



# Mi Universidad

**Nombre del Alumno:**  
XOCHITL CONCEPCION PEREZ ALMEIDA

**Nombre del tema:**  
SUPERNOTA

**Parcial**

|

**Nombre de la Materia**  
ENFERMERIA MEDICO QUIRURGICA I

**Nombre del profesor:**  
VICTOR GEOVANI MONTERO LOPEZ

**Nombre de la Licenciatura:**  
LIC EN ENFERMERIA

**Cuatrimestre**  
5TO

CUNDUACAN, TABASCO A 20 DE ENERO DEL 2023.

# EL SINDROME

## HEMORRAGICO Y HEMOSTASIA

### DEFINICIÓN DE HEMOSTEASIS



CONJUNTO DE MANIOBRAS QUE TIENEN POR FINALIDAD PREVENIR O COHIBIR UNA HEMORRAGIA. ES UNO DE LOS PILARES DE LAS MANIOBRAS QUIRÚRGICAS BÁSICAS JUNTO A LA DIÉRESIS/SEPARACIÓN Y LA SÍNTESIS.

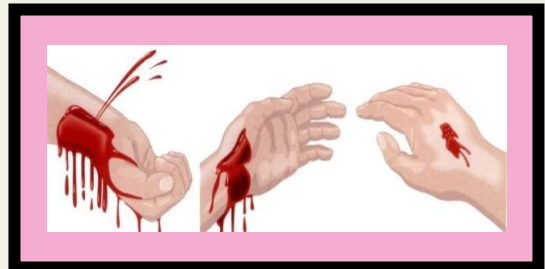
### ¿SABÉS QUÉ SE PUEDEN CLASIFICAR?

SEGÚN EL ORIGEN ANATÓMICO: EN ARTERIAL, VENOSA, CAPILAR, Y/O MIXTA

SEGÚN LA UBICACIÓN DE LA COLECTA EXTERNAS: DE ALGUNA MANERA LA SANGRE TERMINA EN EL EXTERIOR

INTERNAS: LA SANGRE SE ACUMULA EN CAVIDADES: ABDOMINAL, TORÁCICA, INTRAPARENQUIMATOSA (HÍGADO O BAZO MÁS COMÚNMENTE), SUBCUTÁNEO

SEGÚN LA CAUSA: ACCIDENTALES O QUIRÚRGICAS



CLASIFICACIÓN POR TIPO DE LESIÓN: DIRECTA O INDIRECTA; INMEDIATA, MEDIATAS O POSTOPERATORIAS, RECURRENTES, INFECCIOSAS (POR CONTAMINACIÓN DEL COÁGULO/LIGADURA) Y POR LESIÓN VASCULAR

CURSO: AGUDAS O CRÓNICAS POR MÚLTIPLES RAZONES

### TIPOS DE HEMORRAGIAS



Un hematoma comienza con un



Cambia a una coloración azulada



Luego, se torna de color amarillo verdoso, hasta

#### ARTERIAL

LA SANGRE SALE DE UNA ARTERIA, A IMPULSOS Y CON UN COLOR ROJO INTENSO. MUY PELIGROSAS POR LA GRAN PÉRDIDA DE SANGRE QUE PRESENTAN.

#### VENOSA

LA SANGRE SALE DE UNA VENA Y LO HACE DE FORMA CONTINUA Y CON UN COLOR ROJO OSCURO.

#### CAPILAR

LAS HERIDAS MÁS COMUNES Y MENOS PELIGROSAS. SON SUPERFICIALES Y CON POCASALIDA DE SANGRE

### Según el destino final de la sangre:

- 1. EXTERNAS.** SON AQUELLAS EN LAS QUE LA SANGRE SALE AL EXTERIOR A TRAVÉS DE UNA HERIDA.
- 2. INTERNAS.** SON AQUELLAS QUE SE PRODUCEN EN EL INTERIOR DEL ORGANISMO, SIN SALIR AL EXTERIOR
- 3. EXTERIORIZADAS.** SON AQUELLAS HEMORRAGIAS QUE SIENDO INTERNAS SALEN AL EXTERIOR A TRAVÉS DE UN ORIFICIO NATURAL DEL CUERPO: OÍDO, NARIZ, BOCA, ANO O GENITALES.

### SEGÚN EL AGENTE CAUSANTE O MECANISMO DE PRODUCCIÓN:

- TRAUMATISMO: CAÍDA DE ALTURA, ACCIDENTE DE TRÁFICO, GOLPE...
- ABRASIÓN, EROSIÓN O FRICCIÓN
- ARMA DE FUEGO
- AGENTE CORTANTE: RADIAL, MOTOSIERRA, CUCHILLAS, CRISTAL...
- AGENTE PUNZANTE CLAVADO: CUCHILLO, NAVAJA, PUNZÓN, DESTORNILLADOR, ASTA DE TORO...
- EXPLOSIÓN APLASTAMIENTO MORDEDURA

### ACTUACIÓN ANTE HEMORRAGIAS EXTERNAS

1. PROTEGER LA ZONA

2. LLAMAR A EMERGENCIAS

3. SOCORRER A LOS HERIDOS



### CONSECUENCIAS DE UNA GRAN PERDIDA DE SANGRE

1. ALTERACIÓN DE LA CONSCIENCIA: MAREO, CONFUSIÓN.
2. ESTADO ANSIOSO O NERVIOSO.
3. PULSO RÁPIDO Y DÉBIL.
4. RESPIRACIÓN RÁPIDA Y SUPERFICIAL.
5. PALIDEZ DE MUCOSAS.
6. SUDORACIÓN FRÍA Y PEGAJOSA, GENERALMENTE EN MANOS, PIES, CARA Y PECHO



### EVALUACIÓN

OBSERVA LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA PERSONA PARA EVALUAR SU ESTADO Y ANALIZA LA HERIDA PARA DECIDIR EL MÉTODO DE ACTUACIÓN: LOCALIZACIÓN, EXTENSIÓN, PROFUNDIDAD, LESIÓN DE ÓRGANOS, SUCIEDAD, MECANISMO CAUSANTE...

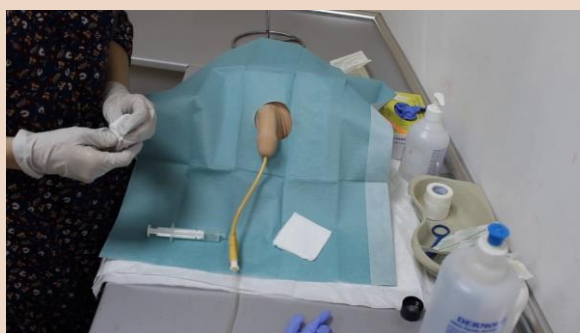


## DESCUBRIENDO LA 2.4. TÉCNICA DE SONDAJE VESICAL

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 TERAPEUTICOS QUE SON:



- FACILITAR LA SALIDA AL EXTERIOR DE LA ORINA
- CONTROL DE DIURESIS.
- TRATAMIENTO DE ALGUNAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS.
- MANTENER UNA HIGIENE ADECUADA EN EL CASO DE ESCARAS GENITALES.
- TRATAMIENTO CRÓNICO EN PACIENTES QUE NO VACIAN LA VEJIGA.

AL TRATARSE DE UNA TÉCNICA ESTÉRIL, LA DEBERÍAN REALIZAR CONJUNTAMENTE EL ENFERMERO/A Y EL AUXILIAR DE ENFERO.

### MATERIAL

- Sonda vesical de calibre y material adecuado.
  - Campo estéril
  - Lubricante urológico
  - Gasas estériles
  - Guantes estériles y no estériles.
- Batea



- Suero fisiológico
- Jeringa de 10 cc
- Pinzas Kocher o tapón para pinzar
- Solución antiséptica diluída
- Bolsa colectora y soporte para la cama (sondaje permanente).

### ¿ CÓMO CAMBIAR LA SONDA?



De latex  
1 semana.

De PVC  
2 semanas

De silicona  
30 días

Se cambia cuando existe obstrucción ,  
incrustaciones o poco drenaje

### CONTRADICIONES

- Cuando existen heridas en uretra
  - asociadas a trauma pélvico
  - Sospecha rotura uretral
  - Prostatitis aguda
- Presencia de sangre en meato o hematuria franca asociada a trauma
- Estenosis uretral
- Cirugía reciente del tracto urinario

### TIPOS DE SONDAJES



**Sondaje permanente**

De larga duración  
(Mas de 30 días)



**Sondaje Intermitente o Evacuador**

De corta duración  
(Menos de 30 días)

El catéter se retira una vez vaciada la vejiga

### TIPOS DE DRENAJE



**ABIERTO**

**CERRADO**

### CAMBIO DE BOLSA

¿Cuándo se cambia la bolsa?

- Desconexión accidental sonda-bolsa
- Rotura o fugas
- Acumulación de sedimento
- Olor desagradable



### TIPOS DE TÉCNICAS



**Estéril**

Usada en quirófanos



**A séptica**

La usa el personal sanitario



**Limpia**

La usa por el paciente o cuidador en domicilio

## 2.5 TECNICA DE SONDAJE NASOGASTRICO

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.

### FINALIDAD DEL PROCEDIMIENTO

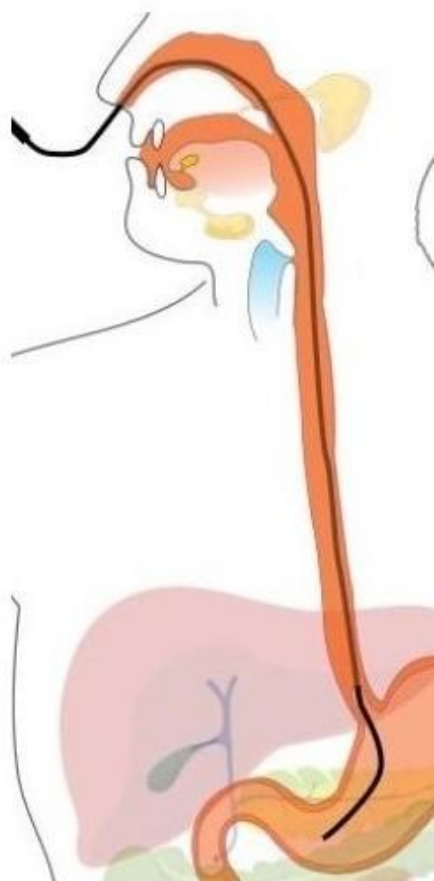


- Administración de nutrición enteral e hidratación.

- Lavado de estómago.

- Administración de medicación.

- Aspiración o drenaje de contenido gástrico



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.

M

A

T

E

R

I

A

L



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

Bolsa colectora si fuese necesario

Batea para transportar el material

### PROCEDIMIENTO

- Se debe colocar la bata, los guantes y la máscara facial.
- Para comprobar la permeabilidad de cada fosa nasal se mantiene una cerradura. Se debe buscar dentro de la nariz cualquier obstrucción evidente.
- Se coloca una toalla o un apósito azul sobre el tórax del paciente para mantenerlo limpio.
- Se debe elegir el lado para la inserción del tubo y rociar anestésico tópico en esta narina y la faringe al menos 5 minutos antes de la inserción del tubo.
- Si está disponible, se debe rociar un vasoconstrictor como fenilefrina u oximetazolina.
- Se debe estimar la profundidad adecuada de la inserción.
- Se debe lubricar el extremo de la sonda nasogástrica.

- Se inserta la punta del tubo en la nariz con delicadeza y se desliza.
- Se debe esperar la percepción de que el tubo pasa.
- Se le debe pedir al paciente que tome sorbos de agua para avanzar el tubo durante la deglución.
- Se evalúa la colocación del tubo pidiéndole al paciente que hable.
- Inyectar 20 a 30 mL de aire y auscultar con el estetoscopio debajo de la región subcostal izquierda.
- Se debe aspirar el contenido gástrico para confirmar mejor la colocación del tubo.
- A veces se necesita una radiografía de tórax para confirmar la ubicación del tubo.
- Se asegura el tubo a la nariz del paciente.
- Se conecta la sonda nasogástrica a la aspiración y se ajusta a baja succión (aspiración intermitente si es posible).