



Nombre del Alumno: YASELI CRUZ GIRÓN

Nombre del tema: INSTALACION DE SONDA FOLEY,

SONDA NASOGASTRICA Y REGISTROS CLINICOS.

Nombre de la Materia: PRACTICAS PROFESIONALES.

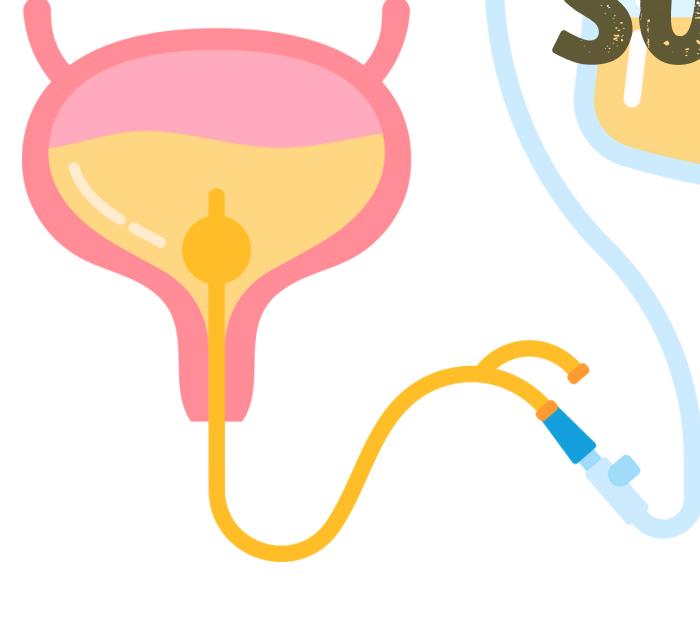
Nombre del profesor: LIC. FELIPE ANTONIO

MORALES.

Nombre de la Licenciatura: ENFERMERÍA.

Cuatrimestre: 9°

Instalación de SONDA FOLEY



es un procedimiento médico que consiste en introducir una sonda a través de la uretra hasta la vejiga para drenar la orina.

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



Pasos a 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. El médico 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.

TECNICA EN EL HOMBRE

Antisepsia:

1. Vierta agua tibia sobre la región.
2. Con gasas enjabonadas lave el pubis, pliegues inguinales, pene y escroto. Posteriormente con agua limpíe la zona.
3. Retraiga el prepucio para la limpieza del glande y el surco balano prepucial, comenzando en el meato y terminando en el surco (recuerde emplear una gasa para cada zona y desecharla posteriormente).
4. Limpie la zona con abundante agua con el prepucio retraído y seque el glande.



Colocación de la sonda vesical:

1. Coloque el riñón lateral a las piernas del paciente, para drenar la orina que se obtenga al momento de introducir la sonda.
2. Retire un par de guantes (evitar contaminar los que se encuentras debajo).
3. Tome la sonda vesical (previa verificación de la integridad del globo)
4. Con la mano no dominante sujeté el pene. Empleando una gasa retraiga el prepucio. Rectifique la uretra sosteniendo y traccionando suavemente el pene con la mano no dominante en un ángulo de 90°.
5. Lubrique la sonda con gel hidrosoluble.
6. Tome la sonda con la mano dominante e introduzcalo cuidadosamente por el meato urinario, hasta la aparición de orina.
7. Al obtener orina, continúe introduciendo la sonda 5cm aproximadamente, para asegurar que el globo será inflado en vejiga y no en la uretra.
8. Inflé el globo de la sonda con solución salina o agua inyectable.
9. Tracione la sonda suavemente hasta sentir resistencia, de esta manera se asegura que el globo está adecuadamente inflado y la sonda no se saldrá.



TECNICA EN LA MUJER

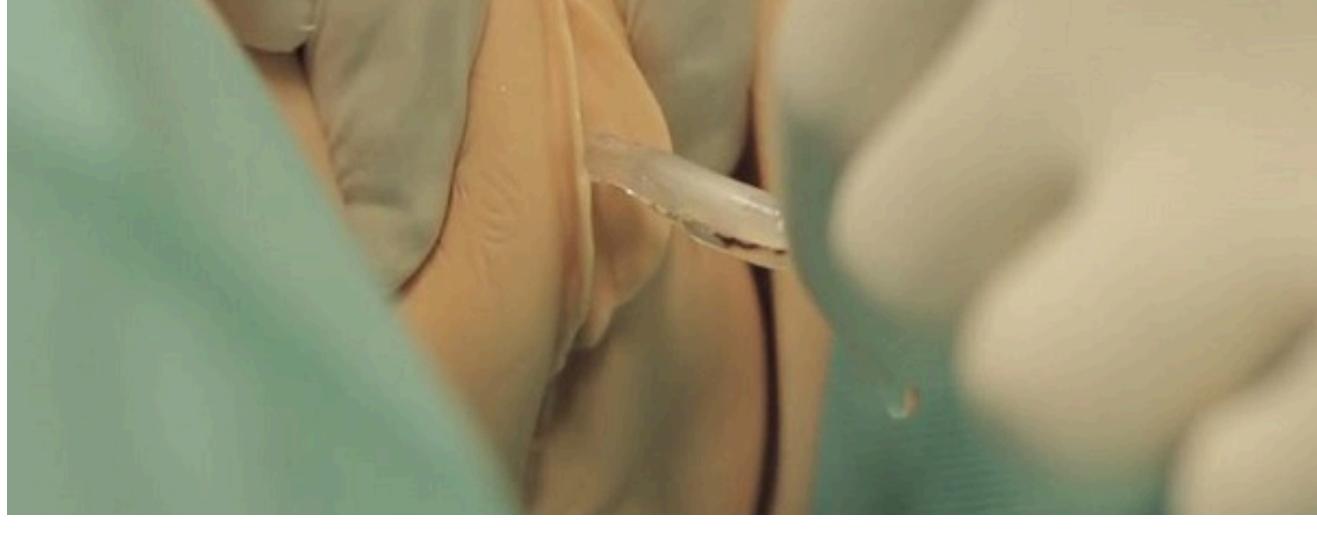
Antisepsia:

1. Vierta agua tibia sobre la región.
2. Enjabone las gasas y limpíe la región pélvica, la parte externa de los labios mayores y los pliegues inguinales. Separe 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. Utilice una gasa para cada pasada y deséchela.



Colocación de la sonda vesical:

2. Coloque el riñón lateral a las piernas del paciente, para drenar la orina que se obtenga al momento de introducir la sonda.
3. Retire un par de guantes (evitar contaminar los que se encuentran debajo).
4. Tome la sonda vesical (previa verificación de la integridad del globo)
5. Lubrique la sonda con gel hidrosoluble.
6. Con la mano no dominante separes los labios mayores e identifique el meato urinario, con la mano dominante tome la sonda e intodúzcalo cuidadosamente por el meato urinario, hasta que comience a drenar orina y continúe introduciéndola de 2-2.5cm.
7. Infla el globo de la sonda con solución salina o agua inyectable.
8. Traccione la sonda suavemente hasta sentir resistencia, de esta manera se asegura que el globo está adecuadamente inflado y la sonda no se saldrá.
9. Conecte la sonda a la bolsa colectora y sujetela en un nivel más bajo que la vejiga (por ejemplo, en el barandal de la camilla si el paciente está hospitalizado).
10. Fije la sonda en la cara interna del muslo empleando tela adhesiva.



Instalación de



SONDA

NASOGASTRICA

ES UN PROCEDIMIENTO MÉDICO QUE CONSISTE EN LA INTRODUCCIÓN DE UNA SONDA FLEXIBLE A TRAVÉS DE LA NARIZ HASTA EL ESTÓMAGO PARA LA ADMINISTRACIÓN DE ALIMENTOS O MEDICAMENTOS, O PARA LA EXTRACCIÓN DE CONTENIDO GÁSTRICO.

MATERIAL E INSTRUMENTAL

- Sonda nasogástrica .
- Guantes limpios.
- Gel lubricante.
- Jeringa asepto de 50 mL para irrigación o aspiración.
- Riñón o lebrero.
- Tela adhesiva, de preferencia Micropore.
- Vaso con agua.
- Aspirador o dispositivo de aspiración, de pared o portátil e intermitente.
- Sábana clínica.
- Benjuí.
- Tijeras.
- Estetoscopio.
- Gasas o pañuelos desechables.
- Jeringa hipodérmica de 10 mL.
- Xilocaína en aerosol.



Técnica de instalación

1. Antes del procedimiento se requiere, si es posible, de ayuno de por lo menos cuatro horas, ya que el paciente puede vomitar y broncoaspirar.
2. Explicar claramente el procedimiento al paciente y pedirle su máxima colaboración.
3. Colocar al paciente en posición sentada en semifowler, ya que así se disminuye el reflejo nauseoso y se facilita la deglución.
4. Ponerse los guantes limpios.
5. Determinar la longitud de la sonda midiendo del orificio nasal al lóbulo de la oreja y de ahí al apéndice xifoides.
6. Verificar la integridad de la sonda.
7. Lubricar el extremo distal de la sonda para evitar lesión o irritación de la mucosa.
8. Seleccionar la narina más permeable, asegurándose de que no exista obstrucción traumática nasal; si así fuera, utilizar la vía oral.
9. No se recomienda el uso de anestesia local; sin embargo, si el procedimiento es demasiado molesto, se puede instilar xilocaína en aerosol en la bucofaringe del paciente.



Técnica de instalación

10. Insertar la sonda en la narina del paciente en un ángulo de 60 a 90° respecto al plano de la cara, siguiendo el piso de la nariz hasta llegar a la pared de la faringe. En este momento el paciente debe flexionar la cabeza hacia delante, apoyando la barbilla sobre la horquilla esternal.

11. Avanzar la sonda firmemente, al mismo tiempo que se le pide al paciente que degluta (saliva o agua). Esto evita la resistencia que opone el cierre espástico del paladar blando, que ejerce presión contra el músculo constrictor superior de la faringe, lo que puede favorecer su paso a la tráquea.

12. Introducir la sonda hasta que la marca previamente medida llegue a la fosa nasal, e introducir 20 a 30 cm más, para que quede libre en el estómago.

13. Retirar la sonda inmediatamente si se notan alteraciones de la vía respiratoria (tos, disnea o cianosis).

14. Para verificar la correcta colocación de la sonda, utilizar las siguientes técnicas:

a. Aspirar con una jeringa asepto a través de la sonda; la aparición de contenido gástrico será indicador de su posición correcta; si existe duda, medir el pH del aspirado, el cual deberá ser ácido.

b. Auscultar la región del epigastrio al mismo tiempo que se insufla aire con una jeringa a través de la sonda; debe escucharse el flujo del aire.

c. Sumergir el extremo proximal de la sonda en un vaso con agua para verificar que no se produzcan burbujas; lo contrario es indicador de que la sonda se encuentra en vía aérea.



Registros

CLINICOS

ES EL REPORTE ESCRITO EN EL QUE SE PLASMA LA ATENCIÓN QUE SE BRINDA DE UNA FORMA COMPLETA, Y SE BASA EN UNA VALORACIÓN Y PLANEACIÓN DEL CUIDADO DE ACUERDO CON LAS NECESIDADES DE LA PERSONA CON LA FINALIDAD DE OTORGAR UN CUIDADO DE CALIDAD.

Los formatos para el registro de la atención de enfermería deben responder a las actualizaciones vigentes en materia normativa.

El registro clínico de enfermería es

un documento fundamental en la

historia clínica, que sirve para:

- Documentar la atención de enfermería.

- Facilitar la comunicación.

- Garantizar la seguridad del paciente.

- Ser un registro legal.

Logo de la institución												Nombre del paciente: _____ Habitación/Cama																	
												Edad: _____ Sexo: _____ Hoja: _____																	
												Servicio: _____ Religión: _____ Número de expediente: _____																	
												Médico tratante: _____																	
												Diagnóstico(s) médico: _____																	
												Alergias: _____																	
												T. Sangre: _____																	
Fecha	DEH	7	9	11	13	15	17	19	21	23	1	3	5	7	9	11	13	15	17	19	21	23	1	3	5				
40°	160																												
39°	140																												
38°	120																												
37°	100																												
36°	80																												
35°	60																												
FR																													
T/A																													
SPO2																													
Dextroxidis																													
E Insulina																													
												Escala de valoración																	
												valoración del dolor	0	2	4	6	8	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dolor Insoportable
Turno	Matutino				Vespertino				Nocturno				Matutino				Vespertino				Nocturno								
Horas																													
Puntuación																													
Valoración del riesgo de caídas (Crichton)												Escala de Riesgo de Ulceras por Presión (Norton)																	
Criterios de riesgo												Calif.																	
Limitación física	2											Edo. Gral	Inconsciencia																
Estado mental alterado	3											Edo. Mental	4. Ninguna																
Tratamiento farmacológico que implica riesgo	2											Actividad	4. Total																
Problemas de idioma o socioculturales	2											Movilidad	3. Disminuida																
Paciente sin factores de riesgo	1											Inconsciencia	3. Ocasional																
Riesgo	M	V	N	M	V	N	Total																						
Alto	4 a 10						10																						
Mediano	2 a 3																												
Bajo	0 a 1																												
Escala de Ramsey												Escala de Riesgo de Ulceras por Presión (Norton)																	
Nivel	Sintomatología											Edo. Gral	Edo. Mental																
I	Agitado y/o ansioso											4. Bueno	4. Caminando																
II	Cooperador, orientado y tranquilo											3. Débil	3. Apático																
III	Dormido, responde a órdenes verbales											3. Con ayuda	3. Disminuida																
IV	Somoliento con breves respuestas a la luz y sonido											2. Malo	2. Confuso																
V	Dormido con respuesta sólo al dolor											1. Muy malo	1. Estuporoso																
VI	Sin respuesta											1. En cama	1. Inmóvil																
Soluciones parenterales												Riesgo muy alto 5 a 9																	
Hemoderivados												Riesgo alto 10 a 12																	
Medicamento / Dosis / Vía / Horario												Riesgo medio 13 a 14																	
M V N M V N												Riesgo mínimo Más de 14																	
Dispositivos invasivos												Nombre de la institución Datos generales (Dirección, Tel, Fax, e-mail, etc.)																	
Fecha instalación																													
Turno												Consumo																	
Mat																													
Vesp																													
Noct																													
Mat																													
Vesp																													
Noct																													
Acompañado																													



Los registros de enfermería constituyen una parte fundamental de la asistencia sanitaria y están integrados en la historia clínica del paciente, lo que conlleva repercusiones y responsabilidades de índole profesional y legal.



Es indispensable que el personal de enfermería plasme las intervenciones realizadas en un documento propio que represente el quehacer de enfermería, lo que permite hacer visible el rol de los profesionales en la materia.