



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

Yennifer Guadalupe López Martínez

Cuatrimestre: 1º

Grupo: "A"

Mapa conceptual

16 de Octubre del 2021

Cuidados básicos de enfermería

Patrón percepción-manejo de la salud

En este patrón podemos conocer:

- Como se siente el paciente ante su salud y bienestar.
- Como trata su salud
- Como lleva su mantenimiento o rehabilitación (hábitos higiénicos, vacunaciones, autoexploración, socialización, consumo de drogas, alcohol, tabaco, etc.)

Para saber si el paciente cumple con todas las normas de salud la enfermera debe de aplicar una valoración directa; si hay alguna alteración se realiza un diagnóstico para luego realizar las intervenciones y así tener resultados favorables.

Asepsia

Es un procedimiento el cual impide la entrada de gérmenes a nuestro organismo y así evitar ciertas enfermedades.

Administración de medicamentos

Es la aplicación de fármacos realizado por la enfermera hacia el paciente.

Antes de administrar un medicamento debemos de saber:

- Medicamento correcto
- Paciente correcto
- Dosis correcta
- Vía correcta
- Hora correcta
- Fecha de caducidad
- Velocidad de infusión
- Posibles alteraciones

- **Vía oral:** administrado por la boca (tabletas, cápsulas, elixires, aceites, líquidos, suspensiones, polvos y granulados.)
- **Vía intradérmica:** administrado por la dermis (soluciones no mayores de 1ml) aguja a un ángulo de 10° a 15°
- **Vía subcutánea:** administrado por el tejido subcutáneo, aguja en un ángulo de 45°
- **Vía intramuscular:** administrado en el tejido muscular, aguja a un ángulo de 90°
- **Vía intravenosa:** administrado en el torrente sanguíneo, a un ángulo de 30°

Patrón cognitivo-perceptual

En este patrón nos encargamos de observar las funciones (visuales, olfativas, auditivas, gustativas y táctiles), como también la percepción de dolor, las capacidades cognitivas (decisiones, la memoria o el lenguaje).

El patrón es alterado cuando el paciente no cuenta con alguna de estas funciones.

Por ello se hace la recolección de datos a base de una entrevista, ejemplo:

- ¿Siente dolor o malestar físico?
- ¿Le es difícil centrar la memoria?
- ¿Dificultades para oír o ver correctamente?
- ¿Tiene alteraciones en los sentidos del gusto, el olfato o en las sensaciones táctiles?

Valoración y alivio del dolor

Para medir el dolor del paciente se usan escalas para luego obtener una puntuación (0-10).

- **Escala numérica (NRS):** se le pide al paciente que indique su dolor en una escala del 0-10
- **Escala visual analógica (EVA):** en una línea horizontal un extremo representa ausencia de dolor y por el otro extremo máximo dolor
- **Escala facial del dolor (Faces Pain Scale):** cada cara tiene una puntuación de dolor del 0-10
- **Evaluación del dolor en la demencia avanzada-PAINAD:** se observa al paciente de 3-5 minutos en un estado de reposo y actividad (esto se aplica en pacientes con demencia o deterioro cognitivo).

Los pacientes pueden presentar diferentes tipos de dolor:

- Dolor agudo
- Dolor crónico
- Dolor irruptivo
- Dolor neuropático
- Dolor nociceptivo
- Dolor relacionado al movimiento

Patrón nutricional-metabólico

Con este patrón se puede determinar el consumo de alimentos y líquidos ante sus necesidades metabólicas, como también las problemas de ingesta, al igual que su peso, talla y temperatura.

Por ello se hace la recolección de datos a base de una entrevista, ejemplo:

- ¿Qué temperatura corporal tiene?
- ¿Hay vómitos, náuseas o regurgitaciones?
- ¿Cómo es el apetito: disminuido, aumentado?

Nutrición

Su función es extraer y transformar los nutrientes de los alimentos que ingerimos.

Con este proceso nuestro cuerpo genera energía para mantener nuestro organismo y así desarrollar nuestras funciones.

Valoración del patrón nutricional

Anamnesis: historial dietético (edad, sexo, ingesta de alimentos, líquidos y nutrientes suplementarios), también el estado de la boca, dentaduras postizas, piel, etc.

- **Dispepsia:** indigestión (dolor y molestia, eructos o flatulencias).
- **Anorexia:** pérdida de apetito y falta del deseo de comer.
- **Nausea:** sensación de urgencia de vomitar.
- **Vómitos:** alimenticio, hematemésis, explosivos, bilioso, fecal ídeo, etc.
- **Disfagia:** dolor al deglutir los alimentos
- **Flujo gastroesofágico:** cierre incompleto del esfínter produciendo acidez, ardor o pirosis, aumento de la salivación, dispepsia, regurgitación.
- **Dolor abdominal:** puede estar relacionado a los vómitos. Cerciorarse si es continuo o intermitente, en un solo punto o irradiado, sensaciones, localización, factores de alivio o no, antes o después de comidas, etc.
- **Drogación:** intoxicación por drogas
- **Intoxicación por alimentos:** ocurren unas 5 horas después de ingerir alimentos contaminados, puede haber náusea, vómito, cólicos abdominales y diarrea.

Exploración física:

- **Peso y talla:** aumento de un 20% de tu peso ideal= sobrepeso, disminución del 10% hay un riesgo de delgadez
- **Índice de masa corporal (IMC):** la medida en relación al peso del cuerpo con la altura, medir la cantidad total de tejido graso del cuerpo y comprobar si una persona tiene un peso saludable.

Cuidados de enfermería en pacientes con problemas nutricionales

- **Educación a las personas sobre alimentación e higiene dental o el tipo de dieta que debe seguir según indicación médica:** dieta completa (normal), dieta ligera, dieta blanda, dieta líquida pura, dieta líquida completa, dieta hipo sódica y dieta hiperproteica.
- **Nutrición del paciente:** la enfermera es responsable de la nutrición del enfermo. Antes de apoyarlo en su alimentación es necesario tener en cuenta lo siguiente: ofrecer un orinal y los medios adecuados para lavarse las manos; ambiente y aire adecuado; que el paciente no tenga dolor o sea sometido a procedimientos; vajilla y cubiertos atractivos y en buen estado; Verificar que el paciente reciba la bandeja con la dieta correcta.
- **Higiene oral y las manos del paciente:** darle los medios al paciente para que pueda lavarse las manos y la boca después de comer.
- **En caso de dispepsia:** dividir el alimento en raciones pequeñas; evitar el café, té, bebidas de cola y otras que contengan cafeína; no comer alimentos fritos con mucha grasa; evitar comidas condimentadas; no proporcionar alimentos que le causa indigestión; hacer un poco de ejercicio ligero.
- **Anorexia, náusea y vómito:** ambiente limpio y agradable, aseo personal.
- **Conservar el estado de hidratación y nutricional:** decirle al paciente que tome líquidos, así obtener una buena ingestión, si el paciente no tolera los líquidos y alimentos por vía oral se deberá administrar por vía endovenosa o sonda nasogástrica.
- **Anotar e informar:** ingreso, egreso de líquidos, alimentos para el equilibrio de líquidos y electrolitos

Valoración de la termorregulación

El ser humano mantiene su temperatura en márgenes estrechos independientemente del los cambios climáticos.

La fiebre en temperatura axilar es superior a los 38° o rectal que es superior a 38.8° y se deriva por mecanismos neuroendocrinos, inmunológicos, autonómicos y conductuales.

- **Hipertermia:** desequilibrio entre producción y eliminación de calor.
- **Hipotermia:** el organismo no es capaz de producir una cantidad de calor suficiente generalmente ante la exposición a temperaturas ambientales bajas.

Termorregulación

Varia durante el día, por la etapa del desarrollo, por el estrés, por la temperatura ambiental, por el género, el sitio y el tiempo transcurrido de la toma.

- El centro regulador esta en el hipotálamo, en el encontramos neuronas sensitivas al calor.
- Cuando hay ganancia de calor hay producción del sudor, contracciones involuntarias (escalofríos y temblores) produciendo calor.
- Cuando hay pérdida de calor las glándulas sudoríparas (evaporación), aumento de la circulación a nivel de la piel. (conducción, irradiación y convección)

Cuidados de enfermería en pacientes con problemas de la termorregulación

- Intervenciones de enfermería en hipertermia:**
 - Control de signos vitales
 - Evaluar el color y la temperatura cutáneas
 - Descubrir al paciente
 - Administrar líquidos orales frecuentemente
 - Medir los aportes y pérdidas
 - Disminuir la actividad física
 - Administrar antipiréticos
 - Higiene bucal
 - Control por medios físicos
 - Conservación del estado nutricional
 - Ropa de cama seca y limpia

- Intervenciones de enfermería en hipotermia**
 - Valorar signos vitales
 - Trasladar al paciente a un ambiente cálido
 - Mantener las extremidades cerca del tronco
 - Cubrir la cabeza con un gorro o turbante
 - Administrar líquidos calientes por IV
 - Administrar líquidos calientes por VO
 - Aplicar mantas y/o compresas calientes

Piel, mucosas y anexos

La piel es un órgano que cubre y protege la superficie del cuerpo, tiene terminaciones nerviosas, control de temperatura y síntesis de la vitamina D.

- Debemos de examinar:**
 - Color.
 - Humedad y untuosidad.
 - Turgor y elasticidad.
 - Temperatura.
 - Lesiones (primarias y secundarias).
 - Anexos de la piel: pelos y uñas.

Higiene del paciente

La higiene de un paciente se realiza para preservar la piel y la mucosa en buen estado.

- Para realizar una buena higiene del paciente encamado:**
 - Explicar al paciente lo que se le va a realizar y solicitar su colaboración.
 - Comprobar la temperatura de la habitación, que debe oscilar entre los 22°-24°.
 - Preparar todo el material necesario.
 - Cerrar puerta y preservar la intimidad del paciente.
 - Introducir la esponja en el agua templada y limpiar en primer lugar la cara, evitando que entre jabón en los ojos, nariz y boca.
 - Continuaremos enjabonando la zona del cuello, axilas, brazos y torso.
 - Bajaremos hacia las extremidades inferiores, enjabonando
 - Incaremos el lavado de los genitales, que se realiza de manera diferente (la esponja utilizada en esta parte se desechará)
 - Una vez tenemos la piel limpia por completo, aplicaremos hidratación dando masajes circulares para estimular la circulación sanguínea.
 - Aplicaremos al fuese necesario aceites para proteger zonas de mayor presión, o incluso puede realizarse un vendaje protector.
 - Vestiremos al paciente con la ropa limpia y cambiaremos la ropa de la cama.

Prevención de úlceras por presión

Son áreas de piel lesionada por permanecer en una misma posición durante demasiado tiempo, comúnmente se forman donde los huesos están más cerca de la piel, como los tobillos, los talones y las caderas.

- Para prevenir las úlceras:**
 - Mantener la piel limpia y seca
 - Cambiar de posición cada dos horas
 - Utilizar almohadas y productos que alivien la presión

Las úlceras por presión tienen una variedad de tratamientos. Las úlceras más avanzadas se curan lentamente, de modo que lo mejor es el tratamiento anticipado

Patrón eliminación

Eliminación intestinal

Es importante en el área de salud la eliminación de desechos intestinales, también conocidos como "heces".

Las evacuaciones varían dependiendo de las personas en un parámetro y cantidad de entre varias veces al día a tres veces por semana. El color va del amarillo al marrón, la consideraremos anormal, cuando sea blanca, verde, negra, roja, etc. Debe estar exenta de elementos extraños como moco, pus, sangre etc.

El paciente puede sufrir alteraciones intestinales:

- Estreñimiento
- Fecaloma
- Flatulencias
- Diarrea
- Incontinencia fecal

Valoración del patrón eliminación intestinal

En este patrón se aplicara una valoración que consta:

Entrevista: el paciente nos indicara si siente molestias en evacuar, etc.

Examen físico:

- Conocer el estado general de la persona
- Edad
- Sexo
- Medicación que toma
- Estilo de vida (dieta que toma, ejercicio que realiza etc.)
- Hábitos intestinales habituales
- Patrones normales de defecación.
- características de las heces, consistencia, olor, color y la presencia de substancias extrañas

HECES	NORMAL	SIGNOS ANORMALES.
Forma	Deben ser parecidas al diámetro rectal.	Estrechadas en forma de lapso (obstrucción)
Constituyentes	Alimentos no digeridos, bacterias muertas, grasa, pigmentos, agua, células de mucosa.	*Sangre, pus, moco (infección, inflamación) *Gucanos (parasitosis) *Exceso de grasas(malabsorción)
Color	Amarillo (lactante) Marrón (adulto)	*Blanco(no biles) *Negro (VHA, sangestión Fel.) *Pálido + grasa (malabsorción)
Olor	Acre (depende de la alimentación)	*Cambio noivo (por sangre o infección)
Consistencia	Blandas y formadas	*Líquidas(diarrea) *Duras(estreñimiento)
Frecuencia	Desde una vez al día, hasta de 2 a 3 veces a la semana (adulto) De 5 a 8 veces tomando leche materna (lactante)	*Menos de una vez a la semana. (Estreñimiento) *Mas de 4 veces al día en el lactante (diarrea)
Cantidad	130gr	

Cuidados de enfermería en pacientes con problemas de eliminación intestinal

MANEJO INTESTINAL:

- Observar si hay sonidos intestinales
- Informar acerca de cualquier aumento de frecuencia y/o sonidos intestinales agudos
- Informar si hay disminución de sonidos intestinales
- Observar si hay signos y síntomas de diarrea, estreñimiento o impactación.
- Instruir al paciente /familia a registrar el color, volumen, frecuencia y consistencia de las heces.
- Administrar medicamentos según prescripción medica
- Evaluar el perfil de la medicación para determinar efectos secundarios gastrointestinales.

MANEJO DE LA DIARREA:

- Evaluar el perfil de la medicación para identificar efectos secundarios gastrointestinales.
- Solicitar al paciente /familia que registre el color, volumen, frecuencia y consistencia de las deposiciones
- Identificar los factores (medicamentos, bacterias y alimentación) que puedan ocasionar o contribuir a la existencia de la diarrea.
- Solicitar al paciente que notifique al personal cada episodio de diarrea que se produzca.
- Observar la piel perianal para ver si hay irritación o ulceración.
- Notificar al médico cualquier aumento de frecuencia o tono de los sonidos intestinales
- Administrar medicamentos antidiarreicos según prescripción médica.

Eliminación urinaria

Para la eliminación urinaria es necesarios de órganos (riñones, vejiga), tubos (uréteres, uretra), músculos (músculos esfínteres) y nervios que trabajan en conjunto para producir, almacenar y transportar.

El aparato urinario trabaja con los pulmones, la piel y los intestinos. Los cuales también excretan desechos para mantener en equilibrio las sustancias químicas y el agua en el cuerpo. El aparato urinario elimina de la sangre un tipo de desecho llamado urea y se transporta a los riñones a través del torrente sanguíneo.

El paciente puede sufrir alteraciones intestinales:

- Retención urinaria
- Infección de vías urinarias
- Poliuria
- Polaquiuria
- Oliguria
- Anuria
- Disuria
- Nicturia
- Incontinencia
- Hematuria
- piuria

Valoración de la eliminación urinaria

En este patrón se aplicara una valoración que consta:

Entrevista: el paciente indicar si tiene sensación de dolor, angustiado, dificultad para orinar, puede referir alteración de su patrón del sueño, alteración del patrón de micción.

Examen físico:

- Observar el color, olor y aspecto
- Anotar la ingestión de líquidos y eliminación de orina, controlando el volumen y la frecuencia de eliminación urinaria (Diuresis).
- Observar si tiene el paciente edema, cambios en la pigmentación piel, alteración neurológica.

Exámenes diagnósticos:

- Examen de orina

Exploración física:

- Inspeccionar los riñones para detectar áreas de dolor.
- Valorar el color, textura y turgencia

Cuidados de enfermería en pacientes con problemas de eliminación urinaria

- Proporcionar el urinario.
- Observar las características y medir la orina.
- Ayudar al paciente a adoptar una posición adecuada.
- Proporcionarle la chata (mujeres) o papagayo (varones) o ayudarlo a ir al baño.
- Dejar correr el agua y que el paciente lo escuche o Verter agua tibia sobre el perineo.
- Mantener la intimidad y darle tiempo para la micción.
- Colocación de sonda.
- Aseo de la región perineal.
- Lavado de manos.

Drenajes

Son tubos que están conectados a un recipiente cerrado con presión negativa, a través de estos tubos se consigue extraer la sangre y otros fluidos que, tras la cirugía, se pueden acumular en el paciente. La ventaja más importante del drenaje es la seguridad y hace a la cirugía mas segura.

Clasificación de los drenajes Según su forma de drenar:

- Pasivos
- Activos

Según su mecanismo de acción:

- Profilácticos
- Terapéuticos

Según su colocación:

- Quirúrgicos
- Punción transcutánea

Drenajes:

- Drenaje de gasa o dedo de guante
- Drenaje de Penrose
- Drenaje de Jackson Pratt
- Drenaje de Redón
- Drenaje de Blake
- Drenaje de Kehr
- Drenaje de Saravoga
- Drenaje de Abramson
- Drenaje de Pleur-evac
- Drenaje de Pigtail

CUIDADOS:

- Limpieza y desinfección de la zona de inserción del drenaje.
- Revisar periódicamente para detectar posible salida del drenaje o rotura.
- Vaciar el líquido aspirado y apuntar medición en el lugar correspondiente.
- Evaluar el tipo de aspirado su color, aspecto, contenido, etc.
- Anotarlo todo en el historial clínico del paciente