



UNIVERSIDAD DEL SURESTE



Enfermería clínica I

Unidad I Generalidades de
enfermería medico quirúrgico

Alumna: Rubi Abigail Diaz
Mendez

Cuarto cuatrimestre

Grupo "B"

UNIDAD I GENERALIDADES DE ENFERMERIA DE MEDICO-QUIRURGICO

Valoración física del paciente

Esta rama se enfoca en la identificación de salud que requieren una solución, tratamiento y cuidados generales y específicos de enfermería como la valoración clínica se basa en el proceso planificado, sistemático y continuo que los profesionales de salud realizan mediante el pensamiento crítico para obtener y organizar la información necesaria al decir el cuidado que se va proporcionar de igual forma se tiene la recolección de datos del paciente como percibe o describe su enfermedad y los signos que están al alcance del médico.

Es proceso de recolección de datos por medio de la exploración física, es proceso planificado, sistemático, continuo y liberado, esta valoración se realiza como primer contacto con el paciente para conocer sus condiciones y las características y así poder realizar una historia clínica, los tipos de datos pueden ser objetivos que son los signos detectados por el observador se puede medir comparar con parámetros en la cual se pueden ver, oírse, sentirse u olerse. Los datos subjetivos son síntomas, solo evidente en la persona afectada.

Tipos de valoración

Valoración inicial: esta cubre todas las perspectivas de valoración enfermera, es la primera valoración que se realiza al paciente

Valoración focalizada o continua: se centra en situaciones clínicas o problemas de salud concretos.

Valoración urgente: se valora la situación urgencia.

Nueva valoración: se realiza de forma progresiva durante toda la valoración.

Técnicas de exploración física

Palpación: se proporciona datos a través del tacto

Percusión: consiste en realizar golpes con los dedos, manos, los puños cerrado en la zona afectada, con el objetivo de localizar dolor, evaluar reflejos o producir fenómenos acústicos.

Inspección: proporciona datos a través de la observación.

Auscultación: proporcionan datos por medio del oído a través de instrumentos que amplifican el sonido de algunas partes del cuerpo.

Conclusión

Tener en cuenta para la valoración se necesita preparación para la exploración que se pasa a la preparación adecuada del entorno, del material, y del paciente aseguran una exploración correcta, de igual manera se necesita de una preparación del entorno como; requiere de luz, intimidad, crear el clima para la entrevista. Tener a la mano el equipo necesario, preparación del paciente en la comodidad, posición adecuada, otro aspecto importante la enfermera toma notas mentales de la conducta, aspecto del paciente.

Aislamiento: tipos, problemas que presentan los pacientes sometidos a aislamiento, intervenciones de enfermería

El propósito del aislamiento es mantener el organismo en un solo sitio y prevenir la transmisión de microorganismos y evitar contagios a otros pacientes o por precauciones de pacientes que tienen defensas bajas por un tiempo prolongado y evitar que se agrave su estado debido a gérmenes oportunistas.

Aislamiento estricto

Se aplica cuando se prevea la presencia de aerosoles en el área con el alto rango de difusión y que quedan en suspensión, se consulta también por enfermedades

En las precauciones incluyen:

- ✚ Habitación individual
- ✚ Conocimiento por todo el grupo de salud mediante la señalización adecuada (constancia en la historia clínica)
- ✚ Se debe instruir al paciente, familia y visitantes sobre precauciones que apliquemos en el paciente,
- ✚ Se limitará al máximo las visitas
- ✚ Seguir los procedimientos, si el enfermo tiene que desplazarse a otra área del hospital, se le colocará una mascarilla quirúrgica y se informará de las normas (bata, guantes, lavado de manos, tapabocas).

Aislamiento respiratorio

Se aplica cuando se prevé la presencia de gotas de origen respiratorio con bajo rango de difusión (hasta 1 metro) como la meningitis meningocócica o por H. influenza, varicela, rubeola, sarampión, tosferina, tuberculosis pulmonar.

Precaución estándar

- ✚ Habitación individual, puertas cerradas, si no es posible, establecer un metro de distancia con otro paciente.
- ✚ Lavado de manos, mascarillas obligatorio para cualquier persona que se acerque a menos de un metro del paciente

- ✚ Gafas o lentes: en procedimiento de aspiración, laringoscopia, intubación, SNG, aseo cavidades etc.
- ✚ Mascarilla para el paciente al salir de la sala.
- ✚ Limitar la salida del paciente al mínimo,
- ✚ Se usarán pañuelos desechables.

Aislamiento de contacto

Es aplicable a las enfermedades infecciosas que se propagan por contacto directo en la cual se divide en dos categorías: contacto con heridas, lesiones cutáneas y contacto con secreciones orales.

Precaución

- ✚ Habitación individual, lavado de manos obligatorio debe de ser realizado con jabón antiséptico en las unidades críticas, intermedias o de inmunosuprimidos.
- ✚ Guantes, lentes, delantera o pechera.
- ✚ Todas las personas que entren en contacto directo con el enfermo vestirán bata, mascarillas y guantes según el tipo de lesión.
- ✚ Antes de salir de la habitación se depositarán las prendas contaminadas en un contenedor preparado al efecto.
- ✚ Los pacientes con grandes quemaduras o heridas infectadas con estafilococos aureus o estreptococos del grupo A que no este cubiertas o tapadas, requieren aislamiento estricto.

Aislamiento protector o inverso

Se aplica en pacientes severamente neutropénicos, con el fin de protegerlos de adquirir infecciones.

Especificaciones

- ✚ Paciente con trasplante de medula ósea, hospitalizar en U.H.O.
- ✚ Pacientes neutropénicos con menos de 1000 neutrofilos, no compartir habitación habitación con pacientes con infección respiratoria.
- ✚ Lavado de manos obligatorio, mascarillas, guantes para cualquier procedimiento, lentes.

Aislamiento parenteral

Destinado a prevenir la disminución de enfermedad transmisible por la sangre o líquidos orgánicos u objetos contaminados con los mismos, por ejemplo la hepatitis B y C, sida, sífilis, paludismo.

Características

Lavado de manos, precauciones especiales con agujas y otros materiales punzantes que pueden contaminar al personal sanitario, habitación individual, tomar precauciones especiales al utilizar instrumentos, el uso obligatorio de batas, mascarilla.

Conclusión

Toda medida de aislamiento tiene como finalidad del cuidado de todos los pacientes dependiendo de la patología debe ser acatadas a todo el personal de salud, ya que esta medida ayuda a cortar la transmisión de infecciones nosocomiales, a fin de disminuir el riesgo de transmisión y prevenir el contagio entre los pacientes y el personal.

Úlcera por presión, concepto, mecanismo de producción, factores de riesgo, localización, clasificación, cuidados de enfermería en la prevención y/o control de úlcera por presión.

En la hospitalización casi el 3-11% de los pacientes sufren de úlceras por presión (upp) causada por aplastamiento tisular, las personas con mayor riesgo son las que tienen alguna afección que limita su capacidad de cambiar de posición.

La úlcera por presión es una lesión de origen isquémico, localizada en la piel y tejido subyacentes con pérdida de sustancia cutánea producida por presión prolongada o fricción entre dos planos, son problemas grave y frecuente en personas de edad avanzada, representa una de las principales complicaciones de las situaciones de inmovilidad y su manejo adecuado.

Mecanismo de producción.

Fisiopatología: La upp se produce como consecuencia del aplastamiento tisular entre una prominencia ósea y la superficie externa durante un periodo prolongado. La presión capilar máxima se cifra en torno a los 20mm hg, la presión tisular media entre los 16-33mm Hg, presiones superiores ejercidas sobre un área concreta durante tiempo prolongado desencadena un proceso isquémico que, si no se revierte a tiempo, origina muerte celular y necrosis. Los principales factores que contribuyen a la formación a la upp: presión, es la fuerza ejercida por unidad de su superficie perpendicular a la piel. Fricción: es la fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel, produciendo roces por movimiento o arrastres. De pinzamiento vascular: combina los efectos de presión fricción.

Factores de riesgo.

Fisiopatología

- Lesiones cutáneas: envejecimiento y patológicos.

- Trastorno del transporte de oxígeno: insipiente vascular periférica.
- Déficit nutricional: delgadez, obesidad, anemias, hipoproteinemias.
- Trastorno inmunológico: cáncer, infección.
- Alteraciones del estado de conciencia: fármaco, confusión, coma.
- Déficit motor: ACV (accidente cerebrovascular), fracturas.
- Déficit sensorial: pérdida de la sensibilidad térmica y dolor.
- Alteración de la eliminación: urinaria y fecal.

Derivados de tratamiento

- Inmovilidad impuesta por tratamiento.
- Tratamiento inmunosupresor: radioterapia, quimioterapia.
- Sondaje con fines diagnóstico.

Situacionales

- Falta de higiene
- Arrugas en la ropa
- Objetivo de roce
- Inmovilidad por dolor, fatiga

Del entorno

- Falta o mala utilización del material de prevención.
- Desmotivación profesional por falta de formación.
- Falta de criterios unificados en la planificación de las curas.
- Falta de educación sanitaria de cuidadores y pacientes.
- Deterioro de la propia imagen de la enfermedad.

Localización

Dependiendo de la posición que adopte el paciente, verán las zonas de riesgo.

Decúbito supino: occipital, omoplato, codos, sacros, talones, isquion.

Decúbito lateral: troncarde, orejas, costillas, codillos, maléolos, pies, costillas acromion oreja.

Decúbito prono: dedo pies, rodilla, órganos genitales, mujeres mamas, hombre mejilla.

Cuidados y control de úlceras.

Cambios de posición cada 2 horas, como mínimo de cubito supino a decúbito lateral 30°. Tener un buen estado nutricional es fundamental en la curación y cicatrización de las heridas, higiene de la piel: es importante mantenerla lubricado. Usos de dispositivos anti comprensión, colchón anti escaras. En casos ya se ha formado una lesión ulcerada es importante evaluar periódicamente en que tardío se encuentra, numero de tamaño, y localización, cambios, en cuanto al olor, aparición de eritema perilesional, purulencia.

Conclusión.

Las úlceras constituyen un serio problema serio, ya que su desarrollo da lugar a un gran deterioro de la calidad de vida en los pacientes y sus familiares, es por ello es necesario identificar la aparición de estas lesiones, identificar los factores de riesgo es fundamental para aplicar las medidas preventivas, ya que una vez que aparece la úlcera, el problema es de complicado manejo. La aparición de upp es un proceso íntimamente ligado a los cuidados a los cuidados proporcionados por los cuidados de enfermería, tanto constituyendo específicamente a la prevención, valoración, o curación.

Referencia

Libro de enfermería: enfermería básica y clínica, Sandra f. Smith, el manual moderno.2007.

Libro: de enfermería clínica técnica y procedimientos, Perr, Anne, mc Graw

Disponible: <https://medlineplus.gov>