



Nombre de alumno: Olivar Pérez Santizo

Nombre del profesor: EEU. Rubén Eduardo Domínguez García

Nombre del trabajo: Ensayo unidad 2

Materia: Fundamentos de enfermería

Grado: Primer cuatrimestre

Grupo: "A"

Introducción

El trabajo que se presenta a continuación se desarrolla con temas correspondientes a la segunda unidad, se explican cuidados y técnicas básicas que el personal de enfermería lleva a cabo, estas a su vez son muy esenciales para el principio y la formación de un profesional en la rama de la salud, ya que a través de ellos podemos relacionarnos y visualizar las actividades que realiza un enfermero (a) en el ámbito hospitalario en cuestión asistencial. Es por ello que los temas a desarrollar son los siguientes: patrón percepción-manejo de la salud, asepsia, administración de medicamentos, patrón cognitivo-perceptual, valoración y alivio del dolor, patrón nutricional-metabólico, nutrición, valoración del patrón nutricional, cuidados en pacientes con problemas nutricionales, termorregulación, valoración del patrón de termorregulación, cuidados en pacientes con problemas de termorregulación, piel, mucosas y anexos, valoración de la piel y anexos, higiene del paciente y prevención de úlceras por presión (UPP). Todos estos puntos son afectaciones que un individuo puede llegar a presentar, algunos mientras tienen estancia hospitalaria y otros tienden a desarrollarse mientras realizan actividades cotidianas en su ambiente y no tienden a estar hospitalizados.

El objetivo general del trabajo es el siguiente:

- Brindar información adecuada y de total interés al lector de este artículo.

Objetivos específicos

- Conocer los diferentes procesos y técnicas que el personal de salud (enfermería) desarrolla
- Verificar las funciones de enfermería en el desarrollo de actividades.
- Identificar la relación enfermero-paciente.

Para continuar con la estructura de este trabajo se desarrollarán los temas principales.

➤ Patrón percepción-manejo de la salud

Entonces para iniciar, como primer punto se menciona al patrón percepción -manejo de la salud, de forma generalizada valora como el individuo percibe la salud y el bienestar (que grado de importancia tiene para el/ella, como se cuida para mantener un buen estado de salud), entonces podemos decir que son aquellos puntos que la persona en su entorno como individuo y como sociedad debe de tener en cuenta y poner en práctica para llevar un buen manejo de su salud en todos los aspectos tanto físicos como psicológicos ya que se sabe que las enfermedades afectan el estado anímico. De igual manera es parte fundamental de cada persona porque con ello se puede identificar como mantiene y como recupera también su estado de salud si llega a presentar alguna afectación en ella, pero para ello se deben de llevar a cabo también practicas preventivas como la vacunación ya que se sabe que las vacunas ayudan a combatir enfermedades, haciendo posible su control, eliminación y hasta incluso su erradicación y que por supuesto forman parte de los elementos que se incluyen para mantener un buen estado de salud. Por otro lado, también cuenta con una forma de valoración y esto nos dice que se valora a través de hábitos o prácticas como dije anteriormente, ayudan al profesional a identificar como el individuo mantiene su salud (practicas saludables, alimentación ejercicio, etc.) de igual manera permite que las personas adopten actividades higiénicas tanto personales como en su vivienda, y también conductas saludables como por ejemplo que deben de mantener una alimentación adecuada y saludable, libre del exceso de grasas, azúcares, etc. El patrón puede ser alterado si la persona considera que su salud es pobre, regular o mala, si no mantiene un buen cuidado de su salud y practica ciertas conductas que pueden afectarlo como beber en exceso, mantener el consumo de drogas, si no mantiene una relación con las vacunas y también si la higiene personal y de vivienda se descuidan, no se mantiene adecuadamente bien.

Desde mi punto de vista puedo identificar que nosotros como profesionales de la salud debemos de mantener informados a la población sobre cómo mantener un buen equilibrio en sus acciones físicas y sus acciones de comida saludable que repercuten en su estado de salud, entonces a partir de ahí estamos dando promoción a la salud y por supuesto empezamos a generar un cuidado de enfermería dirigido a una sociedad.

➤ Asepsia:

Se entiende como un método o procedimiento que ayuda a reducir la presencia de microorganismos patógenos que se encuentran en el medio ambiente y que pueden generar alguna enfermedad, son actividades que ayudan a prevenir o si en dado caso ya existe una cadena de microorganismos pueden ayudar a romperla y así evitar su propagación en el ambiente hospitalario. Para este apartado se puede hacer mención de las medidas de prevención estándar, son las precauciones básicas para el control de la infección que se deben usar, como un mínimo, en la atención de todos los pacientes, estas son aplicadas para el cuidado de las personas hospitalizadas independientemente del estado en que se encuentra y su diagnóstico. De igual manera se hacen uso de las medidas de prevención dependiendo su transmisión (por gotas, aire o contacto) estas otras medidas se usan en conjunto con los estándares en ellas podemos identificar que se lleva a cabo el uso de equipos de protección personal (EPP). La higiene de las manos es un componente principal de las precauciones estándares y uno de los métodos más efectivos para prevenir la transmisión de agentes patógenos asociados con la atención de la salud. Otros componentes de las precauciones estándares son la utilización de guantes, la protección facial, el uso de batas, prevención de accidentes con materiales punzo cortantes, higiene respiratoria (mantener buenos hábitos al toser o estornudar) y dar un buen manejo de equipos, desechos y ropa del paciente. El uso de protección personal se hace dependiendo de cómo se transmite los patógenos y sus componentes varían.

Las reglas básicas nos dicen que la asepsia debe de realizarse de la siguiente manera: De lo limpio a lo sucio, de distal a proximal, del centro a la periferia, de arriba a abajo, de cabecera a piecera esto ayuda a tener una organización y sanidad adecuada. De igual manera existen tipos de asepsia como lo es la asepsia medica: es un procedimiento que cuando se aplican con precisión eliminan la suciedad, el material contaminante y disminuyen constantemente la proliferación y propagación de los microorganismos patógenos. y también esta la asepsia quirúrgica: en él se concentran aquellos procedimientos que garantizan la eliminación y ausencia de microorganismo patógenos este a su vez requiere de conocimientos, implementos equipos especiales.

➤ Administración de medicamentos

Para iniciar con el desarrollo de este tema es necesario conocer que es un medicamento, analizando la información puedo mencionar que es una sustancia que contiene propiedades para prevenir, diagnosticar, aliviar o curar enfermedades y por supuesto podemos encontrarlos en diferentes formas: forma sólida (comprimidos o tabletas, capsulas, polvos, supositorios u óvulos, etc.), forma semisólida (en ellas se encuentran las pomadas, las cremas, ungüentos), forma líquida (suspensiones, jarabes, soluciones, gotas por vía oral). Los medicamentos tienen diferentes orígenes: de origen vegetal, animal, mineral, microbiano (estos son microorganismos que se cultivan en laboratorios y de ellos se pueden obtener medicamentos tales como los antibióticos, vacunas, corticoides), de origen semisintético y sintético. Por otro lado se debe tener en cuenta que los medicamentos proporcionan diferentes efectos, con esto identificamos el cambio que provoca en el organismo, por ejemplo el efecto farmacológico o terapéutico nos dice que es una respuesta fisiológica esperada al principio activo, a su vez el efecto placebo nos da a conocer reacciones objetivas o subjetivas que se producen en el paciente a un medicamento desprovisto de actividad farmacológica, y el efecto indeseable son aquellas respuestas del organismo ante el medicamento como las reacciones alérgicas, la teratogenia también es un efecto indeseable, estos ocurren con más frecuencia en el primer trimestre de los embarazos si la madre ingiere algún medicamento puede generar malformaciones congénitas.

En el procedimiento podemos identificar el papel que desarrolla la enfermera y su responsabilidad ante esta actividad, nos dice que debe de ser con fines terapéuticos, preventivos o diagnósticos y que la posología es la parte de la farmacología que estudia la dosificación de los fármacos. Entonces se entiende por dosis a la cantidad, o porción de medicamento que se debe de administrar una sola vez para lograr un efecto específico en el organismo, para la dosificación es importante tomar en cuenta factores esenciales como lo es la edad ya que para pacientes pediátricos y geriátricos (niños y personas de edad avanzada) requieren una dosificación adecuada para evitar mala praxis, el peso, la condición en la que se encuentra el individuo, la vía en que debe de administrarse para lograr el efecto deseado rápido, seguro y eficaz, el sexo, los factores psicológicos e incluso los factores ambientales también influyen en el criterio para la administración. Para la administración de medicamentos se debe de tener un amplio conocimiento de otras disciplinas como anatomía (que le servirá para identificar la zona de administración), bioquímica, fisiología, matemáticas,

farmacocinética, asepsia y con ellas también debe de saber el calculo de dosis, efectos y acciones de medicamentos. Nosotros como personal en formación debemos de tener el conocimiento que todo aquel medicamento administrado debe de ser de total beneficio para el paciente, asumiendo que el medicamento y la técnica de administración sea la correcta.

Para la buena administración de los medicamentos existe la regla de los cinco correctos estas reglas nos ayudan a evitar errores.

El primero es la identificación del paciente correcto en donde podemos ubicarlo por su nombre completo, pero no por el número de cama ya que a veces es necesario cambiarlo de cama o de sala por diferentes factores, entonces es mejor ver los brazaletes de identificación para evitar errores, pero para ser más certeros también podemos preguntar ¿Cuál es su nombre?

El segundo es el medicamento correcto aquí es necesario leer el nombre del medicamento antes de abrirlo para asegurarnos de que sea el adecuado según la necesidad del paciente ya que algunos tienen diferentes presentaciones o cantidades que dificultan su identificación.

La dosis correcta también es parte de las reglas ya que es ahí principalmente en donde sucede la mayoría de los errores al administrar medicamentos en cuestión de cantidad, para eso se debe de identificar la prescripción y se debe de relacionar con la presentación que tenga el medicamento, ya que, si el fármaco se presenta con una concentración o volumen mayor o menor del prescrito, se tendrá que realizar el calculo de dosis exacta, generalmente se utiliza la regla de tres.

En la vía correcta nosotros debemos de identificar el sitio donde se administrará el medicamento llámese vías enterales, vías parenterales, vía inhalatoria o vía tópica, la vía prescrita se encontrará siempre en la nota médica.

La hora correcta nos ayudara a identificar 2 cosas: la primera para ver en que determinado tiempo el medicamento cumple su función y la segunda para mantener un intervalo y así saber a que hora le tocara la segunda dosis al paciente si es necesario (por ejemplo, paracetamol 6-14-22, la primera dosis se la pasamos a las 6 de la mañana y posteriormente la segunda se les pasara a las 14 horas).

A continuación, se describen las diferentes vías para la administración de medicamentos.

VÍAS ENTERALES

Vía oral: aquí los medicamentos se dan por la boca y es necesario deglutir con algún líquido, la ventaja de la administración por esta vía es que no duele y es fácil. Esta vía se descarta para pacientes con problemas de deglución.

La medicación por vía bucal también podemos considerarla como una variedad de la vía oral, es donde el medicamento sólido se apoya contra las mucosas de la boca hasta disolverse, como la medicación por vía sublingual, aquí el medicamento se coloca por debajo de la lengua y no se necesita líquido para deglutir.

Vía rectal: esta vía se puede utilizar en pacientes con vómito, inconscientes, o que por ciertos factores no puedan deglutir, también podemos hacer uso de esta cuando necesitamos estimular el intestino en pacientes que no pueden evacuar. Aquí se administran medicamentos en forma de supositorios, cremas o enemas.

Mediante sonda nasogástrica y de gastrostomía: los medicamentos suelen ser líquidos ya que pueden triturarse y diluirse en sustancias. Podemos hacer uso de ella cuando el paciente presente afección neurológica o esofágica.

VIAS PARENTERALES: en estas vías como dije anteriormente el personal deberá de estar capacitado con conocimientos básicos de otras disciplinas, aquí el medicamento será introducido a ciertas partes del cuerpo con la ayuda de jeringas. Vía intradérmica (el medicamento es aplicado en cantidad pequeña en la epidermis la aguja se introducirá en un ángulo de 5 a 15 grados), vía subcutánea (se utilizara donde existan pocas terminaciones nerviosas y los vasos sanguíneos y huesos se encuentren en profundidad aquí la guja se introducirá en 45 grados), vía intramuscular (los medicamentos se administran en el músculo, atravesando la piel y el tejido subcutáneo, la zona más conocida para la aplicación es el área ventroglútea la aguja se introducirá en un ángulo de 90 grados) para esta vía existe la técnica en z se utiliza principalmente para la administración de hierro, vía intravenosa (aquí el medicamento es introducido directamente al torrente sanguíneo, la guja se posicionara en un

ángulo de 15 a 25 grados) y la vía epidural es aquella vía donde los medicamentos se administran en el espacio epidural se utiliza principalmente para anestésicos o analgésicos.

Vía inhalatoria: aquí los medicamentos son inhalados por el paciente se administran a través de la vía nasal, oral o tubos endotraqueales. A través de ella se puede administrar oxígeno y broncodilatadores (nebulizaciones).

Vía tópica: aquí los medicamentos suelen aplicarse en forma local, sobre la piel (pomadas, cremas), Vía oftálmica: aquí se dice que los medicamentos se aplican directamente a la mucosa ocular (al ojo), vía ótica: se relaciona con el canal auditivo (oído) los medicamentos serán introducidos por ahí en forma de gotas o soluciones, vía nasal: con solo leer la palabra nasal podemos relacionarlo con la nariz, así que esta vez los medicamentos se introducen en forma de aerosoles o gotas por la fosa nasal, los que más se utilizan son los descongestionantes, vasoconstrictores y la medicación por vía vaginal se refiere a que los medicamentos serán aplicados en la vagina algunos en forma de cremas, gel, óvulos, etc.

Para terminar con este tema es necesario mencionar que cuando el medicamento es administrado de forma interior y se distribuye por el torrente sanguíneo tiende a llevar varias fases (farmacocinética): la absorción es el punto en donde el medicamento es absorbido en diferentes partes del organismo, la mayoría de los medicamentos se absorben en el intestino delgado por su gran área superficial, la buena irrigación y la concentración de pH y esto hace que aumente la liposolubilidad y por ende la absorción. La distribución es la fase donde en sentido coloquial podemos decir que el medicamento es “repartido” en los tejidos y órganos y a través del torrente sanguíneo llega a diferentes partes del organismo. Biotransformación esta fase nos dice que cuando el medicamento ya alcanzó su punto de acción se metaboliza para que su excreción sea con mayor facilidad. Y la eliminación es la última fase donde luego de ser metabolizado se excreta por los riñones, hígado, intestino, pulmones, y glándulas exocrinas.

➤ Patrón cognitivo-perceptual

Este es uno de los diversos patrones de salud que, igual que los demás describen un grado de función corporal, estos patrones fueron creados por Marjory Gordón con la finalidad de contribuir a mantener el estado de salud de cada persona, la calidad de vida y la realización del potencial humano. El patrón cognitivo perceptual valora el nivel de conciencia del paciente, las funciones cognitivas se relacionan con la capacidad de lenguaje, la capacidad de memoria y de orientación, esto lo relacionamos con la utilización de los 5 sentidos, de igual manera de cómo percibe el dolor y si tiene un buen enlace de palabras que faciliten su comunicación, si tiene una buena comprensión de ideas. Desde mi punto de vista entiendo que este patrón tiende a valorar las funciones esenciales de los seres humanos, y que podemos hacerlo a través de cuestionamientos al paciente ahí se identificara el nivel de conciencia y orientación, se identificara si presenta alteraciones cognitivas que lo lleven a tener problemas neurológicos y que a partir de estos se desencadenen problemas en la toma de decisiones, en el aprendizaje y el lenguaje , con este patrón como mencione anteriormente nosotros podemos recoger información acerca de la existencia o presencia de dolor cuando el paciente se encuentre orientado nos podrá decir el tipo, localización, intensidad, etc. El patrón tiende alterarse cuando el paciente se encuentre inconsciente y no esté orientado, cuando decimos que esta inconsciente nos referimos a que tiene falta del estado de alerta y es aquí donde podemos iniciar la valoración a través de escalas o test, y con ayuda de este material podemos identificar deficiencias de los sentidos, en la orientación y en la conciencia del paciente, por ejemplo, la escala de Ramsay: podemos utilizarla en paciente sedados con eso identificaremos en qué nivel de sedación se encuentra y si presenta reflejos voluntario o involuntarios, por otro lado también tenemos la escala de coma de Glasgow con esta escala hacemos una valoración neurológica que a su vez nos permitirá medir el nivel de conciencia del paciente , con ella valoramos tres criterios: la respuesta ocular, la respuesta verbal y la respuesta motora. Aquí nosotros, como enfermeros debemos de desarrollar habilidades para valorar y dar puntuaciones a las escalas y debemos de tener en cuenta que existe cierta relación o integración del proceso de atención de enfermería a este patrón ya que primero se lleva a cabo la valoración, y luego pasamos a establecer un diagnóstico de enfermería de acuerdo a lo que presente el paciente, hacemos una planificación de cuidados (como aplicar los test o escalas

en determinados horarios), lo llevamos a la ejecución y evaluamos si existe una buena respuesta o por el contrario el paciente tiende a estar en un estado crítico.

➤ Valoración y alivio del dolor

Muy bien entonces cuando hablamos de valoración de dolor nos referimos a que debemos de hacer una extensa averiguación sobre si el paciente presenta dolor, esta averiguación podemos hacerla de forma indirecta a través del cuidador del paciente (familiar o tutor del paciente) esto solamente cuando el paciente tenga dificultad del habla, podemos hacerle una pregunta por ejemplo ¿su familiar se “quejo” / presento o presenta dolor? Su respuesta puede ser si, no o no se (a veces no pueden decir “no sé” porque los familiares juegan roles de turnos para el cuidado de su enfermo). Por otra parte, la forma directa es mucha más efectiva ya que se pregunta directamente al paciente y esta a su vez nos dará una respuesta exacta, si o no, si nos dice que dice que si, entonces continuamos a preguntarle qué tipo, donde se localiza y con qué frecuencia el dolor se presenta. Debemos de tomar en cuenta que la valoración del dolor se realiza al momento que ingresa el paciente a la unidad de salud, como dije anteriormente se deberá de tener parámetros para una fácil valoración del dolor como, por ejemplo, su localización, la intensidad y la frecuencia. A parte de hacer una valoración verbal (preguntando) también podemos hacer uso de herramientas como la escala numérica (NRS), la escala facial y escala PAINAD o la Escala Visual Analógica (EVA) que es la mas conocida por que con ella valoramos la intensidad del dolor del paciente y consiste en un formato que presenta número del 1 al 10 y caras con diferentes expresiones, así es más interactivo. Otro punto importante que debemos de conocer son las causas que lo producen: como por ejemplo el dolor físico que es donde nos concentramos más puede ser producido por causas inflamatorias o mecánicas, y también existe el dolor anímico en este se presentan alteraciones de la personalidad, en los diferentes tipos de dolor debemos de saber actuar con responsabilidad y ética. Para el alivio del dolor podemos realizar la administración de medicamentos, estos los indicara el medico ya que deben de ser los adecuados para evitar desarrollar otras afectaciones o alteraciones en el paciente, deben de corresponder de acuerdo a las necesidades del paciente. Los medicamentos mas utilizados en el alivio del dolor son las endorfinas, los analgésicos no narcóticos como el acido acetilsalicílico, indometacina, lisinas, paracetamol, etc. Los analgésicos opiáceos o narcóticos (estos pueden actuar como analgésicos, sedantes que se usan en la medicación preanestésica). La relación enfermera-paciente es importante en el alivio del dolor ya que así el paciente entrará en un círculo de

confianza y se expresara con comodidad para brindar información, de igual manera la enfermera podrá motivar al paciente a que exprese sus dolencias y sea una ayuda mutua (el paciente se expresa y nosotros actuamos ante la situación).

➤ Patrón nutricional metabólico

Este patrón presenta una amplia relación con la alimentación que lleva una persona, en ella se identifica el consumo de alimentos y líquidos en cantidades normales, esto independientemente de sus necesidades, de igual manera se identifican los horarios de comida, esto nos ayudara a mantener un peso adecuado y en cuestión del metabolismo nos ayuda a mantenerlo activo y en perfecto estado sin presentar ninguna alteración, de igual manera establecer un horario de comida ayudara a prevenir trastornos alimenticios como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares. También se pueden presentar afectaciones en la temperatura, el peso y la talla como llegar a un desequilibrio nutricional/ problemas por falta de la ingesta de alimentos como la bulimia, anorexia entre otros, y en la temperatura presentar un desequilibrio (termorregulación ineficaz). Se debe de mantener una buena alimentación ya que esto nos ayuda a que las condiciones de la piel sean las adecuadas y no se desencadene ningún trastorno que pueda afectarlo. Existen diversos deterioros que ocurren si este patrón no se realiza adecuadamente (buena alimentación) como, por ejemplo: de la integridad cutánea, de la función hepática, de la mucosa oral, se llegaría a presentar hipotermia e hipertermia entre otros. El patrón nutricional podemos valorarlo a través del índice de masa corporal (IMC) este indicara el aumento o la disminución de peso y podemos identificar si los alimentos consumidos han sido de beneficio para el cuerpo, también podemos identificar problemas de salud. Se valorará a través de las dietas, para identificar que estas sean las adecuadas y equilibradas, enriquecidas en frutas y verduras y por supuesto una buena hidratación por lo menos 2 litros de agua al día. Aquí el personal de enfermería deberá de cumplir la función de promoción a la salud ya que a través de la alimentación podemos mantener un adecuado estado de salud evitando las enfermedades como la obesidad, la diabetes, entre otras. Es necesario dar a conocer a la sociedad ciertos puntos sobre alimentación tomando en cuenta que ahora existen alimentos que afectan al estado de salud como las comidas rápidas que contienen un exceso de grasa que pueden aumentar el colesterol y a su vez las enfermedades cardiacas incrementan su índice. Y también debemos de dar a conocer en que consiste una dieta sana.

➤ Nutrición

Lo puedo relacionar con la alimentación y por esto entiendo que es la incorporación de alimentos al organismo que contienen carbohidratos, proteínas, minerales entre otros componentes. Estos son necesarios para la vida y para mantener un aspecto saludable en nuestro cuerpo ya que si bien sabemos que los alimentos que ingerimos (frutas y verduras) nos ayudan a tener mayor resistencia a cambios fisiológicos que presentamos. Cuando hablamos de nutrición hospitalaria nos referimos a que las comidas deberán de ser las correctas en cuestión de porciones, formas, texturas, etc., esto independientemente de las condiciones en las que se encuentra el paciente. La finalidad es promover planes de alimentación mientras tenga estancia en la unidad de salud. Cuando decimos que las dietas dependerán de las necesidades del paciente nos referimos que están serán prescritas de acuerdo a su estado de salud, porque se presentan casos en los que los pacientes se encuentran conscientes y se le hace más fácil la deglución en cambio en pacientes inconscientes o con alteración neurológica se tiene que llevar a cabo técnicas o procedimientos para la alimentación, aquí la enfermera deberá de desarrollar habilidades para aplicar el procedimiento adecuado al paciente correcto. Para continuar es necesario mencionar que existen diferentes tipos de alimentación en pacientes hospitalizados; para esto utilizaremos materiales como Jeringas de diferentes tamaños, goteros, vasos graduados, bolsas de alimentación, sondas de diferentes calibres, guantes, estos materiales nos ayudaran a realizar la actividad, y las hojas de registro son necesarias porque es ahí donde colocamos evidencias de lo que le realizamos al paciente a parte nos ayudan a tener un balance alimenticio.

Antes de manipular el material y de realizar los tipos de alimentación debemos de hacer el lavado correcto de manos esto con la finalidad de proteger al paciente de infecciones y prevenir la propagación de gérmenes patógenos. (1) La alimentación por jeringa consiste en tomar los alimentos que se encuentran en forma líquida con la jeringa para luego dárselo al paciente, esta técnica es utilizada en pacientes pediátricos para la administración de fórmulas y en pacientes adultos que pueden deglutir pero que no tienen la capacidad de masticar los alimentos en forma sólida por diversos factores como problemas en la boca, de igual manera se aplica en pacientes que tengan sondas nasogástricas, para este tipo de alimentación se colocara al paciente en una posición fowler o semifowler para evitar que los alimentos lleguen a las vías respiratorias. (2) alimentación con gotero: consisten en administrar gota por gota los alimentos esto se realiza con ayuda de un gotero o jeringa en la mayoría de los casos es

aplicado en pacientes pediátricos con problemas de succión al inicio de la lactancia materna.

(3) alimentación forzada: consiste en introducir alimentos de forma líquida mediante jeringa aseptado o sonda nasogástrica.

(4) alimentación por sonda nasogástrica: para explicar este tipo de alimentación es necesario conocer que es una sonda nasogástrica, entonces, decimos que es un dispositivo en forma de “manguera” que se introduce por la nariz y atraviesa el esófago hasta llegar al estómago. La alimentación por sonda nasogástrica consiste en llevar los alimentos directamente al estómago sin deglutir, aquí los alimentos serán líquidos y estarán en una bolsa de alimentación que debe de tener un membrete que mencione que tipo de alimentos se está pasando, el horario, la enfermera o enfermero encargado entre otras características, aquí la frecuencia de paso puede ser regulada por uno mismo o por una bomba de infusión o también puede ser colocado en una jeringa, además para la manipulación es necesario el uso de guantes y debemos de recordar que la alimentación por sonda nasogástrica es un tipo de nutrición enteral. (5) alimentación por gastrostomía: esta alimentación se debe de realizar mediante una sonda, cuando se menciona el termino gastrostomía nos referimos a una intervención quirúrgica en el cual se hace un orificio en la pared del abdomen para introducir la sonda que llegue hasta el estómago con la finalidad de pasar alimentos de forma líquida, estos a su vez estarán vertidos en una bolsa de alimentación o jeringa y su manipulación debe de ser mediante técnica aséptica para evitar infección en el sitio de incisión.

➤ Valoración del patrón nutricional

Esta valoración consiste más en averiguar si el paciente no presenta afectaciones que lo limiten a tener una buena alimentación principalmente en la boca que es la entrada de los alimentos ya que en ella pueden presentarse úlceras, caries etc., de igual manera nos dice que se debe de valorar si existen factores que contribuyen a tener problemas para comer tales como la dificultad para masticar y tragar. A través de la valoración del patrón nosotros podemos aplicar técnicas de alimentación, solo si el paciente presenta problemas. Sin embargo, también se valora si existe problemas digestivos como vómitos, náuseas ya que si se presenta uno de estos síntomas la introducción de alimentos por la boca será imposible. El estado nutricional (buen o mal estado de salud) normal o anormal se valorará teniendo en cuenta el IMC, si existe un desequilibrio en la alimentación y en el peso, podremos valorarlo con el test de MNA, su función es valorar el estado de malnutrición. El patrón nutricional metabólico estará alterado si

existe una dieta no equilibrada esto quiere decir que el paciente no mantiene un buen balance en su alimentación de acuerdo a lo que debe comer, la porción y su horario. El patrón estará en riesgo cuando se comienza a comer en exceso sin importar el horario y la cantidad con esto habrá un incremento de la IMC o cuando la dieta no sea suficiente esto quiere decir que la dieta será muy poca y con esto se podría presentar diversas afectaciones en la piel y en el organismo como un cuadro de desnutrición, bulimia o anorexia.

➤ cuidados de enfermería en pacientes con problemas nutricionales

Aquí los cuidados dependerán de qué tipo de alimentación se realiza al paciente, es por eso que debemos de tomar en cuenta que el proceso atención enfermería también mantiene una relación con el patrón nutricional si este se ve afectado, por lo cual en esta parte nosotros debemos de establecer un plan de cuidados, principalmente de alimentación, esto de acuerdo a las necesidades del paciente. Para establecer el plan de cuidados es necesario recordar que el PAE se integra primero por una valoración del estado de salud y posteriormente se aplica un diagnóstico de acuerdo a lo valorado, a partir de ahí comenzamos a establecer una serie de cuidados especiales, lo llevamos a la ejecución y para terminar hacemos una evaluación para identificar el resultado obtenido. Desde que establecemos un tipo de alimentación para el paciente, llámese enteral o parenteral ya estamos iniciando con una organización del plan de cuidados, estos estarán destinados a cumplir ciertos objetivos en los pacientes. Los cuidados de enfermería en pacientes que requieren nutrición enteral serán los siguientes: para la administración de dietas por cualquier tipo de sonda primero debemos de identificar al paciente correcto, debemos de presentarnos y luego dar a conocer el procedimiento, al igual que en otras actividades aquí también debemos de preservar la intimidad y confidencialidad, posteriormente se colocara al paciente en una posición adecuada, la posición se deberá de mantener durante toda la comida y hasta una hora después de haberla administrado. Se llevará a cabo el procedimiento, para eso debemos de identificar qué tipo de nutrición, en qué cantidad y a que temperatura se pasará, de igual manera se comprobara el residuo gástrico para ver si es recomendable o no el suministro de alimentos, posteriormente colocaremos la bolsa de alimentación en una porta sueros, purgamos el sistema, colocamos en la sonda y regulamos el goteo, aquí identificaremos la permeabilidad de la sonda y si esta es la correcta iniciamos con la perfusión de la nutrición, durante el tiempo veremos el ritmo del goteo,

terminando de pasar los alimentos nos dice que es necesario irrigar la sonda con 30 o 50 ml de agua aproximadamente y se deberá de esperar de 3^o a 60 minutos para volver a colocar al paciente en posición horizontal. Si hablamos de una sonda nasogástrica nuestros cuidados se centrarán específicamente en la nariz, porque es ahí donde se encuentra la sonda, por ello es necesario hacer un cambio de la sujeción para evitar irritaciones, se deberá de hacer un cuidado de los orificios nasales (limpieza e hidratación). Los cuidados en la boca también son esenciales, aunque los alimentos no pasen por ahí es necesario hacer la limpieza y humectación de la boca, los cambios de sonda también forman parte de los cuidados del paciente y del material, esta se realizara si existe sangrado en la fosa nasal, o si el paciente lo retira de forma voluntaria o accidental. Si hablamos de una sonda de gastrostomía se cuidará de que no sean administrados alimentos que resulten dañinos para el paciente y en cuestión del cuidado del estoma se hará el lavado correcto, se verá si no existe irritación, inflamación o salida de secreción. En la nutrición parenteral se llevarán a cabo controles para determinar que el procedimiento este siendo el adecuado como un balance de líquidos, se identificara el estado de hidratación del paciente, entre otros.

➤ Termorregulación

Rescatando lo más importante y procesándolo para el entendimiento, la termorregulación nos indica que es una capacidad que tiene el organismo para modificar su temperatura a través de la producción y eliminación de calor. Es importante saber que el hipotálamo es el centro regulador de la temperatura, este es el encargado del control térmico. Cuando la temperatura se eleva el hipotálamo activa fibras del sistema nervioso autónomo, estos aumentan la pérdida de calor al producir vasodilatación.

En este tema nos explica las diferentes formas en las que la temperatura se manifiesta, una de ellas es la fiebre. La fiebre constituye la elevación de la temperatura superior a 38°C si se toma axilar, se puede presentar como una respuesta inmunológica o por mecanismos autónomos o conductuales, la fiebre se produce por pirógenos; estos pueden ser exógenos o endógenos, en su mayoría son producidos por el huésped, unos son productos microbianos y otros se presentan a causa de respuestas de infección o de inflamación. La hipertermia y la fiebre tienen diferencias fisiopatológicas, aunque su manifestación clínica es similar en ambas

circunstancias. El hipotálamo se ajusta correctamente al tipo de circunstancia. De igual manera la hipotermia (temperatura por debajo de los 35°C) es un estado fisiológico donde la temperatura es baja, ya que el organismo no produce el calor suficiente y se presenta cuando la persona se expone a temperaturas ambientales bajas a esto se le llama hipotermia primaria o no intencionada, por otro lado, la hipotermia secundaria se encuentra ante una complicación de un trastorno subyacente. Para mantener un equilibrio de la temperatura debe de haber una producción de calor, nosotros lo hacemos mediante la energía que se obtiene de los alimentos y por la actividad muscular; la eliminación del calor se lleva a cabo en la piel y los pulmones. Para llevar el proceso de termorregulación el cuerpo debe de perder calor por diversos mecanismos, por ejemplo: en la radiación, conducción, convección, y evaporación.

➤ Valoración del patrón de termorregulación

Este patrón por lo que puede entenderse se valora mediante la existencia de manifestaciones clínicas de una enfermedad con relación a los cambios de temperatura del organismo (fiebre, hipo o hipertermia). Se debe de valorar los niveles de temperatura (cuanto presenta un ser humano) para evitar desencadenar otras afectaciones tales como convulsiones o un incremento en el gasto cardíaco, esto se debe a que exista el antecedente de exposición a temperaturas ambientales elevadas y puede presentar hipertermia mayor a 41°C, a su vez puede generar una alteración en el nivel de consciencia y podría llegar al coma o anhidrosis. Aquí es importante mencionar que existen diversos factores por el cual la producción de calor aumenta, un ejemplo de esto es una actividad física intensa, la presencia de infecciones, la obesidad, el consumo de alcohol y el consumo de diversos fármacos también tienden a aumentar el calor del organismo, entre otros.

➤ Cuidados en pacientes con problemas de termorregulación

En este desarrollo se hablará de las complicaciones de termorregulación dos de ellas son la hipertermia y la hipotermia, los cuidados dependerán de lo que manifieste el paciente. Si la persona presenta una elevación de la temperatura por arriba de los 41 °c, o sea hipertermia, los cuidados que se llevarán a cabo serán: un control constante de signos vitales con la finalidad de valorar la frecuencia cardiaca y la respiración ya que cuando se presenta hipertermia la frecuencia de pulso/cardiaca tiende a elevarse esto en respuesta a la disminución de la presión arterial, y en la respiración la frecuencia y la profundidad incrementa y el control de la temperatura para evitar desencadenar convulsiones. Dentro de los cuidados también se pedirá al paciente que se descubija con esto favorecemos la perdida de calor por convección, de igual manera se administraran abundantes líquidos para evitar la deshidratación ya que con la hipertermia el paciente se pone diaforético (suda en exceso) y tiende a perder más líquidos un ejemplo de esto también es la producción de productos de desecho (pipi) por lo que el paciente tendrá la necesidad de ir al sanitario a cada momento, se deberá de llevar un control de líquidos para medir los aportes y perdidas de estos mismos, se administraran fármacos antipiréticos para ayudar a tratar la fiebre y normalizar la acción del hipotálamo que como mencione anteriormente es el regulador de la temperatura, realizar un control por medios físicos también es confiable: se pueden utilizar compresas o gasas con agua a temperatura ambiente esto ayudara a que la perdida de calor sea por conducción, irradiación y convección, es importante y se deberá de conservar una buena alimentación enriquecida con proteínas y carbohidratos para tener una fuente de energía.

Si el paciente presenta hipotermia, temperatura menor a 35°C los cuidados que se llevaran a cabo serán de beneficio para la regulación y ganancia de calor como los siguientes: se hará una valoración de signos vitales esto con la finalidad de identificar que no existan bajas en la frecuencia cardiaca y en la respiración (estas son a consecuencia de la vasoconstricción) de igual manera se valorara la temperatura para verificar si lo que estamos aplicando está dando resultado. Es recomendable trasladar al paciente a un lugar más cálido evitando la exposición a las corrientes de aire y a las bajas temperaturas que compliquen su estado, así habrá una

ganancia de calor por convección. Se debe de cubrir la cabeza principalmente en la parte de atrás, se pueden administrar líquidos por vía oral o intravenosa como solución fisiológica directamente a la vena (torrente sanguíneo), la ropa de cama y del paciente debe de estar seca porque si se encuentra mojada el paciente aparte de tener mayor pérdida de calor también desarrollara afectaciones respiratorias. De igual manera es importante saber que no es recomendable aplicar calor directo como con las lámparas porque podríamos causar daños a la piel.

➤ Piel, mucosas y anexos

Hablar sobre este tema es demasiado extenso por eso explicare de forma resumida pero detallada el tema. Para iniciar es importante mencionar que la piel junto con los anexos forma parte del sistema tegumentario y que este es considerado como el órgano más grande del cuerpo humano que funciona como envoltura, es resistente, y flexible. Está constituida por dos capas: la epidermis es la capa superficial está constituido por tejido epitelial y se conforman por dos capas de piel uno es la gruesa que se encuentra en la palma de las manos y plantas de los pies, y en ella se concentran estratos (basal, espinoso, granuloso, lucido, y corneo). Por su lado la piel delgada presenta queratina. La dermis es la capa que se encuentra inferior a la epidermis, es una capa de tejido conjuntivo y lo constituyen 2 regiones o tipos de dermis: la dermis papilar y la dermis reticular. La piel desempeña diversas funciones, las principales son: (1) de protección: ya que evita la entrada de gérmenes patógenos, (2) de regulación térmica: conserva la temperatura corporal, (3) excreción: elimina desechos mediante el sudor, (4) síntesis: en ella se sintetiza la vitamina D y la melanina, (5) fuente sensorial: la piel posee receptores lo cual nos ayuda a percibir el frío, el calor, incluso el dolor. De igual manera los anexos contribuyen a las funciones de la piel: los anexos son las uñas, el pelo, las glándulas sudoríparas y sebáceas. El pelo ayuda a mantener la temperatura y sirve de barrera ante contaminantes, las glándulas sudoríparas se encuentran en toda la piel, bueno excepto en los labios, y existen 2 variedades de glándulas sudoríparas, apocrinas y ecrinas: un dato curioso de las apocrinas es que responden a estímulos como el miedo o el dolor y su secreción es inodora.

➤ Valoración de la piel y anexos

Cuando hablamos de valoración de la piel nos referimos a que a través de la inspección (visualización) y palpación podemos identificar características anormales es por ello que para la valoración de la piel debemos de verificar el color en el que se encuentra esto dependerá de la cantidad de melanina, de la raza o la exposición al sol, se valorara su estado de humectación: si la piel se encuentra seca se puede deber a la exposición a diversos climas (frio y calor) aquí es necesario la humectación con cremas, su textura (liso, rugoso, etc.) debemos de valorar la elasticidad, y si existe lesiones. Las lesiones pueden ser de tipo primaria como las manchas, vesícula, ampollas, pústulas, abscesos, pápula, nódulo, ronchas, entre otros, o de tipo secundaria que se desarrollan sobre las de tipo primaria como: costra, escama, escara, ulceración, esclerosis, atrofia, etc. De igual manera se pueden presentar diversos trastornos que la afecten como la alopecia (perdida de cabello), edemas, eritemas, prurito, etc. La valoración de la piel se hace con la finalidad de prevenir, diagnosticar y tratar diversas afectaciones, es por ello que en la prevención nosotros como personal de enfermería debemos de promocionar la salud, los cuidados, la importancia de las frutas y verduras en el mantenimiento del aspecto joven de la piel. En el diagnostico nosotros debemos de llegar a una conclusión a través de la valoración diagnósticos NANDA, y en el tratamiento nos permitirá actuar sobre las afectaciones que posiblemente ya existan, y al final de ellos valoraremos que tanto ayuda y cómo podemos seguir tratando.

➤ Higiene del paciente

El objetivo de la higiene para la persona hospitalizada es mantener la piel y mucosas en buen estado para que lleve a cabo su función de protección y así evitar infecciones hospitalarias. Aquí la enfermera desempeñará un papel fundamental en cuestión asistencial, desarrollará habilidades y pondrá en práctica sus conocimientos. En la higiene del paciente nos dice que existen ciertas consideraciones como, por ejemplo: que en todos los procedimientos se promueve el autocuidado y aquí la participación de la familia es de suma importancia porque brinda confianza y seguridad al paciente. Por otro lado, las prácticas de aseo brindaran un triple beneficio: (1) disminuirán el riesgo de infecciones al momento de eliminar la suciedad y secreciones de la piel, (2) brindara comodidad, (3) los masajes y cambios de posición estimulan la circulación. Debemos de tomar en cuenta que la enfermedad afecta el estado

anímico de la persona por lo cual como enfermeros debemos de brindar ayuda y asistencia para superar las dificultades psicológicas que se presenten.

Nos dice que las prácticas de higiene también las lleva el personal de salud con el lavado de manos, ya que con esto evitaremos la propagación de microorganismos y reduciremos el riesgo de infección en los pacientes.

Antes de realizar cualquier procedimiento debemos de recordar que la comunicación es necesaria para el entendimiento, es por eso que debemos de comunicar y explicar al paciente o a su familiar lo que se va a realizar, se deberá de reunir el material necesario para evitar pérdida de tiempo y molestias de espera al paciente, y por supuesto debemos de realizar nuestro lavado de manos. En el aseo del paciente es necesario considerar 3 puntos: (1) tomar en cuenta las preferencias personales de cada paciente, (2) integrar a la familia para la realización de estas actividades para dar doble beneficio: seguridad y confianza al paciente y al mismo tiempo preparamos al miembro de la familia para que cuando egresen del hospital pueda seguir con el cuidado domiciliario. Y (3) debemos de mantener una comunicación amigable, amable en todo momento.

Al paciente se le realizara el cuidado del cabello, el aseo bucal, baño o aseo parcial diario, aseo de genitales, cambio de ropa del paciente y de la cama. Esto se llevará a cabo dependiendo las necesidades del paciente y dependiendo el estado en el que se encuentra: consciente o inconsciente.

- ✓ Lavado de cabello: el lavado y el cepillado del cabello ayudan a la distribución de grasas naturales, en pacientes con reposo absoluto el lavado de cabello debe de ser con frecuencia por la acumulación de residuos. Antes debemos de ver si no existen contraindicaciones para movilizar la cabeza y cuello del paciente, y si el paciente está consciente pero no puede estar de pie por mucho tiempo hacemos el uso de una silla. En pacientes que no pueden abandonar la cama el lavado del cabello se realiza ahí mismo: primero se debe de bajar los barandales de la cama y cubrir al paciente con una sábana dejando descubierto la cabeza, después retiramos la almohada y colocamos un impermeable por debajo de la cabeza (este estará en forma de canal a un recipiente para que ahí se concentre el agua residual) y colocamos torundas de algodón una en cada oído posteriormente mojamos el cabello, usamos jabón haciendo

la limpieza de forma circular, enjuagamos, envolvemos con una toalla luego secamos, retiramos el impermeable y las torundas de los oídos, al final colocamos la almohada y dejamos al paciente en una posición cómoda y subimos barandales. Se registra el procedimiento realizado.

- ✓ Higiene de la boca: con la higiene de la boca ayudamos a evitar la presencia de bacterias y caries en la cavidad bucal para mantener en buenas condiciones los dientes, encías y mucosas. El cepillado de los dientes se realizará después de cada comida, se hará un aseo delicado y cuidadoso en pacientes que presenten algún tipo de lesión en la boca, se identificara si el paciente puede hacerlo solo el personal solo deberá apoyar con pasar lo necesario, pero si no puede entonces enfermería lo realizara. El procedimiento consiste en colocar al paciente en posición fowler para evitar accidentes, proporcionaremos una toalla y el cepillo con pasta dental, el paciente realizara movimientos de izquierda a derecha y de arriba hacia abajo para los dientes, movimientos circulares para las muelas y cepillado suave para la lengua. Se proporcionará agua para enjuagarse y una toalla para el secado.

Baños del paciente: brindara comodidad, aseguramos y promovemos la limpieza. Aquí se deberá de prestar atención tanto en el lavado como en el secado de determinadas áreas corporales como, pliegues (piel debajo de las mamas en mujeres) y cavidades (oídos, zona perineal, etc.). se deberá de cuidar a privacidad del paciente.

- ✓ Baño en cama: se realiza en pacientes que no pueden dejar la cama por diversos motivos. Aquí debemos de reunir todo lo necesario para el procedimiento y así evitar pérdida de tiempo, debemos de hacer uso de guantes y si es necesario nos ayudará otra persona (familiar u otro profesional), se cuidará la seguridad del paciente, evitar las corrientes de aire y solo se expondrán las zonas del cuerpo que van a ser lavadas

El procedimiento consiste en colocar al paciente en una posición cómoda manteniendo la alineación corporal, elevaremos la cabecera a una posición semifowler, luego retiraremos las cubiertas de la cama y al paciente se cubrirá con una toalla o sabana, antes se retirará la bata con precaución por la presencia de catéteres, con una toalla pequeña se debe de lavar en el siguiente orden: los ojos desde el ángulo interno al ángulo externo, se lavará la frente, los

pómulos, nariz, cuello y orejas. Luego se lavarán las extremidades superiores de las partes distales (muñecas) a las proximales (Axilas) para lavarlos completamente se levantarán los brazos, con una toalla se ira secando, posteriormente se lavarán las manos, para la parte del tórax y el abdomen se utilizarán toallas con agua y jabón se harán movimientos amplios hasta llegar a la zona suprapúbica, se secará y se cubrirá. Después las extremidades inferiores se descubrirán y se colocara una toalla por debajo de ellas y se comenzara a lavar al igual que las extremidades inferiores se harán movimientos amplios del tobillo hasta las regiones inguinales, para asegurarse de una buena limpieza se elevarán las extremidades y se secan. Se hará el lavado de los pies (se puede introducir dentro de la palangana para realizarlo, pero hay que poner atención en la zona interdigital), luego se secan los pies. Para la parte anterior del cuerpo se colocará al paciente en posición decúbito lateral y se descubrirá la espalda y glúteos, se podrá poner una tola abajo del cuerpo se lavará con agua y jabón realizando pasadas largas desde el cuello hasta los glúteos y posteriormente se secarán. Luego se colocará al paciente en una posición decúbito dorsal y se cubrirá, para el lavado de los genitales la enfermera deberá hacer uso de agua y jabón, luego se secarán, para terminar, se retirará el material utilizado, y se vestirá al paciente, se colocará la ropa de cama y se dejará al paciente en una posición cómoda. Debemos de realizar el lavado de manos.

Aseo parcial: este tipo de higiene se realiza en zonas específicas del paciente, como un aseo genital, un aseo de cabello, de cara, ojos y odios.

Cambio de ropa al paciente y a la cama: el cambio de ropa al paciente se llevara a cabo cuando este lo necesite; por ejemplo después de realizar su aseo personal o después de haberle realizado algún procedimiento en donde la bata o ropa se halla ensuciado, un ejemplo de esto sería cuando se canaliza al paciente y ensuciamos con la sangre o cuando el equipo de la venoclisis presenta fugas. El cambio de ropa de cama se realizará con la finalidad de mantener el área en condiciones adecuadas, limpia y organizada principalmente y de igual manera para brindar comodidad al paciente.

➤ Prevención de úlceras por presión

Para iniciar con el desarrollo de este tema como primer número debemos de conocer que es una úlcera por presión o también se le conoce como úlcera de cubito. Estas son lesiones de origen isquémico y se localizan en la piel y en los tejidos subyacentes, son característicos por

la pérdida cutánea, se producen por presión: el peso del cuerpo aprieta los tejidos entre la cama y el hueso, también se producen por fricción: presión ejercida paralelamente al paciente sobre un plano duro o semiduro ocasionando erosiones por el movimiento o arrastre del paciente. Las zonas donde más se presentan son en los talones de los pies, tobillos, cadera y coxis. Y se manifiestan con mayoría en los pacientes encamados con movilidad nula. Las UPP tienen diversos factores causales como la mala humectación de la piel, si la piel se encuentra seca las úlceras por presión tienden a aparecer con mayor facilidad, de igual manera se producen por falta de inmovilidad (la inmovilidad se puede deber a fracturas, enfermedades neurológicas, etc.), una mala nutrición también afecta en cuestión de las úlceras ya que si el paciente se encuentra en un cuadro de desnutrición la capacidad de reparación de la piel será muy difícil/lenta.

Existen cuatro estados o grados de las úlceras, a continuación, se describen.

Estadio I: eritema, enrojecimiento persistente a pesar de la eliminación de compresión.



Estadio II: pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a la epidermis. Úlcera superficial con aspecto de abrasión, presencia de ampolla.



Estadio III: pérdida total del grosor de la piel con lesión o necrosis del tejido subcutáneo.

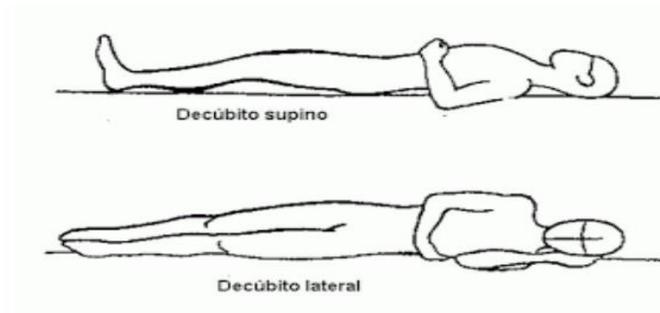


Estadio IV: necrosis, pérdida total de grosor de la piel con necrosis del tejido o daño muscular.



Valoramos la presencia de úlceras al momento de la exploración física en el ingreso y se hará de forma periódica durante la estancia del paciente en la unidad de salud. Podemos valorarlas con ayuda de escalas para identificar a los pacientes que están propensos a desarrollarlas, como la escala de Braden, la escala de Norton que son las más conocidas, aunque existen otras escalas que igual ayudan a valorar el riesgo de úlceras por presión como la escala de Arnell, la escala de Waterlow, entre otras. En ellas se encuentran rubros a valorar como el estado físico, el estado mental, la actividad, movilidad, nutrición, exposición a la humedad, etc. Esto dependerá de que tipo de escala utilicemos.

Podemos prevenir úlceras por presión a pacientes encamados haciendo el cambio de posición cada 2-3 horas, independientemente de sus necesidades y se deberá de alternar diferentes posturas. Las posturas más frecuentes para evitar UPP es decúbito supino y decúbito lateral izquierdo o derecho.



Otra manera de prevenir las úlceras por presión es teniendo una buena hidratación e higiene de la piel, una buena alimentación rica en vitaminas y minerales para mantener el contenido exacto de colágeno en la piel y así evitarlas o poder generar una cicatrización favorable. De igual manera mantener una buena movilización en pacientes hospitalizados aquí podemos encontrar dos tipos de pacientes, el colaborador: que solo necesita la ayuda de una enfermera para moverse y se necesita que este junto a la cama o frente a él, y el paciente no colaborador: aquí la movilización se hará entre dos enfermeras, una en cada lado. Es importante también vigilar y prevenir la aparición de estas úlceras en pacientes diabéticos ya que como sabemos en ellos el proceso de cicatrización es lenta y a veces hasta difícil.

El grado en el que se encuentre la úlcera dependerá de la movilización que se le de al paciente, la alimentación y la higiene, principalmente la higiene de la piel.

Conclusión

En conclusión, es importante mencionar que los temas que se abordaron son de gran interés e importancia ya que a partir de ellos nosotros podemos visualizar la relevancia del papel que desarrolla una enfermera/ un enfermero en el ámbito hospitalario junto con los demás profesionales de la salud, igual pude analizar los diferentes procesos y actividades de las que se encarga la enfermería, el cómo se debe de hacer, bajo que lineamientos, con que finalidad, etc. Es necesario recalcar que debemos de tener actitudes agradables y aptitudes con la sociedad, con el paciente, ya que con esto podemos establecer una buena relación con la familia y con el equipo de trabajo y así apoyar también a la persona en su pronta recuperación. Por otro lado, la relación paciente enfermera (o) es sumamente importante ya que con ello podemos forjar confianza, empatía y a la vez los pacientes nos ayudan proporcionando información mientras nosotros actuamos, y esta relación debe de mantenerse siempre al margen, actuando siempre con respeto y ética. Por otro lado, identifique que aun proporcionando cuidados asistenciales la promoción a la salud sigue presente y es lo primordial para proporcionar atención, promover, guiar al mantenimiento de la salud. Ahora puedo mencionar que desde mi punto de vista pude alcanzar el objetivo general que era generalizar los temas centralizándolos en ideas principales para que el lector tuviera mejor entendimiento, y con los específicos también puesto que adquirí nuevos conocimientos que me preparan para la intervención en el campo de la salud y hacen mucho más interesante la asignatura, la carrera y las actividades.

Bibliografía: Antología de fundamentos de enfermería

Manual de la enfermería, edición 2013, autoras: Msc. Elsa Almeida de jara, Lic. rosa castro, Lic. magdalena guzmán, Msc. Giovanna Segovia.

Libro fundamentos de enfermería, tercera edición (Susana Rosales Barrera, Eva Reyes Gómez)

Libro fundamentos de enfermería, segunda edición (Eva Reyes Gómez)

Manual de enfermería técnicas y procedimientos, edición 2013 (autores diversos)