

**Nombre del alumno: Shunashi Vinissa Medina Castillo**

**Nombre del catedrático: María del Carmen López Silva**

**Licenciatura: enfermería**

**Nombre del trabajo: cuadro sinóptico**

**Materia: fundamentos de enfermería III**

**Grado: 3er cuatrimestre**

**Grupo: "B"**

Comitán de Domínguez Chiapas a 12 de septiembre de 2018.



Patrón 1: percepción de salud

¿Qué valora?

Como el individuo percibe la salud, bienestar y como maneja lo relacionado a la salud

¿cómo se valora?

Por hábitos higiénicos, vacunas, alergias, conductas saludables, existencia o no de hábitos tóxicos, accidentes o ingresos

Esta alterado cuando

La persona considera que su salud es pobre, regular o mala, bebe en exceso, fuma o consume drogas, no está vacunado, cuando la higiene de la vivienda es descuidada



Patrón 2: nutricional

¿Qué valora?

Determina el consumo de alimentos y líquidos en relación a sus necesidades metabólicas, problemas de ingesta, altura, peso, temperatura, estado de la piel y mucosas

¿cómo se valora?

Valora imc, alimentación, alergias e intolerancias y recoger nº de comidas: tipo, hora, dieta, alteraciones de la piel, uñas, y pelo frágil, deshidratación y lesiones

Esta alterado cuando

Hay alteraciones en el imc, desequilibrio nutricional, problemas bucales, disfagia o sonda de alimentación, problemas digestivos



Patrón 3: eliminación

¿Qué valora?

Describe funciones excretoras, intestinal, urinaria y de la piel

¿cómo se valora?

Intestinal

Consistencia, regularidad, dolor al defecar, sangre en las heces, uso de laxantes, presencia de ostomías

Urinaria

Micciones al día, características de la orina, problemas de micción, sistemas de ayuda, incontinencias

Cutánea

Sudoración copiosa

Esta alterado cuando

Hay estreñimiento, incontinencia, flatulencias, diarrea, sistemas de ayuda, retención, disuria, nicturia, sudoración, problemas digestivos

¿Qué valora?

Describe las capacidades para la movilidad autónoma, la actividad y para la realización de actividades como es el ejercicio

¿cómo se valora?

Valorar el estado cardiovascular, estado respiratorio, estilo de vida, ocio y actividades

Esta alterado cuando

Existen problemas circulatorios, respiratorios, cansancio excesivo, deficiencias motoras y capacidad funcional alterada

Patrón 4: actividad ejercicio



# INTUBACIÓN NASOGÁSTRICA

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

## OBJETIVOS:

- ♥ Administrar 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.
- ♥ Determinar la cantidad de presión y actividad motora en el tubo digestivo.
- ♥ Tratar pacientes con obstrucción mecánica y con hemorragia en el tubo digestivo.
- ♥ obtener muestra de contenido gástrico.

## EQUIPO Y MATERIAL:

- \* Sonda nasogástrica (levin) calibre 12 a 18 F, de preferencia desechable.
- \* Vasija con agua fría o trozos pequeños de hielo.
- \* Vaso con solución fisiológica o lavante hidro-soluble.
- \* Pinzas hemostáticas.
- \* Bandeja en forma de riñón para secreciones o vómito.
- \* Cinta hipoalérgica de 2.5 a 3cm.

Scribe

- \* Hisopos, gases
- \* Toallas o compresas
- \* Lijín de hule o plástico
- \* Pañuelos desechables
- \* Guantes.
- \* Endoscopio
- \* Abatelenguas.

## PROCEDIMIENTO

- Lavarse las manos.
- Preparar el equipo y trasladarlo a la unidad clínica, dejando la sonda en un recipiente con hielo.
- Explicar el procedimiento al paciente y colocarlo en posición sedente o de Fowler o semifowler.
- Abcar narinas o boca con hisopos o gases con abatelenguas, dependiendo del tipo de intubación.
- Proteger la parte anterior del tórax con hule y toalla, y colocar debajo del mentón la bandeja -riñón.
- Intubar de la forma siguiente:
  - Calzarse los guantes.
  - Extraer la sonda del hielo para medir a parte que se va a introducir.
  - 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

Scribe



7 a 8 cm de longitud de la sonda.

- En caso de que no pueda intubarse, retirar la sonda y probar en narina contraria.

• Comprobar que la sonda se encuentre en estómago.

• Fijar la sonda con cinta hipoalergénica

• Realizar el procedimiento de acuerdo con el objetivo deseado.

• Vigilar el estado del paciente, la permeabilidad de la sonda y la velocidad del flujo.

• Logrando los objetivos se retira la sonda con una pinza o toalla, previa explicación al paciente y retiro de las cintas de fijación.

• Desechar la sonda o lavarla con agua corriente para su esterilización, dependiendo del tipo de material usado.

### CUIDADOS

= lavar la sonda con agua jabonosa diariamente y secarla bien.

= limpiar el tapón de la sonda cuidadosamente y secarlo bien para evitar que se quede pegado.

= Apoyar esta sonda en un lugar diferente para evitar que la piel se lesione.

## ELIMINACIÓN INTESTINAL

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 el 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 enfermería

La valoración de enfermería en la eliminación intestinal de un paciente incluye la realización de la historia clínica de enfermería, exploración física del abdomen, recto y ano, y la inspección de las características de los heces, así como las pruebas diagnósticas. La valoración física puede realizarse siguiendo el tracto del aparato digestivo, haciendo énfasis en la inspección, palpación, percusión y auscultación del abdomen y la región anal.

Diagnósticos de enfermería

La NANDA incluye:

▷ Incontinencia intestinal

▷ Estreñimiento

▷ Estreñimiento colónico

▷ Riesgo de estreñimiento

▷ Estreñimiento subjetivo

▷ Diarrea.



## ELIMINACIÓN INTESTINAL

### Planificación de enfermería

En esta etapa la enfermera sintetiza la información obtenida de diferentes fuentes.

Principales objetivos en los pacientes con problemas de eliminación:

- \* Mantener o restablecer el patrón normal de eliminación intestinal en el paciente.
- \* Alcanzar hábitos de defecación regulares.
- \* Conseguir la comodidad y un plan de ejercicio.
- \* Mantener o recuperar la consistencia normal de las heces.

### Ejecución del plan de cuidado.

Intervenciones de enfermería para restablecer el funcionamiento intestinal normal.

- o Prodigar un ambiente terapéutico
- o Regulación de hábitos higiénicos.
- o Posición sedente durante la evaluación o proporcionar comodidad si se encuentra inmovilizado o su estado de salud es grave.
- o Control hídrico y electrolítico
- o Dieta apropiada
- o Observaciones e intervenciones de manifestaciones clínicas específicas.
- o Medidas terapéuticas.

Normas que orientan hacia los hábitos higiénicos de eliminación intestinal.

- \* Conocer la estructura y el funcionamiento de aparato digestivo y su relación con el sistema nervioso.
- \* Comprender las alteraciones en la eliminación intestinal.
- \* Observar durante la infancia y en algunos padecimientos la urgencia de defecar.
- \* Orientar a la persona sobre hábitos higiénicos en la eliminación intestinal.
- \* Conocer los factores que influyen en la eliminación intestinal.



BIBLIOGRAFIAS:

EVA REYES. FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA. RECUPERADO EL 3 DE JUNIO DEL 2020

<https://plataformaeducativauds.com.mx/assets/docs/files/asignatura/6ba9d3d9580505f4a80470e019aeff53.pdf>

## BIBLIOGRAFIA

UDS. Universidad del sureste. 2020. Antología de Farmacología. PDF. Recuperado el 2 de junio del 2020.

