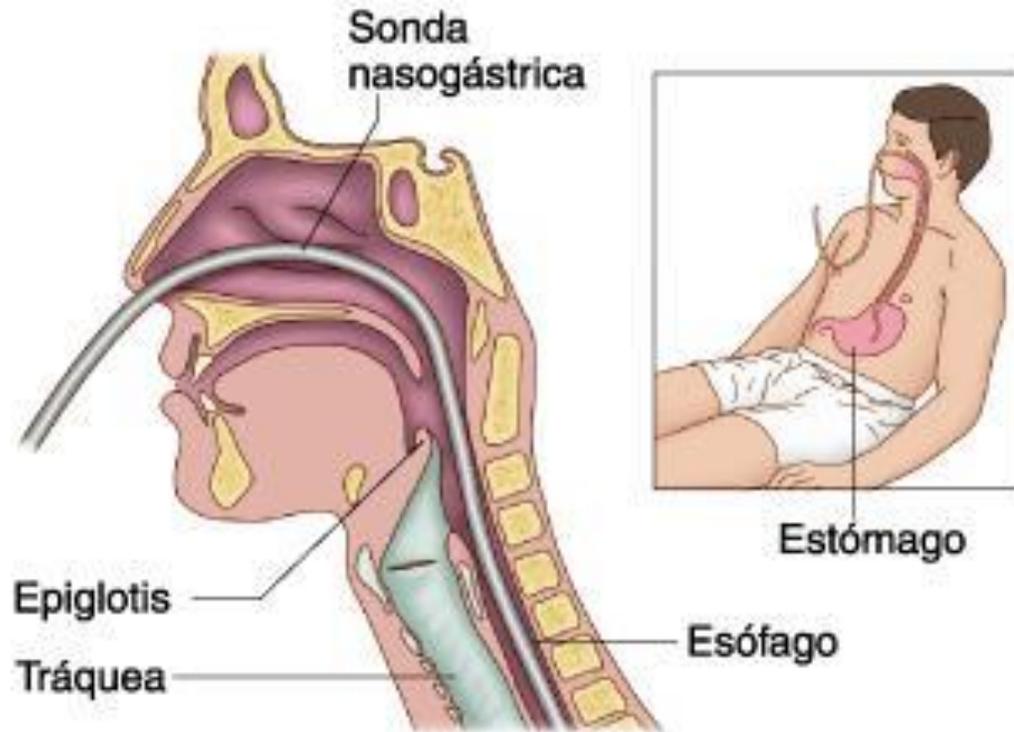


NOMBRE DEL ALUMNO: Israel de Jesús Maldonado Tomas

GRADO: 5to Cuatrimestre Domingo

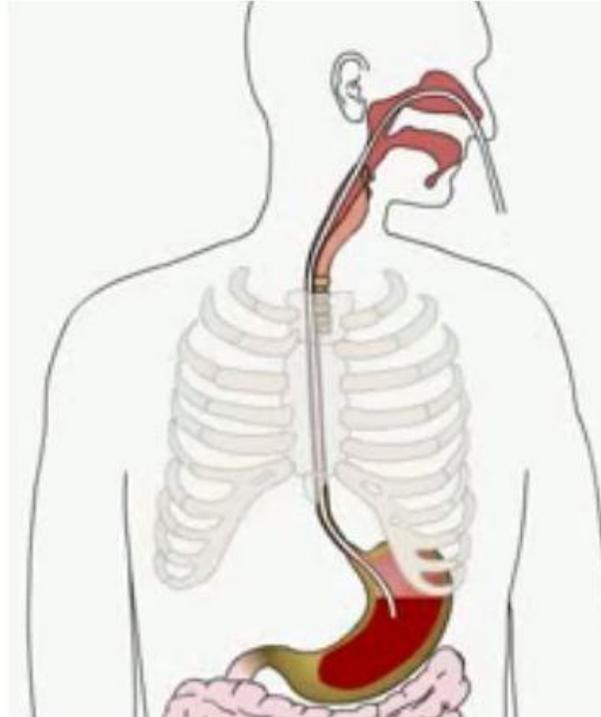
GRUPO: A

Fecha: 23-01-24



INTRODDUCION

Como introducción de estos temas, les explicaremos un poco de las técnicas de curación de heridas y aplicación de sondas nasogástricas.



1.1.1 FUNCIONES DE LA ENFERMERA QUIRÚRGICA

Generalmente, a la hora de contestar a la pregunta de qué es lo que hace un enfermero médico-quirúrgico, la respuesta suele ser que ayuda al resto de profesionales y prepara al paciente, pero lo cierto es que su ámbito de actuación es mucho más extenso.



Lo cierto es que su principal labor es aplicar los cuidados necesarios a los pacientes que se van a someter a una intervención quirúrgica, es decir, se encargan del buen estado del paciente antes, durante y después de la operación.



Así, el profesional en enfermería tiene que realizar exámenes profundos a los pacientes antes de ser operados para, de esta forma, conocer al detalle su estado físico y estudiar los riesgos que pueden presentarse. Además, también tiene que asegurarse de que el cirujano tiene el historial clínico correcto y de que los medicamentos y todos los equipos están correctamente esterilizados y preparados.

De hecho, una vez el paciente entra en la operación, su finalidad es, como hemos dicho anteriormente, servir de soporte al resto de profesionales, pero también se encarga de controlar los monitores y otros equipos, como las máquinas de anestesia, ventiladores y sueros. Todo ello para garantizar la seguridad del paciente.



1.5 TÉCNICA DE CURACIÓN.

Curación Plana:

Definición:

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

Responsable:

Enfermera/o. y Técnico Paramédico

Recursos 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 y repuesto con todo el material necesario
- Aportar el material no habitual del carro, si fuese necesaria la utilización de éste.
- Lávese las manos
- Compruebe la presencia del brazalete de identificación, y verifique los datos que registra en paciente hospitalizado
- Coloque al paciente en la posición adecuada. Retire el apósito.
- Abrir equipo de curación con técnica aséptica
- Colocar guantes estériles en extracción de puntos, sospecha de infección, herida infectada.
- Limpie la herida con Solución Fisiológica o Suero Ringer, siempre desde el centro hacia el exterior, retirando restos orgánicos desde lo más limpio a lo más sucio.
- Mantenga la punta de la pinza hacia abajo para evitar contaminación.
- Valore las condiciones de la herida: observación de suturas, coloración de la piel, palpación de la herida, integridad de la piel circundante, presencia de exudado, sangre
- Realice técnica de arrastre mecánico con torunda empapadas con solución fisiológica con un solo movimiento.
- Seque con gasas estériles si es necesario.
- Coloque el apósito adecuado al tamaño de la herida: 2 a 3 centímetros más grande que el borde de la herida.
- Fije bien el apósito con tela adecuada a la piel del paciente
- Recoja el material utilizado, deposítelo en área sucia luego de una ligera descontaminación antes de ser recogido por esterilización.
- Lávese las manos
- Registre



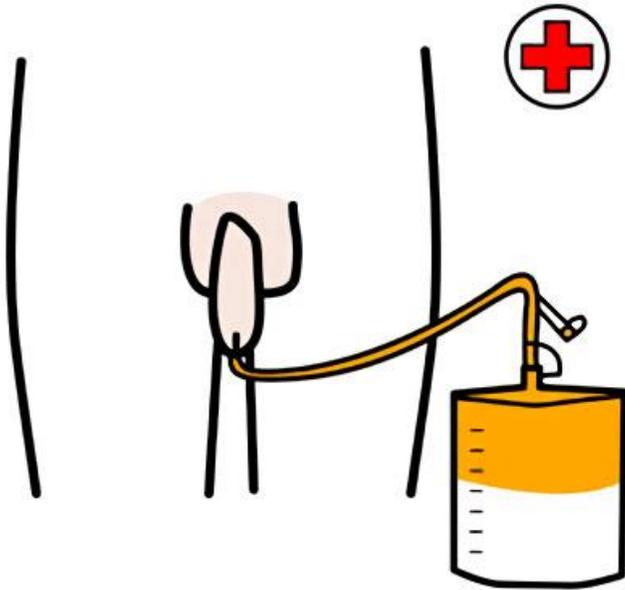
2.4 TÉCNICA DE SONDAJE VESICAL

El sondaje vesical es una técnica invasiva que consiste en la introducción aséptica de una sonda hasta la vejiga a través del meato uretral, con el fin de establecer una vía de drenaje temporal, permanente o intermitente, con fines diagnósticos o terapéuticos.³⁹ Las sondas vesicales son tubos flexibles de diversos materiales y diámetros con características específicas de acuerdo a su uso, algunas quedan retenidas por medio de un globo que se infla con agua estéril y lo mantiene en la vejiga.

El término catéter deriva del griego que significa hacer bajar. Los romanos utilizaron la palabra desmissum que significa introducido; Celso designó el instrumento como una fístula y más tarde fue llamado syringa. El anatomista francés Riolano lo describió como clasisvesicae que es la palabra upu o llave de los mesopotámicos. Los médicos franceses lo denominaron algalie o algalia que deriva del árabe. En el siglo XIX algalia fue reservada sólo para los catéteres rígidos de plata y la palabra catéter para los maleables de goma. De igual modo en la antigüedad se denominaba tienta a todo instrumento delgado y liso, para explorar cavidades o conductos naturales y reconocer la profundidad de las heridas. La denominación sonda proviene del latín y significa explorar de modo que se emplea para explorar conductos y cavidades del cuerpo. Finalmente, la sonda es el término que ha predominado en los países de habla latina, mientras que catéter en los de habla anglosajona.

Sonda vesical por tiempo de permanencia Hay dos tipos principales de sondas de acuerdo a su tiempo de permanencia:

1. **Sondaje permanente:** la sonda se mantiene en la vejiga con la finalidad de recolectar la orina, esta sonda está conectada a una bolsa de drenaje, tiene un globo que se infla con agua estéril en el extremo, esto impide que la sonda se deslice fuera del cuerpo, como se muestra en la ilustración. Los globos vienen típicamente en dos tamaños diferentes: 5 cm³ y 30 cm³, cuando es necesario quitar la sonda, se desinfla el globo.
2. **Sondaje intermitente:** la sonda vesical se instala por corto tiempo retirándola de manera inmediata al finalizar el procedimiento. Es utilizada para el vaciado de vejiga en casos de retención de orina y obtener una muestra de orina estéril, exploración de uretra o vesical y determinación de la cantidad de orina residual después de la micción. Esto puede hacerse una o varias veces al día.



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

- Sonda nasogástrica:
- Polivinilo: son gruesas, algo rígidas y adecuadas para la descompresión gástrica. Los calibres a utilizar son de 16 a 20 french.
- Silicona y poliuretano: más finas y elásticas. Se usan para sondajes de larga duración (sonda alimentación). El calibre suele ser menor, entre 8 y 12 french.
- Lubricante hidrosoluble
- Guantes
- Gasas
- Esparadrapo o sistema de fijación
- Un vaso de agua
- Jeringa de 50 ml
- Un fonendoscopio
- Una bata
- Una bolsa de plástico o palangana por si hay vómitos
- Empapadores y protector de cama
- Un tapón para la sonda y/o una bolsa colectora adaptable a la sonda

2.5 Técnica de sondaje nasogástrico

MATERIALES

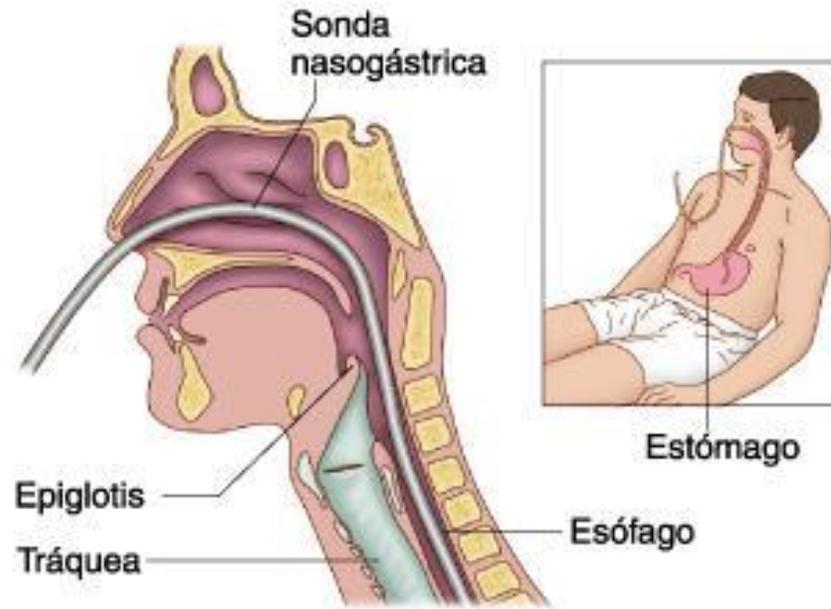
PROCEDIMIENTO



- Explicar al paciente la técnica y la necesidad de su colaboración.
- Hacer una medición del trayecto previsto usando el método Hansen (nariz-oreja- epigastrio), marcando con una señal la medición en la sonda.
- Lavarse las manos y ponerse los guantes.
- Retirar prótesis dentales, si las hubiera.
- Lubricar el extremo distal de la sonda de 7 a 12 cm con vaselina líquida o agua.
- Colocar al paciente en posición de Fowler (ángulo de 45º) o en decúbito lateral izquierdo.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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. 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.
- 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.
- El extremo abierto se conectará a una bolsa colectora o se dejará cerrado con un tapón, procediendo a destaparlo si fuera necesario.

CONCLUSION

Como conclusión de estos temas de curación de heridas y sondas, es necesario saber un poco de lo teórico para poder saber aplicar la practica.



BIBLIOGRAFIA

- ENFERMERIA MEDICO QUIRURGICA JAIMME ARIAS TEBAR
INTRODUCCION A LA ENFERMERIA
- CARMEN LEDEZMA LIMUSA
- FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA S
- USANA ROSALES PAX MEXICO
- ENFERMERIA MEDICO QUIRURGICA
- CUIDADOS PREOPERATORIOS