



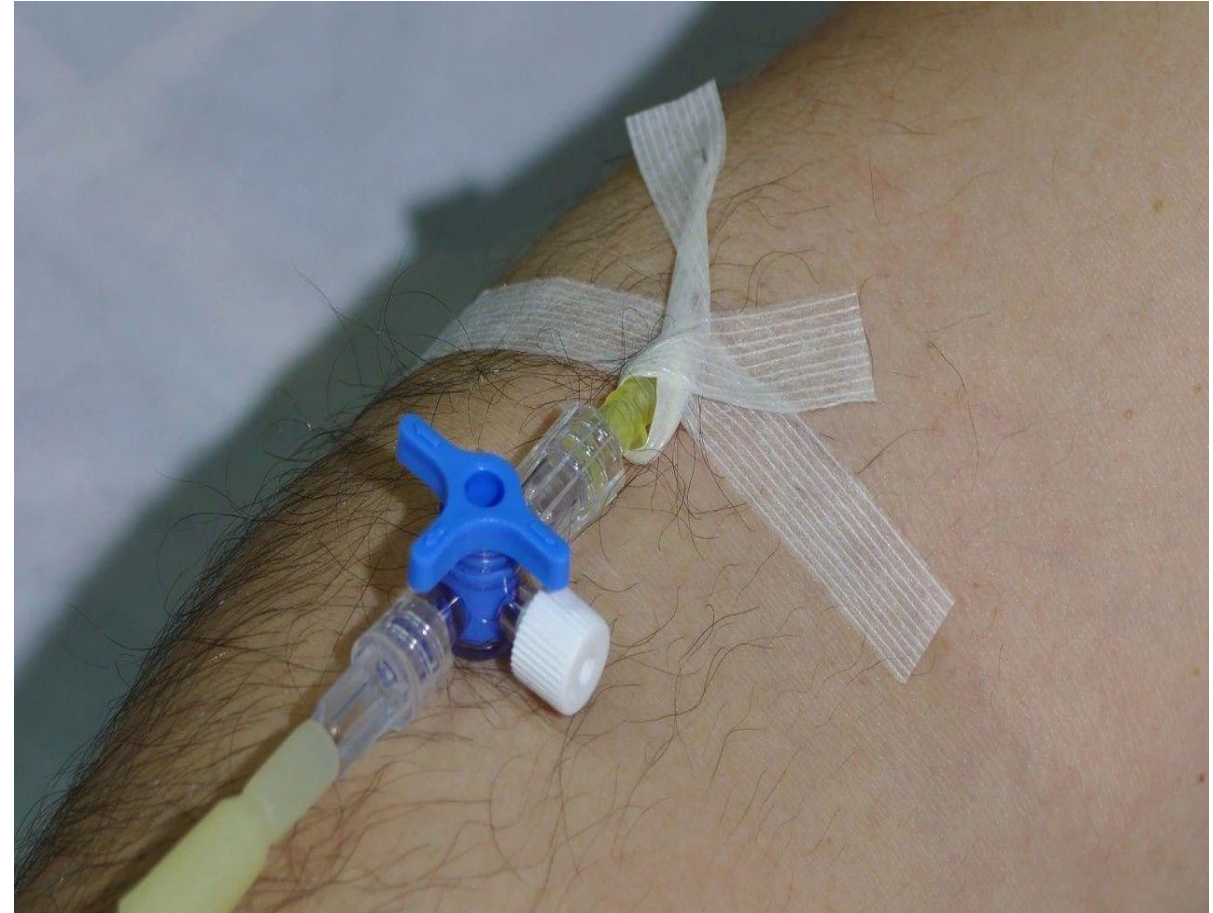
SUPER NOTA

SUB MODULO II

- ★ **ALUMNA:** Shady Mariell López Enamorado
- ★ **NOMBRE DEL DOCENTE:** Ruiz Guillen Mahonrry De Jesus
- ★ **GRADO:** Bachillerato 5to Semestre Enfermeria
- ★ **GRUPO:** A

♥ ¿QUE ES?

Es una técnica invasiva que nos permite tener una vía permanente al sistema vascular del paciente. A través de esta vía podremos administrar sueroterapia, medicación y nutrición parenteral, como ya vimos en otro capítulo.



OBJETIVO



- ♥ Garantizar un correcto procedimiento en el proceso de detección, prevención y curación de las úlceras por presión.

MATERIAL

- ♥ Compresor.
- ♥ Antiséptico.
- ♥ Guantes no estériles.
- ♥ Algodón o gasa.
- ♥ Apósito preferiblemente transparente.
- ♥ Catéter venoso de calibre adecuado.
- ♥ Llave de tres pasos.
- ♥ Esparadrapo.
- ♥ Jeringa con suero fisiológico.



PROCEDIMIENTO

- ♥ Lo primero que haremos es informar al paciente de lo que vamos hacer. Nos ponemos los guantes y colocamos el compresor en el brazo del paciente. Se recomienda empezar a valorar las venas más distales como las del dorso de la mano o el antebrazo, pero si nos encontramos en un servicio de Urgencias, empezaremos a valorar las que se encuentran en la flexura del codo o incluso en el brazo, con la intención de que la medicación que pongamos llegue antes al corazón.
- ♥ Las venas las valoraremos por su calibre y recorrido, desecharemos las venas rotas previamente, las que están encalladas (se nombra así a las que por su uso previo, están duras a la palpación) y las que no estemos seguros de poder canalizar. Cuando hayamos elegido una, elegiremos el calibre del catéter que vamos a introducir. Los catéteres venosos más pequeños tienen números pares más altos, siendo el número 26 el más fino y el 14 el más grueso. En adultos los números más utilizados son el 22, el 20 y el 18 y en niños usaremos del 22 al 26.
- ♥ Antes de pinchar, tendremos en cuenta que el bisel de la aguja esté hacia arriba- En el momento que picemos y veamos que ya refluye sangre de la vena, aguantaremos la aguja con una mano y con la otra iremos empujando el catéter de plástico hasta su total introducción. Retiraremos el compresor del brazo del paciente, pegaremos una tira de esparadrapo para sujetar la vía, retiraremos la aguja y conectaremos la llave de tres pasos previamente salinizada. Fijaremos el apósito transparente sobre la vía y pondremos las tiras de esparadrapo que creamos conveniente, para asegurar la sujeción. Finalmente, inyectaremos suero fisiológico de la jeringa previamente cargada, para salinizar la vía y mantenerla permeable.

OBSERVACIONES



- ♥ Hay que revisar por lo menos una vez al día la zona de inserción del catéter observando y comprobando la existencia de alguna complicación.
- ♥ En el caso de válvula bidireccional minimizar el riesgo de contaminación del catéter limpiando el acceso con antiséptico adecuado antes de su uso, y acceder solamente con dispositivos estériles. Cada vez que se acceda a un conector/tapón deberá desinfectarse este con antiséptico apropiado (clorhexidina, povidona yodada o alcohol de 70°) y se accederá a él únicamente con material estéril.
- ♥ En el caso de obstrucción, intentar desobstruir aspirando suavemente con una jeringa. Nunca se debe irrigar a presión ni introducir ninguna medicación para desobstruir. En el caso de no conseguir la desobstrucción con el aspirado suave, proceder a la retirada del catéter.
- ♥ Al fijar el equipo de infusión IV, se deberá poner especial cuidado de no comprimir o doblar los sistemas de flujo.

♥ ¿QUE ES?

Es el procedimiento mediante el cual se extrae orina de la vejiga a través de una sonda Foley que se inserta en la uretra.





- ♥ Su objetivo es el drenaje continuo de orina con fines terapéuticos si el cateterismo es permanente, o diagnóstico si es intermitente.

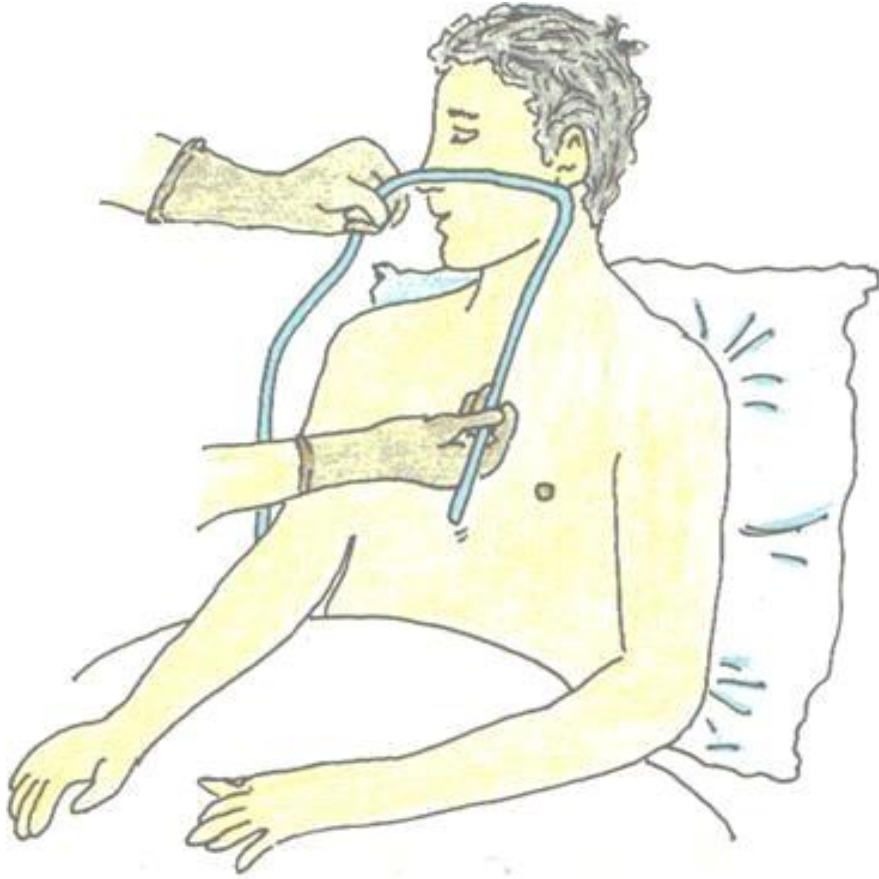
- ♥ Elementos de aseo genital
- ♥ Equipo de sondeo vesical (pañó fenestrado, pañó clínico y una bandeja riñón)
- ♥ Guantes estériles
- ♥ Guantes no estériles
- ♥ Sonda Foley (Nro. 14, 16, 18 y 20 French u otra, de 2 o 3 vías según indicación)
- ♥ Jeringa de 20 mL como mínimo.
- ♥ Agua bidestilada estéril (ampollas 10 mL)
- ♥ Agua y jabón
- ♥ Lubricante hidrosoluble estéril o xilocaína en gel.
- ♥ Gasas
- ♥ Bolsa colectora de orina (estéril)
- ♥ Tela adhesiva hipoalergénica
- ♥ 2 jeringas de 10 mL
- ♥ Depósito para desechos



UDS *PROCEDIMIENTO*

- ♥ Explique al paciente y su familia el procedimiento a realizar, la razón por la cual se va a pasar, las posibles molestias que producirá
- ♥ Coloque al paciente en decúbito dorsal; si es muy mujer posición ginecológica.
- ♥ Postura de guante estéril
- ♥ Realice la asepsia de genitales
- ♥ Cambio de guantes
- ♥ Coloque las compresas estériles.
- ♥ Pruebe el balón desínflelo nuevamente.
- ♥ Lubrique la sonda con solución salina o agua estéril.
- ♥ Doble la sonda en forma de acordeón.
- ♥ Coloque la riñonera al lado del paciente.
- ♥ En mujeres separe labios mayores y localice el meato urinario, si hay secreciones vaginales usted debe proteger la vagina con una torunda o gasa, para evitar que las secreciones se dispersen hacia el meato urinario. Introduzca la sonda suavemente hasta que salga orina. Infle el balón con agua estéril.
- ♥ En hombres lleve el pene en dirección del abdomen con el fin de vencer el ángulo que hace la uretra en la pelvis. Introduzca la sonda lenta y cuidadosamente, no debe empujar con fuerza pues al hacerlo se puede rasgar la uretra. Si va a dejar la sonda a permanencia cerciórese que esté en vejiga observando la salida de orina a través de esta. Infle el balón, inyectando agua o aire según el tipo de sonda y la cantidad específica en la misma. Una vez se ha inflado el balón, retire la sonda suavemente hasta que sienta que el balón a tocado el orificio de la vejiga.
- ♥ Luego empuje la sonda hacia adentro unos 2 cms, este es el punto en que el paciente sentirá más comodidad con la sonda permanente, debido a que en este sitio el balón no presiona el orificio de la vejiga.
- ♥ Conecte la sonda al dispositivo de drenaje (Cistoflow)
- ♥ Fije con cinta adhesiva la sonda; en varones de manera lateral al muslo o abdomen inferior. En mujeres se fija el muslo para prevenir la tracción y tensión sobre la vejiga.
- ♥ Deje al paciente cómodo.

COLOCACION DE SONDA NASOGASTRICA

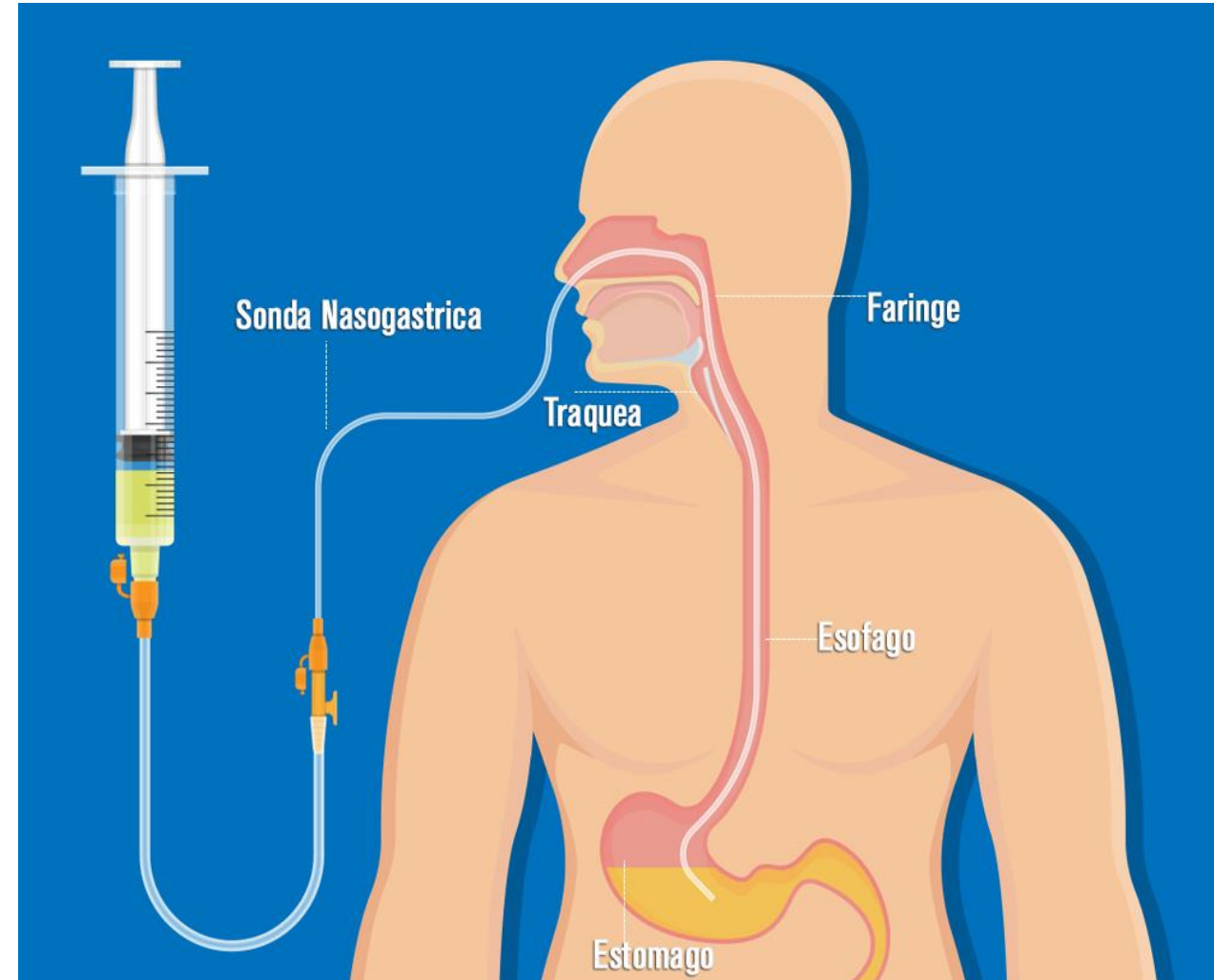


♥ ¿QUE ES?

Sonda que se introduce por la nariz, a través de la garganta y el esófago, hasta el estómago. Se puede usar para administrar medicamentos, líquidos, y alimentos líquidos, o para extraer sustancias desde el estómago. La administración de alimentos a través de una sonda nasogástrica es un tipo de nutrición enteral.

UDS *OBJETIVOS*

- ♥ Toma de muestras del contenido gástrico con fines diagnósticos.
- ♥ Vaciar el contenido gástrico mediante drenaje o aspiración.
- ♥ Lavado gástrico.
- ♥ Administración de alimentación enteral.
- ♥ Administración de medicamentos.
- ♥ Prevención de bronco aspiración en pacientes con disminución de conciencia.
- ♥ Diagnóstico de hemorragia digestiva alta.



UDS *MATERIALES*



- ♥ 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 mL.
- ♥ Xilocaína en aerosol.

UDS *PROCEDIMIENTO*

♥ Calcular la longitud de la sonda:

Para ello se coloca la sonda nasogástrica por fuera, dándole la curvatura aproximada de su recorrido por nariz, faringe, esófago y estómago. Para un adulto, la longitud habitual es de 50 cm.

♥ Preparar la sonda para la inserción:

Curvar ligeramente el extremo distal. Lubricar los 15 cm distales.

♥ Introducir la sonda a través de la nariz, hacia la faringe:

Poner directamente dentro de la fosa nasal una pequeña cantidad de lubricante. Introducir la sonda horizontalmente, para evitar que tropiece con los cornetes.

♥ Empujar la sonda hacia el esófago mientras el paciente traga:

Simultáneamente, instilar agua por la sonda. Permitir que el paciente beba agua con la paja. A veces es conveniente que el paciente se llene la boca con agua, teniendo ésta hasta el momento en que se le ordene tragarla. La orden debe coincidir con las maniobras de presión para que la sonda atraviese la rinofaringe.

♥ Posición de la sonda en el estómago:

Introducir hasta la longitud marcada. Auscultar sobre el estómago mientras se inyectan 50 cc de aire por la sonda, para asegurarse de la posición intragástrica por el sonido de borboteo característico. Aspirar el contenido gástrico una vez confirmada la posición.

♥ Sujetar la sonda a la nariz con un esparadrapo

