



Nombre de alumno: Laura Anilu García Morales

Nombre del profesor: Mahonrry de Jesús Ruiz Guillen

Nombre del trabajo: Mapas Conceptuales de la 1 Unidad

Materia: ENFERMERIA CLINICA I

Grado: 4°

Grupo: "A" Lic. En Enfermería

PASIÓN POR EDUCAR

Comitán de Domínguez Chiapas a 16 de Septiembre de 2021.

GENERALIDADES DE ENFERMERIA

MEDICO-QUIRURGICA

VALORACIÓN FÍSICA DEL PACIENTE

INTRODUCCIÓN A LA ENFERMERÍA MÉDICO-QUIRÚRGICA

¿Qué aporta?

La enfermería médico-quirúrgica aporta los conocimientos para cuidar personas que padecen diferentes enfermedades.

Objetivo

Conseguir lo antes posible el equilibrio con el medio. Las personas se encuentran en equilibrio con la homeostasis interna (nuestras funciones biológicas) y el medio ambiente. Si el equilibrio se rompe aparece la enfermedad.

De la enfermedad es importante saber:

- Etiología o patogenia (causas)
- Signos y síntomas (clínica de la enfermedad)
- Diagnóstico médico (tratamiento médico y quirúrgico)
- Fase de resolución

Para aplicar curas correctas se deben tener conocimientos sobre:

- Anatomía, fisiología, fisiopatología
- Farmacología, dietética

¿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.

Valoración Enfermera es:

- Un "proceso". Constituye la primera fase del proceso enfermero.
- "Planificada". Está pensada, no es improvisada.
- "Sistemática". Requiere un método para su realización.
- "Continua". Comienza cuando la persona entra en contacto con el sistema de cuidados enfermeros y continúa durante todo el tiempo que necesita de ellos.
- "Deliberada". Precisa de una actitud reflexiva, consciente y con un objetivo por parte de la persona que la realiza.

Tipos

Desde el punto de vista funcional:

- **Valoración inicial:** es la base del plan de cuidados. Se realiza en la primera consulta (primer contacto con la persona).
- **Valoración continua, posterior o focalizada:** Se realiza de forma progresiva durante toda la atención. Es la realizada específicamente sobre el estado de un problema real o potencial.

Según el objetivo al que vaya dirigido:

- **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.

Examen Físico

¿Qué es?

Es la exploración que se practica a toda persona a fin de reconocer las alteraciones o signos producidos por la enfermedad, valiéndose de los sentidos y de pequeños aparatos o instrumentos llevados consigo mismo, tales como: termómetro clínico, estetoscopio, entre otros.

Los 4 métodos de la exploración clínica:

- La inspección
- La palpación
- La percusión
- La auscultación
- Complementados por la termometría clínica, la esfigmomanometría, y si es posible la exploración de la sensibilidad y los reflejos.

Precauciones:

1. Crear todas las condiciones previamente
2. Tener en cuenta el estado del paciente
3. Garantizar la privacidad del paciente
4. Respetar el pudor del paciente
5. Mantener al paciente lo más ligero posible de ropas
6. Garantizar la adecuada iluminación
7. Evitar las corrientes de aire
8. Realizarlo preferentemente alejado de las comidas
9. Seguir el orden céfalo - caudal

GENERALIDADES DE ENFERMERIA

MEDICO-QUIRURGICA

INFLAMACIÓN. RESPUESTA LOCAL Y GENERAL. CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

INFECCIÓN. INFECCIÓN NOSOCOMIAL. CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON INFECCIÓN.

¿Qué es?

La inflamación es un proceso tisular constituido por una serie de fenómenos moleculares, celulares y vasculares de finalidad defensiva frente a agresiones físicas, químicas o biológicas.

Aspectos básicos que se destacan:

- 1º lugar, la focalización de la respuesta, que tiende a circunscribir la zona de lucha contra el agente agresor.
- 2º En segundo lugar, la respuesta inflamatoria es inmediata, de urgencia y por tanto, preponderantemente inespecífica, aunque puede favorecer el desarrollo posterior de una respuesta específica.
- 3º En tercer lugar, el foco inflamatorio atrae a las células inmunes de los tejidos cercanos. Las alteraciones vasculares van a permitir, además, la llegada desde la sangre de moléculas inmunes.

Definición

Una infección se define como el proceso en el que un microorganismo patógeno invade a otro llamado hospedador y se multiplica pudiendo provocar daño (produciendo enfermedad) o no provocarlo.

Las defensas del cuerpo contra las infecciones

Órganos que forman parte del sistema inmunitario:

- Piel y membranas mucosas
- Timo
- Bazo
- Ganglios linfáticos
- Médula ósea
- Células del sistema inmunitario que combaten las infecciones: En particular, los leucocitos (glóbulos blancos). Hay cinco tipos de leucocitos: linfocitos (linfocitos B y T), macrófagos, basófilos, eosinófilos y neutrófilos. Cuando el número de leucocitos es bajo, el riesgo de infección es mayor.

Los cuatro signos de Celso:

- **El calor y rubor:** se deben a las alteraciones vasculares que determinan una acumulación sanguínea en el foco.
- **El tumor:** se produce por el edema y acúmulo de células inmunes.
- **El dolor:** es producido por la actuación de determinados mediadores sobre las terminaciones nerviosas del dolor.

Fases de la inflamación:

- 1- Liberación de mediadores
- 2- Efecto de los mediadores
- 3- Llegada de moléculas y células inmunes al foco inflamatorio
- 4- Regulación del proceso inflamatorio
- 5- Reparación

INFECCIÓN NOSOCOMIAL

Una infección contraída en el hospital por un paciente internado por una razón distinta de esa infección. Una infección que se presenta en un paciente internado en un hospital o en otro establecimiento de atención de salud en quien la infección no se había manifestado ni estaba en período de incubación en el momento del internado. Comprende las infecciones contraídas en el hospital, pero manifiestas después del alta hospitalaria y también las infecciones ocupacionales del personal del establecimiento.

Se caracteriza por dos o más de los siguientes signos:

- Temperatura > 38 °C o 90 lat/min.
- Frecuencia respiratoria > 20 resp/min.

Situación pro inflamatoria sistémica (SRIS)

Definición

La definición actual de SRIS lo valora como una forma maligna de inflamación intravascular o, lo que es lo mismo, como una respuesta rápida y ampliada, controlada humoral y celularmente y desencadenada por la activación conjunta de fagocitos, macrófagos y células endoteliales.

Se caracteriza

Por una excesiva activación de la cascada inmunoinflamatoria y puede conducir a una reducción generalizada del aporte de oxígeno, con depleción del trifosfato de adenosina (ATP), lesión celular y muerte.

Frecuencia de infección

Ocurren en todo el mundo y afectan a los países desarrollados y a los carentes de recursos. Las infecciones contraídas en los establecimientos de atención de salud están entre las principales causas de defunción y de aumento de la morbilidad en pacientes hospitalizados.

Efecto

Agravan la discapacidad funcional y la tensión emocional del paciente y, en algunos casos, pueden ocasionar trastornos discapacitantes que reducen la calidad de la vida. Son una de las principales causas de defunción. Los costos económicos son enormes.

Factores influyentes en la manifestación de las infecciones nosocomiales

- El agente microbiano
- Vulnerabilidad de los pacientes
- Factores ambientales
- Resistencia bacteriana

Sitios de infección nosocomiales

- Infecciones urinarias con un 80%
- Infecciones del sitio de una intervención quirúrgica varía de 0,5 a 15% según el tipo de operación y el estado subyacente del paciente.
- Neumonía nosocomial de 3% por día
- Bacteriemia nosocomial: (aproximadamente 5%)
- Otras infecciones nosocomiales: • Las infecciones de la piel y los tejidos blandos • La gastroenteritis • La sinusitis y otras infecciones entéricas, las infecciones de los ojos y de la conjuntiva. • La endometritis y otras infecciones de los órganos genitales después del parto.

GENERALIDADES DE ENFERMERIA

MEDICO-QUIRURGICA

Aislamiento

Tipos

- **Aislamiento estricto:** Se aplica cuando se prevea la presencia de aerosoles en el aire con alto rango de difusión y que quedan en suspensión.
- **Aislamiento respiratorio:** Se aplica cuando se prevé la presencia de gotas de origen respiratorio con bajo rango de difusión (hasta 1 metro).
- **Aislamiento de contacto:** Se utiliza cuando existe la sospecha de una enfermedad transmisible por contacto directo con el paciente o con elementos de su ambiente. se dividen en dos categorías: • Contacto con heridas y lesiones cutáneas. • Contacto con secreciones orales.
- **Aislamiento protector o inverso:** Se aplica en pacientes severamente neutropénicos, con el fin de protegerlos de adquirir infecciones.
- **Aislamiento entérico:** Se aplica para prevenir la transmisión de enfermedades por contacto directo o indirecto con heces infectadas y, en algunos casos, por objetos contaminados.
- **Aislamiento parenteral:** Destinado a prevenir la diseminación de enfermedades transmisibles por la sangre o líquidos orgánicos u objetos contaminados con los mismos. Por ejemplo: Hepatitis vírica B y C, Sida, Sífilis, Paludismo.
- **Aislamiento domiciliario:** Podrá llevarse a cabo siempre que se disponga de una habitación que reúna condiciones higiénicas suficientes.

Medidas de aislamiento

Precauciones estándar, normal o universal

Deben tenerse en el cuidado de todos los pacientes, independientemente de su diagnóstico o circunstancias, y deben ser acatadas por todo el personal. Persiguen prevenir la exposición del personal sanitario a los riesgos biológicos y disminuir la transmisión de patógenos. Son básicas para prevenir las infecciones nosocomiales.

¿Cuáles son?

- Higiene de manos: Se la reconoce casi unánimemente como la medida más importante.
- Uso de guantes, “el uso de guantes no sustituye en ningún caso al lavado de manos”, y por tanto la higiene de manos debe ir intrínsecamente unida al uso de guantes.
- Uso de mascarillas, Protección respiratoria y protección ocular
- Uso de batas y otros elementos de protección
- Equipo de cuidados para el paciente

ULCERAS POR PRESIÓN

¿Qué es?

La úlcera por presión (UPP) es una lesión de origen isquémico, localizada en la piel y tejidos subyacentes con pérdida de sustancia cutánea producida por presión prolongada o fricción entre dos planos duros. Son un problema grave y frecuente en personas de edad avanzada, representan una de las principales complicaciones de las situaciones de inmovilidad y su manejo adecuado constituye un indicador de calidad asistencial.

Epidemiología

La incidencia de UPP en la comunidad se cifra en 1,7% anual en edades comprendidas entre los 55-69 años y 3,3% entre 70-75 años. En las residencias asistidas oscila en torno al 9,5% en el primer mes de estancia, y hasta el 20,4% a los dos años. Los pacientes con UPP tienen una mortalidad hospitalaria del 23-27%, y el riesgo de muerte aumenta de 2 a 5 veces en las residencias asistidas. Por tanto, el mejor cuidado de las UPP es su prevención, estimándose que al menos el 95% de las mismas son evitables.

Fisiopatología

Las UPP se producen como consecuencia del aplastamiento tisular entre una prominencia ósea y la superficie externa durante un período prolongado. En la formación de la UPP parece tener más importancia la continuidad en la presión que la intensidad de la misma, ya que la piel puede soportar presiones elevadas, pero sólo durante cortos períodos de tiempo, por lo que se puede afirmar que la presión y el tiempo son inversamente proporcionales.

Principales factores que contribuyen al desarrollo

- Presión, Fricción Y De pinzamiento vascular: Combina los efectos de presión y fricción

Factores de riesgo

- a) Fisiopatológicos b) Derivados del tratamiento
- c) Situacionales d) Del entorno

Localización

Dependiendo de la posición que adopte el paciente:

- Decúbito supino: occipital, omóplato, codos, sacro, talones, isquion, talones sacro codos omóplato cabeza
- Decúbito lateral: Trocánter, orejas, costillas, cóndilos, maléolos, pies cóndilos trocánter costillas acromion orejas
- Decúbito prono: dedos pies, rodillas, órganos genitales masculinos, mamas acromion, mejillas y orejas. Dedos pies, rodillas, genitales, mujeres mamas, hombres mejillas.

Cuidados y control de úlceras

Prevención Constituye la medida más importante:

- Cambios de posición cada 2 horas como mínimo de decúbito supino a decúbito lateral 30°.
- Buen estado nutricional
- Higiene de la piel: útil mantenerlo lubricado.
- Uso de dispositivos anti compresión. Colchón “anti escaras” disminuye en un 50% aparición de úlceras.
- En los casos ya se ha formado una lesión ulcerada por presión, es imprescindible evaluar periódicamente: -Número, tamaño, estadio y localización. - Cambios en cuanto a olor, aparición de eritema perilesional, purulencia.