

**Nombre de alumno: Natalia  
Betsabe Gómez Guzmán.**

|

**Nombre del profesor: María del  
Carmen López Silba**

**Nombre del trabajo: Resumen-unidad  
II**

**Materia: Fundamentos de enfermería**

**Grado: 1**

**Grupo: B**

**Comitán de Domínguez Chiapas a 13 de octubre de 2021.**

# UNIDAD II

## CUIDADOS BASICOS DE ENFERMERIA.

### 2.1- Patron percepción - manejo de la salud.

\*Que valora: Como percibe el individuo la salud y el bienestar. Como maneja, mantiene o recupera su salud. Incluye prácticas terapéuticas y prácticas preventivas (hábitos higiénicos, vacunaciones).



\*Como se valora: Hábitos higiénicos; personales, vivienda, vestido, vacunas, alergias. Conductas saludables; interés y conocimiento, existencia o no de alteraciones de salud o de hábitos tóxicos.

\*Resultado del patrón: Esta alterado si la persona considera que su salud es pobre, regular o mala. Tiene una inadecuada salud, no recibe ningún tratamiento, no está vacunada, la higiene personal o de la vivienda es descuidada.

### 2.2- Asepsia.

La asepsia es la ausencia de microorganismos patógenos que producen enfermedad.

\*Incluye todas las actividades para prevenir la infección o romper la cadena.

-Medidas precautorias universales.  
Son las utilizadas en el cuidado de todas las personas hospitalizadas, independientemente de su diagnóstico o estado. También llamadas "estándar"



Norma

\* Se aplican a sangre, líquidos corporales, secreciones y excreciones, piel lesionada y membranas mucosas.

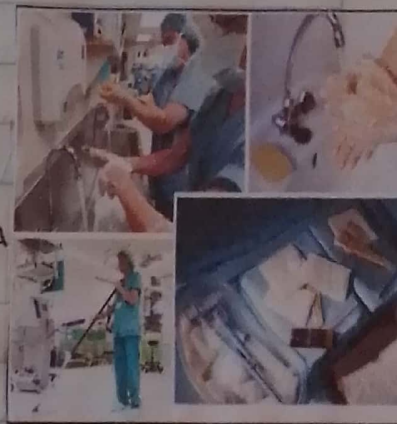
- Medidas precautorias basadas en la transmisión.

\* Se aplican a los usuarios que se sospechan con infección por agentes patógenos que pueden transmitirse por gotas, aire o contacto.

- Tipos de asepsia:

• **Asepsia médica:**

Método utilizado para reducir y evitar la propagación de microorganismos.



• **Asepsia quirúrgica:**

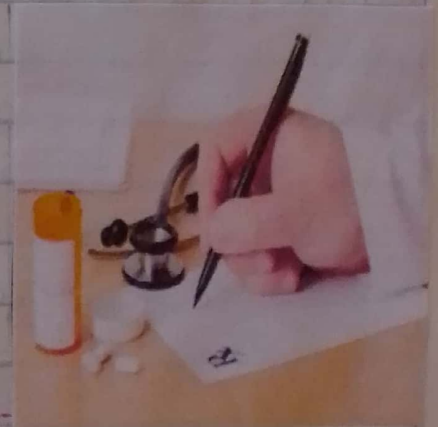
Método para destruir toda clase de vida microbiana. Incluyendo sus esporas.

→ Puede darse 3 procesos: Sanitización, Desinfección y esterilización.

## 2.3- Administración de medicamentos.

La dosificación es la determinación del tamaño, frecuencia y número de dosis de un medicamento o radiación que debe administrarse a una persona con diversos fines.

la rama de la farmacología que la estudia se llama posología. La dosis la determina la edad, el peso corporal, la condición de la persona, la vía de administración, el sexo y los factores psicológicos y ambientales.

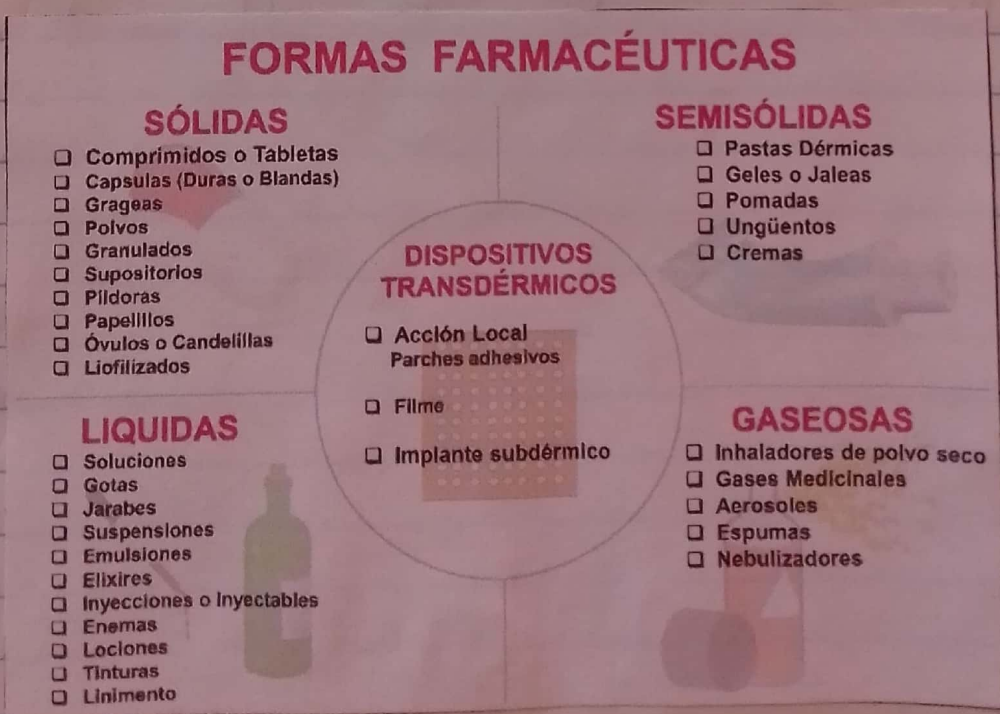
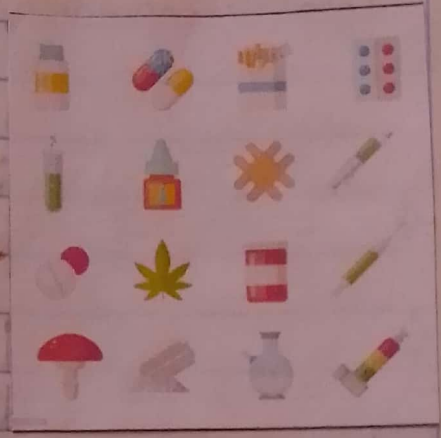




La administración y evaluación de medicamentos son una parte fundamental de la práctica en enfermería, las enfermeras deben tener conocimientos sobre las acciones y los efectos de los medicamentos tomados por sus pacientes. Requiere una comprensión de los aspectos legales de la atención sanitaria, farmacología, farmacocinética, ciencias biológicas, fisiopatología, anatomía humana y matemáticas.

La clasificación de los medicamentos indica el efecto del medicamento en el sistema corporal, los síntomas que el medicamento alivia o su efecto deseado. Normalmente cada clase contiene más de un medicamento que es utilizado para el mismo tipo de problema de salud. \*Por ejemplo, la aspirina es un medicamento analgésico, antipirético y antiinflamatorio.

\* Los medicamentos están disponibles en una variedad de formas o preparaciones.



## 2.4- Patrón cognitivo-perceptual.

**Que valora:** Nivel de conciencia de la realidad, adecuación de los órganos de los sentidos, compensación o prótesis, percepción del dolor y tratamiento, lenguaje, ayudas para la comunicación, memoria, juicio, comprensión de ideas, toma de decisiones.



**Como se valora:**

- Nivel de conciencia y orientación así como de instrucción.
- Si tiene alteraciones cognitivas: Como problemas para expresar ideas o de memoria, dificultades para la toma de decisiones, problemas de lenguaje, de concentración, síntomas depresivos, problemas de comprensión, fobias o miedos o dificultades en el aprendizaje.
- Si tiene alteraciones perceptivas: Por problemas de visión, de audición, de olfato, de gusto o sensibilidad táctil, si la persona tiene dolor, tipo, localización, intensidad y si está o no controlado y si tiene repercusión en las actividades que realiza.
- Si tiene alteraciones de la conducta: Irritabilidad, intranquilidad o agitación.





El patrón está alterado si la persona no está consciente u orientada, hay dificultades de comprensión, presencia de dolor. Existen problemas de memoria, miedos injustificados o alteración de conducta.

\* Se aconseja utilizar los diferentes test o escalas validadas ya que tienen un valor añadido en la determinación de si el patrón está o no alterado.

## 2.5- Valoración y alivio del dolor.

"La valoración inicial del dolor se realizará al ingreso, dentro de la valoración inicial de enfermería".

• **Parámetros del dolor que se valorarán:**

- Localización del dolor.
- Factores desencadenantes.
- Irradiación del dolor.
- Intensidad del dolor.
- Frecuencia temporal; intermitente, continuo.

-F.S

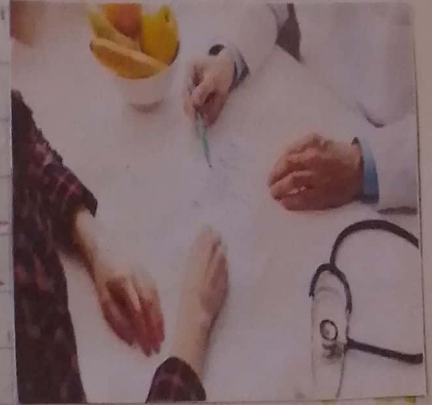
• **Herramientas para valorar la intensidad del dolor:**

- Escala numérica (NRS).
- Escala visual Analógica (EVA).
- Escala facial y escala PAINAD.

La enfermera responsable del paciente valorará estos parámetros, los registrará en la Historia Clínica y asignará la agrupación de cuidados para la valoración y manejo del dolor en función de la valoración realizada.

## 2.6- Patrón nutricional metabólico.

Qué valora: Describe el consumo de alimentos y líquidos en relación con sus necesidades metabólicas, horarios de comida, preferencias y suplementos, problemas en su ingesta, altura, peso, temperatura, condiciones de piel, mucosas y membranas.



Cómo se valora: Valoración del IMC, valoración de la alimentación. Se deben hacer preguntas sobre el tipo de alimentos que toma por grupos.

## 2.7- Nutrición.

Los objetivos son:

- Proporcionar la dieta prescrita de acuerdo con las condiciones fisiopatológicas del paciente.
- Promover hábitos higiénico-dietéticos durante su estancia hospitalaria.

• "Los alimentos contienen nutrientes esenciales para la vida".



Tipos de alimentación:

- ~ Alimentación con jeringa.
- ~ Alimentación con gotero.
- ~ Alimentación por sonda nasogástrica.
- ~ Alimentación forzada.
- ~ Alimentación por gastrostomía.



Norma

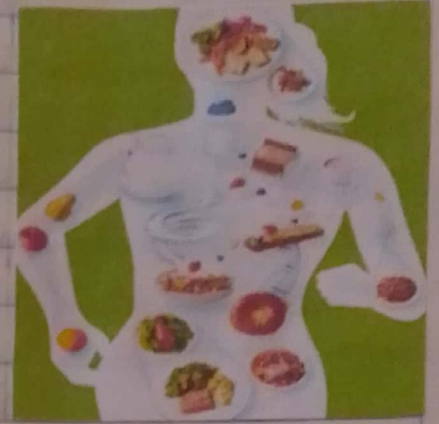


## 2.8- Valoración del patrón nutricional.

- P.S

+ Valoración de problemas en la boca:  
Si tiene alteraciones bucales.

+ Valoración de problemas para comer:  
Dificultades para masticar, tragar.



+ Otros problemas que influyen en el patrón: Problemas digestivos, dependencia, inapetencias, alergias. Alteraciones en la piel: fragilidad de uñas y pelo, prurito, edemas, lesiones, temperatura, cicatrización, lesiones cutáneas, abscesos, lipomas, verrugas, etc.

• El patrón está alterado si: Tiene una nutrición desequilibrada, escasos líquidos consumidos, problemas en la boca, dificultad para masticar o tragar, necesita sonda alimenticia, tiene problemas digestivos y alteraciones en la piel.

• Con respecto al IMC: + Patrón alterado: superior al 30% o inferior a 18.5%. + Patrón en riesgo: entre 25 y 30. + Patrón eficaz: entre 18.6 y 24.9.

\* Una persona tiene que ingerir 10 vasos de líquidos al día: agua mineral / del grifo, refrescos sin azúcar añadido, té, café o infusiones sin azúcar.

\* Estado nutricional normal o anormal se valorará teniendo en cuenta el IMC o juicio de la enfermera en base a observación. Puede usarse el test de MNA que valora el riesgo de malnutrición.



## 2.9- Cuidados en pacientes con problemas nutricionales.

### • Preparación del personal:

- Asegurar que todo el material necesario esté a mano.
- Higiene de manos.
- Colocación de guantes.

### • Preparación del paciente:

- Identificación del paciente.
- Informar al paciente o familia del procedimiento.
- Preservar la intimidad y confidencialidad.
- Colocar al paciente en posición adecuada.
- Fomentar la colaboración del paciente según sus posibilidades.

### ••• Procedimiento:

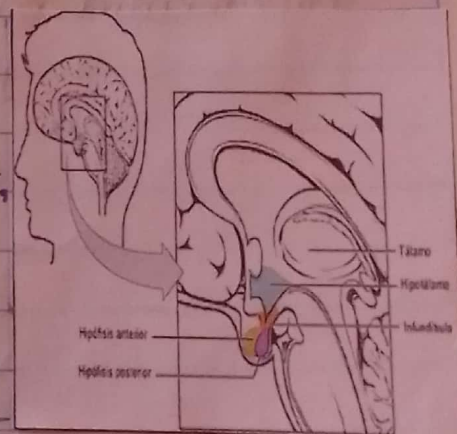
- Verificar la orden médica y comprobar el tipo de nutrición así como la cantidad a suministrar.
- Colocar la bolsa en el porta sueros o bomba de nutrición.
- Acoplar el sistema de infusión en la bolsa y purgar el sistema.
- Adaptar dicho sistema al regulador de goteo o bomba de nutrición.
- Comprobar la permeabilidad de la sonda.
- Acoplar sistema de infusión a la sonda de nutrición.
- Iniciar perfusión de la nutrición, adecuando el goteo al horario establecido.
- Comprobar el residuo gástrico antes de cada suministro en la administración intermitente o continua intermitente. En la administración continua, comprobar cada 4 o 6 horas. Si el volumen gástrico residual, es menor de 150 ml, reintroducirlo, si es superior a 150 ml en adultos, informar al médico.



- Comprobar con frecuencia el ritmo de goteo.
- Al finalizar la alimentación esperar 30 a 60 minutos antes de colocar al paciente en posición horizontal.
- Irrigar la sonda con aproximadamente 30 a 50 ml de agua, durante la alimentación continua y después de cada alimentación intermitente.
- Observar si hay sensación de plenitud, náuseas y vómitos.
- Desechar los recipientes de alimentación enteral y los equipos de administración cada 24 horas.

## 2.10- Termorregulación.

El centro encargado del control térmico se encuentra en grupos neuronales del núcleo pre óptico del hipotálamo anterior, que recibe información de los receptores térmicos cutáneos, de los situados en grandes vasos, vísceras abdominales y médula espinal y de la sangre que perfunde el hipotálamo.



✦ La fiebre se define como una temperatura axilar superior a  $38^{\circ}\text{C}$  o rectal superior a  $38,8^{\circ}\text{C}$ , es una respuesta compleja e inespecífica mediada por mecanismos neuroendocrinos, inmunológicos, autonómicos y conductuales. Se diferencia de la hipertermia en que ésta se debe a un desequilibrio entre producción y eliminación de calor por un aumento de la primera o una disminución de la segunda. \* Apesar de las diferencias en su fisiopatología la presentación clínica de la fiebre y la hipertermia es similar.

Norma



+ La hipotermia representa una situación en la que el organismo no es capaz de producir una cantidad de calor suficiente para mantener las funciones fisiológicas, se define como un descenso de la temperatura central del organismo por debajo de los  $35^{\circ}\text{C}$ , generalmente en el contexto de exposición a temperaturas ambientales bajas.



### • Tipos de hipotermia:

- ~ Hipotermia leve: Temperaturas entre  $32-35^{\circ}\text{C}$
- ~ Hipotermia moderada: Entre  $28$  y  $32^{\circ}\text{C}$
- ~ Hipotermia grave: Por debajo de  $28^{\circ}\text{C}$

## 2.11 - Valoración del patrón termorregulación.

Manifestaciones clínicas: Las manifestaciones clínicas típicas del GC incluyen hipotermia extrema ( $>41^{\circ}\text{C}$ ), alteración del nivel de conciencia, que puede llegar al coma y anhidrosis. El diagnóstico del GC es clínico y debe sospecharse en pacientes con las manifestaciones clínicas descritas en los que exista el antecedente de exposición a temperaturas ambientales elevadas.

Por aumento de la producción de calor:

- Actividad física intensa.
- Fiebre, infecciones.
- Convulsiones.
- Enfermedad de parkinson.
- Hipertiroidismo.
- Feocromocitoma.
- obesidad.
- Consumo de alcohol.
- Ingesta hídrica insuficiente.
- etcetera.

## 2.12 - Cuidados en pacientes con problemas de termorregulación.

### ✿ Hipertermia.

= Control de signos vitales: Durante la hipertermia la FC aumenta en respuesta a la disminución de la presión arterial que se produce como consecuencia de la vasodilatación periférica y como consecuencia del aumento del metabolismo. La frecuencia y la profundidad respiratoria se elevan con el objeto de incrementar las pérdidas de calor por la transpiración.



- = Evaluar el color y la temperatura cutáneos.
- = Descobijar al paciente: Para favorecer la pérdida de calor por convección.
- = Administrar líquidos orales frecuentemente.
- = Medir los aportes y pérdidas: Esto permitira reponer las pérdidas con mayor objetividad.
- = Disminuir la actividad física: Los músculos voluntarios son los que producen mayor cantidad de calor.
- = Administrar anti piréticos.
- = Higiene bucal.
- = Control por medios físicos: Para favorecer la pérdida de calor por conducción, irradiación y evaporación.
- = Ropa de cama seca y limpia: Para evitar lesiones en la piel.



## ❖ Hipotermia.

= Valorar signos vitales: Durante el inicio de la hipotermia la FC y la FR aumentan para compensar las necesidades, pero posteriormente disminuyen como consecuencia de la vasoconstricción.



= Trasladar al paciente a un ambiente cálido: Para incrementar el calor por convección.

= Mantener las extremidades cerca del tronco: Para estimular la producción de calor por conducción.

= Cubrir la cabeza con un gorro o turbante.

= Administrar líquidos calientes por IV: Produciendo un calentamiento directo de la sangre.

= Administrar líquidos calientes por VO: Para aumentar el calor de los órganos abdominales y mejorar la perfusión.

= Aplicar mantas o compresas calientes: Para favorecer el incremento de calor por conducción e irradiación.

## 2.13- Piel mucosas y anexos.

La piel es muy importante en la homeostasis del organismo, controlando líquidos y electrolitos, por medio del proceso de respiración o transpiración, mediante en el control del volumen sanguíneo, la temperatura y con una importante función nerviosa.

## 2.14- Valoración de la piel y anexos.

- Historia clínica, con examen físico completo, prestando especial atención a los riesgos de traumatismos y enfermedades que puedan afectar al proceso de cicatrización.

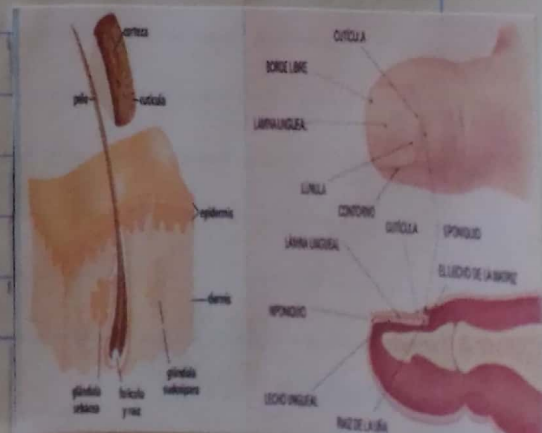
- Una valoración periódica nutricional con un instrumento validado, asegurando una ingesta de nutrientes adecuada.

- Una valoración integral que incluya los aspectos psico-sociales, formas de afrontamiento y de adaptación.

- Valoración del entorno de cuidados, identificando a la persona cuidadora principal y valorando actitudes, habilidades, conocimientos, medios materiales y apoyo social.

### → Anexos de la piel:

- Pelos:** La distribución pilosa va cambiando con la edad.





## ••• Alteraciones de la distribución y características del pelo:

• Calvicie: Ausencia o caída del pelo a nivel del cuero cabelludo. Especialmente en las regiones fronto-parietales.

• Alopecia: Es una caída del pelo por distintos motivos y en distinto grado de extensión. Puede ser **difusa** o **localizada** como en la alopecia areata (áreas redondas de pérdida de pelo).

• Hirsutismo: Aumento del bello en la mujer (más notorio en la región del labio superior, barba, pecho y espalda).

• Uñas: Las uñas tienen normalmente una convexión en sentido longitudinal y horizontal. Algunos signos son importantes en clínica.

## 2.15- Higiene del paciente.

La piel al examinarla se deben evaluar los siguientes aspectos: • Color. • Humedad y untuosidad. • Turgor y elasticidad. • Temperatura. • Lesiones. • Anexos.

La piel podrá presentar un color rosado normal, palidez (anemia o vasoconstricción).

Cianosis (Porcentaje aumentado de hemoglobina saturada de oxígeno). Rubicundez (vaso dilatación o poliglobulina).

La presencia de anemia se detecta en el aspecto general o específicamente mirando las mucosas (lengua, conjuntiva palpebral), lechos subungueales, palma de las manos.

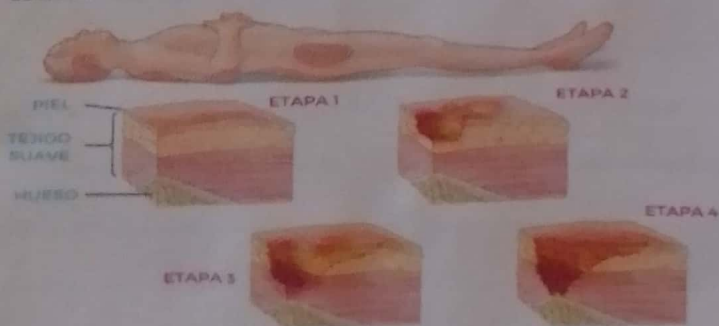
La cianosis se presenta cuando existe una oxigenación defectuosa, con mayor cantidad de hemoglobina reducida (no oxigenada).

El objetivo de la higiene consiste en situar al individuo en las condiciones más favorables frente a los riesgos del ambiente. Para mantener una correcta higiene, hay que cuidar tanto las condiciones ambientales como los hábitos higiénicos personales.

## 2.16- Prevención de úlceras por presión.

Las úlceras por presión conocidas también como: escara por presión, escara de decúbito y úlceras de decúbito, son lesiones de origen isquémico localizadas en la piel y en los tejidos subyacentes con pérdida cutánea, se producen por presión prolongada o fricción entre dos planos duros, uno que pertenece al paciente y otro externo a él.

LUGARES MÁS COMUNES DONDE APARECEN LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN (UPP)





La valoración del riesgo para el desarrollo de UPP, a través de la **escala de Braden** tiene una capacidad predictiva superior al juicio clínico del personal de salud.

## Escala de valoración riesgo: Escala de Braden:

PERCEPCIÓN SENSORIAL.	Completamente Limitada (1).	Muy Limitada (2).	Ligeramente Limitada (3).	Sin Limitaciones (4).
EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD.	Constante Humedad (1).	A menudo Humedad (2).	Ocasionalmente Humedad (3).	Raramente Humedad (4).
ACTIVIDAD.	Encamado/a (1).	En Silla (2).	Deambula Ocasionalmente (3).	Deambula Frecuentemente (4).
MOVILIDAD.	Completamente Inmóvil (1).	Muy Limitada (2).	Ligeramente Limitada (3).	Sin Limitaciones (4).
NUTRICIÓN.	Muy Pobre (1).	Probablemente Inadecuada (2)	Adecuada (3)	Excelente (4).
ROCE Y PELIGRO DE LESIONES.	Problema (1). Requiere moderada y máxima asistencia.	Problema Potencial (2). Se mueve muy débilmente o requiere de mínima asistencia.		No Existe Problema Aparente (3).

### Clasificación de Riesgo:

- **Alto Riesgo:** Puntuación Total < 12.
- **Riesgo Moderado:** Puntuación Total 13 – 14.
- **Riesgo Bajo:** Puntuación Total 15 – 16 si es menor de 75 años.  
Puntuación Total 15 – 18 si es mayor o igual de 75 años.

Un buen soporte nutricional no solo favorece la cicatrización de las UPP sino también evita su aparición (la pérdida de grasa y tejido muscular disminuye la protección sobre las prominencias óseas) y las complicaciones locales como infecciones.

