



**UNIVERSIDAD DEL
SURESTE
CAMPUS TABASCO**



MATERIA: FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA III

TEMA: VALORACIÓN DE LA SALUD

**NOMBRE DEL MAESTRO: ENF. JUANA INES HERNANDEZ
LOPEZ**

NOMBRE DEL ALUMNO: JORGE PERALTA VÁZQUEZ

GRADO:3

GRUPO:

UN EXAMEN CLÍNICO CEFALO-CAUDAL DE UN PACIENTE ADULTO.

DATOS GENERALES Sexo: M Iniciales: C.A.C.O Edad: 74años Servicio: Asilo

VALORACIÓN POR ENTREVISTA Se presenta persona de cuidado masculino C.A.d.I.C.O de 74 años de edad, aparente a cronológica. Se observa a la persona de cuidado adulto mayor, su complexión corporal es proporcional, se observa buena higiene general, su aspecto al momento con cefalea y resfrió, con actitud cooperativa, su estado de ánimo es adecuado de acuerdo a como se siente. Su lenguaje es comprensible, existe secuencia lógica en sus respuestas.

Problemas / Situaciones médicas:

- Extremidad superior izquierda anquilosada
- Bronconeumonía

Medicamentos que se le dan:

- Salbutamol
- Analgésicos para cefalea.

Estos datos son proporcionados en la institución Asilo B.D.P en la Ciudad de Chihuahua, Chihuahua. Hoy Miércoles 18-septiembre-13 se encuentra la persona de cuidado consciente y orientado en espacio y tiempo, refiere catarro la última semana y resfriado, dolor en el muslo derecho, y cefalea desde que se despertó, dice haber tomado pastillas (menciono que unas perlas, pero no sabía en realidad que pastillas eran, unas que se las dio su hermana).

ANQUILOSIS

La anquilosis es una disminución de la movilidad o en los casos más avanzados, la fijación de una articulación. Corresponde a una rigidez parcial o total, temporal o permanente. La anquilosis reúne varios signos clínicos: rigidez, dolor en reposo, a veces acompañado de un pequeño calor localizado en la periferia de la articulación. La anquilosis de la articulación a veces está vinculada a la inflamación en las estructuras vecinas como los músculos y los tendones, pero más a menudo está relacionada con enfermedades articulares como la espondilitis anquilosante. La fisioterapia mejora la movilidad de las articulaciones rígidas. La anquilosis a veces puede ser irreversible. Anquilosis - Definición » de Kioskea (salud.kioskea.net)

EXPLORACIÓN FÍSICA - CEFALOCAUDAL Cabeza Su postura y alineación en relación al resto del cuerpo es correcta. Cráneo/Cabello A inspección el tamaño es redondo normocéfalo y simétrico, contorno craneal liso. A palpación es liso de consistencia uniforme, con ausencia de nódulos o masas, con buena implantación de cabello, buena higiene de cuero cabelludo y cabello, con ausencia de seborrea y ausencia de cicatrices, cabello delgado y seco. Ausencia de hundimientos. Cabello distribuido uniformemente y resistente. No hay presencia de descamación, úlceras, piojos, liendres o tiña, el color muestra algunas canas no es en su totalidad. Cara Simétrica, ovalada, volumen proporcional al resto del cuerpo, temperatura de acuerdo al resto del cuerpo. Movimientos faciales simétricos, y ausencia de movimientos involuntarios. Arteria temporal palpable. Ningún dolor facial a palpación.

E.F Ojos A inspección se observa ojos simétricos con posición y bien alineados, cejas con distribución uniforme y equivalentes en ambas. Pestañas distribuidas equivalentemente en ambos ojos, se detecta lagrimeo en los ojos, cierre simétrico en párpados bilateral. Se observa esclerótica superior e inferior de color rojo, sin dolor alguno, conjuntivas lisas. Hay una eversion de los párpados, llamada Ptosis Palpebral. Se observa el cristalino rojo en ambos ojos, cornea se observa la circunferencia blanca, cornea abombada, pupilas de color negro, isocóricas, pupilas se contraen buena reacción de acercamiento, las pupilas se dilatan con la luz, el paciente parpadea cuando se toca la córnea eso nos indica que el nervio trigémino está intacto. Oídos A inspección se muestra pabellones auriculares simétricos e íntegros, proporcionales al resto del cuerpo, a palpación firme e indolora, consistencia cartilaginosa y temperatura adecuada. La agudeza auditiva del paciente escucha los tonos de la voz normal, al realizar prueba de los dedos resultado audible en ambos oídos.

E.F Nariz Se observa nariz centrada y simétrica, de tamaño mediano y recta, a palpación de nariz la sensibilidad es indolora no hay presencia de masas, con fosas nasales permeables mucosa rosa con presencia de secreción (por resfriado) y ausencia de lesiones, tabique nasal recto en línea media e intacto. A palpación de senos paranasales no hay presencia de dolor. De forma alargada, manchas en la piel, y presencia del aleteo nasal. Buena permeabilidad en ambas cavidades. Boca A inspección el estado del maxilar blanquecino, labios delgados, textura blanda es capaz de fruncir labios. Mucosa bucal rosa, lisa, blanda y húmeda. Los dientes de color marrón con presencia de caries, y hubo una extracción de la dentadura inferior. Lengua en posición frontal, simétrica, color rosa de tamaño proporcional, a palpación indolora, el movimiento es libre. Frenillo intacto. La úvula se encuentra íntegra. Se observó en el paladar tanto blando como duro unas manchas de color negro. Al realizarle la escala de Barthel sacó la puntuación más alta en cuanto a si es independiente para comer y eso se pudo observar. Y un índice de Katz: B (Independiente para comer)

E.F Cuello A inspección cilíndrico y simétrico, temperatura regular, movimiento de cabeza: movimientos continuos y coordinados, desplaza el mentón hacia el tórax. Ausencia de masas o algún dolor, tráquea alineada, a inspección no es visible la glándula tiroides. Tórax y Pulmones Se observa tórax simétrico, columna vertebral recta, los hombros y caderas están a la misma altura, a palpación pared torácica intacta, ausencia de zonas de hipersensibilidad sin presencia de masas. Palpación la expansión torácica es completa y simétrica, a inspección de patrón respiratorio, hay respiraciones tranquilas, rítmicas sin esfuerzo. A auscultación campos pulmonares: ruidos respiratorios vesiculares con campos pulmonares bien aireados sin estertores ni sibilancias.

E.F Corazón A palpación de arteria carótida, los volúmenes del pulso son simétricos, con pulsaciones completas. A auscultación de la arteria carótida no se escucha ningún ruido cardiaco. A inspección de venas yugulares no se visualizan. Abdomen A observación el contorno es redondo y simétrico, no hay presencia de masas visibles; hay movimientos simétricos causados por la respiración, el peristalsis es presente disminuido en intensidad y frecuencia. A auscultación ruido en el hipocondrio derecho son audibles, el tono y la frecuencia son normales de 8 ruidos por minuto y no se presentan más ruidos. A palpación superficial el abdomen el espesor de la piel es gruesa, no se detecta presencia de dolor y ausencia de molestias. Se palpa anillo umbilical, se encuentra en buen estado a sus

alrededores, sin abombamientos, nódulos ni granulaciones. A percusión de los cuatro cuadrantes, no presenta anormalidades.

EXPLORACIÓN DEL SISTEMA NERVIOSO Estado Mental El paciente responde en forma apropiada con una velocidad razonable sigue el tema de platica sin desviarse, sus movimientos para expresarse son normales sin presencia de alguna anomalía. Sus expresiones faciales son normales a la variación de temas que se tratan sin mostrar inquietud, ansiedad, depresión o apatía. Habla Y lenguaje El paciente se observa cooperativo respondiendo a solo preguntas directas, la velocidad del habla es de manera normal y su intensidad es suave, articula palabras en forma clara, no presenta dificultades para hablar, existe fluidez y coherencia en sus frases. Existe buena comprensión de palabras ya que siguió las órdenes que se indicó. Estado de Ánimo El paciente se mostró contento, respondió de manera usual sin mostrar indiferencia o mal humor. Pensamientos y percepciones Existe lógica y congruencia en su lenguaje, no se observa anormalidades en el contenido del pensamiento, la percepción es normal sin alucinaciones.

APARATO LOCOMOTOR Extremidades Superiores Extremidades asimétricas, coloración uniforme, con presencia de vello y cicatrices en el antebrazo posterior, tuvo una caída y le causó una herida. En escala de Barthel tuvo puntuación alta en independencia para vestirse. Presenta en la extremidad superior izquierda un segmento articular anquilosada, la mano la tiene totalmente cerrada y no puede estirar el brazo totalmente. Extremidades inferiores En extremidades tiene dificultad para caminar debido a un problema en su pierna derecha, al parecer un desgarre muscular, depende de un andador o bastón para poder deambular, según índice de Barthel necesita ayuda física y supervisión para trasladarse y dependiente para subir escaleras. En escala de Tinetti tiene un corte de 22 con un Riesgo de Caídas.

PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Hoy Miércoles 18-septiembre-13 se encuentra la persona de cuidado consciente y orientado en espacio y tiempo, refiere catarro la última semana y resfriado, dolor en el muslo derecho, y cefalea desde que se despertó, dice haber tomado pastillas (menciono que unas perlas, pero no sabía en realidad que pastillas eran, unas que se las dio su hermana).

SIGNOS VITALES

- Temperatura :36.8 °C
- Tensión Arterial :120/80 mmhg
- Frecuencia Respiratoria: 19 rpm
- Frecuencia Cardiaca :82 lpm

Dx de Enfermería Necesidades Biofísicas -Estreñimiento Necesidades Psicofísicas -Dolor en Muslo Derecho -Cefalea -Bronconeumonía -Extremidad Superior izquierda anquilosada Necesidades Psicosociales -Sin Alteraciones

PLAN DE CUIDADOS

Valoración Dx Planeación Fundamentación Ejecución Evaluación Biofísicas -Estreñimiento 00011 Estreñimiento R/C Hábitos de defecación irregulares, actividad física insuficiente M/P

Presentaciones atípicas en adultos ancianos (caídas inexplicables), Disminución de la frecuencia, cefaleas. Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional relacionado con envejecimiento Auscultación para existencia de ruidos peristálticos. Favorecer el ejercicio diario. Ingesta de fibra Uso de laxantes/ablandadores Favorecer la motilidad intestinal para conseguir una mejor digestión y eliminación de los alimentos Se tiene que estimular el peristaltismo, porque esto hace que las heces secas se ablanden. Estos ejercicios harán que aumente el tono muscular abdominal. Fomentar una dieta diaria ricos en residuos y fibras. Evitar la impactación y extraer las heces mediante laxantes. Los alimentos ricos en fibra retienen los líquidos mejor y ayudan a controlar el estreñimiento. Además, en los últimos años se han descubierto otros posibles beneficios dietéticos de la fibra, convirtiéndose en un elemento de gran importancia para la buena nutrición. Tomar 2 litros de agua o bien cualquier otro líquido al día para elevar el contenido hídrico. Establecer un plan de ejercicio moderado y regular diariamente, el caminar hasta por 10-15 minutos. Canalizar con la nutrióloga para llevar una dieta para esa persona de cuidado conforme a sus necesidades. Informar al médico para que le indique el uso de laxantes. Garantizar dieta rica en fibra La persona de cuidado las veces de defecación a la semana. La persona de cuidado aparte de mejorar sus hábitos de defecación también mejoro sus hábitos de ejercicio. Su alimentación se basó en lo que necesitaba y le favoreció para disminuir el estreñimiento. Los laxantes ayudaron para extraer la materia fecal que la persona de cuidado no había podido defecar. La persona de cuidado refiere tener evacuaciones de calidad y con frecuencia normal, no presento alteraciones en su eliminación

-Dolor en Muslo Derecho 00135 Dolor Crónico R/C Incapacidad física crónica M/P Atrofia de los grupos musculares implicados. Deterioro de la movilidad física R/C deterioro del estado físico M/P limitación de la amplitud de movimientos, inestabilidad postural Uso de analgésicos. Plan de ejercicios para la rehabilitación del miembro inferior. Promover la movilidad en las principales articulaciones del cuerpo para favorecer la amplitud del movimiento corporal Moderar el dolor muscular así podremos reducir la incapacidad de que camine sin ningún medio físico. Al ejercitar la extremidad inferior se le devolverá la fuerza necesaria para que la persona de cuidado pueda caminar sin ayuda del bastón o andador. Facilita el autocuidado y la independencia del paciente. El uso de técnicas adecuadas de traslado evita abrasiones por cizallamiento en la piel y caídas El calentamiento es la parte inicial de una actividad física que consiste en la realización de una serie de ejercicios físicos sencillos, que se realizan de forma suave y progresiva, para preparar a los distintos órganos, músculos y articulaciones para un esfuerzo posterior más intenso. El médico tendrá que indicarle un patrón farmacéutico para el dolor muscular. Realizar ejercicios de calentamiento y estiramiento general y dando énfasis en la pierna derecha y ejercitar esos músculos con un mínimo de 10-15 min diarios. Demostrar o ayudar a realizar las técnicas de traslado y a utilizar los métodos de ayuda de la movilidad: trapecio, andador, muletas, bastón Ayudar a la persona de cuidado a realizar ejercicios de calentamiento previo a actividades o ejercicio físico La persona de cuidado refiere menos dolor al caminar. La persona de cuidado siente su pierna con más fuerza al realizar su plan de ejercicios diariamente. La persona de cuidado mostro mayor habilidad para trasladarse por su propia cuenta utilizando silla de ruedas y andador La persona de cuidado tolera más la actividad física moderada después del calentamiento

-Cefalea Estreñimiento R/C actividad física insuficiente M/P cefaleas Favorecer el ejercicio diario. Estos ejercicios harán que aumente el tono muscular abdominal. Establecer un plan

de ejercicio moderado y regular diariamente, el caminar hasta por 10-15 minutos. La persona de cuidado tuvo mejoría en su defecación y en las cefaleas. -Bronconeumonía 00007 Hipertermia R/C Enfermedad M/P Aumento de la temperatura corporal por encima del límite normal. 00032 Patrón respiratorio ineficaz R/C Hiperventilación M/P Taquipnea Controlar la ingesta de líquidos. Eliminar el exceso de ropa. Baños fríos. Control de temperatura. Mantener un equilibrio entre O₂ y CO₂ Proporcionar los líquidos preferidos para mantener el equilibrio entre la ingesta y la eliminación. Esto nos ayudara a favorecer la pérdida de calor. Cuando sienta que se eleva su temperatura, esto le va a ayudar para que disminuya. Esto nos ayudara a evitar complicaciones por la hipertermia. Cuando hay una hiperventilación los niveles de O₂, por eso es necesario elevar los niveles de CO₂. Que ingiera mucha agua y/o zumos. Mantenerlo solo con la bata y una sabana. Varios baños al día y evitar el jabón para prevenir la resequead de la piel. Tomar la temperatura cada 2 a 4 horas durante el día. Cuando haya un patrón de taquipnea y se esté dando la hiperventilación es que la persona de cuidado respire con una bolsa de papel en la boca así conseguirá CO₂ para obtener el equilibrio. Los líquidos nos ayudaron a evitar una deshidratación. Así pudimos evitar elevar la temperatura por medios físicos como es la ropa Cada vez que sentía calor se daba un baño y disminuía la temperatura. Nos ayudó a poder evitar alguna convulsión o taquicardia. Se logra en la persona de cuidado que se tranquilice a la hora de hiperventilar.

-Extremidad superior izquierda anquilosada Deterioro de la movilidad física R/C deterioro del estado físico M/P limitación de la amplitud de movimientos, Promover la movilidad en las principales articulaciones del cuerpo para favorecer la amplitud del movimiento corporal Los pacientes con artropatía degenerativa pueden perder rápidamente la función articular durante periodos de actividad limitada El calor como agente físico terapéutico tiene efectos analgésicos en la zona donde se usa además de disminuir la inflamación y aumentar el flujo sanguíneo en la zona Realizar o ayudar al paciente a practicar ejercicios de amplitud de movimientos en las articulaciones sanas Colocar compresas calientes en articulaciones La persona de cuidado refirió sentir mayor movilidad y amplitud de movimientos al término de la sesión de ejercicios articulares La persona de cuidado manifestó sentir una mejoría en sus dolores articulares después de la aplicación de calor.

Técnicas especiales de enfermería

- Administración de medicamentos por vía oral
- Administración de medicamentos por vía intradérmica
- Administración de medicamentos por vía subcutánea
- Administración de medicamentos vía intramuscular
- Administración de medicamentos por vía intravenosa

Administración de medicamentos por vía intravenosa

Es la introducción de una sustancia medicamentosa directamente al torrente sanguíneo a través de la vena utilizando jeringa y aguja o por medio de venoclisis.

Material y equipo

Material y equipo

- Jeringa de 5 ó 10 ml
- Medicamento indicado.
- Ligadura o torniquete
- Gasas chicas o torundas.
- Solución antiséptica.
- Guantes estériles.
- Ámpula de solución inyectable

Procedimiento

1. Trasladar el equipo o carro de medicamentos a la unidad del paciente y verificar el número de cama o cuarto, checar la identificación del paciente y la tarjeta del medicamento. Llamar al paciente por su nombre.
2. Lavarse las manos antes de preparar el medicamento, se recomienda utilizar un desinfectante especial para las manos de amplio espectro antimicrobiano de acción rápida y prolongada.
3. Explicar al paciente el objetivo de administrar el medicamento, asimismo, la sensación que va a presentar al suministrarlo (sensación de calor en el momento que entra el medicamento al torrente circulatorio). La explicación ayuda a disminuir la ansiedad del paciente.
4. Colocar al paciente en decúbito dorsal o sentado, apoyando el brazo sobre una superficie resistente (mesa puente)
5. Seleccionar la vena que se va a puncionar: a) Generalmente se punciona en el brazo: Vena cefálica o basílica. b) En la mano, venas superficiales del dorso y cara lateral.
6. Colocar la ligadura o torniquete a 10 cm arriba del sitio seleccionado para realizar la punción de la vena.
7. Colocarse rápidamente los guantes estériles.
8. Realizar la asepsia del área aproximada de 10 cm alrededor de la punción utilizando las reglas básicas de asepsia con un antiséptico, se recomienda uno de amplio espectro antimicrobiano, de la familia de los productos clorados, hipoalergénico y que además permita visualizar la vena.
9. Tomar la jeringa con el medicamento previamente ya identificado y purgarla (quitarlas burbujas de aire), dando pequeños golpecitos con la uña al cuerpo de la jeringa y empujar el émbolo con el dedo pulgar.

10. Tomar la jeringa con los dedos índice y pulgar de la mano derecha, apuntando el bisel de la jeringa hacia arriba y sujetar la vena con el dedo índice de la mano izquierda para evitar que se mueva en el momento de la punción.

11. Puncionar la vena, introduciendo el bisel de la aguja hacia arriba, tomado la vena por un lado formando un ángulo de 30° entre la jeringa y el brazo del paciente. Aspirar la jeringa una décima de cm para cerciorarse que la aguja se encuentra dentro de la vena.

12. Soltar la ligadura.

13. Introducir muy lentamente la solución del medicamento, haciendo aspiraciones periódicas de la jeringa y cerciorase que aún se encuentra la aguja dentro de la vena. Observar y preguntar al paciente si siente alguna molestia. En caso de que presente algún síntoma o signo adverso, suspender inmediatamente la aplicación, o bien, en caso de que no se encuentre dentro de la vena, suspender la aplicación e iniciar el procedimiento.

14. Terminar de administrar el medicamento, retirar la aguja y la jeringa con un movimiento suave y hacer hemostasia por espacio de 2 minutos (presión) en el sitio de la punción con una torunda impregnada de antiséptico, o bien, colocar una tira de cinta adhesiva sobre la torunda para que haga presión (informarle al paciente que se la puede quitar después de 5 minutos).

15. Observar si existe alguna reacción adversa en el paciente, informarle que si presenta alguna reacción llame por el timbre. Dejarlo cómodo y tranquilo.

16. Desechar la jeringa en recipiente especial para material punzocortante. De acuerdo a lo establecido en la NOM 087-ECOL-1995.

17. Lavarse las manos antes de atender a otro paciente como una medida de seguridad para prevenir y controlar las infecciones intrahospitalarias.

18. Registrar en el expediente clínico el medicamento administrado con la hora, fecha y si hubo reacciones especiales en el paciente.

Valoración de los signos vitales

¿Que es la temperatura corporal?

Es el grado de calor mantenido en el cuerpo mediante el equilibrio entre la termogénesis y la termólisis.

¿Qué es el pulso?

El ritmo del pulso es la medida de la frecuencia cardiaca, es decir, del número de veces que el corazón late por minuto. Cuando el corazón impulsa la sangre a través de las arterias, las arterias se expanden y se contraen con el flujo de la sangre.

¿Qué es la frecuencia respiratoria?

La frecuencia respiratoria es el número de veces que una persona respira por minuto. Se suele medir cuando la persona está en reposo, y consiste simplemente en contar el número de respiraciones durante un minuto contando las veces que se eleva su pecho.

¿Qué es la presión de la sangre?

La presión de la sangre, es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de las arterias. Cada vez que el corazón late, bombea sangre hacia las arterias, por lo que la presión de la sangre es más alta cuando el corazón se contrae.

CIFRAS PROMEDIO NORMALES DE LOS SIGNOS VITALES				
edad	Frecuencia cardiaca	Frecuencia respiratoria	Presión (tensión arterial)	temperatura
Recién nacido	140 A 150 LPM	40 a 50 resp/min	70/46 mmHg	36.6 a 37.4 °c
Lactante menor	100 A 110 LPM	30 a 35 resp/min	90/50 mmHg	36.8 a 37.2 °c
Lactante mayor	100 LPM	25 a 30 resp/min	90/60 mmHg	36.5 a 37.2 °c
De dos a cuatro años	70 A 90 LPM	23 a 25 resp/min	92/56 mmHg	36.8 a 37.2 °c
De seis a ocho años	70 A 90 LPM	15 a 25 resp/min	100/60 mmHg	36.5 a 37 °c
adolescentes	70 A 90 LPM	12 a 20 resp/min	110/70 mmHg	36.8 a 37 °c
adultos	HOMBRE: 66 LPM MUJERES: 74 LPM	14-16 resp/min	120/80 mmHg	36 °c