



Mi Universidad

CUADRO SINOPTICO

NOMBRE DEL ALUMNO: ERIKA YATZIRI CASTILLO FIGUEROA

TEMA: 3.5, 3.5.1, 3.5.2, 3.5.3

PARCIAL: III

MATERIA: Urgencias y desastres

NOMBRE DEL PROFESOR: Ruben Eduardo Dominguez

LICENCIATURA: ENFERMERIA

CUATRIMESTRE: 7°

LA ATENCION DE ENFERMERIA AL PACIENTE INCONSCIENTE

Sucede cuando

una persona es incapaz de responder a otras personas y actividades. Los médicos a menudo se refieren a esto como estar en coma o estar en un estado comatoso. Hay otros cambios que pueden ocurrir en el nivel de conciencia de la persona sin quedar inconsciente

Causas

La pérdida del conocimiento puede ser causada por casi cualquier enfermedad o lesión importante. También puede ser causada por el abuso de sustancias (drogas) y alcohol. Atragantarse con un objeto puede resultar en la pérdida del conocimiento de igual manera.

La pérdida del conocimiento breve (o desmayo) suele ser causada por deshidratación, glucemia baja o presión arterial baja temporal. También puede ser ocasionada por problemas serios en el sistema nervioso o el corazón. El médico determinará si la persona afectada necesita practicarse exámenes.

ATENCION DE ENFERMERIA AL PACIENTE CONVULSIVO

Definición

es un trastorno del cerebro. Se le diagnostica epilepsia a una persona cuando ha tenido dos o más convulsiones. Existen muchos tipos de convulsiones. Una persona con epilepsia puede tener más de un tipo de convulsiones.

Los signos de una convulsión dependen del tipo de convulsión

1. Las convulsiones generalizadas

- Las convulsiones de ausencia
- Las convulsiones tonicoclónicas

a veces llamadas epilepsia menor o pequeño mal, pueden causar un parpadeo rápido o la mirada fija a lo lejos por unos pocos segundos

, también llamadas epilepsia mayor o gran mal, pueden hacer que la persona: o Grite. o Pierda el conocimiento. o Se caiga al piso. o Tenga rigidez o espasmos musculares

2. Las convulsiones focales

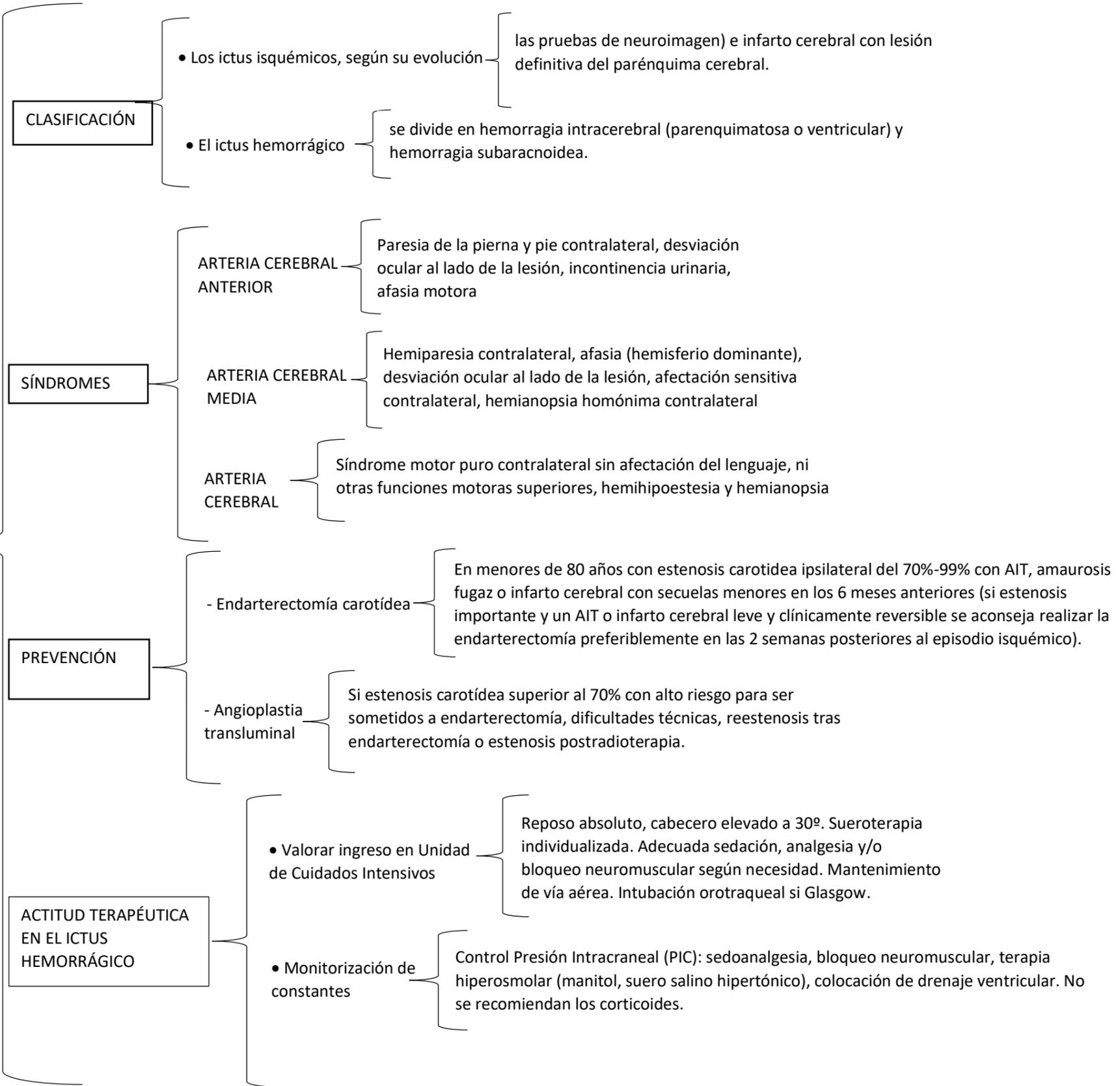
- Las convulsiones focales
- Las convulsiones focales compleja
- Las convulsiones generalizadas secundarias

simples afectan una pequeña parte del cerebro. Estas convulsiones pueden causar sacudidas o un cambio de sensación, como un sabor u olor extraño.

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.

comienzan en una parte del cerebro, pero luego se extienden a ambos lados del cerebro.

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA CON ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR



CLASIFICACIÓN

- Los ictus isquémicos, según su evolución { las pruebas de neuroimagen) e infarto cerebral con lesión definitiva del parénquima cerebral.
- El ictus hemorrágico { se divide en hemorragia intracerebral (parenquimatosa o ventricular) y hemorragia subaracnoidea.

SÍNDROMES

- ARTERIA CEREBRAL ANTERIOR { Paresia de la pierna y pie contralateral, desviación ocular al lado de la lesión, incontinencia urinaria, afasia motora
- ARTERIA CEREBRAL MEDIA { Hemiparesia contralateral, afasia (hemisferio dominante), desviación ocular al lado de la lesión, afectación sensitiva contralateral, hemianopsia homónima contralateral
- ARTERIA CEREBRAL { Síndrome motor puro contralateral sin afectación del lenguaje, ni otras funciones motoras superiores, hemihipoestesia y hemianopsia

PREVENCIÓN

- Endarterectomía carotídea { En menores de 80 años con estenosis carotídea ipsilateral del 70%-99% con AIT, amaurosis fugaz o infarto cerebral con secuelas menores en los 6 meses anteriores (si estenosis importante y un AIT o infarto cerebral leve y clínicamente reversible se aconseja realizar la endarterectomía preferiblemente en las 2 semanas posteriores al episodio isquémico).
- Angioplastia transluminal { Si estenosis carotídea superior al 70% con alto riesgo para ser sometidos a endarterectomía, dificultades técnicas, reestenosis tras endarterectomía o estenosis postradioterapia.

ACTITUD TERAPÉUTICA EN EL ICTUS HEMORRÁGICO

- Valorar ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos { Reposo absoluto, cabecero elevado a 30°. Sueroterapia individualizada. Adecuada sedación, analgesia y/o bloqueo neuromuscular según necesidad. Mantenimiento de vía aérea. Intubación orotraqueal si Glasgow.
- Monitorización de constantes { Control Presión Intracraneal (PIC): sedoanalgesia, bloqueo neuromuscular, terapia hiperosmolar (manitol, suero salino hipertónico), colocación de drenaje ventricular. No se recomiendan los corticoides.

ACTITUD TERAPEÚTICA
EN LA HSA

- Reposo absoluto, cabecero 30º, evitar maniobras de Valsalva (tos, náuseas, vómitos, estreñimiento).
- Monitorización cardíaca. Control de PA, iniciando antihipertensivos cuando PA>160/95 mmhg (evitar nitroprusiato sódico por riesgo de aumento de la PIC).

RECOMENDACIONES PARA
EL PACIENTE SUBSIDIARIO
DE FIBRINÓLISIS

- Atención médica en 10 minutos.
- Contacto con el neurólogo o médico experto en Ictus 15 minutos.
- Realización de TAC craneal 25 minutos.
- Interpretación de las imágenes 45 minutos.
- Inicio del tratamiento 60 minutos.