



**Nombre de alumnos: María José  
Hidalgo Roblero**

**Nombre del profesor: Rubén Eduardo  
Domínguez García.**

**Nombre del trabajo: Ensayo**

**Materia: fundamentos de enfermería**

**Grado: 1**

**Grupo: A**

## UNIDAD II: CUIDADOS BASICOS DE ENFERMERIA

Patrón percepción – manejo de la salud: Este tema valora como el paciente valora su salud y bienestar si es buena o mala. Como el individuo lleva el control de su salud si asiste a sus citas médicas, a sus prácticas terapéuticas. Esto se valora con la higiene; la higiene personal, como es la higiene en su hogar, si acude a las campañas de vacunación. Su conducta saludable; si el paciente presenta conocimiento acerca de su salud y el interés que tiene hacia ella o si tiene hábitos malos de salud. Todo esto para tener un resultado de patrón. Este puede ser alterado cuando la persona no cuida de su salud, se droga, fuma, toma tiene mala higiene tanto personal como en su hogar.

La asepsia la asepsia es la ausencia de microorganismos que son causantes de la enfermedad tiene un procedimiento que permite reducir al máximo la transmisión de microorganismos del medio ambiente, se utilizan en pacientes hospitalizados dependiente de su diagnóstico, se puede aplicar en la sangre, líquidos corporales, secreciones entre otros. Hay reglas básicas de asepsia que son: precauciones “estándar”, “de contacto”, “respiratorias”, “por gotas” Existen dos tipos de asepsia: la médica que es el método utilizado para evitar la prolongación de microorganismos y la quirúrgica que se utiliza para destruir toda la clase de vida microbiana incluyendo esporas. Se da en 3 procesos: sanitización, desinfección y esterilización.

La administración de medicamentos: la dosificación es determinada según el tamaño, frecuencia y el número del medicamento que se debe proporcionar a un paciente con fin terapéutico o de diagnóstico. La dosis es la cantidad o porción de un medicamento que se da en determinado tiempo para lograr un efecto en especial. Para esto influye la edad, el peso, la condición, el sexo, factores psicológicos entre otros. La edad es importante ya que para niños y personas de edad avanzada la dosis es menor a un adulto.

Los medicamentos son utilizados para tratar las enfermedades. Esto es fundamental en el área de enfermería ya que debe saber administrar los medicamentos del paciente, saber la función y los efectos del medicamento. Los medicamentos se clasifican según su efecto en el cuerpo humano por lo general existe más de un medicamento para aliviar un solo dolor o malestar.

Patrón cognitivo –perceptual: esto valora el nivel de conciencia hacia la realidad, como se adecuan los órganos a los sentidos cuando hay una prótesis la percepción del dolor y su tratamiento, ayuda en la comprensión de ideas y la toma de decisiones. Se valora según

el nivel de conciencia y su orientación: si el paciente puede leer o escribir, si tiene problemas al expresarse o problemas de memoria, si se le dificulta el lenguaje, si no tiene concentración, si le cuesta comprender, si le cuesta aprender, sus fobias o miedos, olfato, problemas en la vista, si le cuesta escuchar . Se toma información acerca de si el paciente tiene un dolor, en que parte, el tipo de dolor y que tan fuerte es este y si le afecta en sus actividades diarias. Este patrón es alterado cuando: la persona no está consciente de su enfermedad y si esta presenta problemas en el oído o la vista. Si presenta problemas de atención, de memoria o expresión si tiene fobias o miedos sin razón alguna. Para saber exactamente si el patrón está o no alterado se debe de realizar test ya determinados.

Para la valoración o alivio del dolor se debe preguntar ya sea un familiar, la persona que esté a cargo del paciente o al mismo paciente si tiene presencia del dolor o de algún malestar. La valoración se realiza al ingreso, dentro de la valoración inicial de enfermería. Los parámetros del dolor que se deben valorar son: localizar la zona con dolor, causa del dolor, intensidad del dolor, frecuencia con la que se da el dolor si es continuo o intermitente. Para poder validar el dolor se necesita de una herramienta sistemática y validada. Para esto el grado recomendado es utilizar la escala numérica (NRS), la escala visual analógica (EVA) la escala facial y PAINAD con la función de las características de las escalas y del paciente. El resultado numérico de la valoración del dolor se maneja de 0 a 10 y se registra en el formulario de constantes vitales. La enfermera responsable del paciente valora estos datos y los incorpora a la historia clínica y asigna los cuidados para valorar y manejar el dolor según la valoración realizada.

El patrón nutricional metabólico valora: el consumo que tiene el paciente con sus alimentos y líquidos según su metabolismo y los horarios que maneja. Sus alimentos preferidos, si consume suplementos. Si tiene trastornos de alimentación. Para llevar a cabo la valoración se debe de recoger los siguientes datos: el número de comidas, el lugar, el horario de alimentación, si tiene alguna dieta, etc. Se debe preguntar qué tipo de alimentos que consume: frutas, verduras, carnes, leguminosas, lácteos, pescado.

La nutrición es un grupo de pasos que se le asignan al organismo de nutrientes necesarios. El objetivo de la nutrición es proporcionar al paciente una dieta prescrita de acuerdo a lo que su cuerpo necesita. Darle al paciente buenos hábitos para su dieta mientras esta en el hospital. Lo principal es que los alimentos contiene nutrientes importantes para nuestra vida. Los materiales son: jeringas de distintos tamaños, gotero, vasos graduados, bolsas de alimentación, sondas de diferente calibre, guantes, hojas de

registro. Existen diferentes tipos de alimentación: la alimentación por jeringa, con gotero, por sondas y forzadas.

Valoración del patrón nutricional: se tiene que valorar si tiene problemas en la boca caries, úlceras, entre otras. Valorar si tiene problemas a la hora de comer como masticar o tragar, si es así se tiene que buscar opciones como incrementar la alimentación por sondas ya sea alimentos enteros o en puré. También se debe valorar los diferentes tipos de problemas como es si tiene problemas digestivos, náuseas, vómitos, Si es intolerante a un alimento, alérgico a alguno, si necesita de suplementos alimenticios o vitaminas. Según la declaración de Zaragoza durante el día la persona tiene que tomar 10 vasos de agua, mientras que en otras fuentes dice que pueden ser de 8 a 10 vasos de agua por día, esta podría ser agua mineral, té, infusiones entre otros.

Los cuidados en pacientes con problemas nutricionales: en este paso el personal se debe de preparar, debemos de tener todos los materiales a utilizar cerca y esterilizados, llevar a cabo el correcto lavado de manos, y utilizar guantes. Para la preparación del paciente: debemos reconocer a nuestro paciente y tanto a él como al familiar encargado debemos darle información acerca del procedimiento que se realizara, hacer saber al paciente si puede colaborar en el procedimiento según sus posibilidades, mantener la privacidad, y colocar al paciente en la posición correspondiente que es con la cabecera de la cama a 30 o 45° esto es para reducir riesgo de aspiración. Para llevar a cabo el procedimiento: se debe conocer el tipo de nutrición y saber cuál es la dosis indicada a suministrar, verificar la fecha de caducidad, y la temperatura de la alimentación. Colocar la bolsa en el porta sueros, acoplar el sistema de infusión en la bolsa y purgar, adaptar el sistema al regulador de goteo, comprobar la permeabilidad de la sonda, acoplar el sistema de infusión de la sonda, empezar la nutrición checando el goteo según lo indicado anteriormente, checar el residuo gástrico antes de cada suministro. Si es administración continúa comprobar a cada 4 o 6 horas, si en el caso que el volumen gástrico sea menor a 150 ml se debe reintroducir, si este es superior a 150ml se debe informar al médico. En niños pequeños el volumen gástrico depende de la edad y el peso del niño. Se debe de estar checando frecuentemente el ritmo de goteo, al terminar la alimentación se debe esperar de 30 a 60 minutos antes de poner al paciente de forma horizontal, rociar la sonda con 30 a 50 ml de agua durante la alimentación continua y si es alimentación intermitente después de esta. Observar si el paciente no tiene síntomas de náusea o vomito o si esta en plenitud, los recipientes utilizados para la alimentación enteral se desechan cada 24 horas.

El ser humano como también los animales son homeotermo ósea que tiene la capacidad de mantener su temperatura independiente de los cambios ambientales. El centro encargado del control térmico se encuentra en grupos neuronales del núcleo pre óptico del hipotálamo anterior, este recibe información de los receptores térmicos cutáneos que se encuentran situados en grandes vasos, viseras abdominales, y medula espinal. Cuando la temperatura central aumenta, el centro regulador activa fibras eferentes del sistema nervioso que aumenta la pérdida de calor al producir vasodilatación cutánea y aumento. La fiebre se define como una temperatura que en la parte de la axila se encuentra superior a 38° C rectar superior a 38,8° C es una respuesta compleja medida por mecanismos neuroendocrinos, inmunológicos y conductuales. Este es diferente a la hipertermia ya que esta se debe a un desequilibrio de producción y eliminación de calor por el aumento de la primera o disminución de la segunda. La hipotermia se caracteriza por que el organismo no es capaz de producir una cantidad de calor suficiente para mantener las funciones fisiológicas. También se define por un descenso de temperatura del organismo por debajo de los 35° C. si esta no fue intencionada se le denomina accidental o primaria, la hipotermia secundaria representa una complicación de otro trastorno subyacente. Cuando la temperatura esta entre 32° -35° se le denomina hipotermia leve.

Valoración del patrón de termorregulación: las manifestaciones clínicas típicas de GC incluyen la hipertermia extrema cuando es mayor que 41° C, cuando ya existe una alteración de conciencia, que pueda llegar a caer en coma. Esto es más común si el GC es activo y tiene complicaciones como convulsiones hipotensión, insuficiencia renal aguda, insuficiencia hepática aguda, coagulación intravascular. El paciente con estas manifestaciones se podría describir con GC clínico. Por el aumento de producción de calor: Actividad física intensa, Fiebre. Infecciones , Convulsiones , Enfermedad de Parkinson, Hipertiroidismo, Obesidad , Consumo de alcohol , Enfermedades sistémicas que alteren la vasodilatación cutánea o los mecanismos de sudoración, Ingesta hídrica insuficiente , Falta de aclimatación al calor.

Cuidados en pacientes con problemas de termorregulación: se debe llevar un control de signos vitales: debemos saber que durante la hipertermia la FC aumenta por la disminución de la presión arterial que es producida por la vasodilatación y del aumento del metabolismo. Se debe de valorar la coloración y la temperatura cutánea: pues al inicio de la hipertermia los vasos sanguíneos se contraen para evitar la pérdida de calor y después

se dilatan para favorecer la pérdida de calor. Descubir al paciente para favorecer a la pérdida de calor, se le debe administrar al paciente líquidos orales frecuentemente, medir los aportes y pérdidas esto ayuda a tener un mejor balance, disminución de la actividad física ya que los músculos son los que producen mayor cantidad de calor, administrar antipiréticos estos ayudan a regularizar el centro termorregulador del hipotálamo, se debe tener la higiene bucal para prevenir infecciones y tener más comodidad, y mantener el control por medios físicos esto para favorecer la pérdida de calor.

Se debe conservar el estado de nutrición y para esto es necesario administrar proteínas para ayudar a la formación de tejido corporal y carbohidratos para la energía.

Tener la ropa de cama seca y limpia para evitar lesiones en la piel del paciente.

Que se debe hacer en una hipotermia: checar los signos vitales ya que la FC y FR tienden a aumentar para compensarse. Tener al paciente en un ambiente cálido para poder incrementar la producción de calor, mantener las extremidades junto al tronco para poder estimular la producción de calor, mantener la cabeza cubierta con un gorro o turbante esto para evitar la pérdida de calor en los grandes poros, administrar líquidos calientes por IV, administrar líquidos calientes por VO, aplicar mantas o compresas calientes.

Piel mucosa y anexos: la piel es un órgano inmunológico la cual reviste y protege al cuerpo y se relaciona con el ambiente; este órgano es muy importante en la homeostasis del organismo ya que controla los líquidos y electrolitos, por medio del proceso de respiración, ayuda en el control de volumen sanguíneo y la temperatura, consta de una importante función nerviosa, también es una barrera física contra traumas físicos y químicos y es participe de la síntesis de vitamina D.

Valoración de la piel y anexos: con ayuda del examen físico se valora los riesgos de traumatismo y las enfermedades que afecten el proceso de cicatrización, se valora el periodo nutricional con un instrumento validado, con un consumo de nutrientes y si es necesario con suplementos compatible con la persona con EB y sus preferencias. Se hace una valoración integral que incluya aspectos psico- sociales y sus formas de adaptación y afrontamiento. Valorar los cuidados como también a la persona que presta este servicio, también las actitudes, habilidades, conocimientos, y apoyo social. Esto ayudara a la enfermera a diagnosticar las necesidades en sus cuidados de la persona afectada con

EB y para la cuidadora establecer criterios del cuidado y planificar las intervenciones con sus actividades.

Anexos de la piel pelos y uñas: pelos: la distribución de los pelos es diferente en hombres y mujeres, también cambian por la edad. Estas son unas alteraciones de distribución y características del pelo: calvicie: es la ausencia o caída del pelo a nivel del cuero cabelludo, alopecia: es la caída del cabello por distintos motivos y en distintos grados de extensión, hirsutismo: es el aumento del bello de la mujer especialmente en espalda, pecho y barba. Las uñas tienen una curvatura en sentido longitudinal y horizontal.

Higiene del paciente: la piel es el órgano que cubre todo el cuerpo, a la hora de examinarla se debe de tomar en cuenta los siguientes aspectos: color, humedad y untuosidad, turgor y elasticidad, temperatura, lesiones, anexos de la piel: pelos y uñas.

El color de la piel depende de varios motivos: la cantidad de pigmento esto depende de la raza, la herencia y la exposición al sol. En algunas zonas del cuerpo existe mayor pigmentación como es en pezones pero esto es normal. También puede tener falta de pigmento si este trastorno es generalizado de ahí surge el albinismo y si es localizado da lugar al vitíligo. Depende también del grosor de la piel y la profundidad sanguínea. Esto se basa en la riqueza de capilares sanguíneos esto dependiendo del paciente tal como si padece anemia o si tiene exceso de glóbulos rojos. La palidez es señal de que el paciente padezca de anemia, existe la cianosis que es el porcentaje aumentado de hemoglobina saturada por oxígeno, rubicundez que es la vasodilatación. Entre otros estos cambios se notan mejor en personas blancas. La higiene tiene como objetivo situar al paciente en condiciones favorables frente a los riesgos del ambiente.

Prevención de úlceras por presión: las úlceras por presión son lesiones en la piel de origen isquémico. En el desarrollo de una úlcera existen dos mecanismos la oclusión vascular por la presión externa y el daño endotelial a nivel de la micro-circulación. Para una buena cicatrización de úlceras por presión se debe tener un buen soporte nutricional y esto también ayuda a prevenirlas y en las complicaciones como es una infección. El aporte hídrico también ayuda a la prevención de úlceras por presión puesto que la piel al estar hidratada tiene menor riesgo a lastimarse. Dependiendo la necesidad del paciente se debe valorar el estado nutricional y debe llevar una buena dieta. Es aconsejable aportar suplementos minerales y vitaminas si hay déficit.