

Nombre del Alumno: Seidy Jazmín Ramírez Castellanos

Nombre del profesor: María del Carmen López

Nombre del trabajo: Cuadro Sinóptico

Materia: Fundamentos III

Grado: 3°

Grupo: B



INTUBACIÓN NASOGÁSTRICA

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

OBJETIVOS:

- Suministrar 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.
- 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 lubricante hidrosoluble.
- * Pinzas hemostáticas.
- * Bandeda en forma de riñón para secreciones o vómito.
- * Cinta hipalérgica de 2.5 a 3 cm.
- * Hisopos, gasas.
- * Toallas o compresas.
- * Cojín de hule o plástico.
- * Pañuelos desechables.
- * Guantes.
- * Estetoscopio.
- * Abatelenguas.



Alimentación por sonda

El ingreso de nutrientes al organismo se efectúa también mediante técnicas de alimentación forzada o por gastroclisis; es necesario considerar que para ambas se debe introducir una sonda nasogástrica al estómago. Tal situación justifica en este capítulo la descripción de la técnica correspondiente a la intubación nasogástrica, sin descartar que la alimentación pueda ser duodenal, cuando el paciente no tolera la alimentación gástrica o cuando ésta puede provocar aspiración.

La diferencia que exista, entre alimentación forzada y gastroclisis consiste en que la primera se refiere al conjunto de intervenciones para introducir alimentos en forma líquida al estómago a través de una sonda nasogástrica y jeringa aseptico; mientras que en la segunda el procedimiento consiste en introducir alimentación líquida a la cavidad gástrica, gota a gota, mediante una sonda.

Intubación nasogástrica

Concepto. Es el procedimiento donde se introduce una sonda nasogástrica por nariz o boca a la cavidad gástrica (cuadro 11-4).

Objetivos:

- Suministrar 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: 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.
- Bandeda en forma de riñón para secreciones o vómito.
- Cinta hipalérgica de 2.5 a 3 cm.
- Hisopos, gasas.
- Toallas o compresas.
- Cojín de hule o plástico.
- Pañuelos desechables.
- Guantes.
- Estetoscopio.
- Abatelenguas.

Alimentación por sonda nasogástrica

Concepto. Procedimiento que permite introducir alimentos líquidos a la cavidad gástrica mediante una sonda nasogástrica (cuadro 11-5).

Cuadro 11-4

Técnica de intubación nasogástrica	
Intervención	Fundamentación
1. Lavarse las manos.	• El agua y el jabón sirven de arrastre mecánico a los microorganismos patógenos.
2. Preparar el equipo y trasladarlo a la unidad clínica, dejando la sonda en un recipiente con hielo.	• La acción del frío sobre el metal del hule es endurecerlo, situación que facilita el paso de la sonda, reducir la fricción y disminuir la intubación en la mucosa. • Las sondas están hechas de silicona, hule o poliuretano, son de diámetro pequeño y muy flexibles, reduce la irritación bucofaringea y del esófago durante la deglución. • La comprobación de la permeabilidad de la sonda evita las complicaciones en el paciente así como pérdida de tiempo, esfuerzo y malestar.
3. Explicarle el procedimiento al paciente y colocarlo en posición sentada o de Fowler o semifowler.	• La rectitud anatómica del tracto digestivo facilita la deglución y, por ende, el paso de la sonda.
4. Asear narinas o boca con hisopos o gases con abatelenguas, dependiendo del tipo de intubación.	• La nariz o boca son cavidades que comunican con el tubo digestivo. • Una cavidad libre de moco, líquidos o exudados, se encuentra permeable.
5. Proteger la parte anterior del tórax con hule y toalla, y colocar debajo del mentón la bandeda-riñón.	• Las medidas de protección previenen de lesiones en algunos órganos del cuerpo.



Técnica de Intubación nasogástrica (Continuación)

Intervención	Fundamentación
<p>6. Intubar de la forma siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 	<ul style="list-style-type: none"> • La longitud de la sonda, desde la punta de la nariz al lóbulo de la oreja y de ésta al apéndice xifoides, asegura la distancia hasta el estómago (56 a 66 cm) de un adulto de estatura promedio • Algunas sondas poseen marcas en las distancias apropiadas para introducirías a estómago, duodeno o yeyuno
	<ul style="list-style-type: none"> • Las sondas están provistas de marcas radiopacas y de un revestimiento activado por agua que proporciona una superficie lubricada • La lubricación reduce la fricción entre mucosas y sonda • La integridad de las mucosas evita la introducción de agentes patógenos • La introducción de materiales oleosos en la tráquea pueden desarrollar neumonía lipóide • El conocimiento anatomofisiológico del tubo digestivo favorece la maniobra para pasar la sonda • Un estímulo en la faringe y úvula produce el reflejo nauseoso • Las maniobras bruscas o aplicación e fuerza en la instalación de la sonda producen contracción muscular y dificultad en su paso • La presencia de tos, jadeo o cianosis determina el retro inmedial de la sonda • El conducto nasolagrimal va del saco lagrimal a la nariz • La irritación de la mucosa nasal o estados emocionales causan la obstrucción de los conductos nasolagrimal, produciendo la salida de las lágrimas • Un tiempo de descanso favorece la adaptación del paciente a la sonda y, asimismo superar la sensación de náuseas producida durante la intubación • Por acción de la gravedad, la sonda es atraída al estómago • La respiración profunda previene la aspiración de la sonda a la tráquea • La deglución ayuda a impulsar la sonda hacia la cavidad gástrica • Un sondeo nasogástrico o manipulación prolongada pueden originar erosión nasal, esofagitis e infección pulmonar • La aspiración de contenido gástrico indica la ubicación de la sonda en el estómago. • Los paroxismos de tos indican la ubicación de la sonda en la tráquea
7. Fijar la sonda con cinta hipalérgica	<ul style="list-style-type: none"> • La fijación adecuada de la sonda impide su retiro del estómago
8. Realizar el procedimiento de acuerdo con el objetivo deseado	<ul style="list-style-type: none"> • El cumplimiento de los objetivos previenen de traumas emocionales y fisiológicos, asimismo se cumple con un tratamiento y cuidado integral
9. Vigilar el estado del paciente, la permeabilidad de la sonda y la velocidad del flujo	<ul style="list-style-type: none"> • El aseo bucal frecuente y la aplicación de una mezcla de limón y glicerina mantienen limpias las mucosas y, permeables las glándulas salivales, favoreciendo la salivación • Una irrigación frecuente a la sonda con pequeñas cantidades de solución salina asegura su permeabilidad constante • Sensación de plenitud, meteorismo, náusea, vómito, diarrea o estreñimiento, son aspectos que deben vigilarse durante la administración de alimentos o medicamentos
10. Logrados los objetivos, se retira la sonda con una pinza o toalla, previa explicación al paciente y retiro de las cintas de fijación	<ul style="list-style-type: none"> • La respiración profunda y espiración lenta ayudan a prevenir la aspiración de líquidos o inhalación de la sonda • Un movimiento rápido, continuo y seguro durante la inspiración facilita la extracción a la sonda • La intubación prolongada puede producir erosiones de la piel a nivel del orificio nasal, sinusitis, esofagitis, fistula esofagotraqueal, Úlcera gástrica e infección pulmonar o bucal

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, células, secreciones del intestino y de hígado, sales inorgánicas, leucocitos, células epiteliales y agua.

La eliminación de los productos de desecho del intestino es esencial para un correcto funcionamiento orgánico ya que los trastornos gastrointestinales o de otros sistemas como renal o genital.

Como todos los aparatos y sistemas del cuerpo humano el gastrointestinal está constituido por una serie de órganos huecos recubiertos de capas mucosas y musculares, cuyas funciones son absorber líquidos y nutrientes, preparar los alimentos para la absorción y utilización por las células del organismo y contribuir al almacenamiento temporal de los desechos.

Valoración de enfermería

La valoración de enfermería en la eliminación intestinal de un paciente incluye la relación-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 pruebas diagnósticas.



La Valoración física puede realizarse siguiendo el trayecto del aparato digestivo, haciendo énfasis en la inspección, palpación, percusión, auscultación del abdomen y la región anal.

PLANIFICACIÓN DE ENFERMERÍA

En esta etapa la enfermera sintetiza la información obtenida de diferentes fuentes y que el plan de cuidados establece objetivos y resultados, incorporando de ser posible, los hábitos y patrones de eliminación que el paciente tiene y si estos son positivos para su salud seguirá fomentándolos en caso de que sea así. La enfermera ayudará a otros aspectos.

Los principales objetivos en los pacientes con problemas de eliminación fecal son:

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

EJECUCIÓN DE PLAN DE CUIDADOS

La enfermera puede ayudar a los pacientes a lograr hábitos para una defecación regular proporcionándole y respetando su intimidad.

Cuadro 12-1

Normas que orientan hacia los hábitos higiénicos de eliminación intestinal

Norma	Fundamentación
1. Conocer la estructura y el funcionamiento del aparato digestivo y su relación con el sistema nervioso	<ul style="list-style-type: none"> • La comprensión del funcionamiento digestivo influye de manera positiva en la atención a las necesidades de eliminación del paciente • El peristaltismo intestinal y la estimulación de terminaciones nerviosas sensitivas en el recto, son factores que motivan el reflejo de la defecación • La defecación es un acto involuntario • El aparato digestivo no tiene enzimas adecuadas para la digestión de la celulosa • El estercoestibina y la urobilina, pigmento pardo derivado de la bilis, son los que dan el color marrón a las heces • La acción sobre el quimo de algunos microorganismos como <i>Escherichia coli</i> o estafilococos que se encuentran en el intestino grueso, son los responsables del olor de las heces • Una dieta equilibrada, ingestión suficiente de líquidos, ejercicios y control emocional son factores que determinan la cantidad y tipo de eliminación intestinal • El peristaltismo ocurre en el intestino grueso a intervalos frecuentes y se estimula por la ingestión de alimentos y líquidos
2. Comprender las alteraciones en la eliminación intestinal	<ul style="list-style-type: none"> • Las alteraciones en la eliminación intestinal son originadas por enfermedades orgánicas o trastornos funcionales relacionados con situaciones psíquicas • El colon posee movimientos de peristaltismo que conducen el contenido intestinal hacia el ano • Las complicaciones más frecuentes en el estreñimiento son estreñimiento fecal o coproestasia, obstrucción fecal, distensión abdominal, flatulencia y meteorismo o timpanización • La diarrea es causada por trastornos funcionales, factores metabólicos, infecciosos o emocionales • La interpretación oportuna del comportamiento ante el deseo de evacuar permita establecer reglas para metodizar el peristaltismo intestinal • La defecación es la expulsión de heces del ano y del recto • La defecación se inicia normalmente en dos reflejos nerviosos parasimpáticos: reflejo de defecación intrínseco (vías aferentes) y reflejo de defecación parasimpático (vías eferentes) • El intestino de una persona adulta suele producir de 7 a 10 litros de flatos (gas) en 24 h • El control neuromuscular necesario para defecar a voluntad suele desarrollarse hasta los 15 o 18 meses de edad del niño
3. Observar durante la infancia y en algunos padecimientos la urgencia de defecar	
4. Orientar a la persona sobre hábitos higiénicos en la eliminación intestinal	<ul style="list-style-type: none"> • El establecimiento de hábitos higiénicos en la eliminación intestinal está influido por la estructura psicofisiológica y factores socioculturales • La atención del individuo ante el deseo de defecar, evita o disminuye las alteraciones en la eliminación intestinal • El lavado de las manos después de defecar, evita la transmisión de microorganismos causantes de enfermedades gastrointestinales • La observación de características o presencia de parásitos contribuyen a la definición de algunos diagnósticos de padecimientos gastrointestinales
5. Conocer los factores que influyen en la eliminación intestinal	<ul style="list-style-type: none"> • Los factores que influyen en la defecación son: edad y desarrollo, dieta, líquidos ingeridos, actividad, factores psicológicos, estilo de vida, posición durante la defecación, embarazo, ingestión de medicamentos, pruebas de diagnóstico, anestesia y cirugía, trastornos sensoriales y motores, infección, alimentos irritantes o muy condimentados y dolor • Durante la defecación entran en juego diversos músculos accesorios, sobre todo los de la pared abdominal, el diafragma y los del piso pélvico • Las heces están compuestas por 75% de agua y 25% de materiales sólidos

A continuación el cuadro 12-2 presenta los **tipos de enema** que con mayor frecuencia se utilizan para adulto.

Concepto. Es la instilación de una solución dentro del recto y colon sigmoideos (cuadro 12-3).

Objetivos:

- Fomentar la defecación por medio de la estimulación del peristaltismo.
- Mejorar en forma temporal el estreñimiento.

- Evacuar el contenido intestinal con fines diagnósticos o terapéuticos.
- Introducir soluciones con fines terapéuticos.

Equipo y material: charola con equipo comercial de enema desechable o irrigador con tubo de conexión reutilizable, adaptador, sonda de látex calibre 12 a 18 Fr para niños o 22 a 30 Fr para adultos, lubricante, pinza hemostática, gasas, bandeja-riñón, papel higiénico, guantes limpios, cinta adherible para fijación de sonda rectal en caso necesario, cómodo, protector de hule, solución prescrita a temperatura de 37 a 40 °C y trípode.

BIBLIOGRAFIA:

<https://plataformaeducativauds.com.mx/assets/docs/files/assignatura/6ba9d3d9580505f4a80470e019aeff53.pdf> Pág. 63-68

*Libro de fundamentos