



Nombre del alumno:

JULIA MORALES HERNANDEZ

Nombre del profesor:

**RUBEN EDUARDO DOMINGUEZ
GARCIA**

Nombre del trabajo:

CUIDADOS BASICOS DE ENFERMERIA

Materia:

PASIÓN POR EDUCAR

FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA 1

Grado:

1°

Grupo: "A"

INTRODUCCIÓN

A lo largo de la vida llevamos una identidad de aprendizaje basado en conocimientos y accesibilidad de la filosofía. Los estudios de las ramas de la enfermería nos otorgan competencias profesionales, responsables de cuidados generales.

Esta asignatura nos otorga conocimientos, destrezas y habilidades sobre todas las necesidades básicas que el estudiante debe de adquirir de manera eficaz. Los cuidados básicos de la enfermería que a continuación redactaremos son un pilar de disciplina en el campo en donde los enfermeros, toman decisiones sobre los cuidados de los pacientes en estado de salud graves, crónicos, críticos y al final de su vida.

PATRON PERCEPCION MANEJO DE LA SALUD

Fueron creados a mitad de los años 70' por la profesora Marjory Gordon, presidenta de la NANDA que logro desarrollar un lenguaje enfermero estandarizado. A lo largo de su vida logro descifrar los enigmas del cuidado de enfermería basándose en el estudio, conociendo el estilo de vida, hábitos, edad de los pacientes para poder tener un diagnóstico clínico y poder aplicar los conocimientos disciplinados en el cuidado hacia el paciente. El patrón percepción manejo de salud se enfoca principalmente en los pacientes que se niegan a llevar una vida saludable incumpliendo las recomendaciones del personal clínico capacitado, la enfermera tiene como principal objetivo cerciorarse de que su paciente siga cumpliendo con los estándares de salud.

ASEPSIA

Es un procedimiento en el cual implementamos cuidados de higiene y desinfección para evitar cualquier tipo de infección de algún patógeno que se encuentre en el medio ambiente. Esta se despliega en 5 ramas:

ANTISEPSIA: eliminación de todo tipo de gérmenes mediante el uso de antisépticos.

LIMPIEZA: primera y mas importante fase en el control de las infecciones.

DESINFECCION: eliminación de cualquier microorganismo patógeno en equipo médico, suelo o superficies, evitando formas de resistencia del mismo que evite su desarrollo. Usando métodos químicos o físicos.

ANTISEPTICO: sustancia de baja toxicidad, usada en la piel y tejidos vivos destruyendo los patógenos en el medio ambiente, un ejemplo son los alcoholes, yodados y hexaclorofeno.

INFECCION: presencia de microorganismos en tejidos vivos.

ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS

Proceso de enfermería en donde se aplica la administración de medicamentos bajo la prescripción médica, evaluando factores fisiológicos, mecanismos de acción y las variables individuales del paciente. Para poder aplicar esta fase debemos de tomar en cuenta las siguientes precauciones para evitar una mala práctica:

1. MEDICAMENTO CORRECTO
2. PACIENTE CORRECTO
3. DOSIS CORRECTA
4. VIA CORRECTA
5. HORA CORRECTA
6. VERIFICAR LA CADUCIDAD DEL MEDICAMENTO
7. PREPARAR Y ADMINISTRAR DE MANERA PERSONAL EL MEDICAMENTO
8. REGISTRAR EL MEDICAMENTO Y LA HORA DE LA APLICACIÓN
9. VELOCIDAD DE INFUSION CORRECTA
10. ESTAR CONCIENTES DE ALTERACIONES

ADMINISTRACION DE MEDICAMENOS POR VIA ORAL

Todo tipo de medicamento administrado por la boca que es absorbida en la mucosa gastrointestinal tomando como ejemplo: pastillas, aceites, líquidos, suspensiones, polvos y granulados. Tomando en cuenta que al momento de aplicar esta técnica le ayudamos a nuestros pacientes aliviar las molestias que presentan. Sin embargo, también podemos tomar en cuenta las desventajas que esto puede conllevar, es por ello que esta prohibido suministrar medicamentos a pacientes inconscientes, con vomito o diarrea, ya que hay medicamentos que pueden afectar la mucosa gástrica y dañar los dientes. En este proceso el enfermero tiene como objetivo ayudar en el buen transito del medicamento en el organismo de los pacientes.

ADMINISTRACION DE MEDICAMENOS POR VIA INTRADERMICA

Aplicación de agentes químicos o biológicos por debajo de la piel (dermis). Este proceso tiene una absorción mas lenta. El material y equipo que se requiere en esta práctica son los siguientes:

- Bandeja para medicamentos
- Tarjeta de registro
- Jeringa de 1ml (graduada en IU)
- Solución antiséptica
- Gasas estériles de 5 x 5
- Guantes estériles

PATRON COGNITIVO-PERCEPTUAL

Este patrón se define así mismo como sensorio-perceptual. Recibe este término dado a que utilizamos todos nuestros sentidos para poder determinar el dolor en los pacientes. Tomando en cuenta la decisión, la memoria, y el lenguaje. Para poder obtener un análisis debemos de observar cualquier tipo de alteración en los pacientes, si usan gafas, alteraciones en el gusto y olfato. Debemos de tomar en cuenta que todo esto pueden ser secuelas de analfabetismo, problemas de memoria, expresión y comprensión, existen fobias y miedos injustificados.

VALORACION Y ALIVIO DEL DOLOR

Para medir la intensidad del dolor en nuestros pacientes utilizamos 3 escalas; la escala numérica, escala visual analógica y escala facial de dolor. Esta herramienta es utilizada en adultos con demencia o deterioro cognitivo, que les impide comunicar su dolor de manera fiable. Existen diferentes tipos de dolor:

- AGUDO
- CRONICO
- IRRUPTIVO
- NEUROPATICO
- NOCICEPTIVO
- DOLOR RELACIONADO CON EL MOVIMIENTO

PATRON NUTRICIONAL-METABOLICO

Objetivo principal es determinar el consumo habitual de alimentos y líquidos, basándonos en las necesidades metabólicas del individuo. Determinando las características de la piel, mucosas y estado. Indagando la talla, peso y temperatura.

Para obtener todos estos datos es importante implementar preguntas básicas como:

¿Cuál es la ingesta diaria de alimentos?

¿Cuál es la ingesta típica de líquidos?

¿Cómo es el apetito, disminuido, aumentado?

¿Qué temperatura corporal tiene?

NUTRICION

Función de transformación y extracción de los nutrientes que son necesarios para nuestro organismo. Mediante este proceso el cuerpo humano genera energía necesaria para poder mantener al organismo y sus funciones.

Para obtener esos beneficios y llevar una vida saludable debemos de contemplar al plato del buen comer, que es un claro ejemplo de como podemos balancear nuestros alimentos para poder satisfacer nuestras necesidades. Si observamos son 3 niveles los cuales nos dicen: verduras y frutas, cereales, leguminosas y alimentos de origen animal.

VALORACION DEL PATRON NUTRICIONAL

Esta fase es el consumo de alimentos y líquidos en las necesidades metabólicas del ser humano. En este proceso se encuentran 11 fases de las cuales mencionaremos las más comunes que son:

- ✚ ANAMNESIS: historia dietética
- ✚ ANOREXIA: perdida del gusto por comer
- ✚ DROGADICCION: consumo de estupefacientes

Pero la mas conocida y utilizada para obtener los datos requeridos es la exploración física (peso, talla e índice de masa corporal).

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON PROBLEMAS NUTRICIONALES

Educar a las personas sobre la alimentación y le higiene bucal o del tipo de dieta que debe seguir bajo indicaciones médicas. En la nutrición del paciente la enfermera debe de ser constante y responsable, ofreciéndole un orinal y los medios adecuados para desinfectarse las manos antes de comer. Valorar que nuestro paciente no presente dolor a la hora de comer o bien que no sea sometido a procedimientos antes o después de la comida. Verificar que el paciente reciba la bandeja de alimentos bajo la dieta establecida, conservar el estado de hidratación y nutricional, anotar e informar.

TERMORREGULACION

Eliminación del exceso de calor en el organismo, hay que reconocer que el organismo humano al igual que los animales tiene la capacidad para mantener la temperatura en el margen estrecho aun con cambios en el medio ambiente. Este centro encargado del control termino lo encontramos en grupos neuronales del núcleo pre-optico del hipotálamo anterior, que son los receptores térmicos cutáneos.

La hipertermia se debe a un desequilibrio entre producción y eliminación de calor por un aumento de la primera o una disminución del segundo A de ese punto ya que puede llegarse al aumento del metabolismo, excesivo calor ambiental o alteraciones de mecanismos de disipación de calor.

VALORACION DE LA TERMORREGULACION

En esta fase podemos analizar las diferentes escalas de la temperatura, comenzando siendo mínima por la mañana y máxima por la tarde o inicio de la noche. Basándonos en las etapas de crecimiento podemos tener diferentes reacciones en el desarrollo de la temperatura. Tenemos entendido que el estrés es un factor común, siguiendo por la temperatura ambiental y el cambio brusco del clima. Viendo hacia un punto mas agudo podemos tomar como ejemplo los síntomas al inicio de la hipertermia;

- AUMENTO DE LA FRECUENCIA CARDIACA
- TIRITONA
- PIEL FRIA Y PALIDA
- SENCACION DE FRIO
- LECHOS UNGUEALES CIANOTICOS
- PILOERRECCION
- AUSENCIA DE SUDORACION

La fiebre la podemos ver representada en estas formas:

Fiebre continua: permanece durante 24 horas

Fiebre intermitente: la temperatura regresa a su normalidad durante 24 horas

Fiebre recurrente: durante varios días

Fiebre remitente: temperatura corporal fluctúa que no regresa a su normalidad

CUIDADOS DE ENFERMERIA CON PROBLEMAS DE TERMORREGULACION

- Control de signos vitales: la frecuencia y la profundidad respiratoria se elevan con el objeto de incrementar las perdidas del calor por la transpiración.
- Evaluar el color y la temperatura cutáneas: los vasos sanguíneos periféricos se contraen para evitar la pérdida del calor.
- Administre líquidos orales frecuentemente: la diaforesis y la pérdida excesiva de líquidos por el aumento de la transpiración.
- Disminuir la actividad física
- Administrar antipiréticos
- Higiene bucal
- Control por medios físicos
- Ropa de cama seca y limpia

PIEL, MUCOSAS Y ANEXOS

Órgano inmunológico reviste al cuerpo, protege y se relaciona con el ambiente. La homeostasis es principal en el organismo ya que controla líquidos y electrolitos, mediante el proceso de la respiración o transpiración. La piel evalúa los siguientes aspectos:

1. Color
2. Humedad y untuosidad
3. Turgor y elasticidad
4. Temperatura
5. Lesiones
6. Anexos de la piel, uñas y pelos

VALORACION DE LA PIEL Y ANEXOS

Para llegar hasta acá es necesario partir de una adecuada anamnesis de historias dermatológicas, para llegar a un diagnóstico morfológico y topográfico. Se da inicio con la identificación general de datos importantes como edad, sexo, profesión, y residencia.

Antecedentes familiares Interrogar por antecedentes alérgicos medicamentosos, alimentarios u ocupacionales como la exposición a la luz solar, calor, frío, cosméticos, químicos irritantes ayuda a hacer un mejor enfoque diagnóstico, pues la localización de una dermatosis puede dar también una clave diagnóstica importante. En la historia personal y social, determinar las condiciones de vida, sus hábitos, el sitio de residencia, convivencia con animales y antecedentes epidemiológicos puede ayudar a hacer diagnósticos como escabiosis o piodermatitis.

Examen físico (inspección)

Inspección de las características de la piel y las mucosas frente a una luz clara y temperatura adecuada que nos ayude a valorar las lesiones y estado general del paciente. Para poder determinar la evaluación es necesario descubrir la piel cuidando la discreción y brindando al paciente la comodidad y seguridad para que se sienta cómodo en el proceso.

Palpación, evalúa grado de hidratación de la piel se logra tomando del pulgar y el índice del examinador. La textura se evalúa al palpar la piel, indicando su suavidad, si es seca, gruesa o áspera, como en casos de xerosis, común después de los 60 años de edad.

Para el diagnóstico completo y más certero de una enfermedad cutánea es necesario una descripción completa de la lesión y su clasificación en lesiones primarias o aquellas que se asientan sobre una piel sana, secundarias o aquellas sobre piel previamente lesionada y combinadas cuando hay las 2 anteriores.

Lesiones primarias:

Placa: Lesión sólida y circunscrita de la piel, moderadamente elevada, altura en milímetros, menor en comparación con su extensión normalmente de más de 1cm de diámetro.

Nódulo: Lesión sólida y circunscrita de la piel, más palpable que visible, tamaño superior a 1cm de diámetro. Origen hipodérmico. Eje, eritema nodoso.

Vesícula: Lesión redondeada, circunscrita, elevada y de tamaño inferior a 1cm de diámetro que contiene un líquido claro en su interior (seroso o hemorrágico).

HIGIENE DEL PACIENTE

Esta técnica de enfermería es una de las principales vocaciones de nuestra profesión con la finalidad de preservar la piel y mucosidades en buen estado. Para poder lograr nuestro objetivo con el paciente encamado debemos de seguir los siguientes pasos cuidando nuestra disciplina y determinación:

1. Explicaremos a nuestro paciente el proceso al que se someterá y las indicaciones para que pueda cooperar y hacer más fácil su recuperación.
2. Neutralizar y controlar la temperatura en la habitación.
3. Preparar el material que utilizaremos.
4. Conservaremos y cuidaremos la privacidad del paciente
5. Comenzaremos con la limpieza de pies a cabeza con las esponjas y el material antiséptico logrando la higiene completa del paciente.
6. Continuar con la hidratación de la piel
7. Concluir vistiéndolo al paciente

PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN

Esta acción es provocada a pacientes que permanecen en una sola posición por mucho tiempo, suelen formarse en donde la piel está muy cerca de los huesos como por ejemplo: los tobillos, talones y caderas. Estas úlceras pueden producir infecciones graves de las cuales pueden poner en riesgo la vida de nuestros pacientes, para prevenir estas úlceras es necesario seguir el orden de estas escalas:

- Mantener la piel limpia y seca
- Cambiar de posición cada 2 horas
- Utilizar almohadas o productos que alivien la presión

