



Universidad del sureste

Nombre del maestro: Medico Fernando Romero Peralta

Nombre de la materia:
Enfermería medico quirúrgica 1

Nombre del trabajo:
Mapa conceptual de úlceras por presión
ensayo sobre aislamiento y técnicas de sondaje vesical y nasogástrico
cuestionario de 20 preguntas

Nombre del alumno:
Kevin junior Jiménez Espinosa

Carrera:
Lic. enfermería

Grado:
5to cuatrimestre

Cuidados de paciente por úlceras de presión

La úlcera por presión como toda lesión de la piel producida cuando se ejerce una presión sobre un plano o prominencia ósea, provocando un bloqueo del riego sanguíneo a este nivel; como consecuencia de lo cual, se produce una degeneración rápida de los tejidos.

Objetivos para el paciente

- La persona mantiene (o recupera) una piel templada, húmeda, intacta y de color natural.
- La persona (o la familia) cuenta sentimientos de satisfacción personal por haber conseguido la competencia en el cuidado de la úlcera; y practica hábitos de salud sanos basados en el conocimiento o las capacidades de salud adquiridas

Alteración de las necesidades

- Respirar
- dormir y descansar
- mantenerse limpio
- evitar los peligros

Realizar higiene diaria con agua y jabón neutro según procedimiento. Al realizar la higiene: Eliminar pomadas y polvos. Observar la integridad de la piel diariamente mientras se realiza la higiene. Aclarar y secar bien la piel, entre los dedos y pliegues. Aplicar vaselina

Materiales/equipo

Observación directa, entrevista. Hoja de Valoración/Registro de Úlceras por presión. Guantes estériles Jabones neutros o sustancias limpiadoras con potencial curativo bajo Productos hidratantes y nutritivos: aceite de almendras. Vaselina pomada Absorbentes, salvacamas, etc Apósito hidrocoloide extrafino Cojines, almohadas, colchones antiescaras, protecciones locales, almohadillados, etc. Paños. Guantes estériles. Compresas y gasas estériles. Set de curas con: pinzas de disección dentadas, mango de bisturí, hoja de bisturí. Solución salina. Vendas, almohadillados Desbridantes enzimáticos. Gel de lidocaína 2%

Procesos de enfermería

Valoración del riesgo de úlcera por presión. Valoración del entorno de cuidados. Prevención de la úlcera por presión. Valoración de la lesión. Tratamiento de la úlcera por presión

Utilizar técnicas de posición (encamado o sentado) y elegir una adecuada superficie de apoyo, para disminuir el grado de rozamiento, presión y cizallamiento. Mantener la zona seca (medidas de prevención). Crear un campo estéril para la limpieza de la herida. Usar guantes estériles. Limpiar las lesiones inicialmente y con suero salino fisiológico. No limpiar la herida con antisépticos locales. Proteger la zona periulceral con un preparado a base de zinc.

Introducción

En el siguiente trabajo se hablara sobre que es un aislamiento pues como sabes pues un aislamiento es la separación de una persona, una población o una cosa, dejándolas solas o incomunicadas y los tipos de aislamientos que hay de igual manera se hablar técnicas del sondaje vesical que es la inserción de una sonda vesical a través de la uretra, hasta el interior de la vejiga con técnica estéril y nasogástrico

Aislamiento es la acción y efecto de aislar. Este verbo refiere a dejar algo solo y separado de otras cosas; apartar a una persona de la comunicación y el trato con los demás; abstraer la realidad inmediata de la mente o de los sentidos; o impedir el paso o la transmisión del calor, el sonido, etc.

Transmisión por contacto

La transmisión por contacto puede ser por contacto directo (contacto piel con piel) o indirecto (contacto con un objeto intermedio contaminado)

Habitación: Individual o excepcionalmente compartida si padecen la misma infección.

Manos: se deben utilizar guantes limpios, no es necesario que sean estériles, siempre lavando las manos antes y después de colocarlos. Se debe aplicar la recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que indica los cinco momentos para el lavado de manos en el ambiente sanitario. Anexo 1

Mascarilla: no es preciso

Bata: se usará bata cuando se pretenda entrar en contacto con el paciente o con superficies u objetos, se debe quitar la bata antes de salir de la habitación y se lavaran las manos.

Material de cuidados: solo se debe tener dentro de la habitación el material que vaya a ser utilizado. Todo el material que ha estado en contacto con el paciente o los equipos de protección del trabajador tiene que eliminarse dentro de la habitación del paciente en contenedores que cumplan la adecuada estanqueidad.

Vajilla: debe ser de un solo uso y desecharse en la habitación.

Ropa de cama: Se almacenará dentro de la habitación del paciente en una bolsa, metiéndola en una segunda bolsa limpia cuando se saque de la habitación.

Traslados: no deben abandonar la habitación. Si es imprescindible que salgan, se deben cubrir las heridas y puntos de contagio con apósitos limpios y se cubrirá al paciente con una bata limpia y de trasladará con ropa de cama limpia. Se debe informar al personal responsable del traslado del tipo de aislamiento.

Visitas: Restringidas e informadas del tipo de aislamiento. Se debe asegurar la higiene de manos al salir de la habitación.

Transmisión por gotas

Cuando se habla de transmisión por gotas nos referimos al contacto de las gotas de gran tamaño (>5 micras) con la mucosa o conjuntiva de un individuo sano. La dispersión de estas gotas sucede cuando el enfermo habla, tose o estornuda, o cuando se le realizan procedimientos en la vía aérea. El contagio requiere un aproximamiento estrecho, puesto que las gotas no avanzan más allá de un metro.

Habitación: individual, excepcionalmente puede ser compartida con otro paciente con el mismo germen, deben estar separados al menos por un metro.

Manos: Se deben lavar siempre después del contacto con el paciente, se lleven o no guantes, así como entre diferentes técnicas en diferentes partes del cuerpo para evitar la contaminación

cruzada como indican los 5 momentos del lavado de manos de la OMS (Anexo 1). Los guantes a usar deben ser limpios, no necesariamente estériles, se deben cambiar con cada actividad y al pasar de una zona contaminada a una más limpia y retirarlos antes de salir de la habitación del paciente.

Mascarilla: uso obligatorio, de tipo quirúrgica, bien ajustada y tirarse al salir de la habitación de manera aséptica.

Bata: limpia no estéril cuando se prevea que se va a estar en contacto con el paciente o con superficies contaminadas.

Material de cuidados: todo el material que se use con el paciente o de protección del trabajador se debe eliminar dentro de la habitación. Sólo se meterá en la habitación el material imprescindible.

El material reutilizable no crítico se esterilizará o desinfectará para ser utilizado con otro paciente.

Vajilla: preferentemente reutilizable, pero si no puede ser se recogerá en último lugar desechando los guantes utilizados para sacarla de la habitación,

Ropa de cama: sin indicaciones especiales.

Traslados: saldrán lo imprescindible, y lo harán con una mascarilla quirúrgica ajustada a la cara antes de salir de la habitación y con las sábanas de la cama limpias. Se debe informar a los responsables del traslado del tipo de aislamiento que tiene el paciente.

Visitas: Restringidas e informadas del tipo de aislamiento. Se debe asegurar la higiene de manos al salir de la habitación.

Transmisión aérea

Este tipo de transmisión se da cuando el agente causal de la enfermedad está en forma de aerosol en partículas menores de 5 micras. Éstas quedan suspendidas en el aire pudiéndose extender por corrientes de aire, ya que perduran más en el tiempo si no se depositan en ninguna superficie.

Habitación; la habitación debe ser individual y con presión negativa. Debe tener una renovación de aire entre 6-12 veces por hora y se eliminará al exterior con un filtro de alta eficacia y lejos de conductos de entrada. Puerta y ventana deben permanecer cerradas. En casos excepcionales se contemplará compartir habitación con otro paciente con la misma infección activa.

Manos: Lavado de manos antes y después y uso de guantes cuando se prevé contacto con secreciones. En el caso de varicela, herpes zoster o sarampión se utilizará jabón antiséptico para el lavado de manos.

Mascarilla: de alta eficacia FFP2 (o FFP3 si se prevén aerosoles como en el aspirado de secreciones, intubación, etc...también se recomienda en este caso la protección ocular), se ajustará la mascarilla a la cara. No es preciso su uso en el caso de varicela o sarampión en el caso de estar inmunizado.

Material de cuidados: todo el material que se use con el paciente o de protección del trabajador se debe eliminar dentro de la habitación exceptuando la mascarilla que se retirará fuera de la misma. Sólo se meterá en la habitación el material imprescindible. El material reutilizable no crítico se esterilizará o desinfectará para ser utilizado con otro paciente.

Vajilla: preferentemente reutilizable, pero si no puede ser se recogerá en último lugar desechando los guantes utilizados para sacarla de la habitación.

Ropa de cama: sin indicaciones especiales

Traslados: Saldrán lo imprescindible y se le colocará una mascarilla quirúrgica N95 para partículas de 0.3 micras (capaz de retener al menos el 95% de las partículas de este tamaño o mayores), esta mascarilla se cambiará después de cada uso. Se debe informar a los responsables del traslado del tipo de aislamiento que tiene el paciente.

Visitas: Restringidas e informadas del tipo de aislamiento. Se debe asegurar la higiene de manos al salir de la habitación.

Aislamiento protector

Este aislamiento a diferencia del resto es para evitar que un paciente con su sistema inmunológico comprometido pueda infectarse de agentes exógenos durante su estancia hospitalaria.

Habitación: Habitación individual con presión positiva que disponga de una antesala para que el personal que vaya a entrar a la habitación se pueda vestir adecuadamente. Las visitas deben estar restringidas al máximo.

Manos: lavado de manos a conciencia con jabón antiséptico y colocación de guantes estériles cuando vaya a estar en contacto con el paciente o se le vaya a realizar alguna técnica, se retirarán antes de salir del entorno del paciente.

Mascarilla: necesario el uso de mascarilla quirúrgica

Bata: se colocará una bata limpia

Material de cuidados: Tendrán sus propios materiales no críticos. El material reutilizable debe ser manipulado tal y como se indica en precauciones estándar. Los elementos de protección individual se colocarán en la antesala, introduciendo en la habitación solo lo que se vaya a utilizar.

Vajilla: se recogerá en primer lugar utilizando guantes.

Ropa de cama: sin indicaciones especiales

Traslados: Saldrán lo imprescindible. Si tuviera que salir, lo hará con una mascarilla quirúrgica.

Técnica del sondaje vesical

El cateterismo vesical es la introducción de una sonda a través de la uretra hasta el interior de la vejiga con técnica estéril, con fines diagnósticos y terapéuticos; es un procedimiento invasivo y traumático a la estructura de las vías urinarias; el cateterismo vesical conlleva un alto riesgo de infección del tracto urinario así como complicaciones mecánicas, por lo tanto, se debe valorar la necesidad de realizar el procedimiento correctamente, donde los beneficios superen los riesgos.

OBJETIVOS

- Facilitar el drenaje de la orina para aliviar la retención aguda o crónica.
- Obtener un continuo drenaje vesical durante el pre, trans y postoperatorio.
- Permitir el drenaje de la orina en pacientes con disfunción neurógena de vejiga.
- Determinar la medición precisa del drenaje de orina en pacientes en estado crítico.

INDICACIONES

- En pacientes con estado hemodinámico inestable.
- Pacientes en el periodo pre- trans y post-operatorio.
- Pacientes sin control de esfínter urinario.
- Retención urinaria aguda.
- Vaciar completamente la vejiga antes del parto.
- Para tomar muestras de orina estéril en algunos pacientes sin control voluntario de la vejiga en que la orina expulsada estará inevitablemente contaminada.

MATERIAL Y EQUIPO

- Bolsa recolectora de orina.
- Un cómodo. – Protectores de cama.
- Carro de curación con:
 - Cubrebocas.
 - Guantes estériles 2 pares.
 - Gorro.
 - Bata.
 - Campos estériles.
 - Solución antiséptica.
 - Solución de irrigación.
 - Gasas estériles.
 - Equipo de cateterización.
 - Lubricante hidrosoluble individual estéril.
 - Jeringa de 10 mL.
 - Ámpula de 10 mL de agua inyectable para llenar el globo de la sonda.
 - Una sonda vesical, el número dependerá de la edad y sexo del paciente.
 - Parche para la fijación.
 - Frasco estéril para urocultivo.

PROCEDIMIENTO

Cateterización vesical en pacientes del sexo masculino

1. La enfermera informa al paciente del procedimiento que se le va a realizar, el motivo, los beneficios y su participación.
2. Proporciona privacidad cerrando puertas y/o cortinas.
3. Prepara el material y equipo, seleccionando la sonda vesical que va a utilizar.
4. Se lava las manos.
5. Coloca al paciente en decúbito dorsal.
6. Retira el pantalón y deja al paciente cubierto con una sábana o protector.
7. Coloca el protector de cama y el cómodo al paciente.
8. Se lava las manos.
9. Coloca a un costado de la cama la bolsa recolectora de orina para tenerla lista al momento de conectarla a la sonda.
10. Se coloca cubrebocas, gorro, bata y guantes estériles 2 pares.
11. Realiza asepsia aplicando solución antiséptica: sujeta el pene del paciente en posición vertical, toma la pinza con una gasa montada impregnada con solución antiséptica, retrae el prepucio para hacer una asepsia completa con movimientos únicos circulares, de la parte superior y hacia abajo del cuerpo del pene, utilizando una gasa para cada movimiento. Repite la asepsia 3 veces.
12. Retira el excedente de solución antiséptica con solución de irrigación.
13. Se retira un par de guantes.
14. Coloca los campos estériles, dejando expuesto únicamente el pene.
15. Llena la jeringa con agua estéril suficiente para la capacidad del globo (sondas de adultos 10 cc, niños 3 cc) y verifica la integridad del mismo.
16. Lubrica la punta de la sonda.
17. Procede a la introducción de la sonda con firmeza y suavidad, levanta el pene en un ángulo de 60 a 90 grados y con la mano que lo sostiene retrae el prepucio para visualizar el meato urinario e introduce la sonda, hasta observar la salida de la orina, en este momento pinza la sonda por arriba de la bifurcación.
18. Solicita frasco estéril a la persona que le está asistiendo y toma una muestra para urocultivo.
19. Verifica que la porción introducida abarque aproximadamente 24 cm de la longitud de la sonda vesical, considerando que la longitud de la uretra masculina es aproximadamente de 20 cm.
20. Pinza la porción correspondiente a la luz de drenaje de la sonda vesical y llena el globo con agua estéril.
21. Una vez inflado el globo hace una ligera tracción hasta mostrar resistencia con el propósito de comprobar que el balón está bien inflado.
22. Conecta la bolsa recolectora y despinza la sonda.
23. Fija la sonda y coloca membrete con fecha de instalación, hora y nombre de la persona que realiza el procedimiento.
24. Recoge el material y equipo utilizado.
25. Se lava las manos.
26. Envía la muestra para el urocultivo.
27. Deja cómodo al paciente y explica los cuidados que debe tener para proteger su sonda y bolsa

recolectora cuando esté en su cama, se traslade o se levante a caminar.

28. Hace las anotaciones en el expediente clínico, registrando la hora, fecha de instalación y volumen de la solución utilizada para inflar el globo.

Cateterización vesical en pacientes de sexo femenino

1. La enfermera informa al paciente del procedimiento que se le va a realizar, el motivo, los beneficios y su participación, si el caso lo permite.
2. Proporciona privacidad cerrando puertas y/o cortinas.
3. Prepara el material y equipo, seleccionando la sonda vesical que va a utilizar.
4. Se lava las manos.
5. Coloca al paciente en posición litotómica o ginecológica.
6. Coloca el cómodo y protector de cama a la paciente.
7. Se cubren las piernas de la paciente dejando únicamente descubierta la región perineal.
8. Se lava las manos.
9. Coloca a un costado de la cama la bolsa recolectora de orina para tenerla lista al momento de la conectarla a la sonda.
10. Se coloca cubrebocas, gorro, bata y guantes estériles 2 pares.
11. Realiza la asepsia tomando la pinza con una gasa montada impregnada con solución antiséptica, inicia de sínfisis púbica hacia abajo, es necesario separar los labios mayores y menores para hacer la asepsia completa, con movimientos de arriba hacia abajo únicos, utilizando una sola gasa en cada movimiento se repite la asepsia 3 veces.
12. Retira el excedente de solución antiséptica con solución de irrigación.
13. Se retira un par de guantes.
14. Coloca los campos estériles, dejando expuesta únicamente el área perineal.
15. Llena la jeringa con agua estéril, suficiente para la capacidad del globo (sondas de adultos 10 cc, niños 3 cc) y verifica la integridad del mismo.
16. Lubrica la punta de la sonda.
17. Visualiza el orificio de la uretra, que está localizado inmediatamente por arriba del orificio vaginal, 2.5 cm aproximadamente por debajo del clítoris, con forma circular, plegado.
18. Inicia la introducción de la sonda con firmeza y suma delicadeza; se debe tomar en cuenta que la uretra femenina mide aproximadamente 4 cm, la sonda vesical de la punta al balón mide 4 cm, por lo mismo, la orina fluye rápidamente, por lo que será necesario introducir 4 cm más para dejarla bien ubicada en la vejiga, pinzar la sonda.
19. Solicita el frasco a la persona que le está asistiendo y toma muestra para urocultivo.
20. Llena el globo de la sonda con agua estéril.
21. Una vez inflado el globo hace una ligera tracción hasta mostrar resistencia con el propósito de comprobar que el balón está bien inflado.
22. Conecta la bolsa recolectora y despinza la sonda.
23. Verifica que la sonda vesical quede segura y funcionando correctamente.
24. Fija la sonda, anota fecha de instalación, hora y nombre de la persona que realiza el procedimiento.
25. Recoge el material y equipo utilizado.

26. Se lava las manos.
27. Envía la muestra para el urocultivo.
28. Deja cómoda a la paciente y explica los cuidados que va a llevar para proteger su sonda y bolsa recolectora cuando esté en su cama, se traslade o se levante a caminar.
29. Hace las anotaciones en el expediente clínico, anotando la hora, fecha de instalación y volumen de la solución utilizada para inflar el globo.

SELECCIÓN DE LA SONDA

El tamaño de las sondas está graduado de acuerdo a la escala de French (Fr). Para hombres adultos se utilizan los calibres de sonda vesical de 16 a 18 Fr. En caso de estrechez uretral de 12 a 14 Fr. En mujeres adultas el calibre es de 14 Fr. En niños de 5 a 12 Fr, según la edad. Utilizar sondas de menor calibre, disminuye el riesgo de complicaciones infecciosas.

COMPLICACIONES

- Infecciones del tracto genito-urinario por una inadecuada técnica de instalación de la sonda.
- Sangrado por traumatismo uretral durante el procedimiento.
- Formación de falsas vías, esta complicación es con mayor frecuencia en los pacientes de sexo masculino por la forma y constitución de la uretra.

PUNTOS IMPORTANTES

- La cateterización vesical debe limitarse a situaciones clínicas en que los beneficios superan los riesgos.
- El procedimiento de cateterización uretral se realiza con técnica estrictamente estéril.
- Es necesario realizar un aseo en área genital con agua y jabón previo a la instalación de la sonda.
- Sólo deben manejar catéteres urinarios miembros del personal que dominen las técnicas de inserción y manejo de la sonda.
- Evitar la desconexión de la sonda y la bolsa recolectora para disminuir el riesgo de contaminación.
- Realizar aseo genital cada 24 horas o según las necesidades del paciente ya que los microorganismos pueden emigrar a la vejiga a lo largo de la superficie exterior de cualquier sonda a permanencia.
- Evaluar el cambio de la sonda vesical con base en los siguientes criterios: contaminación del sistema, fugas, obstrucción del drenaje de la orina o deterioro del material de la sonda.
- La bolsa recolectora se debe mantener siempre por debajo del nivel de la vejiga para evitar el reflujo de orina contaminada hacia la vejiga del paciente, así como evitar que la bolsa tenga contacto con el piso.
- En caso de movilizar o trasladar al paciente se debe pinzar la sonda para evitar el reflujo.
- Evitar que la orina se acumule en el tubo de drenaje, ya que se debe mantener un flujo libre de ésta, para disminuir el riesgo de infección.
- Obtener muestras de orina bajo condiciones de asepsia, utilizando el sitio para la toma de muestras

Sondaje nasogástrico

El sondaje nasogástrico es una técnica invasiva que consiste en la introducción de un tubo flexible (silicona, poliuretano, polietileno, PVC) en el estómago, por vía nasal (nasogástrica) o vía oral (orogástrica), con varias finalidades posibles: instilar líquidos, alimentar al paciente, decomprimir el estómago eliminando aire y contenido gástrico, o analizar el contenido gástrico.

Actuación de Enfermería

1. Explicar al paciente la técnica y la necesidad de su colaboración.
2. Hacer una medición del trayecto previsto usando el método Hansen (nariz-oreja-epigastrio), marcando con una señal la medición en la sonda. Si la sonda ha de colocarse en duodeno o yeyuno, añadir entre 20-30cm más.
3. Lavarse las manos y ponerse los guantes.
4. Retirar prótesis dentales, si las hubiera.
5. Lubricar el extremo distal de la sonda de 7 a 12 cm con vaselina líquida o agua.
6. Colocar al paciente en posición de Fowler (ángulo de 45º) o en decúbito lateral izquierdo.
7. Introducir la sonda por el orificio nasal más permeable dirigiéndola hacia la faringe. Cuando la sonda esté inmediatamente encima de la orofaringe indicar al paciente que extienda el cuello hacia delante. (EIR)
8. 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.
9. Si el paciente presenta tos o cianosis, es probable que la sonda esté en vía respiratoria. Retirar, permitir que el paciente descanse y reiniciar el procedimiento. Si se enrolla en la boca, realizar la misma operación.
10. Cuando la marca hecha en la sonda llegue a la nariz, la sonda debe estar situada en el estómago. Para comprobar que está bien colocada, si no ha salido jugo gástrico de forma espontánea, aspiremos con una jeringa para obtenerlo y se medirá el Ph < de 5,5 . Este último es el método más fiable aunque la medida del Ph no es eficaz si el paciente toma fármacos supresores de la acidez. (EIR 11, 48). También se pueden introducir 20 ml de aire al mismo tiempo que colocamos el fonendoscopio en el epigastrio; debe oírse un gorgoteo. Sin embargo, este método no se considera muy fiable. Por último se puede realizar una placa de control. (EIR)
11. 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.
12. El extremo abierto se conectará a una bolsa colectora o se dejará cerrado con un tapón, procediendo a destaparlo si fuera necesario.

Nutrición enteral: cuidados

- Cambiar diariamente la posición de la sonda con un movimiento rotatorio, retirándola o introduciéndola un centímetro.
- Cambiar diariamente el esparadrapo y limpiar los orificios nasales.
- Higiene en la boca diaria e hidratación de los labios.
- Mantener al paciente en posición de Fowler durante la administración de la alimentación y hasta una hora después.
- Antes de administrar el alimento, aspirar el contenido gástrico (EIR 12,47). Si el contenido es superior a 150ml, volver a introducirlo y esperar a la siguiente toma.
- La entrada del alimento debe ser lenta (entre 15-20 minutos) y el alimento debe estar a temperatura ambiente. Muchas veces se utilizan perfusiones en bombas para la alimentación enteral para regular la velocidad de manera exacta, pero no es necesario utilizarla. (EIR 13, 54).
- Se debe comprobar cada 4-8 horas que el paciente tolera la dieta.
- La nutrición enteral, tanto por SNG como por gastrostomía, puede tener como complicaciones más frecuentes la aparición de diarreas por intolerancia digestiva, náuseas, vómitos, regurgitaciones, sensación de plenitud... La solución más habitual consiste en adecuar de forma individual el tipo de nutrición, la cantidad y la frecuencia de las tomas. (EIR 11,49). Si estos síntomas se mantienen se debe tener en cuenta el Síndrome de Dumping que se caracteriza por síntomas gastrointestinales y motores. Los síntomas gastrointestinales incluyen la sensación de plenitud, retortijones, náuseas, vómitos y diarrea explosiva y los vasomotores incluyen sudoración, inquietud, cefalea, debilidad, palpitaciones y un intenso deseo de estirarse. Las manifestaciones varían de un sujeto a otro; no obstante, es frecuente la presencia simultánea de ambos síntomas, gastrointestinales y vasomotores. Sucede a los 10-20 minutos de la ingesta.
- Después de administrar la alimentación o la medicación lavar la sonda con agua.
- Cambiar la sonda cada 7-14 días si es de PVC o polietileno. Las de poliuretano cada 2-3 meses y las de silicona cada 3-6 meses.

Conclusión

Pues en este trabajo se vio lo que es el aislamiento y los tipos de aislamientos también se habló sobre las tácticas de sonda vesical que son sondas vesicales se usan para drenar la vejiga su proveedor de atención médica puede recomendar el uso de una sonda si usted tiene: Incontinencia urinaria escape de orina o incapacidad de controlar cuándo orinar retención urinaria ser incapaz de vaciar la vejiga cuando se necesita, igual se habló sobre el procedimiento de colocación de este proceso y sobre la sonda nasogástrico .

Cuestionario

1. Cuando el paciente se encuentra en posición de cubito lateral, es probable que aparezcan úlceras por presión en:
a) omoplatos b) cóndilos c) occipucio d) talones y glúteos
2. Cuál de estos pacientes, son propensos a padecer úlceras por presión
a) pacientes politraumatizados b) pacientes caquéticos c) pacientes con incontinencia urinaria d) todos ellos son propensos
3. Cuál de los siguientes factores, influye en la formación de úlceras por presión
a) mal estado de la piel b) edad avanzada c) cambio frecuente de postura al enfermo
4. En la úlcera por presión de primer grado o estado I
a) aparece la formación de vesículas b) aparece pérdida de continuidad de la piel c) aparece un eritema d) todas las respuestas anteriores son falsas
5. Las úlceras por presión se producen por
a) estar en sedestación b) estar bipedestación c) una presión mantenida en un tiempo d) estar tumbado
6. En las úlceras por presión de tercer grado o estado III
a) aparece las vesículas b) aparece un eritema c) aparece la piel agrietada d) aparece las escaras
7. En la prevención de las úlceras por presión, debemos observar las siguientes medidas
a) protección de la piel b) cambios posturales c) colocación de cojines y almohadas d) todas las medidas anteriores son correctas
8. Lo más importante tanto en la prevención como en el tratamiento de las úlceras por presión es
a) realizar cambios posturales b) adoptar medidas higiénicas c) la realización continua, organizada y sistemática de los cuidados o actividades d) todas ellas son igual de importantes
9. Menciona algunos objetivos de la sonda vesical
10. Que es un sondaje vesical
11. Como se realiza
12. Sus procedimientos
13. Cuales son los materiales utilizados
14. Cuanto tiempo es recomendable tenerlo
15. Cuáles son sus contraindicaciones
16. Cada cuanto se debe de cambiar la sonda vesical
17. Un drenaje quirúrgico debe retirarse generalmente
a) a las 48 horas b) 24 horas después del cese de emisión de contenido c) a las 24 horas
18. Cuáles son los calibres de sonda vesical para un hombre adulto
19. Cuáles son los calibres de sonda vesical para una mujer adulta
20. En que consiste el sistema cerrado en el sistema de drenaje