

DOMINIO 2 NUTRICIÓN:

Actividades de ingerir, asimilar y usar los nutrientes a fin de mantener y reparar los tejidos y producir – energía.

CLASE 1 INGESTIÓN: Introducción a través de la boca de alimentos y nutrientes en el cuerpo.

CLASE 2 DIGESTIÓN: Actividades físicas y químicas que convierten los alimentos en sustancias apropiadas para su absorción y asimilación.

CLASE 3 ABSORCIÓN: Acto de captar los nutrientes a través de los tejidos corporales.

CLASE 4 METABOLISMO: Procesos físicos y químicos que se producen en los organismos y células vivas para el desarrollo y uso de protoplasma, la formación de productos de desechos y energía, y la liberación de energía para todos los procesos vitales.

CLASE 5 HIDRATACIÓN: absorción de líquidos y electrolitos

DOMINIO II: NUTRICIÓN

CLASE 1: INGESTIÓN

**NUTRICIÓN DESEQUILIBRADA: MENOS QUE LOS REQUISITOS
CORPORALES: SONDAJE GASTROINTESTINAL.**

GUÍA DE PROCEDIMIENTO BÁSICO DE ENFERMERÍA: SONDAJE NASOGÁSTRICO

OBJETIVO

Lograr que el estudiante de enfermería de UNISANGIL con la ayuda de este material realice el procedimiento de enfermería Sondaje naso gástrico con apoyo del simulador y el fundamento científico que soporta la intervención.

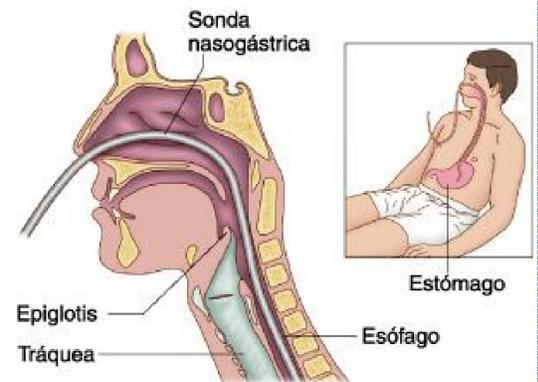
DEFINICIONES

Sonda nasogástrica: El cateterismo o sondaje nasogástrico es la introducción aséptica de una sonda por uno de los orificios nasales, llegando hasta el estómago.

Su principal finalidad es proporcionar una comunicación entre el exterior y el interior del tubo digestivo, pudiendo ser utilizado de igual manera tanto para la introducción de sustancias como para la extracción de contenido gástrico.

El lavado gástrico: técnica médica que permite succionar todo el contenido del estómago e introducir agua que limpie su interior para evitar que se absorban tóxicos ingeridos de forma accidental o voluntaria

Aspiración gástrica: se utiliza para mantener vacío el estómago mediante la introducción de una sonda y aplicando algún tipo de aspiración.



INDICACIONES

Diagnósticas

1. Lavado gástrico en caso de intoxicaciones y obtención de muestras de contenido gástrico.
2. Medir el PH gástrico y realizar pHmetría.
3. Medir los volúmenes de secreción gástrica.
4. Diagnóstico y seguimiento de hemorragia digestiva alta

Terapéuticas

1. Descompresión abdominal por íleo paralítico, obstrucción intestinal o dilatación gástrica de cualquier etiología.

2. Evaluación y lavado del contenido gástrico luego de la ingestión del tóxico o sobre - dosis de droga.
3. Drenaje post-quirúrgico para proteger de sutura gastrointestinales.
4. Vaciamiento gástrico para reducir el riesgo de aspiración previa a anestesia general o intubación endo traqueal.
5. Alimentación enteral o administración de medicamentos en pacientes sin reflujos faríngeos, con alteración de la conciencia u obstrucciones mecánicas altas.
6. Prevención de bronco-aspiración en pacientes con alteración del estado de conciencia.
7. Para administración de medicamentos.

CONTRAINDICACIONES

1. Fracturas de huesos faciales con sospecha de daño en la lámina cribosa. La soda puede avanzar en forma inadvertida dentro del cráneo y producir infecciones intracraneales.
2. Obstrucción esofágica dada por fibrosis o neoplasia. Al forzar el paso de una sonda se puede inducir sangrado o perforación del órgano.
3. Ingestión reciente de agentes corrosivos, ácidos o álcalis; se puede precipitar perforación esofágica y mediastinitis.
4. Cirugía gastroesofágica recientes con líneas de suturas frescas.
5. Várices esofágicas. No es una contraindicación absoluta, pero el tubo debe retirarse lo más pronto posible dado el riesgo de erosión de la varice.
6. Coagulopatías y trombocitopenia. Son contraindicaciones relativas dado el riesgo de sangrado, especialmente nasal.
7. Intubación endo traqueal, por riesgo de mala inserción de la sonda

COMPLICACIONES

- Puede presentar apnea o bradicardia.
- Hipoxia.
- Epistaxis
- Necrosis del ala nasal.
- Posición incorrecta: que quede en tráquea, esófago, pulmón.
- Traumatismo y/o hemorragia nasal, faríngea o laríngea.
- Traumatismo o perforación esofágica y gástrica.

- Fibrosis esofágica
- Inserción de la sonda en cráneo en pacientes con fractura de base de cráneo.
- Daño laríngeo con parálisis de las cuerdas vocales.
- Complicaciones irritativas: rinitis, faringitis, esofagitis o gastritis.
- Lesión por presión en el sitio de fijación.

PROCESOS INTERRELACIONADOS:

- Protocolo de lavado de manos
- Protocolo de postura de guantes
- Normas universales de bioseguridad
- Clasificación de residuos de riesgo biológico
- Principios de técnica aséptica.
- Protocolo de registro de enfermería
- Protocolo de toma de muestras de laboratorio

INSTRUMENTAL

Bandeja con:

1. Un par de guantes limpios.
2. Sonda de Levine para descompresión. Se selecciona el calibre según edad y tamaño del paciente.
3. Jeringa de 5 ml para pediátrico y de 10-20 ml para adulto
4. Anestésico local XILOCAINA o Lubricante hidrosoluble.
5. Baja-lenguas.
6. Micropore
7. Tijeras y marcador o Sharpie permanente
8. Fonendoscopio.
9. Vaso con agua.
10. Riñonera.
11. Tapón para sonda o bolsa colectora, o solución salina o nutrición según medicación.
12. Toallas desechables o compresas
13. Bolsa de desechos
14. Gafas protectoras
15. Linterna

16. Gasas Estériles

PROCEDIMIENTO

1. Verifique orden médica de inserción de la sonda y su finalidad.
2. Identifique al paciente preguntándole el nombre.
3. Explicar en términos sencillos a la persona el procedimiento que se le va a realizar y pide colaboración; explicando cómo nos puede ayudar.
4. Se pide consentimiento verbal para la realización del procedimiento.
5. Se alista material a utilizar.
6. Realice el lavado de manos, postura de equipo de protección personal
7. En personas conscientes sin contraindicación posición fowler a 90° y en personas inconsciente Semi-fowler de 15-30°
8. Comprobar la permeabilidad de la sonda y de la boca o fosas nasales.
9. Retirar prótesis si es el caso.
10. Coloque la toalla o compresa en el tórax del paciente para proteger de loscurrimientos.
11. Brinde al paciente la riñonera en caso de presentar emesis, dejarla al alcance del paciente.
12. Brinde vaso con agua al paciente en caso que desee tomar durante el procedimiento para facilitar la inserción de la sonda
13. Determinar la longitud de la sonda a introducir para ello mide desde la punta de la nariz (nasogástrica) y de la comisura labial (orogástrica) hasta el lóbulo de la oreja, y de ahí 3 cm por debajo de la apófisis xifoidea del esternón y señale la medida con marcador permanente.
14. Lubrique la sonda en la parte distal.
15. Al iniciar el paso de la sonda y si el paciente colabora pedirle que hiperextienda su cabeza, deslizándola suavemente en dirección posterior sobre el piso nasal para evitar lesionar los cornetes.
16. Cuando la sonda se encuentra a nivel de la nasofaringe, flexione la cabeza del paciente hacia el pecho, esto facilita el paso, ya que, cierra la glotis, habrá resistencia la cual se supera con una presión suave
17. Avance suavemente la sonda, solicitando al paciente que realice movimientos de deglución (tragar saliva o beber y tragar agua)
18. Debe inspeccionarse la faringe con bajalenguas y linterna para asegurarse que la

sonda no se haya enrollado o devuelto por la boca. Si se presenta tos, cianosis, dificultad respiratoria o sensación de atoramiento, la sonda debe ser retirada puesto indica que podría estar en la tráquea.

19. Introduzca la sonda hasta llegar al estómago cuando la marca de referencia quede a nivel de la fosa nasal o a nivel de comisura labial.
20. Se confirma la posición de la sonda después de haberla avanzado hasta la marca previamente hecha, por varios métodos; insuflando 5-10 cc en pacientes pediátrico y de 20-50 cc en adultos de aire al tiempo que se ausculta el epigastrio o aspirando contenido gástrico a través de la jeringa.
21. Antes de fijar preguntar si es alérgico al micropore y cambiar según sea el caso, fijela sonda a la nariz sin ejercer demasiada presión sobre el ala nasal. El micropore es cortado en forma de pantalón, la parte corta (pretina) será fijada a la piel o encima de la base de micropore y la larga (botas) será enrollada en circunferencia de la sonda.
22. Según la finalidad del paso de la sonda, coloque la bolsa colectora o bolsa de nutrición enteral.
23. Retire material a desechar, deje el paciente en su unidad garantizando y brindando medidas de confort
24. Explique al paciente y/o familiar los cuidados de la sonda, para evitar la salida/retiro traumático de la misma.
25. Se realizan los registros de enfermería correspondientes.

RETIRO DE LA SONDA

1. Verifique orden médica de retiro de la sonda.
2. Identifique al paciente preguntándole el nombre.
3. Explicar en términos sencillos a la persona el procedimiento que se le va a realizar y pide colaboración; explicando cómo nos puede ayudar.
4. Se pide consentimiento verbal para la realización del procedimiento.
5. Realiza lavado de manos, se coloca guantes limpios
6. Coloca el paciente en posición Fowler o semifowler, según su indicación
7. Pinza la sonda

8. Aliste gases estériles, dejarlas al alcance para poner en la fosa sin realizar oclusión, con el fin de disminuir la proliferación de las secreciones al retirar la sonda.
9. Retiré la fijación de la sonda cuidadosamente para no lesionar la piel, moje si es necesario.
10. Solicita al paciente que haga una inspiración profunda y una espiración
11. Retiré la sonda suavemente con movimiento continuo y moderadamente rápido
12. No forzar la salida de la sonda
13. Efectúe higiene en fosas nasales y boca
14. Registro el procedimiento en notas de enfermería
15. Realice lavado de manos
16. Deje el paciente en su unidad garantizando y brindando medidas de confort

COMPLICACIONES

1. Epistaxis.
2. Náuseas y vomito con el consecuente riesgo de neumonía aspirativa.
3. Rinorrea, Odinofagia, sinusitis y otitis.
4. Necrosis del ala nasal por excesiva presión con la fijación.
5. Fibrosis esofágica.
6. Perforación esofágica.
7. Inserción de la sonda en cráneo en pacientes con fractura de la base de cráneo.
8. Daño laríngeo con parálisis de las cuerdas vocales.
9. Inserción de la sonda en tráquea ocasionando trauma o si la droga o nutrición se administran por esta vía, ocasionado neumonitis severa y/o neumonías.

CUIDADOS DE LA SONDA NASOGASTRICA

1. Lavado de boca y fosas nasales
2. Comprobar la correcta ubicación y permeabilidad de la sonda en cada turno
3. Cambiar la fijación y movilizar la sonda cada 12 horas
4. Cambiar la sonda Levine cada 14 días y cada mes la siliconada
5. En las sondas nasogástricas utilizadas para la alimentación lavar la sonda con agua después de cada toma y o administración de medicamentos
6. Al momento de recibir alimento o medicamento, el paciente debe estar en posición semifowler (30°- 45°), con el fin de disminuir el riesgo de broncoaspiración.

CONTROL DE CAMBIOS

VERSION	FECHA DE REVISION	ELABORADO POR	REVISADO POR
1	2009	Mónica Marcela Tamayo Ramírez. Enfermera PDA Unisangil.	Enf. Eulalia Medina Díaz. Directora del programa de Enfermería, Unisangil.
2	2021-2	Julieth Paola Cala, Nicolás Pereira Buenahora. Estudiantes cuidado en los servicios de salud II	Enf. Luisa Fernanda Barrera Medina. Directora Programa de Enfermería, Asesora
3	2022-2	Laura Daniela Sánchez Rondón, Lizeth Daniela Calderón Rodríguez. Estudiantes cuidado en losservicios de salud II	Enf. Luisa Fernanda Barrera Medina. Directora Programa de Enfermería, Asesora

BIBLIOGRAFIA:

CAMACHO MATIZ Hernando, CIFUENTES AYA Claudia, TORRES NAVAS Adriana. Simulación cibernética en la enseñanza de las ciencias de la salud. Kimpres. Bogotá, Colombia; 2005. Pag 73-77

REICHMAN Eric, SIMON Robert. Urgencias/ Emergencia. Marban. Madrid, España; 2006. Pag 413 – 419.

HERDMAN Heather, SCROGGINS Leann, VASSALLO Barbara. Diagnósticos enfermeros: definiciones y diagnósticos. ELSVIER. Madrid, España; 2007. Pag 78,185.

MCCLOSKEY DOCHTERMAN Joanne, BULECHEK Gloria. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). ELSVIER. Madrid, España. Pag 730.

LARRAÑAGA NEREA. Cuidados de enfermería al paciente portador de sondaje nasogástrico. Disponible en https://biblioteca.unirioja.es/tfe_e/TFE002075.pdf

Fundación cardiovascular de Colombia. (2019) Guía de Venopuncion periférica.

**LISTA DE CHEQUEO PARA LA GUÍA DE PROCEDIMIENTO BÁSICO DE
 ENFERMERÍA: SONDAJE NASOGÁSTRICO**

OBJETIVO:

Corroborar que el estudiante de enfermería de UNISANGIL con la ayuda de este material realiza correctamente el procedimiento de enfermería Sondaje naso gástrico con apoyo del simulador y el fundamento científico que soporta la intervención

DEFINICIÓN:

Es el procedimiento por el cual se introduce una sonda a través de las fosas nasales hasta el estómago

En el listado de parámetros presentado a continuación, señale con un “SÍ” cuando el estudiante realiza totalmente y sin dificultad lo descrito en cada paso y con “NO” cuando olvida total o parcialmente lo descrito, lo realiza con dificultad o necesita ayuda.

PARÁMETROS	SI	NO
<ul style="list-style-type: none"> • Verifica la orden médica de inserción de la sonda y su finalidad. 		
<ul style="list-style-type: none"> • Identifique al paciente preguntándole el nombre. • Explica el procedimiento • Pide consentimiento verbal para la realización del procedimiento. • Alista material a utilizar. • Realiza lavado de manos, postura de equipo de protección personal • Ubica al paciente en posición indicada, según patología. • Comprueba la permeabilidad de la sonda y de la boca o fosas nasales. • Retira prótesis si es el caso. • Coloca la toalla o compresa en el tórax del paciente para proteger de los escurrimientos. • Brinda al paciente la riñonera o la deja al alcance del paciente. • Brinda vaso con agua al paciente • Determina la longitud de la sonda a introducir 		

<ul style="list-style-type: none"> • Lubrica la sonda en la parte distal. • Pida al paciente que hiperextienda su cabeza, deslizándola suavemente en dirección posterior sobre el piso nasal para evitar lesionar los cornetes • Cuando la sonda se encuentra a nivel de la nasofaringe, flexiona la cabeza del paciente hacia el pecho. • Avanza suavemente la sonda, solicitando al paciente que realice movimientos de deglución (tragar saliva o beber y tragar agua) • Inspecciona la faringe con bajalenguas y linterna para asegurarse que la sonda no se haya enrollado o devuelto por la boca. • Introduzca la sonda hasta llegar al estómago cuando la marca de referencia quede a nivel de la fosa nasal o a nivel de comisura labial. • Confirma la posición de la sonda después de haberla avanzado hasta la marca previamente hecha, por varios métodos; insuflando, aspirando contenido gástrico y burbujeo • Antes de fijar preguntar si es alérgico al micropore y cambiar según sea el caso, fija la sonda correctamente. • Según la finalidad del paso de la sonda, coloque la bolsa colectora o bolsa de nutrición enteral. • Retire material a desechar, deje el paciente en su unidad garantizando y brindando medidas de confort • Explique al paciente y/o familiar los cuidados de la sonda, para evitar la salida/retiro traumático de la misma. • Se realizan los registros de enfermería correspondientes. 		
OBSERVACIONES:		
FIRMA DEL ESTUDIANTE:		
FIRMA DEL DOCENTE EVALUADOR:		



**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA UNISANGIL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN Y DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA**

Página 1 de 10

GUÍAS DE PROCEDIMIENTOS BÁSICOS DE ENFERMERÍA

VERSIÓN: 03

CONTROL DE CAMBIOS

VERSION	FECHA DE REVISION	ELABORADO POR	REVISADO POR
1	2009	Mónica Marcela Tamayo Ramírez. Enfermera PDA Unisangil.	Enf. Eulalia Medina Díaz. Directora del programa de Enfermería, Unisangil.
2	2021-2	Julieth Paola Cala, Nicolás Pereira Buenahora. Estudiantes cuidado en los servicios de salud II	Enf. Luisa Fernanda Barrera Medina. Directora Programa de Enfermería, Asesora
3	2022-2	Laura Daniela Sánchez Rondón, Lizeth Daniela Calderón Rodríguez. Estudiantes cuidado en los servicios de salud II	Enf. Luisa Fernanda Barrera Medina. Directora Programa de Enfermería, Asesora