



Nombre de alumnos:

Sari Gómez Sánchez

Nombre del profesor:

José Francisco Méndez Figueroa.

Nombre del trabajo:

Alteración del estado de consciencia.

Materia:

Enfermería en urgencias y desastres.

Grado: 7°

Grupo: "A"

Ocosingo, Chiapas a 19 de noviembre de 2020

INDICE

introduccion-----	pag. 1
desarrollo-----	pag. 2
desarrollo-----	pag. 3
desarrollo-----	pag. 4
desarrollo-----	pag. 5
bibliografía-----	pag. 5

INTRODUCCION

La conciencia (del latín conscientia 'conocimiento compartido', pero diferente de consciencia, del latín "cum scientia", con conocimiento) se define como el proceso fisiológico en el cual el individuo mantiene un estado de alerta, con pleno conocimiento de sí mismo y de su entorno. Desde el punto de vista de fisiológico podemos dividirla en dos componentes:

1. Despertar: que es la capacidad para mantener la conciencia (vigilia)
2. Contenido: representa la suma de las funciones mentales cognitivas, afectivas y otras funciones corticales superiores.

Cuando se utiliza el término alteración de conciencia para explicar la situación de un individuo, tenemos que precisar que podemos estar refiriéndonos a su nivel de vigilancia o a su capacidad de interactuar con el entorno y comprender adecuadamente la realidad que le rodea. Por tanto, en lo referente a la conciencia con independencia del estado general y de las causas que estén actuando, un paciente puede presentar alteración del nivel y en este caso puede estar: obnubilado, estuporoso, o en coma en sus distintos grados (superficial, profundo). Pero también puede presentar alteración del contenido, es decir, estar confuso (desorientado témporo-espacialmente, con dificultad para mantener la atención) con o sin ideación delirante. En este segundo supuesto, denominado síndrome confusional, pueden darse todas las posibilidades intermedias, entre que el paciente mantenga una actitud pacífica o que esté agitado con una conducta autoagresiva o violenta hacia el entorno, que haga imposible explorarle y practicarle pruebas y por tanto obligue a una sedación forzada. La situación de confusión puede ser la etapa inicial tanto de un proceso que va a llevar gradualmente al coma como de un proceso que va a ocasionar una grave alteración conductual.

DESARROLLO

Atención de enfermería al paciente inconsciente:

Las alteraciones del nivel de consciencia son causa frecuente de demanda de asistencia urgente, tanto en el medio extrahospitalario como a nivel hospitalario. Este hecho junto con la gran cantidad de procesos, muchos de ellos tratables, que pueden desembocar en este complejo sintomático hacen de este un tema de gran interés.

Del estado de alerta físico y mental que supone un nivel de consciencia normal hasta la supresión total de dicha actividad que define el estado de coma existen multitud de estadios que trataremos de esquematizar más adelante. Sin embargo, los términos empleados en estos casos son vagos, llevan a confusión y carecen de reproducibilidad, de ahí que seamos partidarios de evitarlos o, en cualquier caso, de acompañarlos de una descripción detallada de la respuesta del paciente ante distintos estímulos.

El estado de inconsciencia se define como aquella situación clínica que lleva al paciente a una disminución del estado de alerta normal, pudiendo oscilar desde una tendencia al sueño hasta una ausencia total de respuesta frente a estímulos externos, persistiendo únicamente una actividad refleja residual.

Según el grado de alteración del nivel de consciencia lo clasificamos en:

Somnolencia: tendencia al sueño con respuesta adecuada a órdenes verbales simples y complejas así como a estímulos dolorosos.

Obnubilación: es un grado más marcado caracterizado por respuesta a órdenes verbales simples y a estímulos dolorosos. No existe respuesta adecuada a órdenes verbales complejas.

Estupor: existe una falta de respuesta a todo tipo de órdenes verbales pero una adecuada reacción a estímulos dolorosos.

Coma profundo: ausencia de respuesta a órdenes verbales y a estímulos dolorosos, al menos de forma correcta.

La valoración de un paciente en coma debe ir encaminada fundamentalmente a determinar el origen estructural o metabólico del coma y a detectar aquellas situaciones que requieran un tratamiento inmediato. En la práctica, la imposibilidad de determinar el nivel lesional sugiere una causa metabólica.

Existen cinco parámetros físicos para determinar el nivel anatómico de la lesión pues la escala de Glasgow, al ser factor pronóstico, debe de utilizarse exclusivamente en el coma por traumatismo craneoencefálico:

A. Nivel de consciencia: es este el parámetro definitorio del coma. Las afecciones hemisféricas difusas y las alteraciones diencefálicas originan cambios en el nivel de consciencia que van desde la somnolencia al estupor, mientras que las lesiones de tronco suelen originar coma profundo.

B. Respuesta pupilar.

C. Posición en reposo, movimientos oculares y reflejos oculocefálicos y corneal.

D. Patrón respiratorio.

E. Respuesta motora.

Atención de enfermería al paciente con convulsiones.

Se define como status convulsivo la presencia de crisis convulsivas frecuentes o de duración excesiva, o la no recuperación de la consciencia entre una y otra crisis. Algunos investigadores limitan la duración de la convulsión a 30 minutos, puesto que sobrepasado este tiempo, suele presentarse una lesión neuronal irreversible.

Lo fundamental es la historia clínica obtenida con ayuda del paciente y otros observadores del evento. Se debe indagar por un traumatismo reciente o supresión de alcohol. Si el paciente es diabético se considera la existencia de hipoglucemia inducida por fármacos; si tiene lupus eritematoso, se analiza la posibilidad de afección del sistema nervioso. En la exploración, un hemangioma o anomalías vasculares en el trayecto del trigémino pueden sugerir la existencia de la enfermedad de Sturge Weber. (amencia nevoide).

ESTUDIOS DE LABORATORIO. Pueden ser de utilidad el cuadro hemático; uroanálisis; electrolitos séricos; glicemia; creatinina; transaminasas y gases arteriales.

FUNDOSCOPIA. Es esencial en el examen neurológico

PUNCIÓN LUMBAR. Debe realizarse ante la sospecha de infección del sistema nervioso central.

ELECTROENCEFALOGRAMA. No se efectúa de urgencia, pero posteriormente es útil para facilitar el diagnóstico diferencial.

TOMOGRAFÍA COMPUTADORIZADA. Es de gran utilidad, especialmente si la crisis aparece en la edad adulta, y si las convulsiones son focales, con el objeto de investigar una lesión estructural, un tumor cerebral o trastornos vasculares.

- Apoyar las funciones vitales.
- Identificar y tratar las causas precipitantes.
- Evitar y/o tratar las complicaciones
- Administrar anticonvulsivantes en forma inmediata e instaurar un tratamiento a largo plazo.
- Asegurar una función cardiorrespiratoria adecuada

Administrar oxígeno por cánula nasal a 2 litros/min

Canalizar vena periférica

ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR:

El accidente cerebro vascular (ACV) es un déficit neurológico, de origen encefálico, que cursa de forma brusca y se instaura en poco tiempo, es producido por la rotura u oclusión de un vaso cerebral. Es la primera causa de secuelas neurológicas permanentes para ambos sexos; de cada cinco individuos en edad laboral le sucede a uno. Una vez instaurado, debe realizarse una atención sanitaria dirigida a la rehabilitación y a la prevención secundaria.

La Evaluación inicial debe empezar por una Valoración rápida de la Función Respiratoria, mediante inspección clínica, constantes vitales y pulsioximetría. La Valoración de la Función Cardíaca se centra en el manejo de la Presión Arterial y la Monitorización del Ritmo Cardíaco. La PA está frecuentemente elevada en pacientes que han sufrido un ACV, normalmente de manera transitoria. La recomendación actual (según los estudios consultados) es no tratar la PA por el riesgo de disminuir la perfusión cerebral en la penumbra isquémica. Valoración de la Función Neurológica: se evaluará el Nivel de Conciencia del paciente (normalmente mediante la Escala de Glasgow) y la función motora (Escala de Ranking. Con frecuencia los enfermos que han sufrido un ictus están deshidratados, por lo que para mantener el equilibrio hidroelectrolítico (llevar un buen

control de líquidos) se aconseja coger una vía parenteral y utilizar suero salino. Una vez estabilizado el enfermo y monitorizado (T.A., pulso, saturación O₂,) es necesaria una evaluación inicial para conocer los siguientes interrogantes: Hora de inicio del ictus, Factores de Riesgo y Enfermedades Concomitantes, historia clínica del paciente,

La valoración de la función motora se centrará en 3 aspectos fundamentales: - Observación de movimientos motores involuntarios, Evaluación del tono muscular (hipotonía, flacidez, hipertonia, espasticidad, rigidez), Estimulación de la fuerza muscular: Serie de movimientos de resistencia; la fuerza del movimiento se gradúa en una escala de 6 puntos. Durante las primeras 24 horas el paciente estará encamado, con una inclinación de la cabecera de la cama de 15 a 30 grados; después, siempre que sea posible se inicia la sedestación y progresiva movilización. Importante atención al riesgo de Deterioro de la Integridad Cutánea (Úlceras por Presión). Medidas Generales para la prevención de Úlceras Por Presión (UPP)

- Cambios posturales cada 4 horas.
- Protección de zonas de presión y prominencias óseas.
- Hidratación de la piel mediante masajes circulares y aplicación de ácidos grasos sobre la misma. (Corpitol)
- Protección de pliegues cutáneos.

BIBLIOGRAFIAS

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272008000200008

<https://mastermedurgencias.edu.umh.es/2014/09/25/manejo-del-paciente-inconsciente/https://ajibarra.org/recursos-enfermeria/la-enfermeria/nanda-diagnosticos-enfermeros/aspiracion-de-secreciones/estados-depresivos/mareo-y-vertigo/sindrome-convulsivo>