

Nombre del alumno: Merari Alejandra García Ruiz

CARRERA: licenciatura en enfermería

CUATRIMESTRES: 6° cuatrimestre "B"



MATERIA: enfermería gerontogeriatrica

Nombre del docente: MORALES HERNANDEZ FELIPE ANTONIO

NOMBRE DEL TEMA: mapa conceptual sobre los temas 2.3 – 2.7

COMITÁN DE DOMINGUEZ CHIAPAS, A JUNIO DE 2020

2.3 Cuidados de enfermería al anciano con problemas cardiocirculatoria

en algún momento la enfermera clínica deba dar asistencia a un paciente con infarto agudo de miocardio

en nuestro país la enfermedad coronaria es la segunda causa de muerte según los últimos datos publicados por el DANE

En la fase aguda

el paciente es instalado en una unidad de cuidado intensivo (UCI) o en una unidad de cuidado coronario (UCC)

Para:

mantenerlo bajo monitorización continua durante un período variable, con el fin de valorar su evolución y prevenir la presencia de complicaciones.

La enfermera deberá:

contar con los conocimientos y preparación suficientes para orientar en forma oportuna todos sus esfuerzos

no solamente brindar el tratamiento específico a la persona con infarto

sino también la prevención y detección temprana de sus complicaciones

Los datos sobre los cuales se establece el diagnóstico médico son:

son clínicos, electrocardiográficos y de laboratorio

La Intervención de enfermería

se presta al paciente y a su familia mediante elementos interactivos del proceso de enfermería

¿Qué incluye el proceso de enfermería?

observación, diagnóstico de enfermería, planificación, intervención y evaluación

La observación y valoración física realizada por la enfermera:

se inicia con la asistencia al dolor; debe valorar el tipo de dolor, localización, duración y causa que lo desencadena

El miedo y la ansiedad producida por el dolor pueden:

aumentar el trabajo y la frecuencia cardíaca por estimulación simpática

Es importante que la enfermera valore minuciosamente la presión arterial, la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria y la temperatura

ya que el paciente con infarto agudo de miocardio

en la fase aguda presenta cambios muy específicos

los medios de diagnóstico que se emplean para confirmar la presencia del infarto están:

las enzimas cardíacas y el electrocardiograma, siendo su control y análisis responsabilidad de la enfermera

el control de gases arteriales el cual permite evaluar la oxigenación y el balance ácido-básico

Actividades de enfermería:

Administrar O2 por cánula nasal 2 a 3 Lt/min durante las primeras 3 a 6 horas siempre y cuando sea un infarto sin complicaciones, proporcionar reposo absoluto en cama durante las primeras 12 horas si no hay presencia de complicaciones, monitorizar electrocardiográficamente, canalizar una vía venosa, preferiblemente central colocando líquidos a goteo de mantenimiento, Tomar ECG completo para determinar localización, extensión y evolución del infarto cada 8 horas durante las primeras 24 horas, cada 12 horas durante las siguientes 48 horas y luego cada 24 horas, Tomar muestra para laboratorio: CH, glicemia, química cada 24 horas y enzimas cardíacas cada 8 horas, controlar signos vitales cada media hora mientras se estabiliza y luego cada hora: PA, FC, FR, To, administrar antiarrítmico de acuerdo a la orden médica de preferencia xilocaína únicamente ante la presencia de taquicardia y/o fibrilación ventricular, administrar otros medicamentos, controlar líquidos administrados y eliminados cada hora, palpar y controlar pulsos periféricos cada 4 horas, realizar auscultación cardiopulmonar cada 2 horas, realizar monitoreo hemodinámico cada 4 horas en caso de que se coloque un catéter de arteria pulmonar.

Hallazgos: Hipoxemia, aumento de la FR y de la presión arterial pulmonar, estertores generalizados en los campos pulmonares, disminución del gasto cardíaco, taquicardia, taquipnea, disnea, palidez de la piel.

Actividades:

Administrar O2 por cánula nasal 2 a 3 Lt/min durante las primeras 3 a 6 horas siempre y cuando sea un infarto sin complicaciones, proporcionar reposo absoluto en cama durante las primeras 12 horas si no hay presencia de complicaciones, controlar gases arteriales, monitorizar FR, ritmo, y características cada hora, valorar el aumento de la presencia de estertores, valorar coloración de la piel, mucosa oral, región peribucal y uñas, enseñar al paciente a exhalar lentamente mientras se moviliza, evaluar estado neurológico cada 4 horas o según necesidad

Hallazgos: Facies de dolor, palidez, diaforesis, piel fría, taquicardia, inquietud, disturbios sensoriales, desorientación, trastorno en el patrón del sueño, sobrecarga sensorial.

Actividades:

Administrar analgésico de acuerdo a prescripción médica: Morfina 2 a 5 mgr IV cada 5 a 30 minutos, meperidina 20 a 30 mgr IV (Infarto Inferior), controlar SV especialmente PA y FC mientras se administra analgésico, valorar efecto y respuesta a la administración del analgésico, monitorizar electrocardiográficamente en forma permanente, monitorizar el dolor, proporcionar medio ambiente favorable para el descanso, evaluar la orientación, orientar frecuentemente al paciente respecto al sitio que se encuentra y la situación que está pasando, explicar el ruido que producen los equipos que se utilizan especialmente el monitor y sus alarmas, procurar proporcionarle largos periodos de sueño, velar porque el personal médico y de enfermería hable suavemente y disminuir el ruido.

Hallazgos: Disnea, taquipnea, taquicardia, hipotensión, arritmias, fatiga y debilidad muscular, dolor precordial.

Actividades:

proporcionar reposo absoluto durante las primeras 12 horas, asistir al paciente durante su movilización en la cama, realizar cambios de posición y lubricación de la piel cada 2 a 4 horas, valorar y evaluar la respuesta al ejercicio teniendo en cuenta PA, FC, FR y ritmo cardíaco, administrar anticoagulación profiláctica teniendo en cuenta la orden médica y que es un paciente en reposos prolongado, colocar medias antiembólicas, enseñar y realizar ejercicios de relajación, hacer partícipe al paciente permitiéndole elegir la hora de actividades de cuidado, dieta, disposiciones del medio ambiente, aclarándole qué puede ser cambiado y qué no lo es, administrar laxante o medicamentos ricos en fibra según sea la orden médica.

Hallazgos: facies de angustia, hospitalización en UCI o UCC, desconocimiento de la situación y del medio ambiente, sensación inminente de muerte, disnea, monitoría invasiva y equipos desconocidos, personalidad tipo A, dolor precordial, sensación de pérdida del control de su vida y de su independencia.

Actividades:

Administrar sedante de acuerdo a prescripción médica, explicar al paciente y a su familia su situación actual de salud, proceso de la enfermedad, tratamiento, normas del servicio, explicar al paciente todo procedimiento, proporcionar al paciente y a su familia oportunidad de verbalizar sus inquietudes, dudas y preocupaciones y sentimientos respecto a su situación actual de salud, identificar las etapas emocionales, informar al paciente y a su familia sobre la ansiedad que produce el cambio de la UCI o UCC

2.4 Cuidados de enfermería al anciano con problemas neurológicos

Cuidados de enfermería para personas con deterioro cognitivo avanzado o demencia

hay que fijarse principalmente en dos aspectos:

- Mantener las actividades básicas de la vida diaria (o ABVD).
- Proporcionar los cuidados que permitan mantener, dentro de lo posible, el estado de salud de la persona mayor con demencia,

Por ejemplo:

Vestirse o ponerse los zapatos son actividades básicas de la vida diaria, son las que engloban las capacidades de autocuidado más elementales: alimentación, higiene, eliminación de excrementos y orina, vestido y conservación de la movilidad funcional.

En el caso de las personas con deterioro cognitivo o demencia, sin embargo, y para que conserven su autonomía el máximo tiempo posible, conviene dejar que las hagan ellas solas

Cuidados para mantener la salud de las personas con demencia

La gente mayor que sufre deterioro cognitivo avanzado o algún tipo de demencia presenta unos riesgos de salud asociados que otras personas no tienen.

Riesgos relacionados:

con la alimentación y la hidratación

Desnutrición o mala nutrición. Puede ser que se olviden de comer o que se alimenten mal, comiendo solo las cosas que les apetecen o las que tienen más a mano, a pueden olvidarse de beber, entre otras cosas porque no reconocen la sensación de sed, A medida que la demencia o el deterioro cognitivo avanza la mayoría de las funciones corporales se ven alteradas y, entre ellas, el mecanismo de la deglución.

Riesgo de caídas:

Para evitar caídas podemos tomar algunas medidas preventivas debemos:

- Evitar los obstáculos, objetos o cables por el suelo, en trayectos largos es más recomendable el uso de silla de ruedas.
- Tener una buena iluminación: sobre todo en los lugares de paso. Además, por la noche, es conveniente tener alguna luz encendida en el dormitorio, pasillo y cuarto de baño.
- Evitar alfombras y superficies que hagan resbalar.

Riesgo de infecciones y úlceras

Hay que vigilar especialmente la higiene y las posibles úlceras en personas mayores con demencia o deterioro cognitivo avanzado

Por lo general llega un momento en el que se olvidan de la higiene y cada vez permanecen más tiempo inmóvil.

En este sentido algunos consejos son:

En caso de inmovilidad hay que utilizar cojines antiescaras durante la sedestación, protección de talones y colchón antiescaras durante el decúbito. Si la persona está en decúbito (estirada) y no se mueve, habrá que hacerle cambios posturales

2.5 Cuidados peroperatorios

La atención al paciente en la etapa posquirúrgica

el inicio de esta etapa se considera al ser ingresado a la sala de recuperación postanestésica (PAR) o unidad de cuidados postanestésicos (PACU)

Su ubicación es:

es dentro de las instalaciones del quirófano, o bien con acceso directo a la misma.

En la etapa posquirúrgica la atención de la enfermera (o)

se centra, en torno a la valoración integral del paciente y su vigilancia continua

con el propósito de proporcionar una asistencia de alta calidad profesional

iniciando por la identificación de complicaciones potenciales y su tratamiento oportuno

incluyendo la atención a sus familiares, sin olvidar otorgar la atención al paciente con capacidad, seguridad y calidez

Algunos autores clasifican la etapa posquirúrgica en tres fases o periodos:

La etapa post-operatoria inmediata

es el periodo en que se proporciona la atención al paciente en la sala de recuperación y durante las primeras horas en la sala de hospitalización

La etapa post-operatoria intermedia o mediata

comprende la atención del paciente durante la convalecencia de la cirugía hasta la pre-alta del paciente

La etapa post-operatoria tardía

consiste en la planeación del alta del paciente y la enseñanza de los cuidados en el hogar, así como de las recomendaciones especiales

Recepción del paciente en la sala de recuperación

Para el traslado a la sala de recuperación posanestésica, la enfermera (o) del servicio recibe al paciente del cual se entrega información de los aspectos más importantes como serían:

1. Estado pre-operatorio del paciente, antecedentes que pudiesen ocasionar una complicación post-operatoria
2. Valoración de las condiciones del paciente, nivel de conciencia, datos sobre la función respiratoria y hemodinámicos, coloración de la piel, temperatura, etc.
3. Verificar la identificación del paciente, el procedimiento quirúrgico y el cirujano que practicó la cirugía.
4. Información sobre el periodo trans-operatorio, hallazgos operatorios, si existieron complicaciones o acontecimientos no habituales.
5. Técnica anestésica utilizada y duración de la misma.
6. Fármacos administrados en el quirófano (incluyendo los anestésicos).
7. Líquidos y sangre perdidos y administrados durante la cirugía.
8. Localización de catéteres, drenajes y apósitos.
9. Aplicación de vendaje como protección de la herida quirúrgica.
10. Revisión del expediente clínico.

Atención al paciente en la sala de recuperación

Objetivos

1. Asegurar la conservación de la función respiratoria adecuada.
2. Vigilar y prevenir la depresión respiratoria.
3. Mantener el estado hemodinámico del paciente.
4. Vigilar el estado de conciencia y condiciones generales del paciente.
5. Conservar la seguridad del paciente y promover su comodidad.

Material y equipo

- Equipo para aspiración de secreciones.
- Equipo para administración de oxígeno.
- Monitor de signos vitales.
- Esfigmomanómetro, estetoscopio y termómetro.
- Riñón y pañuelos desechables.
- Sondas de aspiración.
- Cánulas de guedel.
- Jeringas.
- Gasas y guantes desechables.

Procedimiento

se procede a su instalación de la siguiente manera:

1. Examinar la permeabilidad de las vías respiratorias. Dejar conectada la cánula de guedel, hasta que el paciente recupere el estado de conciencia o manifieste reflejo nauseoso
2. Aspirar el exceso de secreciones, al ser audibles en orofaringe o nasofaringe.
3. Conectar al paciente al sistema para administración de oxígeno e iniciar la administración de oxígeno húmedo nasal o por mascarilla, a 6 l/min.
4. Conectar al paciente al monitor de signos vitales. Mantener la observación de los mismos.
5. Colocar al paciente en decúbito lateral con extensión del cuello, si no está contraindicado
6. Vigilar los signos vitales cada 5 a 15 minutos según lo requiera el estado del paciente. dos (ingresos de líquidos parenterales, excreción de orina, drenes, sondas, etc.)
7. Llevar el control de líquidos (ingresos de líquidos parenterales, excreción de orina, drenes, sondas, etc.)
8. Mantener en ayuno al paciente
9. Vigilar la administración de líquidos parenterales
10. Vigilar la diuresis horaria.
11. Llevar el registro de fármacos administrados y las observaciones de sus efectos.
12. Vigilar la infusión de sangre y derivados
13. Observar posibles signos adversos de la anestesia general o raquídea
14. Vigilar signos y síntomas tempranos de hemorragia y choque
15. Observar los apósitos y drenes quirúrgicos cada media hora o cada hora según las condiciones del paciente.
16. Conservar la seguridad del paciente y promover su comodidad
17. Valorar la presencia de dolor.
18. Vigilar el vendaje de protección de la herida quirúrgica (si está bien colocado) que no presente demasiada presión o poca que no cumpla su efectividad.
19. Orientar al paciente una vez que recupere el estado de conciencia con respecto a su entorno.
20. Evitar comentarios en presencia del paciente, pretendiendo pensar que el paciente se encuentra dormido, dichos comentarios pueden ser comprometedores para el hospital o bien pueden faltar a la ética profesional
21. Preparar el alta del paciente, para ser dado de alta el paciente de la sala de recuperación post anestésica

2.6 Cuidados del anciano en estado crítico

El cuidado que se brinda a los enfermos en ciertos tratamientos, es:

es dar apoyo asistencial según lo indique en el estado del paciente, Cuidar los mecanismos reflejos de protección del paciente hasta que esté consciente y pueda adaptarse al medio

el elemento principal de la enfermera es:

es la observación

Esto ayuda a identificar las necesidades del paciente

El estado de conciencia y los cambios en su respuesta

son la medida más importante de su estado, pues se puede deteriorar rápidamente por numerosas causas

Los signos vitales

son básicos ya que si hay fluctuaciones importantes, indican cambios en la homeostasis intracraneal del paciente.

Para conservar el equilibrio hidroelectrolítico

Se hacen valoraciones seriadas de electrolitos por laboratorio cuando el paciente ha estado con líquidos intravenosos por mucho tiempo, La alimentación por sonda nasogástrica evita que el paciente caiga en desnutrición y la sonda ayuda a la descompresión del íleo paralítico que es frecuente en el estado inconsciente

Los cuidados específicos de enfermería a realizar a un paciente en estado comatoso

Colocar al paciente en decúbito lateral con la cara en declive para que la lengua no obstruya las vías aéreas

Esto facilita la canalización de secreciones y favorece el intercambio gaseoso

Introduzca una cánula por la boca si la lengua está paralizada o si obstruye las vías aéreas

una vía aérea obstruida aumenta la presión intracraneana

Introducir una sonda endotraqueal si el estado del paciente lo requiera

Utilice oxigenoterapia o ventilación artificial con respirador, cuando hay inicio de insuficiencia respiratoria inminente

cuidados a tener en cuenta:

Aspire secreciones, prepárese para traqueostomía sólo cuando el intercambio respiratorio es inadecuado, la inquietud indica manifestaciones de lesión cerebral, mantenga una iluminación adecuada para impedir alucinaciones, conserve la piel limpia, seca y libre de presiones evitando así la formación de úlceras de decúbito, cambie la posición con frecuencia, utilice un catéter con globo si el paciente es incapaz de orinar para vaciar la vejiga continuamente, proteja los ojos y lubríquelos, si se mantienen abiertos por largos periodos se produce irritación y úlceras en la córnea

Las lesiones experimentales que se dan en la formación reticular central, como las del lóbulo en el hombre

Esto puede llegar a causar:

causan la pérdida de la conciencia

mientras las lesiones de la corteza cerebral y de la sustancia blanca subcortical, con los reblandecimientos de gran tamaño.

pueden causar lesiones especialmente en el lóbulo temporal o en el frontal.

Coma

Esta palabra significa sueño profundo, es un término aplicado a los estados de conciencia

¿Qué es estar en coma?

Es el estado de disminución del nivel de conciencia de intensidad variable de afección orgánica o metabólica del sistema nervioso central.

Otra definición de la palabra coma es:

es un estado de pérdida del conocimiento, del cual el individuo no despierta por los estímulos que ponen fin a un sueño normal

Que es Somnolencia:

Es la tendencia exclusiva al sueño y estado de adormilamiento y no de sueño

¿Qué significa conciencia?

es darse cuenta de sí mismo y del ambiente.

¿Qué significa letargia?

sueño de aspecto normal pero excesivo por su profundidad y su duración, puede despertar rápidamente y caer nuevamente en su sueño

¿Qué significa vigilia?

estado de estupor con o sin delirio y estado de semiconsciente

¿Qué significa estupor?

el paciente sólo puede despertar tras estímulos vigorosos o intensos, esto puede provocar apertura de los ojos y varias respuestas voluntarias

Carus significa coma profundo

El coma irreversible

se conoce cuando su causa es suficiente para explicar la pérdida de toda la función encefálica, se excluye la posibilidad de percusión y todas las funciones encefálicas han estado ausentes por un tiempo suficiente para determinar la observación adecuada de los ensayos terapéuticos apropiados

¿Qué es el encefalograma?

es un complemento imprescindible del examen clínico.

Se pueden distinguir cinco tipos de trazos encefalográficos que son:

Fase I (de obnubilación): reactividad electroencefalográfica conservada, más rica que la de un sueño normal y en vigilia

Fase II (coma propiamente dicha): reactividad electroencefalográfica atenuada

Fase III (coma carus): trazo lento, monofórmico o polifórmico, así sin periodicidad ni reactividad en absoluto.

Fase IV (coma profundo): con fallecimiento cardiorrespiratorio agudo, siendo eléctrico reversible. Fase V (coma irreversible): silencio eléctrico irreversible.

2. 7 Cuidados paliativos del anciano

¿Para qué sirven?

mejoran la calidad de vida de los pacientes, tanto adultos como niños, que afrontan los problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal, también mejoran la calidad de vida de sus allegados

Estos cuidados intervienen en:

en la prevención y el alivio del sufrimiento mediante la detección precoz y la correcta evaluación y tratamiento del dolor y de otros problemas, ya sean de orden físico, psicosocial o espiritual

¿Cuál es el objetivo d los cuidados paliativos?

es aliviar el sufrimiento, ya sea este debido al cáncer, la insuficiencia de un órgano importante, la tuberculosis farmacorresistente, las enfermedades crónicas terminales, la gran prematuridad o la debilidad extrema debida a la edad avanzada

Estos cuidados están diseñados para ayudar a las personas que tienen una enfermedad grave.

Los principales objetivos de los cuidados paliativos son los siguientes:

- Aliviar el dolor y otros síntomas
- Mejorar el bienestar emocional, mental y espiritual
- Apoyar a los miembros de la familia de la persona que está enferma.

Los cuidados paliativos son diferentes de la atención para enfermos terminales

Ya que la atención para enfermos terminales comienza cuando el tratamiento se ha detenido y el paciente no sobrevivirá

A medida que avanza la enfermedad de una persona, es posible que presente varios síntomas. Estos pueden incluir:

- Dolor
- Pérdida del apetito
- Fatiga
- Debilidad
- Pérdida de peso
- Estreñimiento
- Dificultad para respirar
- Confusión
- Náuseas
- Vómitos
- Tos
- Picazón o dolor de garganta.

Estos síntomas se pueden controlar con tratamiento

Cada persona responde al dolor de manera diferente

El médico creará un plan de control del dolor que satisfaga las necesidades de la persona.

Los analgésicos pueden administrarse por vía oral (líquido o píldora) o en el recto (supositorio), también se pueden administrar a través de la piel con una inyección o un parche transdérmico, el médico puede recetar un **medicamento opioide** para aliviar el dolor. Por ejemplo, morfina y codeína, los opiáceos suelen causar estreñimiento.

Aspectos que se deben tener en cuenta

- Cada persona enfrenta el final de la vida a su manera.
- Es normal sentir desde incredulidad y enojo hasta aceptación.
- Es posible que tenga arrepentimientos por la forma en que vivieron o por lo que hicieron.
- Puede preocuparse por ser una carga para su familia.
- Puede estresarse sobre cómo se las arreglará su familia sin ella.

Estos sentimientos y miedos son normales, pero pueden llegar a afectar negativamente la calidad de vida de una persona si no se tratan.

Los cuidados paliativos ofrecen la oportunidad de encontrar paz mental enfrentando sentimientos y creencias sobre la vida y la muerte

Algunas personas encuentran consuelo al hablar sobre sus sentimientos

Otros pueden preferir lidiar con sus emociones por su cuenta

Dar a la persona enferma la oportunidad de influir en las decisiones.

A medida que la muerte de un ser querido se acerca, cada miembro de la familia reacciona de manera diferente.

No hay una sola forma correcta de lidiar con esta situación.

Los miembros de la familia deben tratar de aceptar las respuestas y los sentimientos de los demás.

Los cuidados paliativos pueden ayudar a los miembros de la familia a aprovechar al máximo su tiempo con su ser querido

