



Nombre del alumno: Brenda Jaquelin Velázquez Salas

Nombre del profesor: María del Carmen López Silva.

Nombre del trabajo: Cuadro Sinóptico de unidad III promoción de la salud física.

PASIÓN POR EDUCAR

Materia: Fundamentos de Enfermería III

Grado: 3er cuatrimestre

Grupo: B

Comitán de Domínguez Chiapas a 03 de julio de 2020.

UNIDAD III PROMOCIÓN DE LA SALUD FÍSICA.

3.1 ACTIVIDAD Y EJERCICIO:

Patrón 1: Percepción-Manejo de salud.

QUE VALORA:

Como percibe el individuo la salud y el bienestar, es decir como maneja todo lo relacionado con su salud, respecto a su mantenimiento o recuperación. La adherencia a las prácticas terapéuticas, incluye prácticas preventivas, como: hábitos higiénicos y vacunaciones.

COMO SE VALORA:

- **Hábitos higiénicos:** personales, vivienda, vestido, vacunas, alergias.
- **Conductas saludables:** interés y conocimiento, existencia o no de alteraciones, existencia o no de hábitos tóxicos, accidentes laborales, tráfico y domésticos ingresos hospitalarios.

EL PATRÓN ESTÁ ALTERADO SÍ:

La persona considera que su salud es pobre, regular o mala. Este tipo de persona presenta un inadecuado cuidado de su salud, como por ejemplo: bebe en exceso, fuma, consume drogas, no tiene adherencia a tratamientos farmacológicos ni a medidas terapéuticas, no está vacunado, la higiene personal o de la vivienda es descuidada.

3.2 Patrón 2: Nutricional-metabólico:

QUÉ VALORA:

Describe el consumo de alimentos y líquidos en relación con sus necesidades metabólicas, así como los horarios de comida, preferencias y suplementos, problemas en su ingesta, altura, peso y temperatura. Condiciones de piel, mucosas y membranas.

COMO SE VALORA:

- **Valoración del IMC.**
- **Valoración de la alimentación:** recoge el nº de comidas, el lugar, el horario, dietas específicas, líquidos recomendados para tomar en el día, así como también preguntar acerca del tipo de alimentos que toma por grupos: frutas, verduras, carnes rojas, pescado, legumbres, lácteos, entre otros.
- **Valoración de problemas en la boca:** si tiene alteraciones bucales como caries o úlceras.
- **Valoración de problemas para comer:** dificultades para masticar, tragar, alimentación por sonda ya sea alimentación enteral o con purés caseros
- **Valoración de otros problemas que influyen en el patrón:** problemas digestivos como (nauseas, vómitos, pirosis), dependencia inapetencias, intolerancias alimenticias, alergias a suplementos alimenticios.
- **Valoración de la piel:** fragilidad en las uñas y pelo, falta de hidratación, prurito, edemas, lesiones, temperatura, cicatrización, coloración, lesiones cutáneas: abscesos, lipomas, nevus, verrugas, patología de uñas.

EL PATRÓN ESTARÁ ALTERADO SÍ:

- El IMC esta alterado, superior al 30% o inferior al 18,5%, patrón en riesgo entre 25 y 30, patrón eficaz 18,6 y 24,9.
- Tiene una nutrición desequilibrada.
- Los líquidos consumidos son escasos.
- Existen problemas en la boca, como al masticar o al tragar, necesita sonda de alimentación.
- Existen lesiones cutáneas o en mucosas, alteraciones en la piel o falta de integridad tisular.
- Presencia de problemas digestivos, intolerancias alimenticias, alergias.

LOS "PROBLEMAS DIETA" NOS DAN INFORMACIÓN, PERO NO TODOS CONDICIONAN EL RESULTADO DEL PATRÓN:

- **Patrón alterado:** dieta no equilibrada.
- **Patrón en riesgo:** dieta insuficiente y comer entre horas dependerá de las características del individuo.
- **Información que no condiciona el resultado del patrón:** "consumo de lácteos". esto dependerá de la etapa evolutiva de la persona.

3.3 Patrón 3: Eliminación:

QUÉ VALORA:

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

COMO SE VALORA:

- **Intestinal:** consistencia, regularidad, dolor al defecar, sangre en heces, uso de laxantes, presencia de ostomías, incontinencia.
- **Urinaria:** micciones al día, características de la orina, problemas de micción, sistemas de ayuda como: absorbentes, colectores, sondas, urostomías.
- **Incontinencias cutáneas:** sudoración copiosa.

EL PATRÓN ESTÁ ALTERADO SÍ:

- **intestinal:** existe estreñimiento, incontinencia, diarrea, flatulencia, o la persona precisa sistemas de ayuda como laxantes, enemas, ostomías.
- **Urinario:** si presenta incontinencia, retención, siduria, nicturia, poliuria, polaquiuria o utiliza sistemas de ayuda como absorbentes, colector, sondas o urostomías.

3.4 Patrón 4: Actividad /ejercicio.

QUE VALORA:

El patrón de ejercicio, la actividad tiempo libre y recreo, los requerimientos de consumo de energía de las actividades de la vida diaria como: la higiene, compra, comer, mantenimiento del hogar, entre otros, la capacidad funcional, el tipo, cantidad y calidad del ejercicio.

COMO SE VALORA:

- **Valoración del estado cardiovascular:** frecuencia cardiaca o PA anormales en respuesta a la actividad, cambios de ECG que reflejen isquemia o arritmia.
- **Valoración del estado respiratorio:** valorar antecedentes de enfermedades respiratorias, ambiente laboral, disnea, molestias de esfuerzo, tos nocturna, expectoración, indicación verbal de disnea,
- **Tolerancia a la actividad:** fundamentalmente en pacientes cardiacos y respiratorios.
- **Valoración de la movilidad:** debilidad generalizada, cansancio, grado de movilidad en articulaciones, fuerza, tono muscular,
- **Actividades cotidianas:** actividades que realiza, encajamiento, mantenimiento del hogar, capacidad funcional.
- **Estilo de vida:** sedentario, activo Ocio.
- **Actividades recreativas:** tipo de actividad y tiempo que se le dedica.

EL PATRÓN ESTÁ ALTERADO SÍ:

- **Síntomas respiratorios:** frecuencia respiratoria alterada, disnea, cianosis, tos inefectiva, tiraje, uso de oxígeno domiciliario.
- **Problemas circulatorios:** alteración de tensión arterial y F en respuesta a la actividad, pulsos periféricos inexistentes, edemas, claudicación intermitente, problemas de salud limitantes, incapacidad para la actividad habitual.
- **La presencia de síntomas físicos:** cansancio excesivo, hipotonía muscular, inmovilizaciones, claudicación intermitente, pulsos periféricos disminuidos, parálisis, parestesias, deficiencias motoras, problemas de movilidad, problemas de equilibrio, inestabilidad

TÉCNICA DE INTUBACIÓN NASOGÁSTRICA

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.
- Tratar pacientes con obstrucción mecánica y con hemorragia en el tubo digestivo.

EQUIPO Y MATERIAL: charola con:

- 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 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.

PROCEDIMIENTO:

1. Primero se deben lavar las manos con agua y jabón.
2. A continuación se prepara el equipo y trasladarlo a la unidad clínica, dejando la sonda en un recipiente con hielo, esto permite que la sonda pase con facilidad.
3. Después hay que explicarle el procedimiento al paciente y colocarlo en posición sedente o de Fowler o semifowler.
4. Se prosigue con asear la boca o narinas con hisopos o gasas con abatelenguas, dependiendo del tipo de intubación.
5. Proteger la parte anterior del tórax con hule y toalla, y colocar debajo del mentón la bandeja, esto previene de lesiones en algunos órganos del cuerpo.
6. Para intubar hay que realizar los siguientes pasos:
 - 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 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.

7. Después de intubar, se debe fijar la sonda con cinta hipoalérgica.
8. Realizar el procedimiento de acuerdo con el objetivo deseado, esto previene de traumas emocionales y fisiológicos, asimismo se cumple con un tratamiento y cuidado integral.
9. Siempre hay que tener en cuenta que se debe vigilar el estado del paciente, la permeabilidad de la sonda y la velocidad del flujo.
10. Para finalizar y ya con los objetivos logrados, se debe retirar la sonda con una pinza o toalla, previa explicación al paciente y retirar las cintas de fijación.
11. Como último paso es desecar la sonda o lavarla con agua corriente para su esterilización, dependiendo del tipo de material usado.

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 del hígado, sales inorgánicas, leucocitos, células epiteliales y agua. Este proceso digestivo mecánico final se realiza a través de la defecación.

Proceso de enfermería

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

La valoración de enfermería en la eliminación intestinal de una paciente incluye la realización de la historia clínica de enfermería, exploración física del abdomen, recto y ano y la inspección de las características de las heces, así como las pruebas diagnósticas.

La valoración física puede realizarse siguiendo el trayecto 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
- + Riesgo de estreñimiento
- + Estreñimiento subjetivo
- + Diarrea.

PLANEACIÓN DE ENFERMERÍA

En esta etapa, la enfermera sintetiza la información obtenida de diferentes fuentes, ya que establece objetivos y resultados, incorporando de ser posible, los hábitos y patrones de eliminación que el paciente tiene.

Los principales objetivos son:

- * 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 cuidados.

La enfermera puede ayudar a los pacientes a lograr hábitos para una defecación regular, proporcionándole y respetando su intimidad, estimularlo para una buena nutrición e ingestión de líquidos.

Intervenciones de enfermería para restablecer el funcionamiento intestinal normal.

- Prodigar un ambiente terapéutico.
- Regulación de hábitos higiénicos.
- Posición sedente durante la evacuación o proporcionarle comodidad si se encuentra inmovilizado o grave.
- Sensibilización en el control de estímulos para la defecación, según el caso.
- Control hídrico y electrolítico.
- Dieta apropiada.
- Observación e interpretación de manifestaciones clínicas específicas.
- Medidas terapéuticas.

Normas que orientan hacia los hábitos higiénicos de eliminación intestinal.

- ▲ Conocer la estructura y el funcionamiento del 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.

Referencias:

(UDS). Universidad del sureste. (2020). **Unidad III, promoción de la salud física, 3,1 patrón actividad y ejercicio, 3.2 patrón 2: Nutricional-metabólico, 3.3 patrón 3: Eliminación y 3.4 patrón 4: Actividad/ ejercicio.** PDF. Plataforma digital. Recuperado el 02 de julio del 2020.

Referencias

Tortora, G. J., & Derrickson, B. (s.f.). Principios de Anatomía y Fisiología. México: Medica Panamericana.