



NOMBRE DE LA ALUMNA:

JUANA LORENZA VELAZQUEZ HERNANDEZ.

NOMBRE DEL PROFESOR (A):

LIC.NANCY DOMINGUEZ TORRES.

LICENCIATURA:

ENFERMERIA.

NOMBRE DEL TRABAJO:

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS.

MATERIA:

PRACTICA CLINICA DE ENFERTMERIA.

GRADO:

7 CUATRIMESTRE

GRUPO:

“A”

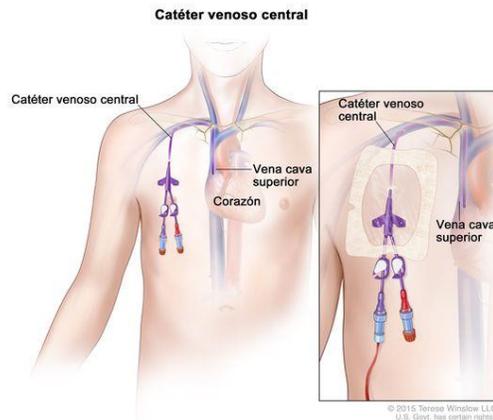
PASIÓN POR EDUCAR

Pichucalco, Chiapas a 13 de noviembre de 2020.



**MANUAL DE
PROCEDIMIENTOS.**

CATETERIZACION VENOSO CENTRAL.



DEFINICION.

Catéter venoso central. Tubo delgado y flexible que se introduce en una vena, por lo general debajo de la clavícula derecha, y se pasa hasta la vena cava superior (vena grande en el lado superior derecho del corazón). El catéter venoso central se usa para administrar líquidos intravenosos, transfusiones de sangre, quimioterapia y otros medicamentos. También se usa para extraer muestras de sangre. El catéter se puede dejar colocado durante semanas o meses para evitar la necesidad de pinchazos múltiples.

OBJETIVO.

Mitigar la ansiedad del paciente, y propiciar su colaboración en el procedimiento, favorecer la eficacia y la seguridad de la técnica, colaborando con el facultativo, asegurarse de que el paciente ha sido informado de la realización del procedimiento y de su objetivo. Los catéteres venosos centrales (CVC) se utilizan para administrar medicamentos, líquidos. Y para supervisar el estado hemodinámico. Su uso se asocia con infecciones en el sitio de inserción o sistémica con infección del torrente sanguíneo y la siembra de metástasis.

INDICACIONES.

- Infusión de fármacos irritantes (ej. Quimioterapia)
- Alimentación parenteral total
- Diálisis renal
- Recambio de plasma
- Presión venosa central
- Saturación de oxígeno en sangre venosa central
- Presión de la arteria pulmonar
- Marcapaso transvenoso temporario
- Tomas repetidas de muestras de sangre.

MATERIAL Y EQUIPO.

Catéter de subclavia o yugular, suero con sistema de infusión purgado, paños verdes estériles, gasas estériles, guantes estériles, llave de tres vías, anestésico local, porta, pinzas y tijeras, hoja de bisturí, antiséptico, esparadrapo hipoalérgico, ampollas de suero fisiológico, apósito adhesivo transparente, jeringas de 5 y 10 cc, agujas intramusculares y material de sutura.

PROCEDIMIENTO:

Lavado de manos. Colocar al paciente en posición de trendelenbourg para dilatar las venas y disminuir el riesgo de embolia gaseosa, colocar una sábana enrollada debajo de los hombros del paciente, girar la cabeza del paciente al lado contrario del que se vaya a realizar la punción, preparar campo estéril y aplicar antiséptico en la zona de punción, depositar el material que se va a utilizar sobre este campo estéril, colocarse los guantes estériles, cubrir las zonas circundantes al lugar de la punción con paños estériles, colaborar con el medico en las diferentes secuencias del procedimiento para garantizar la asepsia y seguridad durante el mismo, una vez haya finalizado la canalización, retirar los paños y todo el material utilizado, limpiar al paciente y acomodarlo, retirando la sabana enrollada de debajo de los hombros y cambiando la ropa de la cama si precisa, rotular el apósito indicando la fecha de la inserción del catéter, adecuar el ritmo de la infusión al prescrito, quitarse los guantes y lavarse las manos.

CUIDADOS DE ENFERMERIA:

Comprobar por turnos la permeabilidad y el flujo. Una vez implantado el catéter, la zona de inserción se cubrirá con apósito estéril (de material transparente y transpirable ó apósito quirúrgico tipo mepore*), permitiéndonos así la visualización diaria del punto de inserción, cambiar los apósitos si se aprecia exudación en el punto de inserción ó si el paciente suda profundamente, manipular siempre con la máxima asepsia, registrar fecha de la canalización y complicaciones si han surgido.

PRESION VENOSA CENTRAL.



DEFINICION.

La presión venosa central (PVC) es la presión medida a través de la punta de un catéter que se coloca dentro de la aurícula derecha (AD). La presión de la aurícula derecha se puede medir de tres maneras:

- Manómetro de agua conectado a un catéter central.
- A través de la luz proximal de un catéter colocado en la arteria pulmonar.
- A través de una vía colocada dentro de la AD y conectada a un sistema transductor de presión.

OBJETIVOS.

- Vigilar la presión en la aurícula derecha.
- Señalar las relaciones entre el volumen de sangre circulante y la capacidad cardiaca.
- Indicar el estado del paciente con hipovolemia y su respuesta al tratamiento
- Sirve como guía en la identificación temprana de insuficiencia cardiaca congestiva.
- Calcular el volumen circulante para conservar el equilibrio hemodinámico.

INDICACIONES:

- Hipovolemia.
- Hipervolemia.

MATERIAL Y EQUIPO:

- Manómetro de PVC.
- Llave de tres vías.
- Solución intravenosa.
- Sistema de administración IV.
- Tripié o pentapié.

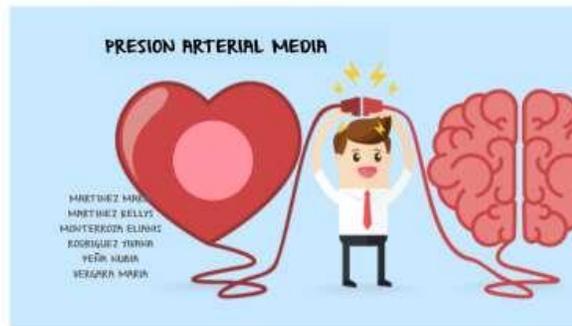
PROCEDIMIENTO:

1. Colocar al paciente en decúbito supino, con la cama dispuesta horizontalmente, en caso de algún estado respiratorio, bajar la cabecera de la cama tanto como pueda tolerar y medir la PVC. Anotando el ángulo de la cama en el expediente, para que la medición siempre se realice en la misma posición.
2. Localizar el punto flebotático (colocar el punto cero del manómetro a la altura de la aurícula derecha del paciente, la cual se localiza en la línea axilar media en el cuarto espacio intercostal).
3. Llenar las tuberías del equipo con solución, expulsando todas las burbujas del sistema.
4. Girar la llave de vías siguiendo las manecillas del reloj, de tal manera que la solución llegue al manómetro a una altura de 20 cm de H₂O, o a dos tercios de su capacidad.
5. Girar nuevamente la llave para que la solución contenida en el manómetro, fluya hacia el paciente.
6. Observar el descenso de la solución a través del manómetro. El líquido debe fluctuar con cada fase de la respiración. En el nivel en que se detiene el descenso de la solución, es la cifra que se registra la presión venosa central.
7. Colocar la llave de tres vías en la posición que permita el paso de la solución intravenosa al paciente, controlando la permeabilidad y la velocidad del flujo.
8. Lavarse las manos.
9. Registrar la cifra obtenida de la PVC en cm de H₂O y la hora de la verificación.
10. Vigilar constantemente el sitio de inserción y conservar una técnica aséptica.
11. Mantener el equipo y conexiones limpios, para prevenir infecciones.
12. Realizar la curación del catéter de acuerdo al protocolo institucional.

CUIDADOS DE ENFERMERIA:

Vigilar a cada momento que no se presente ninguna complicación con esta y si lo llegara a presentar informarle inmediatamente al médico.

PRESION ARTERIAL MEDIA.



DEFINICION:

Se llama así a la presión promedio en las grandes arterias durante el ciclo cardiaco, este valor siempre se va aproximar más a la presión arterial diastólica.

OBJETIVOS:

Determinar si los objetivos de presión arterial inferior se asocian con una reducción de la mortalidad y la morbilidad en comparación con los objetivos de la presión arterial estándar en el tratamiento de personas con hipertensión y antecedentes de enfermedad cardiovascular.

INDICACIONES:

Shock séptico

Aneurisma abdominal

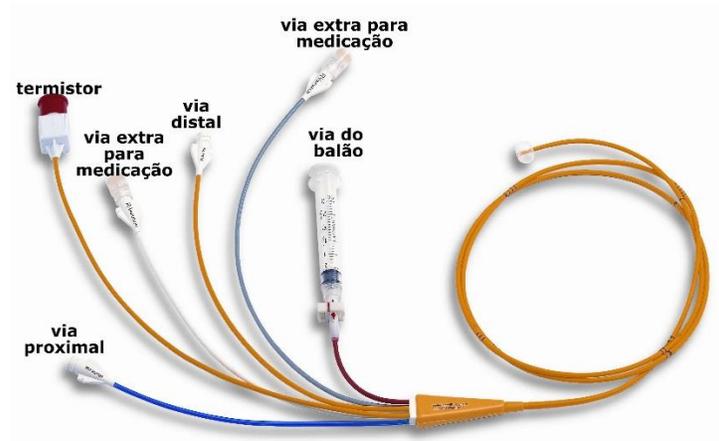
Lesiones en la cabeza

Situaciones cardíacas.

MATERIAL Y EQUIPO.

Para calcular la presión arterial media, duplicar la presión arterial diastólica y sumar la suma a la presión arterial sistólica. Luego divide por 3. Por ejemplo, si la presión arterial de un paciente es de 83 mm Hg/50 mm Hg su PAM sería de 61 mm Hg.

CATETER DE SWAN-GANZ.



DEFINICION.

El catéter Swan Ganz es un tipo de catéter central, usado para la monitorización hemodinámica invasiva en la aurícula derecha y la arteria pulmonar del paciente crítico. Tiene varias luces y dispositivos, a través de los cuales se pueden medir los diferentes parámetros a controlar como son gasto cardíaco, presión venosa central, presión de la arteria pulmonar, saturación venosa mixta, temperatura central, administración de medicación y extracción de muestras.

OBJETIVOS:

Los objetivos fundamentales que nos llevaron a la realización de este estudio fueron conocer la efectividad y frecuencia del cateterismo pulmonar con catéter de S-G en la Unidad de Cuidados.

INDICACIONES.

Está indicado en pacientes que precisan un control preciso e intensivo de presiones, flujos y volúmenes circulantes, como ocurre en los siguientes casos:

- Hipertensión pulmonar
- Taponamiento cardíaco
- Shock
- Politraumatismo
- IAM reciente con sospecha de complicación mecánica como puede ser una comunicación interventricular o una insuficiencia mitral por ruptura del músculo papilar.
- Valvulopatías graves
- Cirugías con alto riesgo con complicaciones postoperatorias.
- Sospecha de embolismo pulmonar.

MATERIAL Y EQUIPO.

- Monitor para registrar presiones, transductor de presiones preparado con llaves de tres vías y conector macho-macho.
- Camisolín, barbijo, gorro, guantes estériles.
- Sábanas estériles: 3 (dos para el campo quirúrgico y una para armado de la mesa).
- Compresas estériles: 2.
- Gasas estériles.
- Xylocaína al 2% sin epinefrina.
- Jeringas de 10 cm: 3.
- Agujas 40/8 y 25/8 ó mosquito: 3.
- Set de introductor (abbocath 18, cuerda de piano J 35 corta, dilatador, introductor con colateral).
- Hoja de bisturí.
- Sutura.
- Set de catéter de SG.
- Presurizador.
- Sachet de lavado: 2 (dextrosa al 5% 250 + 5000 u de heparina).

PROCEDIMIENTO.

La colocación del catéter Swan Ganz es una técnica estéril que requiere la presencia de médico, enfermera y auxiliar y una preparación previa del paciente. En primer lugar hay que explicarle y que no le queden dudas del procedimiento que se le va a realizar y lo que él puede sentir, del tipo de anestesia que se va a utilizar, para que esté lo más tranquilo posible y así pueda colaborar y facilitar la puesta del catéter reduciendo el riesgo de posibles complicaciones, si es necesario se puede administrar algún ansiolítico.

La enfermera debe estar pendiente del paciente, ayudándolo a que esté lo más cómodo y tranquilo posible reduciendo cualquier tipo de molestia y prestándole apoyo emocional durante todo el procedimiento, puesto que es fundamental que permanezca inmóvil sobre todo durante los momentos críticos de colocación. También debe de vigilar el mantenimiento de la asepsia y esterilidad durante todo el procedimiento.

Se elige la zona a puncionar y se prepara el campo quirúrgico, además si la vía de acceso elegida es subclavia o yugular es conveniente colocar al paciente en trendelenburg con la cabeza girada hacia el lado contrario puesto que las venas quedan más fijadas y mejora el retorno venoso y ayuda a prevenir la embolia gaseosa, el paciente tiene que estar **monitoreado en todo momento** con ECG y TA para detectar rápidamente posibles problemas.

CUIDADOS DE ENFERMERIA.

- Mantener el catéter permeable y limpio en todo momento.
- Comprobar y registrar las presiones detectadas.
- Evitar la perfusión de soluciones hipertónicas y fármacos por el extremo distal para no lesionar la arteria pulmonar.
- Prevenir las lesiones relacionadas con el inflado del balón siguiendo unas normas:

INTUBACION Y EXTUBACION.



intubación se refiere al método en el que se introduce un tubo en un orificio externo o interno del cuerpo. Aunque el término puede referirse a un término de endoscopia, es más común su uso en referencia a una intubación traqueal. La intubación traqueal es la introducción de un plástico flexible en la tráquea para proteger la vía aérea y proveer los medios para una ventilación mecánica. La intubación endotraqueal puede lograrse por vía oral o a través de la nariz. La intubación endotraqueal se usa para el control definitivo de la vía aérea en el paciente lesionado o enfermo. La intubación endotraqueal puede requerir el uso de inducción o bloqueo neuromuscular.

OBJETIVOS:

- Proporcionar al usuario vía aérea artificial para alcanzar los niveles de oxígeno deseados y mantenerla permeable.
- Realizar aspiración endotraqueal.
- Administrar algunos fármacos durante la reanimación cardiopulmonar (RCP).

INDICACIONES:

- Obstrucción de la vía aérea superior (cuerpo extraño, aspiración de meconio, traumatismos, secreciones).
- Ausencia de reflejos protectores de la vía aérea (depresión respiratoria producida por anestesia, traumatismo craneoencefálico).
- Necesidad de aplicar ventilación mecánica con presión positiva (prematuridad entre 25-28 semanas, por déficit de desarrollar alveolar y del surfactante, patologías como bronquiolitis, enfermedades neuromusculares).

MATERIAL:

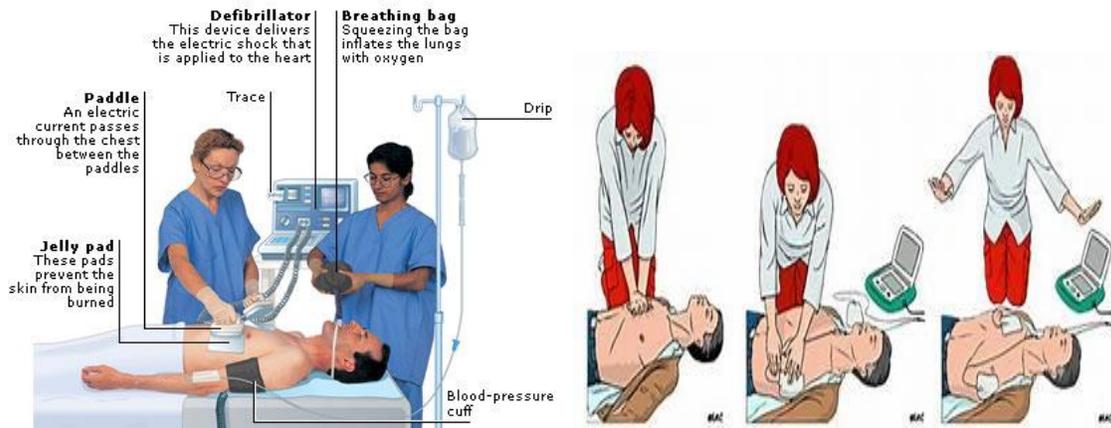
- fuente de oxígeno con caudalímetro
- mascarilla facial transparente y bolsa autoinflable del tamaño adecuado (AmbúR).
- goma conectora de la fuente de oxígeno y el balón autohinchable
- cánula orofaríngea (GuedelR) del tamaño adecuado
- aparato de aspiración o vacío con manómetro de presión
- sondas de aspiración del tamaño adecuado
- goma de conexión entre las sondas de aspiración y el sistema de vacío
- guantes estériles y no estériles
- mango de laringoscopio (comprobar la existencia y funcionamiento de las pilas)
- palas de laringoscopio del tamaño adecuado (comprobar el funcionamiento de la bombilla): rectas y curvas
- lubricante (tipo SilkosprayR)
- tubo endotraqueal con o sin balón del tamaño adecuado
- dos tubos endotraqueales más: uno de un número mayor y otro menor al anterior
- fiador, estilete o guía: le da rigidez al tubo endotraqueal, lo cual facilita la intubación cuando ésta se prevee difícil o la persona es inexperta. Es recomendable lubricar el fiador antes de introducirlo a través de la luz del tubo endotraqueal para facilitar posteriormente su extracción. Nunca debe sobrepasar el orificio distal del tubo (también llamado ojo de Murphy), de hecho, debe quedar aproximadamente 1 cm antes del final del tubo, para evitar lesiones en la vía respiratoria.
- pinzas de Magill, que servirán para guiar el tubo en la intubación nasotraqueal
- esparadrapo, venda o sistema fijador
- parches protectores de piel (tipo ConfeelR, AllevinR...)
- medicación de intubación: si es posible, se tendrá cargada y preparada previamente. Si no es así, debería estar situada en un lugar apropiado, conocido por el personal y accesible.

CUIDADOS DE ENFERMERIA.

Como cuidados enfermeros posteriores al procedimiento:

- Comprobar por turnos la posición del tubo auscultando ambos pulmones.
- Cambiar la fijación y puntos de apoyo del tubo periódicamente para evitar heridas por fricción.
- Marcar con un rotulador el tubo a nivel de la comisura labial, para controlar su posición y evitar desplazamientos.
- Aspiraremos secreciones cuando sea necesario.
- Realizaremos higiene bucal con colutorio y de la nariz con suero, además de hidratar los labios con vaselina.
- Siempre manipularemos el tubo con estricta asepsia, evitando la obstrucción del TET.
- Finalmente dejaremos al paciente de la forma más cómoda y limpia.

DESFIBRILACION Y CARIOVERSION.



DEFINICION:

La desfibrilación y la cardioversión eléctrica (choque eléctrico externo) son dos tipos de terapia que mediante la aplicación de un choque eléctrico de corriente continua consigue revertir distintos trastornos del ritmo cardíaco. Su alta eficacia, facilidad de aplicación y seguridad han contribuido a su gran difusión, estando disponibles en casi todos los ámbitos de la asistencia sanitaria, e incluso los automáticos en lugares públicos, pudiendo ser utilizados sin personal sanitario.

La desfibrilación se utiliza en los casos de parada cardiorrespiratoria, con el paciente inconsciente, que presenta fibrilación ventricular o taquicardia ventricular sin pulso. Son mortales sin tratamiento.

La cardioversión eléctrica se emplea para revertir todo tipo de arritmias reentrantes, salvo la fibrilación ventricular. El choque eléctrico es sincronizado con la actividad eléctrica del corazón. Puede ser administrado de forma electiva o urgente, si la situación compromete la vida del paciente.

INDICACIONES:

La indicación de la desfibrilación es para dos tipos de parada cardiorrespiratoria:

- La fibrilación ventricular: en que el corazón presenta actividad eléctrica totalmente desorganizada que produce contractura de las células miocárdicas de forma totalmente anárquicas. Se visualiza en el ECG como unas ondas totalmente irregulares.
- La taquicardia ventricular sin pulso: el corazón presenta actividad eléctrica que produce contractura de las células miocárdicas, pero sin eficacia como bomba. Se visualiza en el ECG como ondas QRS anchas y de muy alta frecuencia de 200 por minuto e incluso más.

MATERIAL Y EQUIPO:

- Monitor con esfigmomanómetro, pulsioxímetro y registro cardíaco.
- Electrocardiógrafo y electrodos adhesivos.
- Desfibrilador que tenga modalidad de cardioversión.
- Sistema de aspiración.
- Crema hidratante y gel conductor.
- Carro de RCP: que contenga el material necesario para realizar una intubación y la bolsa de reanimación autoinflable con reservorio.
- Material necesario para canalizar una vía venosa periférica (VVP).
- Suero fisiológico al 0,9%.
- Medicación para realizar sedación de corta duración al paciente: Propofol al 1% (ampollas de 20ml), Midazolam y Fentanest
- Mascarilla tipo Venturi.

CUIDADOS DE ENFERMERIA:

- Informar al paciente y a la familia de este de la técnica que se va a realizar, aclarando las dudas y preguntas que surjan; se debe dejar claro que la cardioversión eléctrica no siempre es el tratamiento definitivo de la arritmia. Todo este proceso va a contribuir a la reducción de la ansiedad del paciente.
- Informar sobre la duración del procedimiento, el cual es aproximadamente de dos horas, incluyendo la preparación, intervención y recuperación.
- Informar al paciente sobre la inducción anestésica que se le va a realizar, ya que la cardioversión eléctrica es un proceso doloroso.
- Asegurarse de que el paciente esté en ayunas de al menos seis horas.
- Revisión de las alergias del paciente.
- Asegurarse de tener una analítica reciente con bioquímica e INR (entre 2 y 3). Asimismo, se debe comprobar que haya una anticoagulación adecuada precarioversión .
- Conocer la medicación que esté tomando el paciente para, si es posible, suspender la medicación digitálica 5 días antes de la prueba.
- Realizar chequeo de todo el material necesario para el procedimiento.
- Toma de constantes: tensión arterial (TA), frecuencia cardíaca (FC), frecuencia respiratoria (FR) y SatO₂.
- Confirmar la presencia de la arritmia cardíaca mediante la realización de un electrocardiograma.
- Canalizar una vía venosa periférica (VVP, con llave de 3 pasos), realizando extracción de analítica para control de coagulación. A continuación, dejaremos un suero fisiológico al 0´9% de mantenimiento.
- Comprobar que el Consentimiento Informado esté correctamente firmado.

TRAQUEOSTOMIA.



DEFINICION:

La traqueostomía es uno de los procedimientos quirúrgicos más frecuentemente realizados en pacientes críticamente enfermos. Tradicionalmente, la traqueotomía quirúrgica abierta ha sido realizada por médicos cirujanos dentro la sala de operaciones y actualmente, en muchas instituciones, continúa realizándose de la misma manera.

INDICACIONES:

Las indicaciones para la realización de la traqueotomía se pueden resumir en: obstrucción de la vía aérea superior, prevención del daño laríngeo y de la vía aérea alta por intubación prolongada en pacientes sometidos a ventilación mecánica prolongada, y permitir un fácil acceso a la vía aérea para la eliminación de secreciones.

MATERIAL Y EQUIPO:

- Guantes estériles, bata, mascarilla y gafas de protección ocular, gasas estériles, suero salino, lubricante hidrosoluble, antiséptico, apósito absorbente para traqueotomía, jeringa de 10 cc, dos cánulas de traqueotomía: una del mismo número y tipo que la que porta el paciente y otra de un número inferior (Ver anexo V), sistema para sujeción de cánula, sistema y material de aspiración, resucitador manual y mascarilla, material para oxigenoterapia y pinza trivalva si se dispone de ella, y si no pinza Kocher estéril.

PROCEDIMIENTO:

Se inicia con el lavado de las manos, se hace una evaluación del estroma revisando si existen zonas enrojecidas, edema o signos que sugieran la presencia de algún proceso infeccioso o hemorrágico, se hace una aspiración de la tráquea y de la faringe siguiendo el procedimiento técnico, se retira la gasa del extremo de la cánula, se lava con solución antiséptica y se coloca una nueva gasa, esta gasa no debe cortarse para evitar que las fibras que se desprenden pueden ingresar a la tráquea y causar abscesos o infecciones locales, se procede al cambio de la cinta de sujeción de la cánula, para ello se debe colocar guantes estériles, tapa boca y lentes, y se debe disponer de la ayuda de una persona con la misma indumentaria, esta persona debe sostener el extremo de la cánula mientras se cambia la cinta evitando la salida o expulsión del traqueostomo por tos o movimientos del paciente y una vez finalizado este procedimiento se acondiciona al paciente en la cama y se hacen las anotaciones pertinentes.

CUIDADOS DE ENFERMERIA.

En la traqueotomía temporal, no cambiar la cánula en al menos los primeros 7 días, en las traqueostomias permanentes, puede cambiarse a las 48 horas si precisa, cambiar la cánula interna las veces que se considere necesario para mantenerla permeable, el balón endotraqueal (neumotaponamiento) debe permanecer inflado, al menos, durante las primeras 24 horas postquirúrgicas, siempre que exista riesgo de aspiración y mientras el paciente esté sometido a ventilación mecánica; después de este tiempo desinflar el balón, si la situación del paciente lo permite.

TORACOCENTESIS.



DEFINICION:

La toracocentesis utiliza la guía por imágenes y una aguja para ayudar a diagnosticar y tratar las efusiones pleurales, una condición en la que el espacio entre los pulmones y la pared interior del pecho contiene un exceso de líquido. Se hace para ayudar a determinar la causa del exceso de líquidos y para mejorar cualquier falta de aliento o dolor mediante la remoción de líquido y la liberación de la presión de los pulmones.

OBJETIVOS:

- Obtención de líquido del espacio pleural para su posterior análisis. (Toracocentesis diagnóstica).
- Drenaje de aire o líquido de la cavidad pleural a fin de disminuir la dificultad respiratoria, (Neumotórax a tensión, traumatismos abdominales, accidentes de tráfico) (Toracocentesis terapéutica).

INDICACIONES:

- Neumotórax (aire en la cavidad pleural).
- Hemotórax (sangre en la cavidad pleural).
- Hemoneumotórax (sangre y aire en la cavidad pleural).
- Atelectasia (colapso del tejido pulmonar, producido en la mayoría de ocasiones por un neumotórax a tensión).

MATERIAL Y EQUIPO:

- Guantes estériles.
- Bata estéril
- Disposición estéril (yodo o clorhexidina).
- Campos estériles
- Vendaje estéril.
- Analgésico cercano (2% lidocaína).
- Jeringas de 3 o 5 ml.
- Catéter para toracocentesis de 10 a 12 fr. (1 fr = 1 francés = 0.33 mm).
- Tubo para hemotórax de 36 a 40 fr. (20 a 40 fr en jóvenes); Tubo de 18-28 fr para el neumotórax directo (14-16 fr. En niños).
- Jeringa para el final de fluidos (30 a 50 ml).
- Llave de tres vías.
- Botella de acumulación de prueba.
- Compresas y franjas estériles.

CUIDADOS DE ENFERMERIA:

Las funciones propias de la enfermera en esta técnica incluyen la evaluación continua del estado del paciente, el registro de constantes vitales, velar por la asepsia en todo el proceso, así como evitar la aparición de todos los efectos adversos previsibles producidos por el dolor y/o la sedación utilizada. Mantener una posición cómoda y adecuada tras la técnica: semi-Fowler sobre el lado no afectado, durante 30 minutos, vigilancia de dificultad respiratoria, dolor torácico, diaforesis, palidez, mareos o aumento de la frecuencia cardíaca, vigilancia del apósito, manchado, humedad.

PARACENTESIS ABDOMINAL.



DEFINICION:

La Paracentesis es una técnica invasiva que consiste en realizar una punción en la cavidad abdominal para obtener o drenar líquido peritoneal.

OBJETIVOS:

Colaborar en la realización de la prueba diagnóstica/terapéutica favoreciendo la máxima comodidad al paciente y realizarla de forma eficaz en el menor tiempo posible.

INDICACIONES:

- Ascitis a tensión
- Ascitis que origina insuficiencia respiratoria
- Ascitis asociada a fiebre, dolor abdominal, alteración del estado mental, íleo intestinal, encefalopatía de reciente inicio o hipotensión
- Signos de infección: leucocitosis periférica, acidosis, alteración de la función renal en pacientes con ascitis sin otro foco o sospecha de peritonitis bacteriana
- Sospecha de hemoperitoneo.

MATERIAL Y EQUIPO:

- Campo estéril.
- Bata estéril.
- Guantes estériles y no estériles.
- Gasas estériles.
- Antiséptico.
- Jeringas para extracción de muestras.

- Catéteres de punción abdominal.
- Tubos estériles.
- Frascos de aspiración para Paracentesis evacuadora.
- Sistema de extracción de vacío para Paracentesis evacuadora.
- Tubos de analítica.
- Anestesia local.
- Agujas IM, IV y S/c.
- Apósito.

PROCEDIMIENTO:

Empezaremos con la preparación del paciente, para ello, informar al paciente y su familia del procedimiento a realizar es lo primero que haremos. Resolveremos sus dudas y les facilitaremos el consentimiento informado para que lo firmen cuando crean oportuno, le pediremos que orine para vaciar la vejiga. Si es una Paracentesis terapéutica, tomaremos sus constantes vitales, mediremos el perímetro abdominal y comprobaremos que tenga una vía, a continuación colocaremos al paciente de la manera adecuada, que será en decúbito supino o ligeramente inclinado hacia su lado izquierdo, esto dependerá de la tolerancia que muestre a la postura, comenzaremos preparando el campo estéril y depositando dentro de él todo el material necesario para la realización de la prueba, descubriremos el abdomen del paciente y administraremos el antiséptico impregnado en una gasa de manera circular desde el punto de punción hacia la periferia, esperamos que seque y colocaremos un paño estéril fenestrado.

Durante la punción pediremos al paciente que permanezca quieto y que respire tranquilo, a partir de aquí, colaboraremos con el médico administrándole todo el material que vaya necesitando, tanto si la paracentesis es evacuadora o diagnóstica, prepararemos los tubos estériles en el caso que haya que obtener una muestra y recogeremos 10 cc de líquido ascítico para cada tubo, si la Paracentesis es evacuadora, controlaremos el ritmo de salida del líquido (debe ser lento y continuo) y conectaremos el sistema de extracción y los frascos para la evacuación del líquido, fijaremos el sistema al abdomen hasta que termine el drenado. Al retirar el catéter pondremos un apósito en el lugar de punción. Recogeremos el material y nos lavaremos las manos.

CUIDADOS DE ENFERMERIA:

Cuando la Paracentesis sea terapéutica, tras acabar de realizarla, mediremos el perímetro abdominal del paciente, tomaremos sus constantes vitales, mediremos la cantidad de líquido obtenido y le pediremos que permanezca en cama al menos una hora recostado del lado derecho.

PUNCION LUMBAR.



DEFINICION:

Una punción lumbar se realiza en la parte baja de la espalda, en la región lumbar. Durante una punción lumbar, se introduce una aguja entre dos huesos lumbares (vértebras) para extraer una muestra de líquido cefalorraquídeo, este es el líquido que rodea el cerebro y la médula espinal para protegerlos de lesiones.

OBJETIVOS:

Proporcionar los conocimientos necesarios para colaborar con el facultativo en la extracción de líquido cefalorraquídeo (LCR) con fines diagnósticos y/o terapéuticos.

INDICACIONES:

- Alteración de la producción, circulación y absorción del líquido cefalorraquídeo
- Alteración de la conciencia de origen no determinado
- Enfermedades infecciosas del sistema nervioso central
- Sospecha de hemorragia subaracnoidea
- Diagnóstico y tratamiento de enfermedades Onco-Hematológicas con afectación del sistema nervioso central.

MATERIAL Y EQUIPO:

- Batea, guantes no estériles, mascarilla, bata, guantes estériles, paño fenestrado estéril, antiséptico, gasas estériles, anestésico local, jeringas de 5 cc. y 10 cc., agujas subcutáneas e I.M, trocares de punción lumbar (18-22G), llave de tres pasos, sistema específico estéril de medición de presión de LCR, apósito estéril, contenedor para material punzante, tubos de recogida de muestras, etiqueta adhesiva identificativa de muestra y bolsa para la recogida de residuos.

PRODECIMIENTO:

Identificar al paciente, higiene de manos según PT-GEN-105, colocación de guantes no estériles, preparar el material sobre el campo estéril, aplicar el antiséptico en espiral, desde el punto de punción hacia el exterior, llegando a las crestas iliacas, proporcionar al facultativo el material que necesite en el desarrollo del procedimiento, en caso de ser necesario medir la presión, facilitar el sistema de medición de la presión de LCR, proporcionar los tubos para la recogida de muestra, ayudar a mantener la posición adecuada, sujetando al paciente y tranquilizándole durante todo el procedimiento, aplicar el antiséptico al finalizar el procedimiento, cubrir con apósito estéril la zona de punción y dejar al paciente acostado.

CUIDADOS DE ENFERMERIA:

Mantener al paciente acostado entre 4 – 6 horas, vigilar la aparición de posibles complicaciones: o Cefalea. o Infección, hinchazón o hemorragia en el punto de punción o cambios en el estado neurológico del paciente, adormecimiento, hormigueo o dolor que se irradia a extremidades inferiores, vigilar la zona de punción durante las primeras horas para detectar pérdidas de LCR. Si el apósito esta húmedo se cambiará y se comunicará al médico, si refiere cefalea intensa cuando está tumbado, mantener en reposo absoluto y avisar al médico y medir los signos vitales.

SECRECIONES Y TOMA DE CULTIVOS.



DEFINICION:

Una secreción es una sustancia sintetizada y posteriormente liberada por las células de una glándula o de un órgano. Existen numerosos tipos de secreciones orgánicas como las hormonas, los jugos gástricos o el esputo.

OBJETIVO:

Es recolectar el tipo de muestra para analizarla y saber si existe alguna alteración para ello se manda a los laboratorios.

INDICACIONES:

Para analizar el tipo de cultivo o secreciones.

MATERIAL Y EQUIPO:

Guantes estériles, suero fisiológico, aguja estéril, gasas estériles, recipiente estéril etc esto varia dependiendo del tipo de muestra que se recolectara,

PROCEDIMIENTO:

Lavarse las manos adecuadamente y secarlas con toallas estériles, colocar los guantes estériles, realizar la recolección del cultivo o secreción.

Sobre los cuidados no se realiza ya que no es una cirugía que se realizara solo se toma sangre, orina, saliva etc.