

CASOS NEUROLOGÍA

CASO 1:

Señora con antecedentes médicos de enfermedad de ELA (esclerosis lateral amiotrófica) desde hace cuatro años, con limitación importante de la movilidad y dificultades para la expresión verbal.

Hace dos semanas que cayó y se produjo una fractura femoral. Durante el postoperatorio se produce un fallo respiratorio y precisa estar en la unidad de críticos con Ventilación Mecánica.

Atonía general por síndrome de desuso post UCI que empeora el estado físico previo. Por lo que es totalmente dependiente de las ABVD. Ingresa en la unidad de enfermedades respiratorias, diagnosticada de neumonía.

Gran preocupación familiar por el estado de salud.

1. Problemas detectados

Hipoxia:

- s/a neumonía.
- s/a incapacidad ventilatoria por la enfermedad neurodegenerativa.

Debilidad muscular:

- Aumento de las secreciones endotraqueales.
- Aislamiento prolongado.
- Riesgo de caídas.

Riesgo de:

- Sepsis.
- Broncoaspiración.
- UPP.
- Cansancio familiar.
- Malnutrición r/c dificultades con la deglución.

2. Desarrolla los problemas (+ intervenciones):

Hipoxia s/a parálisis muscular respiratoria.

OBJETIVO: Conseguir una correcta oxigenación y patrón respiratorio durante el periodo de ingreso en la unidad hasta el alta.

INTERVENCIONES:

- Valorar la respiración y oxigenación cada 4 horas.
 - Valorar el patrón respiratorio.
 - Valorar la saturación de O₂.
- Administrar oxigenoterapia continuamente.
 - Gafas nasales/VMK/VMNI/VMI.

- Fisioterapia cada cuatro horas.
 - Cambios posturales para reclutar áreas hipoventiladas.
- Educación sanitaria para conseguir patrones respiratorios correctos evitando la hipoventilación cada 8 horas.
- Evaluación constante de las medidas puestas en marcha.

Dificultad de la eliminación de secreciones s/a disfunción neuromuscular.

OBJETIVO: Conseguir la correcta eliminación de las secreciones de manera diaria hasta el alta.

INTERVENCIONES:

- Valoración del aspecto de las secreciones cada 8 horas.
- Aspiración de secreciones siempre que sea necesario (a demanda).
- Fisioterapia respiratoria cada 4 horas.
- Tos asistida física o mecánica cada 4 horas.
- Humidificación del aire y ambiente continuamente.

Nota: los horarios marcados (cada 4-8 horas) son siempre estándares de mínimos y se deberán modificar siempre que sea necesario. Los procesos son dinámicos y deben ajustarse a la situación del paciente.

Riesgo de malnutrición s/a parálisis neurodegenerativa.

OBJETIVO: Favorecer una correcta alimentación y nutrición durante la estancia hospitalaria.

INTERVENCIONES:

- Valoración del aporte de nutrientes y del riesgo diariamente.
- Suplencia de las actividades de alimentación continuamente.
- Colocación de SNG o de gastrostomía.
 - Cuidados de la sonda (si existiese):
 - Vigilar su estado y necesidad de recambio. Valorar permeabilidad.
 - Se rotará diariamente la sonda introduciéndola o sacándola 1 cm para evitar adherencias y decúbitos.
 - Cuidados de la ostomía (si existiese), piel y mucosas.
 - Valorar el estado nutricional del paciente.
- Educación sanitaria diaria.

Riesgo de Broncoaspiración s/a disminución de reflejos de la deglución.

OBJETIVO: Prevenir la broncoaspiración de manera continuada.

INTERVENCIONES:

- Valorar riesgo diario.
- Posición de Fowler o Fowler alta (90°)
- Aspiración de secreciones cada 2-4 horas o a demanda.
- Dieta pastosa y líquidos con espesantes.
- Educación sanitaria sobre el uso de espesantes, riegos...

Riesgo de Sepsis s/a neumonía.

OBJETIVO: Reducir el riesgo de Sepsis durante la estancia hospitalaria.

INTERVENCIONES:

- Control de signos vitales y temperatura cada 6 horas.
- Obtención de muestras a demanda.
- Administración de fármacos antipiréticos/antibióticos según pauta medica.
- Proporcionar un entorno de higiene y bajo riesgo de infección nosocomial.

Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c inmovilidad.

OBJETIVO: Reducir el riesgo de formación de alteraciones cutáneas debidas al aislamiento prolongado durante la estancia hospitalaria.

INTERVENCIONES:

- Evaluación del estado de la piel diariamente.
- Movilización precoz.
- Cambios posturales continuos (4-6 horas).
- Hidratación corporal cada 4-8 horas.
- Mecanismos reductores de presión: colchón antifescaras, cojines...

Déficit de autocuidado para las ABVD r/c inmovilidad.

OBJETIVO: Suplir el déficit de dependencia durante todo el ingreso.

INTERVENCIONES:

- Actividades de suplencia de higiene cada 24 horas.
- Actividades de uso del WC: suplencia a demanda.

Riesgo de cansancio del rol del cuidador r/c largos cuidados.

OBJETIVO: evitar que se instaure el cansancio del familiar durante la estancia hospitalaria.

INTERVENCIONES:

- Identificar a los familiares de referencia.
- Evaluar el riesgo de cansancio cada 24 horas.
- Realizar educación sanitaria para mejorar los cuidados.
- Pactar periodos de descanso y distracción para el cuidador.
- Proporcionar recursos sociales.

Riesgo de baja autoestima situacional r/c deterioro funcional.

OBJETIVO: el paciente tendrá el apoyo psicológico y social que le ayude a aceptar su enfermedad.

INTERVENCIONES:

- Evaluar la autoestima diariamente.
- Planificar nuevas relaciones sociales.
- Considerar a la familia como un grupo de apoyo.
- Considerar el uso de la psicoterapia y grupos de ayuda.

TABLA 3
Escala de Glasgow

	Puntuación
<i>Apertura ocular</i>	
Espontánea	4
A la orden verbal	3
Tras estímulos dolorosos	2
Ausente	1
<i>Respuesta verbal</i>	
Orientada	5
Confusa	4
Inapropiada	3
Ininteligible	2
Ausente	1
<i>Respuesta motora</i>	
Obedece órdenes	6
Localiza dolor	5
Retira ante dolor	4
Flexión anómala ante dolor	3
Extensión ante dolor	2
Ausente	1

CASO 2

Chica joven que padece un accidente automovilístico de moto y permanece en el suelo. Aparente disminución del nivel de consciencia. Lleva casco pero hay signos de traumatismo craneoencefálico y facial.

Se retira el casco y se valora el nivel de Glasgow:

- No abertura ocular a estímulos dolorosos.
- Localiza el dolor.
- Sonidos incomprensibles.

Lesiones faciales importantes que sangran profusamente. Vómitos. Empieza a aparecer hipotensión arterial. Hospital de referencia a 7 minutos.

1. ¿Qué hacer?

- Valoración de la situación y la gravedad.
- Avisar
- Proteger
- Socorrer
- Riesgo de hipoxemia
- Riesgo de hipotensión
- Riesgo de broncoaspiración
- Riesgo de HTIC
- Riesgo de lesión medular

2. Intervenciones/Plan de cuidados:

Hipoxemia s/a estado de coma.

OBJETIVO: Garantizar la oxigenación de los tejidos de manera inmediata y mantenida en el tiempo.

INTERVENCIONES:

- Valoración de la permeabilidad de la vía aérea.
- Monitorización de la saturación y FR.
- Intubación orotraqueal?
- Colaboración en la intubación orotraqueal?
- Colaboración en traqueotomía?
- Cuidados de la traqueotomía.

- Administración de oxígeno.
- Fijación del TET/Traqueotomía?
- Aspiración de secreciones/sangre.
- Traslado a un centro hospitalario.

Riesgo de broncoaspiración s/a estado de coma.

OBJETIVO: Disminuir el riesgo de broncoaspiración hasta la llegada al hospital.

INTERVENCIONES:

- Valoración del nivel de consciencia/riesgo de aspiración.
- Colocación de sonda orogástrica.
- Intubación/cánula de traqueotomía con globo hinchado continuo.
- Administración de fármacos para evitar el vómito.

Riesgo de hipotensión arterial s/a hemorragia

OBJETIVO: actuar frente la hemorragia y evitar la hipotensión arterial hasta la llegada al centro hospitalario.

INTERVENCIONES:

- Monitorización de la TA y la FC continúa.
- Canalización de catéteres venosos.
- Administración de volumen.
- Administración de fármacos vasoactivos?
- Traslado a centro de referencia urgentemente.