



**Nombre de alumno: RAUL RODRIGUEZ
GONZALEZ**

**Nombre del profesor: fernando
romero**

Nombre del trabajo: super nota

**Materia: enfermeria medico
quirurgica**

Grado: 5° cuatrimestre

Grupo:U

VENOCLISIS

OBJETIVOS

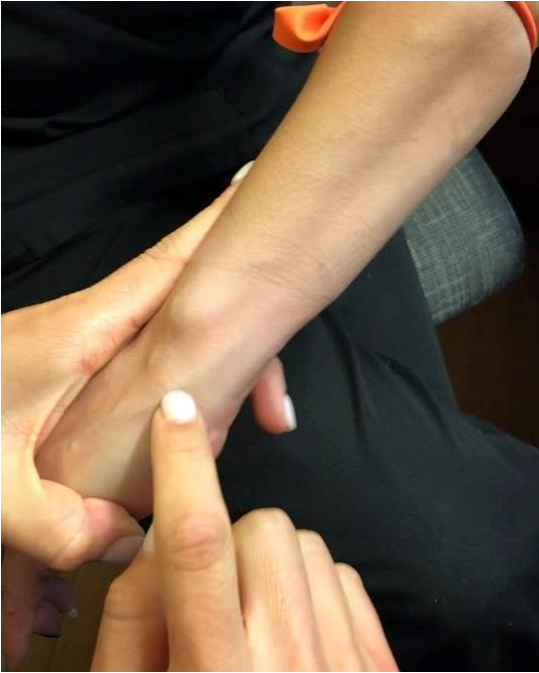
Administrar fluidos cuando los pacientes tienen incapacidad de ingerir un volumen adecuado de líquidos por vía oral.

Proporcionar las sales necesarias para mantener el equilibrio electrolítico.

Aportar Glucosa (dextrosa), fuentes de energía principal para el metabolismo.

Proporcionar una vía para administración de fármacos hidrosolubles.

Establecer una vía de administración rápida en un momento de urgencia.



Localizando la mejor vena

MATERIAL

- Bandeja.
- Guantes estériles.
- Lazo hemostático.
- Descartador de objetos punzantes.
- Tela adhesiva.
- Tegaderm.
- Solución a administrar estéril con su respectiva guía de perfusión (macro gotero, micro gotero).
- Torunda de algodón, con antiséptico de uso en el servicio.
- Catéter endovenoso (tipo Abbocath), calibre según necesidad del paciente. Recordar que si hay que pasar soluciones rápidas o transfusiones de sangre el Abbocath debe ser de calibre 14 a 18.
- Gasas.
- Llave de tres vías con alargador.

- Soporte de suero.
- Bomba de infusión si se dispone.
- Rotular la solución con identificación: nombre y apellido del paciente, HC, cama, servicio, tipo de solución, agregados, hora, fecha, goteo de flujo y firma del enfermero con N° de matrícula.
- Etiquetar la zona donde se colocó la venoclisis con fecha, hora, nombre de enfermero, matrícula.

TÉCNICA

LAVADO DE MANOS.

- Preparar al paciente e informar el procedimiento.
- Abrir y preparar el equipo. Introducir la espiga en el contenedor de la solución.
- Colgar el contenido en el soporte de suero y llenar parcialmente la cámara de goteo.
- Quitar la tapa del extremo distal manteniendo siempre la asepsia; abrir la pinza y dejar correr el líquido para purgar la guía observando que no queden burbujas en el tubo.
- Volver a cerrar la pinza del tubo y colocar la tapa.
- Poner el rótulo identificatorio.
- Colocarse los guantes.
- Seleccionar y preparar el punto de punción, elegir partes más proximales de las venas, lugar de elección más utilizada para punción es el (pliegue del brazo, dorso de la mano, dorso del pie y safena)
- Colocar el torniquete alrededor de 15 a 20 cm por encima de la vena seleccionada.
- Si la vena no está lo suficientemente visible, realizar pequeños golpecitos sobre la piel en dirección del flujo venoso hacia el corazón.
- Si no se visualiza o palpa la vena, soltar el lazo e intentar en otro sitio. Repetir nuevamente el procedimiento.
- No tratar de alcanzar una vena más de dos veces. Si después de la segunda vez no se puede localizar una vena con la aguja, hay que solicitar ayuda de otra persona.
- Limpiar zona de punción con antiséptico por norma institucional.
- Realizar la asepsia desde el centro hacia la periferia.
- Permitir que la solución se seque.
- Cuanto menor sea el calibre, más grueso será el catéter y se puede administrar el medicamento más rápidamente y extraer mejor la sangre.
- Insertar el catéter (Abocath) con el bisel hacia arriba en un ángulo de 15 a 30 grados.
- Una vez que aparezca sangre en la luz del catéter, se retira el mandril de a poco a medida que se va introduciendo suavemente el teflón.
- Liberar el torniquete, conectar al extremo el tubo de perfusión y liberar el goteo.
- Desecha la aguja en un contenedor de objetos punzantes adecuado.

- Colocar el tegaderm, si no hay, utilizar cinta y realizar procedimiento como se describe en el próximo párrafo.
- Fijar el catéter con un método en “U”, utilizar tres tiras de tela adhesiva, doblar una para ambos lados, la otra sobre las terminales del catéter y la última para sostener el tubo.
- Cubrir con una etiqueta que figure fecha, hora y calibre del catéter.
- Comprobar si la colocación fue óptima, y esto se hace poniendo el sachet de solución por debajo del lugar donde se realizó la punción para verificar si hay retorno de sangre por la vía del suero.
- Asegurarse que el flujo de perfusión sea el indicado.
- Rotular el sachet de la solución con nombre del paciente, número de cama, servicio, hora de comienzo, velocidad de goteo y nombre completo de enfermero.
- Documentar los datos en hoja de enfermería, si se realizó cambio de tubuladura, hora de comienzo del plan y finalización según goteo, tipo de solución.
- Firmar registro con N° de matrícula, nombre y apellido claros del enfermero.



NUTRICIÓN PARENTERAL Y ENTERAL

La nutrición parenteral es la que por vía intravenosa aporta al paciente los elementos nutritivos que necesita. Este tipo de nutrientes suelen ser: carbohidratos, proteínas, grasas, vitaminas, azúcares, vitaminas etc. La nutrición enteral consiste en la administración de nutrientes de diversos tipos a través de una sonda. Esa sonda tiene un extremo que queda fuera del cuerpo del paciente y otro que se coloca en diversa partes del sistema digestivo (como el estómago, según los casos) en función de la situación del paciente y su edad. Para poder utilizar este tipo de nutrición es esencial que el sistema digestivo del paciente funcione.

Existen diversos tipos de sonda como la nasogástrica, que es la que se coloca a través de la nariz hacia el estómago o el intestino; y la sonda gastrostomía que es la que se coloca a través de la piel en el estómago o en el intestino.

La nutrición enteral, como decíamos anteriormente, se utiliza en los casos en los que la persona no puede o no debe ingerir alimentos, pero tiene un aparato digestivo que funciona perfectamente. La nutrición enteral es más sencilla que la nutrición parenteral y produce, en general, menos complicaciones, aunque en ambos casos es preciso un profesional experto en el suministro de alimentación artificial.

En ambos tipos de nutrición el objetivo es el mismo: que el estado nutritivo se mantenga en niveles correctos, cuando por diversas razones puede darse un supuesto de desnutrición.

Por otro lado, aportan beneficios como la facilidad de hacer un seguimiento nutricional, la disminución de las complicaciones derivadas de una cirugía, el descenso de la mortalidad y la reducción del tiempo que el paciente está en las unidades de cuidados intensivos o en el hospital.

Para cada paciente habrá que elegir el tipo de nutrición más adecuado en función de su estado, su edad, las complicaciones que puedan surgir, y, además, habrá que evaluar los resultados para hacer cambios si fuera necesario e ir eliminando a medida que el paciente mejora, la alimentación artificial.

La gasometría arterial es la recolección de una muestra de sangre arterial que puede hacerse mediante:

- punción directa, conocida como gasometría
- punción indirecta, a través de una arteria canalizada con anterioridad

La finalidad de la punción arterial es valorar el pH, las presiones parciales de los diferentes gases que existen en la sangre arterial (O₂ y CO₂) y el equilibrio ácido-básico

La extracción de sangre para una gasometría puede hacerse desde diferentes arterial, las mas usuales son radial, braquial y femoral;

- La arteria radial es una arteria del antebrazo que se origina como rama de bifurcación externa de la arteria humeral, comienza aproximadamente 1 cm por debajo de la flexura del codo, y pasa a lo largo de la cara radial del antebrazo hacia la muñeca. Es la principal elección para la punción arterial. Es necesario hacer el test de Allen para valorar la eficacia de la circulación colateral de la mano.
- La arteria femoral. Se origina como continuación de la arteria iliaca externa, recorre la parte anterior del muslo y después se dirige hacia atrás hasta llegar a la región poplíteica. Es el lugar de punción en ausencia de pulsos periféricos palpables, tiene mayor riesgo de complicaciones.
- La arteria braquial o humeral. Es la arteria del brazo, continuación de la axilar. Sigue su trayectoria hacia abajo y hacia adentro, y se coloca medial al músculo bíceps llegando hasta el canal bicipital interno, donde se divide en dos ramas terminales: la arteria radial y la cubital. Es menos usada por el riesgo de trombosis y la posibilidad de isquemia en la zona distal del brazo y mano, ya que no tiene buenas colaterales.

La punción arterial está indicada para:

- Valorar el patrón respiratorio.
- Evaluar el nivel de oxigenación y perfusión
- Determinar la existencia de desequilibrios electrolíticos
- Realizar registros de valores basales respiratorios.

La punción arterial está contraindicada en:

- Cirugía previa de la zona
- Pacientes tratados con anticoagulante o con coagulopatía conocida
- Infección cutánea u otra lesión cutánea
- Disminución de la circulación colateral
- Arterioesclerosis grave
- Pacientes con lesiones graves de a la extremidad

COMPLICACIONES

- Hematomas: pueden llegar a producir neuropatías por compresión secundaria. Los pacientes anticoagulados son los más expuestos.
- Infecciones: se debe a la alteración en la continuidad de la piel tras la punción.
- Isquemias: el espasmo arterial o un hematoma pueden alterar la circulación de la extremidad, sobre todo de la arteria braquial, por no tener circulación colateral
- Neuropatías: se pueden producir al pinchar el nervio inadvertidamente.
- Seudoaneurisma: consisten en un hematoma periarterial comunicado con la luz del vaso a través de una zona de rotura

PREPARACIÓN DEL MATERIAL Y PACIENTE

El material necesario es:

- Contenedor para desechar material fungible
- Antiséptico como povidona yodada o clorhexidina
- Guantes no estériles
- Gasas
- Esparadrapo
- Jeringa de gasometría

Preparación al paciente:

- Antes de realizar la técnica es necesario explicar al paciente claramente la técnica a realizar y aclara cualquier duda al paciente y/o familiar.
- Colocar al paciente de decúbito supino
- Arteria radial:
 - Se estabiliza la muñeca sobre una toalla pequeña o paño enrollado
 - Flexión dorsal de a muñeca en 30°
 - Realizar el test de Allen

Arteria femoral:

- se gira la pierna ligeramente hacia fuera
- se elige un punto próximo al pliegue inguinal, unos 2 cm por debajo del ligamento inguinal

Arteria braquial:

- Se coloca una toalla enrollada bajo el codo del paciente mientras de hiperextiende el codo
- Se rota la muñeca del paciente hacia fuera.

PROCEDIMIENTO PARA LA PUNCIÓN ARTERIAL

- Colocar al paciente según la arteria elegida
- Realizar el lavado de manos
- Colocarse los guantes
- Palpar la arteria elegida con los dedos índice y medio
- Desinfección de la zona de punción con la gasa y el desinfectante, dejándolo actuar el tiempo necesario

Realizar la punción con la mano dominante:

- 45° en la radial
- 60° en la braquial
- 90° en la femoral

PROCEDIMIENTO PARA LA EXTRACCIÓN DE LA SANGRE

- Observar la aparición de flujo sanguíneo retrógrado sin necesidad de aspirar
- Extraer la muestra, evitando la entrada de aire
- Retirar la aguja y la jeringa
- Presionar sobre el punto de punción con una gasa firme y constante, entre 5 a 10 minutos
- Colocar apósito compresivo sobre el lugar de punción y fijarlo con esparadrapo, ejerciendo ligera presión
- Agitar ligeramente la muestra para evitar a coagulación
- Desconectar la aguja de la jeringa, desechándola en el contenedor de objetos punzantes.
- Eliminar las burbujas de aire, colocar el tapón de jeringa y etiquetar
- Retirar el material utilizado
- Quitarse los guantes y realizar lavado de manos higiénico
- Procesar la muestra, teniendo en cuenta si el paciente tiene oxigenoterapia el flujo de O₂

CUIDADOS Y PRECAUCIONES

Para evitar las complicaciones se debe tener en cuenta las siguientes precauciones

- Elegir una arteria fácilmente accesible y que comparta con otra la irrigación de un tercero, es la arteria radial.
- Realizar la técnica de punción correctamente

- Si el paciente tiene oxigenoterapia y queremos obtener una muestra basal, debemos esperar 30 minutos tras el cese de la administración de oxígeno
- En pacientes anticoagulados aumentaremos el tiempo de compresión y vigilancia.

Los cuidados serán:

- Tras la punción, controlar el pulso cada 10 minutos durante media hora para asegurarnos que no hay lesión en la arteria o nervio.
- Si la punción se realiza en la arteria femoral, el riesgo de hemorragia y hematoma es mayor, por lo que el tiempo de compresión será de 10 a 20 minutos. 3
- En pacientes anticoagulados, aumentaremos el tiempo de compresión y vigilancia

CÓMO SABER QUE LA SANGRE ES ARTERIAL Y NO VENOSA:

- Si al realizar la punción, la sangre ha subido el émbolo de la jeringa sin necesidad de aspirar y con pulso, la punción ha sido arterial.
- Se debe establecer una correlación clínico-gasométrica, es decir, valorar los resultados teniendo en cuenta el estado clínico del paciente
- Si las dudas persisten avisaremos al médico y mientras colocaremos el pulsioxímetro al paciente y:

1. Sat O₂ > 90% = pO₂ > 60..... niveles normales
2. Sat O₂ < 90%..... niveles malos
3. Sat O₂ < 80 %..... niveles muy malos

2. Valores normales de la gasometría

Pa O₂.....75-100 mmHg

PaCO₂.....38-42 mmHg

Ph sangre arterial7,38-7,42

Sat O₂.....94 -100%

HCO₃ (bicarbonato).....22-28 mEq/litro

TEST DE ALLEN

Nos ayuda a determinar la permeabilidad de la circulación colateral de las arterias radial y cubital del paciente, antes de realizar la punción arterial.

Procedimiento:

- Colocar la palma de la mano hacia arriba, para observar los cambios de color, pidiendo al paciente que apriete el puño.
- Comprimir simultáneamente las arterias radial y cubital con los dedos índice y medio, obstruyendo el flujo sanguíneo arterial de la mano, mientras el paciente abre y cierra la mano varias veces
- Observar que la palma de la mano tendrá un color pálido, al no tener flujo arterial
- Liberar la presión de la arteria cubital, y vigilar el tiempo que tarda el color de la palma de la mano en reaparecer
 - Se recupera en 7 segundos, el test es positivo por lo que se asegura la permeabilidad de la circulación colateral
 - Si tarda entre 8-14 segundos, el resultado es dudoso
 - Si tarda más de 15 segundos el test es negativo
 - Este proceso se repite liberando la arteria radial.

P
R
E
O
P
E
R
A
T
O
R
I
O

Los cuidados por parte de Enfermería en el área preoperatoria son el conjunto de actividades destinadas a la preparación física y psicológica del paciente, también comprenden aquellas dirigidas a organizar la historia clínica. Además se pretende identificar condiciones que puedan alterar los resultados de la intervención y la prevención de posibles complicaciones quirúrgicas.

Podemos dividir el preoperatorio en dos fases:

Mediato: Desde que el paciente decide intervenir hasta 12 horas antes de la intervención.

Inmediato: Desde las 2-4 horas antes de la intervención hasta la sala de operaciones.

Dentro del periodo mediato, se originan una serie de intervenciones en el paciente entre las que debemos destacar:

Recibir al paciente y la autorización para la cirugía. En este punto debemos asesorar al paciente, informándole y resolviendo todas las dudas que pueden plantearse frente a la cirugía, logrando controlar el temor y la ansiedad que puede presentar. La firma del consentimiento para realizar la intervención es de gran importancia, ya que permite que la cirugía se lleve a cabo

Se debe realizar un examen fisiológico, controlando sus constantes vitales, para asegurarnos que el paciente ingresa con total seguridad evitando riesgos que puedan aparecer en el postoperatorio o durante la cirugía.

Revisamos la historia clínica del paciente y comprobamos que se encuentren todas las pruebas necesarias, resultados de análisis de sangre, pruebas radiológicas...

Informar al paciente sobre las horas de ayuno previas a la cirugía, indicándole la hora límite a partir de la cual no debe consumir ningún alimento por boca.

Para el periodo inmediato, las intervenciones enfermeras que se deben realizar son las siguientes:

- Controlar los signos vitales.
- Comprobar que el paciente ha mantenido la ayuna prequirúrgica.

Administrar medicamentos prequirúrgicos según indicación médica: antibióticos, sedantes, analgésicos...

Identificar al paciente con su nombre completo, número de habitación y de cama, y servicio en el que se encuentra.

Retirar del paciente todos los objetos metálicos, prótesis dentales, prótesis oculares...

Comprobar que la zona quirúrgica no tenga vellos, y proceder al rasurado si fuese preciso, según las indicaciones médicas o según operación quirúrgica.

Comprobar nuevamente que la historia clínica del paciente este completa, con los consentimientos quirúrgicos necesarios firmados y las pruebas correspondientes.

Colocar al paciente los elementos necesarios para la intervención, como gorro quirúrgico, bata especial. Además de realizar la cura de las heridas, poniendo vendajes limpios.

Asegurarnos de que la canalización de la vía periférica está permeable, haciendo especial interés en que esta sea de un calibre adecuado para la cirugía a realizar

