



Atención de enfermería con arritmias letales



Arritmia: cambios de los impulsos electricos de manera irregular.

Taquicardia/taquiarritmias: Presencia del ritmo rápido >100 .

Bradycardia/bradiarrirmias: Presencia de ritmo lento <60

FC: 60-100

Intervención de enfermería (ingreso)

- Conectar a monitor para observar SV (TA, FC, FR, Pulso)
- Conectar a ventilador
- Realizar ECG o EKG
- Preparar desfibrilador
- Mantener carro rojo completo con material y medicamentos
- Aplicar medicamento
- Sistema ABCDE (valoración inicial en pacientes)

Intervención de enfermería (observación)

- Aplicar oxígeno terapia
- Revisar oxigenación
- Paciente con marcapasos monitoriar
- Observar evolución del medicamento en paciente



A= Vía aérea: permeabilidad (observar si habla)

B= Respiración : revisar saturación de oxígeno, FR, expansión de cavidad torácica, uso de musculatura accesoria.



C= Componente cardiaco: revisamos los parámetros (TA, PAM, FC, RC, PC y PP)

D= Discapacidad física o neurológica del paciente: se evalúa glucemia capilar, pupilas (reacción a luz), estado de conciencia (escala de Glasgow o AVPU), valorar movilidad (independiente, restringido o inmóvil)

E= Exposición del paciente: se evalúa temperatura, revisar color de piel (cianosis, pálido o rojez), asegurarse de toda las vías de acceso



**Atención de enfermería
al paciente con
alteraciones del estado
de conciencia**



Consciencia: conocimiento de uno mismo y de todo lo que pasa y le rodea.

Pérdida de consciencia: se genera por golpes, convulsiones, edad, coma y trastornos.

Sincope: pérdida temporal y súbita de la consciencia y postura por el bajo flujo sanguíneo que se presenta hacia el cerebro.

Niveles de alteración de consciencia

- **Alerta:** paciente orientado y responde a estímulos verbales y sensoriales.
- **Obnubilación:** disminución leve a moderada del estado de alerta. Somnolencia y desinterés por el ambiente. Lentitud de respuesta.
- **Estupor:** despierta a estímulos intensos, volviendo a la situación previa al ceder los estímulos. Se consiguen mínimas respuestas verbales.
- **Coma:** pérdida de toda función cortical.
 - **Superficial:** reacción de despertar y orientación ante estímulos sonoros o lumínicos sin respuesta verbal.
 - **Profundo:** sin respuesta a dolor o estímulos.

Intervención de enfermería (ingreso)

- Valorar estado de conciencia (escala de Glasgow)
- Valorar SV (TA, FR, FC, T, P)
- Triage ABC
- Aflojar las prendas que opriman al paciente
- Colocar venoclisis
- Realizar ECG
- Recogida de antecedentes (con familiares)
- Evitar caídas (lesiones por convulsiones)
- Colocar a paciente en posición supino o lateral

Intervención de enfermería (observación)

- Valorar SV
- Evitar que el paciente se levante de manera brusca.
- Valorar control de loquidos
- Administrar medicamentod
- Higiene
- Lavado de SNG y VESICAL
- Monitoreo de ventilador

En estado de coma

Enfermera actúa de manera inmediata o de urgencia:

- Conocer la causa
- Grado de afección
- Evitar complicaciones inmediatas

Enfermera actúa en cuidados posteriores

- Conocer la evolución
- Evitar complicaciones
- Ayudar a la recuperación


Escala de Jovet-Dechaume: valora profundidad del coma y de entender el daño estructural.

Perspectiva


- Valora funciones corticales aprendidas
- **Normal:** orientado, obedece órdenes escritas
- Se obtiene únicamente el reflejo a la amenaza (grado más bajo de perceptividad)
- **Aperceptivo:** coma superficial

Reactividad

- Valora funciones innatas
- **Inespecífica:** reacción de orientación y despertar, tras estímulo sonoro o luminoso
- **Dolor:** despertar, mueca, quejido y retirada
- **Vegetativa:** cambios pupilar es, respiratorios, cardíacos y en TA, como respuesta al dolor



**Atención de
enfermería a
pacientes con
convulsiones**



Convulsiones: espasmos voluntarios de uno o un grupo de músculos. Puede producirse por un trastorno neurológico que afecta a un área del cerebro o la médula espinal o por Sincope.

Sintomática o secundaria: desencadenada por estímulo transitorio que afecta a la actividad cerebral.

- Hipoglucemia, fiebre, meningitis, infección SNC.

Idiopática: sin relación temporal con estímulo conocido.

- Epilepsia.

Anamnesis: datos que se recogen en la historia clínica de un paciente con objetivo diagnóstico.

Preguntas

¿Dónde se encontraba el niño en el momento de la convulsión?

¿Que estaba haciendo?

¿Hubo algún acontecimiento desencadenante?

¿Existió pérdida de conciencia y cuanto duro?

¿Hubo desviación de la mirada, ruidos respiratorios, cianosis, salivación?

Diagnostico

Historia clinica

- Antecedentes familiares
- Enf. Actual
- Examen fisico

Exámenes auxiliares

- Complementarios
 - Glucosa, Sofía (Na) sitometria hematica, estudio (errores) metabólico
- Punción lumbar (sospecha de infección SNC)
- Neuroimagen (tomografía, RMN cerebral)
- ECG

Intervención de enfermería

- Manejar la crisis convulsiva para prevenir complicaciones o secuelas.
- Mantener ventilación pulmonar adecuada.
- Proteger de caídas y golpes.

Intervención de enfermería (ingreso)

- Administrar oxígeno
- Canalizar vía venosa
- Colocar al paciente en posición de cubito lateral
- Monitorización de SV
- Vigilar volumen de líquido que se le administra
- Valorar si requiere de S VESIC. (control de diuresis)

Intervención de enfermería (observación)

- Reevaluar al paciente (examen físico)
- Brindar atención emocional a familiares

Atención de enfermería con accidente cerebro vascular

EVC: lesión en el cerebro

ocasionada por la interrupción de la irrigación sanguínea.

CONOCIDO TAMBIÉN COMO:

- Infarto cerebral
- Ataque cerebral
- Trombosis cerebral
- ICTUS
 - Embolia
 - Trombosis cerebral

Intervención de enfermería (ingreso)

- Realizar interrogatorio
- Colocar al paciente en posición con la cabeza a 30 grados
- Realizar examen físico y neurológico
- Medición de SV
- Colocación de oxímetro y monitor cardio respiratorio
- Canalizar vía venosa
- Realizar ECG
- Colocación de SL ante dificultad para deglutir
- Colocación de S VESIC.
- Agilizar el traslado para UCI

Intervención de enfermería (observación)

- Aplicar cuidados a vena canalizada para prevenir flebitis
- Medición de SV
- Control de la función respiratoria y oxigenación
- Intubación endotraqueal (cuidados de aspiración y medidas de asepsia y anteseptica)
- Asistir al paciente ante el deterioro de la movilidad física
- Asistir al paciente ante la alteración en los procesos del pensamiento
- Asistirlo ante el déficit de autocuidado
- Educar al paciente y familiares