



Nombre de alumnos: Lizbeth Pérez Méndez

Nombre del profesor: Mass. María del Carmen López silba

Nombre del trabajo: el cuidado de enfermería con enfoque en la comunidad

Materia: fundamentos de enfermería III

Grado: 3° cuatrimestre

PASIÓN POR EDUCAR

Grupo: B

Comitán de Domínguez Chiapas a 11 de junio del 2020

Intubación Nasogástrica

CONCEPTO

Es el procedimiento donde se introduce una sonda nasogástrica por la 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 alto
- Determinar la cantidad de presión y actividad motora en tubo digestivo
- Obtener muestra de contenido gástrico

EQUIPO Y MATERIAL

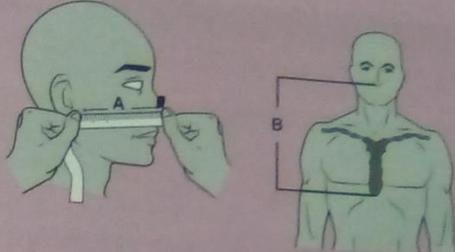
- Sonda nasogástrica (Levin) calibre 12 a 18 F, de preferencia desechable
- Vasija con agua fría o trozo pequeño de hielo, estetoscopio
- Vaso con solución fisiológica o lubricante hidroalcohólico, guantes
- Pinzas hemostáticas, Bandeja en forma de riñón para secreciones o vómito, Cinta hipoalérgica, de 2,5 a 3cm, Hisopos, gasas, toallas o compresas, cajón de hule o plástico, pañuelos desechables

Cuadro 11-4

Técnica de intubación nasogástrica

Intervención	Fundamentación
1. Lavarse las manos	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • La acción del frío sobre el material de hule es endurecerlo, situación que facilita el paso de la sonda, reducir la fricción y disminuir la irritación en la mucosa • Las sondas están hechas de silicona, hule o poliuretano, son de diámetros pequeños y muy flexibles, reduce la irritación bucofaringea y del esófago distal, necrosis por presión sobre la pared traqueoesofágica y el malestar durante la deglución • La comprobación de la permeabilidad de la sonda evita las complicaciones en el paciente así como pérdida de tiempo, esfuerzo y material
3. Explicarle el procedimiento al paciente y colocarlo en posición sedente o de Fowler o semifowler	<ul style="list-style-type: none"> • 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 gasas con abatelenguas, dependiendo del tipo de intubación	<ul style="list-style-type: none"> • 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 bandeja-riñón	<ul style="list-style-type: none"> • Las medidas de protección previenen de lesiones en algunos órganos del cuerpo

Cuadro 11-4
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 introducir las 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 retiro inmediato 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 nasolagrimales, 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
<p>7. Fijar la sonda con cinta hipoalérgica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La fijación adecuada de la sonda impide su retiro del estómago
<p>8. Realizar el procedimiento de acuerdo con el objetivo deseado</p>	<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
<p>9. Vigilar el estado del paciente, la permeabilidad de la sonda y la velocidad del flujo</p>	<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
<p>10. Logrados los objetivos, se retira la sonda con una pinza o toalla, previa explicación al paciente y retiro de las cintas de fijación</p>	<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

CONCEPTO

Es la instilación de una solución dentro del recto y colon sigmoideos

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 de achete o irrigador con tubo de conexión reutilizable, adaptador, sonda neblón calibre 12 a 18 Fr para niños o 22 a 30 Fr, para adultos, lubricante, pinza hemostática, gasa, bandeja-riñón, papel higiénico, guantes limpios, cinta adhesiva para fijación de sonda rectal en caso necesario, Cómode, protector de hole, solución prescrita a temperatura de 37 a 40°C y trípode.

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 • La estercoquina y la urobilina, pigmento pardo derivado de la bilis, son las 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 peristalsis 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 permite 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
3. Observar durante la infancia y en algunos padecimientos la urgencia de defecar	<ul style="list-style-type: none"> • El control neuromuscular necesario para defecar a voluntad suele desarrollarse hasta los 15 o 18 meses de edad del niño
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

Bibliografía

Libro de eva reyes: pagina 286,287, y 296