



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

LIC. ENFERMERIA

FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA III

LE. LOPEZ SILBA MARIA DEL CARMEN

ACTIVIDAD DE LIBRETA

CURADRO SINOPTICO

ESPINOSA GARCIA VICTOR HUGO

GRADO: 3º

GRUPO: "A"

03 DE JULIO DEL 2020.

**PATRON 1:
PERCEPCION-MANEJO
DE SALUD QUE VALORA**

Es como percibe el individuo la salud y el bienestar. Por otro lado es como maneja el individuo su salud.

Incluye practicas preventivas: hábitos higiénicos y vacunación.

Como se valora

- Hábitos higiénicos.
- Percepción de salud conductas saludables.

Resultados del patrón

El patrón esta alterado si la persona considera que su salud es pobre. Regular o mala.

- Fuma.
- Consume drogas.
- No tiene adherencia a tratamiento farmacológico ni a medidas terapéuticas.

**PATRON 2:
NUTRICIONAL**

Metabólico que valora

Describe el consumo de alimentos y liquido en relación con sus necesidades metabólicas

Horario de comida, preferencias y suplementos. Problemas en su ingestión, altura, peso y temperatura. Condiciones de piel, mucosa y membrana.

Como se valora

- Valoración del IMC.
- Valoración de la alimentación.
- Valoración de problemas en la boca.
- valoración de otros problemas que influyen en el patrón.
- Valoración de problemas para comer.
- Alteraciones de la piel.
- Lesión cutánea.

Resultado del patrón, el patrón estará alterado

Patrón alterado superior al 30% o inferior al 18.5%, Patrón de riesgo: entre 25 y 30. Patrón eficaz: entre 18.6 y 24.9.

**PATRON 3:
ELIMINACION**

Que valora

Describe las funciones excretoras intestinal, urinaria y de la piel.

Como se valora

- Intestinal: consistencia, regularidad, dolor, sangre en heces, uso de laxantes.
- Urinario: micciones/día, características de la orina, problemas de micción, sistema de ayuda.
- Cutánea: Sudoración copiosa.

Resultado del patrón, el patrón estará alterado

- Intestinal: existe estreñimiento, incontinencia, diarrea, flatulencias.
- Urinario: si se presenta incontinencia, retención, disuria, nicturia, poliuria.
- Sudación excesiva.

**PATRON 4:
ACTIVIDAD /EJERCICIO**

Que valora

El patrón del ejercicio, la actividad, el tiempo libre y recreo, los requerimientos de consumo de energía.

Como se valora

- Valoración del estado cardiovascular.
- Valoración del estado respiratorio.
- Valoración de la movilidad.
- Actividades cotidianas.

Resultado del patrón, el patrón estará alterado

- Presenta síntomas respiratorios
- Presenta problemas circulatorios
- Presenta síntomas físicos

Se considera importante realizar 30 minutos de ejercicio al día.



BIBLIOGRAFIA

Antología Fundamentos de Enfermería III. Unidad 3. Actividad y ejercicio. Patrón nutricional. Patrón eliminación. Patrón actividad/ejercicio. P.p 61-65. Recuperado de un PDF el 02 de julio del 2020.

03-07-2020

INTUBACIÓN NASOGÁSTRICA

FUNDAMENTOS DE ENFERMERÍA

CONCEPTO. Es el procedimiento donde se introduce una sonda nasogástrica por nariz o boca a la cavidad gástrica.

OBJETIVOS:

- Suministrar alimentos a la cavidad gástrica del paciente para nutrirlo.
- Administrar medicamentos a la cavidad gástrica con fines terapéuticos.
- Eliminar líquidos y gases por descomposición del aparato digestivo alto.
- Obtener muestra de contenido gástrico.

EQUIPO Y MATERIAL: Charola con:

- Sonda nasogástrica (Clevin) calibre 12 a 18 F, de preferencia desechable.
- Vasija con agua fría o trozos pequeños de hielo.
- Vaso con solución fisiológica o lubricante hidrosoluble.
- Pinzas hemostáticas.
- Bandeja en forma de riñón para secreciones o vómito.
- Cinta hipoalérgica de 2.5 a 3 cm.
- Hisopos, gasas.
- Toallas o compresas.
- Cojín de hule o plástico.
- Pañuelos desechables.
- Guantes.
- Estetoscopio.
- Abatelenguas.

TÉCNICA DE INTUBACIÓN NASOGÁSTRICA

INTERVENCIONES:

1. Lavarte las manos.
2. Preparar el equipo y trasladarlo a la unidad clínica, dejando la sonda en un recipiente con hielo.
3. Explicarle el procedimiento al paciente y colocarlo en posición sedente o de Fowler o semifowler.
4. Asear nariz y boca con hisopos o gases con abatelengües, dependiendo del tipo de intubación.
5. Proteger la parte anterior del fórax con hule y toalla, y colocar debajo del mentón la bandeja-rinon.
6. Intubar de la forma siguiente:
 - Calzarse los guantes.
 - Extraer la sonda del hielo para medir la parte que se va a introducir.
 - Humedecer la sonda con solución fisiológica.

- Humedecer la sonda con solución fisiológica.
 - Introducir con lentitud la sonda a nasofaringe posterior, por la nariz y pedirle que degluta sorbos de agua para facilitar su avance.
 - Indicarle que flexione el cuello sobre el tórax y respirar con profundidad una vez pasados de 7 a 8 cm de longitud de sonda.
 - En caso de que no pueda intubarse, retirar la sonda y probar en nariz contraria.
 - Comprobar que la sonda se encuentre en estómago.
7. Fijar la sonda con cinta hipoalérgica.
 8. Realizar el procedimiento de acuerdo con el objetivo deseado.
 9. Vigilar el estado del paciente, la permeabilidad de la sonda y la velocidad del flujo.
 10. Logrados los objetivos, se retira la sonda con una pinza o fuerza, previa explicación al paciente y retiro de las cintas.
 11. Desechar la sonda o lavarla con agua corriente para su esterilización.

03-07-2020

ELIMINACIÓN INTestinal

FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA

La eliminación intestinal en condiciones normales se efectúa a través del recto y ano por medio del excremento formado por una masa sólida constituida por alimentos no digeridos, celulosa, secreciones del intestino y del hígado, sales inorgánicas, leucocitos, células epiteliales y agua. Este proceso digestivo mecánico final se realiza a través de la defecación.

PROCESO DE ENFERMERIA

VALORACIÓN DE ENFERMERIA

En la eliminación intestinal de un paciente incluye la realización de la historia clínica de enfermería, exploración física del abdomen, recto y ano (estos dos últimos se exploran sólo en algunos pedecimientos). Y la inspección de las características de las heces, así como las pruebas diagnósticas.

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA.

La NANDA incluye las siguientes etiquetas diagnósticas:

- Incontinencia Intestinal.
- Estreñimiento.
- Estreñimiento colónico.
- Riesgo de estreñimiento.
- Estreñimiento subjetivo.
- Diarrea.

PLANEACION DE ENFERMERIA.

La enfermera sintetiza la información obtenida de diferentes fuentes, ya que el plan de cuidados establecidos tienen objetivos y resultados, incorporando de ser posible, los hábitos y patrones de eliminación que el paciente tiene, y si éstos son positivos para su salud, seguirá fomentándolos; en caso contrario, la enfermera ayudará a aprender otros nuevos.

EJECUCIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS

La enfermera puede ayudar a los pacientes a lograr hábitos para una defecación regular, proporcionándole y respetando su intimidad.

INTERVENCIONES DE ENFERMERIA PARA RESTABLECER EL FUNCIONAMIENTO INTESTINAL NORMAL.

En cuanto a la atención al paciente con trastornos en la eliminación intestinal, existen algunas medidas que el personal de enfermería debe conocer para restablecer el funcionamiento intestinal del factor relacionado con:

- Prodigar un ambiente terapéutico.
- regulación de hábitos higiénicos.
- posición sedente durante la evacuación o proporcionarle comodidad si se encuentra inmovilizado o su estado de salud es grave.
- sensibilización en el control de estímulos para la defecación, según el caso.
- Control hídrico y electrolítico.
- Dieta apropiada
- medidas terapéuticas.

• medidas terapéuticas.

ENEMA EVACUANTE

Los enemas se encuentran en el mercado para utilizarse en una sola ocasión (desechables), por ello es mayor la seguridad y se facilita su aplicación. Los enemas se clasifican según su acción u objetivo.

- Los enemas de limpieza.
- Los enemas de retención.
- Los enemas de flujo de retorno o irrigación de colon.

Norma

CONCEPTO.

Es la instelación de una solución dentro del recto y colon sigmoides

OBJETIVOS:

- Fomentar la defecación por medio de la estimulación del peristaltismo
- mejorar en forma temporal el estreñimiento.
- Guecuar el contenido intestinal con fines diagnósticos o terapéuticos.
- Introducir soluciones con fines terapéuticos

EQUIPO Y MATERIAL:

Charola con equipo comercial de enema desechable o irrigador con tubo de conexión reutilizable, adaptador, sonda neolatón calibre 12 a 18 Fr para niños o 22 a 30 Fr para adultos, lubricante, pinza hemostática, gases, bandaje-riñon, papel higienico, guantes limpios, cinta adherible para fijación de sonda rectal en caso necesario, Comodo, protector de hule, solución prescrita a temperatura de 37 a 40°C y trípode.

hule, solución prescrita a temperatura de 37 a 40°C y trípode.

TECNICA DE INSTALACION DE ENEMA EVACUANTE.

INTERVENCIONES

1. Informar al paciente sobre el procedimiento.
2. preparar el equipo en el cuarto de trabajo y trasladarlo a la unidad clinica.
3. En caso de no contar con equipo comercial, adaptar tubo de conexión y sonda al irrigador y purgador. pinzar para cerrar tubo.
4. Doblar colcha y cobertor hacia la piecera, retirar la almohada y colocar al paciente en posición de Sims izquierdo, poniendo un protector de hule por debajo de la región glútea.

5. Soperar los guiteos e introducir el extremo proximal del equipo comercial o bien lubrificar la sonda e introducir de 7.5 a 10 cm con lentitud en el recto en dirección del ombligo. Abrir la pinza para permitir que el líquido fluya por succión o comprimir envase del equipo comercial.
6. Administrar con lentitud la solución, colocándola a una altura de 30 a 45 cm para un enema alto, 30 cm para un enema normal y 7.5 cm para un enema bajo.
7. Controlar la salida de la solución contenida en el equipo comercial o en el irrigador.
8. Vigilar las reacciones del paciente durante la introducción de la solución.
9. Extraer la sonda, desconectarla del tubo y cubrirla con papel higiénico, colocándola en bodega-trián e indicar al paciente sobre la retención del líquido.
10. Indicar al paciente que vaya al sanitario o colocarla sobre un cómodo cubreprotección de la cama con un bulel y obtracente papel higiénico. Dejar a su aliente el firme.

apreciable para higiene, para el ambiente.

11. Refirer el comodo, cubriolo con protector y llevarlo al cuarto septico para observar las caracteristicas del material expulsado y para asearlo.

12. Lavar las manos del paciente y dejarlo comodo.

13. Elaborar el informe respectivo.

Norma