arteria oftálmica. La tercera variedad es completamente intracraneal, y consiste principalmente en el polígono de Willis, que está situado en la base de el cerebro.



1. Circulo de Willis
2. Tronco Basilar
3. Arteria Occipital
4. Carótida Interna
5. Carótida Externa
6. Arteria Oftálmica
7. Arteria Nasal
8. Arteria Etmoidal
9. Arteria Maxilar Int.
10. Arteria Facial
11. Carótida Primitiva
12. Arteria Vertebral

GRANDES VASOS DEL CUELLO

Este comunica al sistema carotídeo de un lado con el otro a través de la arteria comunicante anterior, y el tronco vertebrobasilar con los sistemas carotídeos, a través de las arterias comunicantes posteriores; las arterias cerebrales media y posterior se anastomosan sobre la superficie del cerebro y los ventrículos.

En su conjunto, estas redes anatómicas protegen al cerebro, y permiten otras vías que pueden circunvalar obstrucciones en cualquiera de las arterias que irrigan al cerebro. Por ejemplo, una obstrucción de la arteria carótida interna en el cuello, puede ser suplida por la anastomosis carotídea externa oftálmica ó carotídea interna.

Las pequeñas arterias y arteriolas que surgen de las arterias superficiales, y penetran a través del parénquima, tienen pocas interconexiones y funcionan como arterias terminales. Cuando se obstruye una de éstas, se produce un síndrome isquémico ó infarto.

Estas arterias y arteriolas más pequeñas, controlan el flujo sanguíneo en el interior del cerebro. Una capa muscular bien desarrollada les permite la capacidad de contraerse, en respuesta a elevaciones de presión sanguínea, y por efecto autónomo, en caso de hipotensión.

Dentro de éste sistema, sólo las arteriolas son sensibles a cambios en la presión del oxígeno, pues responden espectacularmente a los agentes farmacológicos. Durante la actividad cerebral, el aumento de metabolismo va acompañado del aumento del flujo regional. En las enfermedades cerebrales, ésta auto-

rregulación se altera en forma generalizada ó focal.

ARTERIAS ESPECIFICAS DEL AREA CEREBRAL

El cuerpo estriado y la cápsula interna, están irrigadas principalmente por las ramas centrales, interna y externa, de la arteria cerebral.

El tálamo está irrigado principalmente, por las ramas de la arteria comunicante posterior y cerebral posterior.

El mesencéfalo está irrigado por las arterias cerebral posterior, cerebelosa superior y basilar.

La protuberancia está irrigada por las arterias basilar y cerebelosa superior.

El bulbo raquídeo está irrigado por las arterias vertebral espinal, basilar y cerebelosa posterior.

El cerebelo está irrigado por las arterias cerebelosas superior, anterior, e inferior. (6)

6.- Snell Richard S. op. cit. p 435

Epidemiología de la Hemorragia Intracerebral Secundaria a Hipertensión Arterial.

Para hablar de aspectos epidemiológicos de las hemorragias, es necesario mencionar aspectos generales de la Enfermedad Vascular Cerebral, pues toda persona que desencadena un proceso hemorrágico, cursa primero un cuadro vascular, pudiendo ser sintomático ó asintomático, presentándolo por un tiempo prolongado y no ser detectado a tiempo, lo cuál predispone a problemas graves de tipo neurológico, siendo las hemorragias un ejemplo de ello.

El término enfermedad vascular cerebral abarca cualquier enfermedad que dañe los vasos sanguíneos del cerebro; Esta enfermedad fué señalada por primera vez como causa de muerte, en el año de 1813 por Sedellot y en 1816 Brow Squat refirió su diagnóstico diferencial. A Fisher, en 1941, le llamó la atención la relación existente entre infarto cerebral, y la enfermedad oclusiva de las arterias intracraneales.

La enfermedad cerebro vascular en el extranjero, se encuentra en un 25 % de las autopsias. En México ocupa el séptimo lugar como causa de defunción.

Una vez producido el evento, el 75 % de los pacientes fallecen en los primeros 30 días; un 20 % queda con secuelas importantes, incapacitados para reintegrarse a las actividades ordinarias de la vida, y sólo un 5 % queda sin secuelas.

En un estudio de un centro hospitalario del país, que duró cinco años, se identificó que el 50 % de un total de 360 casos, se debe a trombosis cerebral (180); un 38 % a hemorragias

(137 casos); y un 9 % se debe a embolias (31 casos).

Las enfermedades cerebro vasculares se clasifican en dos grupos: oclusivas y hemorrágicas.

Las oclusivas pueden ser por embolias ó trombosis; dentro de las oclusivas las hay con infarto ó sin infarto.

Las hemorrágicas pueden ser por la extravasación de sangre en el interior del cerebro, a causa de la ruptura de un vaso, y para su estudio se clasifican en:

A) Hemorragias subaracnoideas (HSA)

B) Hemorragias parenquimatosas ó intracerebrales.

En este estudio nos ocuparemos de las hemorragias intracerebrales, problema que ocupa uno de los primeros lugares de ingresos hospitalarios, dentro de las patologías cerebro vasculares de nuestro país.

Su incidencia va de acuerdo a los factores predisponentes que desencadenen esta enfermedad, como son: hipertensión arterial; arterioesclerosis; cardiopatías; Diabetes Mellitus; la edad, pues a mayor edad, más es el riesgo a presentar una hemorragia, debido al reblandecimiento de los vasos cerebrales; no con ésto se descarta una hemorragia en gente joven: puede ocurrir, aunque no es común. Se asocia también a la ingesta de alcohol, tabaquismo, obesidad, stres, y la ingesta de anticonceptivos orales. En lo que respecta al sexo, se ha observado un mayor predominio en el femenino.

La mortalidad hospitalaria se encontró en un 80 % en las hemorragias intracerebrales. Las más frecuentes son producidas por la ruptura de un aneurisma, ó una malformación arteriovenosa.

Patología de las Hemorragias.

Se hace mención que el 80 % de las hemorragias intracerebrales hipertensivas son mortales, pues en las autopsias se encuentra que la sangre a obstruído ó reemplazado una porción de el tejido cerebral. Si la hemorragia es grande, con frecuencia es imposible encontrar el vaso roto. El sitio más frecuente de localización de una hemorragia, son los ganglios basales; las hemorragias en éste lugar generalmente se originan en el tálamo, o en el núcleo lenticular, y se extienden ó afectan la cápsula interna. En ocasiones, se producen en el ventrículo lateral, y es aquí cuando puede difundirse al espacio subaracnoideo. Las hemorragias de éste tipo, son casi siempre mortales.

(7)

La etiología de éste tipo de hemorragias ocurre con mayor frecuencia en personas hipertensas, con arterioesclerosis ó cardiopatías. La cronicidad de las patologías provoca tres cambios vasculares importantes:

- 1.- Engrosamiento de las paredes de los vasos.
- 2.- Aumento de las células.
- 3.- Hialinización por necrosis.

Estos cambios se observan en todos los vasos y arterias de todo el organismo; éstos cambios son a nivel de las tunicas muscular é íntima, por el depósito progresivo de fibrina, lo que ocasiona una dilatación arteriolar local, sufriendo una degeneración hialina, volviéndola espesa y desapareciendo el endotelio, siendo indécernibles las tres tunicas; la luz se va -

7.- Merrit H. Houston. TRATADO DE NEUROLOGIA 2a. Edicion. Editorial Salvat. Colombia. p 107.

estrechando, a tal grado que la arteria puede ocluirse total -
mente. La destrucción del tejido elástico favorece la formaci
ón de aneurismas microscópicos. Por todo esto, se observa que-
éste tipo de pacientes tienen una gran fragilidad arterial, y-
la ruptura de éstas puede ser más fácil, siendo más frecuente-
en personas con hipertensión arterial.

Sintomatología.

Los diversos tipos de enfermedad vascular cerebral difieren ligeramente en el modo de comienzo, sintomatología, y curso clínico. Los problemas vasculares cerebrales son asintomáticos, hasta que alcanzan un estado avanzado. La presencia de éstos síntomas tienen un comienzo brusco, alcanzando una intensidad máxima en minutos ó horas, siendo bruscos ó focales, dependiendo de la localización de la hemorragia.

En el caso de las hemorragias hipertensivas, pueden empezar por presentar sintomatología propia de la hipertensión arterial, como cefálea, visión borrosa, y datos de síndrome isquémico, como hipoestесias, hemianestесias y distonía muscular. Una cefálea intensa, náuseas, vómito de pronta duración, aunado a un cambio en el estado de la conciencia, se debe al aumento de la presión intracraneal. La pérdida del conocimiento, unos minutos después de iniciado el proceso, ocurre en más de la tercera parte de los pacientes, lo cuál indica que se trata de una hemorragia voluminosa ó intraventricular.

Con la pérdida progresiva del conocimiento, los pacientes pueden presentar signos más graves, como decorticación funcional, y más tarde, descerebración. Esta sucesión se observa después de haberse presentado una hernia uncal, a causa del edema cerebral.

En las hemorragias talámicas, la sintomatología es de tipo focal, pues en el se encuentran núcleos con función específica. Habrá alteraciones de la memoria reciente, alteraciones de la personalidad, alteraciones del sentido propioceptivo de

el cuerpo y conocimiento de él; alteraciones del tacto, hemianopsias homónimas, afasias, conjugación de la mirada, y alteraciones motoras. Pueden presentar síndrome meníngeo, si fuese más expansiva, y alteraciones de la conciencia más profundas. También es común que presenten síndrome de insuficiencia respiratoria, por la abolición de varios reflejos causados por el daño expansivo; hay dificultad de la deglución y abolición del reflejo tusígeno. Estas hemorragias son más compatibles con la vida. Si el sangrado fuese demasiado grande, ó se abriera a ventrículos, puede ser mortal, pues provocaría un gran edema cerebral, que involucraría los centros vitales por compresión, y traería importantes cambios de conciencia.

Diagnóstico.

El diagnóstico del paciente con enfermedad vascular debe ser en base a una exploración general y neurológica minuciosa, pues se buscarán daños externos y síndromes neurológicos. En la exploración general se observará el color, olor del aliento tipo de respiración, estado de conciencia y signos vitales, ya que un aumento continuo de la temperatura, la frecuencia cardíaca, el pulso y la respiración, dan a entender que los centros vasomotores y termorreguladores han dejado de funcionar.

En las patologías, como es la arterioesclerosis ó la hipertensión causa de hemorragia ó de infarto intracerebral, no debe de sorprender encontrar en éste tipo de pacientes anomalías cardíacas, como la elevación de la presión sanguínea, y signos de esclerosis en los vasos periféricos, incluyendo los de la retina.

La exploración neurológica en el diagnóstico es determinante para el mismo, pues en ella se buscan toda una gama de signos y síntomas. Como son alteraciones motoras, observando cuidadosamente la cara y haciendo una exploración de las extremidades; cuando una mejilla se abomba con cada inspiración, es indicativo que hay parálisis facial. La parálisis de las extremidades se determina mediante el procedimiento de levantar cada extremidad y dejarla caer; la pierna paralizada cae pesadamente, mientras que la otra desciende progresivamente. La estimulación vigorosa de las plantas de los pies, provoca una retirada de la pierna no paralizada, mientras que la pierna paralizada permanece inerte, a menos que exista una inhibición de los reflejos, con presencia de signo de Babinski, datos característicos de daño de la vía piramidal.

En las lesiones vasculares cerebrales, las alteraciones pupilares varían si la presión vascular está en corteza; si esto ocurriera, las pupilas pueden presentar un tamaño desigual; la más grande está generalmente en el lado opuesto de la lesión. En ocasiones se observa una pupila dilatada fija: sucede cuando las hemorragias masivas han dañado el lóbulo temporal, comprimiendo el tercer par craneal. El paciente con grandes lesiones cerebrales a menudo presenta desviación conjugada de la cabeza y de los ojos; la desviación es hacia la lesión en las anomalías de los hemisferios, y es opuesto en las lesiones del tronco cerebral.

La rigidez de nuca es un hallazgo frecuente en los pacientes con hemorragias intracerebral ó subaracnoidea, por la presencia de sangre en el líquido cefalorraquídeo. La rigidez de

nuca sugiere una posibilidad de herniación de las amígdalas ce
rebelosas. El estado de conciencia es otro dato importante fun
cionando como indicador del estado de la lesión.

Después de la exploración neurológica general, deben de -
realizarse determinadas pruebas vasculares, como son: flexión-
del cuello, pues la resistencia y el dolor son indicadores de
irritación meníngea secundaria a la presencia de sangre en el
espacio subaracnoideo. Deben de palpase las arterias importante
s, para valorar el pulso, pues si estuvier disminuído, sugier
e estenosis u oclusión arterial. El explorador, una vez que -
obtuvo los datos y manifiesta un diagnóstico hipotético, su --
obligación es comprobarlo auxiliándose de los estudios de Rx y
de laboratorio.

Los de laboratorio:

Química sanguínea, pues en el paciente vascular es fre --
cuente que halla hipoglucemia.

Biometría hemática: en ésta, el recuento de leucocitos es-
tán aumentados.

Electroencefalograma: en la mayoría de los pacientes vas-
culares con daño en los hemisferios cerebrales, se pueden ob -
servar anomalías focales.

Líquido cefalorraquídeo: Se obtiene por medio de una pun-
ción lumbar, presentando en la mayoría de los pacientes líqui-
do hemorrágico si es subaracnoideo, ó algunos eritrocitos si -
es intracerebral, encontrándose también aumentado el contenido
de leucocitos.

Los estudios de rayos "X" se toman cuando hay sospecha de episodios vasculares, especialmente cuando se considera que la cirugía puede ser reparativa: en tales casos debe practicarse una angiografía cerebral. Es bien sabido que este estudio puede aumentar el déficit neurológico durante la fase aguda, por lo que es importante elegir cuidadosamente para practicarlo, dejándolo como un último recurso si se sospecha de una posible hemorragia.

La tomografía axial computarizada es un exámen adecuado durante la fase aguda y de convalecencia, pero es el estudio de elección en casi todos los padecimientos neurológicos, pero no ser agresivo, y sí muy eficaz, sobre todo cuando existen dudas del trastorno; si se sospechara de una hemorragia, sería el estudio de elección, pues la visualización del coágulo sanguíneo corresponderá a una área de densidad aumentada. Posteriormente a éste estudio, sí se puede practicar la angiografía sobretodo si se sospecha de un aneurisma ó malformación arteriovenosa.

Diagnóstico Diferencial.

El diagnóstico de un episodio vascular cerebral generalmente se establece cuando se determinan los signos focales ó neurológicos de un paciente con hipertensión, arterioesclerosis y otros signos de patología vascular. Sin embargo, en los trastornos vasculares hay similitud de signos y síntomas, por lo que es necesario diferenciar una hemorragia intracerebral, de un infarto ó de una embolia cerebral.

El diagnóstico diferencial no es difícil si se conoce la historia de la enfermedad del paciente, pero frecuentemente se encuentra complicado, pues el estado de conciencia no ayuda, y es necesario para poder determinar su Tx a seguir.

Evolución.

Esta depende del tipo y de la amplitud de la lesión, así como de las complicaciones. Si la hemorragia es de tamaño apreciable, la mortalidad es mayor. Si el paciente sobrevive, la sangre y el tejido necrótico son eliminados por fagocitosis, y el cerebro destruido es parcialmente sustituido por tejido conjuntivo, tejido fibroso, y vasos sanguíneos, quedando una cavidad estrecha que se llena de líquido cefalorraquídeo.

Pronóstico.

No puede establecerse con seguridad durante los primeros días ó semanas; con mayor frecuencia en éstos casos, la mejoría se produce lentamente, quedando el paciente con algunas secuelas permanentes, como son: alteraciones de la marcha y del lenguaje. Algunos pacientes no logran su recuperación total, ya que la secuela es de por vida.

Tratamiento.

El tratamiento se puede dividir en dos formas: la primera se dirige a salvar la vida del paciente; la segunda va hacia la rehabilitación.

La primera la dividiremos en dos fases: aguda y de estabilización.

La aguda comprende las medidas que se aplican durante las

primeras 24 horas, a saber:

- Aplicación de fármacos antiedema cerebral.
- Aplicación de diuréticos.
- Aplicación de antihipertensivos.
- Tratar de controlar los síndromes que ponen en peligro la vida del paciente, como son: síndrome de Insuficiencia Respiratoria; de Hipertensión Intracraneal y el Hipertensivo, si no hubiera control de hiperglucemia.

La atención en la fase estable inicia una vez que se han controlado los síndromes que ponen en riesgo la vida del paciente. Esta fase comprende:

- Tratamiento de sostén.
- Vigilancia cuidadosa de complicaciones.
- Iniciar rehabilitación una vez que se ha estabilizado el cuadro, pero antes se mantendrá con masajes pasivos.

Complicaciones.

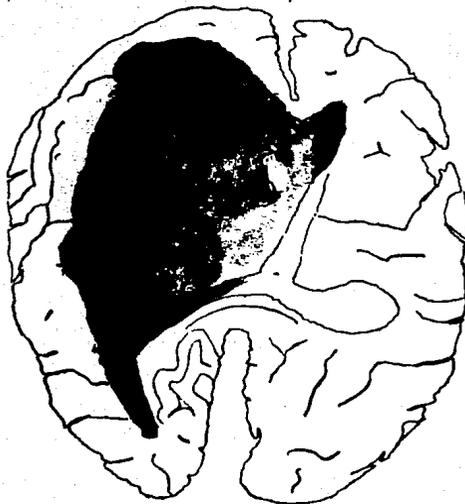
La complicación más común es el resangrado, sobre todo la inundación ventricular, la cuál es mortal a corto plazo, por la hidrocefalia que desarrolla al ocluirse el agujero de Monro impidiendo que el líquido cefalorraquídeo pase al cuarto ventrículo, provocando grandes alteraciones de los signos vitales los que consisten en un aumento de la presión arterial, aumento de la frecuencia cardíaca; puede haber inhibición del automatismo respiratorio, pudiendo llegar a una hernia de uncus, ó enclavamiento de las amígdalas cerebelosas.

Existen otras complicaciones por causas externas, como son:

- A) Desequilibrio hidroeléctrico.
- B) Sangrado de tubo digestivo por stress medicamentoso.
- C) Ulceras por presión, por falta de movilidad en su cama.

Las dos primeras también ponen en riesgo la vida del paciente.

Hemorragia talámica ganglionar abierta a ventrículos laterales.



HISTORIA NATURAL DE LA HEMORRAGIA INTRACEREBRAL HIPERTENSIVA

PERIODO PATOLOGICO

PERIODO PATOGENICO

Interacción de los factores responsables de la enfermedad.

Agentes

- Biológico** - Hipertensión
 - Arteriosclerosis
 - Obesidad
 - Alcoholismo
 - Tabaquismo
 - Anticoagsgkivon.

Social - Stress

Misaped

- Se encuentra entre la cuarta y séptima década de la vida, duplicándose en la séptima.
- Se presenta en ambos sexos.
- Médicos hisfíficos deficientes.
- Personas obesas que llevan vida sedentaria.

Ambiente

- Es más frecuente en zonas urbanas que en rurales.
- Nivel socioeconómico y cultural bajo.

Muerte

Estupor
Coma.

Hipertensión arterial
Edema cerebral
Alteración del estado de conciencia
Resacaudo intracerebral
Insuficiencia respiratoria
Sangrado de tubo digestivo
Neumonia

Incapacidad del habla
Alteración motora y sensitiva

Pérdida de la conciencia
Alteraciones del lenguaje
Alteraciones respiratorias
Hipertensión arterial

M.C.

Parálisis facial
Hemiplegias
Hemianestias
Alteración de la sinapsis neuronal

Recuperación parcial compatible con la vida.

Hemorragia intracerebral secundaria a hipertensión arterial.

PREVENCIÓN PRIMARIA

PREVENCIÓN SECUNDARIA

PREVENCIÓN TERCIARIA

Promoción de la salud

Protección específica

Dx. Precos y Tx. oportuno

Limitación del daño

Rehabilitación

Educación nutricional e higiénica.

Mejor control de las personas:

- Obesas
- Hipertensas
- Diabéticos
- Arterioscleróticos
- Cardiopatas

Programas para prevención de las enfermedades.

Campañas encaminadas a determinar personas hipertensas, prediabéticos y diabéticos.

Promoción del saneamiento ambiental.

Dietas especiales a las personas predispuestas.

Mejoramiento del ambiente a nivel familiar.

Suspensión de alcoholismo y tabaquismo.

Mejorar la comunicación familiar.

Concientizar a esas personas de su padecimiento y lo que pueda ocasionar un descuido.

Orientación adecuada de la administración económica y de las compras alimenticias.

Detección oportuna de Diabetes a grupos aparente - tante sanos, y grupos - predispuestos, mediante - exámenes adecuados de laboratorio.

Dietas hiposódicas a personas obesas e que rebasesa diastólicas mayores de 90 mm de Hg.

Dietas hipocalóricas a -- diabéticos.

Toma de reactivos y tensión arterial una vez por semana.

Tratamiento farmacológico a hipertensos, diabéticos y personas stressadas.

Evitar la vida sedentaria y controlar peso a estas personas.

Seguimiento domiciliario de las mismas por el departamento de medicina preventiva.

Control del edema cerebral.
Control de la presión arterial.
Control del síndrome respiratorio.
Control de la hipertensión.
Control de líquidos y electrolitos.
Ayuno en las primeras 24 horas de la fase - aguda.

Nota: se iniciará el levantamiento de - respuesta, de - respuesta.

Fisioterapia, Hidroterapia. Ejercicios de vocalización. Orientar a los familiares para la aceptación de estos pacientes en sus hogares si lo - gran sobrevivir.

Orientación a las empresas para que fuesen aceptados en su - empleo, si no hubiese dado mental. De esta forma brindar las posibilidades de reiniciar su vida social.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

EXAMEN CLINICO

I.- HISTORIA CLINICA DE ENFERMERIA.

1.-DATOS DE IDENTIFICACION:

Nombre: Guillermina de la Rosa Servicio: Neurología.
No. de cama: 344 Fecha de ingreso: 02-01-87
Edad: 75 años Sexo: Femenino. Estado Civil: Viuda.
Escolaridad: Analfabeta. Ocupación: Hogar.
Religión: Católica. Nacionalidad: Mexicana.
Lugar de procedencia: Veracruz, Veracruz.
Domicilio actual: Calle Ojo de Agua # 5, San Bernabé,
México, D. F.

2.-PERFIL DEL PACIENTE

AMBIENTE FISICO.

Habitación: Habitación con buena iluminación, pero deficiente en ventilación, perteneciente al hijo, de tabique, concreto y piso, con tres espacios divididos, en el cuál habitan cinco pollos y dos perros.

Servicios Sanitarios: cuenta con agua potable intradomiciliaria; el control de basuras es por medio de la quema y el uso irregular del carro. La eliminación de detritus es por medio del drenaje.

Iluminación: Eléctrica.

Pavimentación: Incompleta.

Vías de comunicación: Teléfono público, autobús y pesero.

Recursos para la salud: por medio de hospital y centro de salud.

Hábitos higiénicos: Baño general, dos veces por semana; de manos es constante y de boca, ocasional. El cambio de ropa es dos veces a la semana.

Alimentación: El desayuno se realiza en forma irregular, entre 8 y 12 a.m.; la leche es de consumo ocasional. La comida se realiza en un horario de entre las 15 y 17 hrs; consta de vegetales, sopa y carne en forma ocasional. La cena no se acostumbra, pero llegan a consumir antojos en forma ocasional. Los alimentos preferenciales son carnes en su jugo y caldos; desagradan los alimentos mezclados con leche. Hay intolerancia a los alimentos preparados en forma dulce.

Antecedentes personales patológicos:

Presenta diarreas frecuentes, diabetes, arterioesclerosis, así como hipertensión arterial no detectada.

Antecedentes familiares patológicos:

Los desconoce

Comentario acerca del padecimiento:

Se trata de una paciente sin antecedentes neurológicos, pero con patologías no detectadas ni controladas, que predisponen a todo individuo a una alteración del estado de salud; en este caso clínico, las patologías desencadenaron una enfermedad cerebro vascular.

Participación del paciente y la familia en el diagnóstico, -- tratamiento y rehabilitación:

La participación es nula por parte de la paciente, pues no -- colabora por la falta del estado de conciencia. De parte de -- los familiares, la colaboración es muy poca.

II.- EXPLORACION FISICA.

Inspección:

Aspecto físico: paciente femenina con edad aparentemente menor a la real, es obesa, con hábitos higiénicos deficientes, delicada en su estado de salud.

Aspecto emocional: paciente somnolienta, por lo que no participa en la exploración.

Palpación: Ante ésta, se encuentra un gran pánicula adiposo -- por lo que es difícil la palpación en busca de visceromegalias, amígdalas y carótidas normales, con cuello corto y bien -- hidratada.

Percusión: sin datos patológicos.

Auscultación: campos pulmonares limpios, buen ritmo cardíaco, papila óptica con buen pulso venoso, ruidos peristálticos aumentados, signos vitales dentro de límites normales.

Somatometría: talla: 1.56 mts; peso: 89 kgs; perímetro cefálico, 55 cms; perímetro abdominal: 99 cms.

III.-DATOS COMPLEMENTARIOS

EXAMENES DE LABORATORIO.

FECHA	TIPO	CIFRAS	
		NORMALES	DEL PACIENTE
02-I-87	Electrolitos	K-3.5-5.5 mEq.	K- 3.2 mEq.
		Na- 135-140 mEq.	Na- 128 mEq.
02-I-87	Glucosa	80-120 mg.	539 mg.
02-I-87	Urea	20-30 mg.	20 mg.
	Creatinina	0.5-0.8 mg.	0.4 mg.
02-I-87	Hemoglobina	13.5-17.0	16.2
	Hematocrito	42-48	50
	Leucocitos	4000-10000	5600
	Plaquetas	6000-10000	28000
05-I-87	Glucosa	80-120 mg.	280 mg.

EXAMENES DE GABINETE.

TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTARIZADA.

Muestra la presencia de una hemorragia talámica izquierda, abierta a sistema ventricular.

ELECTROENCEFALOGRAMA.

Se observa una lentificación de theta en el hemisferio cerebral izquierdo.

TELE DE TORAX.

Se observa imagen opaca hacia el lóbulo superior derecho claro de un foco neumónico.

IV.- PROBLEMAS DETECTADOS.

En base a éstos estudios, se observa que el problema principal que postró a la paciente en ésta situación, es una hemorragia talámica izquierda abierta a ventrículos, así como la

elevación de la presión arterial y de la glucosa circulante - en sangre. Tiempo después se asocia un foco neumónico, lo que agravó más el cuadro clínico, aunado a un resangrado intracerebral abierto a ventrículos.

V.- DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.

Se trata de una paciente senil, con edad menor a la cronológica, se encuentra somnolienta, obesa, con mal aspecto -- higiénico, gesta 12, para 12, con una dinámica familiar poco estrecha, convive en hacinamiento con siete personas en dos - habitaciones poco iluminadas, con buena ventilación, con de - ficiencia en los hábitos higiénicos y mal control médico, en contrándose en éstos momentos con pronóstico grave, por lo -- que se interna en éste servicio para la atención de su cuadro agudo.

Elaboró: Ma. Felicitas Cortés Martínez

Fecha: 20 - I - 87

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

PLAN DE ATENCION DE ENFERMERIA

Nombre del paciente: Guillermina de la Rosa

Edad: 75 años Fecha de ingreso: 2 de enero de 1987.

Sexo: Femenino. Servicio: Neurología. Cama: 344

Diagnóstico Médico: Hemorragia Talámica Izquierda abierta a ven -
trículos.

Objetivos del plan en base al problema: Proporcionar atención óp-
tima y evitar secuelas incompatibles con la vida.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA.

Paciente senil obesa grave, con mal aspecto higiénico, con pa-
lidéz facial, disnea, cianosis, abundantes secreciones orales, ti-
ros xifoideos, hemiplejía flácida derecha, parálisis facial y sin-
control de esfínteres. Trae una sonda nasogástrica permeable, con-
catéter radioopaco central en miembro superior izquierdo, pasándo-
le solución mixta de 1000 + una ampula de cloruro de potasio para
24 horas, permeable; sonda de Foley instalada, permeable, drenando
diuresis de características macroscópicas normales.

PROBLEMA: Síndrome de Hipertensión Endocraneal.

MANIFESTACION.

-Edema Cerebral.

Fundamentación científica: El aumento de la presión intracerebral
es debido a la alteración de las pare-
des vasculares, provocando el desplaza-
miento y compresión de estructuras vi-
tales a causa de la masa ocupativa --
que ocasiona la hemorragia.

Acciones de enfermería: Ministración de dexametazona.

Fundamentación científica: Antiinflamatorio tipo esteroide, que -
actúa a nivel de la membrana neuronal,
volviéndola más permeable al paso de -
los líquidos.

Acción de enfermería: Ministración de manitol y glicerina.

Fundamentación científica: Diuréticos osmóticos cuya función es extraer agua a nivel corporal, principalmente renal e intracerebral, reduciendo por deshidratación neuronal el edema cerebral.

Acción de enfermería: Ministración de laxis

Fundamentación científica: Diurético mercurial que actúa a nivel glomerular, cuya función es aumentar el filtrado glomerular.

-Somnolencia.

Fundamentación científica: Alteración del estado de alerta por estimulación del sistema reticular activador ascendente, ocasionado por la isquemia cerebral en el tallo y en el área frontal.

Acción de enfermería: Aplicación de estímulo doloroso cada hora, para comprobar su estabilidad ó mejoría.

Fundamentación científica: Método muy efectivo para determinar el estado de conciencia del individuo

-Papiledema.

Fundamentación científica: Borramiento del disco óptico por deficiencia en la circulación del segundo par craneal, a causa del edema cerebral.

Acción de enfermería: Fondoscopias por turno.

Fundamentación científica: La visualización continua de la papila óptica, permite observar anomalías del disco, como es: ausencia del pulso venoso, hemorragias ó borramientos del disco.

-Vomito.

Fundamentación científica: Contenido líquido viscoso proveniente del aparato digestivo, a causa de la estimulación vagal.

Acción de enfermería: Aplicación de bonadoxina.
Fundamentación científica: Sustancia química que disminuye la peristalsis estomacal, por su efecto vagal.

PROBLEMA: Síndrome de la Vía Piramidal.

MANIFESTACION DEL PROBLEMA.

-Hemiplejía derecha flácida.

Fundamentación científica: La ausencia ó la disminución de la sensibilidad, así como de la actividad motora, es indicador de la afección de las fibras de la médula.

Acción de enfermería: Aplicación de estímulo doloroso.

Fundamentación científica: La estimulación dolorosa nos permite observar la recuperación ó disminución de la sensibilidad, como del movimiento.

Acción de enfermería: Cambios posturales.

Fundamentación científica: La movilidad frecuente evita la formación de úlceras por presión.

Acción de enfermería: Masajes pasivos.

Fundamentación científica: Los movimientos pasivos son un tratamiento precoz para la recuperación de movimientos, y a su vez, evita deformidades que pueden ser ocasionadas por la inmovilidad.

-Reflejo de Babinski.

Fundamentación científica: Ante la estimulación plantar, el levantamiento del dedo gordo, y la extensión ó flexión de los demás, es considerado como una respuesta refleja anormal; es característico del daño de la vía piramidal.

Acción de enfermería: Comprobar la persistencia del reflejo.

Fundamentación científica: La ausencia ó disminución del reflejo es indicador de mejoría ó persistencia del daño.

Quién ejecuta la acción: La enfermera y el médico.

PROBLEMA: Alteración de la Motilidad Ocular.

MANIFESTACION DEL PROBLEMA.

-Mirada conjugada hacia la derecha.

Fundamentación científica: La presencia de sangre dentro del parénquima cerebral es muy común en el daño del VI par craneal, a nivel nuclear, lo cuál ocasiona estrabismo bilateral, el cuál mira hacia el lado de la lesión.

Acción de enfermería: Comprobar su continuidad.

Fundamentación científica: La ausencia ó disminución de éste signo, es indicador, al igual que otros, de mejoría ó persistencia del daño.

PROBLEMA: Alteración de las Funciones Mentales Superiores.

MANIFESTACION DEL PROBLEMA.

-Afasia profunda.

Fundamentación científica: Las lesiones hemorrágicas causan daños importantes en áreas de la corteza, en éste caso es en la de Broca y en la de Wernike, siendo éstas las encargadas del habla y la escritura.

Acciones de enfermería: Ejercicios de vocalización.

Fundamentación científica: La estimulación temprana del habla ejercita, y de ésta forma se evita necrosis de las cuerdas vocales

PROBLEMA: Síndrome de Insuficiencia Respiratoria.

MANIFESTACION DEL PROBLEMA.

-Disnea.

Fundamentación científica: La obstrucción bronquial ocasionada por la secreción acumulada provoca una disminución de la perfusión pulmonar.

Acción de enfermería: Aspiración de secreciones.

Fundamentación científica: La liberación de las vías respiratorias permite la entrada de las moléculas de oxígeno a nivel pulmonar, favoreciendo la hematosis.

Acción de enfermería: Fisioterapia pulmonar.

Fundamentación científica: El golpe hueco y firme en la cavidad torácica, favorece el desprendimiento de los cuerpos extraños, permitiendo que su aspiración ó expectora - ción sea más fácil.

Acción de enfermería: Oxigenoterapia.

Fundamentación científica: La colocación de puntas nasales cubren la necesidad de oxígeno del organismo, previa limpieza de las vías aéreas superiores.

PROBLEMA; Diabetes mellitus.

MANIFESTACION DEL PROBLEMA.

-Hiperglicemia .

Fundamentación científica: El descuido farmacológico y dietético por parte del paciente diabético, ocasiona la elevación de glucosa circulante en el torrente sanguíneo.

Acción de enfermería: Ministración de tolbutamida.

Fundamentación científica: Hipoglicemiantes del grupo de las -- sulfonilureas, empleadas en los pa -- cientes no insulino dependientes, ó -- sea, en pacientes con disfunción pan -- creática.

Acción de enfermería: Dieta para diabético.

Fundamentación científica: La dieta, baja en calorías, favorece la disminución de los niveles de glu cosa circulante.

Acción de enfermería: Toma de destroxitis preprandales.

Fundamentación científica: La toma del reactivo en ayunas nos - indica el porcentaje más exacto de - glucosa en sangre.

Acción de enfermería: Toma de glucosinta preprandales.

Fundamentación científica: La toma del reactivo media hora an - tes de la ingesta de alimentos, nos - orienta acerca de los niveles de glu cosa que está filtrando el riñón.

Acción de enfermería: Orientación para el paciente, si el estado de conciencia lo permite.

Fundamentación científica: El diálogo con la paciente persigue - concientizarla acerca de su enferme - dad, y la importancia que tiene el - consumir pocos hidratos de carbono, - para bien de su salud.

PROBLEMA: Balance Hídrico.

MANIFESTACIÓN DEL PROBLEMA.

-Control de ingestas y excretas.

Fundamentación científica: La cuantificación numérica de ingre sos y egresos de líquidos nos orien - tan para saber si el paciente está - eliminando ó reteniendo líquidos.

Acción de enfermería: Cuantificación de líquidos por vía - parenteral.

Fundamentación científica: La cuantificación de soluciones, --- plasmas y medicamentos en forma hora ria ó por turno son con el fin de - valorar los ingresos de líquidos en - el organismo.

Acción de enfermería: Diuresis por turno.

Fundamentación científica: La cuantificación de la diuresis es - indicativo de la cantidad de orina -

Acción de enfermería:	filtra el riñón.
Fundamentación científica:	Cuantificación de evacuaciones. La cuantificación numérica, lo más exacta posible nos indica si hay aumento, disminución ó anormalidad de hidratación, así como la presencia del peristaltismo estomacal.
Acción de enfermería:	Cuantificación de pérdidas insensibles.
Fundamentación científica:	La cuantificación de líquidos eliminados por medio de la respiración, sudoración y el hablar, es realizado por medio de una regla existente en base al peso por horas del turno dependiendo de la temperatura que hayan tenido. Regla: Peso x .5 por las 24 hrs. si no hubo fiebre, pues si presentó, hay variabilidad.

PROBLEMA: Vigilancia continúa.

MANIFESTACION DEL PROBLEMA.

-Rutina del piso de enfermería.

Fundamentación científica:	La rutina de piso efectuada en forma continúa nos orienta acerca del estado general, así como de las necesidades del paciente.
----------------------------	--

Acción de enfermería:

Baño.

Fundamentación científica:

La aplicación de agua y jabón en la piel libera, por arrastre mecánico, de grasa, sudor, así como de bacterias adosadas a la piel.

Acción de enfermería:

Aseo bucal.

Fundamentación científica:

La limpieza dental continúa libera de bacterias y restos alimenticios que pueden causar gingivitis y mal aliento.

Acción de enfermería:

Vigilancia de signos vitales.

Fundamentación científica: La toma de tensión arterial, pulso, - respiración y temperatura por turno, nos permite valorar desde el punto de vista fisiológico, el aparato cardiovascular, respiratorio, así como el - hipotálamo.

Acción de enfermería: Vigilancia de signos neurológicos.

Fundamentación científica: La vigilancia continua del paciente - neurológico, por parte de la enfermera del estado de conciencia, pupilas, su respuesta motora, permiten detectar la estabilidad ó la mejoría ó un posible deterioro del paciente.

Acción de enfermería: Ayuda psicológica.

Fundamentación científica: El diálogo con el paciente es una medida muy eficaz, que ayuda en el estado de ánimo que si no se hiciera, puede repercutir en su estado emocional.

PROBLEMA; Crisis Hipertensiva.

MANIFESTACION DEL PROBLEMA.

-Presiones diastólicas mayores de 140 mm de Hg por varias horas.

Fundamentación científica: La elevación prolongada de la presión arterial en sus dos fases, principalmente en la diastólica, corre el riesgo de desencadenar hemorragias por la presión continua de las arterias, sobre todo cuando hay predisposición -- por daño endotelial.

Acción de enfermería: Ministración de adalat.

Fundamentación científica: Vaso dilatador directo, de acción rápida, cuyo efecto es reducir la resistencia vascular, central, y periférica, disminuyendo la presión arterial.

Acción de enfermería: Ministración de aldomet.

Fundamentación científica: Vasodilatador directo de acción lenta que reduce la presión arterial, pues-

disminuye la resistencia vascular periférica; también inhibe la función cardíaca que actúa a nivel simpático. Control frecuente de la presión arterial.

Acción de enfermería:

Fundamentación científica: El chequeo continuo de la presión arterial, cada 15 ó 30 minutos, nos permite comprobar la respuesta del paciente ante el tratamiento aplicado, y de ésta forma, valorar su evolución.

PROBLEMA: Resangrado intracerebral.

MANIFESTACION DEL PROBLEMA.

-Somnolencia.

Fundamentación científica: Alteración del estado de alerta, a causa de la isquemia cerebral, principalmente en su áreas frontal y tallo. En éste caso el paciente ante la estimulación verbal, abre los ojos y responde, pero se vuelve a dormir inmediatamente.

Acción de enfermería:

Ministración de medidas antiedema, mencionadas en páginas anteriores.

-Estupor.

Fundamentación científica: Alteración más profunda del estado de conciencia a causa de la isquemia cerebral, asociada al edema. En este caso la paciente no responde a estímulo verbal solo a estímulo doloroso.

Acción de enfermería

Ministración de medidas antiedema, mencionadas en paginas anteriores.

Acción de enfermería

Mantener en ayuno.

Fundamentación científica

La suspensión absoluta de los alimentos va con el fin de mantener el estómago vacío, de esta forma se mantiene al paciente en condiciones óptimas pa-

Acción de enfermería: Instalación de sonda nasogástrica.
Fundamentación científica: Técnica de enfermería que consiste en introducir una sonda levine, por nariz hasta estómago, para prevenir broncoaspiración, y alimentar por gastroclisis en caso necesario.

Acción de enfermería: Vigilancia de signos neurológicos cada hora.
Fundamentación científica: La observación directa del estado de conciencia, pupilas y respuesta motora en forma estricta, permiten detectar - un posible deterioro neurológico del paciente.

PROBLEMA: Estudios Neurológicos.

MANIFESTACION DEL PROBLEMA.

-Tomografía axial computarizada.

Fundamentación científica: Estudio radiográfico, no invasivo, y - el más eficaz auxiliar de diagnóstico - que existe por el momento, para corroborar el diagnóstico médico y consiste en la toma de cortes radiográficos del cerebro.

Quién efectuó la acción: El médico neuroradiólogo.

Acción de enfermería: Mantener el ayuno.

Fundamentación científica: El ayuno del paciente en éste estudio - nos evita correr riesgos innecesarios - durante el estudio.

Acción de enfermería: Enviar con pelo limpio.

Fundamentación científica: La ausencia de grasa en el pelo y en - la piel, favorece el manejo del pacien - te como la mejor entrada de los rayos - x.

Acción de enfermería: Canalización de vena.

Fundamentación científica: La instalación de un catéter por vía - periférica nos permite tener una vena - lista para utilizarla en caso de usar -

se medio de contraste ó de aplicarse -
algún medicamento.

Acción de enfermería: Colocación de ropa adecuada.

Fundamentación científica: La ropa de algodón en ambos estudios -
favorece el manejo del paciente duran-
te el estudio.

Acción de enfermería: Liberar de elementos metálicos.

Fundamentación científica: La liberación de éstos elementos favo-
rece el resultado en ambos estudios, -
pues no aparecen reflejados, lo que en en
torpecería el resultado.

PROBLEMA: Alteraciones Gástricas.

MANIFESTACION DEL PROBLEMA.

-Sangrado del tubo digestivo.

Fundamentación científica: La ausencia, ó mal manejo de los anti-
ácidos, sobre todo en pacientes que re
ciben esteroides, predisponen ante su-
uso prolongado, el cambio del pH esto-
macal, lo cuál favorece la erosión ti-
sular, y la ruptura capilar, por lo --
que el sangrado se hace presente.

Acción de enfermería: Lavados gástricos con agua helada.

Fundamentación científica: La introducción de agua helada en la -
cavidad gástrica, provoca una respues-
ta vagal, desencadenando una vasocons-
tricción de los vasos asngrantes, y la-
continuidad de la acción favorece el -
cierre absoluto por restitución tisu -
lar del vaso dañado.

Acción de enfermería: Ministración de melox helado.

Fundamentación científica: La introducción de soluciones antiáci-
das favorece la formación de una capa-
protectora de la mucosa gástrica, evi-
tando que los jugos gástricos y los me
dicamentos disminuyan el tejido estoma-
cal.

Acción de enfermería: Ministración de tagamet, por vía intravenosa.

Fundamentación científica: Sustancia química que reduce la producción de ácidos gástricos, disminuyendo de ésta forma la acidéz estomacal.

PROBLEMA: Alteraciones Urinarias.

MANIFESTACION DEL PROBLEMA

-Anuria.

Fundamentación científica: La disminución de la ingesta de líquidos en un tiempo mayor de 24 horas, -- trae como consecuencia alteración en el filtrado glomerular en forma parcial, pero si se prolongara, el case se agravaría, ocasionando la disminución total del filtrado de la orina.

Acción de enfermería: Instalación de sonda Foley.

Fundamentación científica: La introducción de una sonda Foley evita la retención urinaria, y en caso de que exista, saber la causa de origen. También nos servirá para llevar un buen contro, de líquidos.

PROBLEMA: Alteraciones Respiratorias.

MANIFESTACION DEL PROBLEMA.

-Apneas.

Fundamentación científica: Alteración provocada por el edema cerebral, debido a la gran presión que se ejerce en el centro regulador de la -- respiración, alterando completamente -- las características de ésta.

Acciones de enfermería: Preparación del equipo de intubación.

Fundamentación científica: De la preparación rápida del equipo de intubación por parte de la enfermera, depende en gran parte la vida del paciente.

Acción de enfermería: Aspiración de secreciones.

Fundamentación científica: La liberación de las vías respiratorias superiores, favorece el intercambio gaseoso.

Acción de enfermería: Control cada 15 minutos, de la frecuencia respiratoria.

Fundamentación científica: El registro continuo de la respiración, nos permite valorar oportunamente el estado del paciente, en relación a su intercambio gaseoso.

Acción de enfermería: Colocación del nebulizador.

Fundamentación científica: La ministración de oxígeno húmedo favorece la fluidéz de las secreciones, permitiendo a su vez, su fácil eliminación por medio de la espiración, ó expectoración.

Acción de enfermería: La preparación del respirador.

Fundamentación científica: La oportuna preparación de éste equipo por parte de la enfermera, permite su utilización en forma rápida en caso de urgencia, evitando así la hipó ó hiperventilación.

PROBLEMA: Resangrado Intracerebral Abierto a Ventriculos.

MANIFESTACION DEL PROBLEMA.

-Coma.

Fundamentación científica: Alteración profunda del estado de conciencia, donde hay pérdida total del estado de alerta y de la respuesta refleja, en sí de la vida de relación.

Acción de enfermería: Colocación de monitor.

Fundamentación científica: La visualización por medio de un monitor de la corriente eléctrica del corazón, es un método excelente, indispensable en pacientes graves.

Acción de enfermería: Ministración de medicamentos anti edema.

-Pérdida del automatismo respiratorio.

Fundamentación científica: La abolición total del patrón respiratorio, por la gran compresión de los centros vitales del individuo, en éste caso es el respiratorio, siendo ocasionado por el gran edema cerebral.

Acción de enfermería: Instalación de respirador mecánico.

Fundamentación científica: La instalación del respirador ayudará a sostener una función vital en un paciente con alteración en su centro respiratorio.

-Paro cardíaco.

Fundamentación científica: La suspensión absoluta del envío eléctrico del nodo sinusal, por abolición del reflejo de origen central.

Acción de enfermería: Colocación del paciente en posición adecuada.

Fundamentación científica: La colocación del paciente en decúbito dorsal, con hiperextensión del cuello, y la colocación de una tabla en la región dorsal, favorece las maniobras de reanimación cardíaca.

Acción de enfermería: Aplicación de masaje cardíaco.

Fundamentación científica: La opresión cardíaca a nivel retroesternal, estimula la actividad eléctrica del nodo sinusal.

Acción de enfermería: Aspiración de secreciones.

Fundamentación científica: La liberación de las vías respiratorias superiores de secreciones, favorece la oxigenación pulmonar.

Acción de enfermería: Oxigenación con ambú.

Fundamentación científica: La entrada de oxígeno a presión en momentos críticos, evita la hipoxia cerebral.

Acción de enfermería: Ministración de bicarbonato de sodio.

Fundamentación científica: La aplicación de éste medicamento evita la alcalosis respiratoria por retención.

ción de bióxido de carbono, pues su función esencial es transportar bióxido de carbono del plasma a los pulmones, - órgano en el cuál se efectúa el intercambio gaseoso.

Acción de enfermería:

Ministración de adrenalina.

Fundamentación científica: La ministración de éste medicamento ayuda elevando la frecuencia cardíaca por estimulación simpática; de ésta forma favorece el riego sanguíneo a partes vitales.

Acción de enfermería:

Ministración de atropina.

Fundamentación científica: La ministración de éste medicamento evita que disminuya la frecuencia cardíaca por su acción simpaticolítica, pues inhibe la acción de la acetilcolina.

Acción de enfermería:

Toma de electrocardiograma.

Fundamentación científica: Es el registro de la onda eléctrica en doce derivaciones, que determina la actividad cardíaca.

Acción de enfermería:

Registro de tensión arterial y pulso.

Fundamentación científica: El registro de éstas constantes vitales son indicativos de la respuesta vital del paciente.

-Muerte.

Fundamentación científica: Suspensión absoluta de las constantes vitales.

Acción de enfermería:

Amortajamiento.

Fundamentación científica: Medida específica de enfermería que consiste en preparar y enviar correctamente un cadáver identificado al lugar donde será entregado.

Acción de enfermería:

Retiro de sondas.

Fundamentación científica: El retiro de sondas y tubos es indispensable para poder llevar a cabo las maniobras de amortajamiento.

Acción de enfermería:

Tapar orificios.

Fundamentación científica: El taponamiento de los orificios evita la salida de líquido a causa de la relajación muscular.

Acción de enfermería: Colocación de los mimbretes de identificación.

Fundamentación científica: La anotación correcta de todos los datos personales y de su defunción, evitará problemas subsecuentes e innecesarios.

Acción de enfermería: Elaborar y enviar los avisos de defunción.

Fundamentación científica: El aviso oportuno evitará envíos y cobros innecesarios del paciente.

Quién realiza la acción: La enfermera y el camillero.

Acción de enfermería: Dar apoyo psicológico a los familiares -- res.

Fundamentación científica: El diálogo tranquilo y positivo con los familiares, nos permite otorgar ayuda en momentos necesarios como éste.

Acción de enfermería: Ordenar la limpieza de la unidad.

Fundamentación científica: El ordenamiento y la limpieza en forma rápida de la unidad da seguridad para la recepción de un nuevo paciente.

Quién ejecuta la acción: El personal de intendencia.

EVOLUCION GENERAL

Durante las primeras 48 horas, la respuesta de la paciente fué en forma favorable, pues se recuperó casi en una totalidad. De la misma forma se logró un control de las enfermedades-asociadas al cuadro neurológico.

Durante un período de seis días, se mantuvo en recuperación, pero el séptimo día se presentó de una forma súbita un deterioro en su estado general, cayendo nuevamente en somnolencia. Ante la auscultación, se encuentra que desarrolló una crisis hipertensiva, la cual su control fué muy difícil de conseguir, lográndose varias horas después, lo que ocasionó que se presentara un resangrado intracerebral, el cual se abrió a nivel ventricular; ésto se comprobó por medio de estudio tomográfico. Dicha complicación fué lo que originó el fallecimiento de la paciente por el gran edema cerebral que desarrolló.

Nota: En las partes que no aparece quién realiza la acción, es porque todas las llevó a cabo la enfermera, y no se anotaron por lo repetitivo que era.

CONCLUSIONES

Las conclusiones que se obtuvieron en este caso clínico fueron favorables en el primero y segundo objetivos; en el tercero no se pudieron evaluar los resultados, debido al fallecimiento del paciente.

Del objetivo uno puede decirse que: la atención que se otorgó a la paciente por parte del personal de enfermería, fué bastante buena, pues las acciones que se aplicaron en ella fueron con mayor fundamento científico. Como en toda investigación, existen variables de difícil control, evitando que los resultados sean en un cien por ciento favorables; en este caso, uno de ellos fué la carencia de personal de enfermería en los otros turnos, lo que ocasionó cargas de trabajo, aunado a la falta de conocimientos suficientes de algunas compañeras, lo que motivó que el nivel de atención disminuyera.

Del objetivo número dos, las complicaciones intrahospitalarias fueron tres: sangrado de tubo digestivo; resangrado intracerebral y el foco neumónico, en ése orden.

Del sangrado de tubo digestivo, puede decirse que fué ocasionado por los ayunos a que se le sometió en varias ocasiones, la administración de esteroides en forma continua, y la gran fragilidad capilar a causa de la hipotensión arterial. Todo ésto fué lo que ocasionó dicho sangrado; su control fué en forma satisfactoria, no presentándose más.

El resangrado intracerebral fué a causa de la crisis hipertensiva que desarrolló, y la cuál fué difícil de controlar, pero su control, cuando se logró, era demasiado tarde, pues el sangra-

do se había abierto hasta ventrículos cerebrales, agravándose el caso en forma notoria.

Por último menciona una complicación que no se detectó por su poca sintomatología, a causa de su estado general, y el nivel de conciencia que no ayudaba para hacer una buena exploración, -- siendo de ésta forma difícil de detectar éste foco neumónico.

Por otra parte considero factible mencionar que se controló la hiperglicemia con que ingresó la paciente, evitándose así mayores complicaciones. En lo que respecta a la hipertensión, su control fué difícil, pues días después se desencadenó una crisis hipertensiva, siendo ésta la causa principal del sangrado intracerebral.

El último objetivo, el cuál se efectuó por poco tiempo en -- forma intrahospitalaria, pues el descenso evitó que se completara en forma externa; y que los familiares la realizaran en forma domiciliaria. La rehabilitación que aquí se realiza, es la hidrotérapia para mejorar la circulación, el levantamiento de pesas se efectuó para tonificar los músculos, los masajes pasivos y rotatorios se efectúan para evitar contracturas óseas y musculares, dándose ésta última en piso por el departamento de enfermería.

De acuerdo a la historia natural de la enfermedad, ésta patología se debe tomar como un problema de salud pública, para que sean identificadas y prevenidas las diversas fases propias de la patología. Esta parte corresponde al equipo multidisciplinario de la salud, pues sus conocimientos epidemiológicos le permite adecuar e implementar medidas de detección y prevención en la población aparentemente sana, de ésta y varias patologías más, y poder hacer un diagnóstico temprano y un tratamiento precoz del padeci-

miento.

Por todo ésto, concluyo que el paciente con problemas vasculares es una persona predispuesta a desencadenar un problema neurológico más severo si se asocia a otras patologías que aumenten el -- riesgo de muerte.

Por todo ésto, mis sugerencias son:

- Eleva el nivel académico de la profesión de enfermería, para de ésta forma, elevar su reconocimiento en base a su hacer y saber.
- Hay que concientizar a las compañeras enfermeras de la importancia que tiene el iniciar la rehabilitación pasiva desde la fase aguda, pues es una forma efectiva de disminuir las secuelas neurológicas.
- Detección de diabetes, obesos, hipertensos en pacientes y familiares que acuden a éste centro hospitalario.
- Implementar en los hospitales de tercer nivel el servicio de medicina preventiva, con el fin de orientar a sus pacientes y familiares que acuden a éste centro en relación a ésta patología y los problemas que puede acarrear su mal control.
- A las autoridades correspondientes: debieran hacer hincapié en la difusión de las medidas de prevención utilizando todos los medios masivos de comunicación existentes.

BIBLIOGRAFIA

- Academia Mexicana de Neurología, A.C. IV Reunión Anual. Enfermedad Cerebro Vascular. Editores varios. México, D. F. 1982. pp. 264
- Atkinson Murray Proceso de Atención de Enfermería. Editorial Manual Moderno, S.A. México. 1983. pp. 141
- Baena Paz Guillermina Instrumentos de Investigación. Doceava Edición. Editores Mexicanos Unidos, S.A. México, 1984. pp. 134
- Bertran G. Katzung Farmacología Básica y Clínica. 2a. Edición. Editorial Manual Moderno, 1986. pp 919
- Cambier J Masson M. Manual de Neurología. 2a. Edición. Editorial Torray-Masson S.A. Barcelona, 1978. pp. 562
- Cecil Loeb Tratado de Medicina Interna. 14a. Edición. Editorial Interamericana. México, 1977. Tomo I pp 1039 Tomo II pp. 2323

- Salvat Editores, S.A.

Diccionario Médico.

Editorial Salvat. Barcelona 1972.

pp. 632

W.C. Bowman

Bases Bioquímicas y Farmacológicas.

M. S. Rond

2a. Edición. Editorial Interamericana

México, 1984. pp' 2100