



NOMBRE DE LA ALUMNA: BRITNI YADEYDI BRAVO SANCHEZ

NOMBRE DEL PROFESOR: RUBEN EDUARDO DOMINGUEZ GARCIA

MATERIA: FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA I

ESPECIALIDAD: ENFERMERIA

CUATRIMESTRE: 1 CUATRIEMTRE

FRONTERA COMALAPA CHIAPAS

**PATRÓN PERCEPCIÓN MANEJO DE LA SALUD
y ASEPSIA**

PATRÓN PERCEPCIÓN MANEJO DE LA SALUD
Origen: Creado por Marjory Gordon en los años 70. Definición de patrones: Hábitos recurrentes que afectan la salud y calidad de vida. Primer patrón funcional: Relacionado con cómo el paciente percibe y maneja su salud.

Factores que evalúa: Prácticas preventivas (higiene, vacunación, autoexploraciones).
Adherencia a tratamientos. Control de prácticas dañinas (drogas, alcohol, tabaco).
Alteraciones: Salud percibida como pobre o mala. Falta de interés en conductas saludables.

Mal manejo de la salud o adherencia al tratamiento. Consumo excesivo de alcohol, drogas o tabaco.

Evaluación: Verificar si el paciente cumple con estándares de salud. Realización de diagnósticos de enfermería si hay alteraciones. Intervenciones de enfermería para mejorar los resultados.

ASEPSIA: Definición: Ausencia de microorganismos patógenos que pueden causar enfermedad. Procedimiento: Reducción de la transmisión de microorganismos patógenos. Objetivo: Prevenir infecciones y romper la cadena de transmisión.

Tipos de procedimientos relacionados:
Asepsia: Impedir la penetración de gérmenes. Antiseptia: Destrucción de gérmenes con antisépticos.
Limpieza: Eliminación de materia orgánica en superficies (primer paso para el control de infecciones).

Desinfección: Destrucción de microorganismos en objetos inanimados (métodos químicos o físicos). Antiséptico: Sustancia que destruye o impide la proliferación de gérmenes en tejidos vivos (ej. alcohol, clorhexidina). Infección: Invasión y multiplicación de microorganismos en el organismo.

ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS

La administración de medicamentos son actividades de enfermería que se realizan bajo prescripción médica, en las cuales la enfermera (o) debe enfocarse a reafirmar los conocimientos y aptitudes necesarias para aplicar un fármaco al paciente, asimismo, saber evaluar los factores fisiológicos, mecanismos de acción y las variables individuales que afectan la acción de las drogas, los diversos tipos de prescripciones y vías de administración, así como los aspectos legales que involucran una mala práctica de la administración de medicamentos.

La aguja hacia arriba. Sostener firmemente el brazo del paciente con la mano izquierda y con el pulgar estirar la piel por debajo del sitio de la punción, creando tensión.

Retirar ligeramente el torniquete antes de comenzar a inyectar el medicamento para evitar presión excesiva en la vena.

Inyectar el medicamento lentamente para evitar efectos adversos o molestias al paciente, observando siempre su reacción.

Retirar la aguja con cuidado una vez administrado todo el medicamento, aplicar una torunda con presión ligera sobre el sitio de punción para evitar sangrado.

Desechar la jeringa y la aguja en el recipiente para material punzocortante de acuerdo con las normas de seguridad establecidas.

Colocar al paciente en una posición cómoda y ofrecerle un vaso de agua o jugo si lo desea, siempre observando su estado general para descartar reacciones adversas.

Registrar en el expediente clínico la administración del medicamento, mencionando el tipo de medicamento, la dosis, la vía utilizada, el sitio de inyección, y cualquier reacción observada durante o después del procedimiento.

PATRON COGNITIVO-PERCEPTUAL Y
VALORACION Y ALIVIO DEL DOLOR

PATRÓN COGNITIVO-PERCEPTUAL

Patrón sensorio-perceptual y cognitivo:

Evalúa funciones visuales, auditivas, gustativas, táctiles y olfativas.

Verificar si se utilizan prótesis (audífonos, gafas).

Capacidades cognitivas: Decisiones, memoria, lenguaje.

Dolor: Presencia y control.

Recomendación de datos:

Dificultades en audición/visión, uso de prótesis. Alteraciones en los sentidos (gusto, olfato, tacto). Problemas de memoria, concentración, toma de decisiones. Dificultades de aprendizaje, lenguaje. Presencia de dolor o malestar físico.

Alteraciones del patrón:

Inconsciencia, desorientación, deficiencia sensorial. Dificultades de comprensión (idioma, analfabetismo). Problemas de memoria, concentración, expresión, comprensión de ideas.

VALORACIÓN Y ALIVIO DEL DOLOR

Tipos de dolor: Dolor agudo: Aparición reciente, duración limitada, relacionado con lesión/enfermedad.

Dolor crónico: Persiste más allá del tiempo de curación, sin causa clara.

Dolor irruptivo: Exacerbación intermitente del dolor.

Dolor neuropático:

Lesión/disfunción en el sistema nervioso, descrito como agudo, quemante, punzante.

Dolor nociceptivo: Estímulo nocivo en tejidos normales; dolor somático (óseo) o visceral (órganos).

Dolor relacionado con el movimiento: Asociado a actividades específicas (comer, caminar).

Estos son los conceptos clave para estructurar el mapa conceptual, organizados en dos grandes secciones: Patrón Cognitivo-Perceptual y Valoración del Dolor, cada uno con sus respectivas subcategorías.

PATRON NUTRICIONAL-METABOLICO
Y NUTRICION

PATRÓN NUTRICIONAL-METABÓLICO

Evaluación de costumbres alimenticias: Relación entre el consumo de alimentos y líquidos con las necesidades metabólicas y disponibilidad. Problemas de ingesta: Dificultades para consumir alimentos.

Estado de piel y mucosas: Elasticidad, hidratación, color, lesiones.

Medición de talla, peso y temperatura.

Recomendación de datos a obtener: Ingesta diaria de alimentos: Variedad, cantidad, número de comidas y distribución. Suplementos nutricionales: Por enfermedades. Ingesta diaria de líquidos. Apetito: Disminuido o aumentado.

Problemas de masticación, deglución o digestión: Uso de prótesis dentarias, presencia de vómitos, náuseas o regurgitaciones. Pérdida o ganancia de peso: En adultos y variación en estatura en niños. Estado de la piel y mucosas: Elasticidad, hidratación, color, lesiones. Temperatura corporal.

NUTRICIÓN

Función principal: Extraer nutrientes necesarios de los alimentos.

Generación de energía: Para mantener las funciones del organismo.

Obtención, asimilación y metabolismo: Procesos de transformación de los nutrientes.

VALORACIÓN DEL PATRÓN NUTRICIONAL Y CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON PROBLEMAS NUTRICIONALES

Anamnesis Historia dietética:

Edad, sexo, ingesta de alimentos, líquidos y suplementos (vitaminas).

Estado bucal: Dentadura postiza, estado de la piel y mucosas. Problemas comunes: Dispepsia: Indigestión, dolor y malestar epigástrico, eructos, flatulencia. Anorexia: Pérdida de apetito.

Náusea: Sensación de urgencia de vomitar. Vómitos: Variados tipos (alimenticios, hematemesis, bilioso, etc.). Disfagia: Dolor al tragar. Reflujo gastroesofágico: Acidez, ardor, regurgitación. Dolor abdominal: Asociado a vómitos, analizar localización, frecuencia, factores desencadenantes.

Peso y talla: Detectar sobrepeso (aumento del 20%) o delgadez (disminución del 10%).

Índice de Masa Corporal (IMC): Relacionar peso con altura para detectar si el paciente tiene un peso saludable.

Educación alimentaria y dietas. Dieta completa: Alimentación sin restricciones (evitar fritos, comidas muy condimentadas). Dieta ligera: Evitar frituras y alimentos grasos. Dieta blanda: Para problemas gastrointestinales o de masticación; alimentos fáciles de digerir. Dieta líquida pura: Agua, té, jugos, caldos y gelatinas. Dieta líquida completa: Líquidos con otros alimentos suaves (sopas, flanes, cereales).

Dieta hipo sódica: Baja en sodio para controlar presión arterial. Dieta hiperproteica: Alta en proteínas para recuperaciones postoperatorias o quemaduras. Nutrición del paciente. Ofrecer orinal antes de comer, ambiente limpio, comida servida correctamente. Verificar la dieta correcta del paciente (nombre, número de cama, dieta). Higiene oral y de manos. Proporcionar medios para lavar manos y dientes después de comer. Manejo de la dispepsia Dividir la ingesta en pequeñas raciones, evitar café, té y comidas grasas.

Realizar ejercicio ligero tras las comidas. Anorexia, náusea y vómitos Mantener un ambiente limpio y libre de olores/ruidos desagradables. Mantener hidratación y nutrición Estimular el consumo de líquidos, administrar vía endovenosa si es necesario. Registro de ingreso y egreso de líquidos y alimentos Llevar un registro preciso para mantener el equilibrio de líquidos y electrolitos.

TERMORREGULACION Y VALORACION DE LA TERMORREGULACION

Termorregulación. Mantenimiento de la temperatura corporal a pesar de cambios ambientales. Centro termorregulador: Núcleo pre óptico del hipotálamo anterior. Producción y eliminación de calor. Aumento de temperatura central: Activa fibras eferentes que: Producen vasodilatación cutánea (convección). Aumento de la pérdida de calor.

Fiebre vs Hipertermia. Fiebre: Axilar $>38^{\circ}\text{C}$, rectal $>38.8^{\circ}\text{C}$. Reajuste del centro termorregulador. Hipertermia: Desequilibrio entre producción y eliminación de calor. Hipotálamo correctamente ajustado. Hipotermia: Incapacidad de producir suficiente calor. Factores que afectan la temperatura. Diurno: Mínimo por la mañana, máximo en la tarde-noche. Etapa de desarrollo: Niños y lactantes tienen mayor temperatura. Estrés: Incrementa adrenalina y metabolismo.

Temperatura ambiental: Puede alterar la regulación térmica. Género: Mujeres tienen mayor temperatura durante ovulación y embarazo. Respuesta del hipotálamo. Ante ganancia de calor: Vasoconstricción. Piloerección. Aumento del tono muscular (escalofríos). Ante pérdida de calor

Sudoración. Aumento de circulación periférica (convección, irradiación, conducción). Síntomas de hipertermia Inicio: Aumento de frecuencia cardíaca y respiratoria. Piel fría, escalofríos, cianosis, piloerección, ausencia de sudoración. Curso: Piel caliente, foto sensibilidad, deshidratación, somnolencia, convulsiones.

Descenso: Sudoración, piel caliente, disminución de escalofríos, posible deshidratación. Tipos de fiebre. Continua: Elevación constante por 24 horas. Intermitente: Vuelve a la normalidad y permanece así 24 horas. Remitente: Fluctúa, pero no regresa a la normalidad.

Recurrente: Varias veces con intervalos de temperatura normal. Causas de fiebre. Aumento de la producción de calor. Disminución de la pérdida de calor. Afección del centro regulador.

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON PROBLEMAS DE LA TERMORREGULACION Y PIEL, MUCOSAS Y ANEXOS

. Intervenciones de enfermería en hipertermia. Control de signos vitales: FC y FR aumentan por vasodilatación y metabolismo elevado. Evaluar color y temperatura cutánea: Vasoconstricción inicial, luego vasodilatación. Descubir al paciente: Favorecer la pérdida de calor por convección. Administrar líquidos orales: Reposición por pérdidas de líquidos (diaforesis y taquipnea).

Medir aportes y pérdidas: Mantener el equilibrio hídrico. Disminuir actividad física: Reduce la producción de calor. Administrar antipiréticos: Inhiben prostaglandinas y normalizan la temperatura. Higiene bucal: Evitar infecciones, aumentar la comodidad. Control físico: Facilitar la pérdida de calor (conducción, irradiación, evaporación).

Conservar el estado nutricional: Administrar proteínas y carbohidratos. Ropa de cama seca y limpia: Evitar lesiones en piel por humedad. Intervenciones de enfermería en hipotermia .Valorar signos vitales: FC y FR aumentan inicialmente, luego disminuyen por vasoconstricción. Trasladar a ambiente cálido: Favorecer el calentamiento por convección. Mantener extremidades cerca del tronco: Favorecer la producción de calor.

Cubrir la cabeza: Evitar la pérdida de calor. Administrar líquidos calientes (IV y VO): Calentamiento directo de sangre y órganos. Aplicar mantas o compresas calientes: Aumento del calor por conducción e irradiación.

La piel es un órgano inmunológico que: Protege al cuerpo y controla líquidos, electrolitos, temperatura y volumen sanguíneo. Funciones nerviosas: Interactúa con el entorno. Barrera física: Contra traumas, químicos, UV, microorganismos. Participa en la síntesis de vitamina D.

Evaluación de la piel: Color.

Humedad y untuosidad. Turgor y elasticidad. Temperatura. Lesiones (primarias y secundarias). Anexos: Pelo y uñas.

HIGIENE DEL PACIENTE Y PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

Higiene del Paciente. Objetivo: Preservar la piel y mucosas en buen estado para mantener su función protectora. Responsabilidad: Tarea que ha sido delegada a auxiliares de Enfermería, pero sigue siendo parte de la práctica de Enfermería.

Pasos para la Higiene del Paciente Encamado
Explicación: Informar al paciente sobre el procedimiento y solicitar su colaboración.
Condiciones Ambientales: Temperatura de la habitación: 22º-24º. Evitar corrientes de aire.

Preparación del Material: Palangana con agua templada. Guantes desechables. Ropa limpia de cama. Esponjas jabonosas. Toallas. Bolsa para ropa sucia. Intimidad del Paciente: Cerrar la puerta y utilizar cortinas o biombos. Higiene Facial: Limpiar la cara evitando el jabón en ojos, nariz y boca.

Limpieza Corporal: Enjabonar cuello, axilas, brazos y torso, prestando atención a los pliegues. Aclarar y secar, manteniendo el área cubierta con toalla. Extremidades Inferiores: Enjabonado, aclarado y secado. Higiene Genital: Hombres: Limpiar el glande, retirar y volver a colocar el prepucio. Mujeres: Limpiar de arriba abajo, incluyendo labios vaginales y meato urinario. Hidratación: Aplicar hidratante y masajear para estimular circulación. Protección: Uso de aceites en zonas de mayor presión o vendajes protectores si es necesario.

Vestimenta: Colocar ropa limpia y cambiar la ropa de cama. **Prevención de Úlceras por Presión**
Definición: Lesiones cutáneas causadas por presión prolongada en áreas donde los huesos están cerca de la piel (tobillos, talones, caderas).
Riesgo Aumentado: Pacientes encamados, en sillas de ruedas o incapaces de moverse. Medidas Preventivas

Mantener la piel limpia y seca. Cambiar de posición cada dos horas. Uso de almohadas y productos que alivien la presión. Tratamiento de Úlceras por Presión Variedad de tratamientos: Las úlceras avanzadas sanan lentamente. Importancia del tratamiento anticipado.