**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE SAGUA LA GRANDE**

**Departamento docente**: Enfermería

**Nombre de la asignatura o programa:** Enfermería clínica quirúrgico.

**Carrera:** Enfermería (Técnico Medio 9no grado).

**Año y semestre en que se imparte**: 2do año. Primer semestre.

**Profesor:** Lic. Yurima Licea Morales .Profesora Asistente.

Lic. en Enfermería. Especialista en enfermería comunitaria

MSc. Longevidad Satisfactoria .Profesor Asistente

**Correo electrónico:** yurimalm@infomed.sld.cu

**Tipo y número de la actividad**: Conferencia 1

**Asunto:** UNIDAD V: Atención de Enfermería a pacientes con afecciones del sistema nervioso

**Sumario**:

5.1Introducción al estudio de las afecciones del sistema Nervioso. Recuento anatómico y fisiológico. Signos y síntomas más frecuentes. Síndromes Motores: Hemiplejía y Paraplejías. Definición, cuidados de enfermería.

5.2 Epilepsia, Convulsiones. Definición, etiología, complicaciones, atención de enfermería.

**Objetivos:**

Aplicar el proceso de atención de enfermería a personas con afecciones del sistema nervioso, en situaciones docentes modeladas y reales, prestando especial atención, al enfoque sistémico de las etapas que lo integran, examen físico, cuidados de enfermería específicos e independientes, considerando las cuestiones gerontológicas, éticas, bioéticas y la terapéutica pertinente, en los diferentes niveles de atención.

**Bibliografía básica**

**Temas de Enfermería médico quirúrgica, Tercera parte, colectivo de autores.**

**Bibliografía complementaria**

1-Enfermería Médico Quirúrgico, 8va edición, volumen I, Brunner y Suddarth.

2-Manual de enfermería general V y VI, segunda parte., colectivo de autores.307, 385, 386

3-Propedéutica y semiología Médica, Llanio y colaboradores.

4-Métodos para el examen físico en la práctica de enfermería. Sana-Judge.

5-Morfología, Dovales y Otros.

6-Folleto Complementario.

7-Temas de Medicina General Integral Volumen II 2001. Álvarez Sintes.

**Introducción:**

La prevención de déficit neurológico severo permanente, depende a menudo del reconocimiento precoz de un ligero cambio de la función neurológica. Teniendo en cuenta que las afecciones del sistema nervioso son numerosas, así como las funciones afectadas, se hace necesario que la enfermera(o) dedicada a la atención del paciente neurológico y neuroquirúrgico, adquiera un poder de observación que le permita ofrecer al médico una información detallada y precisa de todos los síntomas y signos que el paciente presente, lo que acompañado de un buen cumplimiento de las indicaciones médicas y de los cuidados de enfermería, permitirán que el paciente recobre su salud total o parcialmente.

**Desarrollo**

**Recuento Anatomofisiológico.**

El sistema nervioso está formado por el encéfalo y medula espinal. El encéfalo se divide en cerebro y cerebelo. Estas estructuras son las responsables de controlar y coordinar las actividades celulares de todo el organismo por medio de la transmisión de impulsos eléctricos, que viajan por fibras y vías nerviosas directas y continuas. Las respuestas desencadenantes son casi instantáneas porque los cambios del potencial eléctrico trasmiten señales.

Encéfalo (cerebro).

El encéfalo consta de 3 divisiones principales: cerebro, tallo encefálico y cerebelo. Este contenido dentro de una estructura ósea, rígida, denominada cráneo, que lo protege de lesiones. Para formar el cráneo se unen cuatro huesos: frontal, parietal, temporal y occipital. En la base del cráneo se encuentran tres divisiones llamadas fosas (anterior, media y posterior).

Meninges.

Por debajo del cráneo, el encéfalo está cubierto por 3 membranas o meninges. Las meninges son tejido conectivo fibroso cuyo trabajo es proteger, apoyar y proporcionar cantidades pequeñas de nutrimientos al cerebro.

Estas son: duramadre, aracnoides y piamadre.

Aspectos fundamentales de la atención de enfermería a pacientes neurológicos y neuroquirúrgico.

Dentro de la atención de enfermería a pacientes neurológicos y neuroquirúrgico se requiere como indicación médica una gran atención a los signos vitales, nivel de conciencia, pupilas, función motora y la elocución.

1-Signos vitales: Un aumento de la presión sanguínea sistólica o una fluctuación de la presión arterial es signo siempre preocupante en el paciente neurológico. Puede ser un sino de aumento de presión intracraneal o de destrucción del tronco cerebral. Una bradicardia o un pulso irregular deberían levantar sospechas similares. El patrón respiratorio deberá determinarse observando el tórax al descubierto, esto es un excelente control de la función neurológica. La respiración de Cheyne- Stokes se presenta con una disfunción cerebral difusa. Este patrón se observa comúnmente en alteraciones metabólicas y toxicas. Una respiración rápida y profunda llamada hiperventilación neurogénica central, es un signo temprano de isquemia del tronco cerebral superior y requiere atención inmediata. Un cuadro respiratorio irregular, como respiraciones apnéusica pausa al final de la respiración o agrupada indica una lesión en el tronco cerebral inferior y es un signo nefasto.

2-Nivel de conciencia: Se debe dar una descripción exacta del nivel de conciencia de paciente: como está despierto y atento; sabe dónde se encuentra, el día y la hora, responde de forma correcta a órdenes verbales; responde al dolor con movimientos voluntarios y vigorosos. Dicha valoración descriptiva establece una base para subsiguientes exámenes.

3-Pupilas: En las pupilas se observa su tamaño, reacción a la luz y movimientos oculares. El aumento de las pupilas y la falta de reacción por la iluminación es uno de los signos más precoces y sensibles de aumento de presión intracraneana.

4-Función motora: Se le pide al paciente que mueva las 4 extremidades y se determina el grado de fuerza. Si el paciente no responde a las órdenes verbales, se le aplica un estímulo doloroso a cada extremidad y se anota la respuesta al dolor. Un método de aplicar un estímulo doloroso a una extremidad es aplicar presión a la raíz de la uña con la parte posterior de una llave. Cuando se aplica el estímulo doloroso, el paciente gesticulara y retirara la extremidad, a menos que exista parálisis o anestesia. Con lesiones difusas del encéfalo al diencéfalo, los estímulos dolorosos producen decorticación es decir, extensión rígida de las extremidades inferiores y flexión rígida de las extremidades superiores.

5-Elocución: Su estudio se divide en: afasia, disfasia de percepción y disfasia de expresión. La afasia se define generalmente como capacidad disminuida para usar o comprender símbolos verbales y lenguaje. Esto comprende no solo la capacidad para hablar y comprender el lenguaje oral, sino también la capacidad para leer, escribir, hacer cálculos aritméticos, contar, decir la hora y deletrear. Además un paciente puede tener problema en recordar las palabras; o sea, quizás no pueda decir palabras aunque sea lo que desea decir.

**Cuidados Generales de enfermería a pacientes neurológicos y neuroquirúrgicos.**

1-Peso del paciente: Se hará a su ingreso.

En el caso que se le indiquen diuréticos potentes (Manitol y furosemida) se canalizará una vena que permita la hidratación del paciente.

2-Si el paciente tiene tomada la conciencia, previa indicación, se le pasara una sonda vesical, que permanecerá cerrada y se abrirá cada 2 ó 3 horas para evacuar la vejiga.

3-Se pasara una sonda de Levin previa indicación médica, manteniéndose cerrada.

4-Se alimentará el paciente teniendo en cuenta la cantidad y el horario de acuerdo criterio médico. Se mantendrá un control de los egresos e ingresos del paciente mediante el balance hidromineral. Si el paciente tiene indicado reposo absoluto o esta inconsciente se habilitará un colchón neumático (antiescara).

5-Se movilizara al paciente de acuerdo a la indicación médica y se le realizara puños de percusión con el fin de evitar neumonías hipostáticas y ulceras por presión.

6-Se llevara un estricto control con el cambio de trocar y sondas cada 48 y 72 horas.

7-Se mantendrá la higiene personal del paciente.

8-Posición del paciente: Debe mantenerse las posiciones funcionales de las articulaciones, los hombros deben estar en abducción, los codos y las muñecas flexionados para lo cual utilizaremos almohadas, sacos de arena, etc., para evitar que se desarrollen contracturas, anquilosis. Las articulaciones deben ser movilizadas varias veces al día; así mismo la piel en general y preferentemente en los puntos de apoyo deben mantenerse secas y practicarse ligeros masajes cada 2 ó 4 horas. Deben conjugarse la acción de fisioterapia con la de enfermería a fin de rehabilitar al paciente.

**Síndromes motores:**

Hemiplejía o Hemiplejia.

Definición: Síndrome neurológico que se caracteriza por una parálisis del hemicuerpo con pérdida de la motilidad voluntaria.

El síndrome hemipléjico supone la aparición de un cuadro de invalidísimo profundo y amplío que altera, generalmente de forma brusca la órbita psicofísica del paciente.

**Etiología.**

La hemiplejia puede obedecer a numerosas causas, destacándose entre ellos por su frecuencia los:

1-AVE, de origen oclusivo trombotico, embolico o hemorrágico, que producen daño cerebral los cuales pueden ocasionar además de la parálisis del hemicuerpo contralateral al hemisferio cerebral lesionado.

2-Anomalías congénitas vasculares.

3-Infección vascular: arteritis, lupus eritematoso, meningitis (bacteriana, tuberculosa y sifilítica), encefalitis.

4-Oclusión vascular por aire, grasa, bacterias, coagulo sanguíneo y tumoraciones.

5-Traumatismos craneales.

**Clasificación.**

1-Total: Si se afecta la cara y las dos extremidades.

2-Simétrica o directa: Si la cara y los dos miembros están del mismo lado.

3-Proporcional: Si la cara y los dos miembros están afectados en una intensidad más o menos igual.

4-Alterna: Si la cara afectada corresponde a un lado del cuerpo y los dos miembros al otro.

**Cuadro clínico**

Se puede instalar en minutos, horas o en el curso de varios días. En cualquiera de los casos se debe precisar la forma de comienzo y los síntomas que lo acompañan.

La forma de comienzo súbito constituye el llamado ictus apoplecticus, con frecuencia se acompaña de alteraciones del nivel de vigilancia y a menudo llega al coma.

**Síntomas más frecuentes en el hemipléjico:**

1-Parálisis.

2-Trastorno de la sensibilidad.

3-Desfazamiento sensitivo-motor.

4-Alteración del esquema corporal.

5-Trastornos posturales.

6-Trastorno del lenguaje.

7-Trastorno psicológico.

8-Trastornos de las funciones mentales.

La sintomatología de la Hemiplejia va a estar en dependencia si el paciente está en coma o fuera de este.

**Reconocimiento de la hemiplejia durante el coma.**

1-Si existe pérdida total de la conciencia. La cabeza y los ojo, desviados en sentido contrario al lado paralizado. En algunos casos puede estar ausente.

2-Asimetría facial, la cara paree más amplia del lado paralizado (signo del fumador de pipa). Miosis de la pupila y ausencia del reflejo corneano del lado paralizado.

3-Reflejos osteotendinosos: La enfermera podrá observar arreflexia o hiporreflexia también en el lado paralizado, así como reflejos cutáneos abdominales ausentes y signo de Babinski presente en el lado paralizado.

**Reconocimiento de la hemiplejia fuera del coma.**

Podemos encontrar 3 formas:

1-Hemiplejia flácida

2-Hemiplejia espástica

3-Hemiplejia larvada (llamada piramidal o deficitario)

**Hemiplejia fláccida:**

1- El enfermo logra salir del coma en pocos días.

2-Parálisis facial de origen central con oclusión del lado paralizado, opuesto a la lesión; desviación de la punta de la lengua hacia el lado paralizado por la acción del músculo genio-gloso del lado sano; parálisis fláccida de la extremidad superior e inferior del mismo lado que la facial; reflejos osteotendinosos y cutáneos abdominales abolidos o disminuidos. Signo de Babinski presente en el lado paralizado.

**Hemiplejia espástica.**

El paciente presentara hipertonía o contractura, hiperreflexia de los reflejos osteotendinosos o profundos del lado paralizado; reflejos cutáneo abdominales abolidos o disminuidos; clonus del pie y de la rótula del lado paralizado,

**Tratamiento.**

Se basa en la aplicación de estímulos eléctricos al nervio perineo para lograr la contracción de los músculos dorso flexores del pie durante determinadas fases de la marcha.

- Estimulación eléctrica funcional: Es una electroterapia que se aplica a pacientes con lesión del sistema nervioso central, para que al mismo movimiento de la estimulación, la contracción de los músculos tenga un propósito funcional, tanto en la locomoción como en la aprensión o en otras formas funcionales musculares.

La utilización de los equipos de electroestimulación funcional para estimular el nervio peroneo está contraindicado en las situaciones siguientes:

1-Alteraciones de la estructura osteoarticular, como las contracturas y deformidades.

2-Parálisis extensas de los grupos musculares que intervienen en la función articular de la cadera, rodilla o tobillo.

3-Cambios en los nervios periféricos que producen disminución de la excitabilidad del nervio peroneo.

**Atención de enfermería en la Hemiplejía.**

Cuando no existe ninguna contraindicación médica, se le enseña tan pronto como el paciente haya recuperado en grado suficiente la conciencia para ayudar a que se le cambie de posición en la cama, a alimentarse y a sentarse. Al adiestrarlos en estas actividades, hay que insistir en el empleo de los miembros afectados, tiene igual importancia prevenir el deterioro de las partes no afectadas que el posterior deterioro de las partes que están afectadas. Esto hace que el paciente se incorpore a un plan de recuperación.

La responsabilidad primordial de la enfermera se relaciona con el mantenimiento de la función y prevenir un deterioro mayor.

El objetivo principal del paciente es poder realizar sus actividades diarias.

1-Enseñar al paciente a volverse en la cama, alimentarse el mismo, sentarse y vestirse

2-Alentar al paciente a que haga los ejercicios de amplitud de movimientos del lado afectado.

3-Proporcionar inmovilización según sea necesario al lado afectado.

4-Insistir en el empleo del miembro no afectado para aumentar la resistencia.

**Paraplejía**.

Concepto: Es la pérdida de movimiento y sensibilidad de las extremidades inferiores y todo el tronco o una parte del mismo como resultado de la lesión a la espina dorsal o lumbar o las raíces sacras.

**Etiología.**

Traumatismo por accidentes, heridas de balas, tumores o lesiones vasculares, infecciones, abscesos de médula espinal y defectos congénitos.

**Clasificación clínica (cuadro clínico).**

**Paraplejia Fláccida.**

1-Pérdida de la fuerza muscular

2-Hipotonía

3-Ataxia muscular

4-Hiporreflexia o arreflexia osteotendinoso

5-No Babinski, no clonus.

**Paraplejia Espástica.**

1-Pérdida de la fuerza muscular

2-Hipertonía (elasticidad muscular)

3-Hiperreflexia osteotendinoso.

4-No Babinski, no clonus.

En ambos pueden existir o no trastornos esfinterianos o de la sensibilidad o ambos.

**Tratamiento.**

Incluye observar y buscar cualquier alteración en el estado fisiológico y psicológico, y evitar y corregir complicaciones. Necesita una actividad vigilante en la revisión y cuidado del propio cuerpo.

El enfermo enfrenta una incapacidad que dura toda la vida y surgen los mismos problemas médicos que en el resto de la población cuando envejece.

**Complicaciones.**

1-Disreflexia autónoma (cefalea pulsátil, sudoración profusa, congestión nasal, piloerección, bradicardia, hipertensión). 2-Infecciones en la vejiga y riñones.

3-Úlceras por presión y fístulas.

4-Depresión.

5-Osificación heterotópica (crecimiento del tejido óseo en caderas, rodillas, hombros y codos).

**Atención de enfermería**

1-Realizar una valoración inicial sobre el estado general del paciente, la presencia de complicaciones y como se comporta el paciente en un momento determinado.

2-Manipulación del paciente: Cuando se sospecha fractura vertebral la manipularon debe realizarse por una persona entrenada para no agravar las lesiones medulares iniciales.

3-Prevención o tratamiento respiratorio: Mantener las vías aéreas permeables.

4-Cuidados urinarios: La incontinencia debida a la lesión o deterioro de la médula espinal produce la llamada vejiga neurogénica. Se debe realizar cateterismo vesical.

5-Cuidados con la evacuación intestinal: Con el objetivo de lograr una evacuación refleja controlada por el paciente. Usar sonda rectal, enemas, supositorios y masajes del esfínter anal. Prostigminia (colirio anticolinesterasico y parasimpático mielítico): Este estimula la perístasis, tono y motilidad de la musculatura intestinal y vesical. Su administración es IM o SC

6-Cuidados con la piel: Utilizar colchón antiescara; rotar la posición del paciente cada 2 horas

7-Cuidados con la nutrición: Según el estado del paciente, por vía oral, sonda nasogástrica, EV o gastrostomía.

8-Rehabilitación: Tan pronto como lo permita el estado del paciente debe proporcionársele la oportunidad de levantarse de la cama (transferencia de la cama a la silla de ruedas).

9-Atención a la esfera emocional del paciente: Para que acepte y comprenda su enfermedad y pueda una vez egresado incorporarse a las labores de la vida diaria.

**Síndrome convulsivo**.

**Concepto:** Es un conjunto de manifestaciones clínicas que tienen como elemento central un tipo de movimiento involuntario llamado convulsión.

El cuadro puede comprender parte o todo el encéfalo.

Las convulsiones pueden ser repentinas o transitorias.

**Clasificaciones:**

Las convulsiones son sacudidas bruscas y rítmicas de grandes grupos musculares, se presentan súbitamente y se acompañan a menudo de perdida de la conciencia

Los tipos elementales de convulsión son:

1. Convulsión tónica la que se caracteriza por rigidez o hipertonía que puede afectar una parte del cuerpo o en su totalidad.

2. Convulsión tónica clónica: Se caracteriza por la aparición de crisis tónicas y de relajación lo que produce desplazamiento alternante de flexión y extensión.

Etiología.

1-Ideopáticas:

a- Genéticas, defectos del desarrollo.

2-Adquiridas:

a- Hipoxemia de cualquier causa

b- Fiebre (niños)

c-Lesiones craneoencefálicas

d- Hipertensión

e-Infecciones del sistema nervioso central

f- Trastorno metabólico y tóxicos (insuficiencia respiratoria, hiponatremia, hipocalcemia, hipoglicemia, intoxicación por plaguicidas)

g-Tumores cerebrales

h- Abstinencias de medicamentos.

i- Entre las causas principales en ancianos se encuentran: accidentes cerebrovasculares, metástasis cerebrales.

**Epilepsia.**

Es un trastorno intermitente del sistema nervioso, debido a una descarga brusca y excesiva y desordenada de las neuronas cerebrales.

Esta definición aclara aspectos que son fundamentales:

1-Se trata de una afección crónica, lo que excluye las crisis que se presentan acompañando a procesos cerebrales agudos: tóxicos, metabólicos, infecciosos, traumáticos, etc., sean convulsivas o no.

2-Se caracteriza por crisis recurrentes, lo que impide realizar el diagnostico de epilepsia en las crisis únicas.

3-Las crisis se deben a una descarga neuronal excesiva, que excluye otras crisis recurrentes, que aunque tienen una expresión clínica parecida a las epilépticas, tienen un mecanismo diferente, espasmo de sollozo, síncope, cataplejía, etc.

4-Define que el evento neuronal cerebral se expresa con síntomas y signos y además por diversas manifestaciones paraclínicas, lo cual evita el diagnóstico de epilepsia por encontrar un Electroencefalograma con anomalías paroxísticas, pero sin expresión clínica.

Según se piensa el problema básico es una perturbación eléctrica (disritmia de las neuronas de una zona cerebral que hace que emitan descargas eléctricas incontrolables repetidas y anormales).

Las neuronas llevan estímulos de diversas partes del cuerpo al encéfalo por medio de descargas de energía electroquímicas que trascurren por ellas los impulsos aparecen en “ondonadas”; cada vez que se activan las neuronas. En ocasiones algunos o grupos de ellas siguen emitiendo descargas después de terminar su tarea y es como si un interruptor quedara en posición de encendido hasta que se agote la fuente de energía y después se interrumpiera su función, para recrearse. Durante el periodo de descargas Anormales; las porciones del cuerpo controladas por las neuronas “erráticas”, pueden presentar actividad desordenada. Las molestias y disfunción resultantes van desde leves hasta incapacitantes y por lo general originan inconciencia. Cuando tales descargas anormales e incontrolables ocurren en forma repetida, se dice que la persona tiene epilepsias y los movimientos erráticos han recibido el nombre de convulsiones.

**Clasificación.**

1-Crisis parciales, focales o localizadas: Los primeros eventos clínicos y electroencefalográficos indican la participación inicial de un grupo neuronal limitado a una parte de la corteza cerebral.

Estas crisis pueden ser:

a- Simples, cuando no está alterada la conciencia y afecta un área limitada del hemisferio cerebral.

 Con síntomas motores: sin marcha: se observan movimientos clónicos o tónicos de un grupo muscular de un lado del cuerpo, casi siempre cara y porciones distales del miembro superior; con marcha: igual al anterior pero en otros grupos musculares; postural: hay contracción tónica de un segmento corporal que hace que adopte una posición fija; fonatoria: con vocalización o con detención del lenguaje, no pronuncian palabra mientras dura la crisis.

 Con síntomas somatosensoriales o sensitivos especiales: somatosensitivos: entumecimiento, hormigueo, pinchazos, casi siempre cara y porciones distales del miembro superior; visuales: centelleo, globos de colores, auditivos: disminución de la agudeza auditiva, ruidos, olfatorios: olores desagradables, gustativos: sabor metálico, vertiginosos: sensación de que el paciente o los objetos giran, piso acolchonado, etc.

 Con síntomas autonómicos: palidez, sudoración, rubicundez, midriasis, cólicos, diarreas, etc.

 Con síntomas psíquicos: afectiva: angustia, temor, ansiedad, ilusoria: se encuentra presente un estímulo externo pero la percepción del mismo esta alterada (alejamiento y para él es acercamiento), alucinatoria: no está presente el estímulo externo, como oír una pieza musical y no está el radio encendido, cognitiva: sensaciones de irrealidad y distorsión de la realidad, distorsión del sentido del tiempo, etc.

b- Complejas: con alteración de la conciencia desde el comienzo y la afectación cerebral con frecuencia es bilateral.

 Con alteración de la conciencia desde el comienzo: en esta crisis el síntoma inicial y a veces el único es la afectación de la conciencia, el sujeto no responde adecuadamente a estímulos externos, alteración de la percepción, y presencia de amnesia, se pueden presentar automatismos de tipo mímico, gestual que simulan la continuidad de la actividad que realizaba el sujeto o una actividad nueva que comienza durante la crisis.

C -Parciales (focales o localizadas) que evolucionan a crisis generalizadas: se inicia con una crisis parcial y termina con una generalizada, casi siempre tónico-clónica.

2- Crisis generalizadas: Los primeros eventos clínicos y electroencefalográficos indican la participación inicial de extensas áreas de ambos hemisferios cerebrales. Pueden ser crisis convulsivas o no convulsivas y es habitual la alteración de la conciencia o la pérdida de ella como manifestación inicial.

**Estas crisis pueden ser:**

a- Ausencia: típica: inicio súbito, brusco, al igual que el final de la crisis, durando de 2 a 15 segundos, con frecuencia el paciente tiene movimientos palpebrales (pestañeo). Pueden ser simples cuando no tienen otra manifestación o complejas si se acompaña de signos clónicos, tónicos, atonía, se puede desencadenar la crisis con la hiperventilación o con la estimulación luminosa intermitente, se presenta en edades tempranas, hay antecedentes familiares y la respuesta al tratamiento y pronóstico son buenos; y atípica: inicio y final menos súbito, menos brusco, duración más prolongada de 30 a 40 segundos. Pueden ser simples o complejas, y comportarse igual que en la típica, aunque no se desencadena la crisis con la hiperventilación. No hay antecedentes familiares y la respuesta al tratamiento y pronóstico no son buenos.

b- Mioclonicas: contracciones musculares involuntarias, bruscas y breves. Se clasifica en parcelares: cuando interesa a un grupo muscular pequeño (comisura labial, globos oculares, dedos); segmentarias: cuando interesa a un grupo muscular mayor; y masivas: cuando afectan bilateralmente varios segmentos simétricos (cabeza, cuello y miembros superiores).

c- Clónicas: movimientos clónicos generalizados. Son típicas de la primera infancia, predomina cara y manos.

d- Tónico-clónicas: es la más frecuente. La fase inicial tónica dura de 10 a 20 segundos y puede ser tónica en flexión y después extensión o viceversa. Hay aumento de la frecuencia cardiaca y la tensión arterial, de las secreciones salivales y bronquiales, rubicundez o palidez, y piloerección. Paulatinamente, la hipertonía va cediendo y se inicia la segunda fase o clónica, la cual termina con una clona masiva y dura de 30 a 40 segundos. En la tercera fase o período comatoso el paciente esta relajado, hipotónico, en coma, no hay respuesta pupilar, se reanuda la ventilación y las secreciones aparecen por la boca en forma de espuma, hay relajación de esfínter, esta fase dura de 2 a 5 minutos. En la cuarta fase ocurre la recuperación gradual de la conciencia, pueden aparecer automatismos, como reacciones de defensa, se recupera la reactividad pupilar, dura de 3 a 10 minutos, luego el paciente queda con somnolencia, malestar general y cefalea.

e-Tónico: hay contracción tónica bilateral de varios grupos musculares, hay contracción de la musculatura facial, masticatoria y del cuello, miembros superiores elevados, flexionados y en abducción, son de breve duración 5 a 20 segundos, acompañan enfermedades graves infantiles y responden mal al tratamiento.

f- Atónicas: existe disminución o abolición del tono muscular, lo que ocasiona la caída del paciente, es de muy breve duración ½ segundo, el paciente se levanta de inmediato, se afecta los músculos del cuello y la cabeza cae de forma brusca. Acompañan a síndromes epilépticos de pronóstico sombrío y no responden bien al tratamiento.

3-Indeterminadas o no clasificadas: incluye las crisis que no pueden clasificarse por falta de datos clínicos y electroencefalográficos y las crisis, hacen difícil su inclusión en las categorías antes señaladas.

**Etiología.**

No se sabe la causa de que algunas neuronas cerebrales generen el cuadro epiléptico.

Epilepsia ideopática.

**Manifestaciones clínicas.**

Según el sitio en que estén las neuronas que emiten impulsos anormales, las convulsiones pueden variar desde una simple crisis de ausencia hasta movimientos convulsivos duraderos con pérdida de la conciencia.

**Factores desencadenantes.**

1-Stress

2-Privación del sueño

3-Exceso de sueño

4-Exposición prolongada al frío

5-Ingestión de bebidas alcohólicas

6-Ver la televisión a oscuras; esto estimula las neuronas.

**Tratamiento**

1-Definilhidantoina de sodio (convulsin) 300- 600 mg/día

2-Fenobarbital 50- 150 mg/día

3-Prednisona

4-Carbamazepina o tegretal: Se inicia con dosis de 100 mg/día y se aumenta progresivamente, no pasar de 1800 mg x día.

5-Acido valproico, valproato de sodio, magnesio o calcio de 600 a 1200 mg x día.

6-Primidona de 500 a 1500 mg x día.

7-Benzofen o benzonal de 300 a 600 mg x día.

Investigaciones clínicas

1-Electroencefalograma

2-TAC

3-Rx de cráneo

**Atención de enfermería.**

1-Evitar en estos pacientes el estreñimiento y no ingerir bebidas alcohólicas

2-Velar porque el paciente tenga horas regulares de sueño, realice actividad física moderada y evite la fatiga.

3-No deben conducir automóviles

4-Brindar soporte psicoterapéutico al enfermo y sus familiares y en caso de alteraciones mentales profundas se debe solicitar el concurso de un psiquiatra.

5-Observar en el paciente

a- Hora de comienzo y finalización del ataque

b- Sitio del cuerpo que comenzó el movimiento o la rigidez

c- Posición de los ojos (estado de las pupilas)

d- Cabeza

e-Estado de conciencia

f- Relajación de esfínteres

g- Respiración

h-Lesiones durante la crisis

i-Si duerme

j-Si tiene incapacidad para hablar

6-Incluye la atención de enfermería durante la crisis convulsiva.

**Status epiléptico.**

Con esta denominación se conoce una sucesión de convulsiones generalizadas (además de prolongadas y agudas) sin que el individuo recupere la conciencia por completo entre uno y otro ataque, con una duración cuando menos de 30 minutos. Se considera que es un cuadro de gran urgencia médica.

El status epiléptico produce efectos acumulativos. Las contracciones musculares vigorosas imponen un gran consumo metabólico y obstaculizan las respiraciones. Las crisis repetidas de anorexia y edema cerebrales pueden ocasionar lesiones encefálicas irreversibles y letales.

Entre los factores que lo desencadenan están la interrupción del consumo de los antiepilépticos, fiebre e infecciones recurrente.

**Acciones de enfermería**

1. Mantener vías aéreas permeables

2. Aplicar medidas antitérmicas

3. Administrar antibióticos para impedir las infecciones broncopulmonales

4. Vigilar signos vitales enfatizando en el puso para detectar trastornos cardiovasculares.

5. Administrar diazepan mg/minuto hasta que cesen las convulsiones, no exceder de los 20 mg.

**Conclusiones**

Se hace necesario que la enfermera(o) dedicada a la atención del paciente neurológico y neuroquirúrgico, **adquiera un poder de observación que le permita ofrecer al médico una información detallada y precisa de todos los síntomas y signos que el paciente presente**, lo que acompañado de un **buen cumplimiento de las indicaciones médicas y de los cuidados de enfermería**, permitirán que el paciente recobre su salud total o parcialmente

|  |
| --- |
| **Estudio independiente** |
| Se orientará un trabajo extraclases sobre los cuidados de enfermería antes, durante y después en los procederes diagnósticos electrofisiológicos, microbiológicos, Imagenológicos y otros estudios del Sistema Nervioso. |
| **Estudios Imagenológicos:** Radiografía de cráneo, Tomografía Axial Computarizada (TAC), Resonancia magnética. Angiografía cerebral, Gammagrafías cerebrales, Ecoencefalografía. Doppler carotídeo. |
| Estudios electrofisiológicos: El electroencefalograma, estudios de potenciales evocados, Electromiografía. |
| Estudios microbiológicos. Análisis del líquido cefalorraquídeo (punción lumbar), Citoquímico y citológico. |
| **Bibliografía para el estudio independiente** |
| Temas de enfermería médico-quirúrgica María Fenton Tait. Tercera parte. Investigaciones importantes en las afecciones cerebrovasculares pág. 321 |

|  |
| --- |
| Glosario |
| Hemiplejía o Hemiplejia. |
| Definición: Síndrome neurológico que se caracteriza por una parálisis del hemicuerpo con pérdida de la motilidad voluntaria. |
| Paraplejía. |
| Concepto: Es la pérdida de movimiento y sensibilidad de las extremidades inferiores y todo el tronco o una parte del mismo como resultado de la lesión a la espina dorsal o lumbar o las raíces sacras. |