



Nombre del alumno: Yohana Verenisse López Cruz

Nombre del profesor: Cecilia Zamorano

Nombre del trabajo: super nota

Materia: Enfermería medico-quirurgica

Grado: 5to cuatrimestre

Grupo: "A"

Comitán de Domínguez Chiapas a 12 de marzo de 2021.

ALTERACIONES DEL EQUILIBRIO HIDROELECTROLÍTICO

Los electrolitos están presentes en la sangre, la orina y otros líquidos corporales.

Un equilibrio adecuado de electrolitos ayuda al cuerpo a mantener los líquidos a las concentraciones adecuadas.



Síntomas de un desequilibrio hidroelectrolítico

fatiga



mareos



Nauseas



debilidad



La quimioterapia puede hacer que las concentraciones de electrolitos descendan o aumenten demasiado.

Los cambios en la cantidad de agua corporal por efectos secundarios como los vómitos o la diarrea también pueden causar desequilibrio hidroelectrolítico.

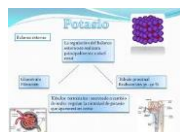
tratar el desequilibrio hidroelectrolítico

- Puedes comprobar tus concentraciones de electrolitos mediante un análisis de sangre u orina.
- Si tienes un desequilibrio tu médico quizá te aconseje consumir alimentos ricos en electrolitos o tal vez, tomar un suplemento.
- Cuidados específicos de enfermería:
 - Incorporar a la dieta alimentos ricos en sodio (ver tabla de alimentos en el capítulo de insuficiencia cardíaca)
 - Valorar el estado del paciente para prevenir complicaciones (vómitos, dolores abdominales, cambios en sistema nervioso central como letargo, confusión, espasmos musculares y convulsiones)
 - Valorar la densidad de la orina

El sodio



el potasio



el cloruro



calcio



Material

- ❖ Abbotat o jeringa de 5 o 10 ml. Dependiendo del tipo de venoclisis que se realizará.
- ❖ Cánula para venoclisis (generalmente ya viene todo el equipo incluido con la jeringa para venoclisis)
- ❖ Torunda o gasa impregnada de antiséptico (alcohol)
- ❖ Liga de goma o torniquete
- ❖ Solución por administrar
- ❖ Sistema de infusión o tubo extensor o (generalmente viene incluida con la solución)
- ❖ Cinta adhesiva de uso médico o cinta micropore de 10 cm de ancho. Esta cinta la deberás cortar de la siguiente forma: 1.- un cuadro de 10 x 10 cms. aproximadamente; 2.- un rectángulo de 5x10 cm aproximadamente; 3.- tres tiras de 5 x10 cm aproximadamente.
- ❖ Guantes y mascarilla estériles y desechables
- ❖ Bolsa para desechos



Venoclisis



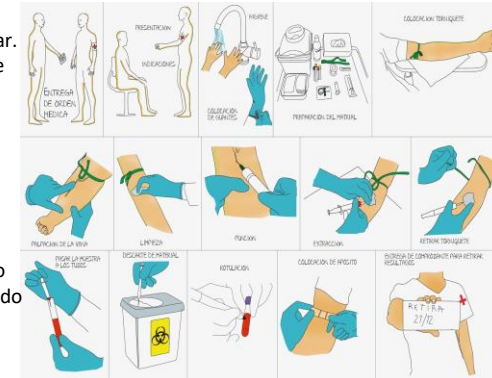
Es un procedimiento para canalizar una vía venosa, ya sea para la administración de líquidos, medicamentos o con fines diagnósticos a través de una vena.



Pueden administrarse nutrientes, suero, sangre, o electrolitos por vía intravenosa. Este método es utilizado cuando no es posible administrar sustancias por otra vía (generalmente por vía oral).

Procedimiento

- Explicar el procedimiento al paciente.
- Conectar el sistema de infusión con la solución que se va a administrar (suero, por ejemplo).
- Purgar el sistema de infusión: Al conectar la solución que generalmente viene en bolsa o frasco dejar que el líquido circule por el sistema para que saque todo el aire y no queden burbujas.
- Extraer el abbotat, jeringa o cánula de su empaque y conectar en el extremo que corresponde al sistema de infusión extrayendo el aire al permitir que circule la solución.
- Elegir la vena que va a ser canalizada. De preferencia se debe elegir un vaso sanguíneo en el dorso de la mano o antebrazo. No se recomienda utilizar un vaso sanguíneo de alguna pierna o pie debido al elevado riesgo de producir una tromboflebitis.
- Ligar con un lazo de goma elástica aproximadamente 10 centímetros arriba del sitio que será punzado. Ajustar bien la tira de goma y atar. Pedir al paciente que abra y cierre la mano con la finalidad que sea más visible la vena. El torniquete se aplica principalmente cuando se requiere una acción de primeros auxilios.
- Limpiar bien con alcohol el área donde se hará la punción, dejando el área completamente aséptica.
- Con una mano (la menos hábil) sujeta la vena y con la otra la cánula.
- Introducir lentamente la aguja con una inclinación aproximada de 30 grados e ir disminuyendo el ángulo de inserción progresivamente. Esta es la parte que requiere más paciencia y no debes desesperar. Es muy importante que la aguja nunca se salga o atraviese la vena, pues si se rompe la vena se hará un pequeño hematoma y tendrás que utilizar otra vena. Si se observa que entra un poco de sangre disminuye el ángulo de inserción. Lo importante es que consiga entrar la cánula o aguja en la vena sin salirte de ella. Si se está utilizando un catéter abbotath (o simplemente abbotat) podrá observarse que la cámara de éste se llena de sangre. Esta es señal que se ha punzado correctamente. Se remarca que si se rompe la vena habrá que cambiar por otra vena sacando la cánula presionando con un algodón empapado de antiséptico con la finalidad que no sangre. Desechar la cánula utilizada y cambiarla por una nueva.
- Si se consiguió introducir la cánula exitosamente en la vena sin romperla, retirar la parte de metal y dejar la de plástico, goma o teflón.
- Conectar la cánula al equipo de infusión. El sistema de infusión debe estar purgado como se explicó anteriormente.
- Retirar la liga de goma o torniquete
- Fijar el abbotat, aguja para venoclisis, cánula o vía intermitente (recordar haber retirado la parte metálica) con la cinta adhesiva médica. Se utilizarán primero el rectángulo de 5x10 cm., después pegar las dos tiras de forma cruzada y la última tira de 5x10 cm en forma de "U" alrededor del brazo o antebrazo de la mano. Finalmente pegar el cuadro de cinta grande de 10 x 10 cm. para así dejar fija la férula.
- Colocar el sistema de infusión en el lugar adecuado.
- Dejar que circule la solución que se va a administrar.
- Registrar en una hoja de enfermería o documento los datos más importantes como la hora de canalización de la vena, la sustancia que se está administrando, datos del paciente, etc.



Las dietas hospitalarias ocupan un espacio delicado por naturaleza, los menús de las dietas hospitalarias tienen que ayudar a mejorar la salud del paciente y/o mantener un estatus nutricional óptimo, incurrir en la menor cantidad de costes posibles y también, cómo no, ser del agrado de la persona hospitalizada.



Tratamiento nutricional

Las dietas hospitalarias son un elemento esencial del proceso de recuperación del enfermo, que parte de sus necesidades y restricciones, de ahí que su naturaleza sea esencialmente individualizada.



Tipos fundamentales de dietas hospitalarias

Dietas de progresión

Dieta líquida

personas que necesitan muy poca estimulación gastrointestinal o que estén pasando de la alimentación parental a la oral, son alimentos líquidos a una temperatura ambiente



Dieta semilíquida

alimentos de textura líquida y pastosa, como yogurt o gelatina. También por alimentos triturados. Es un paso intermedio entre la dieta líquida y la blanda.



Dieta blanda

Los alimentos son de textura blanda, pero enteros, con bajo contenido de fibra y grasas.



Dietas con restricción calórica

Para personas obesas o con sobrepeso. Se restringe la ingesta calórica, pero cuidando la aportación de nutrientes esenciales.

- Dieta hipocalórica de 1000 kcal
- Dieta hipocalórica de 1500 kcal
- Dieta hipocalórica de 1800 kcal



Dietas con restricción glucémica

- Dieta diabética de 1500 kcal
- Dieta diabética de 1000 kcal
- Dieta diabética de 1000 kcal



Dietas con modificación de lípidos

Dieta hipolípida

se aplica en enfermos que tienen colesterol y triglicéridos altos.



Dieta de protección biliopancreática

para personas con enfermedades de la vesícula biliar o con pancreatitis. Se restringe significativamente la ingesta de grasas.



Dietas con modificación de fibra

Dieta sin residuos

dieta muy baja en fibra, lactosa y grasas. Se usa frecuentemente antes de operaciones del colon que requieren limpieza del intestino grueso.



Dieta astringente

dieta sin residuos, orientada de forma habitual a personas con gastroenteritis o con otras enfermedades que causan diarreas



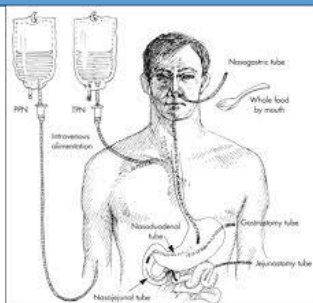
Dieta laxante o rica en residuos

uso en casos de estreñimiento.



Técnica de nutrición parenteral y entera

Es el suministro de nutrientes como: Carbohidratos, proteínas, grasas, vitaminas, minerales y oligoelementos que se aportan al paciente por vía intravenosa; cuando por sus condiciones de salud no es posible utilizar las vías digestivas normales y con el propósito de conservar o mejorar su estado nutricional.



Valoración del paciente

Obtener el peso de base del paciente observando la presencia de edema, conocer la historia clínica del paciente, evaluación de las proteínas séricas del paciente, control de las concentraciones de triglicéridos y lípidos.



Equipo

Solución para nutrición parenteral (total o parcial).

Equipo de administración I.V.



Bomba de infusión.

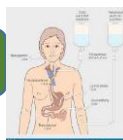


- Campos estériles.
- Guantes.
- Gasas estériles.
- Solución antiséptica.
- Etiqueta para solución.
- Bata, gorro y cubrebocas.



Nutrición parenteral parcial (NPP)

La concentración de dextrosa es menor para proporcionar una fórmula que sea menos hiperosmolar, (osmolaridad 900 mOsm/l para evitar la trombosis venosa.

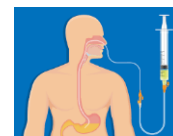


En la nutrición parenteral total (NPT)

terapéutica como hiperalimentación, se ingesta carbohidratos, proteínas, grasas, electrolitos (potasio, calcio, magnesio y cloruro de sodio), vitaminas, oligoelementos.



Proporcionar una cantidad y calidad suficiente de sustancias nutritivas por vía intravenosa, para llevar a cabo los procesos anabólicos y promover el aumento de peso en algunos casos, mantener un balance positivo de líquidos y nitrógeno, mantener la masa muscular y proporcionar calorías para las demandas metabólicas.



son las acciones que se realizan para mantener el estado nutricional adecuado al paciente que no puede alimentarse por la vía oral.

Nutrición Enteral

Material y equipo

- Sonda nasoenteral.
- Bomba para infusión (opcional).
- Equipo para nutrición enteral (si se utiliza bomba de infusión).
- Botella con el contenido de la fórmula nutricional (si se utiliza bomba de infusión).
- Bolsa para alimentación.
- Fórmula alimenticia dieta completa (dieta polimérica) si está indicada.
- Jeringa de 20 ó 30 ml.
- Jeringa de 10 ml.
- Agua purificada.
- Estetoscopio.



Procedimiento

1. Si el paciente no tiene instalada la sonda, revisar el procedimiento de instalación.
2. Revisar la prescripción médica e identificación del paciente.
3. Revisar las condiciones de la fórmula nutricional, como la caducidad, y detectar que esté a temperatura ambiente, además de no tener más de 24 horas de preparación. UNIVERSIDAD DEL SURESTE 128
4. Explicar al paciente el procedimiento que se le va a realizar.
5. Aspirar suavemente con la jeringa conectada al dispositivo de entrada de la sonda, el contenido gástrico; con el propósito de verificar la cantidad de alimentación residual y confirmar la correcta colocación de la sonda. Si se extrae una cantidad mayor de 50 ml de fórmula (en paciente adulto) se retrasará el horario de la administración y más de 100 ml se suspenderá la toma (esta determinación se llevará a efecto de acuerdo a la prescripción o criterio médico).
6. Regresar el contenido residual al estómago, con esto se evita la pérdida de electrolitos y HCL. Otra forma de confirmar la correcta colocación de la sonda es inyectando 5 a 10 ml de aire, a través de una jeringa conectada al dispositivo de entrada de la sonda. Se realiza la auscultación del estómago con el estetoscopio en el que un sonido de gorgorismo intenso ayudará a confirmar la presencia de la sonda en el estómago.
7. Colocar al paciente en posición Fowler, elevando la cabecera de la cama 30 a 45°. Con esta posición se previene la posibilidad de broncoaspiración.
8. Administración de la fórmula.
9. Antes de que termine el flujo de la nutrición, será necesario pinzar nuevamente, de no hacerlo así permitiría la entrada de aire, provocando distensión abdominal.
10. Introducir de 5 a 10 ml de agua purificada para limpiar la sonda y evitar que pueda taparse.



Es un tipo de prueba médica que se realiza extrayendo sangre de una arteria para medir los gases (oxígeno y dióxido de carbono) contenidos en esa sangre y su pH (acidez). Requiere la perforación de una arteria con una aguja fina y una jeringa para extraer un pequeño volumen de sangre.

PROCEDIMIENTO

El personal médico que realiza la gasometría hará primero un test de Allen. Esta prueba confirma que el paciente tiene la circulación colateral a la mano. La arteria radial, junto con la arteria cubital, suministra sangre a la mano. Aunque es poco probable, si la arteria radial es dañada durante la extracción de sangre, es importante asegurarse de que la arteria cubital está suministrando sangre a la mano.

El siguiente paso es limpiar la muñeca con un algodón con alcohol para prevenir una infección. Debido a que las arterias no se ven, el técnico palpará el pulso. Una vez que el pulso se encuentra, introducirá la aguja y la sangre fluirá en la jeringa. Después se retira la aguja, y se aplica presión a la arteria durante unos pocos minutos para asegurar que el sangrado se ha detenido. La muestra de sangre se lleva a una máquina especial que puede proporcionar los valores de laboratorio.



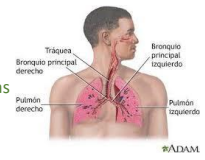
Figura 4. Técnica correcta para la obtención de una gasometría arterial. 1) El técnico debe lavar sus manos y la muñeca del paciente con agua y jabón. 2) Limpieza de la muñeca con alcohol. 3) Palpación de la arteria radial. 4) Limpieza de la muñeca con alcohol. 5) Inserción de la aguja. 6) Aspiración de la muestra de sangre. 7) Retiro de la aguja. 8) Aplicación de presión a la arteria para detener el sangrado.

Técnica de gasometría

Se distinguen cuatro trastornos

Acidosis respiratoria

Una respiración comprometida hace que el CO2 no pueda salir del cuerpo, y por lo tanto aumenta en la sangre la concentración de CO2 y el pH disminuye. Las posibles causas incluyen la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) o la neumonía.



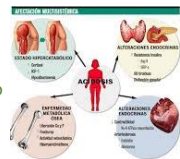
Alcalosis respiratoria

Un aumento de la respiración elimina más CO2, lo que permite que la concentración de CO2 en sangre disminuya y el pH aumente. Las posibles causas incluyen hiperventilación, dolor y ciertas enfermedades pulmonares.



Acidosis metabólica

Es un pH bajo junto con una disminución de la concentración de bicarbonato en la sangre. Las posibles causas incluyen una diabetes mellitus no regulada y problemas renales graves.



Alcalosis metabólica



La prueba se utiliza para determinar el pH de la sangre, la presión parcial de dióxido de carbono (pCO2) y oxígeno (pO2), y el nivel de bicarbonato. Muchos gasómetros también ofrecen datos de las concentraciones de lactato, hemoglobina, electrolitos diversos (sodio, potasio, calcio y cloro), oxihemoglobina, carboxihemoglobina y metahemoglobina.

VALORES NORMALES EN GASOMETRÍA

En sangre ARTERIAL

pH	7.35-7.45	EQUILIBRIO ÁCIDO-BASE
PaCO ₂	35-45 mmHg	
HCO ₃	22-26 mmol/l	
OXIGENACIÓN		PaO ₂
	85-100 mmHg	
	95-100%	SO ₂
Na ⁺	135-145 mmol/l	ELECTROLITOS
K ⁺	3.5-5 mmol/l	
Ca ⁺	8.5-10.5 mmol/l	
Cl ⁻	96-108 mmol/l	

@enfermera.en.proceso

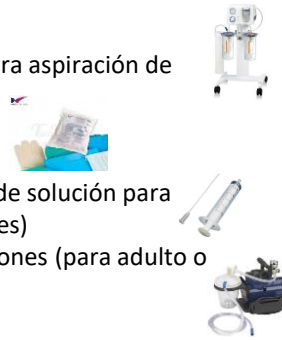
Técnica de aspiración de secreciones

Es un procedimiento efectivo cuando el paciente no puede expectorar las secreciones, ya sea a nivel nasotraqueal y orotraqueal, o bien la aspiración traqueal en pacientes con vía aérea artificial.



Material y equipo

- Aparato de aspiración (sistema para aspiración de secreciones de pared).
- Guantes desechables estériles.
- Solución para irrigación.
- Jeringa de 10 ml (para aplicación de solución para irrigación y fluidificar las secreciones)
- Sondas para aspiración de secreciones (para adulto o pediátrica).
- Solución antiséptica.
- Riñón estéril.
- Jalea lubricante.
- Gafas de protección y cubrebocas.
- Ambú.



Objetivos

1. Mantener la permeabilidad de las vías aéreas.
2. Favorecer la ventilación respiratoria.
3. Prevenir las infecciones y atelectacias ocasionadas por el acumulo de secreciones.

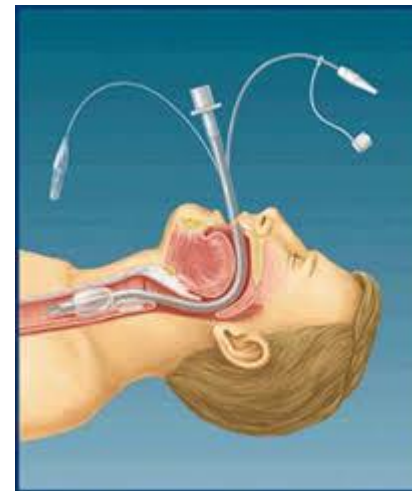


Contraindicaciones

- En estas condiciones, se tomarán en cuenta las condiciones del paciente y bajo criterio médico.
- Trastornos hemorrágicos (coagulación intravascular diseminada, trombocitopenia, leucemia).
- Edema o espasmos laríngeos.
- Varices esofágicas.
- Cirugía traqueal.
- Cirugía gástrica con anastomosis alta.
- Infarto al miocardio.

Procedimiento

1. Explicar al paciente el procedimiento que se le va a realizar.
2. Checar signos vitales.
3. Corroborar la funcionalidad del equipo para aspiración, ajustarlo a:
4. Corroborar la funcionalidad del sistema de administración de oxígeno.
5. Colocar al paciente en posición Semi-Fowler, sino existe contraindicación.
6. Lavarse las manos.
7. Disponer el material que se va a utilizar, siguiendo las reglas de asepsia.
8. Colocarse cubrebocas, gafas protectoras.
9. Pedir al paciente que realice cinco respiraciones profundas o bien conectarlo al oxígeno.
10. Activar el aparato de aspiración (o el sistema de pared).
11. Colocarse el guante estéril en la mano dominante. Pueden colocarse en ambas manos y considerar contaminado el guante de la mano no dominante.
12. Con la mano dominante retirar la sonda de su envoltura, sin rozar los objetos o superficies potencialmente contaminados. Enrollar la sonda en la mano dominante.
13. Conectar la sonda de aspiración al tubo del aspirador, protegiendo la sonda de aspiración con la mano dominante y con la otra mano embonar a la parte de la entrada del tubo del aspirador, comprobar su funcionalidad oprimiendo digitalmente la válvula de presión.
14. Lubricar la punta de la sonda.
15. Introducir la sonda suavemente en una de las fosas nasales, durante la inspiración del paciente. Cuando se tiene resistencia al paso de la sonda por nasofaringe posterior, se rota suavemente hacia abajo, si aún continúa la resistencia intentar por la otra narina o por vía oral. No se debe aspirar la sonda en el momento en que se está introduciendo, para evitar la privación de oxígeno al paciente, además de disminuir el traumatismo a las membranas mucosas.
16. Pedir al paciente que tosa, con el propósito de que facilite el desprendimiento de las secreciones.
17. Realizar la aspiración del paciente, retirando la sonda 2-3 cm (para evitar la presión directa de la punta de la sonda) mientras se aplica una aspiración intermitente presionando el dispositivo digital (válvula) con la mano no dominante. Durante la aspiración se realizan movimientos rotatorios con la sonda tomándola entre los dedos índice y pulgar. La aspiración continua puede producir lesiones de la mucosa, limitar de 10 a 15 segundos y después extraer poco a poco la sonda y esperar, al menos 5 minutos antes de intentar una nueva aspiración.
18. Pedirle al paciente que realice varias respiraciones profundas.
19. Limpiar la sonda con una gasa estéril y lavarla en su interior con solución para irrigación.
20. Repetir el procedimiento de aspiración de secreciones en tanto el paciente lo tolere, dejando 5 minutos como periodo de recuperación entre cada episodio de aspiración.
21. Desechar la sonda, guantes, agua y envases utilizados.
22. Auscultar el tórax y valorar los ruidos respiratorios.
23. Realizar la higiene bucal al paciente.
24. Lavar el equipo y enviarlo para su desinfección y esterilización.
25. Documentar en el expediente clínico la fecha, hora y frecuencia de la aspiración de las secreciones y la respuesta del paciente. Asimismo anotar la naturaleza y características de las secreciones en lo que se refiere a su consistencia, cantidad, olor y coloración



Técnica de oxigenoterapia y aerosolterapia

Oxigenoterapia

Ayuda a tratar la hipoxemia, disminuir el esfuerzo respiratorio, disminuir la sobrecarga cardiaca.



Tipos

Flujo bajo

El paciente respira una cantidad de aire ambiental junto con el oxígeno. Para que el sistema sea eficaz, el paciente debe ser capaz de mantener un volumen corriente normal, tener un patrón respiratorio normal y ser capaz de cooperar.

Flujo alto

administran todos los gases a la concentración de oxígeno que se administra (FIO2) preseleccionada.

Flujo mixto

Utilizan técnicas de flujo bajo y alto.



Cánula basal



maskarilla de oxígeno simple



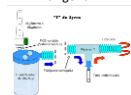
maskarilla de respiración con bolsa de reserva.



máscara de Venturi.



campanas de oxígeno



tubos en T



tiendas de oxígeno.

Vigilancia de pacientes con oxigenoterapia.

- Verificar la prescripción médica, sistema y tipo de oxigenoterapia aplicada al paciente, concentración, flujo de litros por minuto y condiciones de funcionamiento del equipo.
- Colocar al paciente en posición semi-Fowler, para asegurar una expansión pulmonar adecuada.
- Estimular al paciente para práctica de ejercicios de respiración profunda, producción de tos y dar fisioterapia torácica si está indicado.
- Asegurar un estado de hidratación adecuado, especialmente si las características de las secreciones son espesas y adhesivas.
- Humectar el oxígeno cuando la velocidad de flujo es mayor de 4 l/min.
- Vigilar las condiciones del paciente mediante la verificación de signos vitales, coloración de la piel, datos de dificultad respiratoria y toxicidad por oxígeno, nivel del estado de conciencia.



Técnicas de administración de oxígeno

Administración de oxígeno por cánula nasal

Equipo

- Cánula de puntas nasal.
- Fuente de oxígeno.
- Medidor de flujo (fluxómetro).
- Humidificador.
- Solución estéril.



procedimiento

1. Verificar la prescripción médica con respecto a la administración de oxígeno.
2. Reunir el equipo.
3. Explicar al paciente en qué consiste la realización del procedimiento.
4. Colocar al paciente en posición semi-Fowler si no existe contraindicación.
5. Lavarse las manos.
6. Colocar solución estéril en el frasco humidificador a nivel donde marca el frasco (se debe realizar cuando el flujo es mayor de 4 l/min).
7. Conectar el humidificador al fluxómetro de oxígeno y ambos conectarlos a la toma de oxígeno y comprobar funcionamiento.
8. Conectar cánula nasal con el humidificador de oxígeno.
9. Regular el flujo de oxígeno a los litros por minuto prescritos al paciente.
10. Colocar la cánula nasal en los orificios nasales y sostenerla con el dispositivo a nivel de la barbilla pasando el tubo por la región retroauricular a nivel de perímetro cefálico.
11. Valorar al paciente en cuanto al flujo adecuado de oxígeno, signos vitales, patrón respiratorio, estado general del paciente, oximetría, movilización y ejercicios de respiración.
12. Observar los orificios nasales en busca de zonas de irritación.



Administración por mascarilla



Equipo

- Mascarilla.
- Fuente de oxígeno.
- Medidor de Flujo (fluxómetro).
- Humidificador.
- Solución estéril

procedimiento

1. Verificar la prescripción médica con respecto a la administración de oxígeno.
2. Reunir el equipo.
3. Explicar al paciente en qué consiste la realización del procedimiento.
4. Colocar al paciente en posición semi-Fowler si no existe contraindicación.
5. Lavarse las manos.
6. Colocar solución estéril en el frasco humidificador a nivel donde marca el frasco.
7. Conectar el humidificador al fluxómetro de oxígeno y ambos conectarlos a la toma de oxígeno y comprobar funcionamiento.
8. Conectar mascarilla de oxígeno con el humidificador de oxígeno.
9. Regular el flujo de oxígeno a los litros por minuto prescritos al paciente.
10. Colocar la mascarilla a la cara del paciente, abarcando boca y nariz, sostenerla con la cinta elástica.
11. Verificar que el oxígeno fluya adecuadamente a través de todo el sistema y que la mascarilla se ajuste adecuadamente al paciente para que no presente fugas.
12. Valorar al paciente en cuanto al flujo adecuado de oxígeno, signos vitales, patrón respiratorio, estado general del paciente, oximetría, movilización y ejercicios respiratorios.

Administración por mascarilla facial de no respiración.



Equipo

- Mascarilla de no respiración.
- Fuente de oxígeno.
- Medidor de Flujo (fluxómetro).
- Solución de irrigación.
- Humidificador.

procedimiento

1. Verificar la prescripción médica con respecto a la administración de oxígeno.
2. Reunir el equipo.
3. Explicar al paciente en qué consiste la realización del procedimiento.
4. Colocar al paciente en posición semi-Fowler si no existe contraindicación.
5. Lavarse las manos.
6. Conectar los tubos con medidor de flujo.
7. Regular el flujo de oxígeno a los litros por minuto prescritos al paciente. Antes de colocar la mascarilla sobre la cara del paciente, comprobar que la bolsa del paciente esté insuflada.
8. Colocar la mascarilla a la cara del paciente, abarcando boca y nariz, expandiendo los lados de la mascarilla hacia el contorno de las mejillas. Moldear la tira de metal para que adapte al dorso de la nariz.
9. Ajustar la banda de sujeción para que la mascarilla quede firme.
10. Comprobar si existen pérdidas de gas a través de la máscara, las cuales se detectan observando el movimiento de la bolsa.
11. Valorar al paciente en cuanto al flujo adecuado de oxígeno, signos vitales, patrón respiratorio, estado general del paciente, oximetría, movilización y ejercicios respiratorios.

Administración de oxígeno por casco cefálico


















Equipo

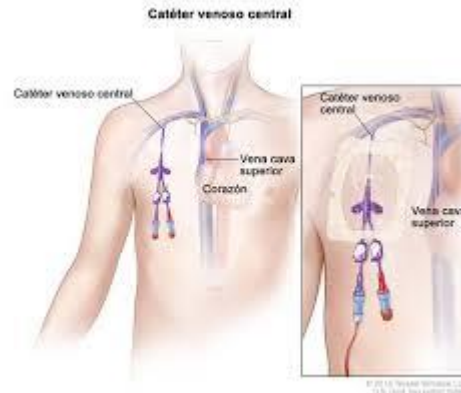
- Casco cefálico.
- Fuente de oxígeno.
- Flujómetro.
- Humidificador.
- Solución para irrigación.
- Tubo para conexión.

procedimiento

1. Verificar la prescripción médica e identificación del paciente.
2. Reunir el equipo.
3. Lavarse las manos.
4. Colocar solución para irrigación en el humidificador para oxígeno al nivel donde marca el frasco.
5. Conectar la tapa del humidificador al fluxómetro de oxígeno, y a su vez conectar a la fuente de oxígeno.
6. Unir el tubo de conexión al humidificador de oxígeno y a la conexión del casco cefálico.
7. Regular el flujo de oxígeno (litros por minuto) prescritos al paciente.
8. Colocar el casco cefálico alrededor de la cabeza del niño y fijar el tubo de acceso a la fuente de oxígeno. El casco cefálico también se puede utilizar estando el paciente instalado en la incubadora.
9. Mantener la concentración y el flujo de oxígeno indicado en un 40 a 50% y verifique la cantidad de humedad que pudiese acumular y empañar el casco, con el cual se pierde visibilidad a nivel de la cara del niño.
10. Valorar al paciente en cuanto al flujo adecuado de oxígeno, signos vitales, patrón respiratorio, estado general del paciente, oximetría, movilización y ejercicios respiratorios.

Técnica de catéteres venosos

- Mesa auxiliar 
- Cepillo con antiséptico 
- Empapador 
- Compresor 
- Antiséptico al uso: Povidona yodada o clorhexidina 2%. 
- Gasas estériles 
- 1 paño estéril y 1 paño fenestrado 
- Bata y guantes estériles 
- Gorro y mascarilla 
- Anestésico tópico (EMLA® o Cloretilo®) 
- 2 jeringas de 10 ml 
- Abocath® No 18 
- Catéter de doble/triple luz (Arrow® de 60 cm) 
- 2 sueros, sistemas y llaves de 3 vías. catéter (steri-strip®) 
- Apósito estéril transparente 



es un procedimiento clave en el abordaje del enfermo crítico, por lo que, en un intento de minimizar el tiempo de actuación sobre estos pacientes, se ha iniciado su progresiva implantación en el servicio de urgencias.

Preparación del paciente

- > Informar adecuadamente al paciente de la técnica que se le va a realizar. Esto nos ayudará a lograr su colaboración durante la realización de la misma.
- > Monitorizar el electrocardiograma antes, durante y después del procedimiento. Es muy importante una adecuada visualización, ya que durante la introducción, tanto de la guía como del catéter, se debe vigilar la aparición de arritmias. Registrar constantes vitales.
- > Colocar al paciente en posición decúbito supino o Trendelenburg, según nos permita la patología del paciente.
- > Valorar las venas de ambas extremidades superiores en la fosa antecubital. Se elegirá preferentemente el brazo derecho y las venas basilica, mediana y cefálica, en este orden, puesto que la vena basilica del brazo derecho es la de acceso más directo anatómicamente a la aurícula derecha, y por tanto, la introducción del catéter será presumiblemente más sencilla.
- > Se pueden emplear dos tipos de anestésicos locales, EMLA® o Cloretilo®. El Cloretilo® es de acción inmediata, pero si se elige EMLA®, se debe aplicar la pomada sobre la zona seleccionada entre 30 y 60 minutos antes de la venopunción, retirándola justo antes de aplicar el antiséptico.
- > Aplicar el antiséptico de forma circular de dentro hacia fuera. La Clorhexidina 2%® tarda medio minuto en secarse, y la povidona yodada 2 minutos. En caso de tener que actuar con celeridad, se puede secar con gasas estériles, para evitar que el antiséptico penetre en el torrente sanguíneo



Colocación de acceso venoso periférico de catéteres cortos

- > Colocar un empapador bajo el brazo elegido.
- > Preparar una mesa auxiliar con paños estériles y todo el material necesario. Aprovechar para revisar que no falta nada en el equipo de vía central.
- > Colocar paño fenestrado sobre el brazo y ampliar el campo estéril con otro paño, puesto que la longitud del catéter y de la guía hace que sea más complicado que no se salgan del campo.
- > Canalizar vena mediante un Abocath®. El mínimo será del no 18, ya que si es de menor grosor, no pasará la guía a través de su luz. Al contrario, si es un no 14 o 16, facilitarán la posterior introducción del catéter, ya que actuarán como dilatadores.
- > Retirar el compresor para permitir la progresión de la guía (personal no estéril)
- > Pedir la colaboración del paciente, haciendo que gire la cabeza hacia el lado de la punción, y empezar a introducir la guía a través del angiocatéter. La guía se presenta con la punta blanda, de forma curva, fuera de su introductor, por lo que se moviliza con el pulgar hasta que el final de la guía coincida con el extremo de plástico que se adaptará al angiocatéter. Después se introducirá con suavidad. Si se nota dificultad, se retrocede unos centímetros, se moviliza el brazo y se reintenta.
- > Vigilar el electrocardiograma en todo momento. Si aparecen arritmias, se retira la guía hasta que vuelva a la situación normal del paciente.
- > Dejar fuera suficiente porción de guía como para poder manejarla con seguridad, y sacar el angiocatéter a través de la guía.
- > Deslizar el dilatador a través de la guía. Al traspasar el tejido subcutáneo y la piel, se debe ejercer cierta fuerza. Si fuera necesario, se puede realizar un corte con un bisturí, en la zona de la punción, colocando el filo hacia arriba.
- Basta con introducir la punta del dilatador, puesto que en el brazo las venas están muy superficiales.
- > Retirar el dilatador y aplicar presión con una gasa sobre el punto de inserción.
- > Retirar el tapón de la luz distal del catéter, ya que la guía saldrá por ese punto, y empezar a introducir el catéter deslizándolo por la guía. No introducir el catéter en la vena hasta que la guía salga unos centímetros por la luz distal.
- > Mantener siempre sujeta la guía mientras se introduce el catéter suavemente.
- > Introducir hasta 40-45 cm, y teniendo en cuenta que si el brazo es el izquierdo, unos centímetros más. El catéter tiene medidas en su longitud final
- > Retirar la guía con cuidado y comprobar el reflujo de sangre en las dos luces con jeringas de 10 ml, conectando después los equipos de suero previamente purgados en cada luz.

es la presión medida a través de la punta de un catéter que se coloca dentro de la aurícula derecha (AD).



Técnica de presión venosa central

medición a través de un manómetro de agua.

La cifra normal de PVC proporciona información acerca del estado de la volemia y sobre la función ventricular derecha. La PVC está influida y es influible por el retorno venoso y por la función cardiaca.



Material y equipo

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

Procedimiento

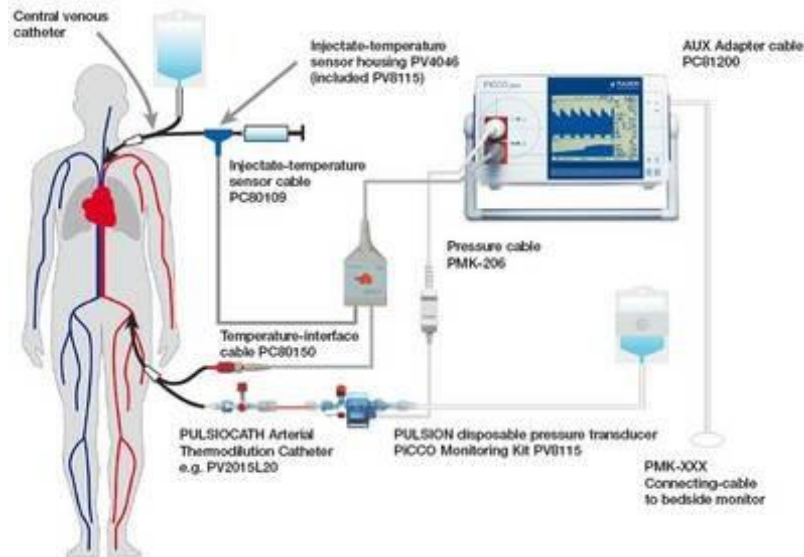
1. Colocar al paciente en decúbito supino, con la cama dispuesta horizontalmente, en caso de algún estado respiratorio, bajar la cabecera de la cama tanto como pueda tolerar y medir la PVC. Anotando el ángulo de la cama en el expediente, para que la medición siempre se realice en la misma posición.
2. Localizar el punto flebotómico (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.

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

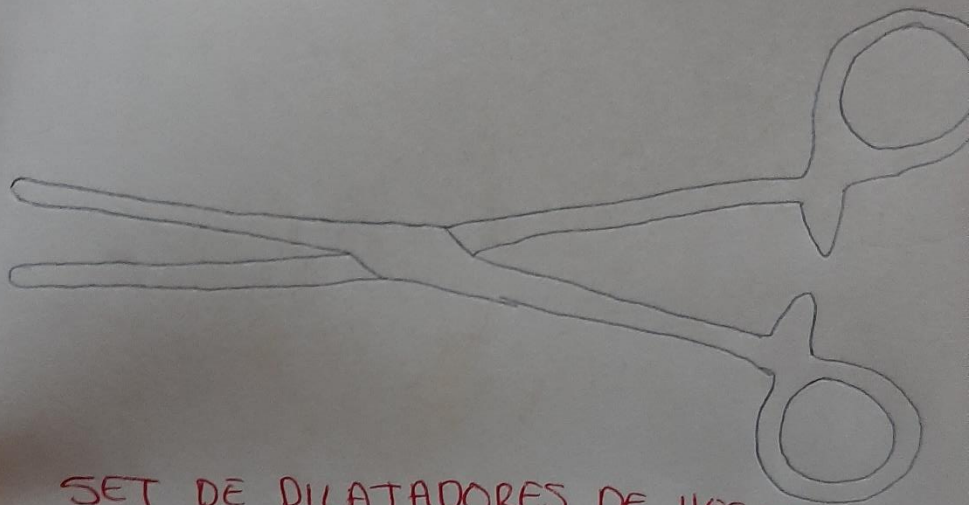
Valoración del paciente

- Evaluar en el paciente los signos y síntomas de déficit de volumen de líquido (debilidad, sed, disminución de diuresis, aumento de la densidad urinaria, taquicardia, sequedad de mucosas, etc.).
- Evaluar los signos y síntomas de exceso de líquidos (disnea ortopnea, ansiedad, congestión pulmonar, ruidos pulmonares anormales, edema, distensión venosa yugular, etc.).
- Evaluar la presencia de signos y síntomas de embolia gaseosa (disnea, taquipnea, hipoxia, hipercapnia, sibilancias, burbuja de aire, taquicardia, cianosis, hipotensión, etc.).

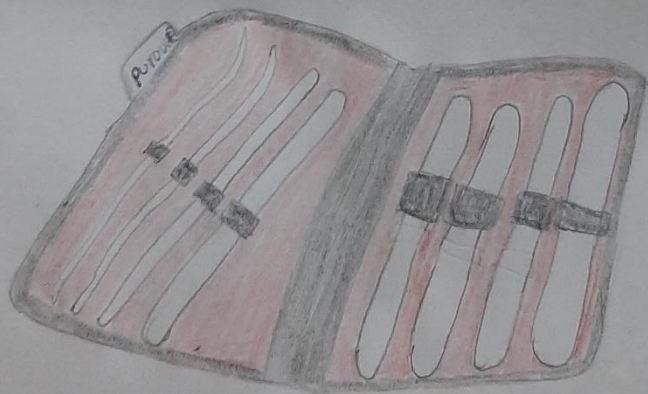


Instrumental de legado uterino

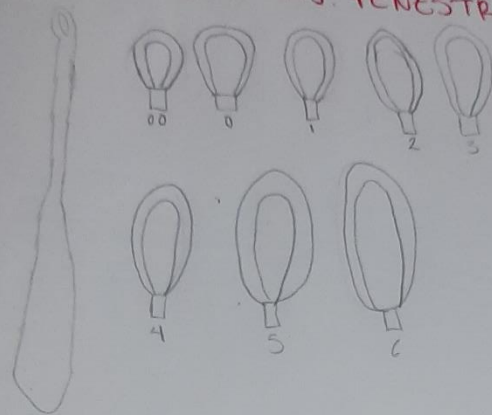
PINZA-BOZEMAN 26 cm



SET DE DILATADORES DE HEGAR
3MM @ 18MM DE DIAMETRO



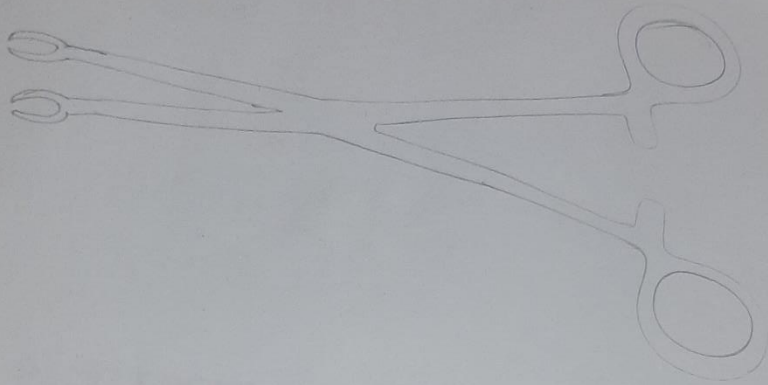
CURETAS FENESTRADA



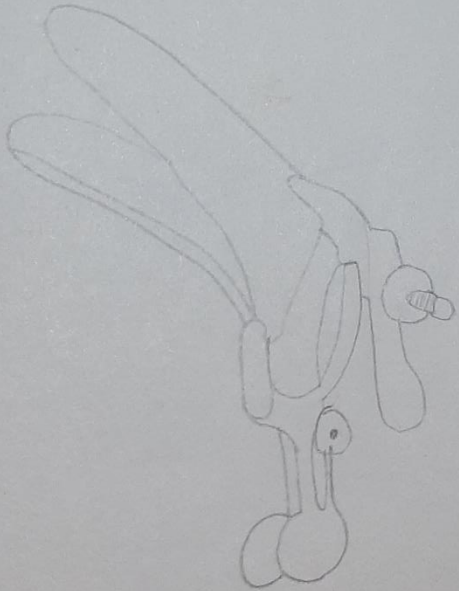
CURETA DE NOUACK 23cm...5 x 4 mm dia cm. punta



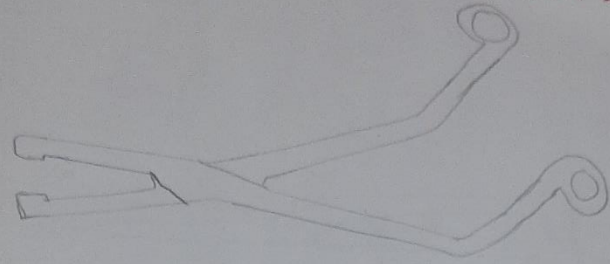
PINZA DE TENACULO OCHO REDER 24 CM



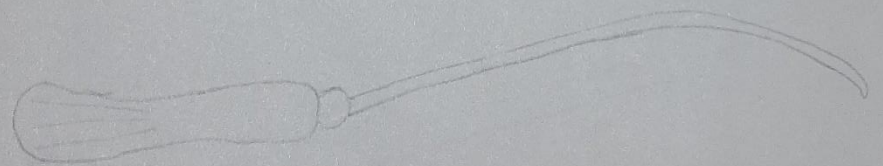
ESPECULO VAGINAL DE GRAVES MEDIANO



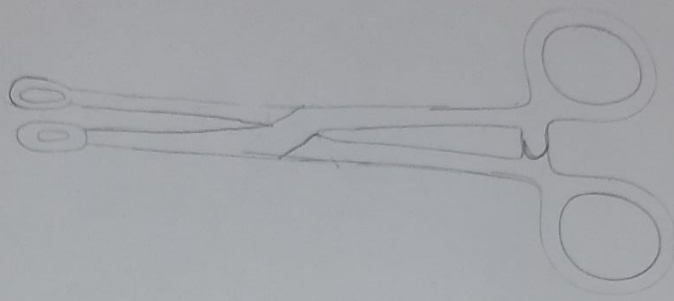
PINZA SCHUBERT PARA BIOPSIA 29 CM



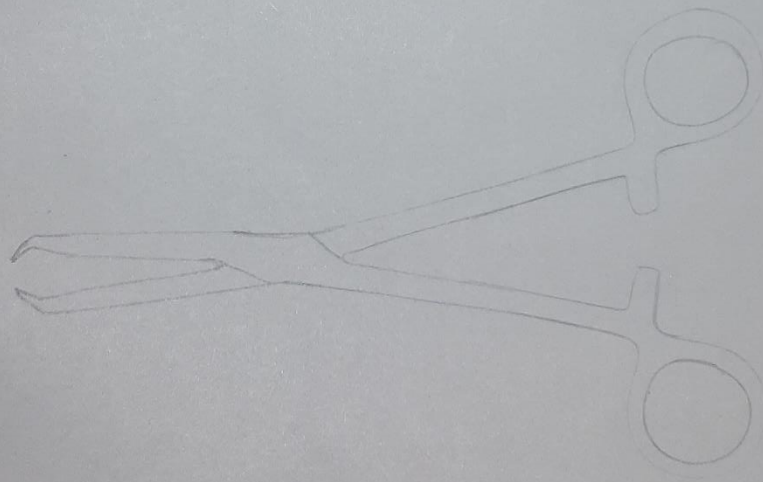
HISTEROMETRO DE SIMS GRADUADO EN CM de 32 cm



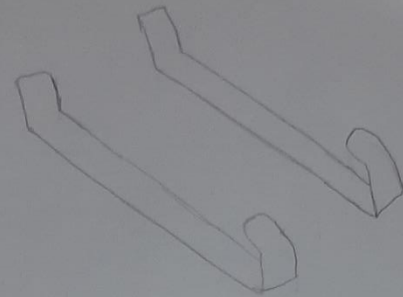
PINZA FOERSTER 25 cm



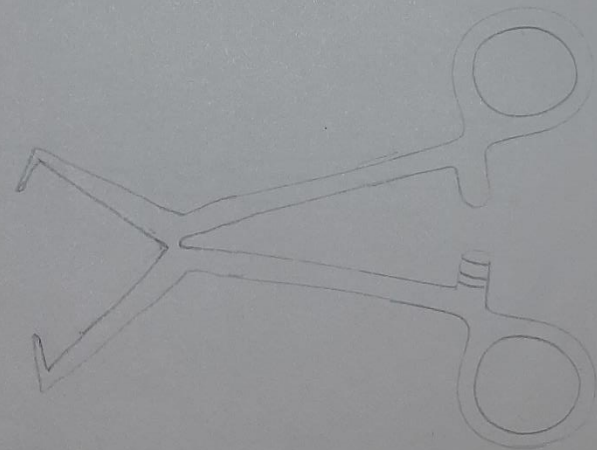
PINZA RESTOS PLACENTARIOS POZZI 255cm



SEPARADOR FARABEUF 15 cm. (JUCAO de 2)



PINZA CAMPO BACKHAUS 13 cm



Instrumental de cesaria

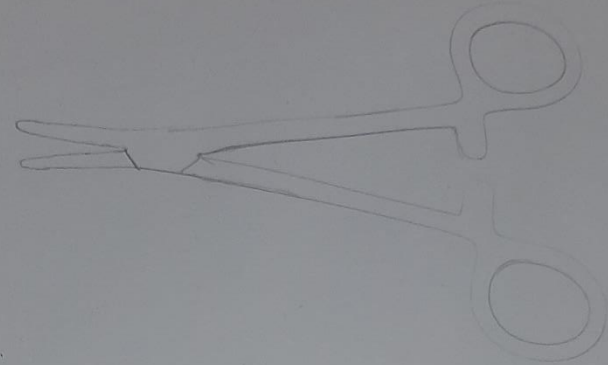
TIJERA MAYO RECTA 17cm



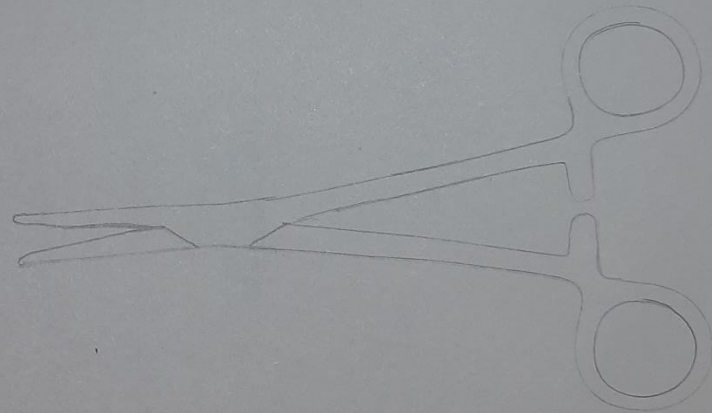
TIJERA METZEMBAUM CURBA 20cm



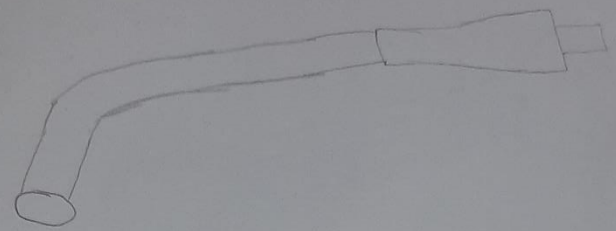
PORTAGUJA MAYO HEGAR 18cm.



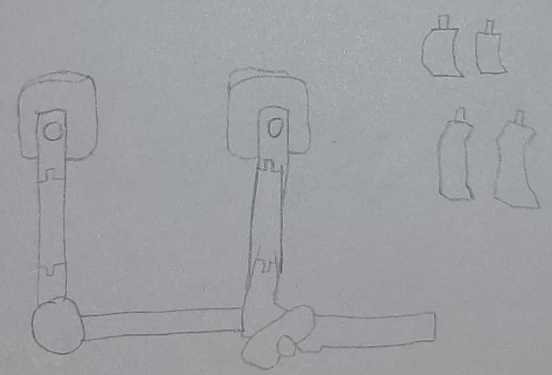
PORTAGUJA MAYO HEGAR 20cm.



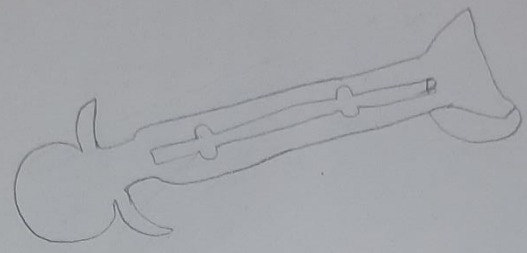
CANULA DE SUCCIÓN YANKAUER STANDARD



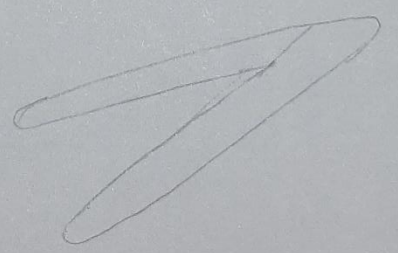
VULVA MALLEABLE MEDIANA 40mm x 13"



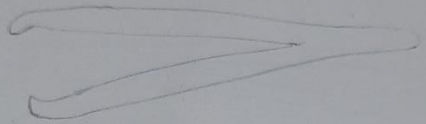
VULVA SUPRAPUBLICA PARA SEPARADOR BALFOUR #8.8



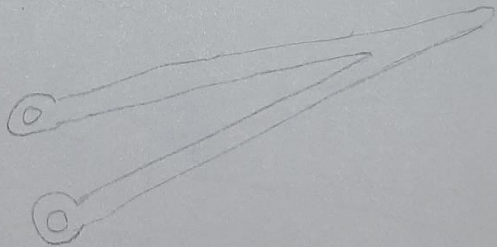
PINZA DISECCIÓN SIN DIENTES 20cm.



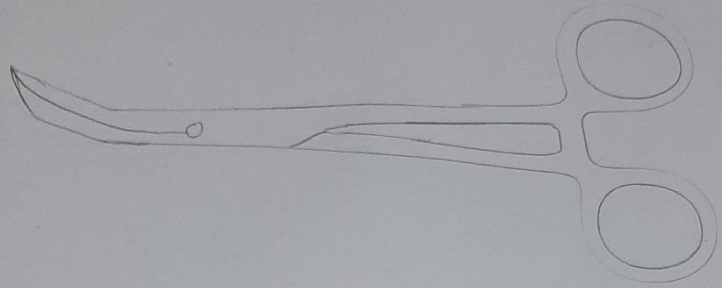
PINZA DE DISECCIÓN CON DIENTES 18cm



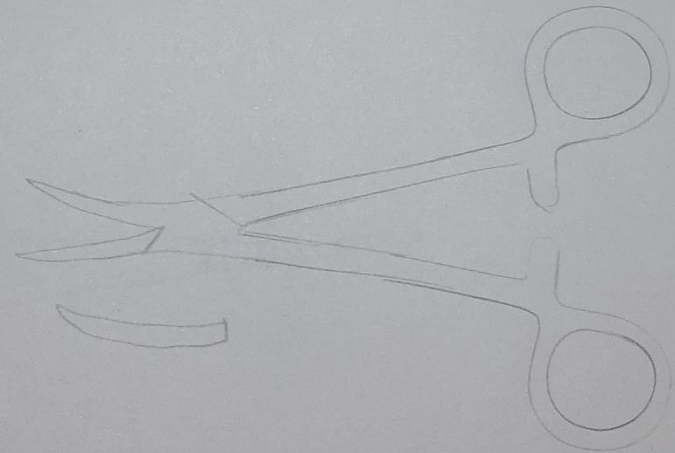
PINZA DISECCIÓN RUSA 20cm.



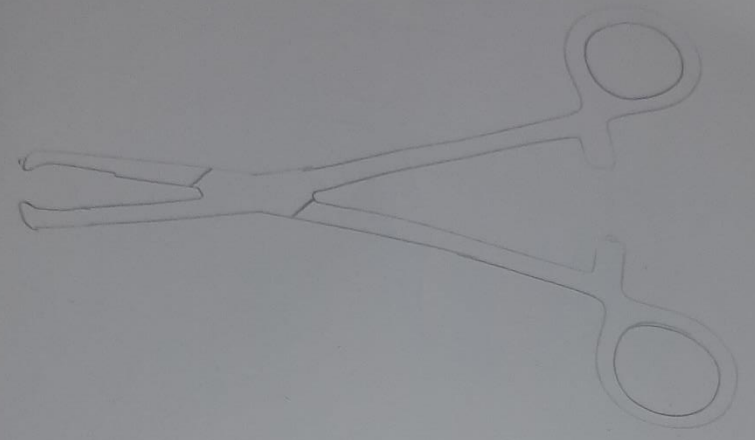
PINZA KELLY CURBA 14cm



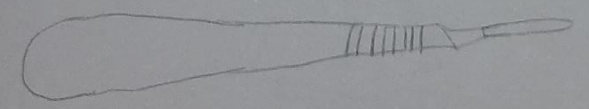
PINZA ROCHESTER-PEAN CURVA 20cm



PINZA ALLIS SX6 DIENTO 19CM



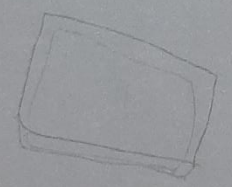
MANGO DE BISTURÍ No.4



RINONERA



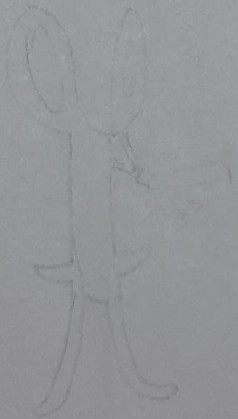
BANDEJA EN ACERO INOXIDABLE.



Forceps Killand



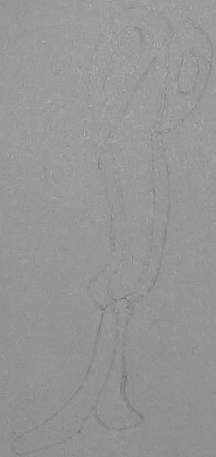
TARNIER



SIMPSON



PIPER



BIBLIOGRAFÍA

- UDS.2021.ANTOLOGIA DE ENFERMERIA MEDICO-QUIRURGICA.UTILIZADA EL 2 DE MARZO DEL 2021.PDF.
- [ENFERMERIA MEDICO QUIRURGICA.pdf](#)