



**Nombre de alumno: Karla Jazmín Aguilar
Díaz**

**Nombre del profesor: María del Carmen
López Silba**

**Nombre del trabajo: Cuadro sinóptico,
Unidad 3**

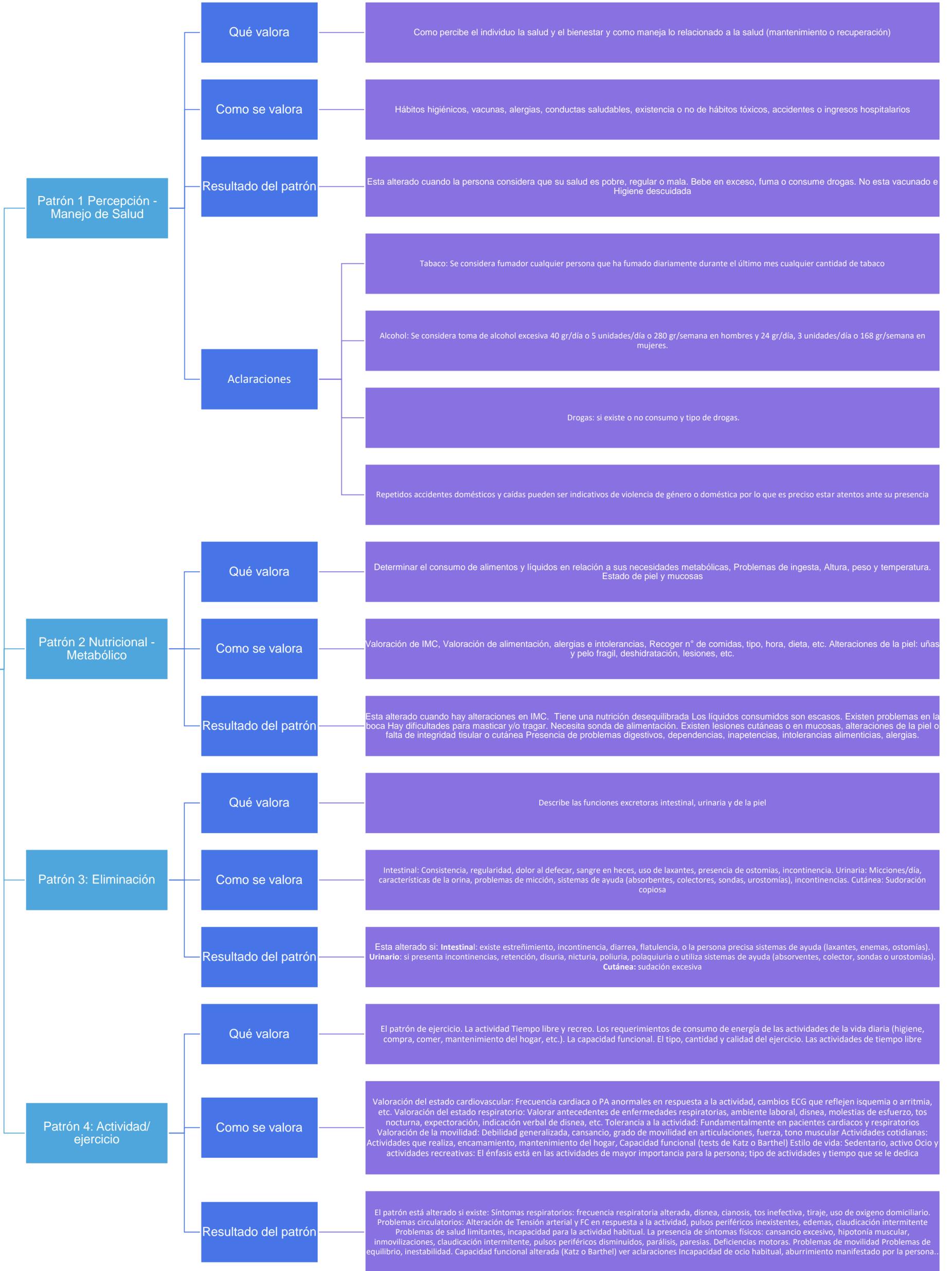
Materia: Fundamentos de Enfermería III

Grado: 3°

Grupo: A

Licenciatura en enfermería

Promoción de la salud física



BIBLIOGRAFÍA

UDS. Antología de Fundamentos de Enfermería III. Consultado el 03 de julio de 2020. Unidad III



**Nombre de alumno: Karla Jazmín Aguilar
Díaz**

**Nombre del profesor: María del Carmen
López Silba**

**Nombre del trabajo: Actividades en
Libreta**

Materia: Fundamentos de Enfermería III

Grado: 3°

Grupo: A

Licenciatura en enfermería

Alimentación por sonda

Es el ingreso de nutrimentos al organismo mediante técnicas de alimentación forzada y Gastroclisis

Alimentación Forzada:
Conjunto de intervenciones para introducir alimentos líquidos al estómago a través de una sonda nasogástrica

Gastroclisis
Intervenciones para introducir alimento líquido en la cavidad gástrica gota a gota mediante una sonda

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 decomposición del sistema digestivo alto
- > Determinar la cantidad de la presión y actividad motora del tubo digestivo
- > Obtener muestra del contenido gástrico

Equipo y material: Charola con:
Sonda nasogástrica Levin calibre 12 a 18F, preferible una desechable

Vasija con agua fría

liso con solución fisiológica o lubricante.

Anzós homeostáticos

Bandeja en forma de riñón
Cinta hipoalergénica de 2.5 o 3 cm
Hisopos, gasas
Toallas o compresas
Cajón de hule o plástico
Pañuelos desechables
Guantes
Estetoscopio
Abulelengua

Procedimiento de colocación de sonda

- 1) Lavarse las manos para evitar microorganismo
- 2) Preparar y trasladar el equipo dejando la sonda en agua con hielo a fin de comprobar su estado
- 3) Explicar el procedimiento y colocar al paciente en posición sedante para facilitar el paso
- 4) Asear nariz o boca con hisopos o gasas
- 5) Proteger la parte del tórax con hule y una toalla dejando del mentón la bandeja riñón
- 6) Intubar a) Calzarse los guantes b) extraer la sonda del hielo para medir la parte a introducir c) Hmedecer la sonda con la solución d) Introducir lentamente la sonda por naso faringe posterior (Nasiz) pidiendo le que degluta agua para ayudar al avance e) indicar que se flexione el cuello y respire profundo En caso de no poder colocar la sonda proceder a su retiro e intentar en la otra narina
- f) Comprobar que la sonda llegó a su destino

- ⑦ Se fija la sonda con cinta para evitar el retroceso accidental
- ⑧ Evaluar si el procedimiento cumple con el objetivo
- ⑨ Mantener vigila constante al paciente y el funcionamiento de la sonda
- ⑩ Con los objetivos cumplidos se retira la sonda después de atender al paciente, para evitar complicaciones como lesiones, una úlcera o infección

Técnica de alimentación

- ① Tener la fórmula a una temperatura adecuada de 37 a 38°C para evitar coágulos
- ② Colocar al paciente en una posición sedente o Fowler para prevenir la aspiración de líquidos
- ③ Con los guantes puestos se vacía la fórmula y se administra con una jeringa aséptica, siempre depende de la técnica llevado a cabo
- ④ Colocar la solución alimenticia en el tubo de y regular el flujo o goteo hasta que esta termine
- ⑤ Al finalizar la fórmula introducir un aproximado de 20 ml de agua o solución fisiológica
- ⑥ Se retira la jeringa o se pinza el tubo de derivación para evitar el reflujo
- ⑦ Dejar al paciente y el área de trabajo limpia y despejada, manteniendo al paciente tranquilo

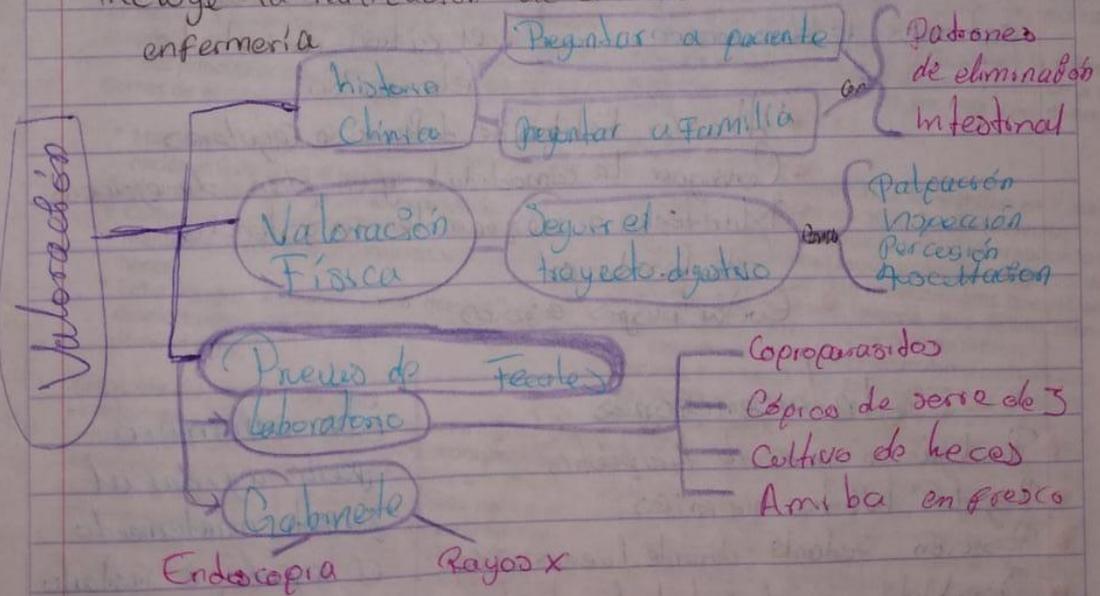
Eliminación Intestinal

La eliminación de los productos de desecho del intestino es esencial para la salud y un correcto funcionamiento orgánico y los trastornos en este proceso indican trastornos de otros sistemas.

"En condiciones normales se efectúa por el recto y ano, un proceso mecánico"

Proceso de enfermería Valoración

Incluye la realización de una historia clínica de enfermería



Diagnósticos de enfermería

NANDA

Incluye
etiquetas

- Incontinencia Intestinal
- Estreñimiento
- Estreñimiento crónico
- Riesgo de estreñimiento
- Estreñimiento subjetivo
- Diarrea

Planeación

• Sintetizar información
obtenida de diversas fuentes
incorporando hábitos y
patrones de eliminación

Objetivos

- Mantener o reestablecer el patrón normal de eliminación
- Alcanzar hábitos de defecación regulares
- Conseguir la comodidad y un plan de evacuación
- Mantener o recuperar la consistencia de las heces
- Evitar riesgos asociados

Intervenciones

- Prodigar un ambiente terapéutico
- Regular hábitos higiénicos
- Posición sedante durante la evacuación
- Sensibilidad en el control de estímulos
- Control hídrico y electrolítico
- Dieta apropiada
- Medidas terapéuticas

La enfermera puede ayudar al paciente manteniendo el respeto e instando a tener hábitos saludables

Fundamentos de enfermería,
eva reyes, paginas 285, 294