



**UNIVERSIDAD LOS ANGELES
DE CHIMBOTE**

TÉCNICAS DE COLOCACION DE SONDAS

**NASOGASTRICA
VESICAL
RECTAL**

Sonda nasogástrica

Introducción de una sonda desde uno de los orificios nasales hasta el estómago.



Indicaciones

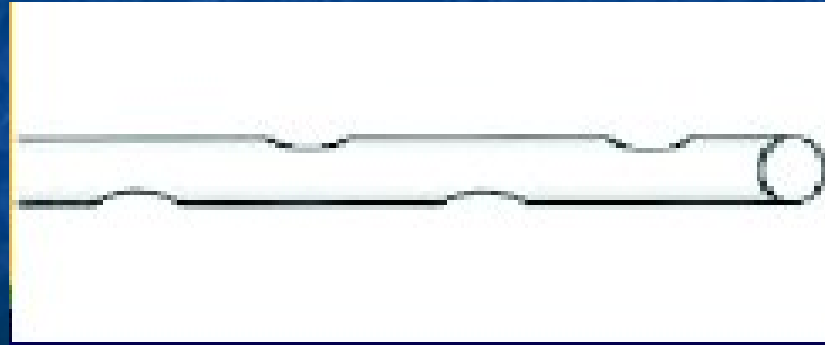
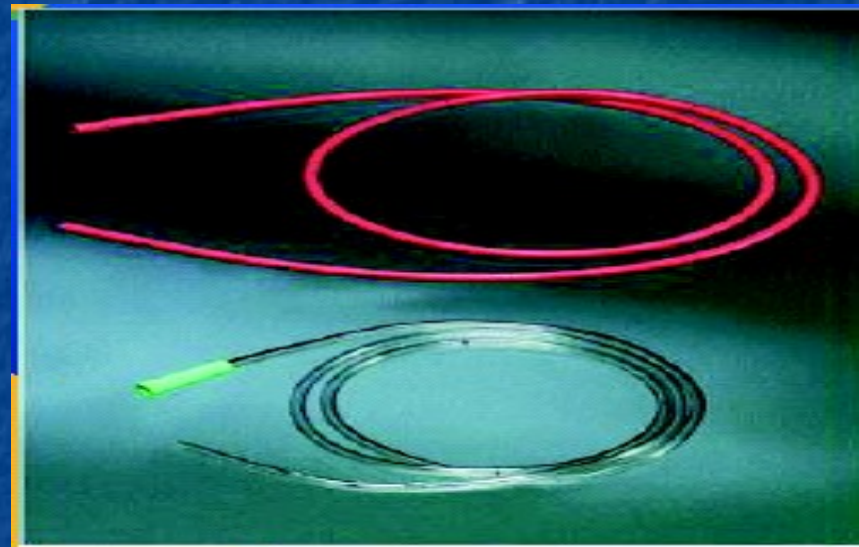
- **Nutrición enteral.** Se emplea en aquellos pacientes que conservan el peristaltismo intestinal pero que no son capaces de ingerir los alimentos por vía oral.
- **Lavado gástrico.** Indicación de uso restringido. Se recurre a ella en casos de:
 - Intoxicación oral de sustancias tóxicas o de fármacos.
 - Sospecha de hemorragia digestiva alta.
 - Necesidad de obtener cultivos gástricos ante la sospecha de tuberculosis.

Contraindicaciones

- Presencia de vómitos persistentes.
- Hemorragia gastrointestinal aguda.
- Íleo o pseudoobstrucción intestinal grave.
- Obstrucción nasofaríngea o esofágica.
- Traumatismo máxilofacial severo y/o sospecha de fractura de la base del cráneo.
- Sospecha o evidencia de perforación esofágica.
- Coagulopatía severa no controlada.
- No se realizará nunca en caso de ingestión de ácidos, álcalis, otras sustancias cáusticas o derivados del petróleo.
- La presencia de varices esofágicas o de esofagitis severa no es una contraindicación absoluta, pero exige valorar muy bien su indicación en el primer nivel de atención y extremar las precauciones.

Material

- Sonda nasogástrica
- Lubricante hidrosoluble
- Guantes estériles
- Jeringa 50ml
- Vaso con agua
- Esparadrapo hipoalergénico.
- Jeringa de 50 ml.
- Estetoscopio
- Tapón para sonda o pinzas.
- Guantes desechables.
- Gasas estériles.



PROCEDIMIENTO	FUNDAMENTO
<ol style="list-style-type: none"> 1. Explicar al paciente sobre el procedimiento a realizar. 2. Colocar al paciente en posición adecuada, posición de Fowler. 3. Lavado de manos antes de ejecutar el procedimiento. 4. Elegir sonda de calibre y tipo adecuado según procedimiento a realizar. 5. Decirle al paciente que se suene y examinar los orificios nasales. 6. Le diremos al paciente que respire alternativamente por cada uno de los orificios mientras bloqueamos el contralateral. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Permite la colaboración del paciente. 3. Evita la diseminación de gérmenes y contaminación del equipo. 5. Permite comprobar la permeabilidad nasal. 6. Nos permitirá identificar el orificio por el que respire mejor.

PROCEDIMIENTO

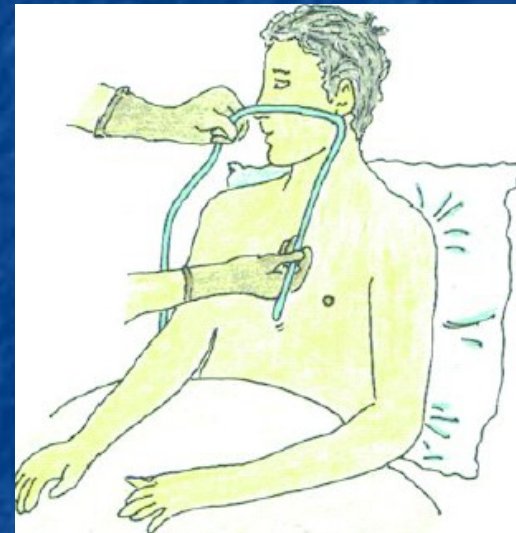
7. Medición de longitud de la sonda (nariz, lóbulo oreja, apéndice xifoides).

8. Señalización de la medida en la sonda.

9. Lubricar extremo distal de la sonda.

FUNDAMENTO

7. Permitirá Determinar la cantidad de sonda que debemos introducir para llegar al estómago.



Permite establecer la extensión de la sonda que deba ser introducido
Disminuye la posibilidad de traumatismo

PROCEDIMIENTO

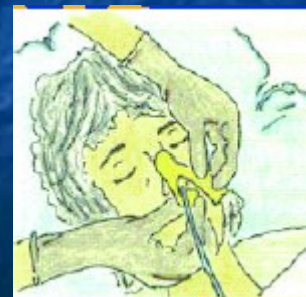
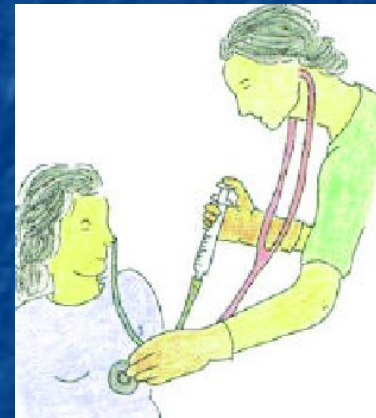
16. Comprobar que la sonda se encuentra en el estómago: Aspirar contenido gástrico, Insuflar 20-50 ml de aire, mientras se ausculta con el estetoscopio en epigastrio.

17. Fijar la sonda con esparadrapo.



FUNDAMENTO

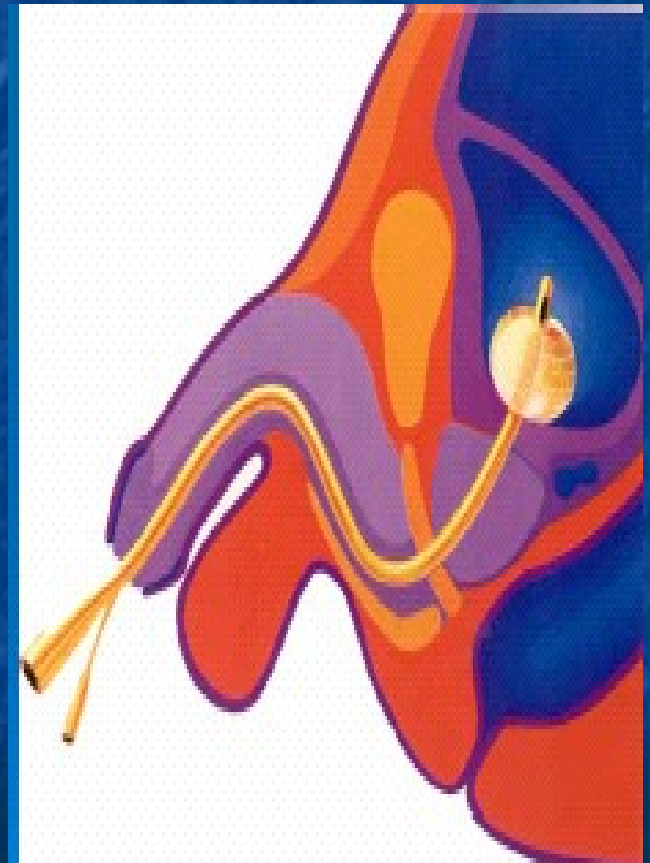
Se tendrá la seguridad de la ubicación de la sonda



PROCEDIMIENTO	FUNDAMENTO
<p>18. Según la finalidad del sondaje, en el extremo abierto del tubo se puede colocar un tapón, una bolsa colectora o realizar lavados.</p> <p>19. Registrar la técnica en la hoja de enfermería.</p> <p>20. Recoger el material utilizado.</p> <p>21. Lavado de manos.</p>	<p>Es importante para evitar movimientos, o extubacion</p> <p>Queda el registro como evidencia del procedimiento.</p>

SONDA VESICAL

- Comprende la colocación de una sonda a través del meato urinario hacia la vejiga para la evacuación del contenido vesical.
- Las sondas son: Rígidos, semirígidos, blandos
- 1, 2 ó 3 vías
- Para mujeres se usa el N0 14-16
- Para hombres se usa el N0 18-20-22



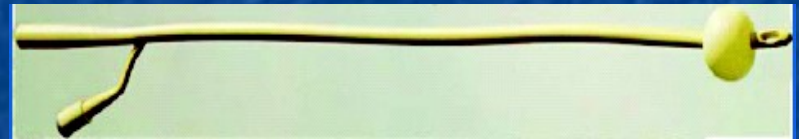
Tipos de Sondaje

1. Intermitente: Se introduce la sonda para vaciar la vejiga e inmediatamente se retira. Tenemos:



- **Sonda de Nelaton.** Con punta ciega redondeada con orificios de drenaje lateral y cono en el extremo distal. Las hay de 40cm y de 20cm para mujeres

2. Permanente: Vaciado vesical continuo.



- **Sonda foley.** Sonda con balón, un conducto fino y una válvula que permite inflar este balón

Indicaciones

- Retención urinaria con formación de globo vesical que no sede a medios físicos.
- Incontinencia urinaria
- Exceso del volumen de líquidos relacionado a compromisos de los mecanismos reguladores (aumento de Na, exceso de aportes de líquidos)
- Obtención de muestra estéril

Contraindicaciones

- Trauma pélvico vesical, perineal y uretral
- Hematuria microscópica
- Cirugía uretral o vesical

Equipo y Materiales

- Sonda Vesical estéril según edad del paciente N° 8-10 para niños, N°14-16 para adultos
- Una jeringa de 5 o 10 cm
- Suero fisiológico
- Guantes estériles
- Lubricante líquido estéril (vaselina, cloruro de sodio, xilocaina gel)
- Equipo para higiene de genitales
- Riñonera
- Bolsa colectora
- Esparadrapo
- Chata o urinario

PROCEDIMIENTO

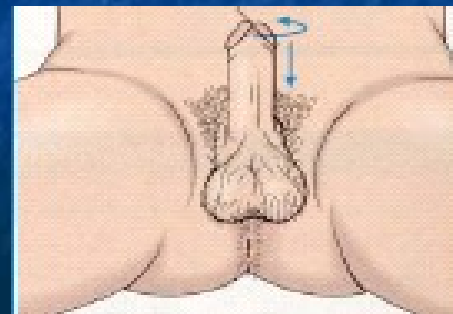
1. Lavarse las manos con técnica aséptica.
2. Preparar el equipo y tenerlo listo para su uso.
3. Explicar al paciente el procedimiento y aislarlo de miradas extrañas.
4. Colocar al paciente en posición de litotomía o ginecológica, manteniéndolo cubierto con una sabana.

Mujer: Posición ginecológica, en posición supina con las rodillas flexionadas y separadas.

Hombre: Posición supina con las piernas extendidas sobre la cama.

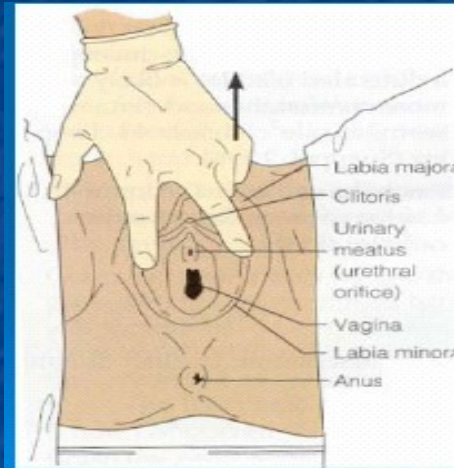
FUNDAMENTO

1. Evita la diseminación de microorganismos y contaminación del equipo a utilizar.
2. Ahorra tiempo y esfuerzo.
3. Disminuye el temor y favorece la participación y colaboración del paciente durante el procedimiento. Protege la individualidad del paciente.
4. Permite la exposición de los genitales externos para realizar el procedimiento. Respeta la privacidad.

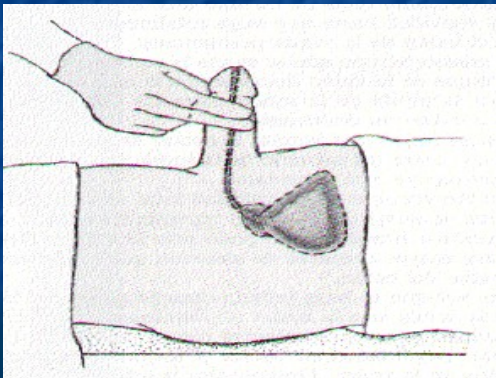


PROCEDIMIENTO

5. Realizar la higiene de genitales externos
Mujer.

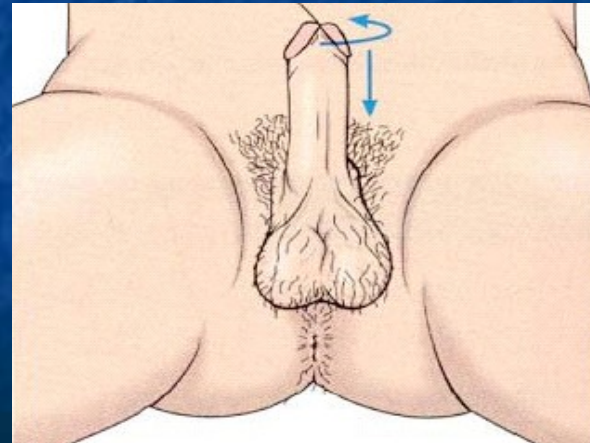
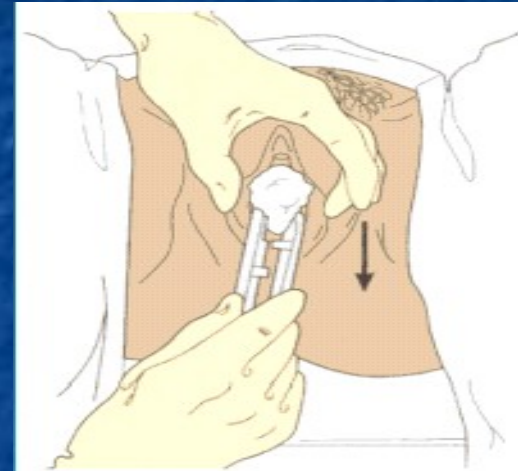


Hombre:



FUNDAMENTO

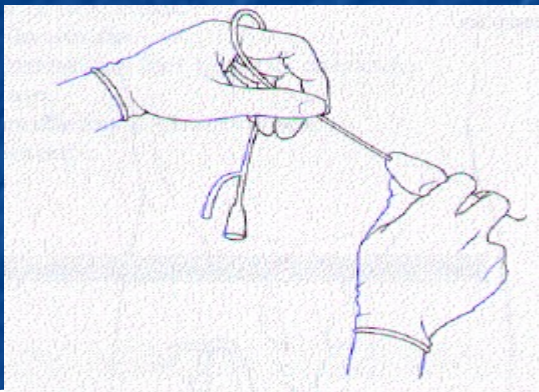
5. Disminuye la contaminación de la vejiga por vía ascendente.



PROCEDIMIENTO

6. Calzarse los guantes y lubricar la sonda con solución estéril.

7. Coger la sonda con la mano derecha y con la mano izquierda sujetar el pené sin presionar, levantando hasta formar un ángulo de 90° en relación con el abdomen.

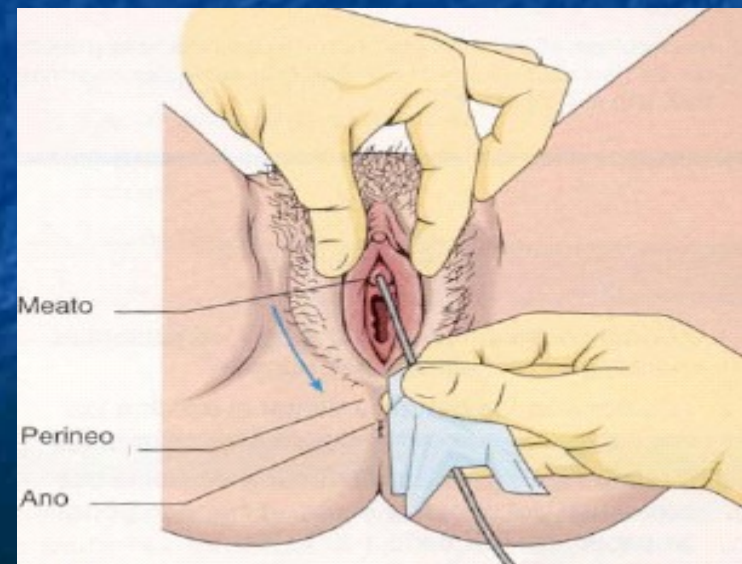


En caso de ser mujer entre abrir los labios con la mano izquierda, ubicar el meato urinario e introducir la sonda sin hacer presión.

FUNDAMENTO

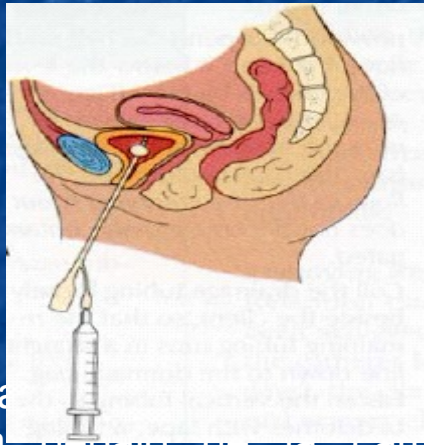
6. Evita el riesgo de contaminación; favorece el ingreso de la sonda sin causar dolor y/o irritación a nivel de la uretra.

7. Esta posición facilita la introducción de la sonda por el orificio uretral y llegar hasta vejiga.



PROCEDIMIENTO

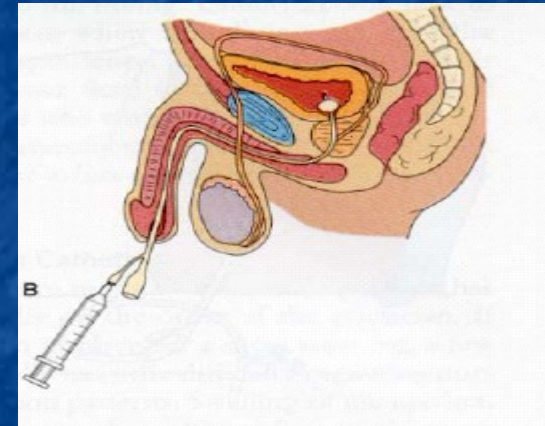
8. Introducir la sonda en forma circular unos 15cm en el varón y en la mujer 8cm, hasta observar flujo de orina. Verificar si no hay acodaduras.
- Inyectar 5cc de agua destilada o suero fisiológico estéril por la rama mas pequeña de la sonda.



10. Conectar la sonda al colector y colocarla debajo de la cama del paciente
11. Fijar la sonda externamente con esparadrapo a nivel del muslo de manera que no haya tirantez de la sonda para evitar lesiones uretrales o genitales.

FUNDAMENTO

8. La uretra femenina mide de 6-10 cm y de 13 a 17 en el varón.
9. la inyección de liquido hasta que haga globo en la punta de la sonda cierra parcialmente la luz de la uretra impidiendo su retiro y asegurando la posición de la sonda en la vejiga.



10. el colector a un nivel inferior del paciente facilita el descenso de la orina por gravedad.
11. La fijación de la sonda evita que se desconecte cualquier parte del sistema que pudiera ocasionar contaminación e incomodidad del paciente.

PROCEDIMIENTO

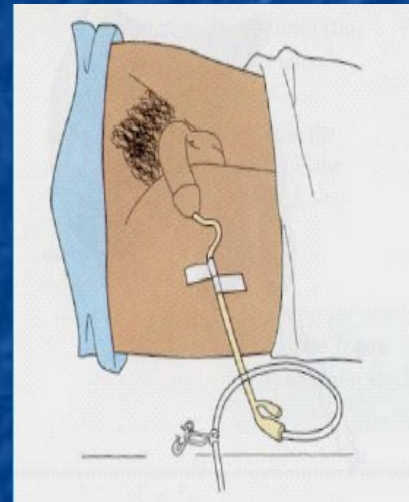
- Conectar la sonda a la bolsa colectora y colocarla debajo de la cama del paciente



11. Fijar la sonda externamente con esparadrapo a nivel del muslo de manera que no haya tirantez de la sonda para evitar lesiones uretrales o genitales.

FUNDAMENTO

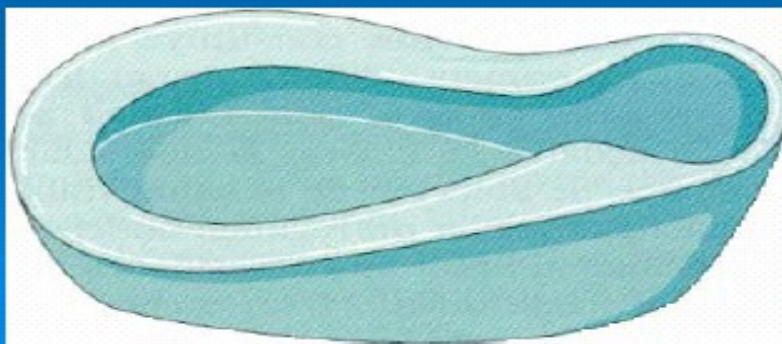
10. el colector a un nivel inferior del paciente facilita el descenso de la orina por gravedad.



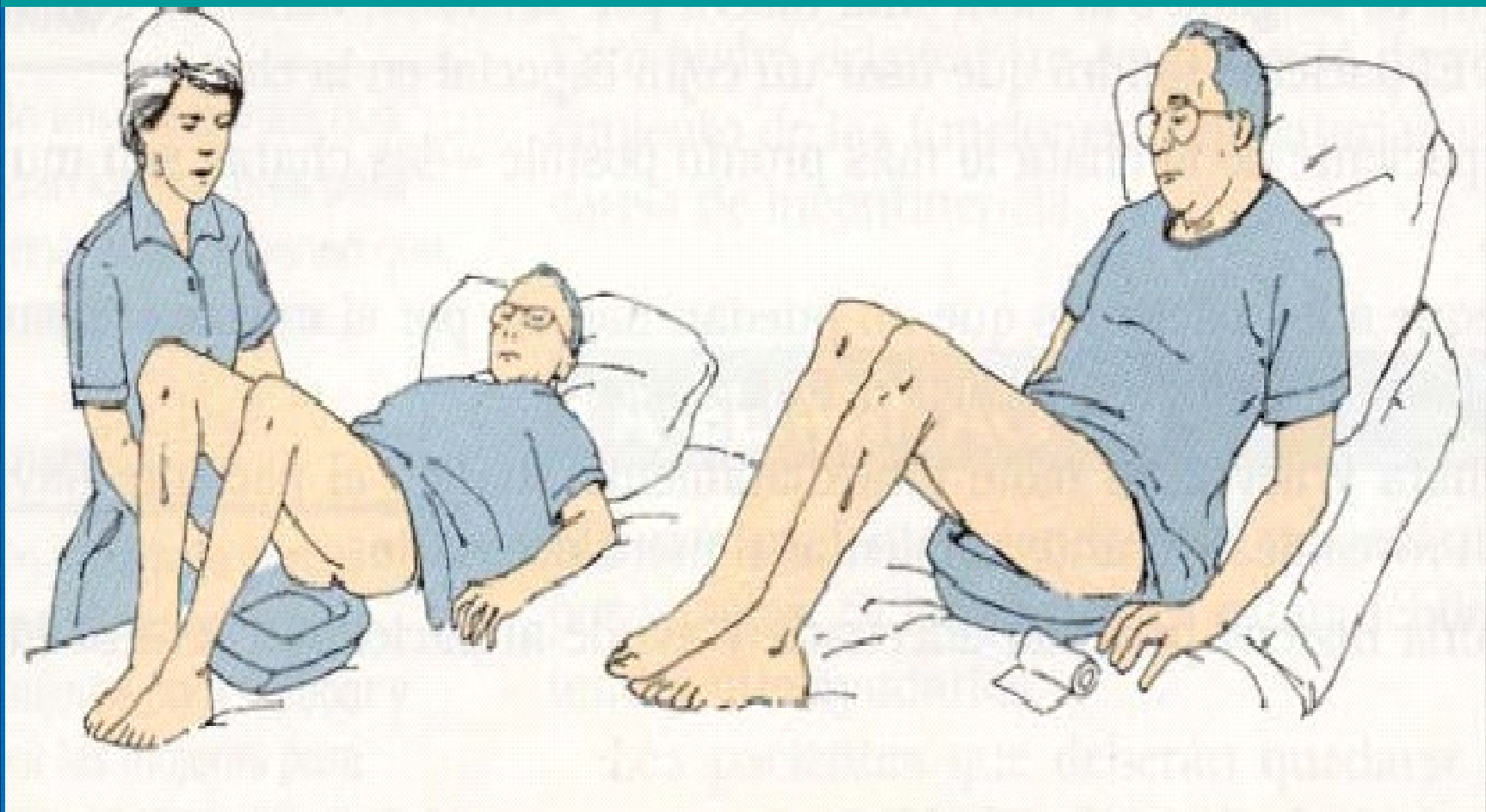
11. La fijación de la sonda evita que se desconecte cualquier parte del sistema que pudiera ocasionar contaminación e incomodidad del paciente.

PROCEDIMIENTO	FUNDAMENTO
<p>12. Rotular la sonda y la bolsa colectora indicando fecha y hora de la colocación de la sonda.</p> <p>13. Dejar cómodo al paciente y realizar notas de enfermería acerca del procedimiento.</p> <p>14. Limpiar y dejar el equipo en orden.</p> <p>15. La bolsa colectora debe ser desocupada mínimo cada 6 horas o de acuerdo a la prescripción médica.</p> <p>16. Medir el volumen urinario y observar sus características.</p>	<p>12. Permite controlar el tiempo de permanencia de la sonda para un nuevo cambio si es necesario.</p> <p>13. Produce bienestar al paciente. Permite informar al personal y registrar los hallazgos</p> <p>14. Permite que pueda utilizarse el equipo cuando sea necesario.</p> <p>15. Para evitar infecciones.</p> <p>16. Medir y valorar el volumen para evitar la descompensación brusca y rápida que pueda ocasionar problemas en la volemia.</p>

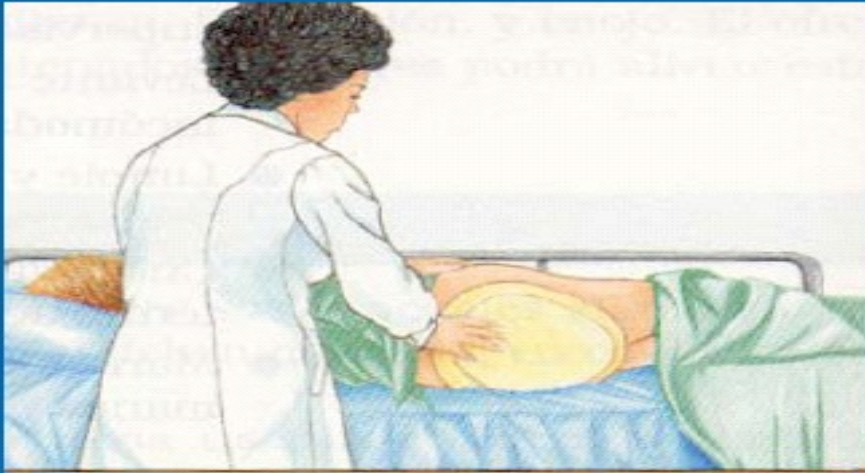
Chatas /papagayos



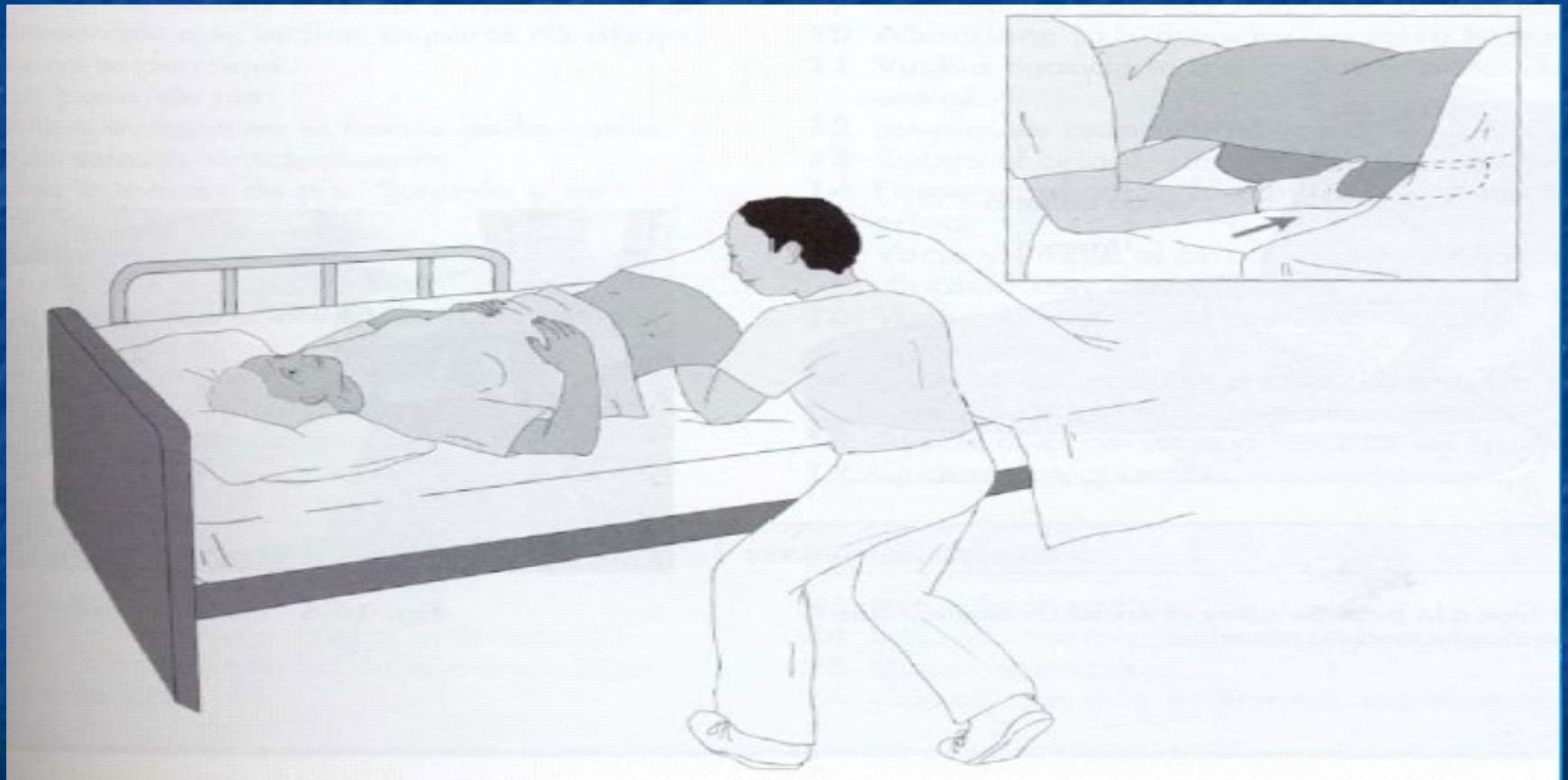
Cómo colocar la chata



Cómo colocar la chata



Cómo colocar la chata



SONDA RECTAL

Es una técnica que consiste en la introducción de un catéter rectal a través del esfínter anal hasta el recto.

Se utiliza para:

- Administración de enemas (enema de limpieza, de retención,)
- Aliviar la distensión abdominal
- Como método diagnóstico (enema de bario, enema aéreo, para comprobar la permeabilidad del esfínter anal)

APLICACIÓN DE ENEMA

- Es la instilación de una preparación en el recto y el colon sigmoideo. Se administra principalmente para favorecer la defecación mediante la estimulación del peristaltismo. El volumen del liquido instilado disuelve la masa fecal distiende la pared rectal e inicia el reflejo defecación. También se administran como vehículo para sustancias que ejercen un efecto local sobre la mucosa rectal

Tipos de enema

- **Retención:** administración de fármacos que se absorben bien por vía rectal, buscando efectos locales (antihelmínticos, astringentes, antisépticos....) o sistémicos (antipiréticos, sedantes, anestésicos....) y cuando la vía gastrointestinal está contraindicada
- **Limpieza:** estimular el peristaltismo, eliminar heces, limpiar y evacuar el recto y el colon.

Volúmenes máximos aconsejables:

Lactantes.....	150 a 250ml.
Niños pequeños.....	250 a 350ml
Preescolares y escolares..	300 a 350ml
Adolescentes.....	500 a 750ml
Adultos.....	750 a 1000ml

Indicaciones

- Alivio temporal del estreñimiento
- Eliminación de heces impactadas
- Vaciamiento del intestino antes de la realización de pruebas diagnósticas, intervenciones quirúrgicas o de parto.
- Comienzo de un programa de adiestramiento intestinal.

Contraindicaciones

Sospecha de cuadro obstructivo

Pacientes cardíacos

Desequilibrios hidroelectrolíticos

Dolor abdominal agudo

Equipo y material

- Recipiente con la solución a instilar en volumen correcto (de 750 a 1000cc)
- Sonda rectal numero con tamaño adecuado
- Guantes desechables
- Soleras
- Jaleas lubricantes
- Papel higiénico



PROCEDIMIENTO	FUNDAMENTO
<ol style="list-style-type: none"> 1. Evalúe el estado del paciente, su patrón eliminatorio, presencia de hemorroides, movilidad y control del esfínter externo del ano. 2. Revisar las indicaciones 3. Preparar el material necesario 4. explique el procedimiento al paciente 5. Lavarse las manos y calzarse los guantes. 6. Mantenga la individualidad del paciente 7. Asegúrese que el paciente no corre peligro con la posición lateralizada, de ser necesario levántela baranda opuesta. 8. coloque al paciente de cubito lateral, o posición sims izquierdo. al niño se le colocara decúbito supino. 	<p>Permite evitar cualquier complicación o identificar causas para la suspensión del procedimiento</p> <p>Otorga seguridad de que sea el paciente indicado</p> <p>Organiza la actividad por lo tanto la eficacia del procedimiento</p> <p>Reduce la ansiedad y estimula la cooperación</p> <p>Disminuye los riesgos de contaminación</p> <p>Es parte de los derechos del paciente</p> <p>Brinda seguridad al paciente, evitando riesgos de caídas</p>

PROCEDIMIENTO	FUNDAMENTO
<p>9. Los pacientes que tienen un control inadecuado de los esfínteres deben colocarse de forma cómoda sobre una cuña en decúbito supino.</p> <p>10. coloque una solera impermeable sobre las nalgas.</p> <p>11. Cubra al paciente con una sabana dejando al descubierto solo la región rectal</p> <p>12. coloque la cuña en posición fácilmente accesible si se planea que el paciente evacue en el cuarto de baño.</p> <p>13. Asegurarse que el baño este libre</p> <p>14. coloque lubricante en la punta del dispensador</p> <p>15. Separe suavemente las nalgas y localice el recto.</p>	<p>En el caso de que el paciente no retenga la solución</p> <p>Evitará mojar las sabana en caso de derrame de la solución Reduce la inquietud del paciente</p> <p>Evitará esperas innecesarias Disminuye la posibilidad de trauma y dolor Permite visualizar el ano</p>

PROCEDIMIENTO

16. Pida al paciente que se relaje respirando lentamente a través de la boca.

17 Introduzca el dispositivo lentamente: en el adulto de 7.5 a 10cm, en niños de 5 a 7.5 cm, lactante de 2.5 a 3.75cm

18 Presione el dispensador hasta que toda la solución entre en el recto y el colon (250CC). En caso sea con dispensador no comercial, se utiliza sonda rectal la cual debe ser introducida de acuerdo a la medida mencionada.

19 eleve el envase del enema lentamente a nivel adecuado por encima del ano:

- enema alto: 45 cm
- Enema bajo : 30cm

Si el paciente se queja de calambres descender el envase o pinze la sonda.

Evaluar la fluidez de la solución administrada por el enema y si se pierde por el lugar de la cánula de inserción.

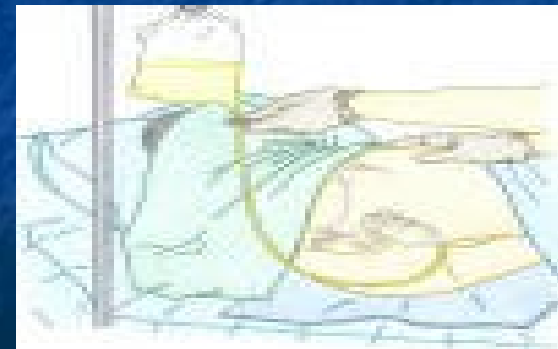
FUNDAMENTO

La expiración favorece la relajación del esfínter rectal.

Previene traumatismos de la mucosa rectal

Ayuda a manejar la gravedad

Incrementa la fuerza de desplazamiento del fluido



PROCEDIMIENTO	FUNDAMENTO
<p>20 retira la cánula, o sonda haciendo uso de varias capas de papel higiénico en forma lenta.</p> <p>21. explique al paciente que es normal que experimente una sensación de distensión.</p> <p>Pídale que retenga la solución de 10 a 15 minutos o cuanto le sea posible</p> <p>22. Deseche todo lo utilizado</p> <p>23. Ayude al paciente a ir al baño</p> <p>24. Observe las características de las heces y de la solución.</p> <p>25. De ser necesario realizar higiene peri anal.</p> <p>26. anotar los hallazgos: tipo y volumen del enema administrado , color , cantidad y consistencia de las heces</p> <p>27. Evaluar al paciente luego de haber eliminado los efectos del enema.</p>	<p>La solución distiende el intestino. La duración de la retención varia con el tipo de enema y con la capacidad del paciente para contraer el esfínter anal. Una retención mayor favorece una estimulación mas eficaz del peristaltismo y la defecación.</p> <p>Brinda seguridad</p> <p>Permite verificar el efecto del enema</p> <p>El contenido fecal puede irritar la piel</p> <p>Comunica en forma pertinente a todos los miembros del equipo de asistencia.</p> <p>La seguridad de equilibrio hemodinámico, beneficia al paciente</p>