



NOMBRE DEL ALUMNA:

DULCE FLOR HERNANDEZ DIAZ

NOMBRE DEL PROFESOR:

FERNANDO ROMERO PERALTA

**NOMBRE DEL TRABAJO: MAPA CONCEPTUAL, ENSAYO Y
PREGUNTAS**

MATERIA:

MEDICO QUIRURGICO

GRADO:

5TO. CUATRIMESTRE

GRUPO: "A"

Pichucalco, Chiapas a 11 de marzo de 2021

PROBLEMAS POTENCIALES DEL ENFERMO ENCAMADO

Es aquel paciente que, por diferentes motivos, está obligado a permanecer inmóvil en la cama, ya sea un anciano impedido, un accidentado, un enfermo terminal. Esta situación genera un gran riesgo por falta de movilidad y favorece complicaciones:

Complicaciones que pueden afectar a diferentes partes del organismo.

- ✓ Alteraciones en la circulación.
- ✓ Mala ventilación pulmonar con retención.
- ✓ Pérdida de masa muscular.
- ✓ Afectación del hueso con pérdida de masa ósea.
- ✓ Rigidez articular con posibilidad de anquilosis articular.
- ✓ Aparición de úlceras por presión.

Sistema cardiovascular

La circulación sanguínea se hace más lenta y como consecuencia aumenta el riesgo de sufrir tromboflebitis, trombosis venosa profunda y tromboembolismos, especialmente pulmonares.

Sistema respiratorio

Se genera un deterioro de la ventilación pulmonar que incide en la retención de secreciones y, por tanto, en un incremento del riesgo de infecciones, como la neumonía.

Sistema urogenital

La incontinencia urinaria es la complicación más frecuente y de ella se puede derivar la aparición de eritemas, infecciones urinarias y formación de cálculos renales.

Sistema musculoesquelético

La inmovilidad causa la pérdida de masa muscular y como consecuencia la atrofia y pérdida de resistencia de los músculos. Pueden aparecer contracturas, rigidez articular entre otros.

Sistema digestivo

Es frecuente la pérdida de apetito con el consiguiente riesgo de malnutrición. Problemas de deglución y alteraciones de la formación del bolo fecal.

Piel

Las escaras por presión son las complicaciones más conocidas y habituales. La incontinencia urinaria y fecal y la maceración también pueden causar eccemas.

Sistema nervioso

La falta de estímulos externos puede facilitar el

- Deterioro cognitivo
- Depravación sensorial
- Síndrome confusional
- Pérdida de atención
- Alteración del sentido del equilibrio.

ACTIVIDADES

- Comer y beber.
- Regulación de la micción y la defecación.
- Lavarse.
- Otros cuidados personales.
- Vestirse.
- Mantenimiento de la salud.
- Transferencias corporales.
- Desplazarse dentro y fuera del hogar. Tomar decisiones.

RECOMENDACIONES GENERALES

- Atender las necesidades del enfermo
- Seguir una dieta equilibrada
- Estimular al paciente para que mantenga el mayor nivel de autonomía.
- Debe realizar ejercicios físicos activos y /o pasivos.
- Evitar la misma postura realizando cambios posturales cada 2-3 horas.
- Por la noche, ayudarlo a colocarse en una postura cómoda y no despertarlo para movilizarlo hasta por la mañana.
- Mantener un correcto alineamiento corporal y repartir el peso por igual a fin de evitar los dolores musculares por contracciones.
- Utilizar dispositivos que alivien la presión y eviten las lesiones

POSTURAS

- Decúbito supino.
- Decúbito lateral.
- Decúbito prono.
- Sentado.

HIGIENE DE MUCOSAS EN PACIENTES ENCAMADOS:

- Higiene de los ojos.
- Higiene de las fosas nasales.
- Higiene de la boca.

TÉCNICA DE CURACIÓN Y DRENAJES

Es una técnica de limpieza de herida que se realiza con tómulas empapadas en solución fisiológica u Solución Ringer 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

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.
- Aportar el material no habitual del carro.
- Lávese las manos.
- Compruebe la presencia del brazaletes de identificación.
- Coloque al paciente en la posición adecuada.
- Abrir equipo de curación con técnica aséptica.
- Colocar guantes estériles

CURACIÓN PLANA

Es una técnica de limpieza de herida que se realiza con tómulas empapadas en solución fisiológica u Solución Ringer 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 pap

CURACIÓN IRRIGADA

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

PROCEDIMIENTO

Para heridas contaminadas e infectadas o zonas de difícil acceso.

DISTINTAS TÉCNICAS

- Ducho-terapia Esta técnica se puede realizar de varias formas.
- Lavado con jeringa y aguja

Objetivos:

- Eliminar gérmenes contaminantes.
- Eliminar restos de materia orgánica y cuerpos extraños.
- Favorecer la cicatrización de la herida.

CURACIÓN AVANZADA DE HERIDAS DE MAYOR COMPLEJIDAD

Es un procedimiento que se realiza limpiando la herida o úlcera con solución fisiológica dejando como cobertura un apósito interactivo, bioactivo o mixto y la frecuencia de la curación depende de las condiciones de la lesión y del apósito elegido.

Se utilizan distintos tipos de apósitos como:

- Pasivos.
- Interactivos bioactivos .
- mixtos

Objetivos:

- Eliminar gérmenes contaminantes. Favorecer la cicatrización de la herida.
- Minimizar el tiempo de tratamiento con mejor eficacia de los productos.

Procedimiento:

se realizará según los pasos de la curación irrigada, pero se utilizarán apósitos pasivos, interactivos, bioactivos o mixtos según criterio del profesional.

TÉCNICAS DE CUIDADOS DE DRENAJES

CUIDADOS GENERALES DE LOS DRENAJES

- Dotar de información al paciente.
- Manipular siempre el drenaje con las manos lavadas.
- Realizar cura diaria de la zona de inserción del sondaje y valorar signos de infección, filtración de exudado o hemorragias.
- Cambiar las gasas de los drenajes diariamente.
- No realizar tracciones bruscas.
- Anotar y valorar cantidad de exudado.

Cuidados de Enfermería:

- Comprobar permeabilidad
- Medir la cantidad del líquido drenado.
- Cambiar el recolector de líquido.
- Observar el punto de fijación del drenaje a la piel.
- Observar la piel circundante al sitio de inserción del drenaje.

REDÓN

Es un tubo de polietileno, contiene en su interior silicona como anticoagulante.

Se utiliza principalmente para drenar contenido hemático.

Puede llegar al Subcutáneo profundo. Y Se usa en cirugías de cadera tales como.

- Hernias abdominales.
- mastectomías entre otras.

SONDAS

Consiste en un tubo flexible de látex y goma Se utiliza cuando se ha explorado el colédoco. Esta Sonda permite drenar bilis, favoreciendo la disminución de la presión intracolodociana, evitando la filtración de bilis a través de la sutura del colédoco.

Cuidados de Enfermería:

Mantener circuito cerrado.
Medir cantidad de bilis drenada diariamente.
Observar características de la bilis drenada

ENSAYO

TIPOS DE AISLAMIENTO

La infección nosocomial se define como cualquier infección adquirida durante el tiempo en el que el individuo está hospitalizado, pudiendo manifestarse mientras está internado o después de haber sido dado de alta. En caso de un paciente enfermo nos dice que debe de estar en aislamiento cuando padece alguna enfermedad transmisible del resto de las personas, es decir se tiene que colocar en una habitación diferente y asimismo tener las condiciones adecuadas para prevenir que personal y demás pacientes puedan contagiarse. Por eso hay varios tipos de aislamientos, por ejemplo.

AISLAMIENTO ESTRICTO

Se aplica cuando se prevea la presencia de aerosoles en el aire con alto rango de difusión y que quedan en suspensión. también aislamientos según enfermedades. TBC bacilífera pulmonar, Varicela o herpes zoster diseminado, Sarampión, Síndrome pulmonar por virus Hanta, Difteria, Neumonía estafilocócica, Rabia, Viruela.

Habitación Individual, Lavado de Manos, Mascarilla, Utilizar la mascarilla 3M 1860 en caso Gafas o lentes, Guantes y otros. Antes de salir de la habitación se depositarán las prendas contaminadas en un contenedor al efecto, excepto la mascarilla que se tirará después de salir.

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.

Características

Habitación Individual, Lavado de Manos mascarilla, Guantes, Gafas o lentes, Mascarilla para paciente, Habitación con puerta cerrada

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.

1. Contacto con heridas y lesiones cutáneas. 2. Contacto con secreciones orales.

Por Ejemplo, de Diarrea por *Clostridium difficile*; Celulitis con exudado; Heridas mayores con apósitos incontinentes; Sarna. Gangrena gaseosa, Heridas abiertas, Piodermas estafilocócicos.

AISLAMIENTO PROTECTOR O INVERSO

Se aplica en pacientes severamente neutropénicos, con el fin de protegerlos de adquirir infecciones. como pacientes con trasplante de médula ósea, Pacientes neutropénicos.

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.

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.

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. Este personal deberá lavarse las manos con agua y jabón tras el contacto con el enfermo u objetos contaminados. El enfermo tendrá termómetro propio que estará sumergido en una solución desinfectante. También debe tener vajilla y cubierto individual para cuya limpieza se hierven en otra habitación. Las ropas, para su limpieza, se transportan en bolsas de papel y luego se hierven o se sumergen en soluciones antisépticas. con el fin de prevenir la diseminación de microorganismos entre el paciente, personal hospitalario, visitantes y equipos. Las precauciones de aislamiento hospitalario, buscan: Cortar la cadena de transmisión del agente infeccioso, Disminuir la incidencia de infección nosocomial, Prevenir y/o controlar brotes, Racionalizar el uso de recursos.

PRECAUCIONES ESTÁNDAR

se debe realizar siempre después de tocar sangre, fluidos corporales y material contaminado, se lleve o no puestos guantes. Lavado de manos, Uso de guantes, Uso de mascarilla, protectores oculares, caretas, Llevar bata limpia, no estéril, Equipo al cuidado del paciente, Salud Labora, Control del medio.

DE TRANSMISIÓN AÉREA

Se define como el aislamiento que se debe tener cuando la diseminación de partículas menores de cinco micras permanece suspendida en el aire por largos periodos de tiempo, y así son inhalados por huésped susceptible. Por el riesgo que ofrece se requiere usar tapabocas de alta eficiencia. Ejemplos: Tuberculosis Pulmonar, Sarampión, Varicela. 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. Bata sólo si hay riesgo de salpicadura. Estricto lavado de manos al estar en contacto con el paciente o sus fluidos. IB.

POR TRANSMISION POR GOTTA

Esta transmisión ocurre cuando partículas mayores de cinco micras, generadas al hablar, toser o estornudar, quedan suspendidas en el aire, hasta un metro de distancia al hablar, y hasta 4 metros al toser o estornudar. Ejemplos: enfermedad invasiva por Hemophilus Influenzae, Meningococo, Difteria, Tosferina, Escarlatina, Neumonía por Micoplasma, Gripe, Rubeola

POR CONTACTO

Se aplicará en los pacientes en los que se conoce o se sospecha enfermedad grave fácilmente transmisible mediante contacto directo con el paciente o por contacto indirecto con superficies o utensilios usados en el cuidado de éste. Ejemplos: 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 sincitital respiratorio en niños. Infecciones cutáneas como Impétigo, Pediculosis, Escabiosis, Herpes Zoster diseminado o en inmunodeprimidos. Se recomienda el uso de guantes, mascarilla quirúrgica y bata cuando se va a tener contacto directo con el paciente. IB. Desechar mascarilla y guantes antes de salir de la habitación. Quitarse la bata antes de dejar la habitación.

TÉCNICA DE SONDAJE VESICAL

El sondaje vesical es una técnica invasiva que consiste en la introducción aséptica de una sonda desde el meato uretral hasta la vejiga urinaria. La colocación de una sonda vesical persigue varios fines diagnósticos y terapéuticos que son: Facilitar la salida al exterior de la orina en casos de retención, Control de diuresis, Tratamiento intra y postoperatorio de algunas intervenciones quirúrgicas, Mantener una higiene adecuada en el caso de escaras genitales. Tratamiento crónico en aquellos pacientes que no vacían espontáneamente la vejiga. Al tratarse de una técnica estéril, la deberían realizar conjuntamente el enfermero/a y el auxiliar de enfermería, pero un enfermero capacitado para ello puede realizar solo este procedimiento.

En la técnica de sondaje vesical es necesario estos materiales. Sonda vesical de calibre y material adecuado, Campo estéril, Lubricante urológico, Gasas estériles, Guantes estériles y no estériles, Solución antiséptica diluída, Bolsa colectora y soporte para la cama (sondaje permanente), Suero fisiológico, Jeringa de 10 cc, Pinzas Kocher o tapón para pinzar, Batea.

Procedimiento

Prepararemos el material necesario y lo introduciremos en la batea, nos lavaremos las manos y nos colocaremos los guantes no estériles, identificaremos al paciente al que le vamos a colocar la sonda y le informaremos del procedimiento tanto a él como a su familia. Empezaremos proporcionando al paciente toda la intimidad necesaria en su habitación, le pediremos que se coloque en decúbito supino si es varón o que adapte la posición de litotomía si es mujer. A continuación, prepararemos el campo estéril y echaremos el material necesario dentro de él, cargaremos la jeringa de 10 con el suero fisiológico y la incorporaremos al campo, con la ayuda del auxiliar de enfermería limpiaremos la zona genital con las gasas muy impregnadas en la solución antiséptica. A partir de aquí nos colocaremos los guantes estériles y procuraremos una asepsia absoluta, cogeremos la sonda vesical e impregnaremos la punta con el lubricante urológico, la sonda la manejaremos con la mano dominante, con la otra nos ayudaremos a manejar el meato urinario:

- En hombres, agarraremos el pene en ángulo recto y con el prepucio retraído, una vez introducidos unos 10 cm, colocaremos el pene en un ángulo de unos 60° y terminamos de introducir la sonda. En cambio, en las mujeres separaremos los labios mayores y menores e introduciremos la sonda hasta el final. Una vez que salga orina a través de la sonda, la pinzaremos o la conectaremos a la bolsa colectora según la finalidad del sondaje. Inflaremos el balón de la sonda vesical con la jeringa precargada de suero fisiológico y con cuidado iremos retirando la sonda hasta que notemos la resistencia por el balón neumático. Si conectamos la sonda a una bolsa colectora, la colgaremos en el soporte para la cama.

En la retirada del sondaje vesical Para retirar una sonda vesical no hace falta que usemos la esterilidad, nos colocaremos guantes no estériles tras lavarnos las manos y cogemos una jeringa de 10 cc, una empapadera y una bolsa de basura, tras identificar al paciente y explicarle que vamos a proceder a la retirada del sondaje, le pediremos que adopte la misma postura que para la colocación y pondremos la empapadera bajo sus glúteos. A continuación, vaciaremos el balón extrayendo el suero con la jeringa y tiraremos de la sonda con suavidad hasta su total extracción, la desecharemos en la bolsa de basura junto a la empapadera y nuestros guantes.

Tras retirar el sondaje pediremos al paciente o a su familia que nos avise cuando haga la primera micción, si en el plazo de unas 6-8 horas el paciente no micciona, valoraremos la existencia de globo vesical por si hubiera que volver a sondar.

El cateterismo vesical o uretral es la introducción de una sonda, a través de la uretra al interior de la vejiga urinaria con fines diagnósticos y terapéuticos. Considerando que el cateterismo vesical es una maniobra invasiva y potencialmente traumática a la estructura de las vías urinarias estériles, excepto en la parte final de la uretra que se considera no estéril; en el procedimiento del cateterismo vesical se estima que existe un alto riesgo de infección del tracto urinario, por la introducción de microorganismos al interior de la vejiga. Por lo tanto, se debe valorar cuidadosamente la necesidad de la realización del procedimiento en forma correcta, además de realizarlo con la técnica estrictamente estéril.

Indicaciones

La indicación para el cateterismo vesical puede ser transitoria, intermitente y permanente; la prescripción transitoria requiere de un tiempo menor a 5 minutos de permanencia de la sonda, habitualmente se realiza con fines diagnósticos, el intermitente se utiliza por lo general en pacientes con vejiga neuropática, y en cuanto a la permanente, suele mantenerse por días o meses.

Contraindicaciones

- En los procesos de uretritis, cistitis y prostatitis aguda, debido a la posibilidad de desencadenar una bacteremia, se recomienda, si fuera preciso, el drenaje vesical por cateterismo suprapúbico.
- En casos de balanitis xerótica, abscesos escrotales, traumatismo uretral.
- En el caso de estenosis o rigidez uretral la contraindicación es parcial, ya que se pueden realizar dilataciones de la uretra. La instalación de la sonda debe realizarse con sumo cuidado, ya que el ocasionar un traumatismo significaría agravar el problema.

Infección transuretral

La más frecuente es la cistouretritis, entre las menos frecuentes están la prostatitis aguda y la piel nefritis, e incluso sepsis, las cuales se pueden prevenir realizando el cateterismo con una técnica lo más aséptica posible y profilaxis antibiótica. Arrancamiento accidental de la sonda En los catéteres con balón inflado se puede ocasionar una dislaceración en el cuello cervical y ocasionar lesiones uretrales por sobredistensión. La manifestación clínica es la hemorragia. Puede ocasionar a largo plazo una esclerosis cervical o una estenosis uretral.

Sondas

Robinson o rígidas: Es utilizado para cateterización temporal, el cual consta de una luz, está diseñado de polivinil o goma.

Foley o de retención: Es utilizada para cateterización permanente, cuenta con dos vías: Una que permite el drenaje de la orina y otra que cuenta con un balón inflable situado cerca de la punta de inserción, el cual una vez instalada la sonda, se infla y permite mantenerla fija en el interior de la vejiga.

Foley-Alcock: Cuenta con 3 vías: Una para el drenaje de orina, otro para administrar irrigación vesical al paciente y una tercera para inflar el globo. La sonda Foley posee una punta firme suave que permite una inserción con la menor molestia para el paciente, y está revestida de silicón que facilita la inserción sin producir irritación, el tamaño de la luz del drenaje permite el fluido constante. Sistema de drenaje

Existen dos sistemas de drenaje: El sistema abierto, en el cual la sonda se puede desconectar del tubo de la bolsa de drenaje, que funciona en base a la fuerza de gravedad; el sistema de drenaje cerrado es el más recomendable, ya que gracias a este sistema se han disminuido notablemente las infecciones urinarias relacionadas al sondeo vesical, debido a que existe la ventaja de ser un sistema sellado, disminuye el riesgo de entrada de microorganismos al sistema urinario. Además, consta de una válvula antirreflujo, que evita el regreso de la orina ya drenada a la bolsa recolectora hacia el sistema urinario, siendo otra medida más para evitar el riesgo de infección. Sondeo permanente en pacientes femeninas.

Asepsia. Después de realizar los pasos anteriores a la asepsia, se debe proceder de la siguiente manera: Sujetar el pene del paciente en posición vertical con la mano no dominante enguantada la cual a partir de este momento se considera contaminada. Sujetar por los lados para evitar cerrar la uretra presionando firmemente el pene, se evita la estimulación de erecciones. Con la mano dominante, utilizar las pinzas en las cuales se montará una compresa de gasa impregnada de solución antiséptica dilución especial para mucosas. Realizar la asepsia del meato urinario con movimientos rotatorios en la parte superior y hacia abajo en la parte del cuerpo del pene, utilizando una esponja para cada movimiento. Repetir 3 veces la asepsia. Quitar los restos del antiséptico con solución para irrigación.

TÉCNICA 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. Esta técnica la podría realizar individualmente un enfermero/a que estuviera entrenado para ello, pero lo ideal es que sea una tarea conjunta con el auxiliar de enfermería.

Material

- Sonda nasogástrica de tamaño adecuado, Lubricante hidrosoluble, Tapón par la sonda, Esparadrapo hipoalergénico o apósitos para fijación de SNG, Guantes no estériles, Jeringa de 50 ml o de alimentación, Vaso con agua, Gasas, Fonendoscopio, Empapadera y Bolsa colectora si fuese necesario.

Procedimiento

Empezaremos preparando todo el material y lo introduciremos en la batea, realizaremos la higiene de manos y nos pondremos los guantes. Identificaremos al paciente y si estuviera consciente y orientado le explicaremos el procedimiento a realizar y pediremos su colaboración, sino lo estuviera lo explicaríamos a su familia. Colocaremos al paciente en posición de fowler y examinaremos los orificios nasales, elegiremos el que mayor flujo de aire tenga, si tuviera fractura de cráneo, facial o un taponamiento nasal, introduciríamos la sonda por la vía orofaríngea. Comenzaremos la técnica con la medición de la longitud de la sonda, para ello colocaremos el extremo de ésta en la nariz, pasándolo por el lóbulo de la oreja y llegando hasta el apófisis xifoideo, esa es la longitud a introducir. La sonda tiene unas marcas que nos indican la longitud, en los adultos lo normal es que oscile entre II y III. Colocaremos la empapadera sobre el torso del paciente. A continuación, lubricaremos la punta del tubo con el lubricante hidrosoluble y un poco de agua, introduciremos la sonda por el orificio nasal seleccionado, el primer tramo más complicado de pasar son las coanas, por lo que tendremos cuidado de no arañar la

mucosa nasal, una vez pasado este punto, inclinaremos la cabeza del paciente y le pediremos que trague saliva para facilitar el acceso de la sonda al esófago por la deglución y que no se dirija a la tráquea, continuaremos introduciendo hasta la longitud medida anteriormente. Una vez finalizado fijaremos la sonda con un poco de esparadrapo y procederemos a su comprobación, para ello aspiraremos contenido gástrico con la jeringa y con el fonendoscopio auscultaremos el xifoides mientras introducimos de 20 a 50 ml de aire, la ausencia de ruido gástrico significa mala colocación del tubo, por lo que tendremos que volver a colocarla. Para finalizar pondremos un tapón a la sonda, conectaremos bolsa colectora o iniciaremos la nutrición, dependiendo de la finalidad del sondaje y fijaremos bien la sonda a la nariz. Registraremos la colocación de la sonda nasogástrica en las incidencias de enfermería, el calibre usado y la fecha del próximo cambio si se sucediese, también reflejaremos las complicaciones si las hubiera y el aspecto del contenido gástrico aspirado.

Retirada de la SNG

La retirada se producirá siempre bajo prescripción médica o cuando toque un cambio por caducidad, las sondas de corta duración suelen ser de PVC y tienen una duración aproximada de un mes, las de larga duración son de poliuretano y duran unos tres meses. Para proceder a la retirada de la SNG nos colocaremos guantes no estériles, nos dirigamos al paciente y le explicaremos lo que vamos a hacer, pinzaremos la sonda, le proporcionaremos un pañuelo de papel y colocaremos una empapadera sobre su torso, retiraremos el apósito nasal y le pediremos que inspire y expire lentamente, aprovecharemos la expiración para sacar la sonda de manera continua y medianamente rápido. Una vez extraída la desecharemos en una bolsa de basura y realizaremos higiene de las fosas nasales. Pediremos al paciente que se mantenga en posición fowler al menos 30 minutos para evitar aspiraciones.

PREGUNTAS ABIERTAS

1. ¿Qué es una técnica de sondaje vesical y en qué consiste?

R= El sondaje vesical es una técnica invasiva que consiste en la introducción aséptica de una sonda desde el meato uretral hasta la vejiga urinaria.

2. La colocación de una sonda vesical persigue varios fines diagnósticos y terapéuticos ¿Cuáles son?

R= Facilitar la salida al exterior de la orina en casos de retención, control de diuresis, tratamiento intra y postoperatorio, mantener una higiene adecuada.

3. Menciona 5 materiales que se utiliza en la técnica de sondaje vesical.

R= *Sondaje vesical de calibre *Campo estéril *Lubricante urológico *Gasas estériles * Guantes estériles y no estériles.

4. ¿Qué es una técnica de sondaje nasogástrica?

R= Es una técnica invasiva consiste en la inserción de una sonda o tubo flexible de plástico a través del orificio nasal o de la boca hasta el estómago.

5. ¿Cuándo se aplica el aislamiento estricto?

R= Se aplica cuando se prevea la presencia de aerosoles en el aire con alto rango de difusión y que quedan en suspensión.

6. ¿Cuándo se utiliza el aislamiento de contagio?

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

7. ¿Qué es precauciones de transmisión aérea?

R= Se define como el aislamiento que se debe tener cuando la diseminación de partículas menores de 5 micras permanece suspendida en el aire.

8. ¿Cómo es la técnica o procedimiento de sondaje vesical en hombres?

R= Agarramos el pene en Angulo recto y con el prepucio retraído, una vez introducido unos 10 cm, colocaremos, el pene en un ángulo de 60°.

9. ¿Cuáles son las indicaciones para el cateterismo vesical?

R= puede ser transitoria, intermitente y permanente.

10. Menciona cuales son los dos sistemas de drenaje.

R= 1. Sistema abierto. 2. Sistema cerrado.

11. ¿Cuándo se hace la retirada de sonda nasogástrica?

R= La retirada se producirá siempre bajo la prescripción médica o cuando toque un cambio por caducidad.

12. En la colocación de sonda nasogástrica que posición se utiliza y que se examina.

R= Posición de fowler y se examina los orificios nasales.

13. Para que se aplica el aislamiento entérico.

R= Aplica para prevenir la transmisión de enfermedades por contacto directo o indirecto con heces infectadas.

14. Como se clasifica la hemorragia.

R= Según el origen anatómico, ubicación de la colecta externa, mediatez, curso.

15. ¿Qué es técnica de curación?

R= Es una técnica de limpieza de herida que se realiza con rotulas empapadas en solución fisiológica o ringer.

16. Menciona cuales son los objetivos de la técnica de curación.

R= Facilitar la cicatrización de la herida evitando la infección, valorar el proceso de cicatrización y valorar la eficacia de los cuidados.

17. ¿Qué es curación irrigada?

R=Es el lavado o irrigación de la herida o ulcera para eliminar los agentes contaminantes que pueden provocar infección.

18. ¿Qué es ulcera por presión?

R= Es una lesión de origen isquémico, localizada en la piel y tejidos subyacentes con pérdida de sustancia cutánea producida por presión prolongada o fricción entre dos planos duros.

19. Menciona cuales son los tipos de curación.

R= Curación plana, curación irrigada y curación avanzada.

20. Menciona cuales son las complicaciones que puede afectar a diferentes partes del organismo del enfermo encamado.

R= Sistema cardiovascular, respiratorio, urogenital, musculo esquelético, digestivo, piel y sistema nervioso.

