



Universidad del sureste

Carlos Enrique López Benítez

Edgar Geovanny Liévano Montoya

Cuidados de enfermería en diferentes patologías

Enfermería

Sexto cuatrimestre

A 08 de julio de 2020

Chiapa de Corzo, Chiapas.

Cuidados de enfermería al paciente con problemas endocrinos.

El profesional de enfermería está llamado a jugar un papel fundamental en el proceso de atención y cuidados al paciente con enfermedades endocrinológicas. Para ello es imprescindible que conozca los elementos básicos de este tipo de pacientes, sabiendo interpretar la fisiopatología, así como los signos y síntomas que presentan y el plan de cuidados que debe poner en marcha de una manera organizada y científica. Para ello ha de establecerse unos objetivos generales y otros específicos para las distintas enfermedades endocrinológicas que el citado profesional debe abordar. En resumen, un esquema de actuación podría ser el que se propone a continuación. Los objetivos serían analizar los problemas de salud-enfermedad que puedan surgir en las distintas dimensiones sociales del hombre (físico, psíquico, social, cultural y ambiental), reconocer e interpretar las necesidades básicas insatisfechas derivadas de los procesos patológicos, educar al individuo y a su familia en el desarrollo de actividades necesarias para mantener la salud y fomentar el autocuidado en situación de enfermedad, demostrar manejo de conocimientos de la naturaleza y la interrelación entre salud-enfermedad, asistir al individuo y a la familia en el mantenimiento de la salud y en el desarrollo de actividades de fomento de ésta, orientándolos en el tipo de comportamiento necesario para la prevención de las enfermedades y aplicar el proceso de atención en el cuidado integral. Las patologías más prevalentes del programa son las siguientes diabetes mellitus tipo 1 y tipo 2 (conocimiento, manejo e interpretación de los problemas del paciente diabético): Uso del laboratorio, fomento del autocuidado y del buen cumplimiento. Control y conocimiento de los ADO/insulinas, saber reconocer las principales complicaciones, tanto las agudas (hipoglucemia, coma hiperglucémico, etc.) como las crónicas (macrovasculares y microvasculares), especial cuidado en la prevención y atención al pie diabético. - Hay que empatizar con el paciente y familia y desarrollar continuamente una labor de consejo, ayuda e información sobre: dieta, actividad física y tratamiento, basado todo en una exquisita Educación para la Salud (EpS), enfermedades del eje hipotálamo-hipófisis: anatomía, fisiopatología. Enfermedades derivadas tanto por hiperfunción como por hipofunción, enfermedades de la tiroides. Hipotiroidismos, hipertiroidismo, tiroiditis.

Conocer y manejar los signos y síntomas del paciente con alteraciones de la tiroides, paratiroides: anatomía, funciones, fisiopatología. Cuidados de enfermería, glándulas suprarrenales: anatomía, funciones, fisiopatología. Conocimiento, manejo y cuidados del paciente con alteraciones de las glándulas suprarrenales. Trastornos por hiperfunción (síndrome de Cushing). Para complementar el conocimiento de la patología endocrinológica, el profesional de enfermería debe desarrollar el mejor y más adecuado plan de cuidados, centrado en cada paciente y sus circunstancias

Cuidados de enfermería al paciente con problemas neurológicos

Los problemas neurológicos comprenden una amplia variedad de trastornos, los cuidados de enfermería que se proporcionan a los pacientes que cursan con un padecimiento de este tipo, requieren de un amplio conocimiento de la patología de la enfermedad, de las áreas en que debe centrarse la valoración y del tratamiento médico habitual. El objetivo de la atención neurológica es restablecer el funcionamiento del Sistema Nervioso mediante la utilización en muchas ocasiones de técnicas sofisticadas, equipos complejos y procedimientos invasivos para la vigilancia intensiva de los pacientes, sin embargo, existen cuidados de enfermería comunes para muchos de los pacientes. La enfermera o enfermero debe desarrollar conocimientos y habilidades que le permitan actuar con eficiencia y rapidez en la valoración, planeación e implementación de los cuidados necesarios para limitar el daño presente, evitar el riesgo de complicaciones y recuperar en lo posible la función perdida.

Alteración de la perfusión tisular al tejido cerebral, relacionada con el aumento de la presión intracraneal

Cuidados de enfermería

1. Mantener la TA dentro de valores normales mediante la administración de expansores del plasma, vasopresores o antihipertensivos prescritos en el tratamiento médico.

2. Valorar los datos de aumento de la PIC y enclavamiento cerebral, en caso de presentarse dar aviso inmediatamente al médico y prepararse para iniciar medidas de tratamiento urgente. La PIC debe mantenerse en valores por debajo de 20 mmHg.
3. Implementar medidas para disminuir la PIC por medio de elevación de la cabecera de la cama entre 30-45° para facilitar el retorno venoso, mantener cabeza y cuello en posición neutra, evitar la flexión extrema de la cadera, atendiendo la indicación médica de administración de esteroides y agentes osmóticos y diuréticos, drenaje de LCR si existe una ventriculostomía, ayudar al paciente en su movilización en cama para evitar giros bruscos y maniobras de valsalva.
4. Mantener las vías aéreas permeables y ventilación adecuada con apoyo de oxígeno para prevenir hipoxemia e hipercapnia.
5. Mantener las cifras de gasometría arterial con PaO₂ > 80 mmHg, PaCO₂ entre 25-35 mmHg y pH entre 7.35 – 7.45.
6. Evitar las aspiraciones de secreciones más allá de 10 segundos, hiperoxigenar e hiperventilar antes y después de aspirar.
7. Planificar los cuidados y actividades en relación con la respuesta de la PIC a las medidas instaladas, permitiendo que el paciente repose un tiempo pertinente entre una actividad y otra.
8. Mantener la normotermia con medidas de control físico de hipotermia e hipertermia.
9. Vigilar y controlar las convulsiones en colaboración médica con medidas profilácticas y anticonvulsivantes en caso necesario.
10. Administrar los medicamentos sedantes, barbitúricos y relajantes musculares para disminuir el metabolismo cerebral de acuerdo a las indicaciones del médico.
11. Asesorar al paciente si es posible por su estado de conciencia y a los miembros de su familia. Mantener una atmósfera tranquila y evitar temas de conversación que generen estrés en ambos.

Patrón respiratorio ineficaz, relacionado con el nivel de conciencia alterado, proceso patológico intracraneal y desequilibrio metabólico

Cuidados de enfermería

1. Vigilar el estado de los pulmones mediante la auscultación cuidadosa de todos los campos.
2. Mantener los parámetros de la ventilación mecánica, si la tiene, según las indicaciones del médico.
3. Realizar la aspiración de secreciones por razón necesaria observando las precauciones de protección y poca estimulación descritas anteriormente.
4. Mantener la gasometría arterial dentro de los límites aceptables para el paciente.
5. Administrar los fármacos prescritos para mantener el soporte ventilatorio adecuado.
6. Valorar y registrar el estado neurológico en búsqueda de cambios y deterioro.

Hipotermia, relacionada con la exposición a un ambiente frío, traumatismo o lesión hipotalámica

Cuidados de enfermería

1. Vigilar permanentemente la temperatura corporal central.
2. Si el paciente se encuentra con apoyo ventilatorio, verificar que el equipo tenga instalada una unidad térmica con el fin de proporcionar calor al aire que se suministra.
3. Vigilar la circulación periférica.
4. Implementar medidas físicas de calentamiento arrojando al paciente y utilizando sábana térmica. Mantener la habitación a temperatura adecuada para el paciente.
5. En caso de hipotermia extrema, se deben seguir las indicaciones médicas para recalentamiento a base de infusiones intravenosas calientes, según la terapéutica prescrita.

Disreflexia, relacionada a una respuesta autónoma excesiva por lesión medular a nivel cervical o torácico alto

Cuidados de enfermería

1. Colocar un monitor cardíaco y evaluar datos de bradicardia.
2. Vigilar y evaluar los signos vitales, en especial la TA ante el riesgo importante de datos de hipertensión.
3. Colocar la cabecera de la cama en posición erecta para facilitar el retorno venoso cerebral y disminuir la TA.
4. Suprimir las medidas compresivas o vendajes abdominales para facilitar el retorno venoso al resto del organismo.
5. Investigar las causas probables de disreflexia y tratarlas en conjunto con las indicaciones médicas, éstas pueden ser causadas por retención urinaria excesiva, en cuyo caso deberá ser vaciada por sondeo extrayendo la orina de manera controlada. La impactación fecal en el recto puede ser otra causa detectada, y debe tratarse por medio de la liberación manual con un guante lubricado. En caso de requerirlo debe administrarse pomada anestésica 10 minutos antes de la extracción del fecaloma.
6. Si los síntomas no desaparecen, preparar soluciones y fármacos antihipertensivos prescritos por el médico. Administrar el tratamiento y valorar su efecto. Vigilar estrechamente los datos de TA, pulso, signos y síntomas objetivos y subjetivos.

Dolor, relacionado con la transmisión y percepción de impulsos cutáneos, viscerales, musculares o isquémicos

Cuidados de enfermería

1. Valorar la intensidad y características del dolor apoyándose en alguna de las escalas que existen para tal fin, se recomienda la escala de valoración análoga que otorga puntuación del 0 al 10 valorado por el propio paciente.
2. Modificar las variables que intensifican el dolor en el paciente, explicarle que se realizarán evaluaciones constantes para conocer el patrón del dolor

y controlarlo de manera efectiva, explicar los factores desencadenantes del dolor, los procedimientos diagnósticos y terapéuticos con relación a las sensaciones que experimentará, reducir el temor a la farmacodependencia, enseñarle al paciente el momento de solicitar apoyo analgésico cuando inicia el dolor y favorecer el descanso del paciente.

3. Proporcionar analgésicos u opiáceos indicados por el médico, vigilando previamente el estado de hidratación y restituyendo el déficit hídrico previo a la administración de éstos.
4. Comprobar la eficacia de los fármacos administrados para el control del dolor, detectando las dosis adecuadas para el óptimo alivio.

Aplicar medidas para incrementar el bienestar del paciente a base de enseñarle técnicas de relajación, masajes, baño caliente y posiciones antálgicas si no existe contraindicación.

Cuidados de enfermería al paciente con alteraciones oculares.

Identificar al paciente, explicar el procedimiento a realizar, preparar el material, lavado de manos y registrar en la hoja de enfermería, algunas técnicas que se utilizan son mantener el ojo cerrado, protegerlo de diferentes infecciones, evitar traumatismos, recoger muestras, vendaje ocular compresivo, limpieza de párpados que se utiliza para la irritación, congestiones oculares, quemaduras oculares, polvos y vapores irritantes, irrigación o lavado ocular, recorte de pestañas, colirios y pomadas.

Cuidados de enfermería al paciente problemas oncológico

1 Manejo del dolor: Realice una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición / duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes.

2 Administración de analgésicos: Compruebe las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito, compruebe el historial de alergias a medicamentos y controle los signos vitales antes y después de la administración de los analgésicos.

3 Sedación consciente: Controle los signos vitales basales y saturación de oxígeno, compruebe si existen alergias a fármacos y determine la última ingesta de alimentos y de líquido.

4 Potenciación de la seguridad: Permanezca con el paciente para fomentar su seguridad durante los periodos de ansiedad y dolor y fomente que el familiar se quede con el paciente para darle seguridad.

5 Disminución de la ansiedad: Identifique los cambios en el nivel de la ansiedad, utilice un enfoque sereno que dé seguridad y anime la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.

6 Intervención en caso de crisis: Disponga un ambiente de apoyo y determine si el paciente presenta riesgo de seguridad para sí mismo o para otros.

7 Apoyo emocional: Comente la experiencia emocional con el paciente, favorezca la conversación o el llanto como medio de disminuir la respuesta emocional y permanezca con el paciente y proporcione sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad.

8 Potenciación de la seguridad: Muestre calma, escuche los miedos del paciente y los familiares y explique al paciente y familia todas las pruebas y procedimientos.

9 Apoyo espiritual: Anime al paciente y familia a la asistencia de servicios religiosos, si se desea, remita el asesor espiritual de la elección del paciente y exprese simpatía con los sentimientos del paciente.

10 Monitorización de signos vitales: Controle periódicamente presión sanguínea, pulso, temperatura y estado respiratorio, anote tendencias y fluctuaciones de la presión sanguínea, controle periódicamente la oximetría del pulso y valore

periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel, el llenado capilar, pulso y diuresis.

11 Manejo de líquidos / electrolitos: Administre líquidos, según indicación médica, administre soluciones isotónicas para la rehidratación extracelular, según indicación médica.

12 Monitorización de líquidos, vigile el peso, vigile ingresos y egresos y observe las venas del cuello si están distendidas, si hay crepitación pulmonar, edema periférico y ganancia de peso.

13 Precauciones con hemorragias: Valore la presencia de hemorragias en el paciente, cuantifique y registre la pérdida de sangre, si procede y valore los niveles de hemoglobina y hematocrito.

14 Disminución de la hemorragia gastrointestinal: Canalice vía periférica endovenosa para reponer pérdidas sanguíneas activas, controlé funciones vitales y administre líquidos intravenosos, según indicación médica.

15 Monitorización nutricional: Vigile las tendencias de pérdida y ganancia de peso, valore la piel y mucosas (humedad, turgencia) y observe si se producen náuseas y vómitos.

16 Manejo de la nutrición: Determine las preferencias de comidas al paciente y brinde a la nutricionista la dieta indicada para satisfacer las exigencias de alimentación evaluadas por el médico.

Cuidados de enfermería en pacientes con intoxicación y envenenamiento

La enfermera o enfermero determinará la secuencia de atención en los pacientes que presentan intoxicación. Sin duda alguna determinar el factor que originó la intoxicación es de suma importancia para el personal médico y de enfermería que labora en el servicio de Urgencias, de ello dependerán básicamente las medidas

terapéuticas e intervenciones de enfermería. Sin embargo, se propone a continuación una secuencia general en el cuidado de los pacientes que ingresan al servicio de Urgencias con intoxicación:

ABCDE

El éxito del tratamiento dependerá de la precisión, oportunidad y eficacia con el que se resuelvan y mantengan estables la vía aérea, ventilación y circulación, se califique el nivel de conciencia y exista un buen control de la temperatura.

Evitar absorción del tóxico dependiendo de la vía de entrada del tóxico serán las medidas a tomar, el paciente deberá ser retirado del ambiente contaminado y administrarle oxígeno suplementario.

Cuando la piel es la vía de entrada del tóxico (plaguicidas, anilinas, alcoholes o medicamentos en cremas, pastas, etc.) se debe efectuar baño con abundante agua y jabón sin olvidar lecho ungueal y cabello.

Si la vía digestiva es la puerta de entrada del tóxico, será necesario realizar la descontaminación o vaciamiento intestinal a través de inducción al vómito prepare jarabe de ipecacuana de 10 a 30 ml, seguido de dos vasos de agua. No se recomienda sal y mostaza, instalación de sonda nasogástrica adicionando o no antídoto local (Carbón activado). Dentro de las primeras 4 horas después de la intoxicación y el carbón activado se obtiene de la pirolisis de la pulpa de LA madera.

Mecanismo de acción interfiere con circulación entero-hepática, impide la absorción, se fija al tóxico, eliminación barre por efecto mecánico, extrae el tóxico del enterocito, disminuye la vida media del tóxico, dosis de administración del carbón activado, dosis 500 mg/kg/peso, diluir en manitol al 20% 2 ml/kg/dosis (efecto catártico) y otros diluyentes: Sorbitol al 70%, intervalos de aplicación: Cada 4 a 6 horas y tiempo de aplicación: 24 a 36 horas.

Eliminación del tóxico incrementar la eliminación renal. Preparar el equipo para colocación de una sonda de Foley, colocación de una vía intravenosa y la

administración de soluciones y disminuir absorción entero-hepática (gastrodiálisis con carbón activado).

Contraindicaciones para la diálisis gastrointestinal ingestión de cáusticos, ingestión de hidrocarburos, sangrado de tubo digestivo, íleo paralítico, abdomen agudo, estado de shock y oclusión intestinal. En los casos en los que existe contraindicación de la diálisis gastrointestinal se preparara el equipo y materiales para los procedimientos de hemodiálisis en las sustancias que son dializables y diálisis peritoneal en las sustancias que son dializables.