



**Nombre del alumno: Velázquez Vázquez
Cecilia Jhaile**

**Nombre del profesor: Rubén Eduardo
Dominguez Garcia**

Nombre del trabajo: Cuadro Sinóptico

Materia: Enfermería en Urgencias y Desastres

Grado: 7° Cuatrimestre Grupo: Escolarizado

PASIÓN POR EDUCAR

Frontera Comalapa Chiapas a 06 de noviembre del 2021

3.5.- ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON ALTERACIONES DE LA CONCIENCIA

¿Cuándo sucede?

cuando una persona es incapaz de responder a otras personas y actividades. a menudo se refieren a esto como estar en coma o estar en un estado comatoso.

otros cambios que pueden ocurrir en el nivel de conciencia de la persona sin quedar inconsciente: Estos son llamados estados alterados de la mente o estado mental cambiado. Estos incluyen confusión, desorientación o estupor repentinos

La pérdida del conocimiento y cualquier otro cambio repentino del estado mental deben tratarse como una emergencia

Causas

La pérdida del conocimiento y cualquier otro cambio repentino del estado mental deben tratarse como una emergencia

También puede ser causada por el abuso de sustancias (drogas) y alcohol.

La pérdida del conocimiento breve (o desmayo)

- Causas: por casi cualquier enfermedad o lesión importante.
- ✓ por el abuso de sustancias (drogas) y alcohol
 - ✓ atragantarse con un objeto puede resultar en la pérdida del conocimiento
 - ✓ por deshidratación
 - ✓ glucemia baja
 - ✓ presión arterial baja temporal
 - ✓ También puede ser ocasionada por problemas serios en el sistema nervioso o el corazón.

3.5.2 Atención de enfermería al paciente convulsivo



La epilepsia

Enfermedad del sistema nervioso en el que el cerebro envía señales anormales. Esto ocasiona convulsiones, Se le diagnostica epilepsia a una persona cuando ha tenido dos o más convulsiones.



Las convulsiones se clasifican en dos grupos

1. Las convulsiones generalizadas afectan a ambos lados del cerebro

- Las convulsiones de ausencia, a veces llamadas epilepsia menor o pequeño mal, pueden causar un parpadeo rápido o la mirada fija a lo lejos por unos pocos segundos.
- Las convulsiones tonicoclónicas, también llamadas epilepsia mayor o gran mal, pueden hacer que la persona:
 - Grite.
 - Pierda el conocimiento.
 - Se caiga al piso.
 - enga rigidez o espasmos musculares.

2. Las convulsiones focales se localizan en una sola área del cerebro. Estas convulsiones también se conocen como convulsiones parciales

- Las convulsiones focales simples afectan una pequeña parte del cerebro. Estas convulsiones pueden causar sacudidas o un cambio de sensación, como un sabor u olor extraño.
- Las convulsiones focales complejas pueden hacer que la persona con epilepsia se sienta confundida o aturdida. La persona no podrá responder preguntas ni seguir instrucciones por unos pocos minutos.
- Las convulsiones generalizadas secundarias comienzan en una parte del cerebro, pero luego se extienden a ambos lados del cerebro. En otras palabras, la persona primero tiene una convulsión focal, seguida de una convulsión generalizada

Las alteraciones de la circulación cerebral que ocasiona un déficit transitorio o definitivo de las funciones de una o varias partes del encéfalo, constituyendo la segunda causa de mortalidad en nuestro medio

CLASIFICACIÓN

Según la naturaleza lesional se dividen en:

isquémicos (85%)

Los ictus isquémicos, según su evolución, se dividen en AIT (accidentes isquémicos transitorios, con resolución total de la clínica en las pruebas de neuroimagen) e infarto cerebral con lesión definitiva del parénquima cerebral. Por su etiología, en aterotrombótico, cardioembólico, lacunar, de causa inusual y de causa desconocida.

hemorrágicos (15%)

El ictus hemorrágico se divide en hemorragia intracerebral (parenquimatosa o ventricular) y hemorragia subaracnoidea.

ANTE UN ICTUS

1. Orientación clínica. Atención a los siguientes signos de alarma:

- Pérdida de fuerza o sensibilidad en un hemicuerpo.
- Trastorno de la emisión o comprensión del lenguaje con nivel de conciencia conservado.
- Pérdida de visión en un hemicampo o ceguera monocular.
- Trastorno brusco de la marcha o equilibrio.
- Cefalea brusca, explosiva, de intensidad no referida previamente.

2. Historia Clínica:

- Forma, inicio, progresión de la clínica
- Factores de riesgo cardiovascular
- Antecedentes de ictus/AIT o coronariopatía
- Consumo de alcohol/tóxicos
- Prescripciones médicas (anticoagulantes, antiagregantes, anticonceptivos)
- Antecedentes de coagulopatía o traumatismos recientes.

3. Exploración física y exploración neurológica completa. Se recomienda el uso de escalas como la NIHSS/ HUNT-HESS. Localización de síndromes topográficos.

4. Pruebas a realizar en Urgencias: Bioquímica, Hemograma, Coagulación con INR y TTPa, ECG, RX tórax, TAC craneal. Valorar estudio de tóxicos en orina, punción lumbar si sospecha de HSA, gasometría arterial.

5. Decisión de ingreso: Preferentemente en una unidad de ictus, exceptuando a los pacientes demenciados, aquellos con diagnóstico previo de enfermedad terminal o la negativa del paciente al mismo, siempre y cuando se garantice una adecuada atención domiciliaria. ***EL AIT DEBE CONSIDERARSE UNA URGENCIA MÉDICA Y SE ACONSEJA INGRESO HOSPITALARIO.***