



**Nombre del alumno: Sady Judith
Rodríguez Monzón**

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

**Nombre del trabajo: Elaboración de
ensayo.**

**Materia: Fundamentos de enfermería
I**

Grado: 1 cuatrimestre.

**Grupo: licenciatura en
enfermería.**

Unidad II. CUIDADOS BÁSICOS DE ENFERMERÍA.

***PATRÓN PERCEPCIÓN MANEJO DE SALUD.**

Marjory Gordón crea 11 patrones en los años 70's (teórica estadounidense) que define los patrones como hábitos recurrentes de todas las personas, familias y comunidades. Estos se pueden aplicar en cualquier modelo disciplinario enfermero.

- 1.- patrón percepción de salud.
- 2.- patrón nutricional-metabólico.
- 3.- patrón eliminación.
- 4.- patrón actividad-ejercicio.
- 5.- patrón sueño descanso.
- 6.- patrón cognitivo-perceptivo.
- 7.- patrón autopercepción-autoconcepto
- 8.- patrón rol-relaciones.
- 9.-patron sexualidad-reproducción.
- 10.- patrón tolerancia al estrés.
- 11.- patrón valores-creencias

El **patrón percepción manejo de salud** se trata de conocer a fondo el sentir del paciente en relación con su salud y bienestar, así como su mantenimiento y/o rehabilitación. Por tanto, se valoran las prácticas preventivas de salud; se altera si existe una salud deficiente, no se interesa en modificar sus hábitos y no respeta sus tratamientos o medidas terapéuticas.

Por medio de la valoración directa se analiza si el paciente cumple o no con las normas de salud y que no alteren el patrón percepción, de lo contrario se realizara un diagnóstico de enfermería, entonces el enfermo tendrá 2 tipos de datos "patrones previos (histórico)"y "patrones actuales", para demostrar dicha existido un cambio o no, así se tendrá que comparar nos patrones lo que dará inicio a realizar intervenciones en casé de ser necesario para que los resultados sean favorables.

2.2 asepsia.

Asepsia es la ausencia de microorganismos patógenos causantes de la enfermedad.

Antisepsia es la destrucción de los gérmenes por medio de antisépticos.

Limpieza es la eliminación física de materia orgánica sin causarle daño.

Desinfección es la destrucción de microorganismos patógenos, a través de métodos químico-físicos, y se realiza en objetos inanimados No vivos.

Antisépticos, sustancias germicidas que se puede aplicar sobre la piel y tejidos vivos para destruir microorganismos patógenos (yodo, alcohol, etc.)

Infección, colonización de microorganismos nocivos en tejidos de organismos sanos.

2.3 administración de alimentos.

Actividad de enfermería que se realiza bajo prescripción médica

El enfermero debe conocer las reacciones, dosis y consecuencias del fármaco en el paciente, así col consecuencias legales en caso de realizar una mala práctica.

La vía de administración es el sitio donde se colocará el medicamento y se selecciona por acción, rapidez, cantidad. Para dicha práctica es necesario saber los

CORRECTOS:

- 1.- medicamento correcto
- 2.- paciente correcto.
- 3.-dosis correcta.
- 4.-via correcta.
- 5.- hora correcta.
- 6.- verificar fecha de caducidad del medicamento.
- 7.prepare y administre usted mismo el medicamento.
- 8.- registre usted el medicamento y la hora de administración.
- 9.- velocidad de infusión correcta.
- 10.- estar enterado de las posibles alteraciones.

Existe una gran cantidad de vías para administrar medicamentos, solo se mencionarán las más usuales.

Vía oral. El medicamento administrado entra por la boca y se absorbe en la mucosa gastrointestinal entre ellos se encuentran las tabletas, capsulas, elixires, aceites, líquidos, suspensión en polvo y gránulos.

Entre sus ventajas se encuentran la fácil administración y no producen molestias, sus desventajas el paciente debe estar consciente sin presentar náuseas, vómitos, movimiento intestinal; ya que pueden provocar irritación en la mucosa gástrica. El olor, sabor, presentación son factores que influyen en aceptar o rechazar el medicamento, alcanzando su máximo valor se alcanzaba entre 1y 3 horas después de ser ingerido y depende de la velocidad que el medicamento atraviese la membrana que también puede ser alterada por factores patológicos como diarrea, etc.

Su equipo: consta de carrito solamente la bandeja para trasportar el medicamento (según presentación solicitada) vaso de agua y la tarjeta de registro.

Procedimiento: rectificar la orden prescrita, lavarse las manos, usar antisépticos, trasladar el equipo al cuarto, cama y paciente correctos, presentarse administrar el medicamento con ayuda o no del paciente e indicar para que sirven los medicamentos, posterior desechar el vasito donde previamente se colocó el fármaco, anotar en la tarjeta de registro.

- Tipos parental.

Antes de pasar a los tipos de origen parental es importante saber en qué consiste la NOM-087-ECOL-1995.puesto que se ocupará en el procedimiento de desecho.

Norma Oficial Mexicana establece los requisitos para la separación, envasado, almacenamiento, recolección, transporte, tratamiento y disposición final de los residuos peligrosos biológicos-infecciosos que se generan en establecimientos que presentan atención médica.

El objetivo primordial de la primera **norma 087** fue proteger al personal de salud de los riesgos relacionados con el manejo del RPBI, así como proteger el medio ambiente y la población que pudiera estar en contacto con estos residuos dentro y fuera de las instituciones de atención médica.

-Vía intradérmica. Introducción de agentes químicos-biológicos dentro de la dermis (bajo la piel), es de absorción lenta (excelente para realizar pruebas alérgicas) su desventaja es que es de administración es pequeña y rompe la barrera protectora de la piel; generalmente se usa para fines de diagnóstico, investigación de sensibilidad y aplicación de vacunas, su administración no es mayor a 1ml.

El equipo específico: jeringa de 1 ml (graduada en UI)

Procedimiento específico: se selecciona el sitio de inyección parte interna del brazo y región escapular (cara anterior del borde externo del tercio superior del antebrazo) cuidando que no exista la lesión, datos de infección o cambio de color de piel.

Se coloca el brazo del paciente en una superficie plana para apoyarlo y facilite la técnica, con el dedo índice y pulgar se estira suavemente la piel para tensarla.

Se introduce la aguja paralelamente del antebrazo en ángulo de 10° a 15° con el bisel hacia arriba NO aspirar, inyectar lentamente se formará una papulita y una pequeña decoloración que indica que se aplicó en la dermis; se extrae la aguja y no se masajea para no dispersar el medicamento.

-Vía subcutánea. introducir agentes químico-biológicos en el tejido subcutáneo. Su absorción es más rápida que vía oral, pero mas lenta que la vía intramuscular.

So objetivo es lograr una absorción lenta en el tejido subcutáneo, haciendo efecto después de media hora.

Material específico: jeringa de 1ml (graduada en UI).

Procedimiento específico: seleccionar el sitio de inyección parte externa del brazo, cara anterior del muslo, tejido subcutáneo del abdomen y región escapular.

Verificar que en el área no exista lesión, equimosis, datos de infección o cambios de color en la piel.

Colocar a el paciente de acuerdo con la posición de inyección seleccionada.

Realizar la asepsia del lugar, 5cm aproximadamente alrededor de la punción.

Formar un pliegue con el dedo pulgar e índice para asegurar llegar al tejido subcutáneo e **introducir en un ángulo de 45°** una vez introducido soltar el pliegue.

-Intramuscular. introducción de agentes químico-biológico en el tejido muscular. De absorción rápida y a gran cantidad (a diferencia de los anteriores, ya que se introduce en la red de vasos sanguíneos que lo facilitan); su desventaja es que rompe la barrera de la piel y crea ansiedad en ocasiones.

Materia específico: jeringa de 3 o 5 cm con aguja de 21 o 22 (para adulto) 21 x 38 (para personas obesas) 23 x 32 (para pediátricos).

Procedimiento específico: seleccionar el sitio de la inyección, normalmente es el cuadrante superior externo de ambos glúteos, cara anterior del muslo; en brazo la región deltoidea.

Verificar que no exista lesión, datos de infección o cambio de color en la piel.

Colocar el paciente según el área seleccionada para aplicar la inyección. Estirar la piel con el dedo índice y pulgar (formar un pliegue un pliegue con el dedo pulgar e índice para pacientes geriátricos y pediátricos para aumentar la masa muscular evitando pinchar un hueso).

Introducir la aguja en un ángulo de 90° directo y de un solo movimiento rápido y seguro.

En este tipo de vía, así como las vías anteriores el equipo se debe complementar con:

- Bandeja de charola para medicamentos.
- Tarjeta de registro de medicamentos.
- Solución antiséptica.
- Gasas estériles de 5 x 5 o torundas.
- Guantes estériles (indispensable, pero a criterio de la institución).

Procedimiento complementario para las vías ya expuestas.

- Trasladar el equipo a la unidad del paciente, verificando el número de cuarto, cama, paciente y tarjeta de medicamento. Llamar la paciente por su nombre.
- Explicar al paciente el objetivo de administrar el medicamento y sus reacciones. Proporcionando privacidad si la aplicación no es en la región deltoidea.
- Lavarse las manos antes de preparar el medicamento complementando con un antiséptico.
- Seleccionar el sitio de inyección según la vía a administrar, colocar al paciente en la posición correcta.
- Colocarse guantes.
- Realizar la asepsia del área aproximadamente 5 cm alrededor de la punción.
- Retirar el protector de la aguja, cuidando no contaminarla.
- Sujetar la piel según el tipo de inyección e introducir la aguja.
- **Aspirar** la jeringa para detectar si se punciona algún vaso sanguíneo, se procede a introducir el medicamento lentamente. En caso de puncionar un vaso se retira la aguja y se prepara nuevamente el medicamento o se cambia de aguja y comenzar nuevamente.
- Retirar la aguja con rapidez (un solo movimiento), presionar el sitio de la inyección.
- Dejar al paciente en una posición cómoda.

- Desechar la jeringa en el recipiente especial de acuerdo con la **NOM 087-ECOL-1995**.

-Vía intravenosa. Introducción de medicamentos en el torrente sanguíneo a través de jeringa y aguja o venoclisis (introducción de medicamentos en una vena que no presente inconvenientes manteniendo el acceso continuo al torrente sanguíneo).

Se introduce una dosis precisa al torrente circulatorio para su absorción rápida, aunque puede existir problemas circulatorios que impidan la distribución de esta.

Consideraciones especiales:

- Preguntar al paciente si tiene es alérgico a algún medicamento.
- NO contaminar el equipo antes y durante su preparación y aplicación.
- NO aplicar medicamentos sin ordenes pre escritas (solo en caso de urgencia, extrema y solicitar que se añada al expediente).
- NO aplicar medicamento en zonas con edema, flebitis o infectada.
- Evitar punciones sobre terminaciones o trayectorias nerviosas.
- NO administrar medicamentos de apariencia dudosa.
- Purgar bien la jeringa.
- Introducir lentamente el medicamento.

Material y equipo:

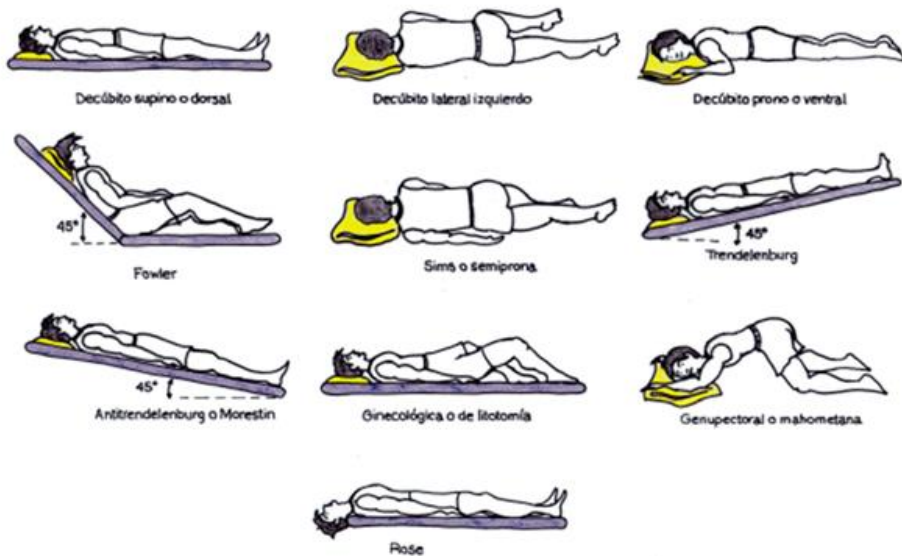
- Jeringa de 5 o 10 ml.
- Medicamento indicado.
- Ligadura o torniquete.
- Gasas chicas o torundas.
- Solución antiséptica.
- Guantes estériles.
- Ámpula de solución inyectable.

Procedimiento:

- Además de los procedimientos generales citados antes, colocar al paciente en decúbito dorsal o sentado, apoyando el brazo sobre una superficie resistente.
- Seleccionar la vena a) en el brazo vena cefálica o basílica, b) en mano venas superficiales del dorso y cara lateral.
- Colocar la ligadura o torniquete a 10 cm arriba del sitio seleccionado.

- Colocarse los guantes.
- Realizar la asepsia, utilizando un producto que permita observar la vena.
- Una vez preparado el medicamento, purgar la aguja.
- Tomar la jeringa con los dedos índice y pulgar apuntado el bisel hacia arriba y sujetar la vena con el dedo índice de la otra mano para evitar que se mueva al momento de la punción.
- La vena se punciona introduciendo el bisel hacia arriba, tomando la vena por un lado haciendo un ángulo de 30° entre jeringa y brazo. Aspirar una decima de cm para cerciorarse que la aguja este dentro de la vena.
- Soltar ligadura.
- Introducir lentamente la solución haciendo aspiraciones periódicas para revisar que siga en el lugar correcto (si no es así suspender y empezar nuevamente), preguntar al paciente si siente algún malestar, si dijera que si suspender inmediatamente.
- Al finalizar, retirar el equipo suavemente haciendo hemostasia (capacidad que tienen los organismos de hacer que la sangre en estado liquido permanezca en los vasos sanguíneos) por espacio de 2 minutos (presión) en el sitio de punción con una torunda impregnada de antiséptico y\o colocar cinta adhesiva sobre la torunda para que la retire el paciente después de 5min.
- Observar si existe alguna reacción e informar que en caso de ser así notifique inmediatamente.
- Desechar la jeringa según **NOM 087-ECOL-1995**.
- Lavado de manos.
- Realizar el registro en la tarjeta del paciente.

POSICIONES CORPORALES (imagen tomada de la red).



PATRON COGNITIVO-PERCEPTUAL.

Este patrón se refiere a las funciones correctas de los 5 sentidos audición, visión, gusto, tacto, olfato, o si necesita algún tipo de prótesis; la percepción del dolor y tratamiento si llevara, sus habilidades, lenguaje, memoria, juicio etc. En caso de que en la entrevista mencionara tener dificultad en alguno de sus sentidos pregunta si necesita ayuda de prótesis; posterior observar su memoria, lenguaje, toma de decisiones, sentido y valorar si existe algún deterioro.

La capacidad de dolor y características se mide a través escalas.

Escala numérica (NRS), escala visual (EVA), escala facial de dolor (faces pain escale), todos tiene escala del 0 al 10 donde:

0 es NO dolor., 1-2 leve, 3-5 moderado, 6-8 intenso, 9-10 insoportable.

TIPOS DE DOLOR.

- Agudo. Normalmente es temporal y se identifica con alguna lesión o enfermedad.
- Crónico. Tarda mas de lo normal previsto y no tiene causa aparente.
- Irruptivo. Aparece espontáneamente o por alguna actividad física.
- Neuropático. Causado por alguna lesión primaria, afectando al sistema nervioso periférico o central y se asocia con molestias de la zona afectada.

- Nociceptivo. Dañan los tejidos normales y evita que el sistema nervioso funcione con normalidad; aparece después de un procedimiento doloroso, se describe como un dolor agudo y molesto.
- Dolor relacionado con el movimiento o dolor incidental. Se relaciona con una actividad específica, comer defecar, caminar etc.

PATRON NUTRICIONAL METABOLICO.

Es el consumo de líquidos o alimentos según las necesidades metabólicas y la disponibilidad a ellos.

En la entrevista se debe obtener el horario de comida, cantidad, preferencias, tolerancia a los alimentos, si consume suplemento o posibles problemas de ingesta, lesiones características de la piel, mucosa y estado. Así como su talla peso y temperatura, si aumenta o disminuye su masa corporal.

NUTRICION. No todos alimentos que nos llevamos a la boca nos nutren algunos solo cumplen la necesidad de saciar el apetito, por lo que es importante seleccionar los alimentos que consumimos para obtener la energía necesaria para mantener el organismo y este pueda desarrollar sus funciones correctamente.

VALORACION DEL PATRON NUTRICIONAL.

Anamnesis. Mirar la historia dietética, edad, sexo, ingesta diaria de alimentos, líquidos nutrientes como vitaminas, o alteraciones en la boca, prótesis, piel, etc.

Dispepsia. Mala digestión con dolor malestar, se acompaña con eructos, flatulencias, exceso de gases.

Anorexia. Pérdida de apetito.

Nauseas. Sensación para vomitar.

Vomito. Devolver por la boca lo que se a tenido en el estómago (se preguntara desde cuando ocurre y si existe algún factor).

Disfagia. Dolor al deglutir.

Reflujo gastroesofágico. Cierre incompleto del esfínter que provoca acidez, ardor, aumento en la salivación, indigestión, etc.

Dolor abdominal. Las sensaciones que lo acompañan antes o des pues de la comida.

Drogadicción. Intoxicación por drogas.

Intoxicación por alimentos. Aparecen 5 horas después de comer, son repentinos síntomas como vomito, cólicos abdominales, diarrea, etc.

CUIDADOS EN PACIENTES CON PROBLEMAS NUTRICIONALES.

Educar a los pacientes sobre su alimentación, higiene dental y/o dieta a seguir. Existen 7 tipos de dietas.

- Completa o normal. Puede consumir cualquier tipo de alimentos, excepto fritos o condimentados.
- Ligera. Se eliminan los postres, fritos, grasas, y los que provoquen gases.
- Blanda. Alimentos que no contiene fibras duras o condimentadas, generalmente se dan en personas con problemas gastrointestinales.
- Liquida pura. Incluye caldos, bebidas con gas y gelatinas.
- Liquida completa. Ni condimentos ni celulosa, se agregan cereales refinados, leche y sopas.
- Hiposódica. Baja en sal porque puede elevar la presión arterial.
- Hiperproteica. Alto contenido en proteínas indicado en operaciones y quemaduras, etc.

En cualquier tipo de dieta que se elija, el paciente debe saber cómo funcionara. Recordemos que la nutrición del paciente esta a cargo del personal de enfermería, por lo que antes de presentarle sus alimentos, este debe proporcionar un orinal, lavado de manos y un ambiente libre de olores, presentación de los alimentos (vajilla limpia y funcional) temperatura correcta. Y que el paciente no presente dolor o molestia antes y durante la comida. En caso de Dispepsia dar los alimentos en porciones pequeñas, evitando cafeína, grasas, condimentos y hacer ejercicio después de comer.

Cuando el diagnóstico es de anorexia, náuseas y vómitos el ambiente debe ser limpio y agradable, así como su persona y cama, persuadir la ingesta de líquidos para mejorar la digestión. En caso de que lo requiera la ingesta será vía endovenosa o sonda nasogástrica.

No olvidar que cada acción que se realice deberá ser anotado con exactitud para mantener un equilibrio de electrolitos y líquidos.

LA TERMOREGULACION. Es la producción y eliminación de calor, el “control” térmico del ser humano se encuentra en el hipotálamo anterior, al aumentar la temperatura se activan fibras eferentes del sistema nervioso autónomo que aumenta la pérdida de calor al producir vaso dilatación. Se clasifica en:

- Hipertermia. Temperatura superior a los 40°
- Hipotermia. Debajo de los parámetros normales.

- Fiebre. Aumento de la temperatura a causa de una enfermedad o infección, puede ser moderada de 38° y 39° o alta 39° y 40°.
- Febrícula. Elevación moderada y mantenida de la temperatura 37° y 38°.
- La temperatura normal varía entre 36° a 37.5°

En caso de hipertermia, se eleva la frecuencia cardíaca y respiratoria, sensación de frío y ausencia de sudoración seguida de piel caliente deshidratación leve o moderada.

La fiebre puede ser:

Continua, que se mantiene por 24 horas.

Intermitente, cuando la temperatura regresa a la normalidad y se mantiene por 24 horas.

Remitente, cuando la temperatura corporal fluctúa, pero no regresa a la normalidad.

Recurrente, durante varios días con intervalos normales y elevados.

Puede deberse a el aumento en la producción de calor, disminución de la pérdida de calor, o afecciones del centro regulador.

En caso de hipotermia, se deben valorar la frecuencia cardíaca (FC), frecuencia respiratoria (FR), y mantener al paciente en un ambiente cálido de manera que se evite la pérdida de calor, mantenerlo abrigado.

La temperatura puede variar según el horario del día, edad, estrés, ambiente, género, entre otros. Existen 5 tipos de tomas oído, bucal, frente, axilar, rectal (la más precisa, aunque incomoda, se aplica en menores de 6 años y personas inconscientes).

La piel es el órgano más grande del cuerpo, se encarga de proteger al resto de los órganos, mantiene la temperatura por medio de la respiración y/o transpiración; barrera física ante los microorganismos y ayuda en la síntesis de vitamina D al examinar se debe considerar color, humedad y untuosidad (condición oleosa que adquiere la piel por medio de las glándulas sebáceas), turgor (es la elasticidad y su capacidad para regresar a la normalidad), elasticidad, temperatura, lesiones.

ANEXOS DE LA PIEL, PELOS Y UÑAS.

Para una valoración de piel es necesaria una correcta anamnesis, que nos arrojará datos importantes desde su persona hasta su entorno demográfico, si ha tenido lesiones y de que tipo, si tuvo tratamiento o tiene prótesis, predisposiciones familiares o alérgicas si tiene mascotas o animales de corral, etc. Para el examen físico es importante contar con

temperatura e iluminación adecuada para correcta valoración de la piel, mucosa, lesiones, color, etc.

El color de la piel se evalúa por la cantidad de pigmentos que van del blanco al moreno, la palidez puede ser consecuencia de anemia, rojiza debido a piel muy fina y amarilla provocado por ictericia.

La alteración del pelo se llama tricosis, en mayor cantidad se llama hipertricosis y en menor cantidad alopecia.

En las uñas también se observa el color, aspecto, forma, tamaño, y consistencia, uñas enterradas.

En todos los casos se localiza la geografía de las lesiones y si existiera relación con los accesorios (anillos, aretes, cadenas etc.).

PALPACIÓN.

Es importante conocer la turgencia (grado de hidratación de la piel y elasticidad) se ocupa el dedo pulgar e índice para realizar un pequeño pliegue en la piel al soltar debe regresar a su forma en menos de 2 segundos, la textura se evalúa al tocar la piel tomando en cuenta la edad del paciente. En el caso del cabello, la palpación se da con un ligero tirón para comprobar su resistencia.

Para un diagnóstico completo y certero en enfermedades cutáneas es necesario una descripción gráfica. Existen 3 tipos de lesiones.

Primarias o aquellas que se asientan sobre una piel sana.

Secundaria o aquellas que se presentan sobre una piel previamente lesionada.

Combinada cuando existen las 2 anteriores.

HIGIENE DEL PACIENTE.

Es de suma importancia la higiene del paciente hospitalizado para preservar su piel y mucosa, para la realización se debe contar con todo el material a utilizar, se le explicara al paciente el procedimiento y su ayuda en lo posible. Se mantendrá la temperatura adecuada de la habitación y evitar corrientes de aire, la limpieza inicia en el siguiente orden: cara, cuello, axilas, brazos, torso, pliegues, extremidades inferiores siempre ir lavando y secando, por ultimo los genitales prepucio (en caso de hombres) meato urinario y labios

vaginales (en caso de mujeres), posterior desechar la esponja. Si es necesario se aplican aceites o vendas. Por último, vestir al paciente en todo momento se debe preservar la intimidad del paciente, hacer cambio de sábanas.

PREVENCIÓN DE ULCERAS.

Las úlceras se crean por mantener una misma posición por mucho tiempo, aparecen donde el hueso está más cerca de la piel, estas pueden causar problemas graves y poner en riesgo la vida.

La manera de prevenir es mantener la piel limpia y seca, cambiar de posición cada 2 horas, utilizar almohadas o productos para aliviar la presión. Las úlceras avanzadas se curan lentamente.

BIBLIOGRAFIA.

<https://unitecprofesionales.es>

www.ome.es

<https://isipedia.com/enfermeria/metodologia-enfermera/patro-funciones-de-salud>

www.sitesgoogle.com

<https://definicion.mx/venoclisis>

www.wikipedia.com

antología publicada por la institución.