



Mi Universidad

Cuadro Sinóptico.

Nombre del Alumna: Beatriz Adriana Gómez Robrero.

Nombre de Los Temas: Unidad I y Unidad II

Nombre de la Materia: Enfermería Medico Quirúrgica I

Nombre del Profesor: Rubén Eduardo Domínguez García.

Nombre de la Licenciatura: Enfermería.

Parcial: 1er. Parcial.

Cuatrimestre: 5to. Cuatrimestre.

05 de marzo de 2024.

UNIDAD /
INTRODUCCIÓN
A LA
ENFERMERÍA
MÉDICO
QUIRÚRGICA



1.1 GENERALIDADES MÉDICO QUIRÚRGICAS

Cuando una persona entra en un quirófano para una intervención, son muchos los profesionales que intervienen en el proceso. Uno de ellos, en concreto, es el especialista en enfermería de cuidados médico-quirúrgicos

1.2 PROBLEMAS POTENCIALES DEL ENFERMO ENCAMADO

CUAGULOS DE SANGRE: Una lesión o una intervención quirúrgica en una pierna, o el reposo en la cama, impiden que se utilicen las extremidades inferiores con normalidad.

1.1.1 FUNCIONES DE LA ENFERMERÍA QUIRÚRGICA

Generalmente, a la hora de contestar a la pregunta de qué es lo que hace un enfermero médico-quirúrgico, la respuesta suele ser que ayuda al resto de profesionales y prepara al paciente, pero lo cierto es que su ámbito de actuación es mucho más extenso

ESTREÑIMIENTO: Cuando alguien permanece en cama o es menos activo, las heces (materia fecal) se mueven más lentamente a través del intestino y el recto hacia fuera del cuerpo. Por tanto, es más probable que aparezca estreñimiento.

DEPRESIÓN: Es frecuente que las personas que sufren una enfermedad grave y que permanecen encamadas durante largo tiempo estén deprimidas.

DEBILIDAD MUSCULAR: Cuando los músculos no se utilizan, se debilitan. Permanecer en cama puede hacer que las articulaciones, los músculos y las partes blandas adyacentes (ligamentos y tendones) se vuelvan rígidos

LA ENFERMERÍA INSTRUMENTISTA

Las competencias fundamentales que debe reunir quien realice este papel dentro del quirófano son la capacidad de reacción y priorización ante una situación crítica o urgente que aparezca una vez iniciada la intervención

LA ENFERMERA/O CIRCULANTE

Las competencias que debe reunir son similares a las de su compañera/o instrumentista, aunque en esta ocasión será quien esté pendiente de las necesidades del resto del equipo y no solamente de las de los cirujanos, sino de las de su compañera y también del anestesiista.

ULCERAS POR PRESIÓN: La presión interrumpe el riego sanguíneo en estas zonas. Si el flujo sanguíneo queda interrumpido durante demasiado tiempo, se destruye el tejido dando como resultado una úlcera por presión (también llamada escara).

DEBILIDAD OSEA: Cuando los huesos no soportan el peso del cuerpo de forma regular (es decir, cuando las personas no pasan tiempo suficiente de pie o caminando), se debilitan volviéndose más propensos a las fracturas

UNIDAD 1
INTRODUCCIÓN
A LA
ENFERMERÍA
MÉDICO
QUIRÚRGICA



1.3 CONTUSIONES, HERIDAS Y DRENAJES

Una contusión es una lesión traumática no penetrante producida sobre un cuerpo humano o animal, cuya causa es la acción de objetos duros, en general de superficie obtusa o roma, que actúan sobre el organismo mediante una fuerza más o menos considerable.

1.3.2 HERIDAS

Las heridas tienen amplia gama de clasificaciones:

- Según aspecto de herida.
- Según mecanismo de acción
- Según si compromete otras estructuras no cutánea.
- Según pérdida de sustancia.
- Sin pérdida de sustancia
- Según grado de contaminación
- Limpias
- Crónicas

TIPOS DE CONTUSIONES

La gravedad de una contusión está condicionada por la intensidad del golpe que la origina; así pues, dependiendo de dicha intensidad, las contusiones se clasifican en:

1.3.3 DRENAJES

Los drenajes son tubos u otros elementos que ayudan a evacuar líquidos o gases acumulados en zonas del organismo por diferentes motivos

- Abscesos
- Lesiones Traumáticas
- Profilaxis de Fuga Tras Cirugía
- Tras Cirugía Radical

CLASIFICACIÓN DE LOS DRENAJES

- Drenajes Simples
- Drenajes Filiformes
- Drenaje con Gasas
- Drenajes con Tubos de goma

CONTUSIÓN MÍNIMA O SIMPLE

Es aquella en la que no se producen alteraciones o desgarros de planos profundos; únicamente, por efecto del golpe se produce un enrojecimiento de la piel o eritema, que no tiene mayores consecuencias.

CONTUSIÓN DE 1ER. GRADO O EQUIMOSIS

Es aquella en la que el golpe que la origina es un poco más intenso, lo que da lugar a la rotura de pequeños vasos sanguíneos, que finalmente originarán un cardenal, siendo típico el amarillamiento de la piel.

CONTUSIÓN DE 2DO. GRADO

Caracterizada por originarse a partir de un golpe de mayor intensidad que los anteriores, lo que da lugar a una lesión de vasos de mayor calibre, que finalmente se traduce en la formación de una colección líquida que provoca relieve; esta formación es lo que se conoce como hematoma o chichón

CONTUSIÓN DE 3ER. GRADO

Caracterizada fundamentalmente por la muerte de los tejidos profundos. En este tipo de lesión, la piel inicialmente puede tener un color normal, que posteriormente se torna grisáceo.

UNIDAD I

INTRODUCCIÓN A LA ENFERMERÍA MÉDICO QUIRÚRGICA



1.4 MÉTODOS COMPLEMENTARIOS DE DIAGNÓSTICO

Una exploración complementaria es una prueba diagnóstica que solicita el médico y que se realiza al paciente tras una anamnesis y exploración física, para confirmar o descartar un diagnóstico clínico.

Un examen médico es el conjunto de pruebas que incluyen a la exploración física y a las exploraciones complementarias que no solo se utilizan para diagnosticar enfermedades, sino también como prevención secundaria.

Pruebas de laboratorio o análisis clínicos: Suelen ser análisis químicos o biológicos de muestras generalmente de fluidos corporales (sangre, orina, heces, líquido cefalorraquídeo, semen, etc.).

Pruebas de imagen: Son exámenes de diagnóstico donde se visualiza el cuerpo humano con pruebas basadas en:

- Radiodiagnóstico
- En magnetismo
- Medicina nuclear
- Pruebas Endoscópicas
- Anatomía patológica
- Electrogramas
- Test de Esfuerzo
- Estudios alérgicos
- Espirometrías

1.5 TÉCNICA DE CURACIÓN

Es una técnica de limpieza de herida que se realiza con torundas empapadas en solución fisiológica u Solución Ringar Lactato a través de un solo movimiento de arrastre mecánico, Es una técnica aséptica, por lo que se debe usar material y técnicas asépticas

Objetivos:

- Facilitar la cicatrización de la herida evitando la infección.
- Valorar el proceso de cicatrización de la herida.
- Valorar la eficacia de los cuidados

Recursos materiales:

- Equipo de curación.
- Solución fisiológica o Ringer
- Apósito tradicional o transparente adhesivo.
- Cinta quirúrgica de plástico porosa.
- Cinta de papel

Procedimiento:

- Comprobar que el carro de curación está limpio y repuesto con todo el material necesario
- Compruebe la presencia del brazalete de identificación, y verifique los datos que registra en paciente hospitalizado
- Coloque al paciente en la posición adecuada. Retire el apósito.
- Abrir equipo de curación con técnica aséptica
- Mantenga la punta de la pinza hacia abajo para evitar contaminación.
- Seque con gasas estériles si es necesario.
- Fije bien el apósito con tela adecuada a la piel del paciente
- Lávese las manos
- Registre

CURACIÓN IRRIGADA

Es el lavado o irrigación de la herida o úlcera para eliminar los agentes contaminantes que pueden provocar infección

Jeringa y aguja: técnica de irrigación de elección en heridas tipo 1 y 2, en quemaduras superficiales de pequeña extensión. Se utiliza una jeringa de 20 – 35 ml y aguja de 19 a una distancia de 15 cm de la lesión para irrigar suavemente (2 Kg/cm²).

Recursos materiales:

- □ Equipo de curación
- □ Solución Ringer Lactato o Solución Fisiológica tibio
- □ Jeringa y aguja, matraz de suero, según técnica a utilizar.
- □ Bandeja o lavatorio estéril
- □ Hule o bolsa plástica con sabanilla
- □ Apósitos tradicionales.
- □ Cinta o tela de papel

Ducho terapia: Técnica de irrigación de elección en heridas tipo 3, 4 y 5 quemaduras extensas y heridas traumáticas y permite lavar la herida a una presión adecuada que no daña el tejido (4 Kg/cm²).

UNIDAD I

INTRODUCCIÓN A LA ENFERMERÍA MEDICO QUIRURGICA



1.6 TÉCNICAS DE CUIDADO DE DRENAJES

Un cuidado correcto del drenaje evitará infecciones y complicaciones. Para mantener el lugar de la incisión y el drenaje limpios y saludables, siga los siguientes tres pasos:

1. "Ordeñe" el drenaje.
2. Vacíe el drenaje, mida la cantidad de líquido y tome nota de ella.
3. Limpie la piel alrededor del tubo de drenaje.

Cuando la pera se llena demasiado, deja de succionar correctamente.

1. Lávese las manos con jabón y séqueselas.

2. Con el dedo índice y el pulgar, sujete el tubo en el lugar donde sale de la piel a fin de mantenerlo en su lugar. Sostenga el tubo con una toallita con alcohol.

3. Con el pulgar y el índice de la otra mano, apriete el tubo justo debajo de donde tiene colocada la otra mano.

4. Mantenga la primera mano apretando el tubo en su lugar y deslice los dedos de la segunda mano a lo largo del tubo hasta llegar a la pera

CÓMO VACIAR Y MEDIR EL DRENAJE

- Lávese las manos con agua y jabón durante 15 a 20 segundos y séqueselas.
- Use una taza medidora y la hoja de Registro de drenaje del paciente.
- Quite la pinza o broche que sujeta el drenaje a la ropa.
- Abra la tapa de la pera, pero no toque el interior de la tapa.
- Dé la vuelta al drenaje y vierta el contenido en la taza medidora. Apriete suavemente el drenaje para vaciarlo.
- Presione la pera para aplanarla y así pueda succionar. Coloque la tapa y cierre.
- NO lave el interior de la pera.

UNIDAD II INFECCIÓN NOSOCOMIAL

2.1 EL ENFERMO EN AISLAMIENTO

Se define como el aislamiento que se debe tener cuando la diseminación de partículas menores de cinco micras permanece suspendidas en el aire por largos periodos de tiempo, y así son inhalados por huésped susceptible

ESPECIFICACIONES

- Cuarto aislado con presión negativa de aire, puerta cerrada y ventanas abiertas si no existe tal sistema. IB. ☒
- Tapabocas de alta eficiencia, respirador de partículas. IB. Desecharlo al salir de la habitación. ☒
- Transporte del paciente limitado y en caso necesario colocarle mascarilla quirúrgica. IB.
- Bata sólo si hay riesgo de salpicadura. IB. ☒
- Estricto lavado de manos al estar en contacto con el paciente o sus fluidos. IB

SE BASA:

El personal no inmune frente al Sarampión o Varicela no debe entrar en la habitación de pacientes con estas patologías. En caso de tener que hacerlo deberán ponerse un respirador de alta eficiencia

2.1.1 AISLAMIENTO RESPIRATORIO

Se aplica cuando se prevé la presencia de gotas de origen respiratorio con bajo rango de difusión (hasta 1 metro). Ejemplo: Meningitis meningocócica o por H. Influenza, Varicela, Meningitis meningocócica, Rubéola, Sarampión, Tosferina, Tuberculosis Pulmonar.

CARACTERISTICAS

- Habitación Individual: en lo posible, si no es posible establecer separación espacial de al menos 1 metro con otro paciente. ☒
- Lavado de Manos- Mascarilla: Obligatorio para cualquier persona que se acerque a menos de un metro del paciente. ☒
- Guantes ☒
- Gafas o lentes: en procedimientos de aspiración, KTR, laringoscopia, fibroscopia, intubación, SNG, aseo cavidades etc. ☒
- Mascarilla para paciente: siempre al salir de la sala. ☒
- Se usarán pañuelos desechables ☒
- Limitar salida del paciente al mínimo. ☒
- Habitación con puerta cerrada.

SE APLICA:

A enfermedades transmitidas por vía aérea por medio de gotas de secreciones que miden menos de 5 micras, por lo cual son eliminadas por el paciente al hablar o toser, quedan suspendidas en el aire y viajan más allá del metro ocupando toda la habitación

2.1.2 AISLAMIENTO DE CONTACTO

Se utiliza cuando existe la sospecha de una enfermedad transmisible por contacto directo con el paciente o con elementos de su ambiente.

Es aplicable a las enfermedades infecciosas que se propagan por contacto directo, las cuales se dividen en dos categorías:

- Contacto con heridas y lesiones cutáneas.
- Contacto con secreciones orales.

CARACTERISTICAS

- Habitación Individual: si es posible. ☒
- Lavado de Manos: Obligatorio. Debe ser realizado con jabón antiséptico en las unidades críticas, intermedias o de inmunosuprimidos. ☒
- Guantes: Obligatorio al tener contacto con el paciente, apósitos y/o secreciones. ☒
- Lentes: de acuerdo a las Precaución estándar. ☒
- Delantal o Pechera: Sólo Obligatorio en Sarna Noruega o diarrea por Clostridium difficile. Considerar en pacientes con lesiones cutáneas extensas.

EJEMPLO

pacientes infectados o colonizados por SMRA, ABRIM. Enfermedades entéricas por Clostridium Difficile, y en pacientes incontinentes por E. Coli, Shigella, Hepatitis A y Rotavirus. Virus sincitial respiratorio en niños. Infecciones cutáneas como Impétigo, Pediculosis, Escabiosis, Herpes Zoster diseminado o en inmunodeprimidos.

UNIDAD II INFECCIÓN NOSOCOMIAL

2.1.3 AISLAMIENTO PROTECTOR O INVERSO

Se aplica en pacientes severamente neutropénicos, con el fin de protegerlos de adquirir infecciones.

CARACTERÍSTICAS

- Pacientes con trasplante de médula ósea, hospitalizar en U.H.O. ☒
- Pacientes neutropénicos con menos de 1000 neutrófilos
- Lavado de Manos
- Mascarilla.
- Guantes de procedimiento.
- Lentes. ☒☒
- Mantener la puerta siempre cerrada. ☒
- Depositar las ropas utilizadas en un contenedor preparado al efecto cuando se salga de la habitación.

SE BASA:

La indicación y duración de estos aislamientos serán responsabilidad del médico. Quemados de más de un 25 %, Transplantados, Inmunodeprimidos. Se debe aplicar en todos los pacientes con neutropenia grave (< de 500 neutrófilos) hasta que esta cifra se recupere y la evolución clínica sea favorable.

2.2.4 AISLAMIENTO ENTÉRICO

Se aplica para prevenir la transmisión de enfermedades por contacto directo o indirecto con heces infectadas y, en algunos casos, por objetos contaminados

CARACTERÍSTICAS

- Lavado de manos. ☒
- Habitación individual con lavabo (Aconsejable). ☒
- La bata es obligatoria para la persona que esté en contacto directo con el enfermo. ☒
- Se usarán guantes cuando se manipule material contaminado. ☒
- Dentro de la habitación habrá guantes y batas

EJEMPLOS

Cólera, Fiebre tifoidea, Hepatitis vírica tipo A, Amebiasis



2.2.5 AISLAMIENTO PARENTERAL

Destinado a prevenir la diseminación de enfermedades transmisibles por la sangre o líquidos orgánicos u objetos contaminados con los mismos. Por ejemplo: Hepatitis vírica B y C, Sida, Sífilis, Paludismo

CARACTERÍSTICAS

- Lavado de manos. ☒
- Precauciones especiales con agujas y otros materiales punzantes que pueden contaminar al personal sanitario. ☒
- La habitación individual resulta aconsejable en casos de pacientes agitados, desorientados o si la higiene es deficiente. ☒
- Los pacientes infectados por un mismo microorganismo pueden compartir habitación. ☒

CARACTERÍSTICAS

- Es recomendable tomar precauciones especiales con esfigmomanómetros, termómetros, efectos personales, vajilla y excreciones. ☒
- Utilización obligatoria de guantes y contenedores especiales para agujas. ☒
- Uso de bata, mascarilla o gafas si se anticipa razonablemente la posibilidad de exposición a la sangre

UNIDAD II INFECCIÓN NOSOCOMIAL

2.2.6 AISLAMIENTO DOMICILIARIO

Podrá llevarse a cabo siempre que se disponga de una habitación que reúna condiciones higiénicas suficientes, como las siguientes:

- Se deben de sacar todos los objetos inútiles, como algunos muebles, cuadros, alfombras.
- El personal sanitario que se encarga del enfermo dejará su bata al salir de la habitación.

2.2 LA INFLAMACIÓN

- La **inflamación aguda** dura unos pocos días y ayuda al cuerpo a recuperarse después de una infección o lesión.
- La **inflamación crónica** ocurre si la enfermedad o infección no desaparece o si el cuerpo se lesiona una y otra vez (por ejemplo, por el humo del tabaco). La inflamación crónica dura de meses a años y puede conducir a otros problemas médicos.

2.2.1 FASES DE LA INFLAMACIÓN

La inflamación presenta dos fases bien diferenciadas: aguda y crónica. La inflamación aguda tiene una evolución relativamente breve; sus características fundamentales son la exudación de líquido y de proteínas plasmáticas (edema), y la migración de leucocitos (principalmente neutrófilos)

CARACTERÍSTICAS

- Este personal deberá lavarse las manos con agua y jabón tras el contacto con el enfermo u objetos contaminados.
- Las ropas, para su limpieza, se transportan en bolsas de papel y luego se hierven o se sumergen en soluciones antisépticas
- El suelo debe ser humedecido dos veces al día con paños que contengan sustancias antisépticas.
- Dentro de esta habitación está prohibido que otras personas coman, beban o fumen.

SE BASA:

Es conveniente disponer de una habitación de uso exclusivo para el paciente. También es recomendable no compartir el baño y evitar coincidir en otras habitaciones de la vivienda para cumplir con el protocolo de mantener al menos un metro de distancia con cualquier caso positivo.

CAUSAS

- una infección o afección médica, como por ejemplo:
- sinusitis (inflamación de los senos paranasales)
- cistitis (inflamación de la vejiga)
- bronquitis (inflamación en los pulmones)
- vasculitis (inflamación de los vasos sanguíneos)
- dermatitis (inflamación de la piel)
- artritis reumatoide
- soriasis
- enfermedad inflamatoria intestinal

SINTOMAS

- enrojecimiento ☒
- hinchazón ☒
- dolor ☒
- calor (temperatura) ☒
- problemas para usar el área afectada

Por ejemplo, si un niño se raspa la rodilla, la inflamación hace que el área se enrojezca e hinche. También causa dolor, lo cual hace difícil usar la rodilla con normalidad.

INTERESES

Es de especial interés para los autores de la presente revisión explicar el porqué de los cambios secundarios (contiguo a una lesión tisular) que tienen lugar en la respuesta inflamatoria aguda (RIA), los cuales determinan los signos de la inflamación ☒

TENER EN CUENTA:

Teniendo en cuenta que las múltiples y complejas reacciones que tienen lugar en un área inflamatoria (tejido conectivo vascularizado) son las desencadenantes finalmente de los signos de la inflamación

UNIDAD II INFECCIÓN NOSOCOMIAL

2.2.2 REGULACIÓN DE LA RESPUESTA INFLAMATORIA

La inflamación es un proceso fisiológico que permite erradicar un agente patógeno y reparar el tejido lesionado. Es controlada y culminada mediante mecanismos de retroalimentación negativa que permiten restablecer la homeostasis del organismo; pero si la inflamación persiste, genera un proceso deletéreo en enfermedades autoinmunes o puede contribuir a enfermedades como la obesidad y el cáncer.

2.3.1 HEMORRAGIAS

El sangrado o hemorragia es la pérdida de sangre. Puede ser externo o dentro del cuerpo. Usted puede sangrar al hacerse un corte o una herida. También puede ocurrir cuando sufre una lesión en un órgano interno.

2.4 TÉCNICA DE SONDAJE VESICAL

El sondaje vesical es una técnica invasiva que consiste en la introducción aséptica de una sonda hasta la vejiga a través del meato uretral, con el fin de establecer una vía de drenaje temporal, permanente o intermitente, con fines diagnósticos o terapéuticos.

2.3 EL SINDROME HEMORRAGICO Y HEMOSTASIA

La hemostasia es el proceso que mantiene la integridad de un sistema circulatorio cerrado y de alta presión después de un daño vascular. La hemostasia para su estudio se divide en primaria y secundaria. L

DESARROLLO

- Usualmente, cuando tiene una herida y comienza a sangrar, se forma un coágulo sanguíneo para detener la hemorragia rápidamente.
- Luego, el coágulo se disuelve naturalmente
- Es posible que su sangre no forme coágulos normalmente, lo que se conoce como trastorno de la coagulación.
- Su sangre puede formar demasiados coágulos, o los coágulos pueden no disolverse adecuadamente

POR TIEMPO DE PERTENENCIA

1. **Sondaje permanente:** la sonda se mantiene en la vejiga con la finalidad de recolectar la orina, esta sonda está conectada a una bolsa de drenaje, tiene un globo que se infla con agua estéril en el extremo.

- Sondaje permanente de corta duración
- Sondaje permanente de larga duración

LA HEMOSTASIA PRIMARIA

Es el proceso de formación del tapón plaquetario iniciado ante una lesión vascular, llevándose a cabo una estrecha interacción entre el endotelio y la plaqueta. Normalmente las plaquetas no se adhieren al vaso sanguíneo; esto sólo ocurre cuando existe lesión en el vaso sanguíneo y se expone la colágena del subendotelio, permitiendo así la activación de las plaquetas.

HEMOSTASIA SECUNDARIA

La hemostasia secundaria comprende la activación del sistema de coagulación y de acuerdo con el modelo celular se divide en tres fases: iniciación, amplificación y propagación.

EJEMPLO

En ocasiones, la hemorragia puede causar otros problemas. Un hematoma es sangrado debajo de la piel. Algunos accidentes cerebrovasculares son causados por sangrado en el cerebro. Ciertas hemorragias pueden requerir primeros auxilios o ir a la sala de emergencias.

2. **Sondaje intermitente:** la sonda vesical se instala por corto tiempo retirándola de manera inmediata al finalizar el procedimiento.

- **Sonda netalon:** de punta recta, con dos longitudes, larga para el hombre y corta para la mujer
- **Sonda tiemann:** punta acodada y más fina para pacientes con uretra estrecha.
- **Sonda vesical por número de vías** En cuanto a las vías, existen 4 tipos de modelos.

Una Vía
Dos Vías
Tres Vías o
Cuatro Vías

UNIDAD II INFECCIÓN NOSOCOMIAL

2.5 TECNICA DE SONDAJE NASOGÁSTRICO

El sondaje nasogástrico es una técnica invasiva que consiste en la inserción de una sonda o tubo flexible de plástico a través del orificio nasal o de la boca hasta el estómago.

Este procedimiento tiene varios fines que son:

- Administración de nutrición enteral e hidratación. ☒
- Administración de medicación. ☒
- Aspiración o drenaje de contenido gástrico. ☒
- Lavado de estómago

FINES

- Administración de nutrición enteral e hidratación.
- Administración de medicación.
- Aspiración o drenaje de contenido gástrico.
- Lavado de estómago

MATERIALES

- Sonda Gastrica
- Lubricante Hidrosoluble
- Guantes
- Gasas
- Esparadrapo
- Vaso de agua
- Jeringa
- Un fonendoscopio
- Una batea
- Una bolsa de plastico
- Empapadores y protector de cama
- Tapon para la sonda

PROCEDIMIENTO

- Explicar al paciente la técnica y la necesidad de su colaboración. ☒
- Hacer una medición del trayecto previsto usando el método Hansen ☒
- Lavarse las manos y ponerse los guantes. ☒
- Retirar prótesis dentales, si las hubiera. ☒
- Lubricar el extremo distal de la sonda de 7 a 12 cm con vaselina líquida o agua. ☒
- Colocar al paciente en posición de Fowler (ángulo de 45°) o en decúbito lateral izquierdo.
- Introducir la sonda por el orificio nasal más permeable dirigiéndola hacia la faringe.
- Con la cabeza del paciente inclinada hacia delante, progresar la sonda con un movimiento rotatorio, pidiéndole que trague saliva o un sorbito de agua, avanzando la sonda en el momento de la deglución.
- Se fijará la sonda a la nariz con esparadrapo y el extremo abierto se conectará a una bolsa colectora o se dejará cerrado con un tapón, procediendo a destaparlo si fuera necesario

OBJETIVO

El objetivo de este artículo es el conocimiento exhaustivo por parte del personal de Enfermería, que es quien realizará esta técnica, de los materiales y técnica en la colocación de un sondaje nasogástrico, de cara a evitar una mala práctica enfermera y las consecuencias que ello supondría al paciente.

