



Mi Universidad

Super Nota

Nombre del Alumno: Ávila Delesma Clara del Rosario.

Nombre del tema: Técnica de instalación de sonda Nasogástrica.

Parcial: I.

Nombre de la Materia: Enfermería Medico Quirúrgica.

Nombre del profesor: LE. Sandra Yasmin Ruiz Flores.

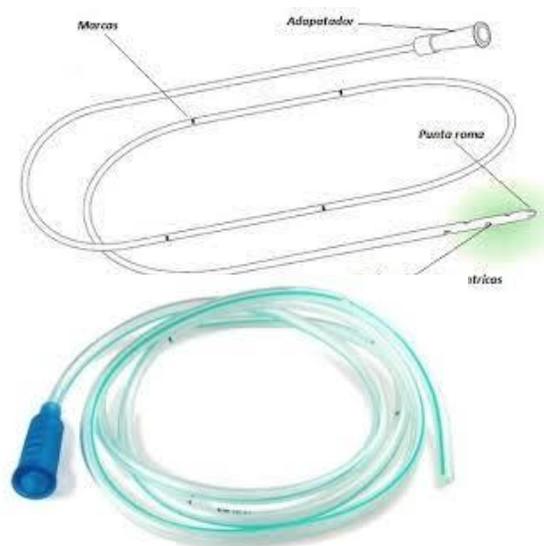
Nombre de la Licenciatura: Enfermería.

Cuatrimestre: 5°.

TECNICA DE INSTALACION DE SONDA NASOGASTRICA

Antecedentes. La instalación de una sonda nasogástrica es un procedimiento médico quirúrgico que consiste en el paso de la sonda hasta el estómago, introducida por vía nasal. Este procedimiento se describió desde el periodo grecorromano, pero fue 1617 el año en que Aquapendente usó un tubo hecho de plata para alimentación nasogástrica. El mayor trabajo con sondas de alimentación nasoentérica en el siglo XVIII fue hecho por John Hunter, quien reportó la alimentación exitosa en dos pacientes. El uso de tubos de hule suave para alimentación en pacientes pediátricos se describió por primera vez en la segunda mitad del siglo XIX. La sonda de Levin, llamada así porque fue diseñada por Abraham Louis Levin, médico de Nueva Orleans (1880--1940), ha sido el tubo nasogástrico más comúnmente usado desde su introducción en 1921.

Características de la sonda de Levin. Sonda habitualmente de polivinilo de una sola luz, longitud de 120cm, posee varias marcas, para la primera a los 40cm del extremo distal y después cada 10cm hasta completar 5 marcas, su extremo distal termina en punta roma con orificio concéntrico y perforaciones laterales a diferentes niveles de sus últimos 10cm, su extremo proximal cuenta con un adaptador de un diámetro mayor que sirve de conexión a tubos de drenaje o de infusión; en el caso del adulto sus calibres van de 12 a 20 Fr y para niños de 6 a 12 Fr; posee marca radiopaca para su control y vigilancia mediante rayos X.

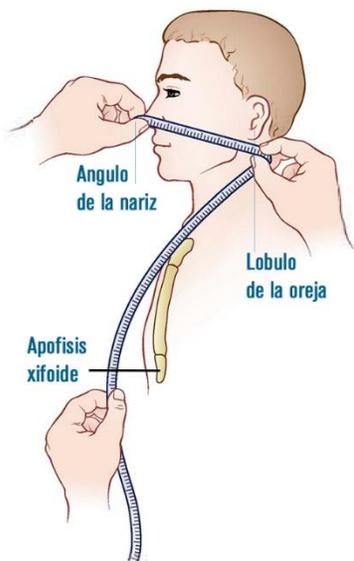
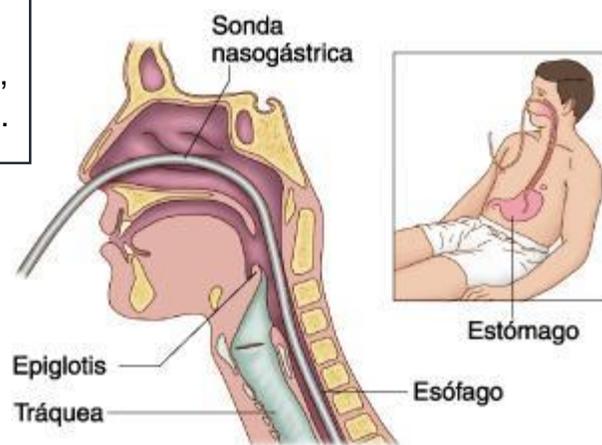


Material necesario para colocación de sonda nasogástrica.

- Sonda nasogástrica
- Guantes limpios.
- Gel lubricante.
- Jeringa asepto de 50 mL para irrigación o aspiración.
- Riñón o lebrillo.
- Tela adhesiva, de preferencia Micropore.
- Vaso con agua, de preferencia con un popote.
- Aspirador o dispositivo de aspiración, de pared o portátil e intermitente.
- Sábana clínica.
- Benjuí.
- Tijeras.
- Estetoscopio.
- Gasas o pañuelos desechables.
- Jeringa hipodérmica de 10

Técnica de instalación.

1. Antes del procedimiento se requiere, si es posible, de ayuno de por lo menos cuatro horas, ya que el paciente puede vomitar y broncoaspirar. Antes de iniciar la colocación de la sonda se debe contar con todo el material indispensable.
2. El procedimiento debe llevarse a cabo en un área física adecuada, con buena iluminación, espacio, comodidad para el paciente y el médico y con adecuada ayudantía.
3. Si es posible, explicar claramente el procedimiento al paciente y pedirle su máxima colaboración.
4. Mantener al alcance del paciente un vaso con agua y popote, que será utilizado posteriormente durante el procedimiento.
5. Es deseable colocar al paciente en posición sentada en semifowler, ya que así se disminuye el reflejo nauseoso y se facilita la deglución.



6. Ponerse los guantes limpios.

7. Determinar la longitud de la sonda midiendo del orificio nasal al lóbulo de la oreja y de ahí al apéndice xifoide, que será la longitud necesaria para llegar al estómago; recordar que en un paciente adulto de 1.70 m de estatura la distancia de la arcada dental a la unión esofagogástrica es de 40 cm (Figura 5).

8. Verificar la integridad de la sonda.

9. Lubricar el extremo distal de la sonda para evitar lesión o irritación de la mucosa.

10. Seleccionar la narina más permeable, asegurándose de que no exista obstrucción trauma nasal; si así fuera, utilizar la vía oral como ruta alterna.

11. No se recomienda el uso de anestesia local; sin embargo, si el procedimiento es demasiado molesto, se puede instilar xilocaína en aerosol en la bucofaringe del paciente.



12. Insertar la sonda en la narina del paciente en un ángulo de 60 a 90° respecto al plano de la cara, siguiendo el piso de la nariz hasta llegar a la pared de la faringe. En este momento el paciente debe flexionar la cabeza hacia delante, apoyando la barbilla sobre la horquilla esternal.

13. Avanzar la sonda firmemente, al mismo tiempo que se le pide al paciente que degluta (saliva o agua). Esto evita la resistencia que opone el cierre espástico del paladar blando, que ejerce presión contra el músculo constrictor superior de la faringe, lo que puede favorecer su paso a la tráquea. (Figura 6).

14. Introducir la sonda hasta que la marca previamente medida llegue a la fosa nasal, e introducir 20 a 30 cm más, para que quede libre en el estómago.

15. Retirar la sonda inmediatamente si se notan alteraciones de la vía respiratoria (tos, disnea o cianosis).

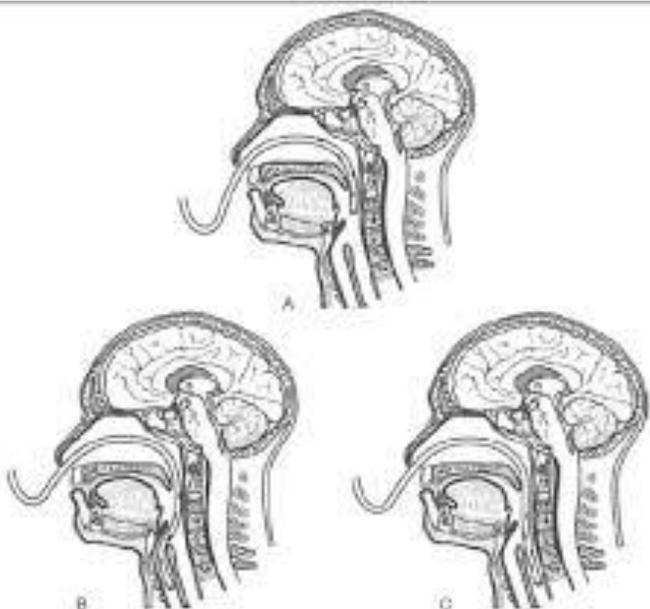
16. Para verificar la correcta colocación de la sonda, utilizar las siguientes técnicas:

a. Aspirar con una jeringa asepto a través de la sonda; la aparición de contenido gástrico será indicador de su posición correcta; si existe duda, medir el pH del aspirado, el cual deberá ser ácido.

b. Auscultar la región del epigastrio al mismo tiempo que se insufla aire con una jeringa a través de la sonda; debe escucharse el flujo del aire.

c. Sumergir el extremo proximal de la sonda en un vaso con agua para verificar que no se produzcan burbujas; lo contrario es indicador de que la sonda se encuentra en vía aérea.

d. Una demostración segura para conocer el sitio de la sonda es por medio de una radiografía simple de abdomen, sobre todo si la sonda utilizada tiene alguna marca o punta radioopaca; si no es el caso, se pueden pasar 3 mL de material radioopaco hidrosoluble por la sonda.

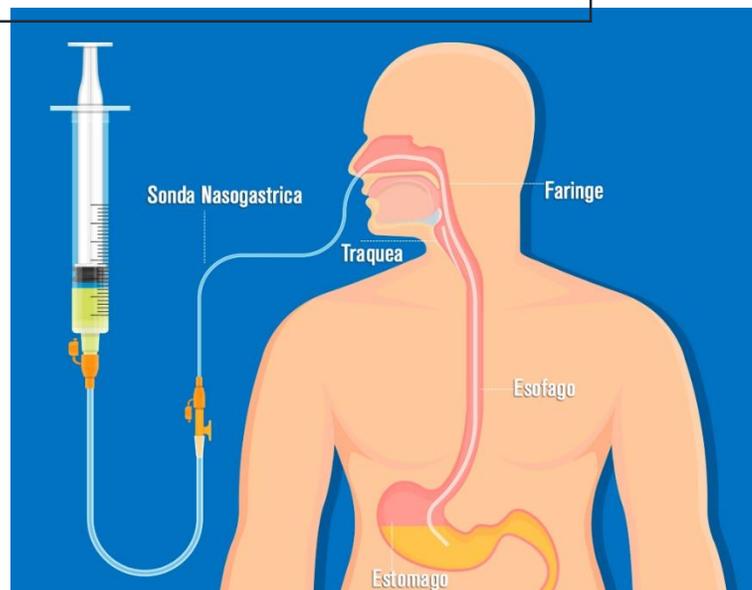
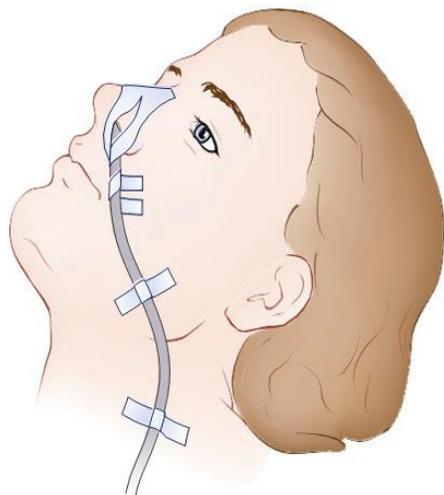


17. Se insiste en que esta maniobra debe realizarse con destreza, decisión y cuidados extremos.

18. En caso de no tener éxito, debe ser colocada bajo visión directa (endoscopia) por un especialista.

19. Finalmente, aplicar tintura de benzoína en la nariz o mejilla del paciente, y se procede a fijar la sonda a la zona elegida, de preferencia con cinta adhesiva hipoalérgica (Micropore), cortada en forma de alas de mariposa.

20. Conectar la sonda a la fuente de succión o derivación o, si es su indicación, proceder al lavado gástrico o a la infusión del fármaco o alimento.



Cuidados generales posteriores a la colocación.

- Mantener la sonda permeable mediante irrigación y cambios de posición.
- Observar y anotar características del drenaje.
- Hacer un registro de entrada y salida de líquidos a través de la sonda.
- Consignar el tipo y tamaño de la sonda, así como el tipo de aspiración empleado.
- Detectar complicaciones en forma temprana.
- Prevenir resequedad bucal (enjuagues orales con colutorios).
- Se puede reponer el aspirado gástrico con solución salina o Ringer lactato por vía endovenosa.
- Limpieza de secreciones (narinas).

Técnica para el retiro de la sonda.

1. Informar al paciente. Un paciente bien informado ofrece una mejor cooperación para que el procedimiento sea más fácil y menos molesto.
2. Colocar al paciente en posición semifowler.
3. Desconectar la sonda del aspirador, estando seguro de que la mucosa gástrica no se encuentra atrapada en los orificios distales de la sonda por el mecanismo de succión.
4. Aspirar el contenido gástrico residual con una jeringa asepto.
5. Taponar o pinzar la sonda
6. Desprender la cinta adhesiva.
7. Pedirle al paciente que contenga la respiración.
8. Se sujeta la sonda con firmeza y se jala con suavidad.
9. Se efectúa limpieza de las narinas



Conocimientos previos.

- Anatomía y fisiología básica de la vía área superior y el tracto digestivo.
- Técnica de lavado de manos clínico.
- Técnica abierta de colocación de guantes.