



Nombre de alumno: Esmeralda Méndez López

Nombre del profesor: María del Carmen López silba

Nombre del trabajo: Intubación nasogástrica, eliminación intestinal

Materia: Fundamentos de enfermería

Grado: 3

Grupo: A

INTUBACION NASOGASTRICA

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

Equipo y material: Charola con:

- 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.
- Bandeja en forma de riñón para secreciones o vómito.
- Cinta hiperalérgica de 2.5 a 3 cm.
- Hisopos, gasas.
- Toallas o compresas.
- CD sin de hule o plástico
- Pañuelo desechables.
- 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. Explicarle el procedimiento al paciente y colocarlo en posición sedente o de Fowler o semifowler
4. Asear narinas o boca 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 - riñón

6. 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 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. 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 y la velocidad del flujo

10. Logrados los objetivos, se retira la sonda con una pinza o fuerza, previa explicación al paciente y retiro de las cintas de fijación

11. Desechar 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.

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.

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 (esta última sólo en caso necesario).

Diagnósticos de enfermería

La NANDA incluye las siguientes etiquetas diagnósticas:

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

Planeación de enfermería

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

Ejecución del Plan del cuidado

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, alertarlo Para que realice ejercicio y una Posición Correcta Para la eliminación Intestinal

Intervenciones de enfermería Para restablecer el funcionamiento Intestinal Normal

En cuanto a la atención al paciente con trastornos en la eliminación Intestinal, existen algunas medidas que el personal de enfermería debe conocer Para restablecer el funcionamiento Intestinal de factores relacionados con:

- Promover un ambiente terapéutico.
- Regulación de hábitos higiénicos.
- Posición sedente durante la evacuación o proporcionarle comodidad si se encuentra inmobilizado o su estado de salud es grave.
- Sensibilidad en el control de estímulo Para la defecación, según el caso.
- Control hídrico y electrolítico.
- Dieta apropiada.
- Observaciones e Interpretación de manifestaciones clínicas específicas.
- Medidas terapéuticas.