

Actividades áulicas

06/09/23

Planificación

Definición: Es considerada la tercera etapa del proceso de enfermería y es la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar, evitar, reducir o corregir las respuestas de la persona.

Fases.

Establecer prioridades
El objetivo es proporcionar cuidados, que de forma los problemas más importantes o aquellos que amenazan la vida de la persona sean tratados antes que los problemas menos críticos. Concluye la identificación del problema, en el cual se debe centrar el cuidado, y realizar acciones inmediatas. La clasificación de las prioridades son altas, intermedias o bajas, según el escenario donde se encuentre la persona y las condiciones de salud en las que esté. Se debe considerar la necesidad del paciente, los recursos del sistema de salud y las limitaciones de tiempo.

~~well~~ ~~R~~ (A)

Elaborar objetivos
El establecimiento de diagnósticos de enfermería y prioridades individualizadas ayuda a determinar los objetivos de cuidados, son las pautas para la selección de las intervenciones enfermeras y los criterios para su evaluación. Llevando a cabo primero la priorización de los objetivos de cuidados, para que después se realice un plan de acción para alcanzar los beneficios esperados.

McBee

El propósito de registrar los objetivos y los resultados esperados se centra en proporcionar una guía para las intervenciones enfermeras y formular estándares para determinar la eficacia de las intervenciones, teniendo un tiempo para la evaluación, el tiempo dependerá del problema, la etiología, el estado general del paciente y el tratamiento a establecer. El objetivo describe lo que se espera observar de la persona, familia y comunidad respecto a las fortalezas o debilidades de los cuidadores enfermeros.

Determinar los cuidados de enfermería.

Cuidados, intervenciones, estrategias o acciones de enfermería se seleccionan después de haber establecido los objetivos y los resultados esperados. Clasificación de las intervenciones.

- Independientes: Son todas las acciones que son competencia exclusiva del profesional de enfermería.
- Colaboración o interdependientes: Son las intervenciones que la enfermera ha identificado donde ella se coordina con el equipo de salud u otros profesionales para mejorar las condiciones de salud o estilos de vida saludables del individuo, familia o comunidad.

Documentar el plan de cuidados.

Potter y Perry 2002. Propusieron que. Al ser escrito documenta las necesidades de cuidados del individuo, comunica a las enfermeras y profesionales los datos de

Valoración pertinentes, una lista de problemas y tratamientos. Un Plan de cuidados escritos esta diseñado para disminuir el riesgo de que produzca un cuidado incompleto, incorrecto o inexacta.

Esta organizado de manera que cualquier enfermera puede identificar rapidamente las acciones enfermeras que se deben llevar a cabo.

Favorece la continuidad de cuidados por medio de listas de acciones necesarias para alcanzar los objetivos del cuidado.

La documentación tambien es el registro que la enfermera realiza de los componentes de un plan de cuidados en un formato especial, Permite guiar las intervenciones de enfermería y registrar resultados alcanzados.

Los planes de cuidados de Enfermería se estandaricen y que respondan a la necesidad de unificar criterios en la atención de enfermería, teniendo como objetivo el logro de un lenguaje común entre los profesionales, además de que se contribuya en:

Garantizar la seguridad del paciente

Aplicar una práctica sistematizada de los cuidados de enfermería.

Replicar y Favorecer el camino a la excelencia en los cuidados de enfermería

Implementar nuevos modelos de atención centrados en la persona, familia y comunidad.

mejor ontología y planificación.

Valoración de enfermería para Px con dengue
Clásico.

Virginia Henderson

Adulto, en servicio de Medicina Interna. Se encuentra alterado los siguientes Necesidades.

- Respiración anormal
- Comida y beber inadecuadamente
- Movilidad y Postura inadecuada
- Mantener la temperatura del cuerpo

Margory Gordon

Se encuentra alterado los patrones.

- Percepción - Manejo de Salud
- Nutricional - Metabólico
- Eliminación
- Actividad / Ejercicio
- Sueño - Descanso.

Aparatos y sistemas

Se encuentra alterado:

- El aparato respiratorio
- Sistema musculo esquelético
- Sistema digestivo
- Sistema circulatorio

Metodos diagnosticos

Mediante: - Exploración física las cuales son: Inspección, Palpación, Percusión, Auscultación.

- Historial clínico
- Estudio de laboratorio

lo que el personal observa.

Cefalo-caudal

Paciente Presenta:

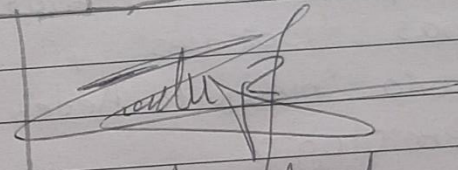
- Cefalea
- Dolor ocular
- Hipertermia
- Disnea
- Dolor muscular (mialgias)
- Dolor en los huesos (osteoarticular)
- Dolor en las articulaciones
- Emesis
- Nauseas
- Sarpullido

objetivo / Presenta

- Sarpullido
- Disnea
- Emesis
- Hipertermia

Subjetivo. / refiere - lo que el Px dice

- Cefalea
- Hipertermia
- Mialgia
- Dolor osteoarticular



Actuado
Ayer

10/09/23

Dengue clasico

Concepto: Es una enfermedad febril que afecta a lactantes, niños y adultos. La infección puede ser asintomática, o cursar con síntomas que van desde una fiebre moderada a una fiebre alta incapacitante, con dolor de cabeza intenso, dolor detrás de la oreja, dolor muscular y en las articulaciones y sarpullidos.

Otra definición: El dengue (fiebre quebrantahuesos) es una infección vírica que se transmite de los mosquitos a las personas. Es más frecuente en las regiones de climas tropicales y subtropicales, teniendo como reservorio "mosquito Aedes aegypti"

Epidemiología

El dengue se encuentra distribuido en todas las regiones donde existe el vector transmisor, la enfermedad es endémica en más de 100 países en regiones tropicales y subtropicales y causa 390 millones de infecciones al año en todo el mundo.

El periodo de incubación dentro del mosquito es de 8 a 12 días; Después de este periodo, es capaz de transmitir el virus a los humanos. Una vez infectados, los mosquitos transmiten el virus durante toda su vida y siguen siendo infecciosos.

Sintomas

El dengue causa síntomas leves o incluso ningún síntoma y se cura en una o dos semanas,

Pero en casos frecuentes se agrava y puede causar la muerte.

Los síntomas suelen hacer entre 4 y 10 días después de la infección y duran de 2 a 7 días

- Fiebre elevada ($40^{\circ}\text{C}/104^{\circ}\text{F}$)
- Dolor de cabeza muy intenso
- Dolor detrás de los ojos
- Dolores musculares y articulares
- Náuseas
- Vomitos
- Agrandamiento de ganglios linfáticos
- Sarpullido.

Las personas que se infectan por segunda vez corren más riesgo de que la enfermedad se agrave

Síntomas

- Dolor abdominal intenso
- Vomitos persistentes
- Respiración acelerada
- Hemorragias en las encías o la nariz
- Cansancio
- Agitación
- Vomitos o heces con sangre
- Sed intensa
- Pel pálida y fría
- Debilidad general

Dx de dengue.

• Diagnóstico Serológico

- Prueba de inmunocaptura enzimática de la inmunoglobulina M (MAC-EMSA)

• Aislamiento viral

Identificación Viral
RT-PCR (Reacción de cadena de Polimerasa - transcriptasa
reversa)
Inmunohistogámica
Pruebas rápidas

Pruebas complementarias

- hemograma completo con recuento leucocitario y plaquetario
- Examen de líquido cefalorraquídeo, siempre y cuando no exista riesgo de sangrado
- En caso de shock se deben determinar los gases arteriales, electrolitos, pruebas de función hepática y renal
- Exámenes de gabinete como el ultrasonido, la placa de tórax y la tomografía axial computarizada

Tratamiento

No existe un tratamiento específico para la Fiebre del dengue.

Beber mucho líquido

Acetaminofen (Tylenol) puede reducir los dolores musculares y la fiebre

Evitar el uso de analgésicos de venta libre

Prevención

Evitar depósitos de agua

Cambiar frecuentemente el agua de los bebederos de animales o floreros

Eliminar la basura acumulada en patios y áreas al aire libre, eliminar llantas o

Almacenamiento en sitios cerrados
Utilizar repelentes con agua, en las áreas del cuerpo que están descubiertas
Usar ropa adecuada camisas de manga larga y pantalones largos.

Lavar y Sepillar tanques y albercas
Perforar las llantas en los parques infantiles que pueden contener aguas estancadas en episodios de lluvia.

Rellenar con tierra tanques sépticos en desuso, desagües y letrinas abandonadas.

~~with~~ 3

Cuidados de enfermería

- Control Signos vitales Cada 4-6 horas y registrarlos.
- Monitorear indicaciones clínicas de riesgo (dolor abdominal, vómitos persistentes, descenso brusco de temperatura, dificultad respiratoria)
- Si hay deshidratación, evaluar la magnitud de la misma y proceder a corregirla, sea por vía oral o parenteral
- Si el Px puede tolerar la vía oral para alimentación, ofrecer alimentos de fácil digestión
- Alimentación adecuada que aporte la cantidad necesaria de proteínas y calorías.
- Control de temperatura con medios físicos. Administración de anti-piréticos (excepto aspirina)
- Reposo en cama
- Mantener buena higiene corporal
- Mantener buena hidratación Parenteral
- Reportar al médico los resultados de exámenes como Hcto y plaquetas.

Place

Código Nanda: 00007

Diagnostico

Hipertermia.

Definición

Elevación de la temperatura corporal por encima del rango normal.

Noc 0800

Resultado: Termorregulación

Indicadores

- Temperatura cutánea aumentada
- Cefalea
- Dolor muscular
- 0802 → Signos Vitales
- 2109 → Nivel de malestar

Nic

3740 → Tratamiento de la fiebre

- Tomar la temperatura lo más frecuentemente que sea oportuno
- Observar el color de la piel y la temperatura
- Comprobar la presión sanguínea, el pulso y la respiración, si procede
- Controlar ingresos y egresos
- Administrar un baño tibio con una esponja, si procede

6680 → Monitorización de los signos vitales

- Controlar periódicamente presión sanguínea, pulso, temperatura y estado respiratorio, si procede
- Poner en marcha y mantener un dispositivo de control continuo de la temperatura, si procede
- Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia
- Observar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel
- Controlar periódicamente los sonidos pulmonares.

1380 → Aplicación de calor o frío.

- Utilizar un paño humedecido junto a la piel para aumentar la sensación de calor/frío, cuando corresponda
- Determinar la duración de la aplicación en función de las respuestas verbales, de la conducta y los aspectos biológicos de la persona
- Comprobar la temperatura de aplicación, especialmente cuando se utilice calor.
- Sincronizar todas las aplicaciones cuidadosamente
- Colocar de tal manera que haya movimiento desde la fuente de temperatura, si fuera necesario.

Nanda

00027 → Deficit de volumen de líquidos

Definición: Disminución del líquido intravascular, intersticial y/o intracelular. Se refiere a la deshidratación o pérdida sólo de agua, sin cambio en el nivel de sodio.

Nbc

0602 → Hidratación

NIC

2080 → Manejo de líquidos / Electrolitos

- Observar si los niveles de electrolitos en suero son anormales, si existe disponibilidad.
- Pesarse a diario y valorar la evaluación.
- Administrar líquidos, si está indicado.
- Llevar un registro preciso de ingestas y eliminación.
- Corregir la deshidratación preoperatoria, si es el caso.

NOC

0601 → Equilibrio hídrico

NIC

4180 → Manejo de la hipovolemia

- Comprobar el estado de líquidos, incluyendo ingresos y excreta, si procede.
- Observar niveles de hemoglobina y hematocrito, si procede.
- Vigilar la pérdida de líquidos (hemorragia, vómitos, diarrea, transpiración y taquipnea).
- Administrar soluciones del paciente a la estimulación de líquidos.
- Observar si hay signos clínicos y síntomas de sobrehidratación/exceso de líquidos.

4

PAE

El proceso de Atención de Enfermería ES un método que guía el trabajo profesional, científico, sistemático y humanista de la práctica de enfermería, centrado en evaluar de forma simultánea los avances y cambios en la mejora de un estado de bienestar de la persona, familia y/o grupo a partir de los cuidados otorgados por la enfermera. ES el camino que asegura la atención de alta calidad para la persona que necesita los cuidados de salud que le permitan alcanzar la recuperación, mantenimiento y Progreso de Salud.

Valoración

La valoración está constituida por una serie de pasos o etapas sucesivas e íntimamente interrelacionadas y que son:

Recogida de información: Antecedentes Familiares, Antecedentes Personales, Pruebas complementarias
Valoración según las 14 necesidades de Virginia Henderson.

La valoración es la primera de las fases del proceso enfermero, y consiste en un proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado de recogida e interpretación de información que permite determinar la situación de salud que están viviendo las personas y su respuesta misma.

Para obtener datos y convertirlos en información se utilizan varios métodos: la entrevista clínica, la

14 necesidades de Virginia Henderson

1. Respirar normalmente:

La necesidad de respirar normalmente es la capacidad del cuerpo humano para inhalar y exhalar aire de manera eficiente, con el fin de mantener un adecuado intercambio de gases y un equilibrio en la oxigenación de los tejidos, es considerada una de las necesidades vitales básicas del ser humano y su satisfacción es fundamental para la supervivencia.

2. Necesidad de comer y beber adecuadamente.

Se refiere a la capacidad de la persona para ingerir alimentos y líquidos, masticar y deglutir de manera adecuada, y absorber suficientes nutrientes para obtener la energía necesaria para desarrollar sus actividades diarias.

3. Necesidad de eliminar normalmente.

La necesidad de eliminar normalmente por todas las vías es una necesidad básica en la enfermería, que hace referencia a la capacidad de la persona para eliminar los desechos y toxinas de su organismo de manera autónoma y mantener una buena higiene corporal a través de diferentes procesos metabólicos.

4. Necesidad de moverse y mantener posturas adecuadas.

La necesidad de moverse y mantener posturas adecuadas se refiere a la capacidad de una

Persona para desplazarse de manera autónoma o con la ayuda de medios mecánicos, como sillas de ruedas o andadores.

La Necesidad básica de dormir y descansar se refiere a la capacidad de la persona para obtener la cantidad suficiente de sueño y descanso que le permita sentirse renovada y energética.

6. Necesidad de escoger ropa adecuada, Vestirse y desvestirse.

Esta necesidad básica humana se refiere a la capacidad de la persona para vestirse y desvestirse adecuadamente, así como para elegir y comprar su vestimenta de forma autónoma. También abarca la capacidad e interés de la persona en construir su propia identidad física y mental a través de la vestimenta y las modas.

7. Necesidad de Mantener la temperatura corporal dentro de límites normales, adecuada la ropa y modificando la temperatura ambiental.

Esta necesidad básica se refiere a la capacidad de una persona para mantener su temperatura corporal dentro de límites normales a través de la ropa adecuada y modificación de temperatura ambiental.

Higiene corporal y la integridad de la Piel se define como la capacidad de la persona para asearse a sí mismo y mantener su higiene personal.

¿Que es una autobiografía?

Es un relato que haces de tu propia vida en el que muestras elementos importantes de ella como tu nacimiento, experiencias personales significativas, logros, etc.

¿Que es PAE? Proceso de Atención de Enfermería y es un metodo que ofrece la atención necesaria que requiere cada persona, centrandose en el proceso que se solicite para generar buenos resultados.

Es la aplicación de metodo científico en la practica asistencial de enfermeria.

~~well~~ ~~A~~

¿Que es PACE? El Plan de cuidados de Enfermería es el conjunto de actuaciones que realiza la enfermera y el enfermero, para la detección, descripción, planificación, tratamiento y evaluación de las respuestas humanas y no sólo en la situaciones de enfermedad.

Autobiografía

yo me llamo Yaneth Beatriz Alvarez Santiz, naci en Plan de Ayala, las margaritas, chiapas, el 14 de Diciembre del 2003, vivo con mis padres, Pero ahora estoy estudiando, vivo sola, mis papas son unas personas muy generosas, amables y respetuosos, aunque tambien son estrictos, ellos se llaman Javier y Antonia, tambien tengo 3 hermanitas las cuales me llevo bien. Voy cursando Septimo Cuatrimestre de licenciatura en enfermeria, Mis metas son terminar la

14/6/2023

Valoración de Virginia Henderson

14 necesidades

1. Respiración Normales

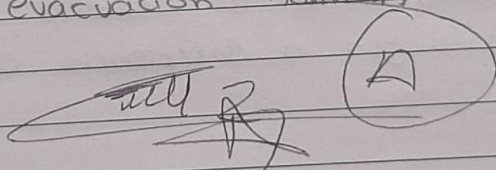
Patrón de respiración no se encuentra alterado, con fases nasales permeable, con buen intercambio de gases, a la inspección se encuentra con vías aéreas altas y bajas, buena simetría, a la auscultación no se encuentra sibilancia, con respiración normal.

2. Comer y beber de forma adecuada

Patrón de alimentación regularmente normal, ya que consume café y comida chatarra moderadamente.

3. Eliminación

Patrón de eliminación normal, con micciones adecuadas así como en la evacuación normal, no presenta ninguna retención.



4. Movilidad

Patrón de movilidad no alterado, presenta movilidad independiente, sin ninguna patología o discapacidad.

5. Sueño y descanso

patrón alterado, con irregularidad de horarios de sueño y descanso.

6. Vestimenta

Patrón de vestimenta no alterado, con independencia a elegir su ropa, presenta independencia al momento

Valoración de M. Gordon.

1. Percepción - Manejo de salud.

Paciente Adulto Joven, con problemas de descanso,
No duermen a sus horas normales, y los demás
patrones se encuentran sin alteraciones
actualmente, para su edad y sexo.

~~well~~ ~~7~~ ~~2~~

UCEA : Unidad de cuidados Especial del Adulto

TI : Terapia intensiva

UCIP : Unidad de Cuidados intensivos Pediátricos

UCIN : Unidad de cuidados intensivos Neonatales

UCI : Unidad de cuidados intensivos

UTI : Unidad de terapia intensiva

UTIN : Unidad de terapia intensiva Neonatal

UCIs : Unidades de cuidados intensivos

Servicios Relacionado con UCI

• Farmacia

• Rx

• Ultrasonido

• Medicina interna

• Cirugía

• Anestesiología

• Laboratorio

• Banco de Sangre (Unidad hematológica)

• Hemodinamia (dialisis y hemodialisis)

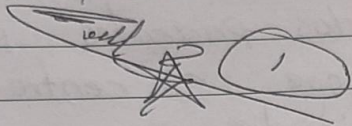
• CEYE

• Cardiología

• Coordinación de enseñanza, Coordinación de investigación, Hospitalización del paciente grave (inhaloterapia, interconsultas, nutrición parenteral), Jefatura de enfermería (personal de enfermería), Delegación Administrativa (personal administrativo, Camillero, Afanadores), Trabajo Social.

de personal y la investigación médica y social

Cumplir y hacer cumplir las disposiciones técnicas,
administrativas, jurídicas y legales establecidas para garantizar
la salud individual y colectiva con justicia e igualdad
social de la población.

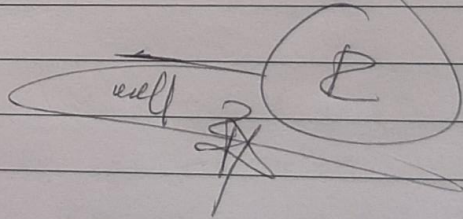


11 Patrones Funcionales de N. Gordon.

Los patrones Funcionales de Gordon son una teoría desarrollada por Marjory Gordon, enfermera y profesora de enfermería estadounidense, la cual se basó en su experiencia clínica y en la observación de patrones recurrentes en el cuidado de los pacientes para desarrollar esta teoría. Su enfoque se centró en la valoración integral del paciente, reconociendo que la salud no se limita únicamente a la ausencia de enfermedad, sino que implica múltiples dimensiones interrelacionadas.

Un enfoque que ha persistido a lo largo del tiempo y que ha supuesto un avance importante en el campo de la enfermería, como ya lo fuera también otros estudios como por ejemplo, los modelos de enfermería que reconocemos como grandes teorías para la enfermería.

Los 11 Patrones Funcionales



Patrón Funcional de la Salud Percepción y Gestión:
Se refiere a la capacidad de una persona para comprender y responder a su propia salud. Es crucial para tomar decisiones informadas y participar activamente en el cuidado de uno mismo.

Nutrición y Metabolismo.

Este se centra en la ingesta de alimentos, la digestión y el metabolismo. Un adecuado equilibrio

UCI (Unidad de cuidados intensivos)

La unidad de cuidados intensivos es un servicio sumamente especializado ya que son los pacientes que allí se atienden padecen enfermedades graves que deben atenderse con capacidad y prontitud, así como todo lo necesario para atender toda clase de padecimientos.

La importancia de la terapia intensiva es central si tenemos en cuenta que este es el espacio en el cual los enfermeros o pacientes más delicados deben ser atendidos por profesionales de la salud, de manera constante a fin de evitar cualquier tipo de sobresalto o cambio abrupto en el estado de salud. En ella, enfermeros están al permanente cuidado de los pacientes y son constantes también las visitas de médicos y otros profesionales.