

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA

FACULTAD DE ENFERMERÍA



**CUIDADO DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON CRISIS
CONVULSIVA DEL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL
NACIONAL SERGIO E. BERNALES - LIMA - 2020**

AUTOR:

LIC. ENF. DANTE OSWALDO CORNEJO ESCURRA

TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES

ASESORA:

Mg. SOFIA DEL CARPIO FLOREZ

Lima - Perú

2022

DEDICATORIA:

A Dios:

Por ser el gran pilar de
mis metas y concederme
la oportunidad de cristalizar un sueño.

A mis padres:

Con inmenso cariño y devoto
reconocimiento por su constante
sacrificio, quienes día a día luchan por
darnos lo mejor de sí.

AGRADECIMIENTO

A la docente Mg. Sofia Del Carpio Florez, por su asesoría y apoyo permanente durante el desarrollo del Plan de Cuidado de Enfermería.

RESUMEN

La crisis convulsiva es una descarga excesiva anormal de un grupo neuronal que, dependiendo de su ubicación, presenta síntomas motores, sensitivos, autónomos o psíquicos, con o sin pérdida de conciencia.

Las convulsiones producen descargas eléctricas excesivas en grupos de células cerebrales. Estas convulsiones pueden producir episodios breves de ausencia o desde contracciones musculares hasta convulsiones prolongadas y graves. Su frecuencia puede variar de menos de una por año a varias veces al día.

Las convulsiones generalizadas se presentan con pérdida de conciencia y del control de esfínter, y las convulsiones focales son episodios de movimientos involuntarios breves que pueden afectar a una parte del cuerpo o su totalidad.

El estudio de caso se aplica a una paciente adulta madura, M.D.C.V, de 45 años de edad, con un diagnóstico médico: Crisis convulsiva, ubicada dentro del servicio de emergencia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales, cama 9.

Palabras Clave: Crisis convulsiva. Cuidado de enfermería. Descarga excesiva neuronal anormal.

ABSTRACT

The seizure crisis is an abnormal excessive discharge from a neuronal group that, depending on its location, presents motor, sensory, autonomic or psychic symptoms, with or without loss of consciousness.

Seizures produce excessive electrical shocks in groups of brain cells. These seizures can produce brief episodes of absence or from muscle contractions to prolonged and severe seizures. Its frequency can vary from less than one per year to several times a day.

Generalized seizures present with loss of consciousness and sphincter control, and focal seizures are episodes of brief involuntary movements that can affect part or all of the body.

The case study applies to a mature adult female patient M.D.C.V, who is 45 years old, with a medical diagnosis: Convulsive crisis, located inside the emergency service of the Sergio E. Bernales National Hospital, bed 9.

Key Words: Seizure crisis. Nursing care. Abnormal neuronal overload.

INDICE

	Pág.
DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTO	3
RESUMEN	4
ABSTRACT	5
INTRODUCCIÓN	7

CAPITULO I: MARCO TEORICO

1.1 Base teórica	10
1.2 Teoría de enfermería	11
1.3 Cuidados de enfermería	14
1.4 Estudios relacionados	

CAPITULO II: APLICACIÓN DEL PCE - EBE

2.1 Valoración por dominios	20
2.2 Diagnóstico de enfermería	21
2.3 Planteamiento de objetivos, prioridades e intervenciones	

Bibliografía

Anexos

INTRODUCCION

Las convulsiones representan una condición de amenaza de vida debido a que el paciente presenta un estado neurológico anormal que puede presentarse por diferentes etiologías patológicas o traumatismos, con o sin recuperación del estado de conciencia.

Las actualizaciones del Soporte Vital de Trauma Prehospitalario en su novena edición inician con el aseguramiento de la escena, seguido de la evaluación rápida y de orden lógico en el paciente con traumatismo o enfermedad crítica para obtener una impresión general del estado del paciente en busca de condiciones que amenacen la vida, representado por la alteración de los valores del sistema circulatorio, respiratorio y neurológico, necesitando intervención inmediata y tratamiento médico para decidir su transporte de manera oportuna al centro asistencial especializado a fin de evitar la presencia de lesión cerebral significativa.

En la actualidad la atención del personal de enfermería en los diferentes servicios de emergencia abarca el ámbito prehospitalario e intrahospitalario; por consiguiente, el personal está en constante actualización en la investigación de los enfoques de evaluación y tratamiento del paciente basado en evidencia, con la finalidad de evitar que el estado del paciente termine en discapacidad permanente o fatalidad.

El Plan de Cuidado de Enfermería (PCE) requiere habilidades cognitivas, motoras e interpersonales que permiten realizar procedimientos técnicos e intelectuales para resolver problemas, tomar decisiones y establecer relaciones interpersonales con los pacientes y familiares.

La aplicación del PCE exige una base de conocimientos amplia y sólida que permite realizar una valoración del estado integral de salud del paciente, familia o comunidad, los cuales ayudan en la resolución de problemas, toma de decisiones y selección de intervenciones oportunas.

Las habilidades motoras son necesarias para el empleo de equipos y ejecución de técnicas requeridas en las intervenciones con habilidades cognitivas, debido a que el PCE exige al personal de enfermería utilizar inferencias, análisis para la resolución de problemas y aplicación del pensamiento crítico.

Durante la aplicación del PCE es necesario poseer habilidades para la comunicación verbal y no verbal para facilitar el intercambio de información entre el personal de enfermería, el paciente y otras personas, con la finalidad de optimizar el éxito de los resultados esperados. La comunicación con el equipo

multidisciplinario de forma verbal y escrita es de vital importancia porque permite el registro de evidencia mientras se brindan los cuidados.

El razonamiento crítico durante el cuidado exige al enfermero la habilidad de sacar conclusiones y justificarlos bajo los parámetros de la ciencia de enfermería.

El PCE se realizó en el servicio de emergencia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales (HNSEB - MINSA), basado en la situación problemática de la paciente con iniciales M.D.C.V, adulta madura de 45 años de edad, con Diagnóstico médico: Crisis convulsiva. Los datos obtenidos para realizar el Plan de Cuidado de Enfermería, han sido sustraídos de diversas fuentes: Historia Clínica, valoración directa por medio de la entrevista y observación.

El presente trabajo académico esta sistematizado por dominios, desarrollando 5 etapas durante el proceso de atención de enfermería. Según su taxonomía estructural se clasifica en 13 dominios, 47 clases y 206 diagnósticos.

La primera etapa es la Valoración por dominios, definido como la etapa inicial del proceso, donde el enfermero recolecta información del paciente, a través de los datos relevantes que se ordenan por medio de datos subjetivos (Respuestas humanas) y datos objetivos (Observación física y documentaria). Durante el desarrollo del PCE se aplica de forma simultánea la recolección de datos subjetiva y objetiva.

La segunda etapa es el Diagnóstico de enfermería, considerado como juicio clínico sobre las respuestas de una persona, familia o comunidad a problemas de salud reales, potenciales o de procesos vitales, proporcionando la base para las intervenciones de enfermería, con la finalidad de alcanzar resultados esperados. En esta etapa se identifican los problemas y se clasifican según prioridad, según la Asociación de Diagnósticos de Enfermería de Norteamérica (NANDA).

La interpretación científica del diagnóstico de enfermería considera un problema real o de riesgo potencial con el factor relacionado pudiendo ser determinante o condicionante (Referidos o por evidencia).

La tercera etapa es la Planificación del cuidado de enfermería que consiste en programar intervenciones para lograr un objetivo a corto o largo plazo durante el cuidado del paciente entre un turno y otro, garantizando la calidad del cuidado de manera integral con mayor eficiencia y reduciendo costos.

En el ámbito intrahospitalario se utiliza el Kardex de enfermería como instrumento del cuidado diario, debido a que permite establecer prioridades durante el turno laboral para tomar decisiones, resolver problemas y programar tiempos para

alcanzar el resultado esperado. De forma inicial en el ámbito prehospitalario se aborda a la paciente con la Ficha de Atención pre hospitalaria que establece procedimientos y tratamientos (Plan de atención) implementado por la Dirección de Servicios de Atención Móvil de Urgencia.

La cuarta etapa es la Ejecución o intervención de enfermería que permite cubrir y solucionar necesidades por medio de intervenciones específicas diseñadas para ayudar al paciente a conseguir resultados esperados y proporcionar continuidad de los cuidados durante su estancia hospitalaria a través de estrategias de intervenciones independientes e interdependientes, incluyendo la estimulación del paciente para continuar con el desarrollo de prácticas adecuadas en la relación enfermero - paciente. El Plan de intervención debe incluir la preparación, intervención y documentación correspondiente para ser considerado en el reporte de enfermería.

La intervención de enfermería debe ser un plan individualizado con el factor relacionado o de riesgo específico enfocando el estado de gravedad del paciente. El plan de intervención también se desarrolla con la participación activa del paciente, familiares y otros prestadores de la atención sanitaria.

La quinta etapa es la Evaluación o resultado esperado que consiste en una actividad planeada que permite la medición del progreso del paciente y la eficacia de las intervenciones de enfermería.

En esta etapa la evaluación debe ser sistemática, ordenada y continúa permitiendo la evaluación de la efectividad de las intervenciones de enfermería en relación a los objetivos establecidos y los resultados esperados del paciente con el objeto de determinar la efectividad de la calidad de los cuidados o el fracaso de nuestra participación. En los últimos años en el sector salud las instituciones públicas y entidades privadas desarrollan auditorías de calidad internas y externas en relación a los cuidados de enfermería como parte del mejoramiento continuo de la calidad de atención al paciente, familia y comunidad.

CAPITULO I

MARCO TEORICO

1.1 BASE TEORICA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que a nivel mundial 50 millones de personas padecen epilepsia y es considerado como uno de los trastornos neurológicos más comunes. El 80% de pacientes habitan en países de ingresos bajos y medianos; sin embargo, el 70% de personas con epilepsia podría vivir sin convulsiones si son diagnosticados a tiempo y mantienen un tratamiento médico adecuado. En muchos países los pacientes y sus familias son víctimas de estigmatización social y discriminación en relación a esta enfermedad a pesar que la epilepsia no es contagiosa.

La OMS define a la epilepsia como una enfermedad cerebral crónica que afecta a personas en todo el mundo, sin distinción de edades y se caracteriza por presentar convulsiones frecuentes. “Las convulsiones se deben a descargas eléctricas excesivas de grupos de células cerebrales que pueden producirse en diferentes partes del cerebro. Las convulsiones pueden ir desde episodios muy breves de ausencia o de contracciones musculares hasta convulsiones prolongadas y graves. Su frecuencia también puede variar desde menos de una al año hasta varias al día” (Organización Mundial de la Salud, 2019) (1).

La epilepsia es una anomalía persistente en el cerebro que ocasiona convulsiones frecuentes y esto puede ser congénito o una anomalía de tipo estructural, metabólica o genética. Las convulsiones producidas por una anomalía transitoria como hiponatremia no son consideradas epilepsia.

La epilepsia se define como dos o más convulsiones no provocadas, que se caracterizan por presentar episodios breves de movimientos involuntarios que afectan a una parte del cuerpo (Convulsiones parciales) o su totalidad (Convulsiones generalizadas), acompañadas de pérdida de la consciencia y del control de esfínteres y pueden presentar traumatismos, hematomas, contusiones, heridas y fracturas en relación a la cinemática del estado convulsivo y la superficie donde se ubica la víctima, incluyendo trastornos psicosociales, ansiedad y depresión.

La epilepsia idiopática es el tipo de epilepsia más frecuente y no tiene causa identificable. La epilepsia con causa conocida se denomina epilepsia secundaria o sintomática y se produce por las siguientes causas: Daño cerebral ocasionado por lesiones prenatales o perinatales (Asfixia, traumatismos durante el parto y bajo peso al nacer), malformaciones congénitas y alteraciones genéticas con

malformaciones cerebrales asociadas, traumatismos craneoencefálicos graves, accidentes cerebrovasculares (Deficiencia de oxígeno al cerebro), infecciones cerebrales (Meningitis, encefalitis o neurocisticercosis), síndromes genéticos y tumores cerebrales.

La epilepsia idiopática no es prevenible, pero se pueden aplicar medidas de prevención frente a las causas de la epilepsia secundaria. La prevención de traumatismos craneales evita la epilepsia postraumática, la atención perinatal adecuada influye en la reducción de nuevos casos de epilepsia causadas por lesiones durante el parto, el uso de medicamentos y otros métodos para disminuir la temperatura corporal en pacientes pediátricos febriles puede reducir las probabilidades de convulsiones febriles, las infecciones que afectan el sistema nervioso central son causas frecuentes de epilepsia en zonas tropicales y la eliminación de parásitos y la sensibilización direccionada a evitar las infecciones pueden ser eficaces para reducir la epilepsia en la población.

Durante muchos años las convulsiones se clasificaron en generalizadas y parciales, pero en el año 2010 la comisión International League Against Epilepsy (ILAE) establece la clasificación que mantiene el termino convulsión generalizada, pero realiza el cambio de parcial a focal y reemplaza los subtipos de focal a frases descriptivas. Según la clasificación de ILAE 2010 las convulsiones generalizadas se originan y desarrollan en algún punto entre las redes distribuidas bilateralmente, ocasionando que las convulsiones generalizadas presenten perdida de la conciencia, pudiendo ser de duración breve o extendida, pero que continua a través de la fase postictal.

Según ILAE las convulsiones focales se producen al interior de redes limitadas en un solo hemisferio y resulta el tipo de convulsión más frecuente que experimentan los pacientes con epilepsia, con una duración de 1 a 3 minutos. Las convulsiones focales presentan 2 subconjuntos: La convulsión focal con conciencia retenida y conciencia y la convulsión focal con conciencia o capacidad de respuesta dificultadas.

La convulsión focal con conciencia retenida y conciencia, es la convulsión que inicia y se ubica al interior de un área pequeña y definida en un hemisferio produciendo anormalidades que pueden ser identificadas en un área del cerebro. En este caso el paciente generalmente se encuentra despierto y consciente de la actividad convulsiva; sin embargo, si se encuentra inconsciente o presenta estado mental alterado, debe considerar la investigación por otras causas porque que el estado de conciencia esta disminuido.

La convulsión focal con conciencia o capacidad de respuesta dificultadas, es una convulsión que se ubica en solo un hemisferio, pero puede involucrar un área más grande o el hemisferio entero. El paciente permanece despierto, pero no está consciente de su alrededor, alguna situación peligrosa o no son capaces de identificar a sus amistades, pueden sentarse en silencio, mostrar automatismos, gritar, retirarse la ropa o caminar en el tráfico, por lo que el personal de salud debe tener extremo cuidado antes del abordaje de la víctima que presenta convulsiones focales, debido a que puede resultar agresivo y resistirse de forma violenta ante cualquier limitación física que se puede producir durante la evaluación. Por lo general este tipo de convulsión no requiere ningún tratamiento médico porque será corregida por sí misma en pocos minutos.

Para atender de forma adecuada a un paciente por convulsión focal se deberá observar, contener y no limitar. El personal de salud se debe acercar con extremo cuidado y hablar con calma para evitar ocasionar una conducta violenta y minimizar el contacto físico con el paciente. Recolecte información de las personas que se encuentran en el lugar de la escena a través de familiares y amistades en relación al cambio de conducta del paciente si fue lento o rápido. Las convulsiones focales pueden producirse de forma rápida al igual que un cambio rápido de su conducta normal, pero si es un cambio de conducta lento puede ser causado por ingesta de alcohol o drogas. Sin embargo, un paciente puede estar intoxicado y tener actividad convulsiva focal al mismo tiempo, por tal motivo el personal de salud debe registrar la presencia de alteración de conciencia, mirada en blanco, confusión, dificultad para responder, murmullos, arrebatos emocionales, automatismos y divagaciones.

Al terminar la convulsión el paciente se relaja y su nivel de conciencia regresa, por tal motivo, el paciente puede sentirse cansado y permanecer confundido por un tiempo de 15 minutos, pudiendo no regresar en horas a su estado funcional completo. El paciente puede mantener la conciencia durante una convulsión focal, pero puede evolucionar en la pérdida de la conciencia y convulsión generalizada. El desarrollo de la convulsión focal incluye un estado mental alterado, movimientos rítmicos no controlados focales y generalizados, episodios de ausencia o ataques de caída, vibración de párpados, gruñidos, repetición de palabras o frases, risa, gritos, llanto, quitarse la ropa, caminar en el tráfico, divagar sin propósito, automatismos, estado postictal informado por la familia, amistades o peatones.

Las convulsiones pueden clasificarse en generalizadas o focales. La convulsión generalizada involucra ambos hemisferios cerebrales y se relaciona con la pérdida de conciencia. La convulsión focal abarca principalmente solo un hemisferio, por lo que el nivel de conciencia se mantiene, pero se puede producir cambios en la

actividad mental, capacidad de respuesta y conducta. Las convulsiones generalizadas presentan una clasificación de tipo ausentes, atónicos, tónicos, clónicos y en cualquier combinación tónico - clónico, presentando una clasificación de Ausencia: Típica, atípica, ausencia con características especiales (Ausencia mioclónica y mioclónica de párpado). Mioclónica: Mioclónica, mioclónica atónica y mioclónica tónica. Clónica, tónica y atónica. La clasificación en convulsiones focales se realiza a través de frases descriptivas, pudiendo ser desconocida o por espasmos epilépticos.

Existen varios subtipos de convulsiones generalizadas. La convulsión tónica - clónica, inicia como tónica con flexión o extensión de la cabeza, tronco o extremidades y después se vuelve clónica con espasmos rítmicos motrices de las extremidades o el cuello. Después el paciente presenta la fase postictal. Otros tipos de convulsión generalizada incluyen solo tónica, solo clónica, espasmos mioclónicos, atónica y ausente.

Durante una convulsión generalizada el paciente puede no respirar de forma adecuada o presentar obstrucción de la vía aérea, por lo tanto, el personal de salud debe estar capacitado y entrenado para mantener una vía aérea permeable y proporcionar una ventilación efectiva.

Las convulsiones que no se pueden diagnosticar deben considerarse como no clasificadas hasta que exista mayor información que permita su diagnóstico.

El Soporte Vital Médico Avanzado en su segunda edición define a la convulsión como “Una ocurrencia transitoria de actividad neuronal excesiva anormal o sincrónica en la corteza cerebral del cerebro, que puede causar una pérdida de o alteración de la conciencia, convulsiones o temblores, incontinencia, cambios de conducta, cambios subjetivos en la percepción (gusto, olfato, miedos) y otros síntomas”. (Soporte Vital Médico Avanzado, 2017, p. 200) (2).

La Educación Geriátrica para Servicios de Emergencias Médicas en su segunda edición define a la convulsión “Como una perturbación intermitente del sistema nervioso central debido a una descarga repentina, excesiva y desordenada de las neuronas cerebrales”. (Educación Geriátrica para Servicios de Emergencias Médicas, 2017, p. 161). (3). La descarga produce una alteración de movimientos convulsivos, deficiencia en la cognición o combinación de estos síntomas.

Las convulsiones representan la manifestación de una lesión neurológica o enfermedad, que puede ocurrir como condición primaria o secundaria de alguna anomalía. Las convulsiones pueden ser ocasionadas por fiebre, infección, ingestión o abstinencia de drogas, evento vascular cerebral, trauma, cambios

estructurales que incluyan tumor cerebral y enfermedades degenerativas, complicaciones del embarazo, alteraciones metabólicas, desequilibrio electrolítico y condiciones congénitas. Las convulsiones por reflejo pueden ser causadas por luces parpadeantes, patrones visuales o inclusive por lavarse los dientes. El 70% de todas las convulsiones es de tipo idiopática, es decir, no tiene causa conocida.

La incidencia de convulsiones se incrementa en la población de adultos mayores con excepción de los neonatos y se considera la tercera causa común de trastornos neurológicos en personas mayores y como factor más frecuente los eventos vasculares cerebrales.

Las convulsiones después de los 65 años casi siempre son sintomáticos y está asociada a lesiones. Las causas de convulsión en adultos mayores están relacionados a enfermedad cerebrovascular, cáncer cerebral, traumatismo en cabeza, enfermedad de Alzheimer, trastornos metabólicos, infección del sistema nervioso central o causas múltiples.

Las características de las convulsiones son variables y depende del inicio de la alteración del lado del cerebro que ha sido afectado y de cómo evoluciona. El paciente puede presentar síntomas temporales, como pérdida de la conciencia, alteraciones del movimiento y de los sentidos: Visión, audición y gusto; así como alteración del estado de ánimo y funciones cognitivas.

Las personas con historial de convulsiones pueden presentar frecuencia en las convulsiones y severidad exacerbada debido a cambios menstruales hormonales a esto se denomina epilepsia catamenial. Otros desencadenantes en pacientes con historial de convulsiones es no tomar sus medicamentos debidamente, cambiar un medicamento de marca por un genérico, falta de sueño, fatiga, estrés, enfermedad secundaria y deshidratación.

Las personas que padecen de convulsiones pueden presentar problemas físicos: Fracturas y hematomas por traumatismos relacionados con las convulsiones y trastornos psicosociales: Ansiedad y depresión.

La valoración de las convulsiones en adultos mayores debe estar direccionado a la respuesta de las siguientes preguntas: ¿Existió traumatismo previo?, ¿El paciente presentó un evento vascular cerebral previo?, ¿El paciente presenta estado de inmunocompromiso como cáncer, quimioterapia, trasplante de órganos o VIH?, ¿El paciente es diabético?, ¿El paciente presenta alguna insuficiencia orgánica como renal, hepática, infarto de miocardio, hipoxia o anormalidad electrolítica?, ¿El paciente consume alcohol?, si es así ¿Cuándo consumió la última copa?, si el

paciente es alcohólico se debe considerar la posibilidad de abstinencia como causa de la convulsión.

Es importante la valoración del nivel de alerta del paciente adulto mayor debido a que el periodo postictal de confusión tiene una duración de minutos hasta horas y acompaña a todas las convulsiones generalizadas y puede no estar presente en las convulsiones parciales. La valoración del paciente debe estar direccionado en la búsqueda de traumatismos en la cabeza y cuerpo, buscando fiebre y eccemas en los pies, debido a que puede ser indicador de meningitis. La valoración pupilar debe ser igual en tamaño y reactividad. Las pupilas desiguales pueden ser signo de un problema cerebral grave. Si el paciente se encuentra alerta evalúe el habla, lenguaje y la presencia de alguna deficiencia motora ocasionado por un posible evento vascular cerebral. Un déficit focal representa un trastorno cerebral grave debido a que los pacientes que presentan una convulsión parcial pueden presentar un déficit en la parte del cuerpo controlada por el área del cerebro donde ocurrió la convulsión. Se debe inmovilizar el cuello y la columna cervical ante la sospecha de la existencia de un traumatismo ocasionado por una caída posterior a una convulsión.

El transporte debe ser inmediato para los pacientes con respuesta anormal al examen neurológico posterior a una convulsión, incluyendo aquellos que presentan fiebre, cuello rígido, desigualdad de tamaño pupilar y debilidad motora focal, debido a que el examen neurológico anormal puede indicar meningitis. Después de la convulsión se presentará un periodo postictal donde el paciente estará más alerta y orientado, pero continuará confundido y actuando de manera extraña.

Los pacientes con convulsión activa deben ser protegidos ante la posibilidad de cualquier lesión. El personal de salud debe proporcionar oxígeno complementario después de la convulsión y deberá medir la glucosa en sangre, debido a que la hipoglicemia es una posible causa de convulsión, por lo que se debe aperturar una vía endovenosa y administrar dextrosa, según prescripción médica.

Las convulsiones se presentan cuando existe un desequilibrio entre las fuerzas de excitación e inhibición dentro del cerebro, predominando las fuerzas de excitación. Las investigaciones consideran que las convulsiones son causadas por la disminución del ácido aminobutírico gamma (GABA), el cual es un neurotransmisor inhibitorio en la corteza cerebral del cerebro y por un incremento de glutamato, el cual es un neurotransmisor de excitación. Las benzodiazepinas se utilizan con frecuencia como tratamiento médico para detener la actividad convulsiva activa debido al incremento de liberación del GABA, inhibiendo la actividad neuronal.

Las convulsiones presentan tres fases: Preictal, ictal y postictal, según el tipo de convulsión no se observan todas las fases y algunos pacientes pueden experimentar un síntoma por varias horas o días antes de la convulsión, advirtiendo sobre la ocurrencia de una convulsión. La fase preictal es el periodo anterior a una actividad convulsiva observable y puede incluir un aura o advertencia de la inminente convulsión. El aura es una convulsión focal con una duración menor de unos pocos segundos o minutos. Los medicamentos anticonvulsivos opacan o alteran el aura, por lo que el paciente puede sentir debilidad, calor, frío o sensaciones epigástricas anormales antes de la convulsión. Otros pacientes describen sus auras con sensaciones repentinas de miedo, dificultad para hablar o comprender el habla, cefalea, escuchar sonidos, percibir olores desagradables que no se encuentran en el momento, sensación de hormigueo en la lengua y alucinaciones visuales. La fase ictal es el desarrollo de la actividad convulsiva cuando la ocurrencia transitoria de la actividad neuronal excesiva anormal o sincrónica en la corteza cerebral tiene lugar y puede ser registrada en un electroencefalograma (EEG). Las manifestaciones clínicas observables están relacionadas con la localización de actividad eléctrica anormal. La fase postictal continúa inmediatamente a la fase ictal mientras la actividad convulsiva desaparece y se considera el periodo de recuperación posterior a la convulsión. Algunos pacientes se recuperan inmediatamente y a otros puede tomar desde minutos a horas sentirse normales, según el tipo de convulsión, duración y localización de la actividad al interior del cerebro. El paciente puede estar consciente de la convulsión o despertar sin saber que ocurrió. Las convulsiones generalizadas incluyen pérdida completa de la conciencia y las convulsiones focales no lo hacen. Durante el desarrollo de la convulsión generalizada el paciente no puede hablar, comunicarse o realizar alguna actividad. Después de una convulsión tónica - clónica generalizada, la fase postictal es severa y puede manifestarse con amnesia, confusión, fatiga o coma.

La mayoría de convulsiones incluida la del tipo tónica - clónica generalizada presentan una duración menor a 2 minutos, con una prolongación menor de hasta 5 minutos o más. Una convulsión de corta duración no es potencialmente mortal; sin embargo, una convulsión prolongada denominada estado epiléptico es una emergencia médica neurológica potencialmente mortal que necesita diagnóstico y tratamiento médico inmediato.

Es posible controlar las convulsiones con el tratamiento médico anticonvulsivante adecuado. Según la OMS el 70% de pacientes con epilepsia podría vivir sin convulsiones y si el tratamiento médico es eficaz después de 2 a 5 años sin presencia de convulsiones, se puede suspender el tratamiento farmacológico en aproximadamente un 70% en niños y un 60% en adultos, sin que exista recaída.

Sin embargo, existe una brecha terapéutica en países de ingresos bajos y medianos con pacientes que padecen de epilepsia debido a que podrían no recibir el tratamiento anticonvulsivante necesario. Adicionalmente la carencia de personal de salud en el área de neurología adecuadamente capacitado en países de ingresos bajos, deficiente disponibilidad de medicamentos antiepilépticos genéricos subsidiado por el sector público, costo de la medicación en relación al salario mensual para adquirir el fármaco a través del sector público o privado y el deficiente conocimiento de la población en relación a la enfermedad y las creencias culturales limitan la eficacia del tratamiento y recuperación del paciente. En la actualidad la OMS, la Liga Internacional Contra la Epilepsia y la Oficina Internacional para la Epilepsia han dirigido la campaña mundial contra la epilepsia con la finalidad de mejorar la información y aumentar la sensibilización para fortalecer los esfuerzos públicos y privados para mejorar la atención y disminuir el impacto de la enfermedad. Estos esfuerzos contribuyen en proporcionar mayor prioridad a la epilepsia, como el que sucedió en el año 2011, cuando la Región de las Américas aprobó la Estrategia y el Plan de acción sobre la epilepsia y el año 2015 la Asamblea Mundial de Salud aprobó la resolución WHA68.20, en relación a la carga mundial de la epilepsia, que busca que los estados participantes tomen acciones coordinadas contra la epilepsia y sus consecuencias.

En consecuencia, en varios países se llevan a cabo proyectos para disminuir la problemática en relación a la epilepsia; así como la falta de tratamiento y la morbilidad de pacientes con epilepsia, fomentar la capacitación y educación a los profesionales de la salud, eliminar la estigmatización, promover estrategias preventivas y modelos eficaces rentables que promuevan el control de la epilepsia en la atención primaria de salud.

El estado epiléptico (EE) se define como episodios de convulsiones frecuentes, con una duración de 5 minutos o más, con intervalos de 5 minutos sin regreso a la línea de referencia neurológica preconvulsiva. Se clasifica en tipos convulsivos y no convulsivos en base a la presencia de movimiento tónico o clónico de las extremidades del paciente, siendo considerado una emergencia médica y neurológica potencialmente mortal que necesita diagnóstico y tratamiento médico inmediato.

El EE produce convulsiones múltiples sin regresar a su nivel de conciencia entre cada convulsión, por lo que se debe considerar la administración de benzodiazepinas, según prescripción médica y transporte de urgencia al centro asistencial especializado.

Durante el desarrollo del EE la glucosa cerebral y los suministros de oxígeno se pueden agotar, por lo que el paciente puede presentar hipoxia sistémica,

hipercapnia, acidosis, cambios en la presión arterial, hipertermia, edema pulmonar neurológico, rabdomiólisis y después de 30 minutos el EE produce cambios patológicos en el cerebro y después de 60 minutos las neuronas empiezan a morir.

Un EE no convulsivo (NCSE) se define como un cambio en el estado mental de la línea de referencia con una duración de 30 a 60 minutos, con descargas continuas o casi continuas en un EEG y este tipo de convulsión ocurre generalmente posterior a una lesión cerebral traumática aguda y se presenta en un 8 a 20% de pacientes críticamente enfermos. Su retraso en el diagnóstico y tratamiento médico de NCSE puede producir una mortalidad inmediata en el paciente.

El NCSE puede presentarse como ausente, focal o solo se podrá observar en un EEG y si no existe mejoría del nivel de conciencia después de 5 a 10 minutos postictales, el personal de salud debe considerar que el paciente está presentando un NCSE.

La convulsión psicogénica no epiléptica (PNES) se puede presentar como actividad convulsiva generalizada con movimiento motrices anormales y actividad mental alterada. Este estado puede producirse a causas relacionadas con estrés o emocionales. Sin el monitoreo necesario de un EEG una PNES será casi imposible de diagnosticar, por lo que se podría diagnosticar erróneamente como epilepsia. Es posible presentar un trastorno convulsivo diagnosticado por un EEG y presentar una PNES en otras situaciones. No se recomienda detener el tratamiento médico con medicamentos anticonvulsivos por considerar que el paciente está fingiendo una convulsión, debido a que puede resultar peligroso.

La PNES no debe afectar la medula o las respiraciones del paciente porque no es causada por una convulsión generalizada o descargas eléctricas anormales. El uso de la capnografía para monitorear las respiraciones del paciente y el estado de CO₂ permite evaluar y diferenciar la actividad parecida a una convulsión.

Al realizar el diagnóstico diferencial para convulsión debe incluir evento vascular cerebral, hipoglucemia, hipertermia, migraña, amnesia, hemorragia, tumor, anormalidad metabólica, trastornos del sueño, trastornos del movimiento, pseudoconvulsión y condiciones psiquiátricas.

Las intervenciones en el ámbito prehospitalario incluyen oxigenación, ventilación y protección del paciente, mediante la aplicación de acciones que incluyan colocación de almohadillas, retiro de algún objeto peligroso y si se cuenta con la capacitación y equipo de protección personal necesario podrá realizar el aseguramiento de la escena. Se debe tener precaución al utilizar mascarillas de

oxígeno con sujeción al paciente, debido a la posibilidad de vómito y aspiración, por tal motivo evalúe la posibilidad de colocar una cánula por vía aérea nasal y proporcione soporte ventilatorio si la frecuencia respiratoria o el esfuerzo ventilatorio del paciente es inadecuado o si presenta hipoxia. Iniciar acceso endovenoso si la convulsión se prolonga o si después de la convulsión se está transportando al paciente para que otra convulsión se pueda tratar farmacológicamente. Revisar el nivel de glucosa en sangre y según prescripción médica administrar dextrosa, si es necesario según el resultado. Aplicar medidas para el manejo de la temperatura si el paciente está hipertérmico, pero no permita que el paciente presente temblores. Colocar al paciente en posición lateral de seguridad o posición de recuperación, debido a que favorece la protección de la vía aérea ante una aspiración. En pacientes con vía aérea no controlada y en pacientes con convulsión activa nunca proporcione medicamentos anticonvulsivos orales.

Los pacientes con convulsión activa por más de 5 minutos se deben considerar como EE y deben recibir tratamiento médico con benzodiazepina para detener la convulsión. En el caso de no tener éxito durante la colocación del acceso venoso se debe proceder a la administración de medicamentos por vía intramuscular aplicando los 5 correctos: Paciente correcto, medicamento correcto, vía correcta, dosis correcta, fecha y hora correcta, por lo que el personal de salud debe conocer las características y presentación de los medicamentos, debido a que todas las benzodiazepinas pueden causar depresión respiratoria. Por tal motivo el personal de salud debe preguntar en el lugar de la escena si el paciente recibió algún medicamento antes o después de la convulsión.

En el caso que las dosis repetidas de benzodiazepina no muestren efectividad para detener la actividad convulsiva, entonces se debe administrar medicamentos de segunda línea como fenitoína y fenobarbital. Existe evidencia que la ketamina puede controlar efectivamente el EE, en especial si el paciente es resistente al fenobarbital. El último recurso farmacológico es la utilización de agentes anestésicos generales incluyendo el propofol. Durante el estado postictal los cuidados del paciente influyen en su recuperación debido a que posiblemente se encuentran confundidos, afectados y en algunos casos agresivos o violentos, por lo que se recomienda al personal de salud proporcionar una atención de calidad humana que enfatice un trato amable y cordial, brindando la orientación necesaria al paciente. Se debe proporcionar su privacidad ante la posibilidad de presentar incontinencia urinaria o presentar ropa en mal estado.

Todo paciente que ha sufrido una convulsión debe ser transportado al centro asistencial especializado con capacidad de tratamiento quirúrgico o de trauma

para su evaluación correspondiente, según los siguientes criterios: Convulsión por primera vez, antecedente de trauma, convulsión y aspiración por agua, edad avanzada, diabetes y embarazo o si la convulsión presenta una duración mayor a 5 minutos o en serie, o si en la fase postictal no existe mejora en relación al nivel de conciencia después de 5 a 10 minutos. Recordar que no todos los pacientes adultos que presentan una convulsión fuera del hospital necesitan un traslado para su evaluación.

La crisis convulsiva es la manifestación de la descarga anormal sincrónica y excesiva de un grupo de neuronas que dependiendo del área cerebral afectada presentan síntomas motores, sensitivos, autonómicos o de carácter psíquico, con o sin pérdida del estado de conciencia.

Estas convulsiones pueden ser sintomáticas o secundarias debido a que son desencadenadas por un estímulo transitorio que afecta la actividad cerebral: Hipoglucemia, traumatismos, fiebre e infección del sistema nervioso central, o de carácter idiopático, es decir, sin relación temporal con un estímulo conocido y cuando estas últimas tienen carácter frecuente se utiliza el término epilepsia.

Entre las causas más frecuentes de convulsiones según la edad, tenemos en Neonatos: Encefalopatía hipóxico - isquémica, infección sistémica o del sistema nervioso central, alteraciones hidroelectrolíticas, déficit de piridoxina, errores congénitos del metabolismo, hemorragia cerebral y malformaciones del sistema nervioso central. Lactantes y niños: Convulsión febril, infección sistémica y del sistema nervioso central, alteraciones hidroelectrolíticas, intoxicaciones y epilepsia. Las convulsiones febriles representan la causa más frecuente de crisis convulsivas durante la infancia. Adolescentes: Supresión o niveles sanguíneos bajos de anticonvulsivantes en niños epilépticos, traumatismo craneal, epilepsia, tumor craneal e intoxicaciones (Alcohol y drogas).

Es importante identificar las características de un paciente con crisis convulsiva debido a que el personal de salud realizará las siguientes interrogantes al familiar o la persona que se encuentra en el lugar de la escena, con el objeto de realizar una recolección rápida de datos subjetivos y objetivos para conocer el origen de la crisis: ¿Dónde se encontraba la víctima durante la convulsión?, ¿Qué estaba haciendo?, ¿Existió algún acontecimiento desencadenante?, ¿Existió pérdida de la conciencia y tiempo de duración?, ¿Cuál fue el tipo de secuencia de los movimientos?, ¿Se observa desviación de la mirada?, ¿Se evidencia ruidos respiratorios audibles de tipo estridor, cianosis, salivación y relajación de esfínteres?, ¿Qué tipo de medicación está tomando?.

De igual manera es importante no confundir la crisis convulsiva con una serie de cuadros clínicos: Síncope vasovagal, síncope febril, espasmos del sollozo, crisis de hiperventilación, vértigo paroxístico benigno, crisis histéricas, narcolepsia – cataplejía, trastornos del sueño, ataques de pánico, migraña, disquinesias paroxísticas, distonías y mioclonías fisiológicas.

La lesión cerebral traumática (LCT) es un problema de salud que afecta a nivel mundial a más de 10 millones de personas cada año. Según la OMS la LCT supera a muchas enfermedades como causa principal de discapacidad y muerte en el año 2020. Más de un millón de ellos resulta con lesiones cerebrales cada año. En Estados Unidos este suceso está relacionado a consultas en servicios de emergencia, hospitalizaciones, muertes y muchos de ellos terminan en los servicios de traumatología.

Las causas más frecuentes por LCT incluyen colisiones vehiculares de tipo automotor, caídas a nivel o desnivel, violencia y lesiones laborales o lesiones no intencionales relacionadas con deportes. Las colisiones de vehículos automotor representan la principal causa de LCT en víctimas entre 5 y 75 años. Las caídas se presentan en niños de hasta 4 años y en población de adultos mayores.

En los servicios de emergencias los pacientes por LCT son los más difíciles de tratar porque se pueden resistir a la atención inmediata y por otra parte la permeabilidad de la vía aérea resulta difícil por la fuerte contracción de los músculos maxilares y la presencia de vómitos y secreciones. El estado del paciente se puede complicar si presenta shock, el cual puede ser ocasionado por la presencia de lesiones internas o externas, intoxicaciones por alcohol y drogas o lesiones intracraneales graves. Por consiguiente, resulta de vital importancia en el ámbito prehospitalario la atención inmediata del paciente posterior al aseguramiento de la escena, en busca del aporte adecuado del suministro de oxígeno y nutrientes al encéfalo para poder identificar signos de riesgo de herniación cerebral y presión intracraneal elevada en el menor tiempo posible, para disminuir la mortalidad por LCT y evitar la discapacidad neurológica permanente y posteriormente buscar una recuperación oportuna del paciente por trauma.

Para entender la fisiopatología de la LCT es necesario el conocimiento de la anatomía de la cabeza, el encéfalo y el cuero cabelludo, el cual está constituido por varias capas que incluye la piel, tejido conectivo, aponeurosis y el periostio de los huesos. El cuero cabelludo es la cubierta externa de la cabeza que proporciona protección al cráneo y al encéfalo. Se encuentra vascularizado por lo que puede sangrar de forma profusa ante una laceración. El cráneo está

conformado por varios huesos formados en una sola estructura y proporciona protección al encéfalo y está constituido por dos capas de hueso cortical.

El Soporte Vital de Trauma Prehospitalario en su novena edición establece que el paciente con LCT aguda está en riesgo de sufrir convulsiones por la hipoxia debido a los problemas en la vía aérea o trastorno del patrón respiratorio que influye en la actividad convulsiva generalizada, al igual que la hipoglucemia y las anomalías electrolíticas. “El tejido encefálico isquémico o dañado puede servir como un foco de irrigación para producir convulsiones generalizadas o una crisis epiléptica. Las convulsiones a su vez, pueden agravar la hipoglucemia previa causada por alteración de la función respiratoria”. (Soporte Vital de Trauma Prehospitalario, 2020, p. 269) (4). La actividad neuronal masiva relacionada a las convulsiones generalizadas consume rápidamente oxígeno y glucosa, empeorando la isquemia cerebral.

Existen causas extracraneales que pueden aumentar la Presión Intracraneal (PIC) de manera indirecta. Los accesos venosos desembocan en las venas yugulares, por lo que cualquier compresión de estas venas puede causar un efecto ascendente en la obstrucción venosa intracraneal. La inadecuada posición de la cabeza, en relación a su flexión o la combinación de rotación puede causar aumentos significativos de la PIC en un valor de referencia de 8.8 hasta 16.2 mm Hg. La colocación de dispositivos de restricción del movimiento como el collarín cervical puede aumentar de 4 a 14.5 mm Hg la PIC. El aumento de la presión intratorácica e intraabdominal puede causar aumento de la presión venosa yugular afectando al flujo sanguíneo venoso cerebral; por tal motivo se debe mantener la cabeza en posición neutral y evitar que la colocación del collarín cervical sea colocada de forma muy ajustada.

Es importante la rápida exploración física del trauma que ocasionó la lesión en combinación con una valoración primaria, debido a que permite identificar problemas potenciales de riesgo vital en un paciente con sospecha de LCT, resultando necesario la reevaluación continua del paciente. Los datos obtenidos durante la evaluación pueden influir significativamente conforme cambie el estado hemodinámico del paciente en el transcurso del tiempo.

El conocimiento de los mecanismos de lesión es de vital importancia en todos los pacientes por trauma porque permite ayudar a identificar patrones específicos de lesión y especialmente en la LCT. La obtención de datos en relación a la física del trauma proviene de la observación de la escena, familiares y testigos. Las lesiones de alto impacto o aceleración - deceleración rápida de alta velocidad pueden dar como resultado una lesión de tipo golpe - contragolpe y esto ocurre mayormente en las colisiones de vehículos automotores en alta velocidad, dando lugar a que la

cabeza de la víctima pega contra un objeto fijo causando una lesión de golpe en el lugar de impacto y un contragolpe en lado opuesto, ocasionando que el encéfalo pega contra el lado contrario del cráneo. Esta información se debe comunicar al personal de salud que va recepcionar al paciente porque será necesario para su diagnóstico y tratamiento médico debido a que se puede relacionar con otras lesiones por trauma.

Durante el desarrollo de la atención primaria en trauma se debe identificar y tratar inmediatamente la presencia de una hemorragia externa que ponga en riesgo la vida del paciente. La existencia de hemorragia externa exanguinante debe controlarse antes de evaluar la vía aérea. Este tipo de hemorragia por lo general es de origen arterial de una extremidad, pero también puede presentarse en el cuero cabelludo o en la unión con una extremidad del tronco, denominado hemorragia de unión.

Resulta importante el aporte adecuado de oxígeno al cerebro que presenta un trauma para disminuir al mínimo las lesiones secundarias y mantener la saturación de oxígeno normal por encima del 90%. De no proporcionar oxígeno se obtendría peores resultados en pacientes con lesiones cerebrales. La valoración de la función respiratoria debe incluir frecuencia, profundidad y adecuada respiración. En pacientes con trauma multisistémico las lesiones torácicas pueden alterar la oxigenación y ventilación. Las lesiones con fractura de la columna cervical en pacientes con LCT pueden dar como resultado lesión de la medula espinal e interferir en la ventilación.

Es vital mantener la presión arterial sistólica mayor a 90 mm Hg. Para prevenir una lesión cerebral secundaria, por ello toda hemorragia debe controlarse rápidamente para prevenir o disminuir la hipotensión arterial. La hemorragia no controlada en una lesión del cuero cabelludo puede causar shock hemorrágico, por lo que se debe controlar de forma inmediata con técnicas de compresión directa a través del uso del apósito y adicionalmente el proveedor de la atención prehospitalaria debe cuantificar la pérdida de hemorragia externa y valorar el pulso, debido a que en ausencia de pérdida sanguínea externa, un pulso débil y rápido en una víctima por trauma cerrado puede sugerir una hemorragia interna que puede poner en riesgo su vida.

Existen mecanismos de autorregulación para mantener la presión de perfusión cerebral en el aumento de la PIC debido a que pueden llevar a una serie de cambios cardiovasculares, manifestado por el aumento de la presión arterial. En este sentido se debe evitar el intento de tratamiento contra la hipertensión arterial debido a que produce una menor presión de perfusión en la PIC elevada causando una lesión cerebral secundaria. El Síndrome de Cushing se puede

observar en la hipertensión intracraneal grave produciendo la combinación de bradicardia, incremento de la presión arterial relacionado con una presión de pulso amplio y respiración irregular similar a la de Cheyne - Stokes que sigue un ritmo creciente - decreciente. Estos datos pueden indicar a una herniación inminente. El transporte del paciente con lesiones que potencialmente ponen en riesgo su vida, debe ser de manera oportuna al centro asistencial especializado y no debe retrasarse para medir la presión arterial, pero se debe hacer durante la ruta al hospital mientras el tiempo lo permita.

Después de la valoración primaria debe realizarse una rápida evaluación neurológica que incluya la obtención de una puntuación inicial según la Escala de Coma de Glasgow (ECG) y evaluar el reflejo pupilar. La puntuación de la ECG se calcula realizando la mejor respuesta observada durante la evaluación del paciente en relación a la respuesta ocular, respuesta verbal y respuesta motora. Cada categoría debe registrarse de forma individual. La ECG más que proveer una cifra numérica, percibe cambios específicos en el transcurso del tiempo. Su puntuación fue actualizada en el año 2014 para incluir variaciones en las técnicas y promover un uso más consistente. La puntuación de la ECG es importante porque permite clasificar la gravedad de la LCT y determinar si el paciente necesita del aseguramiento de la vía aérea. La puntuación mínima de la ECG es de 3 puntos y la máxima de 15 puntos. Una puntuación de la ECG de 13 a 15 puntos indica una LCT leve. Una puntuación de la ECG de 9 a 12 puntos indica una LCT moderada. Una puntuación de la ECG de 3 a 8 puntos indica una LCT grave. Se recomienda la intubación ante puntuaciones de la ECG menores a 8 puntos. La presencia de ingesta de alcohol, drogas y productos tóxicos afectan al resultado de la ECG.

La respuesta motora durante la puntuación de la ECG en el ámbito prehospitalario es de vital importancia durante la valoración neurológica y pronóstico del paciente, debido a que se deteriora durante el traslado al hospital y esto se debe a que su valor de ingreso hospitalario suele ser menor que el establecido en el lugar de la escena, ya sea por el proceso de intubación, parálisis o sedación, resultando la dificultad de obtener una puntuación completa de la ECG. Diversos estudios recomiendan que la puntuación motora de la ECG en el lugar de la escena predice mejor la mortalidad del paciente en seis meses a diferencia de la puntuación correspondiente al ingreso hospitalario.

La disminución del nivel de conciencia puede ser ocasionado por múltiples causas, entre ellos tenemos a los traumatismos de cabeza, expansión de lesiones al interior del cráneo como el hematoma epidural, hemorragia subaracnoidea,

meningitis, encefalitis, sobredosis de fármacos, envenenamiento con monóxido de carbono, hipoxia, hipoglucemia, hipotermia y encefalopatía alcohólica.

La valoración del paciente debe estar dirigida a la protección de la circulación, vía aérea y respiración, verificando la permeabilidad de la vía aérea, simetría de movimientos respiratorios y el pulso. Adicionalmente debe inspeccionar la cabeza y cuello en busca de evidencia de traumatismos o laceraciones, como el signo de Battle (Hematoma detrás de una oreja) y otros hematomas o contusiones. Palpar el cráneo en busca de fracturas e inspeccionar la nariz y las orejas en busca de presencia de líquido cefalorraquídeo o sangre. Determinar la existencia de fiebre y eccemas que sugieran meningitis o encefalitis. Examinar el reflejo pupilar y determinar su tamaño y reactividad debido a que las pupilas pequeñas, reactivas y la depresión respiratoria sugiere sobredosis de narcóticos. Las pupilas desiguales pueden indicar herniación cerebral ocasionada por una lesión que ocupa espacio como una hemorragia intracerebral, donde el edema ocasiona una rápida elevación de la presión intracraneal. Si la presión intracraneal aumenta en ambos lados la herniación cerebral puede presentar dos pupilas fijas sin reacción y dilatadas. Otros trastornos que pueden producir herniación cerebral es el traumatismo, tumor o abscesos cerebrales. Un paciente con herniación cerebral tendrá respiración deprimida o ausente y fluctuaciones en la presión arterial y frecuencia cardíaca evidenciado por el aumento de la presión sistólica y ampliación de la presión del pulso y bradicardia, con un patrón respiratorio irregular conocido como la triada de Cushing.

Se debe proteger la vía aérea y la respiración del paciente con sospecha de herniación cerebral a través de la ventilación con oxígeno complementario mediante una mascarilla no recirculante o el dispositivo bolsa válvula máscara (BVM) y adicionalmente se debe aperturar una vía endovenosa permeable para mantener una presión arterial sistólica de 100 mmHg.

Ante la pérdida de la conciencia el personal de salud debe realizar las siguientes preguntas al familiar o las personas que se encuentran en el lugar de la escena: ¿Existe posibilidad que el paciente haya sufrido un traumatismo?, ¿El paciente tiene o ha tenido una infección?, ¿El paciente presenta factores de riesgo para una enfermedad cerebrovascular como hipertensión, fibrilación auricular, diabetes, tabaquismo, enfermedad cardíaca o colesterol elevado?, ¿El paciente se quejó de un dolor de cabeza repentino y grave?, ¿El paciente presenta un estado de inmunocompromiso conocido como VIH, cáncer, trasplante de órgano u otra enfermedad crónica grave?, ¿El paciente padece de trastorno convulsivo?, ¿El paciente podría haber consumido una sobredosis de fármacos?, ¿El paciente puede tener un problema con el abuso del consumo de alcohol?, ¿El paciente

presenta antecedente médico inestable como infarto de miocardio o insuficiencia cardiaca, diabetes, insuficiencia renal o hepática, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), con aumento en los niveles de dióxido de carbono o trastorno electrolítico y ácido - base?

1.2 TEORIA DE ENFERMERIA

Las teorías de enfermería son un conjunto de enunciados conceptualizados e interrelacionados entre sí, basados en el pensamiento del enfermero, para delimitar una forma de actuar.

Dorothea Elizabeth Orem establece la teoría general de enfermería compuesta de tres teorías relacionadas entre sí. Teoría del autocuidado, teoría del déficit de autocuidado y la teoría de los sistemas de enfermería.

El presente trabajo académico está basado en la teoría de los sistemas de enfermería.

1.2.1 TEORIA DE LOS SISTEMAS DE ENFERMERIA

Dorothea Elizabeth Orem establece 3 elementos básicos que conforman un sistema de enfermería: La enfermera, el paciente o grupos de personas y los acontecimientos ocurridos con interacciones con familiares y amigos.

El objetivo de la enfermería para Dorothea Elizabeth Orem está enfocado en la ayuda al individuo para llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar salud y vida, permitiendo recuperarse y afrontar las consecuencias de la enfermedad a través de la aplicación de 5 métodos de ayuda: Actuar en lugar de la persona compensando el déficit, ayudar o guiar a la persona que recibe la orientación, enseñar a la persona que se está ayudando, apoyar física y psicológicamente a la persona y promover un entorno favorable para el desarrollo personal.

Esta teoría explica el enfoque del modo en que el personal de enfermería pueda atender a los individuos a través del desarrollo de 3 tipos de sistemas de enfermería.

Sistemas de enfermería totalmente compensadores, que establece el enfoque de la enfermera que suple al individuo, desarrollando un rol principal compensatorio para el paciente y se hace cargo de satisfacer los requisitos del autocuidado universal del paciente hasta que pueda restablecer su propio cuidado o haya aprendido adaptarse a cualquier discapacidad.

Sistemas de enfermería parcialmente compensadores, que está enfocado en el personal de enfermería que proporciona los autocuidados y no requiere de la misma intensidad de intervención de enfermería que el sistema totalmente compensatorio. El personal de enfermería actúa con un rol compensatorio y el paciente está más implicado en su propio cuidado en relación al proceso de toma de decisiones y acciones.

Los sistemas de enfermería de apoyo - educación, está basado en la ayuda del personal de enfermería hacia los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían realizar sin esta ayuda, debido a que es el apropiado para el paciente que es capaz de realizar las acciones necesarias para el autocuidado, pudiendo aprender a adaptarse a nuevas situaciones, pero que puede necesitar el apoyo de personal de enfermería en un rol de alertamiento, debido a que la enfermera se limita en ayudar en el proceso de toma de decisiones, comunicando conocimientos y habilidades.

Los sistemas de enfermería parcialmente compensatorios y el sistema de apoyo - educación son eficaces cuando el paciente debe adquirir conocimientos y habilidades, debido a que el rol principal de enfermería es regular la comunicación a través de métodos de sensibilización y desarrollar capacidades de autocuidado.

El aporte de Dorothea Elizabeth Orem aplicado en Cuba abarca la promoción y mantenimiento de la salud a través de acciones educativas y contribuye al mejoramiento del estilo de vida saludable de la población para abordar los principales problemas de salud como obesidad, hipertensión arterial y diabetes mellitus, con el objeto de generar cambios saludables y evitar alguna discapacidad ocasionada por alguna complicación a través de la implementación de "Programas y estrategias en el ámbito asistencial y educativo retomando los sistemas de enfermería, sobre todo el de apoyo educativo para hacer frente al reto de la disciplinas ante los cambios económicos, políticos y sociales del presente siglo". (Naranjo, Concepción & Rodríguez, 2017) (5). La teoría de los sistemas de enfermería propuesta por Dorothea Elizabeth Orem es aplicada en los niveles de atención de enfermería en Cuba.

Su teoría permite establecer el inicio para proporcionar los cuidados de enfermería en términos de calidad, debido a que proporciona herramientas necesarias al personal de enfermería para afrontar cualquier problemática relacionada con el binomio salud - enfermedad y apoyar al paciente en el proceso de toma de decisiones relacionadas a su salud, en busca de la modificación de conductas de riesgo que afecten al cuidado de su persona.

La toma de conciencia del estado de salud depende del nivel de conocimiento de cada persona, debido a que tiene influencia en su conducta, cultura y sociedad.

1.3 CUIDADOS DE ENFERMERIA

El cuidado de enfermería representa una serie de acciones que tienen por objeto recuperar y mantener la vida al paciente, familia y comunidad en términos de calidad humana, técnica y entorno, direccionada al restablecimiento, conservación y autocuidado de la vida, manteniendo la relación enfermero - paciente.

1.4 ESTUDIOS RELACIONADOS

A continuación, se presenta estudios y experiencias relacionadas con el tema de investigación, que contribuyeron a un mayor conocimiento del problema.

A nivel Nacional:

Espinoza Cerrón, Y (2018), (6), Perú, realizó el trabajo de investigación sobre “Factores de riesgo asociados a la epilepsia en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de Huancayo, 2011 - 2017”. Sus objetivos fueron: Determinar los principales factores de riesgo asociados a la Epilepsia en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de Huancayo periodo 2011-2017. La metodología fue de tipo analítico observacional, retrospectivo, correlacional de casos y controles, se estudiaron 144 historias clínicas del servicio de Medicina Interna y/o Neurología para los casos y los controles, de los cuales aplicando la fórmula de conformación de grupos 48 eran los casos y 96 los controles. El instrumento que se utilizó fue una ficha para cada paciente con Epilepsia, que cuenta con los parámetros: epidemiológicos, genético, factor prenatal, factor perinatal y comorbilidades; siendo validado dicha ficha de recolección de datos por juicio de expertos.

Las conclusiones más importantes del estudio fueron:

1. La Epilepsia es un problema de salud pública, con costos en el largo plazo para la familia que debería cubrir el estado. Los factores de riesgo asociados a la epilepsia son: inmadurez fetal, hipoxia, madre epiléptica, consumo de la madre de analgésicos, preeclampsia y trauma de cráneo.

2. Se identificó una relación significativa en la dimensión genética con la presencia de madre epiléptica teniendo 7,04 veces más riesgo de tener epilepsias en pacientes con antecedentes maternos de Epilepsia.
3. En las características perinatales se determinó relación estadísticamente significativa entre inmadurez fetal y epilepsia con un riesgo de 4,8 veces más de desarrollar epilepsia.
4. Se determinó una asociación significativa dentro de los factores intrínsecos con el trauma encéfalocraneano y la epilepsia teniendo 12,5 veces más riesgo de sufrir de epilepsia en los pacientes que sufran un TEC.

Del Carmen, N. y Huayhua J. (2016), (7), Perú, realizo el trabajo de investigación sobre “Nivel de conocimiento sobre manejo de crisis convulsiva en estudiantes técnicos de enfermería y farmacia del instituto Salud y Belleza Arequipa, 2016”. Sus objetivos fueron: Identificar el nivel de conocimiento sobre manejo de crisis convulsiva en estudiantes técnicos de enfermería y farmacia del instituto Salud y Belleza Arequipa, 2016. La metodología fue de tipo no experimental descriptiva con método hipotético - deductivo y diseño: Descriptivo de corte transversal, población de 105 estudiantes, muestra de 105 unidades de análisis. El instrumento que se utilizó fue un: Cuestionario elaborado por las autoras y validado por expertos.

Las conclusiones más importantes del estudio fueron:

1. Los estudiantes técnicos de enfermería y farmacia en un 57.0% tienen un nivel medio, 29% tiene un nivel alto y un 14,0% posee un nivel bajo de conocimientos conceptuales sobre manejo crisis convulsiva.
2. El nivel de conocimiento actitudinal de los estudiantes de enfermería y farmacia sobre manejo crisis convulsiva en un 48,0% tiene un nivel medio; un 28% tiene un nivel bajo; un 24,0% posee un nivel alto.

3. El nivel de conocimientos procedimental de los estudiantes de enfermería y farmacia en un 55,0% tiene un nivel medio; un 25,0% tiene un nivel alto y el otro 25,0% posee un nivel bajo.
4. El nivel de conocimientos global (conceptuales, procedimental y actitudinales de los estudiantes de enfermería y farmacia) se encontró que en un 67,0% tiene un nivel medio; un 14,0% tiene un nivel bajo y el otro 19,0% posee un nivel alto.

A nivel Internacional:

Jumbo, M. y Pacheco E. (2018), (8), Ecuador, realizó el trabajo de investigación sobre “Proceso de atención de enfermería en pacientes pediátricos de 1 a 17 años con crisis convulsivas del Hospital Carlos Andrade Marín desde junio hasta agosto del 2018”. Sus objetivos fueron: Determinar la influencia del proceso de atención de enfermería en pacientes pediátricos de 1 a 17 años con crisis convulsivas del Hospital Carlos Andrade Marín desde junio hasta agosto del 2018. La metodología fue de tipo descriptiva no experimental de tipo transversal, prospectivo, universo de 50 padres de familia, muestra de 50 pacientes pediátricos. El instrumento que se utilizó fue un: Cuestionario de preguntas cerradas dirigida a los representantes legales de los pacientes pediátricos.

Las conclusiones más importantes del estudio fueron:

1. Las crisis convulsivas constituyen entre el 0,3 – 1,2 %, en las consultas médicas de los servicios de urgencias pediátricas, por medio de nuestras prácticas preprofesionales observamos que la enfermera es un eje primordial en la recuperación del paciente.
2. Son varias las causas por las cuales un niño puede presentar crisis convulsivas, una de ellas y la más conocida son las crisis convulsivas febriles y las epilépticas. Es importante que el niño se encuentre hospitalizado y reciba el tratamiento adecuado, así como la medicación

correcta. Es fundamental que el rol asistencial de la enfermera se base en el cumplimiento a cabalidad del tratamiento indicado es por eso que debe administrar la medicación basándose en los 10 correctos como lo menciona en las normas y protocolos del hospital.

3. Se observó que la influencia del proceso de atención de enfermería con los pacientes pediátricos es viable, sin embargo, aún falta por mejorar las intervenciones que se emplean para mejorar la calidad de atención, de igual manera las relaciones personales que se deben perfeccionar con el familiar y el trato digno con el paciente pediátrico.

Tenorio Rugel, V. (2018), (9), Ecuador, realizo el trabajo de investigación sobre “Percepción del cuidado parental en niños con crisis convulsivas de 5 a 10 años en el área de medicina 2 del Hospital Del Niño Dr. Francisco de Icaza Bustamante de Mayo a Julio del 2017”. Sus objetivos fueron: Determinar la Percepción del Cuidado Parental de niños con Crisis Convulsivas de 5 a 10 años en el área de Medicina 2 del Hospital del niño Dr. Francisco de Icaza Bustamante de Mayo-junio del 2017. La metodología fue de tipo enfoque cualitativo que involucra las experiencias de los familiares con crisis convulsivas, para así poder analizar acciones para concretar los cuidados correspondientes, estilos de vida y sus preocupaciones, población de 3 a 4 niños con crisis convulsivas, muestra de 3 a 4 niños con crisis convulsivas. El instrumento que se utilizó esta constituido por 1 o 2 preguntas abiertas con entrevistas personalizadas con los padres de familia de los niños crisis convulsivas, con el propósito de recolectar información sobre el problema, causas y consecuencias.

Las conclusiones más importantes del estudio fueron:

1. De acorde al objetivo de esta investigación de percepción del cuidado parental de niños con crisis convulsivas, hubo diversas percepciones en cuanto el autocuidado. Dentro de estas se encontraron la negación de los padres sobre las crisis convulsivas causando desesperación ante una situación donde contempla la negación y tristeza y a su vez provoca una serie de acciones que pueden lastimar al niño por no saber cómo actuar ante una crisis convulsiva, gracias a la teoría de Orem sabemos que el autocuidado se da cuando todas las necesidades básicas están cubiertas, lo que ocasiona una mejoría en el estado de salud del individuo, esto se puede evidenciar con un cuidado optimo y mediante conocimiento de cómo actuar cuando el niño este en una crisis convulsiva.
2. Otro punto de vista que se pudo recoger en los datos en bruto fue la percepción de los usuarios ante el sistema de salud con el cual se atienden, se pudo tener repuestas negativas y positivas de los sujetos de estudio; manifestaron aspectos relevantes como la desconfianza y desesperación a la insatisfacción con el servicio de salud, del personal médico y la falta de información sobre lo que tiene el niño, pero se creó un contra punto mostrando satisfacción y comprensión hacia el servicio brindado.

CAPITULO II

APLICACIÓN DEL PCE - EBE

El Plan de Cuidado de Enfermería (PCE) es el desarrollo de “Etapas que la enfermera realiza al brindar el cuidado a la persona, familia o comunidad, en los establecimientos de diferentes niveles de atención de salud (Puesto, centro, hospital, instituto de salud etc.) o cuando interactúa con la persona que requiere sus servicios” (5). El trabajo académico presenta el desarrollo de 5 etapas según la taxonomía estructural por dominios: Valoración, diagnóstico de enfermería, planificación del cuidado, ejecución o intervención y evaluación o resultado.

El desarrollo del PCE está basado en el estudio de la paciente con iniciales M.D.C.V, adulta madura de 45 años de edad, con Diagnóstico médico: Estatus convulsivo, que inicialmente fue atendida en el Centro de salud Gustavo Lanatta, con dirección: Calle Arequipa S/N Cuadra 2 - Collique 5ta zona Comas, Lima. Por consiguiente, es referida por el Sistema de Atención Móvil de urgencia (SAMU) hacia Hospital Nacional Sergio E. Bernales (HNSEB - MINSA) por emergencia para el soporte avanzado.

La aplicación del plan de cuidado de enfermería basada evidencia proporciona información actualizada, referencia de literatura médica, citas de documentos y publicaciones de organizaciones que sustentan principios y recomendaciones en relación a las convulsiones y el estatus convulsivo.

VALORACIÓN

2.1 VALORACIÓN POR DOMINIOS

2.1.1 SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

El 11-11-2019 se ubica a la paciente adulta madura M.D.C.V, de 45 años de edad, sexo femenino, febril, con diagnóstico médico: Crisis convulsiva, al interior del Servicio de emergencia del Hospital Sergio E. Bernales, cama 9, Escala de coma de Glasgow (2014): 12/15 pts (Respuesta Ocular: 03, Verbal: 04 y Motora: 05), ventilando espontáneamente con soporte oxigenatorio por método cánula binasal a 4 litros por minuto en posición semifowler, en regular estado de higiene general. Paciente refiere: “Estoy confundida, no recuerdo que paso”, “Padezco de esta enfermedad desde los 15 años y no cumplo con el tratamiento porque no siento mejoría”, “Siento que me falta aire cuando respiro a pesar que respiro con este dispositivo” y “Me duele la cabeza”, valorándose según Escala Visual Analógica (EVA): 07/10 pts. Presenta sonda foley permeable conectado a una bolsa colectora, con coloración marrón oscura (coluria) con 500 ml. de contenido.

Al examen físico:

Cabeza: Atraumática, cabello y cuero cabelludo del vértice al occipucio y temporales con buen implante.

Oreja: Presencia de cerumen de tipo húmedo y responde a la audición verbal.

Ojos: Conjuntivas limpias, pupilas isocóricas y reactivas a la luz, con parpadeo bilateral y respuesta ocular según Escala de coma de Glasgow (2014): Ante sonidos.

Nariz: Se escucha inspiración y espiración por cada narina, con soporte oxigenatorio por método cánula binasal a 4 gotas por minuto. A la palpación no presenta dolor, crepito o deformidad.

Cara - Boca: Piel seca, pálida y caliente al tacto, mucosas secas, con escoriaciones en rostro, lengua con saburra, dentadura incompleta faltando una pieza dentaria en el maxilar superior y una en el maxilar inferior.

Cuello: A la palpación arteria carótida con ritmo y frecuencia disminuido. Ganglios linfáticos presentes de forma bilateral.

Columna vertebral: Simetría en hombros, omoplatos, crestas iliacas y mantiene sus incurvaciones normales.

Tórax: Movimientos torácicos y respiratorios simétricos, a la palpación en ambos campos pulmonares (ACP) no presenta dolor, crepito o deformidad. A la

auscultación en ACP, murmullo vesicular presente, con presencia de ruidos sibilantes en ambas bases inferiores y uso de los músculos accesorios para respirar.

Corazón: A la auscultación en posición decúbito dorsal o supino ritmo cardiaco y frecuencia disminuida.

Abdomen: A la inspección y palpación en los cuatro cuadrantes y nueve regiones: Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación y ruidos hidroaéreos presentes. No se palpan visceromegalias.

Zona Perineal: Genitales externos normales, presentando sonda vesical permeable conectado a una bolsa colectora, con coloración marrón oscura (coluria) con 500 ml. de contenido.

Miembros superiores: Respuesta motora según Escala de coma de Glasgow (2014): Logra la localización, llenado capilar menor de 2". Pulso radial y humeral con ritmo y frecuencia disminuida. Presencia de vía periférica permeable en el miembro superior izquierdo perfundiendo:

- Cloruro de sodio al 0.9% (1000cc) a XXX gotas por minuto, resta 600cc.
- Fenitoína 100mg (10 Ampollas) + Cloruro de sodio al 0.9% (100cc). Luego 100mg E.V cada 8 horas.

Miembros inferiores: A la inspección presenta escoriaciones en piel.

ESTADO HEMODINAMICO

Fecha: 11-11-2019 / Hora: 11:00 am.

CONTROL DE FUNCIONES VITALES	VALOR
Presión arterial	100/60 mmHg.
Frecuencia cardiaca	90x´
Frecuencia respiratoria	24x´
Saturación de oxígeno	92%
Temperatura axilar	38.5°C

TRATAMIENTO MÉDICO:

- NPO.
- O2 por método cánula binasal a 4 litros por minuto.

- Cloruro de sodio al 0.9% (1000cc) a XXX gotas por minuto, resta 600cc.
- Fenitoína 100mg (10 Ampollas) + Cloruro de sodio al 0.9% (100cc). Luego 100mg E.V cada 8 horas.
- Diazepam 10mg E.V por si fuera necesario (PRN) en caso de convulsión.
- Omeprazol 40g E.V cada 24 horas.
- Metamizol 1.5 gr (PRN) en caso de temperatura mayor o igual a 38.3 C°

EXAMENES AUXILIARES:

- Laboratorio e Imagenología: Radiografía de tórax.
- Hemograma completo.
- Examen de orina.
- Examen de glucosa
- Examen de urea y creatinina.
- Perfil hepático.
- Análisis de gases arteriales (AGA) y Electrolitos.

Medios de diagnóstico:

SERVICIO DE PATOLOGIA - BIOQUIMICA

Fecha: 11-11-2019 / Hora: 12:00 pm.

EXAMEN	VALOR	REFERENCIA
Bilirrubina total	0.56 mg/dl	0.00 - 1.00
Bilirrubina directa	0.24 mg/dl	0.00 - 0.20
Bilirrubina indirecta	0.32 mg/dl	0.00 - 0.90
Creatinina	0.75 mg/dl	0.60 - 1.10
Fosfatasa alcalina	204 mg/dl	65 - 300
GGT	16.92 mg/dl	5.00 - 33.00
Glucosa	132 mg/dl	70 - 110
Proteínas totales	6.5 gr/dl	6.6 - 8.7
Albumina	4.1 mg/dl	3.8 - 5.1
Globulinas	2.40 g/dl	2.00 - 3.50
TGO	16 U/l	8 - 35

TGP	17 U/l	0 - 45
-----	--------	--------

SERVICIO DE PATOLOGIA CLINICA

Fecha: 11-11-2019 / Hora: 12:39 pm.

EXAMEN	VALOR	REFERENCIA
Leucocitos	17.50 10^3 /mm Λ	4.80 - 10.80
Hematíes	3.80 10^6 /mm Λ	4.20 - 6.30
Hemoglobina	11.60 g/dl	13.00 - 16.00
Hematocrito	34.60 %	38.00 - 52.00
VCM	91.00 fl	80.00 - 95.00
HCM	30.60: PG	27.00 - 31.00
CHCM	33.60 g/dl	33.00 - 37.00
Amplitud de distribución eritrocitaria (RDW)	11 %	12 - 15
Volumen plaquetario medio (VPM)	7 fl	7 - 11
Plaquetas	500.00 10^3 /mm Λ	130.00 - 400.00
Neutrófilos segmentados	14.35 10^3 /mm Λ	1.53 - 7.56
Neutrófilos abastoados	0 10^3 /mm Λ	0.00 - 0.32
Eosinófilos	0 10^3 /mm Λ	0.00 - 0.43
Basófilos	0 10^3 /mm Λ	0.0 - 0.21
Monocitos	0.7 10^3 /mm Λ	0.00 - 0.86
Linfocitos	2.45 10^3 /mm Λ	0.96 - 4.32
Metamielocitos	0 10^3 /mm Λ	
Mielocito	0 10^3 /mm Λ	
Promielocito	0 10^3 /mm Λ	
Blastos	0 10^3 /mm Λ	
Neutrófilos segmentados %	82.0 %	0.0 - 80.0
Neutrófilos abastoados %	0 %	0.0 - 4.0
Eosinófilos %	0.0 %	2.0 - 5.0
Basófilos%	0.0 %	0.0 - 2.0
Monocitos %	4.0 %	2.0 - 8.0
Linfocitos %	14.0	20.0 - 45.0

PERFIL DE MUESTRA

Fecha: 11-11-2019 / Hora: 12:43 pm.

EXAMEN	VALOR	REFERENCIA
PH	7.470	7.350 - 7.450
PCO2	31.4 mmHg	35.0 - 45.0
PO2	77.5 mmHg	83.0 - 108.0
Hct	34 %	35 - 49
K+	3.02 mmol/L	3.50 - 5.10
Na+	133.5 mmol/L	136.0 - 146.0
Cl-	113.7 mmol/L	98.0 - 106.0
Ca++	1.03 mmol/L	1.09 - 1.30
Glu	136 mg/dL	65 - 95
Lac	1.5 mmol/L	0.7 - 2.5
TCO2	24.0 mmol/L	22.0 - 29.0
Thb	12.6 g/dL	12.0 - 17.8
O2Hb	98.2 %	94.0 - 97.0
MetHb	0.3 %	0.0 - 1.5
HHb	0.7 %	0.0 - 5.0
COHb	0.8 %	0.0 - 1.5

2.1.2 DATOS DE FILIACION

- Nombre: M.D.C.V
- Sexo: Femenino
- N° de Historia: 1066362
- N° de Historia SIS: 1683378
- DNI: 46317826
- Raza: Mestiza
- Lugar de nacimiento: Lima
- Fecha de nacimiento: 25 de febrero de 1974
- Edad: 45 años
- Talla actual: 1.40 cm.

- Peso actual: 85 Kg.
- IMC: 43.4 (OBESO)
- Etapa de vida: Adulta Madura
- Estado civil: Soltera
- Grado de instrucción: Secundaria incompleta (1er Grado)
- Ocupación: Ama de casa
- Religión: Católica
- Fecha de ingreso a servicio: 11-11- 2019
- Hora: 11. 30 am.
- Fuente de información: Paciente (M.D.C.V) y familiar (M.M.C.V)

2.1.3 MOTIVO DE INGRESO

Paciente adulta madura de 45 años de edad, sexo femenino, con antecedente médico: Epilepsia y abandono de tratamiento desde hace 8 meses. Desde hace 1 día presenta convulsiones tónico - clónico en su domicilio. Familiar refiere encontrar al paciente febril y presentando convulsiones tónico – clónico, por lo que decide acudir con paciente al Centro de Salud Gustavo Lanatta, con dirección: Calle Arequipa S/N Cuadra 2 - Collique 5ta zona, Comas, Lima, donde administran medicamentos: diazepam, metamizol y coordina referencia por medio del Sistema de Atención Móvil de Urgencia (SAMU) para el ingreso por el servicio de emergencia del Hospital Sergio E, Bernales.

DIAGNÓSTICO MÉDICO:

- Estatus convulsivo.
- Epilepsia de etiología no especificada.
- D/C Proceso infeccioso.

ANTECEDENTE MÉDICO:

- Diagnóstico médico: Estatus convulsivo

2.1.4 VALORACION POR DOMINIOS

DOMINIO 1: PROMOCIÓN DE LA SALUD

Clase 1: Toma de conciencia de la salud: Paciente adulta madura de 45 años de edad, sexo femenino, con diagnóstico y antecedente médico: Estatus convulsivo.

Clase 2: Manejo de la salud: Familiar acude con paciente al Centro de salud Gustavo Lanatta, con dirección: Calle Arequipa S/N Cuadra 2 - Collique 5ta zona, Comas, Lima y coordina referencia por medio del Sistema de Atención Móvil de urgencia (SAMU).

Paciente refiere: "Padezco de esta enfermedad desde los 15 años y no cumplo con el tratamiento porque no siento mejoría".

Según historia clínica: Paciente con antecedente médico: Epilepsia y abandono de tratamiento desde hace 8 meses. Desde hace 1 día presenta convulsiones tónico - clónico en su domicilio. Familiar refiere encontrar al paciente febril y presentando convulsiones tónico – clónico, por lo que decide acudir con paciente al Centro de Salud Gustavo Lanatta.

DOMINIO 2: NUTRICIÓN

Clase 1: Ingestión

Presenta tratamiento médico NPO.

Clase 2: Digestión

Presenta tratamiento médico NPO.

Clase 3: Absorción

Presenta tratamiento médico NPO.

Clase 4: Metabolismo

Presenta tratamiento médico NPO.

Clase 5: Hidratación

Paciente refiere: "Me duele cabeza", valorándose según Escala Visual Analógica (EVA): 07/10 pts.

Al examen físico: Se observa piel seca, pálida y caliente al tacto, mucosas secas; perfundiendo Cloruro de sodio al 0.9% (1000cc) a XXX gotas por minuto, resta 600cc.

Al control de funciones vitales: Temperatura axilar: 38.5C°

Presenta tratamiento médico NPO.

DOMINIO 3: ELIMINACIÓN E INTERCAMBIO

Clase 1: Sistema urinario

Al examen físico: Se observa presencia de sonda foley permeable conectado a una bolsa colectora, con coloración marrón oscura (coluria) con 500 ml. de contenido.

Clase 2: Función gastrointestinal

Presenta tratamiento médico NPO.

Clase 3: Función tegumentaria

No presenta edema de miembros inferiores.

Clase 4: Función respiratoria

Al examen físico: Movimientos torácicos y respiratorios simétricos, a la palpación en ambos campos pulmonares (ACP) no presenta dolor, crepito o deformidad. A la auscultación en ACP, murmullo vesicular presente, con presencia de ruidos sibilantes en ambas bases inferiores y uso de los músculos accesorios para respirar.

DOMINIO 4: ACTIVIDAD / REPOSO

Clase 1: Reposo / sueño

Se observa a la paciente descansar con tranquilidad.

Clase 2: Actividad / Ejercicio

Se observa a la paciente que actualmente se encuentra en posición semifowler.

Clase 3: Equilibrio de la energía

Paciente refiere no presentar fatiga física.

Clase 4: Respuestas cardiovasculares / respiratorias

Al examen físico: Movimientos torácicos y respiratorios simétricos, a la palpación en ambos campos pulmonares (ACP) no presenta dolor, crepito o deformidad. A la auscultación en ACP, murmullo vesicular presente, con presencia de ruidos sibilantes en ambas bases inferiores y uso de los músculos accesorios para

respirar; ventilando espontáneamente con soporte oxigenatorio por método cánula binasal a 4 litros por minuto en posición semifowler.

Al control de funciones vitales:

- Frecuencia respiratoria: 24x'
- Saturación de oxígeno: 92%

DOMINIO 5: PERCEPCIÓN / COGNICIÓN

Clase 1: Atención

Paciente refiere: "Estoy confundida, no recuerdo que paso"

Al realizar evaluación según Escala de coma de Glasgow (2014): 12/15 pts (Respuesta Ocular: 03, Verbal: 04 y Motora: 05).

Clase 2: Orientación

Al realizar evaluación según Escala de coma de Glasgow (2014): 12/15 pts (Respuesta Ocular: 03, Verbal: 04 y Motora: 05).

Clase 3: Sensación / percepción

Al examen físico:

Oreja: Presencia de cerumen de tipo húmedo y responde a la audición verbal.

Ojos: Conjuntivas limpias, pupilas isocóricas y reactivas a la luz, con parpadeo bilateral y respuesta ocular según Escala de coma de Glasgow (2014): Ante sonidos.

Nariz: Se escucha inspiración y espiración por cada narina, con soporte oxigenatorio por método cánula binasal a 4 gotas por minuto. A la palpación no presenta dolor, crepito o deformidad.

Boca: Mucosas secas, lengua con saburra, dentadura incompleta faltando una pieza dentaria en el maxilar superior y una en el maxilar inferior.

Miembros superiores: Respuesta motora según Escala de coma de Glasgow (2014): Logra la localización, llenado capilar menor de 2". Pulso radial y humeral con ritmo y frecuencia disminuida. Presencia de vía periférica permeable en el miembro superior izquierdo perfundiendo:

- Cloruro de sodio al 0.9% (1000cc) a XXX gotas por minuto, resta 600cc.

- Fenitoína 100mg (10 Ampollas) + Cloruro de sodio al 0.9% (100cc). Luego 100mg E.V cada 8 horas.

Miembros inferiores: A la inspección presenta escoriaciones en piel.

Clase 4: Cognición

Paciente refiere: "Padezco de esta enfermedad desde los 15 años y no cumplo con el tratamiento porque no siento mejoría".

Clase 5: Comunicación

Al realizar evaluación según Escala de coma de Glasgow (2014): 12/15 pts (Respuesta Ocular: 03, Verbal: 04 y Motora: 05).

DOMINIO 6: AUTOPERCEPCIÓN

Clase 1: Auto concepto

Paciente refiere: "Padezco de esta enfermedad desde los 15 años".

Clase 2: Autoestima

Según historia clínica presenta abandono de tratamiento desde hace 8 meses.

Clase 3: Imagen corporal

Al examen físico: Se observa piel seca y pálida, miembros inferiores con presencia de escoriaciones en piel, en regular estado de higiene general.

DOMINIO 7: ROL / RELACIONES

Clase 1: Roles de cuidador

Según historia clínica: Familiar refiere que paciente desde hace 1 día presenta convulsiones tónico - clónico en su domicilio.

Clase 2: Relaciones familiares

Según historia clínica: Familiar refiere encontrar al paciente febril y presentando convulsiones tónico – clónico, por lo que decide acudir con paciente al Centro de Salud Gustavo Lanatta, con dirección: Calle Arequipa S/N Cuadra 2 - Collique 5ta zona, Comas, Lima, donde administran medicamentos: diazepam, metamizol y coordina referencia por medio del Sistema de Atención Móvil de Urgencia (SAMU) para el ingreso por el servicio de emergencia del Hospital Sergio E, Bernales.

Clase 3: Desempeño del rol

Según historia clínica: Ocupación: Ama de casa. Grado de instrucción: Secundaria incompleta (1er Grado).

DOMINIO 8: SEXUALIDAD

Clase 1: Identidad sexual

Según historia clínica: Sexo: Femenino.

Clase 2: Función sexual

Según historia clínica: Estado civil: Soltera

Clase 3: Reproducción

Según historia clínica: Edad: 45 años

DOMINIO 9: AFRONTAMIENTO / TOLERANCIA AL ESTRÉS

Clase 1: Respuesta postraumática

Paciente se ubica al interior del Servicio de emergencia del Hospital Sergio E. Bernales, cama 9.

Clase 2: Respuestas de afrontamiento

Paciente refiere: "Padezco de esta enfermedad desde los 15 años y no cumplo con el tratamiento porque no siento mejoría".

Clase 3: Estrés neurocomportamental

Al realizar evaluación según Escala de coma de Glasgow (2014): 12/15 pts (Respuesta Ocular: 03, Verbal: 04 y Motora: 05).

DOMINIO 10: PRINCIPIOS VITALES

Clase 1: Valores

Según historia clínica: Presenta antecedente médico: Diagnóstico médico: Estatus convulsivo.

Clase 2: Creencias

Según historia clínica: Religión: Católica.

Clase 3: Congruencia de las acciones con los valores

Según historia clínica: Familiar refiere encontrar al paciente febril y presentando convulsiones tónico – clónico, por lo que decide acudir con paciente al Centro de Salud Gustavo Lanatta, con dirección: Calle Arequipa S/N Cuadra 2 - Collique 5ta zona, Comas, Lima, donde administran medicamentos: diazepam, metamizol y coordina referencia por medio del Sistema de Atención Móvil de Urgencia (SAMU) para el ingreso por el servicio de emergencia del Hospital Sergio E, Bernales.

DOMINIO 11: SEGURIDAD / PROTECCIÓN

Clase 1: Infección

Al examen físico: Se observa presencia de vía periférica permeable en el miembro superior izquierdo perfundiendo: Cloruro de sodio al 0.9% (1000cc) a XXX gotas por minuto, resta 600cc. Presenta sonda foley permeable conectado a una bolsa colectora, con coloración marrón oscura (coluria) con 500 ml. de contenido.

Clase 2: Lesión física

Al examen físico: Se observa piel seca, pálida y caliente al tacto, miembros inferiores con presencia de escoriaciones en piel, en regular estado de higiene general.

Clase 3: Violencia

Según historia clínica: Presenta antecedente médico: Diagnóstico médico: Estatus convulsivo.

Clase 4: Peligros ambientales

Paciente se ubica al interior del Servicio de emergencia del Hospital Sergio E. Bernales, cama 9.

Clase 5: Procesos defensivos

Según historia clínica presenta abandono de tratamiento desde hace 8 meses.

Clase 6: Termorregulación

Paciente refiere: “Me duele la cabeza”, valorándose según Escala Visual Analógica (EVA): 07/10 pts.

Al examen físico: Se observa piel seca, pálida y caliente al tacto, mucosas secas.

Al control de funciones vitales:

- Temperatura axilar: 38.5C°.

- Frecuencia cardiaca: 90x´
- Frecuencia respiratoria: 24x´

DOMINIO 12: CONFORT

Clase 1: Confort físico

Paciente se ubica al interior del Servicio de emergencia del Hospital Sergio E. Bernales, cama 9, en posición semifowler.

Clase 2: Confort ambiental

Según historia clínica: Familiar refiere encontrar al paciente febril y presentando convulsiones tónico – clónico, por lo que decide acudir con paciente al Centro de Salud Gustavo Lanatta, con dirección: Calle Arequipa S/N Cuadra 2 - Collique 5ta zona, Comas, Lima, donde administran medicamentos: diazepam, metamizol y coordina referencia por medio del Sistema de Atención Móvil de Urgencia (SAMU) para el ingreso por el servicio de emergencia del Hospital Sergio E, Bernales.

Clase 3: Confort social

Fuente de información: Paciente (M.D.C.V) y familiar (M.M.C.V).

DOMINIO 13: CRECIMIENTO / DESARROLLO

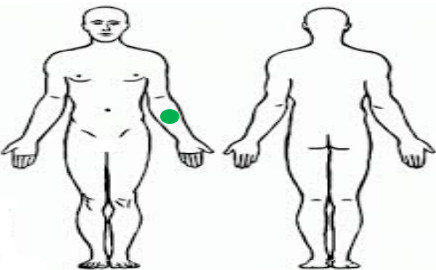
Clase 1: Crecimiento

Según historia clínica: Talla actual: 1.40 cm. Peso actual: 85 Kg. IMC: 43.4 (OBESO)

Clase 2: Desarrollo

Etapas de vida: Adulta Madura

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA POR DOMINIOS

D	ALIMENTACIÓN				M	T	N	D	ACTIVIDAD RESPIRATORIA				M	T	N	D	AUTOPERCEPCIÓN				M	T	N	
	2	N	T	R					A	C	T	I					V	I	D	A				6
	NPO				x					Patrón respiratorio adecuado								Tranquilo/colaborador				x		
	V.O/NPT/N.E									Disnea/polipnea/bradipnea								Impaciente						
	Líquido voluntad									Sonido respiratorio								Negativo al tratamiento						
	Tolerancia oral									Normal/disminuido								Limitación: higiene/vestido				x		
	Nauseas									Roncantes/sibilantes				x				Limitación para movilizarse				x		
	Vomito: característica									Estertores/crepitantes								Limitación para alimentarse				x		
	SNG/SOG/SNY									Reflejo tusígeno (+) (-)								ROL/RELACIONES						
	RHA: presente /ausente									AYUDA RESPIRATORIA								Socialización adecuada				x		
	Blando/depresible									Oxígeno. CBN, MV, MR, T-T, TQT				x				Hostil						
	Distendido/globuloso									VM/MNI/								Impresión de soledad						
	Doloroso /timpánico									Humidificación				x				Preocupado por la familia						
	Presentes: Aumentados				x					ACTIVIDAD CIRCULATORIA								Otros						
	Ausentes									Ritmo sinusal								AFRONTAMIENTO						
	RG: NO. SI: característica									Arritmia								Stress/ansiedad				x		
	Pérdida de peso									Marcapaso								Irritable/agresivo						
	Hidratación									Intensidad pulso periférico								Triste/temor						
	Piel: hidratada, seca				x					Llenado capilar distal								PRINCIPIOS VITALES						
	Mucosa oral secas , hidratada				x					Cianosis central/periférico								Religión católica				x		
	Restricción hídrica									Isquemia/necrosis								Religión evangélica						
	Edema (+, ++, +++, +++)									Localización								Otros						
	Edema: palpebral/escrota/vulvar									Frialdad distal								SEGURIDAD /PROTECCIÓN						
	SISTEMA URINARIO									Antiarrítmicos								Catéter venoso central						
	Micción espontánea									Vasodilatadores								Catéter periférico: MSI				x		
	S. Foley /talla vesical/ colector				x					Inotrópicos								Línea arterial						
	Irrigación vesical									Adrenalina Ug/kg/min								Catéter alto flujo						
	Retención urinaria									Noradrenalina Ug/kg/min								Sonda transesofágica						
	Orina: 500 ml.				x					Dopamina Ug/kg/min								TET/TQT						
	Clara/ámbar/ coluria /hematuria				x					Amiodarona Ug/kg/min								Catéter para PIC						
	Oliguria/poliuria																	Drenaje ventricular externo						
	SISTEMA GASTRO INTESTINAL									NIVEL DE CONCIENCIA								Piel íntegra						
	Vómito:									Glasgow / RASS								Rasch						
	Drenajes/características:									Somnoliento								Hematoma/equimosis						
	Penrose									Soporoso								Flebitis						
	Tubular									Coma								Flogosis en acceso vascular						
	Kher									Coma barbitúrico								Micosis dérmica						
	Otros									Pupilas: OD/..... OI.....				x				Laceración/dermatitis						
	SNG clampada									Isocóricas /anisocóricas								Eritema de pañal						
	Ostomía									Mioticas/midriáticas								Incisiones quirúrgicas						
	REPOSO/SUEÑO									Agitación psicomotriz								Apósitos: secos/húmedos						
	Sueño conservado				x					Rigidez de nuca								UPP:						
	Fármacos para dormir									Convulsiones				x				CONFORT						
	Sedación/analgesia: Infusión									Lenguaje adecuado/ confundido				x				Dolor						
	Sedación en bolos									Comunicación con gestos								Intensidad del dolor: 10/10						
										Disartria/afasia								Localización: Abdomen						
										Deterioro visual/auditivo								Náuseas						
										Reflejos disminuidos.....				x				Cefalea						
										Reflejos aumentados.....														
GRADOS DE UPP																								
I																								
II																								
III																								
IV																								
LOCALIZACIÓN DE CATÉTERES																								
CVP	●							MSI																
CVC	●																							
CAF	●																							
LA	●																							

DIAGNÓSTICO

2.2 DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

- Patrón respiratorio ineficaz (00032) R/A hiperventilación evidenciado por uso de los músculos accesorios para respirar, F.R: 24 X', SatO2: 92% y Alcalosis respiratoria: PH anormal: 7.470; PO2: 77.5 mmHg; PCO2: 31.4 mmHg.
- Hipertermia (00007) R/A enfermedad evidenciado por T°: 38.5C°, F.C 90x', F.R: 24x' y piel caliente al tacto.
- Desatención unilateral (00123) R/A lesión cerebral causada por enfermedad neurológica evidenciado por Escala de coma de Glasgow (2014): 12/15 pts (Respuesta Ocular: 03, Verbal: 04 y Motora: 05).
- Gestión ineficaz de la propia salud (00078) R/A déficit de conocimientos evidenciado por verbalizar dificultades con los tratamientos prescritos.
- Riesgo de infección (00004) R/A procedimientos invasivos evidenciado por presencia de vía periférica permeable en el miembro superior izquierdo y sonda foley permeable conectado a una bolsa colectora.

2.2.1 PRIORIZACIÓN DE DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	PRIORIZACIÓN
1.- Patrón respiratorio ineficaz (00032) R/A hiperventilación evidenciado por uso de los músculos accesorios para respirar, F.R: 24 X', SatO2: 92% y Alcalosis respiratoria: PH anormal: 7.470; PO2: 77.5 mmHg; PCO2: 31.4 mmHg.	1
2.- Hipertermia (00007) R/A enfermedad evidenciado por T°: 38.0C°, F.C: 90x', F.R: 24x' y piel caliente al tacto.	2
3.- Desatención unilateral (00123) R/A lesión cerebral causada por enfermedad neurológica evidenciado por Escala de coma de Glasgow (2014): 12/15 pts (Respuesta Ocular: 03, Verbal: 04 y Motora: 05).	3

PLANIFICACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

2.3 PLANTEAMIENTO DE OBJETIVOS, PRIORIDADES E INTERVENCIONES

DX. DE ENFERMERIA	OBJETIVO	NIC	NOC
<p>Patrón respiratorio ineficaz (00032) R/A hiperventilación evidenciado por uso de los músculos accesorios para respirar, F.R: 24 X', SatO2: 92% y Alcalosis respiratoria: PH anormal: 7.470; PO2: 77.5 mmHg; PCO2: 31.4 mmHg.</p>	<p>Recuperar y mantener patrón respiratorio eficaz.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Colocar en posición Fowler (45°). • Monitoreo de funciones vitales: Frecuencia respiratoria y saturación de O2. • Evaluar estado respiratorio a través de la auscultación en ACP, en busca de sonidos roncantes, sibilantes y signos de aumento del trabajo respiratorio. • Administración de oxigenoterapia por método según necesidad. • Explicar desarrollo de procedimiento a realizar (Preparación psicológica). • Realizar fisioterapia respiratoria. • Verificar capacidad de consumo en el manómetro del cilindro de oxígeno medicinal. • Administración de tratamiento médico indicado, según prescripción médica: O2 por método cánula binasal a 4 litros por minuto. • Interpretar datos de laboratorio del procedimiento de toma de gases arteriales. • Coordinar con personal médico de turno indicación de procedimiento de toma de Rayos X en Tórax. • Coordinar reevaluación con personal médico de turno. 	<p>Estado respiratorio: Ventilación efectiva. Signos vitales estables:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia respiratoria: 18 x' • Saturación de oxígeno: 97%

DX. DE ENFERMERIA	OBJETIVO	NIC	NOC
<p>Hipertermia (00007) R/A enfermedad evidenciado por T°: 38.5 °C, F.C: 90x', F.R: 24x' y piel caliente al tacto.</p>	<p>Recuperar y mantener termorregulación eficaz.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Monitoreo de funciones vitales: Temperatura axilar, frecuencia cardiaca y frecuencia respiratoria. • Realizar examen físico céfalo caudal identificando presencia de piel enrojecida. • Administración de tratamiento médico indicado, según prescripción médica: Cloruro de sodio al 0.9% (1000cc) a XXX gotas por minuto, resta 600cc. Metamizol 1.5 gr (PRN) en caso de temperatura mayor o igual a 38.3 C°. • Mantener vía endovenosa permeable. • Monitoreo de líquidos. • Aplicación de medios físicos antipiréticos. • Interpretar datos de laboratorio del procedimiento de hemograma completo y examen de orina. • Coordinar con personal médico de turno indicación de procedimiento de pruebas de PCR (reacción en cadena de la polimerasa), en busca de control de infecciones. • Coordinar reevaluación con personal médico de turno. 	<p>Termorregulación efectiva. Signos vitales estables:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Temperatura: 36.6°C • Frecuencia cardiaca: 68x' • Frecuencia respiratoria: 18x'

DX. DE ENFERMERIA	OBJETIVO	NIC	NOC
<p>Desatención unilateral (00123) R/A lesión cerebral causada por enfermedad neurológica evidenciado por Escala de coma de Glasgow (2014): 12/15 pts (Respuesta Ocular: 03, Verbal: 04 y Motora: 05).</p>	<p>Recuperar y mantener estado neurológico eficaz.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Brindar seguridad y protección al paciente. • Evaluar nivel de conciencia, utilizando Escala de coma de Glasgow. • Realizar cambio postural manteniendo la comodidad y capacidad funcional del paciente. • Proporcionar ejercicios de movimientos pasivos. • Coordinar con personal médico de turno indicación de interconsulta con servicio de neurología. • Coordinar con personal médico del servicio de neurología indicación de procedimiento de electroencefalograma. 	<p>Estado neurológico: Conciencia efectiva.</p>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Organización Mundial de la Salud (2019). Epilepsia. *Centro de prensa*. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/epilepsy> [Consultado junio 2019]
- (2) Gómez, A. (Ed.) (2017). *Soporte Vital médico Avanzado*. México. Intersistemas S.A. de C.V.
- (3) Snyder, D., & Shah, M. (Ed.) (2017). *Educación Geriátrica para Servicios de Emergencias Médicas*. México. Intersistemas S.A. de C.V.
- (4) Gómez, A. (Ed.) (2020). *Soporte Vital de Trauma Prehospitalario*. México. Intersistemas S.A. de C.V.
- (5) Naranjo, Y., Concepción, J., & Rodríguez, M. (2017). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Scielo Cuba*, 1608-8921. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009 [Consultado setiembre - diciembre 2017]
- (6) Espinoza Cerrón, Y (2018). Factores de riesgo asociados a la epilepsia en el Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de Huancayo, 2011 - 2017. *Universidad Nacional del Centro del Perú*. Disponible en: <http://repositorio.uncp.edu.pe/bitstream/handle/UNCP/4349/Espinoz%20C.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [Consultado 2018]
- (7) Del Carmen, N., & Huayhua J. (2016). Nivel de conocimiento sobre manejo de crisis convulsiva en estudiantes técnicos de enfermería y farmacia del instituto Salud y Belleza Arequipa, 2016. *Universidad Ciencias de la Salud de Arequipa*. Disponible en: <http://repositorio.ucs.edu.pe/bitstream/UCS/7/1/delcarmen-victoria-nelly.pdf> [Consultado 2016]

- (8) Jumbo, M. & Pacheco E. (2018). Proceso de atención de enfermería en pacientes pediátricos de 1 a 17 años con crisis convulsivas del Hospital Carlos Andrade Marín desde junio hasta agosto del 2018. *Universidad de Guayaquil*. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/36258/1/1266-TEISIS-JUMBO%20Y%20PACHECO.pdf> [Consultado 2018]
- (9) Tenorio Rugel, V. (2018). Percepción del cuidado parental en niños con crisis convulsivas de 5 a 10 años en el área de medicina 2 del Hospital Del Niño Dr. Francisco de Icaza Bustamante de Mayo a Julio del 2017. *Universidad de Guayaquil*. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/30784/1/1210-TEISIS-TENORIO%20RUGEL.pdf> [Consultado 2018]

ANEXOS

ESCALA DE COMA DE GLASGOW			
SUBCATEGORÍA	CLASIFICACIÓN DE 1974	CLASIFICACIÓN DE 2014	PUNTOS
Apertura palpebral (Respuesta ocular)	Espontánea	Espontánea	4
	Ante el habla (Instrucción)	Ante sonidos	3
	Ante el dolor	Ante la presión	2
	Ninguna	Ninguna	1
Respuesta verbal	Orientación	Orientado	5
	Conversación confusa	Confundido	4
	Lenguaje inapropiado	Sólo palabras sueltas	3
	Lenguaje incomprensible	Ruidos	2
	Ninguna	Ninguna	1
Respuesta motora	Cumplimiento de órdenes	Obedece órdenes	6
	Localización de estímulos dolorosos	Logra la localización	5
	Retiro de la fuente del dolor (No localizado)	Flexión normal	4
	Flexión anormal (Decorticación)	Flexión anormal	3
	Extensión anormal (Descerebración)	Extensión	2
	Sin respuesta motora	Ninguna	1

HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES (HNSEB - MINSA)

HOJA DE ENVÍO DE TRAMITE GENERAL

Hoja de Envío de Trámite General

Página 1 de 1



PERÚ Ministerio de Salud

HOJA DE ENVIO DE TRAMITE GENERAL



14/10/2019 12:57:58
HNSEB-HNSEB/DG/TD-yguillens
Página 1 de 1

Tipo Documento: CARTA
N° Documento: S/N

N° Expediente: 19-015797-001 /
Operador: HNSEB-HNSEB/DG/TD-yguillens
Fecha Registro: 14/10/2019 12:51

Interesado: PARTICULARES-PARTICULARES-CORNEJO ESCURRA DANTE
Asunto: SOLICITO: AUTORIZACION PARA REALIZAR TRABAJO ACADEMICO. ADJ. ANILLADO

N°	Destinatario (1)	Prio	Ind. (2)	Fecha Registro	Remitente (3)
1	HOSPITAL NACIONAL SERGIO BERNALE S-HNSEB/DG-SILVA RAMOS JULIO	NORM	6	14/10/2019	PARTICULARES-PARTICULARES-CORNEJO ESCURRA DANTE
2	<i>Drenos</i>		<i>6</i>	<i>14/10/19</i>	<i>[Signature]</i>
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					

CLAVE INDICACION DEL MOVIMIENTO		CLAVE PRIORIDAD	
01. Aprobación	06. Por Corresponderle	11. Archivar	(B) Baja
02. Atención	07. Para Conversar	12. Acción Inmediata	(I) Inmediato
03. Su Conocimiento	08. Acompañar Antecedente	13. Prepare Contestación	(MB) Muy baja
04. Opinión	09. Según Solicitado	14. Proyecto Resolución	(N) Normal
05. Informe y Devolver	10. Según lo coordinado	15. Ver Observación	(U) Urgente

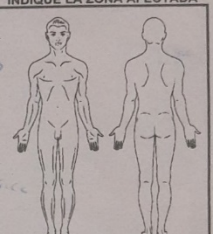
N°	OBSERVACIONES POR MOVIMIENTO
	<i>Autorizado</i>

(1) Use Código (2) Use Clave (3) Use Iniciales

IMPORTANTE NO DESGLOSAR ESTA HOJA

FICHA DE ATENCION PRE HOSPITALARIA

SISTEMA DE ATENCIÓN MÓVIL DE URGENCIA (SAMU)

PERU Ministerio de Salud		Dirección General de Telesalud Referencias y Urgencias		Dirección de Servicios de Atención Móvil de Urgencia		N° 0123214		SAMU SISTEMA DE ATENCIÓN MÓVIL DE URGENCIA													
FECHA: 11/11/15		SAMU BASE: Comas		HORA: 12:00		LLEGADA A FOCO: 12:05		PRIORIDAD DE LA EMERGENCIA: I <input checked="" type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/>													
ATENCIÓN FOCO <input type="checkbox"/> TRASLADO <input checked="" type="checkbox"/>		DESPACHO: SALIDA DE BASE:		SALIDA DE FOCO: LLEGADA A BASE:		FALLECIDO: FOCO <input type="checkbox"/> TRASLADO <input type="checkbox"/>															
MOTIVO DE LA EMERGENCIA: <u>Estado Convulsivo</u>																					
IDENTIFICACIÓN: APELLIDOS Y NOMBRES DEL PACIENTE: <u>Calero Vasquez Mercedes del Carmen</u>																					
DNI N°: <u>46347826</u>		FECHA DE NACIMIENTO: <u>25/02/1970</u>		EDAD: <u>45a</u>		SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>															
DIRECCIÓN DE LA ATENCIÓN: <u>C. S. Gustavo Lanata</u>				DISTRITO: <u>Comas</u>		REFERENCIA: <u>514 Zona Colliguay</u>															
TIPO DE SEGURO: SIS <input checked="" type="checkbox"/> ESSALUD <input type="checkbox"/> SOAT <input type="checkbox"/> EPS <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/>								SIN SEGURO <input type="checkbox"/>													
ANTECEDENTES:																					
PATOLOGÍAS PREVIAS: <u>Epilepsia</u>								FUR: <u>1</u> FPP: <u>1</u>													
MEDICACIÓN:								FUG: <u>G</u> <input type="checkbox"/> <u>P</u> <input type="checkbox"/>													
ALERGIAS: <u>Ninguna</u>								OTROS: <u>Ninguna</u>													
ENFERMEDAD ACTUAL:																					
TIEMPO DE ENFERMEDAD: <u>2 horas</u>		INICIO: <u>12:00</u>		CURSO: <u>Intermitente</u>																	
RELATO DEL EVENTO: <u>En un momento convulsión súbita desde la noche de ayer, con pérdida de conciencia en centro de salud, despierta y trasladada al Hospital San Carlos.</u>																					
EXAMEN FÍSICO:																					
CABEZA: <u>Normal, sin dolor</u>																					
CUELLO: <u>Normal, sin dolor, no a temperatura</u>																					
PIEL Y TCSC: <u>Normal, capilar < 2", sin turgor</u>																					
APARATO RESPIRATORIO: <u>Normal, sin ruidos</u>																					
APARATO CARDIOVASCULAR: <u>Normal, sin ruidos</u>																					
APARATO DIGESTIVO: <u>Normal, sin ruidos</u>																					
GENITO-URINARIO: <u>Normal</u>																					
SISTEMA OSTEOARTICULAR: <u>Normal</u>																					
NEUROLÓGICO: <u>Normal</u>																					
INDIQUE LA ZONA AFECTADA																					
																					
MOMENTO DE LA EVALUACIÓN		SIGNOS VITALES		ESCALA DE COMA DE GLASGOW			PUPILAS														
TEMPERATURA °C	FRECUENCIA CARDÍACA /min	PRESIÓN ARTERIAL mmHg	FRECUENCIA RESPIRATORIA /min	SATURACIÓN DE OXÍGENO	GLUCEMIA	APERTURA OCULAR (4)	RESPUESTA VERBAL (5)	RESPUESTA MOTORA (6)	TOTAL (15)	TIPO	REACTIVA	GRADO									
INICIAL	36.1	120/80	20	94%	160/44	4	4	5	13	3	NO	SUPERFICIE CORPORAL % SC									
												CALOR ELÉCTRICO									
												FRÍO QUÍMICO									
												ARMA BLANCA									
												ARMA DE FUEGO									
												OTROS									
MECANISMO DE LESIÓN:																					
ACCIDENTE DE TRANSITO		TIPO DE VÍCTIMA			TIPO DE VEHÍCULO			IMPLEMENTOS DE SEGURIDAD													
CONDUCTOR	PASAJERO	PEATÓN	MOTOTAXI	AUTOMÓVIL	CÚSTER	AUTOBUS	MOTOCICLETA	BICICLETA	OTROS	BOLSA INFLADA	CINTURÓN COLOCADO	CASCO COLOCADO	ROPA PROTECTORA								
CINEMÁTICA DEL TRAUMA										UBICACIÓN DE LA VÍCTIMA											
IMPACTO FRONTAL	IMPACTO POSTERIOR	IMPACTO LATERAL	ATROPELLO DE VEHÍCULO	VOLCAMIENTO	CHOQUE DE VEHÍCULO	EXPULSIÓN DE VEHÍCULO	CAÍDA DE VEHÍCULO	EN ASIENTO DELANTERO	EN ASIENTO POSTERIOR	VÍCTIMA ATRAPADA	OTROS	ESPECIFICAR:									
DIAGNÓSTICO(S) PRESUNTIVO(S):										AGREGAR QUEMADURA											
1. <u>Estado Convulsivo</u>										CADA											
2. <u>Estado Convulsivo</u>										NIVEL											
										ALTURA											
										SUPERFICIE											
										GRADO											
										SUPERFICIE CORPORAL % SC											
										CALOR ELÉCTRICO											
										FRÍO QUÍMICO											
										ARMA BLANCA											
										ARMA DE FUEGO											
										OTROS											
PROCEDIMIENTO(S) Y TRATAMIENTO (PLAN DE ATENCIÓN)										CADA											
OXIGENOTERAPIA		FLUIDOTERAPIA			RCP			EXITOSO		USO DE DEA		SI		CARDIOVERSION		MONITOREO CARDIACO					
								NO EXITOSO				NO		CARDIOVERSION							
VENTILACIÓN MECÁNICA		INMOVILIZACIÓN COMPLETA			VENDAJE			SEDACIÓN			CURACIÓN			HEMOSTASIA			ASPIRACIÓN DE SECRECIONES		OTROS		
TTO DE RESPIRACIÓN INTERMITENTE CON PRESIÓN POSITIVA (IPPV)		INMOVILIZACIÓN PARCIAL			MMS			NASOGÁSTRICA			INTUBACIÓN			SUTURA			TAPONAMIENTO NASAL			HEMOGLUCOTEST	
TRATAMIENTO POR INHALACIÓN		VESICAL			TRAQUEOSTOMIA			CUERPO EXTRAÑO			INFUSIÓN INTRAÓSEA			NEBULIZACIÓN							
MEDICACIÓN										DOSIS			VIA DE ADMINISTRACIÓN				HORA				
1.													TÓPICA SC IM EV SL VO INH								
2.													TÓPICA SC IM EV SL VO INH								
3.													TÓPICA SC IM EV SL VO INH								
4.													TÓPICA SC IM EV SL VO INH								
OCURRENCIAS DURANTE LA ATENCIÓN:																					
RESPONSABLES DE LA ATENCIÓN:																					
NOMBRE: <u>Dr. Thomas S. Gomez Morocho</u> N° C.M.P. <u>15011</u>					NOMBRE: <u>Julia Beatriz Prunier</u> N° CEP <u>5703</u>																
MÉDICO DE CENTRAL QUE REGULA: <u>Dr. Thomas S. Gomez Morocho</u> C.M.P. 078257					SELO Y FIRMA					SELO Y FIRMA											
ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE DESTINO:					N° FICHA DE REGULACIÓN:					CÓDIGO DE E.S.:											
PROFESIONAL QUE ACEPTA:					HORA LLEGADA AL E.S.:					CATEGORÍA:											
MÉDICO QUE RECIBE EN EL E.S.:					HORA DE RECEPCIÓN DEL PACIENTE:					HORA SALIDA DEL E.S.:											
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO QUE RECIBE AL PACIENTE: <u>NEISER D. PARIASCA ORTIZ</u> Médico Cirujano C.M.P. 48064					CAMILLA RETENIDA					SI NO MIN.											
PACIENTE / REPRESENTANTE LEGAL																					
NOMBRES Y APELLIDOS: <u>Mercedes del Carmen Calero Vasquez</u> DNI: <u>46347826</u>																					
PARENTESCO:																					
PERTENENCIAS DEL PACIENTE:																					

HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES (HNSEB - MINSA)

Servicio de Emergencia - Cama 9

