



Mi Universidad

MAPA CONCEPTUAL

NOMBRE DEL ALUMNO: Handy Rodríguez Moreno.

TEMA: Acciones de enfermería y factores que intervienen en el proceso salud enfermedad del adulto y atención a pacientes con patologías prevalente.

PARCIAL: I.

MATERIA: Enfermería del adulto.

NOMBRE DEL PROFESOR: Rubén Eduardo Domínguez García.

LICENCIATURA: Enfermería.

CUATRIMESTRE: 6to.

VALORACION ENFERMERA

¿Qué es?

Es un proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado de recogida e interpretación de datos sobre el estado de salud del paciente, a través de diversas fuentes.

La valoración enfermera es

- Un proceso
- Planificada
- Sistemática
- Continua
- Deliberada

Etapas

Son

Evaluación de los datos recogidos y emisión de un juicio clínico.

Regcida de datos.

Son

Primarias, incluye al paciente, la historia clínica, familiares o amigos.

Secundarias, revistas profesionales, textos de referencia.

Tipos

- Objetivos
- Subjetivos
- Históricos
- Actuales

Métodos

Mediante

Entrevista

Tipos

Formal, consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente.

Informal, es la que se realiza entre la enfermera y el paciente durante el curso de los cuidados.

TIPOS

Son

- Patrón 1: Percepción de la salud
- Patrón 2: Nutricional/metabólico.
- Patrón 3: Eliminación.
- Patrón 4: Actividad/ejercicio.
- Patrón 5: Sueño/descanso.
- Patrón 6: Cognitivo/perceptivo.
- Patrón 7: Autopercepción/autoconcepto.
- Patrón 8: Rol/relaciones.
- Patrón 9: Sexualidad/reproducción.
- Patrón 10: Adaptación/tolerancia al estrés.
- Patrón 11: Valores/creencias.

- Técnicas**
- Inspección
 - Palpación
 - Percusión
 - Auscultación

- Exploración física**
- Inicio
 - Cuerpo
 - Cierre

Partes

Valoración inicial

Es

Permite recoger datos generales sobre los problemas de salud del paciente y ver qué factores influyen sobre éstos.

Valoración mediante Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon.

Valoración continua, posterior o focalizada.

Es

Es la realizada específicamente sobre el estado de un problema real o potencial.

Objetivo

- Recoger datos.
- Realizar revisiones y actuaciones del plan.
- Obtener nuevos datos y detectar nuevos problemas de salud.

Valoración general, encaminada a conocer y detectar situaciones que necesiten la puesta en marcha de planes de cuidados.

Valoración focalizada, en la que la enfermera centrará su valoración en conocer aspectos específicos del problema o situación detectado o sugerido por la persona.

Valoración mediante Necesidades Humanas de Virginia Henderson. Un modelo enfermero es "una visión ideal acerca de lo que debería ser la enfermería".

VALORACION PACIENTE

Se divide

VALORACIÓN PRIMARIA

Valora paciente (AVDN)

Consciente

Mide

Respiración

Valora

Frecuencia.
Características.
Profundidad.
Regularidad.
Movimientos.
Esfuerzo.
Ruidos durante la inspiración y la espiración.
Coloración.

Estado circulatorio

Frecuencia y características.
Ritmo
Fuerza.
Perfusión tisular.

Estado neurológico

Valoración de consciencia mediante la escala AVDN

Mide

- Alerta.
- (V) Respuesta a estímulos verbales.
- (D) Respuesta a estímulos dolorosos.
- (N) Respuesta negativa, no hay respuesta.

Compruebe la orientación.
 Realice la escala de coma de Glasgow.
 Valore el tamaño y reactividad pupilar.
 Compruebe movilidad y sensibilidad en las extremidades.

Inconsciente

Si el paciente está inconsciente, solicite USVA, consiga un DESA y valore signos de respiración.

No respira

Determine la existencia de pulso carotideo.

Si encuentra pulso carotideo: Garantice la permeabilidad de la vía aérea. Realice ventilaciones efectivas con bolsa de resucitación conectada a reservorio y O₂ a 10-12 l/min.

Si no encuentra pulso carotideo: Informe a la central de la existencia de PCR.

Si respira

Solicitar USVA si no lo hizo con antelación.

Garantice la permeabilidad de la vía aérea.

Proporcionar O₂ a alto flujo.

Reevalúe al paciente constantemente.

VALORACIÓN SECUNDARIA

Inicie la valoración secundaria, sólo en aquellos casos en que las funciones vitales del paciente lo permitan.

Se considera

Reevaluar de forma continua.

Si detecta compromiso de las funciones vitales, suspenda la valoración secundaria, solicite USVA.

Si su estado lo permite, interróguele con el objetivo de identificar el motivo de demanda de asistencia, así como los signos y síntomas acompañantes.

Explore al paciente desde la cabeza a los pies incluida la espalda.

Características de la elaboración del informe.

¿Qué es?

Es un registro escrito elaborado por el personal de enfermería acerca de las observaciones del paciente, se registra en forma objetiva, clara, concreta, comprensible y sistemática los hallazgos.

SUBJETIVOS

OBJETIVOS

Son

Importancia

Valorar la evolución de la enfermedad del paciente.

Sirve de información al equipo de salud como documento científico y legal.

Se puede identificar las necesidades del paciente.

Componentes

Fecha y Hora

Sexo, edad, procedencia

Contenido

Firma

Informes de enfermería

Registra

Valoración del paciente por el distinto personal de enfermería, por ej. Palidez, presencia de orina oscura o turbia.

Intervenciones de enfermería independientes, como cuidados especiales de la piel o educación del paciente ejecutadas por iniciativa de la enfermera.

Intervención de enfermería dependiente, como medicamentos o tratamientos prescritos por el médico.

Evaluación de la eficacia de cada intervención de enfermería.

Mediciones realizadas por el médico.

Visitas de los miembros del equipo de salud como: nutricionista, fisioterapeuta, etc.

Información esencial

Cambio de conducta

Cambio en el funcionamiento físico

Cualquier signo o síntoma físico.

Cualquier intervención de enfermería proporcionada.

Principales factores de riesgos y sus efectos en la salud del adulto.

Factor de riesgo.

¿Qué es?

Es una característica, condición o comportamiento que aumenta la probabilidad de contraer una enfermedad o sufrir una lesión.

Se dividen.

De conducta

Son.

- El tabaquismo;
- Un consumo excesivo de alcohol;
- Las elecciones nutricionales;
- La inactividad física.
- Pasar mucho tiempo al sol sin la protección adecuada.
- No haberse vacunado contra determinadas enfermedades.
- Mantener relaciones sexuales sin protección.

Fisiológicos

Son.

- El sobrepeso u obesidad.
- Una presión arterial elevada.
- El colesterol alto y un alto nivel de azúcar en sangre (glucosa).
- Factores de riesgo de tipo demográfico.
- La edad.
- El género.
- los subgrupos de población como el trabajo que se desempeña, la Religión o el sueldo.

Demográficos

Tabla

- 1 -Presión arterial elevada 12, 8.
- 2- Tabaquismo 8, 8.
- 3 -Nivel alto de glucosa en la sangre 5, 5.
- 4- Inactividad física 5, 8.
- 5 -Sobrepeso u obesidad 4, 8.
- 6- Colesterol alto 4, 5.
- 7 -Ingesta de alcohol 3.
- 8- Peso insuficiente en la infancia.

Medioambientales

Son.

- El acceso a agua limpia e instalaciones sanitarias.
- Los riesgos laborales;.
- La polución del aire.
- El entorno social.

Genéticos

Son.

Algunas enfermedades como la fibrosis quística y la distrofia muscular se originan totalmente en función de la "composición genética" del individuo.

Características

En adultos mayores se observa

- Mayor vulnerabilidad a la presencia de enfermedad y muerte
- Mayor incidencia de enfermedades crónicas y degenerativas (enfermedad de Alzheimer enfermedad de Parkinson, artrosis entre otras).
- Manifestaciones clínicas diferentes frente a las enfermedades (menos sensibilidad al dolor agudo, confusión ausencia de fiebre a las infecciones) }
- Mayor tiempo para la recuperación d la normalidad después de un proceso agudo.
- Alteración en la sensibilidad de receptores tisulares

Alimentación

Los cambios del aparato digestivo pueden llevar a mal nutrición deshidratación estreñimiento disminución de la absorción de hierro calcio vitamina B12 y ácido fólico.

Se ven condicionados por

- Reducción de los requerimientos fisiológicos como consecuencia de una disminución del metabolismo basal de carácter involutivo.
- Mayor incidencia de enfermedades o incapacidades que condicionan el gasto de energía.
- Factores psicológicos.
- Los hábitos alimenticios.
- La soledad depresión ansiedad etc. determinan deterioro de la calidad de tipo de alimentación.

Actividad física

Los adultos mayores pueden desarrollar la mayoría de las actividades que realizaban cuando eran más jóvenes pero a menor velocidad. La calidad de las respuestas de los adultos mayores se ve afectada por el factor tiempo y por alteraciones a nivel del centro del equilibrio.

Actividad física

El sueño con la edad sufre modificaciones en relación al sueño nocturno en las personas de la tercera edad este parece fragmentarse disminuye la duración total de este y la cantidad de sueño profundo.

ALTERACION DEL SISTEMA ENDOCRINO

ALTERACIONES

Tipos

Alteración de la glándula endocrina.

Alteración de la célula efectora.

Alteración de los mecanismos de regulación

Tipo

Hiposecreción:
por factores inhibidores como la agenesia.

Hipersecreción:
por factores estimuladores como hipertrofia o hiperplasia.

VALORACION

Mediante

Datos objetivos

Constantes vitales

Peso y curva ponderal.

Balance hídrico.

Mediciones

Perímetro

Distribución de grasas

Proporciones corporales

PRUEBAS DIAGNOSTICAS

Son

Analítica de sangre y orina.

Niveles plasmáticos de hormonas.

Pruebas dinámicas que evalúan la capacidad de una glándula para responder cuando se la estimula o inhibe.

Pruebas radiológicas.

CUIDADOS DE ENFERMERIA

Son

- Aumentar la ingestión de calorías y proteínas (por su estado hipercatabólico), y recibir la ansiedad.
- Dar el tratamiento farmacológico: levotiroxina (T4) por vía oral únicamente.
- Se deberá iniciar el tx farmacológico en dosis bajas (para evitar los síntomas de hipertiroidismos), aumentando cada 2^º 3 semanas.
- Desaparecer el edema.
- Mejor el apetito.
- Evitar el estreñimiento y fomentar su independencia y autocuidado

PROBLEMAS NEUROLOGICOS

Los problemas neurológicos comprenden una amplia variedad de trastornos.

Los cuales son

HIPERTENSIÓN INTRACRANEANA

Es

Trastorno presentado por la elevación de la presión intracraneal cuando el volumen que se suma a dicha cavidad excede la capacidad compensatoria, provocando alteraciones cerebrovasculares con obstrucción del flujo sanguíneo y aumento de la presión intracraneal (PIC).

HEMATOMAS INTRACRANEALES

Es

Es la acumulación de sangre en alguno de los espacios intracraneales.

Se clasifica

Hematoma subdural: causado por hemorragia venosa por debajo de la duramadre, puede ser agudo, subagudo o crónico.

Hematoma epidural, por lo general causado por hemorragia arterial, que se acumula por encima de la duramadre.

Hematoma intracerebral: que consiste en hemorragia en el parénquima encefálico.

ENFERMEDAD VASCULAR

Se produce por la interrupción del flujo sanguíneo cerebral de manera local o difusa con lesión cerebral por isquemia o hipoxia.

Tipo oclusivo

Como

Trombosis por aterosclerosis de pequeños o grandes vasos.

Embolia por el desprendimiento de placas calcificadas de vasos extracraneales, válvulas cardiacas, grasa aire o fragmentos de tumores.

Hemorragia por sangrado dentro del parénquima cerebral provocando irritación y ejerciendo presión sobre el tejido y los nervios cerebrales.

LESIÓN AGUDA DE LA MÉDULA

Las lesiones de la médula espinal que se presentan de manera aguda suelen ocurrir por contusión o sección de dicha estructura, por dislocación ósea, fragmentos de fracturas, rotura de ligamentos, vasos o discos intervertebrales, interrupción del riego sanguíneo o estiramiento excesivo del tejido nervioso de la propia médula espinal.

ANEURISMAS INTRACRANEALES

Se generan por la dilatación de una arteria cerebral que ha disminuido su capa media y laminar elástica interna de la pared.

Se realiza

- Valoración de Enfermería.
- Historia clínica de enfermería.
- Historia de salud del paciente.
- Debe comprender la historia del padecimiento actual y los antecedentes significativos de los sistemas.

Alteraciones oculares

Algunos problemas oculares son menores y efímeros. Pero otros, pueden causar pérdida de la visión permanente.

PROBLEMAS OCULARES

Son

- Errores de refracción
- Cataratas.
- Trastornos del nervio óptico, incluyendo glaucoma.
- Enfermedades de la retina.
- Degeneración macular.
- Problemas de los ojos asociados con la diabetes.
- Conjuntivitis: Infección de la conjuntiva.

CUIDADOS DE ENFERMERIA

Realizar

Higiene diaria de los párpados y del fondo de saco conjuntival con suero fisiológico.

Administración de colirios y pomadas según pauta médica.

Si lleva lente terapéutica, se deberá llevar las 24 horas al día.

Evitar frotarse los ojos.

Oclusión ocular durante 48 horas.

CONJUNTIVITIS

Es

La conjuntivitis es la inflamación del tejido conjuntival, pudiendo tener su origen en causas infecciosas y no infecciosas, como de tipo alérgico.

Recomendaciones

Es muy importante lavarse muy bien las manos.

Evitar tocarse o frotarse los ojos.

Evitar maquillarse mientras dure la conjuntivitis.

El lavado ocular con suero fisiológico se hará a chorro en el interior del ojo.

El suero es preferible que se compre en botellitas pequeñas desechables.

No se debe utilizar la misma botellita para el ojo sano.

Los colirios pautados por el médico u oftalmólogo serán administrados según la pauta indicada.

Precaución de que el paciente utilice una toalla para su uso individual.

Si es portador de lentes de contacto desechables, deberán desecharse en el momento en el que se confirme la conjuntivitis.

Cuidados de enfermería a paciente oncológico

La enfermería especializada en cuidados de pacientes oncológicos es la herramienta de intervención de enfermería frente a pacientes con un tipo de crecimiento tisular maligno producido por la proliferación contigua de células anormales con capacidad de invasión y destrucción de otros tejidos y órganos.

Tratamiento antitumorales

Son

Radioterapia: es el uso médico de radiaciones ionizantes para destruir células malignas. Se aplica sobre un área afectada por el cáncer, ya sea que este sea visible en el momento del tratamiento o haya sido extirpado con cirugía o reducido con tratamiento sistémico.

Quimioterapia: Se denomina así al tratamiento constituido por uno o más agentes citotóxicos con efecto antineoplásico.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA

Son

Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización.

Administración de analgésicos.

Compruebe el historial de alergias a medicamentos.

Controle los signos vitales antes y después de la administración de los analgésicos.

Administre el analgésico prescrito.

Sedación consciente.

Potenciación de la seguridad.

Identifique los cambios en el nivel de la ansiedad.

Manejo de líquidos / electrolitos.

Monitorización de líquidos.

Monitorización nutricional.

Manejo de la nutrición.

Manejo de las náuseas.

Manejo de la hipoglucemia.

Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de pacientes. Conserve las precauciones universales..

Manejo de la anafilaxia.

Prevención de las úlceras por presión.

Protección contra las infecciones.

Manejo del estreñimiento.

Apoyo emocional: Ayude al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza.

Cuidados de enfermería al paciente en situaciones especiales.

Como

PACIENTES CON DIABETES

Recomendaciones

- Bajar de peso (imc y perímetro abdominal).
- Controlar los niveles de azúcar en sangre.
- Controlar los valores de tensión arterial (ta).
- Controlar los niveles de colesterol y triglicéridos.
- Evitar complicaciones cardiovasculares.
- Integrar y promover la participación de la familia en la nutrición.
- Disminuir la frecuencia cardíaca y la presión arterial.
- Ampliar el entorno social.
- Disminuir la concentración de triglicéridos y colesterol.
- Favorecer la tolerancia a la glucosa y mejorar el funcionamiento de la insulina.
- Bajar de peso.
- Aumentar la fuerza de voluntad.
- Disminuir el estrés.
- Aumentar la autoestima.
- Escuchar al paciente, a su cuidador y a su familia.

OSTOMÍAS

Son

Las ostomías son definidas como el orificio o abertura practicada a un órgano hueco para comunicarlo con el exterior.

Recomendaciones

- Cuidado de la ostomía.
- Vigilancia de la piel.
- Protección contra las infecciones.
- Cuidados de las heridas.

LEUCEMIA

Son

Se define como la proliferación neoplásica de células hematopoyéticas en una estirpe celular con posterior proliferación y expansión.

Recomendaciones

- Límite de visitante.
- Aislamiento protector.
- Control de higiene.
- Reposo.
- Cambios de posición.
- Control de líquidos.
- Favorecer el uso de gorras.

EPILEPSIA

Recomendaciones

- Manejar la crisis convulsiva para prevenir complicaciones o secuelas en el paciente.
- Evitar que la paciente se lesione.
- Protección de caídas y golpes.

Intoxicaciones y envenenamientos

VIAS DE PENETRACION

Son

VÍA ORAL.

Una de las formas más frecuentes de producirse intoxicaciones es cuando los trabajadores no se lavan las manos para comer, beber, fumar después de haber utilizado productos químicos, o por ingesta accidental.

VÍA RESPIRATORIA.

Mecanismo de producción: cuando los tóxicos en forma de gas, vapor, polvo o humo llegan a los bronquiolos y alvéolos que están más irrigados, pero para que lleguen a estas zonas las moléculas tóxicas deben ser muy pequeñas, en caso de que sean grandes se quedarán en la garganta y nariz.

CONTACTO CUTANEO.

Mecanismo de producción: la piel tiene función protectora pero al presentar alguna herida disminuye la barrera contra la entrada de sustancias tóxicas

EFFECTOS TOXICOS

Es

El efecto que se va a producir tras la exposición con una sustancia tóxica va a depender de la duración del contacto, de la toxicidad, cantidad de la sustancia que penetre en el organismo y de cómo penetre el tóxico.

Pueden ser

Locales

Sólo se producen en la parte del cuerpo que ha sido expuesta, generalmente son la piel, la vía respiratoria, los ojos y la vía digestiva.

Piel. Las sustancias que afectan a la piel se pueden clasificar en irritantes o cáusticas Cuando una sustancia química irritante entra en contacto con la piel

Ojos. Cuando se produzca un accidente en el que una sustancia química entre en contacto con el ojo producirá escozor, dolor intenso, lagrimeo e incluso puede producir ceguera.

Vía digestiva. Si el tóxico entra en contacto producirá lesiones en boca, garganta e intestinos. Los síntomas son vómitos, dolor abdominal y diarrea.

INTOXICACIÓN POR GASES.

Como

Monóxido de carbono.

Es

El monóxido de carbono es un gas que se produce tras la combustión de petróleo, carbón, madera, gases de escape de automóviles, gas, querosén, incendios, explosiones.... este gas es muy peligroso porque es inodoro (no huele), no nos damos cuenta hasta que se presenta la sintomatología de intoxicación

Sintomatología

Cefalalgias.
Disnea.
Mareos.
Confusión mental.
Vómitos.

INTOXICACIONES

En

NIÑOS

Características

- No voluntarias.
- Habitualmente en el hogar.
- De consulta cuasi.
- Inmediata.
- Los niños suelen estar asintomáticos.
- El tóxico es conocido.
- El pronóstico en general es favorable.

BIBLIOGRAFIA

- Eckman M; Enfermería geriátrica. Manual Moderno. 2012
- Mickey S; Enfermería geriátrica. MC GRAW HILL. 2009
- Grif, A.J., Cuidados intensivos de enfermería en el adulto. MC GRAW HILL. 2006
- http://www.ome.es/media/docs/GI-Doc.%20Valoraci%C3%B3n_enfermera.pdf