

## Reporte de prácticas

### Doblaje de bulto quirúrgico

#### Contenido

- 3 batas quirúrgicas para cirujano.
- 1 bata quirúrgica para instrumentista.
- 1 sabana hendida.
- 4 campos cerrados sencillos.
- 1 sábana de pie o podálica.
- 1 sábana superior o cefálica.
- 1 funda de mesa de mayo.
- 1 compresa de envoltura doble.
- 4 toallas absorbentes.

Una vez estando en la zona gris en el quirófano, con cambio de ropa, botas quirúrgicas, gorrito quirúrgico y el lavado de manos quirúrgico listo procedemos a doblar cada uno de los elementos del bulto quirúrgico.

Empezando con los campos esto se dobla en verticalmente en cuartos dejando el reborde superior hacia afuera segundo paso doblar horizontalmente en cuartos por tercio tercer paso realizar el pliegue diagonal en la esquina del reborde.

El doblado en el campo va de esta manera porque permite sostener al auxiliar en el hola enfermera en el quirófano con una pinza de una forma más fácil una forma para evitar contaminación.

Ahora bien continuando con el doblado de las batas, esta se pone en forma horizontal en una camilla o en un plano donde se pueda sostener, entonces que dan la cara posterior viendo hacia el frente en esta parte se añadirán las mangas y los

cordones de modo a que cada extremo que den uno encima del otro se dobla por la mitad cada extremo y ahora se dobla de manera ascendente al cuello por secciones, es importante que quede en un mismo nivel y con el cuello en vista arriba.

Para doblar la sabana cefálica se necesitará la ayuda de dos personas ya que esta es extensa y debe quedar lo más simétrico posible, se toma cada extremo de la sabana según el lugar que corresponda el ayudante, se dobla a la mitad, y se voltea a modo de que se vea el doblez hacia arriba y los bordes hacia abajo, se toma el borde izquierdo se dobla a la mitad y el ángulo recto que se forma es el cual se unirá al primer doblez realizado, de igual forma con el borde inferior derecho, ahora los bordes inferiores tanto izquierdo como derecho se terminarán uniéndose al primer doblez, debe cada ángulo quedar de forma recta y traccionada y un ayudante doblará por secciones en forma de acordeón que de igual debe estar en un mismo nivel.

La sabana de hendidura debe ser doblada por la mitad con ayuda de dos personas, de igual forma el doblez debe quedar hacia arriba al tener este doble ya puesto los bordes que están abajo tanto izquierdo como derecho se unirán a este borde del dobles aquí se extenderán las sábanas hasta el doblez ya hecho de modo que los bordes queden adentro en una superficie se colocará la sabana y cada ayudante hará aproximadamente 3 dobleces hacia enfrente según el lado que corresponda a modo que los bordes superior e inferior queden juntos una vez hecho esto se dobla en la parte de la hendidura a la mitad es importante que quede simétrico lineal y traccionado de una buena forma.

Ahora bien también se incluyen pequeñas toallas absorbentes, que solamente se doblan a la mitad.

Parar el bulto quirúrgico se pondrá una sabana encima de la mesa

## Reporte de practica

### Colocación de sonda vesical o Foley

Es la más comúnmente utilizada para la cateterización prolongada. Es un tubo flexible que permanece en la vejiga por medio de un balón inflado con agua estéril ubicado en su extremo, lo que impide que se deslice hacia afuera; el catéter puede ser insertado a través de la uretra.

### Consideraciones anatómicas.

Para realizar este procedimiento se deberán tomar en cuenta las diferencias en cuanto al sexo, por lo cual, al realizar la cateterización, se deberán recordar las siguientes consideraciones anatómicas:

- Sexo femenino.

Se deberán separar los labios mayores y menores de la vulva e intentar visualizar el orificio de la uretra; éste estará localizado inmediatamente por delante del orificio de la vagina y a 2.5cm por debajo del clítoris, pudiendo presentarse en forma de orificio circular fruncido o como una depresión. Si no es posible localizarlo, se puede intentar buscarlo con la punta del catéter; esto se debe realizar con suma delicadeza, pues constituye una experiencia incómoda tanto para la paciente como para el ejecutante. No debe olvidarse que la uretra femenina es de aproximadamente 4 cm, y el balón y resto del extremo distal del catéter aproximadamente suman lo mismo, por lo cual la orina empezará a fluir por el catéter antes de que el balón desaparezca por el meato. Será necesario introducir el catéter otros 4 cm una vez que el catéter desaparezca, para así poder empezar a inflarlo con la certeza de que está completamente dentro de la vejiga.

- Sexo masculino.

En el varón, por lo general es más fácilmente localizable el orificio externo de la uretra que en la mujer. Pero, sin embargo, la cateterización implica un mayor riesgo. La uretra masculina consta de 3 porciones: la prostática, la membranosa de característica débil y delgada, y la porción esponjosa, que es más resistente y dilatada. La uretra, de aproximadamente 20 cm de longitud, no es uniforme en diámetro ni en dirección, por lo cual se deberá tomar el pene y colocarlo suavemente en ángulo recto con respecto al cuerpo, e introducir el catéter debidamente lubricado; con esto, solamente se tendrá que pasar una curva en la uretra membranosa para llegar a la vejiga, y no una “s”, si es que el pene se mantiene en situación anatómica. Se debe introducir el catéter unos 24 cm, aproximadamente; en la clínica se acostumbra introducirlo hasta la empuñadura, teniendo así seguridad de que no se insuflará el balón dentro de la uretra. La orina comenzará a fluir al estar la punta del catéter en la uretra membranosa, y deberá hacerse pasar unos 3 a 4 cm más para así llegar a la vejiga

#### MATERIAL E INSTRUMENTAL.

- Jabón antiséptico.
- Lubricante hidrosoluble.
- Tela adhesiva o Micropore. - Tijeras.
- Riñón

Todo el material que a continuación se describe debe estar estéril:

- Recipiente (riñón o budinera de acero inoxidable o de plástico).
- Gasas.
- Campos quirúrgicos.
- Dos pares de guantes.
- Una jeringa de 5 cc.

- Una bolsa de drenaje.
- Solución de irrigación o fisiológica.
- Sonda de Foley de tamaño adecuado a cada caso.

## TÉCNICA DE INSTALACIÓN

- Preparación del paciente

El paciente debe saber que el procedimiento es molesto y en ocasiones doloroso. No se harán movimientos bruscos; la sonda se introducirá con suavidad y lentamente, con la finalidad de disminuir las molestias que causa. Se le pide al paciente su cooperación para hacer el procedimiento menos traumático. La aprensión y desconfianza por parte del paciente pueden hacer imposible el paso de la sonda por espasmos en el esfínter externo.

- Posición del paciente Al hombre se le coloca en posición supina y a la mujer con las rodillas flexionadas y las piernas separadas o también flexionar ambas rodillas y se colocan las plantas de los pies juntas, tan próximas al periné como sea posible, respete siempre la intimidad y pudor del paciente

- Pasos para seguir para su instalación

1. Todo el material deberá estar listo antes de iniciar el procedimiento.
2. En un campo estéril el médico coloca el material estéril.
3. Se debe abrir el material estéril con técnica aséptica
4. Se coloca los dos pares de guantes (uno es para realizar el lavado y el otro para la colocación de la sonda)
5. Colocar los campos estériles sobre el paciente.
6. Comprobar la integridad del globo; a través del extremo distal de la sonda insertar con la jeringa 5 cc de agua destilada o aire. Una vez comprobada su integridad aspirar el contenido.

A continuación, se especifican los pasos a seguir de acuerdo con el sexo del paciente.

- Técnica en el hombre.

Antisepsia:

1. Se coloca agua sobre la región.
2. Con gasas enjabonadas lave el pubis, pliegues inguinales, pene y escroto. Posteriormente con agua se limpia la zona.
3. Se retrae el prepucio para la limpieza del glande y el surco balanoprepucial, comenzando en el meato y terminando en el surco (recuerde emplear una gasa para cada zona y desecharla posteriormente).
4. 4. Se limpia la zona con agua con el prepucio retraído y seque el glande.

Colocación de la sonda vesical:

1. Se coloca el riñón lateral a las piernas del paciente, para drenar la orina que se obtenga al momento de introducir la sonda.
2. Retiro de un par de guantes (evitar contaminar los que se encuentran debajo).
3. Tomar la sonda vesical (previa verificación de la integridad del globo)
4. Con la mano no dominante se sujeta el pene. Empleando una gasa retraiga el prepucio. Se rectifica la uretra sosteniendo y traccionando suavemente el pene con la mano no dominante en un ángulo de 90°.
5. Lubricar la sonda con gel hidrosoluble.
6. Se toma la sonda con la mano dominante e introdúzcala cuidadosamente por el meato urinario, hasta la aparición de orina.
7. Al obtener orina, se continúa introduciendo la sonda 5cm aproximadamente, para asegurar que el globo será inflado en vejiga y no en la uretra.
8. Inflar el globo de la sonda con solución salina o agua inyectable.

9. Traccionar la sonda suavemente hasta sentir resistencia, de esta manera se asegura que el globo esta adecuadamente inflado y la sonda no se saldrá. Conectar la sonda a la bolsa colectora y sujetándola en un nivel más bajo que la vejiga (por ejemplo, en el barandal de la camilla si el paciente está hospitalizado).

10. Fijar la sonda en la cara interna del muslo empleando tela adhesiva.

Técnica en la mujer.

Antisepsia:

1. Se agrega agua en gasas sobre la región.
2. Se enjabona con las gasas y se limpia la región púbica, la parte externa de los labios mayores y los pliegues inguinales. Separar los labios con la mano no dominante y con la otra realice la antisepsia, pase una gasa por el pliegue entre los labios mayores y los menores y otra gasa por la cara interna de los labios menores. Utilizar una gasa para cada pasada y deséchela.
3. Limpiar la zona con una gasa con agua y secar.

Colocación de la sonda vesical:

1. Retire un par de guantes (evitar contaminar los que se encuentran debajo).
2. Tomar la sonda vesical (previa verificación de la integridad del globo)
3. Lubricar la sonda con gel hidrosoluble.
4. Con la mano no dominante separe los labios mayores e identifique el meato urinario, con la mano dominante tome la sonda e introduciéndola cuidadosamente por el meato urinario, hasta que comience a drenar orina y continúe introduciéndola de 2-2.5cm.
5. Inflar el globo de la sonda con solución salina o agua inyectable.
6. Traccionar la sonda suavemente hasta sentir resistencia, de esta manera se asegura que el globo esta adecuadamente inflado y la sonda no se saldrá.
7. Conecte la sonda a la bolsa colectora y sujétela en un nivel más bajo que la vejiga (por ejemplo, en el barandal de la camilla si el paciente está hospitalizado).

8. Se fija la sonda en la cara interna del muslo empleando tela adhesiva.