



Nombre de los alumnos: Anai Azucena Vázquez Vázquez

Nombre del profesor: María del Carmen López silba

Nombre del trabajo: promoción de la salud física

Materia: fundamentos de enfermería III

Grado: 3ro

Grupo: "B"

Fecha: 03 de julio del 2020

Patrón 1: percepción de salud



Qué valora

Como recibe el individuo la salud y el bienestar, como maneja todo lo relacionado con su salud, respecto a su mantenimiento

Cómo se valora

- Hábitos higiénicos: personales, vivienda, vestido
- Vacunas, alergias, percepción de la salud, existencias o no de hábitos tóxicos
- Conductas saludables: interés y conocimientos, ingresos hospitalarios

El patrón esta alterado

- La persona considera que su salud es pobre, regular o mala
- Tiene un inadecuado cuidado de su salud
- Bebe en exceso, fuma o consume drogas
- No esta vacunado y la higiene personal o de la vivienda es descuidada

Patrón 2: nutricional



Qué valora

Describe el consumo de alimentos y líquidos en relación con sus necesidades metabólicas. Horario de comida, preferencia y suplementos. Problemas en su ingesta, altura, peso y temperatura

Cómo se valora

- Valoración del IMC
- Valoración de la alimentación: el n° de comidas, el lugar, el horario, dietas específicas, así como los líquidos recomendados para tomar en el día.
- Valoración de los problemas para comer: dificultades para masticar, tragar, por sonda.

El patrón esta alterado

Hay alteración en el IMC, tiene una nutrición desequilibrada, los líquidos consumidos son escasos, existen problemas en la boca, dificultad para tragar y masticar

Patrón 3: Eliminación



Qué valora

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

Cómo se valora

Intestinal

Consistencia, regularidad, dolor al defecar, sangre en las heces, incontinencia

urinaria

Micciones /día, características de la orina, problemas al orinar

Cutánea

Sudoración copiosa

El patrón esta alterado

Intestinal: existe estreñimiento, incontinencia, diarrea, flatulencias. Urinario: retenciones, disuria, nicturia, poliuria.

Patrón 4: actividad-ejercicio



Qué valora

Describe la capacidad para la movilidad autónoma y la actividad para la realización de ejercicio. Costumbres ocio y recreo.

Cómo se valora

Estado cardiovascular, estado respiratorio, tolerancia a la actividad, actividades cotidianas, estilo de vida, ocio y actividades

El patrón esta alterado

Existen problemas circulatorios, respiratorios, cansancio excesivo, diferencias motoras, capacidad funcional alterada

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.
- Determinar la cavidad de presión y actividad motora en el tubo digestivo.
- Tratar a 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 18F, de preferencia desechable.
- Vasija con agua fría o trozos pequeños de hielo.
- Vaso con solución fisiológica o lubricante hidrosoluble.
- Pinzas hemostáticas.
- Bandera en forma de riñón para secreciones o vómito.
- Cinta hipoalérgica de 2.5 a 3 cm.
- Hisopos, gases.
- Toallas o compresas.
- Colín de hule o plástico.
- Pañuelo desechable.
- Guantes.
- Estetoscopio.
- Abatelenguas.

PROCEDIMIENTO

- 1.- Lavarse las manos.
- 2.- Preparar el equipo y trasladarlo a la unidad clínica, dejando la sonda en un recipiente con hielo.
- 3.- Explicar el procedimiento al paciente y colocarlo en posición sedente o de Fowler o semifowler.
- 4.- Anestesia nasina o boca con hisopos o gases con abatelenguas, dependiendo del tipo de intubación.
- 5.- Proteger la parte anterior del tórax con hule y toalla, y colocar debajo del mentón la bandera-riñón.
- 6.- Intubar de la siguiente forma:
 - Colocar 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 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 respire con profundidad una vez pasados de 7cm 8cm de longitud de la sonda.
 - En caso 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.
- 10.- Logrados los objetivos, se retira la sonda con una pinza o toalla, previo explicación al paciente y retiro de las cintas con fijación.
- 11.- Desinfectar la sonda o lavarla con agua corriente para su esterilización.

Cuidados de enfermería.

- 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 o se tape)
- Apoyar esta sonda en un lugar diferente para evitar que la pared se lesione.

ELIMINACIÓN INTESTINAL

La eliminación intestinal en condiciones normales se efectúa a través del recto y ano por medio de 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.

La eliminación de los productos de desecho del intestino es esencial para un correcto funcionamiento orgánico, ya que los trastornos en la eliminación son de gran molestia y causa dolor.

PROCESO DE ENFERMERÍA

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 (estos dos últimos se exploran sólo en algunos pacientes), y la inspección de las características de las heces, así como las pruebas diagnósticas.

DX DE ENFERMERÍA

La NANDA incluye las siguientes etiquetas diagnósticas.

- Incontinencia intestinal
- Estreñimiento
- Estreñimiento crónico
- Riesgo de estreñimiento
- Estreñimiento subjetivo
- Diarrea.

PLANEACIÓN DE ENFERMERÍA

La enfermera sintetiza la información obtenida de diferentes fuentes, ya que el plan de cuidados establece objetivos y resultados, incorporando

de ser posibles, los hábitos y patrones de eliminación que el paciente tiene, y si estos son positivos para su salud seguirá fomentándose; en caso contrario la enfermera ayudará a aprender otros nuevos. Los principales objetivos en los pacientes con problemas de eliminación fecal son:

- Mantener o establecer el patrón normal de eliminación intestinal en el paciente.
- Alcanzar hábitos de defecación regulares.
- Conseguir la comodidad y un plan de ejercicio.

EJECUCIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS.

Intervenciones de enfermería para restablecer el funcionamiento intestinal normal.

- ▶ Prodigar un ambiente terapéutico
- ▶ Regulación de hábitos higiénicos
- ▶ Posición sedente durante la evacuación o proporcionar comodidad si se encuentra inmovilizado
- ▶ Control hidrico y electrolítico
- ▶ Dieta apropiada
- ▶ Observaciones e interpretaciones de manifestaciones clínicas específicas.
- ▶ Medidas terapéuticas

NORMAS QUE ORIENTAN HACIA LOS HÁBITOS HIGIÉNICOS DE LA ELIMINACIÓN INTESTINAL

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

Bibliografía

- UDS. Universidad del Sureste. 2020. Antología de fundamentos de enfermería III. PDF. Recuperado el 21 de junio del 2020