

**Nombre de alumno: José Alejandro Villagrán
Pérez**

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

Nombre del trabajo: 2 actividades

Materia: Fundamentos de enfermería III

Grado: 3°

Comitán de Domínguez Chiapas a 03 de julio del 2020.

Grupo: "B"

Patrones

Actividad ejercicio

Concepto { Como percibe el individuo la salud y el bienestar

Que valora { Como maneja todo lo relacionado con su salud, respecto a su mantenimiento o recuperación La adherencia a las prácticas terapéuticas. Incluye prácticas preventivas

Alteraciones { Se ve alterado cuando la persona considera que su salud es pobre, regular o mala. Tiene un inadecuado cuidado de su salud. Bebe en exceso.

Equilibrio { Evitando costumbres como la de fuma, consumir drogas, no tiene adherencia a tratamientos farmacológicos ni a medidas terapéuticas, no estar vacunado, la higiene personal o de la vivienda es descuidada.

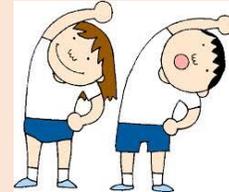
Nutricional

Concepto { Describe el consumo de alimentos y líquidos.

Que valora { Describe el consumo de alimentos y líquidos en relación con sus necesidades metabólicas, horarios de comida, preferencias y suplementos, problemas en su ingesta, altura, peso y temperatura, condiciones de piel, mucosas y membranas.

Alteraciones { Esta alterado si tiene una nutrición desequilibrada, los líquidos consumidos son escasos, existen problemas en la boca, hay dificultades para masticar y/o tragar, necesita sonda de alimentación, existen lesiones cutáneas o en mucosas etc.

Equilibrio { Hidratación Saludable, evitar sedentarismo, llevar una correcta dieta, etc.



Eliminación

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

Que valora { Consistencia, regularidad, dolor al defecar, sangre en heces, uso de laxantes, presencia de ostomias, incontinencia. Urinaria, etc

Alteraciones { Esta alterado si existe estreñimiento, incontinencia, diarrea, flatulencia, o la persona precisa sistemas de ayuda, si presenta incontinencias, retención, disuria, Nicturia, poliuria, polaquiuria o utiliza sistemas de ayuda, etc.

Equilibrio { Defecar por lo menos 3 veces por semana, tener un chequeo constante de zonas donde puedan existir irritaciones o molestias (hemorroides)

Actividad / ejercicio

Concepto { Son los requerimientos de consumo de energía de las actividades de la vida diaria

Que valora { Se valora con la valoración del estado cardiovascular, valoración del estado respiratorio, tolerancia a la actividad, valoración de la movilidad, actividades cotidianas, estilo de vida,

Alteraciones { Está alterado si existen síntomas respiratorios, problemas circulatorios, problemas de salud limitantes,

Equilibrio { Ejercicio de 30 minutos al menos 3 días a la semana, concepto basado en no realizar al menos 25-30 minutos diarios de ocio activo, buena actividad física, realizar ejercicios

Intubación Nasogástrica

Procedimiento donde se introduce una sonda nasogástrica por Nariz o boca a la cavidad gástrica

Charola con

- Sonda nasogástrica calibre 12 al 18 F, (desechable)
- Vasija con agua Fria o trozos pequeños de hielo soluble
- Vaso con solución fisiológica o lubricante hidrosoluble
- Pinzas hemostáticas
- Bandeja de riñon para secreciones o vomito
- Cinta hiperalérgica de 2.5 a 3 cm
- Hisopos, gasas
- Tatuus o compresas
- Cojín de hule o plástico
- Pañuelos desechables
- Guantes
- Estetoscopio
- Abatolengua.

Procedimientos

- Lavarse las manos
- Preparar el equipo y trasladarlo a la unidad clínica, dejando la sonda en recipiente con hielo
- Explicar el procedimiento al paciente y colocarlo en posición sedente
- Aspirar narinas o boca con hisopos o gasas con abatolengua, dependiendo del tipo de intubación
- Proteger la parte anterior del torax con hule y toalla, y colocar debajo del menton la bandeja riñon.

- 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 del hielo para medir a parte con solución
 - Introducir con lentitud la sonda nasofaringea posterior, por la nariz, y pedirle que degluta sorbos de agua para facilitar su avance
 - Indicarle que flexione el cuello sobre el torax 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
- Fijar la sonda con cinta hipoualergénica
- Realizar el procedimiento de acuerdo con el objetivo deseado
- Vigilar el estado del paciente, la permeabilidad de la sonda y la velocidad del flujo
- Logrados 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

Cuidados enfermeros

- Lavar la sonda con agua suavesa diariamente y secarlo bien
- Limpiar el tapón de la sonda 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

Son las condiciones normales que se efectúan 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.

- Valoración de enfermería

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.

Se debe preguntar al paciente o a la familia, los patrones de eliminación intestinal como hora y número de veces al día o semana de la defecación, características y cantidad de heces expulsadas, cambios recientes o problemas anteriores con la eliminación, etc.

Diagnósticos de enfermería

- Incontinencia intestinal
- estreñimiento
- estreñimiento colónico
- Riesgo de estreñimiento
- estreñimiento subjetivo
- Diarrea

Intervenciones de enfermería

- Prodigar un ambiente terapéutico
- Regulación de hábitos higiénicos
- Posición sedenta durante su evacuación o proporcionar comodidad si se encuentra inmobilizado 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
- Observación e interpretación de manifestaciones clínicas específicas
- Medidas terapéuticas.

Procedimiento

- 1.- conocer la estructura y el funcionamiento del aparato digestivo y su relación con el sistema nervioso
- 2.- comprender las alteraciones en la eliminaciones intestinales
- 3.- observar durante la infancia y en algunos episodios su urgencia de defecar
- 4.- orientar a la persona sobre hábitos higiénicos en la eliminación intestinal
- 5.- conocer los factores que influyen en la eliminación intestinal

UDS Universidad del sureste. 2020. Antología de Fundamentos de Enfermería.PDF. Recuperado el 01 de julio del 2020.