

“Con esas pastillas yo no puedo tener el cuerpo depurado”



Cuaderno para el alumnado



Jagoa Zarandona Calvo

**Begoña Ruiz de Alegría
Fernández de Retana**

Marta Arrúe Mauleón

Tamara Liñeira García

Susana Cariñanos Ayala

Itziar Hoyos Cillero

Índice

1. CASO: “Con esas pastillas, yo no puedo tener el cuerpo depurado”	3
2. ACTIVIDADES.....	6
3. SISTEMA DE EVALUACIÓN	9
ANEXO 1: INFORME MÉDICO DE URGENCIAS	10
ANEXO 2: INFORME MÉDICO DE ALTA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	11
ANEXO 3: PLAN DE CUIDADOS DE MARÍA.....	15
ANEXO 4: REGISTRO DEL CUIDADO	17

1. CASO: “CON ESAS PASTILLAS, YO NO PUEDO TENER EL CUERPO DEPURADO”

Síntesis del caso

Ainara, es una enfermera que el día 26 de enero del 2015 se encontraba en el turno de mañana en la Unidad de Neurología del Hospital Universitario Araba (HUA), sede Santiago, de Vitoria – Gasteiz (País Vasco, España). Esa mañana tenía asignados a 9 pacientes, entre quienes se encontraba María, de 57 años de edad. María había ingresado el 24 de enero en la unidad de Neurología trasladada desde la Unidad de Cuidados Intensivos debido a una crisis comicial provocada por la no adherencia al tratamiento.

A las 08:50 de la mañana, la enfermera acudió a la habitación de María para administrarle la medicación antiepiléptica del desayuno; sin embargo, la paciente se negó a tomarla. Ainara le explicó que el antiepiléptico era necesario para evitar nuevas crisis epilépticas, pero María insistió en que no se lo tomaría. La paciente con un tono desafiante refería que los medicamentos que le prescribían sólo producían efectos secundarios, que no iban a solucionar su problema y que lo único que quería era que la dejaran en paz y que le diesen el alta para irse a su casa. Ante esta situación, Ainara se sintió impotente y desconcertada ¿Qué puedo hacer?

Cultura y organización de los cuidados

La Unidad de Neurología del HUA, sede Santiago, era una unidad con gran presión asistencial. Contaba con 36 camas, de las cuales cuatro estaban destinadas al Hospital de Día. Sin embargo, debido al incremento de la demanda asistencial, en el momento en el que se desarrolla la acción se habían incorporado a las especialidades de la unidad. A pesar de ser una unidad dedicada a la Neurología, también se podían encontrar pacientes de otras especialidades médicas como Nefrología, Respiratorio y Medicina Interna.

El personal de enfermería se distribuía en tres turnos. El turno de mañana iba desde las 08.00 horas hasta las 15.00 horas y estaba dotado con 4 enfermeras y 4 auxiliares de enfermería, además de la supervisora de enfermería de la unidad. Cada enfermera trabajaba en coordinación con una auxiliar de enfermería, y entre las dos tenían 9 pacientes a su cargo. El turno de tarde empezaba a las 15.00 horas y se extendía hasta las 22.00 horas. En él trabajaban 3 enfermeras y otras tantas auxiliares de enfermería. Por último, el turno de noche, desde las 22.00 horas hasta las 08.00 horas, lo componían 2 enfermeras y 2 auxiliares de enfermería. En el turno de tarde y en el de noche, las personas ingresadas se asignaban entre el número de enfermeras que hubiese en la unidad.

Los pacientes eran distribuidos en función del turno y semana en la que se encontrasen la enfermera y la auxiliar. Generalmente, las personas que ingresaban en esta unidad tenían una edad media avanzada, padecían procesos crónicos y precisaban una gran cantidad de cuidados.

La relación entre los diferentes miembros del equipo era cordial. Las rondas de visita a las habitaciones se realizaban por separado y a posteriori el personal médico y de enfermería intercambiaban impresiones y cambios en las medidas terapéuticas. En general, y al igual que en la mayor parte de servicios del hospital, el equipo de profesionales se alejaban de posturas paternalistas. Todos los profesionales entendían la necesidad de garantizar el principio de autonomía y de incorporar los principios de la bioética a los cuidados de salud.

María ingresa en la unidad

María tenía 57 años y padecía epilepsia desde 1984. Había ingresado un elevado número de ocasiones en la Unidad de Neurología por crisis comiciales debido a la falta de adhesión al tratamiento antiepiléptico. Algunas de esas crisis epilépticas habían ido acompañadas de graves consecuencias, como traumatismos, rotura mandibular, entre otras. Habían probado múltiples fármacos para el control de las crisis, pero su falta de compromiso con la toma del tratamiento hacía que no fuesen efectivos. La causa por la que no tomaba los fármacos era en palabras de la paciente: *“las pastillas me están intoxicando, me dan dolores de cabeza y no me dejan ver. Con esas pastillas yo no puedo tener el cuerpo depurado”*.

María vivía sola. Tenía dos hijos que vivían en Madrid, donde habían acudido por motivos laborales y habían acabado estableciéndose. María expresaba que sus hijos estaban pendientes de su situación, aunque definía su relación como distante. El 23 de enero del 2015, María acudió al servicio de Urgencias del HUA, sede Santiago, de Vitoria – Gasteiz (España) por episodios de repetición de crisis epilépticas generalizadas

Tras ser valorada y estabilizada por el Servicio de Urgencias (ver anexo 1), a las 15:02 horas María fue trasladada a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), para observación (ver anexo 2).

El 24 de enero del 2015, tras un periodo de 24 horas en la que la paciente no presentó ningún nuevo episodio de crisis comicial, se decidió el traslado a la unidad de hospitalización de Neurología. Llegó a la unidad a las 14:28 horas y una de las enfermeras del turno de mañana fue la encargada de recibir a María y pautar el plan de cuidados (anexo 3).

Ainara enfermera y la toma de decisión

Ainara, de 23 años de edad, era una enfermera recientemente graduada en la Escuela Universitaria de Enfermería de Vitoria-Gasteiz. La semana del 19 de enero del 2015 había iniciado un contrato de sustitución en la Unidad de Neurología del Hospital Universitario Áraha (HUA), sede Santiago, de Vitoria – Gasteiz (España). Durante los primeros días Ainara estaba intentado adaptarse al funcionamiento de la planta y depositaba todas sus fuerzas en hacer las cosas lo mejor posible para que el equipo de profesionales confiase en ella.

Ainara había sido una estudiante notable y desde que había terminado sus estudios acumulaba un total de 2 meses de experiencia laboral realizando contratos de sustitución en el Centro de Salud de Olárizu y en la Unidad de Cirugía Sin Ingreso (UCSI) del HUA, sede Txagorritxu.

La mañana del 26 de enero del 2015 era su quinto día de contrato. Tenía a su cargo a 9 pacientes, entre quienes se encontraba María.

Tras la lectura de los evolutivos (anexo 4) y la preparación de la medicación, se dispuso a iniciar la ronda de administración de fármacos. Eran las 08:50 horas cuando llegó a la habitación de María. Para el desayuno tenía pautado Levetiracetam (Keppra ®) vía intravenosa. Nada más entrar en la habitación y ver a la enfermera con la medicación correspondiente, la paciente preguntó qué era lo que le iban a poner. Ainara le explicó que era la medicación necesaria para evitar las crisis epilépticas. La paciente expresó que esa medicación no servía para nada, que los fármacos que los médicos le prescribían solamente producían efectos secundarios y que lo único que quería era que la dejaran en paz que la diesen el alta para volver a su domicilio. La enfermera informó de nuevo que el medicamento era para evitar una nueva crisis epiléptica y evitar su empeoramiento; sin embargo, su negativa persistió.

Ante esta situación, Ainara se sintió impotente y desconcertada ¿Qué puedo hacer?

2. ACTIVIDADES

Se plantea el siguiente esquema de actividades:

Actividad 1: Presentación del Caso

Tipo de actividad: Presencial

Preparación de la actividad: Cada estudiante debe acudir al aula con el cuaderno para el alumnado, bien en formato papel o electrónico.

Finalidad de la actividad: Delimitar el problema al que tiene que enfrentarse e identificar la estrategia para prepararse para la actividad 2.

Descripción de la actividad: La actividad se inicia contextualizando la metodología para seguir con la lectura del caso en el aula. Una vez realizada, se lleva a cabo la identificación de conocimientos necesarios para dar respuesta a la situación a estudio.

Actividad 2: Debate

Tipo de actividad: No presencial y Presencial

Preparación de la actividad: Además del caso presentado, cada estudiante deberá preparar (lectura, análisis y reflexión) de manera individual las siguientes lecturas obligatorias para preparar las preguntas detonantes de esta actividad:

- Smeltzer SC, Bare BG Capítulo 61: Tratamiento de pacientes con disfunción neurológica. En: Brunner y Suddarth. Enfermería Medicoquirúrgica. 12ª Ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana. 2013 Vol II: 2055-2064
- Emanuel, E. & Emanuel, L. Cuatro modelos de relación médico-paciente. En A. Couceiro ed., Bioética para clínicos. Madrid: Triacastela. 1999. p: 109-126
- Mendiburu L. ¿Qué hacer si el enfermo rechaza el tratamiento? 27 diciembre 2016 [citado el 16 marzo 2017]. En: Colegio de Médicos de Bizkaia [Internet] Bilbao. 2016. Disponible en: <http://deontologia.cmb.eus/2015/12/que-hacer-si-el-enfermo-rechaza-el.html>

El alumno además dispondrá de la siguiente lectura opcional para profundizar en los argumentos en torno a la toma de decisiones ante la negativa a tomar un tratamiento:

- Casado, M. Título de Experto en Ética Médica. 04 El rechazo al tratamiento [citado el 16 marzo 2017]. En: Organización Médica Colegial [Internet] Madrid. c2013. Disponible en: http://www.ffomc.org/CursosCampus/Experto_Etica_Medica/U4_Rechazo%20al%20Tratamiento.pdf

Finalidad de la actividad: Trabajar en grupo para identificar los aspectos que una enfermera tiene que monitorizar en una persona que presenta crisis convulsivas. Asimismo, deberán argumentar los factores que condicionan el proceso de atención de enfermería y el modelo de relación profesional adoptado ante una paciente que rechaza una intervención.

Descripción de la actividad: En esta sesión presencial se trabaja sobre las siguientes preguntas detonantes:

- Si estuvieses en la situación de Ainara, ¿Cómo actuarías ante la negativa de María de tomar la medicación?
- ¿Qué registrarías en el informe de cuidados de manera que quede plasmada una atención segura y de calidad?

La secuenciación temporal de la actividad es la siguiente:

- 10 minutos de trabajo individual para organizar la información y elaborar la respuesta a las preguntas detonantes.
- 15 minutos de reunión en los grupos originales de tres estudiantes para aclarar dudas en el grupo pequeño.
- 60 minutos para llevar a cabo técnica de “Acuario”. Los estudiantes se van a distribuir en el aula formando tres círculos concéntricos. Para ello, se asigna un número del 1 al 3 a cada miembro del grupo. En función del número asignado, deberán desempeñar el siguiente rol:
 - Estudiante 1 (Parlamentario/a): Se sitúan en el círculo interior y debatirán en torno a las preguntas detonantes planteadas por la persona docente.
 - Estudiante 2 (Asesor/a): Sentados en círculo detrás de los parlamentarios. Su función será la de asesorar a los estudiantes que intervienen en el debate.
 - Estudiante 3 (Secretario/a): Estos estudiantes se sitúan por fuera de los dos círculos anteriores. Tienen asignadas dos funciones, por un lado, recoger la información relevante que surja del debate. Por otro lado, evaluar la dinámica de trabajo en grupo. Para este segundo fin deberán tener en cuenta:
 1. El nivel de participación de los miembros del grupo en conjunto:
 - 1 (Pobre)-2-3-4-5 (Excelente)
 2. El nivel de preparación de los miembros del grupo en conjunto:
 - 1 (Pobre)-2-3-4-5 (Excelente)
 3. La influencia del trabajo en grupo para la comprensión de los conceptos de la asignatura:
 - 1 (Pobre)-2-3-4-5 (Excelente)

4. La influencia del trabajo en grupo en el desarrollo de la habilidad para la resolución de problemas:
 - 1 (Pobre)-2-3-4-5 (Excelente)
 5. Realizar una valoración global de la eficacia de este grupo de trabajo:
 - 1 (Pobre)-2-3-4-5 (Excelente)
 6. Sugerir cambios para que el grupo mejore su eficacia.
- Esta actividad se divide en ciclos de 10 minutos para debate / 5 minutos asesoría. Los ciclos se repiten hasta que se logre saturación de respuestas o hayan transcurrido 60 minutos desde el inicio de la actividad.
 - Los últimos 20 minutos son dedicados para el cierre de la actividad. Los estudiantes que han evaluado la dinámica grupal expondrán sus conclusiones. Después el profesor concluirá con un feedback al grupo sobre los contenidos desarrollados y la dinámica de trabajo.

Actividad 3: Registro de cuidados de enfermería

Tipo de actividad: No presencial

Preparación de la actividad: Los estudiantes deberán hacer uso de las ideas y argumentos surgidos en la técnica Acuario o Debate. Asimismo, deberán tener claro el posicionamiento que han adoptado si se hubieran encontrado en la situación de Ainara.

Finalidad de la actividad: Redactar un informe de evaluación de cuidados de una persona que rechaza la medicación y presenta crisis convulsivas, que permita identificar el modelo de relación profesional y la toma de decisiones adoptada, así como la evaluación de las intervenciones llevadas a cabo.

Descripción de la actividad: Cada grupo de tres estudiantes realizará una propuesta de registro de enfermería para la mañana del 26 de enero. El registro debe incluir los cuidados a María en el caso de que ésta sufriera a lo largo de la mañana una crisis convulsiva. Además, la propuesta reflejará un desenlace ficticio, pero teniendo siempre presente que deberá aportar una solución lo más cercana a la realidad. La extensión máxima será de un folio y se entregará vía eGela dentro de las fechas habilitadas. Las entregas que superen la fecha establecida no serán consideradas para calificación.

3. SISTEMA DE EVALUACIÓN

El trabajo realizado mediante este método del caso va a representar el 5% de la nota de la asignatura de Enfermería Clínica IV. La actividad de evaluación consiste en la redacción de una propuesta de registro de enfermería para la mañana del 26 de enero, cuando se le presenta el dilema a Ainara. En la Tabla 1 se recoge la rúbrica que va a guiar la calificación.

Tabla 1: Rubrica de evaluación.

Criterios	Notable	Aprobado	Insuficiente
Considera los valores profesionales incluidos en el Código Deontológico:	Argumenta un rol profesional que integre los valores de Autonomía, confidencialidad, compromiso ético, defensa de los derechos de los pacientes, dignidad humana, intimidad, y singularidad.	Identifica un rol profesional que integre los valores de Autonomía, confidencialidad, compromiso ético, defensa de los derechos de los pacientes, dignidad humana, intimidad, y singularidad.	Identifica de forma insuficiente las repercusiones de la no adopción de los valores profesionales en el desarrollo del rol profesional.
Demuestra reflexión ética y compromiso con la mejora	Profundiza en al análisis de los aspectos éticos que se dan en la situación presentada El principio de autonomía se enmarca dentro de una reflexión sobre los valores y las creencias de las personas.	Realiza análisis de algunos aspectos éticos idóneos Reduce el principio de autonomía a la elección de la persona de un curso de acción	No se plantea cuestiones éticas. Plantea una crítica poco fundamentada. No tiene en cuenta el principio de autonomía
Monitorizar Crisis Convulsivas	Refleja de manera rigurosa las áreas de monitorización y vigilancia de una persona que presenta crisis convulsivas	Refleja de manera simple las áreas de monitorización y vigilancia de una persona que presenta crisis convulsivas	No refleja las áreas de monitorización y vigilancia de una persona que presenta crisis convulsivas
Redacción Evolutivo	Registro completo, conciso y objetivo respondiendo al plan de cuidados. Organización lógica del escrito	Registro completo respondiendo al plan de cuidados. Presencia de datos subjetivos o detalles irrelevantes.	El registro no refleja la respuesta a los cuidados, sin señalar la fuente de información de los datos y recoge detalles irrelevantes.
Argumentación	Razona y evidencia las alternativas planteadas. Argumenta y evidencia todas las consecuencias de las decisiones tomadas. El mensaje toma en consideración las aportaciones de la sesión plenaria.	Razona pero no evidencia las alternativas planteadas. Argumenta y evidencia las consecuencias de al menos el 50% de las decisiones tomadas. El mensaje toma en consideración al menos el 50% de las aportaciones de la sesión plenaria.	Ni razona ni evidencia la mayoría de las alternativas planteadas. Argumenta y evidencia las consecuencias de menos del 50% de las decisiones tomadas. El mensaje toma en consideración menos del 50% de las aportaciones de la sesión plenaria.
Ortografía	Sin faltas de ortografía	Aparecen hasta dos errores de ortografía	Presenta más de dos fallos de ortografía

ANEXO 1: INFORME MÉDICO DE URGENCIAS

INFORME DE URGENCIAS

23-enero-2015

Autor: Sanz Lorenzo, Pablo

14:17

Médico – HOSPITAL UNIVERSITARIO ARABA – SANTIAGO APOSTOL VITORIA – URGENCIAS

ANTECEDENTES PERSONALES:

Fycopma 4 mg 28 comprimidos recubiertos con película oral cena 1 comprimido

Paracetamol 1g 40 sobres efervescentes oral desayuno 1 sobre

ENFERMEDAD ACTUAL:

Ver informes previos, la paciente presenta hoy 6 crisis generalizadas con somnolencia post crisis, pérdida de control de esfínteres.

EXPLORACIÓN GENERAL:

Paciente consciente postcrítica con buena coloración cutáneo mucosa, no sd meníngeo herida en cuero cabelludo occipital contusa y parietal izq crisis de hoy.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

Analítica

ECG

RX torax

Scanner

TRATAMIENTO RECIBIDO EN URGENCIAS:

Valium 10 mg ev en 100 fisio

Se llama al servicio de neurocirugía

2ª crisis generalizada en urgencias que cede con 1 mg Valium ev

3ª crisis que cede con Valium ev

EVOLUCIÓN:

Cura sutura de las heridas en cuero cabelludo

Traslado a unidad de medicina intensiva

ANEXO 2: INFORME MÉDICO DE ALTA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

INFORME DE MEDICINA INTENSIVA

23-enero-2015

Autor: Etxebarria García, Alicia

18:29

Médico – HOSPITAL UNIVERSITARIO ARABA – SANTIAGO APOSTOL VITORIA – MEDICINA INTENSIVA

MOTIVO DE INGRESO:

Mujer de 57 años que ingresa procedente de Urgencias por estatus epiléptico.

ANTECEDENTES:

- No refiere alergia medicamentosas
- Exfumadora
- TCE a los 17 años (accidente de moto), según se describe en informes previos con “pérdida de nivel de conciencia de larga duración” (2h); no describen lesiones intracraneales secundarias.
- Epilepsia de inicio en 1984, que cursa con crisis parciales con/sin generalización secundaria, con frecuencia de hasta 15-17/mes (muchas crisis consisten en caídas bruscas al suelo, con escaso componente motor, sufriendo diversas lesiones en cuero cabelludo y macizo facial, así como quemaduras en diversas partes del cuerpo). Valorada en 2 ocasiones en la U. de Cirugía de la Epilepsia del Hospital de Cruces, desestimándose la cirugía por difícil localización de foco de origen. Mal control de crisis en periodo de diciembre del 2013 a febrero del 2014 con consultas en Urgencias e ingresos al parecer en relación a abandono de tratamiento. Ha probado múltiples fármacos en monoterapia, así como en biterapia, por falta de respuesta y abandono voluntario de medicación por miedo a efectos secundarios.
- Ingresó en Neurología en julio 2014 por nueva crisis epiléptica; llevaba 20 días sin tener más crisis, en enero '14 se inició Perampanel, en ascenso progresivo de forma que en Junio se llegó a 6 mg.
- Reingreso en Neurología en julio '14 por mala tolerancia (“debilidad, mareo, tendencia al sueño”) y tras estar 20 días sin crisis, no tomó tratamiento 2 días y

recidivó con nuevo episodio comicial. Al alta se mantiene Perampanel 4 mg.

- Reingreso en Neurología en agosto '14 por nueva crisis, sin aparentes desencadenantes, al alta no se modifica tratamiento.
- Valorada en Urgencias el 23 y 24 de septiembre por nuevas crisis al parecer en contexto de transgresión terapéutica, post el 24 de octubre y 11 de noviembre sin claros desencadenantes.
- Reingreso en Neurología el 6/12 por mala tolerancia de Perampanel (“sensación de cansancio, calambres y sensación de calor en planta de ambos pies hasta rodillas”), reduciéndose la dosis a 4 mg, mejorando la tolerancia y con alta en tratamiento con Perampanel 4 mg.

Tratamiento habitual:

- Fycompa (perampanel) 4 mg

Situación funcional basal: vive acompañada de una mujer que le ayuda en casa (acompañante refiere que toma de forma adecuada el Perampanel).

HISTORIA ACTUAL:

Mujer de 57 años, epiléptica conocida con dudosa adhesión al tratamiento que es llevada hoy al Sº de urgencias por dos crisis comiciales generalizadas con relajación de esfínteres, presentando cuatro episodios más en Sº de urgencias. Han yugulado las crisis con Diazepam (en total 13 mg) sin conseguir recuperación del nivel de conciencia intercrisis. Realizan TC craneal con hallazgos de contusión hemorrágica con edema perilesional.

Tras valoración en el Sº de Urgencias, decidimos ingreso a nuestro cargo.

EXPLORACIÓN FÍSICA:

- Constantes al ingreso: TA 100/65 mmHg. FC 70 lpm. FR 15 rpm. Tª 35.7 °C. SpO2 100% con GN a 2 lpm.
- Tendente al sueño, desorientado en las tres esferas, poco colaboradora. Buen estado general, palidez cutánea. Buena perfusión distal. Eupneica en reposo.
- Exploración neurológica: no rigidez nuczal, pupilas midriáticas bilaterales, reactivas a la luz. No nistagmo. Pares craneal normales. Fuerzas y sensibilidad en las cuatro extremidades conservada. No disimetrías.

- C y C: no IY.
- AC: rítmica, sin soplos.
- AP: buena ventilación bilateral, sin ruidos sobreañadidos.
- Abdomen: anodino.
- EEII: no edemas ni signos de TVP.

RESUMEN DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

- ECG ingreso: ritmo sinusal 67 lpm, PR normal, sin alteraciones en la repolarización.
- Rx Tórax: no se aprecian signos de fracturas costales. No se aprecian signos de contusión pulmonar ni derrame pulmonar
- TC craneal sin CIV: respecto a estudio 5/1/15 se observa imagen densa de aproximadamente el 2 x 3 mm frontal izquierda con hipodensidad periférica compatible con área de contusión hemorrágica y edema perilesional. No desplazamiento de línea media. Resolución del hematoma subdural parietotemporal derecho previo. Resto sin cambios.
- Analítica al ingreso:

BIOQUÍMICA EN SANGRE

Glucosa 99 mg/dL
Creatinina 0.6 mg/dL
GOT/AST 27 U/L
GPT/ALT 34 U/L
Sodio * 134 mEq/L
Potasio 4.1 mEq/L

HEMOGRAMA

Hemoglobina 15.1 gr/dL
Hematocrito 44.2%
Plaquetas $286 \times 10^3/\text{mm}^3$
Leucocitos $14.1 \times 10^3/\text{mm}^3$
Neutrófilos * 80.3%
Linfocitos * 14.3%

COAGULACIÓN BÁSICA

Tiempo de Quick 11.3 seg
Tasa de Protrombina 105%
INR 0.97
T.T.P.A. 24.2 seg
T.T.P.A. Ratio 0.79

EVOLUCIÓN Y COMENTARIOS

Tras el ingreso no se objetiva ninguna crisis comicial. Se administra levetiracetam como profilaxis para nuevas crisis. Inicialmente GCS 13 por tendencia a ojos cerrados y somnolencia, de forma progresiva la paciente recupera GCS 15.

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

Estatus epiléptico.

“Con esas pastillas yo no puedo tener el cuerpo depurado”



ANEXO 3: PLAN DE CUIDADOS DE MARÍA

Diagnostikoa/ Diagnóstico	Emaitza/ Resultado	Interbentzioa/ Intervención	Jarduera/ Periodicidad	Maiztasuna/ Periodicidad
Catéter venoso periférico – Antebrazo zona interna derecha				
Riesgo de Infección	<ul style="list-style-type: none"> Integridad tisular: piel y membranas mucosas 	<ul style="list-style-type: none"> Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso (DAV) 	<ul style="list-style-type: none"> Cambiar los sistemas y tapones Lavar y sellar la vía de acuerdo al protocolo del centro Observar si hay signos y síntomas de infección local o sistémica 	<ul style="list-style-type: none"> Si precisa Si precisa Continua
Catéter venoso periférico – Antebrazo zona interna izquierda				
Riesgo de Infección	<ul style="list-style-type: none"> Integridad tisular: piel y membranas mucosas 	<ul style="list-style-type: none"> Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso (DAV) 	<ul style="list-style-type: none"> Cambiar los sistemas y tapones Lavar y sellar la vía de acuerdo al protocolo del centro Observar si hay signos y síntomas de infección local o sistémica 	<ul style="list-style-type: none"> Si precisa Si precisa Continua
Heridas/lesiones – cabeza zona occipital				
Deterioro de la integridad cutánea	<ul style="list-style-type: none"> Curación de la herida por segunda intención 	<ul style="list-style-type: none"> Cuidados de las heridas 	<ul style="list-style-type: none"> Realizar cura de la herida Valorar signos y síntomas de infección 	<ul style="list-style-type: none"> Si precisa Continua

“Con esas pastillas yo no puedo tener el cuerpo depurado”



Diagnostikoa/ Diagnóstico	Emitza/ Resultado	Interbentzioa/ Intervención	Jarduera/ Periodicidad	Maistasuna/ Periodicidad
Gestión Ineficaz de la propia salud	<ul style="list-style-type: none"> Conocimiento: cuidados en la enfermedad 	<ul style="list-style-type: none"> Enseñanza: medicamentos prescritos Enseñanza: proceso de enfermedad 	<ul style="list-style-type: none"> Instruir acerca de la administración correcta de cada medicamento Proporcionar información al paciente/familia acerca de la enfermedad/proceso 	<p>Continua 09:00-21:00</p> <p>Continua 09:00-21:00</p>
Riesgo de caídas	<ul style="list-style-type: none"> Caídas 	<ul style="list-style-type: none"> Manejo ambiental: seguridad Prevención de caídas 	<ul style="list-style-type: none"> Eliminar los factores de peligro del ambiente Ayudar a la deambulación Colocar los objetos al alcance del paciente 	<p>Continua</p> <p>Si precisa Continua</p>
Riesgo de lesión	<ul style="list-style-type: none"> Estado neurológico 	<ul style="list-style-type: none"> Manejo de las convulsiones Precauciones contra las convulsiones 	<ul style="list-style-type: none"> Valorar las características de la crisis: partes corporales implicadas, actividad motora y progresión del ataque convulsivo Informar al paciente que avise si presenta síntomas prodrómicos. Mantener un guedel a pie de cama Retirar los objetos potencialmente peligrosos del ambiente 	<p>Si precisa</p> <p>Si precisa</p> <p>Si precisa</p> <p>Si precisa</p>

ANEXO 4: REGISTRO DEL CUIDADO

EVOLUTIVOS

24-enero-2015

Autor: Rodríguez Ramos, Maider

14:28

Enfermera – HOSPITAL UNIVERSITARIO ARABA – SANTIAGO APOSTOL VITORIA – NEUROLOGÍA

Llega a la planta tranquila y acompañada. Orientada y colaboradora. Se realiza protocolo de acogida. Constantes en gráfica. No refiere dolor ni cefalea. No mareo. Acompañada de una cuidadora (que en el domicilio es la encargada de administrar la medicación).

Trae vías periféricas cerradas.

13:30h. Llama su cuidadora por crisis epiléptica de unos segundos que cede espontáneamente. No vemos crisis.

14h. Llama de nuevo avisando de nueva crisis. Al llegar a la habitación paciente tranquila. Consciente y orientada. TA 90/48. Dejamos tubo de guedel en mesilla. Llamo a M.G que comenta que revisará tto.

Autor: Bilbao Martínez, Eneritz

18:53

Enfermera – HOSPITAL UNIVERSITARIO ARABA – SANTIAGO APOSTOL VITORIA – NEUROLOGÍA

Pasa la tarde en la cama estado adormilada. Contesta coherentemente a preguntas. Persiste hipotensión (89/59) FC:59LXM SAT02: 96% aa. No manifestación de dolor ni otra sintomatología. Ingestas adecuadas.

Acompañada por cuidadora, parte de la tarde.

20h. Refiere dolor en zona occipital administro analgesia pautada, efectivo.

No crisis convulsivas durante el turno.

25-enero-2015

Autor: Gutiérrez Blanco, Carmen

4:41

Enfermera – HOSPITAL UNIVERSITARIO ARABA – SANTIAGO APOSTOL VITORIA – NEUROLOGÍA

A primera hora está dormida, Ta82/51 FC 61 SAT aa 97%, coherente, esta lenta. Esta sola. No tiene dolor.

3H está dormida.

7H dormida

Autor: Gómez Sánchez, Raquel

11:50

Enfermera – HOSPITAL UNIVERSITARIO ARABA – SANTIAGO APOSTOL VITORIA – NEUROLOGÍA

9:30h. Despierta. En reposo en cama. Refiere tener ganas de ir al WC, se levanta y se le acompaña al WC. Persiste hipotensión. TA 78/54 FC 77x' SatO2 98% aa. Afebril. Refiere sentirse algo mareada, coincide con el momento de la incorporación. Refiere leves molestias en zona occipital.

Al ir a ponerle la medicación se niega en rotundo. Muy enfadada. Actitud desafiante. Explico que la pauta es necesaria para su mejoría clínica. Al final, accede aunque manifiesta no estar de acuerdo con su tto.

Paciente alerta aunque lenta en sus respuestas.

No crisis epiléptica durante el turno.

Pasa buena mañana, sentada en el sillón. Ingestas bien.

Autor: Bilbao Martínez, Eneritz

18:42

Enfermera – HOSPITAL UNIVERSITARIO ARABA – SANTIAGO APOSTOL VITORIA – NEUROLOGÍA

Pasa la tarde sentada en el sillón, no manifestación de dolor ni otra sintomatología. Persiste hipotensión (80/54) asintomática. FC: 77LXM.

Ingestas adecuadas.

20:30h. Lllaman los familiares de la acompañante de la habitación por crisis comicial. Al llegar a la habitación paciente sin crisis, no relajación de esfínteres, se encuentra bradipsíquica, pupilas isocóricas, normo reactivas. Se le acuesta.

Refiere dolor en la zona occipital pero rechaza analgesia. No toma Fycompa en tto médico pone que lo aportara la familia hoy no han venido a visitarla. No lo toma, al pedírselo dice que no va a tomar y que no lo tiene en la habitación.

21h Se va de nuevo a la habitación para otra valoración y la paciente nos empieza a gritar.

26-enero-2015

Autor: Albizua Blanco, Iñaki

1:45

Enfermera – HOSPITAL UNIVERSITARIO ARABA – SANTIAGO APOSTOL VITORIA – NEUROLOGÍA

A primera hora dormida. A las tres, duerme. A lo largo del turno no ha presentado crisis. Ha dormido bien.

Ha pasado buena noche.