



Nombre del alumno:

Cecilia del Carmen Palomeque Vázquez

Nombre del profesor:

Javier Gómez Galera

Nombre del trabajo:

Ensayo de Procedimientos Relacionados

Materia:

Práctica Clínica de Enfermería II

Grado:

7º Cuatrimestre / Licenciatura en Enfermería

Grupo:

“U”

>>INTRODUCCION<<

Para mantener limpias las vías aéreas, la 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.

✚ Concepto:

Es la succión de secreciones a través de un catéter conectado a una toma de succión. Ya que el principal objetivo de aspirar las secreciones aéreas de un paciente, es disminuir la cantidad de secreciones que podrían pasar entre el balón y las paredes de la tráquea, principal mecanismo patogénico de la neumonía asociada a ventilación de mecánica.

✚ Uno de sus objetivos es:

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

La técnica está indicada cuando el paciente no puede por sí mismo expectorar las 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.

“PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON LA VIA AEREA INTUBACION ENDOTRAQUEAL”

Se trata del método de elección para la apertura y aislamiento definitivo de la vía aérea. Asegura además aislamiento y protección contra el paso de cuerpos extraños al árbol bronquial, y facilita la ventilación artificial y la aspiración de secreciones. Por otra parte, permite su utilización como vía de emergencia para la administración de fármacos hasta conseguir una vía venosa.



La intubación endotraqueal más que nada es un procedimiento médico en el cual se coloca una sonda en la tráquea a través de la boca o la nariz. En la mayoría de las situaciones de emergencia, se coloca a través de la boca.

1. MATERIAL DE INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL

- Tubo endotraqueal (TET) En adulto normal es nº 8, 8,5 ó 9.
- Laringoscopio con 2 palas curvas, números 2,3. Fiador para el TET.
- Lubricante hidrosoluble en spray tipo Sylkospray.
- Jeringa de 10 cc.
- Paño estéril.
- Guantes estériles.
- Pinza de Magill.
- Venda de gasa para sujetar TET.
- Ambú con mascarilla y reservorio.
- Alargadera de Oxígeno.
- Material para aspiración de secreciones (equipo aspiración, sondas...).
- Respirador en la habitación montado y calibrado.
- Medicación para inducción anestésica y/o miorelajación.

❖ TIPOS DE RESPIRADORES

Respiradores volumétricos ciclados por volumen tiempo.

Se programa el volumen que se entrega periódicamente en un tiempo determinado. El pulmón es la variable independiente y la presión dependiente de la resistencia de la vía aérea y de la compliance toracopulmonar.

Respiradores manométricos ciclados por presión.

Se programa la presión y la insuflación termina cuando se alcanza el valor prefijado. La presión es la variable independiente y el volumen es incierto ya que depende de la resistencia aérea y de la distensibilidad toracopulmonar.

❖ FASES DEL CICLO DE UN RESPIRADOR

Insuflación:

El respirador genera una presión de un volumen de gas y lo moviliza insuflando en el pulmón a expensas de un gradiente de presión. La presión máxima alcanzada se llama presión pico.

Meseta:

El gas introducido en el pulmón es mantenido en él (pausa inspiratoria) durante algún tiempo regulable para homogeneizar su distribución en todos los alvéolos. Espiración o deflación La retracción elástica del pulmón insuflado es un fenómeno pasivo para el vaciado pulmón.

❖ VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA

Es un procedimiento de respiración artificial que emplea un aparato mecánico para ayudar o sustituir la función ventilatoria, uniendo las vías aéreas del paciente a un respirador mediante la creación de una vía aérea artificial por intubación endotraqueal (boca/nariz) o traqueotomía, pudiendo mejorar la oxigenación e influir en la mecánica pulmonar. Se puede programar PEEP: presión positiva al final de la espiración.

1. OBJETIVOS DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA

Mantener el intercambio gaseoso (O_2 - CO_2).

Reducir el trabajo respiratorio.

2. INDICACIONES DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA INVASIVA

-Hipoxemia $PaO_2 < 60$ mm Hg o $SatO_2 < 90\%$ con aporte suplementario de oxígeno.

-Hipercapnia progresiva ($PaCO_2 > 50$ mm de Hg) o acidosis ($PH < 7.25$)

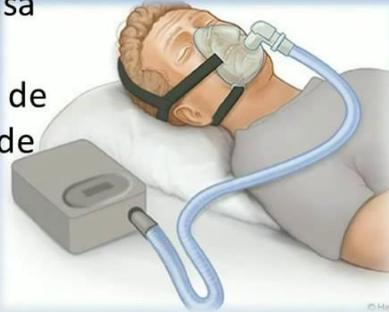
-Trabajo respiratorio excesivo, taquipnea (> 36 rpm), tiraje, uso de músculos accesorio

-Fatiga de los músculos inspiratorios, asincronía toracoabdominal y agotamiento general del paciente.

Ventilación No Invasiva

Definición:

Modalidad de ventilación mecánica sin IOT que causa beneficio al paciente derivados de la aplicación de presión positiva a través de una mascarara



Ventilación Mecánica Invasiva

- Técnica de soporte ventilatorio en la que el respirador se conecta a una vía aérea artificial (tubo ET, traqueostomía).



Se reconocen dos tipos principales de ventilación mecánica: la invasiva y la no invasiva como se muestra en las imágenes. Su diferencia radica en el uso de intubación endotraqueal, pero ambas buscan el mismo fin: aumentar o sustituir el cambio clínico de volumen de aire alveolar que se produce con los movimientos respiratorios.

Variadas son las aplicaciones de la ventilación mecánica, las cuales no solo se limitan al ámbito respiratorio sino que también a situaciones de aumento de demanda como lo es el shock severo.

“PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON LA VIA VENOSA CENTRAL Y PERFERICA”

➤ ACCESOS VENOSOS CENTRALES

El acceso venoso central (AVC) comprende el uso prolongado de un catéter de gran diámetro colocado a través de una vena del cuello, la región superior del tórax o en la ingle (femoral), con el fin de administrar fármacos que no pueden administrarse por vía oral o mediante una aguja convencional. Además es una técnica estéril que realiza la enfermera si el acceso es por vía periférica o el médico si es por acceso central.

➤ ACCESOS VENOSOS MÁS USUALES Y SUS CARACTERÍSTICAS

Venas antecubitales:

Son las vías de elección preferente, tanto por las pocas complicaciones que presentan como por la comodidad que suponen para el enfermo. Son la basílica y la cefálica (preferentemente la basílica).

Vena subclavia:

Permite al paciente una mayor libertad de movimiento. Clásicamente contraindicada en el curso de coagulopatías (o fibrinólisis) por la dificultad para controlar la hemorragia.

Técnica:

-Paciente en DS y ligero Trendelemburg (15°)

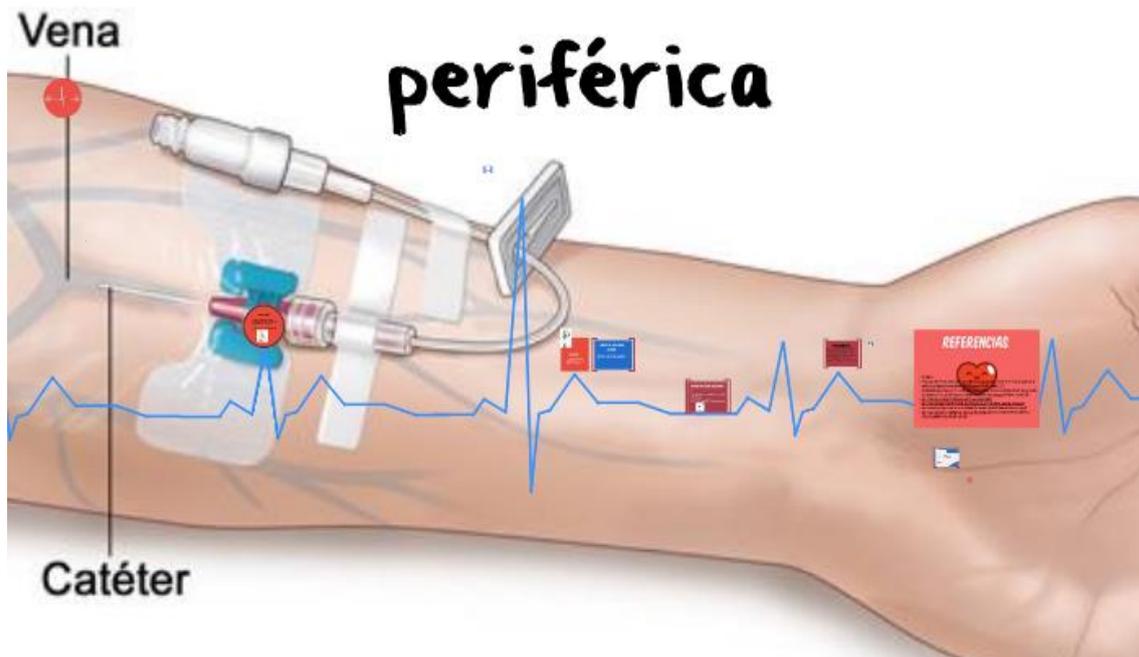
-Puede ser útil colocar una toalla enrollada entre las escápulas. -Las extremidades superiores del lado a puncionar extendida junto al tronco, en supinación con una ligera tracción.

-Las extremidades superiores del lado a puncionar extendida junto al tronco, en supinación con una ligera tracción.

-Valorar de bajar la PEEP, si el paciente recibe ventilación mecánica, en el momento de la punción.

-Si el paciente colabora, pedirle que mantenga una espiración prolongada.





El procedimiento de la vía periférica, pretende más que nada estandarizar las acciones que se van a realizar para la inserción, mantenimiento y retirada de un catéter venoso periférico, e incorporar la mejor evidencia científica existente en el momento actual.

El uso de la vía venosa periférica con catéter se ha generalizado en la asistencia sanitaria hospitalaria hasta el punto de que casi la totalidad de pacientes son portadores de uno o más catéteres venosos. Ya que la seguridad del paciente como prioridad en los procesos, son la base de la atención sanitaria, sin olvidar la seguridad de los profesionales sanitarios. La cateterización venosa periférica se realiza con cánulas cortas semirrígidas de diferentes diámetros. Suelen estar hechas en teflón, lo que permite ser muy bien toleradas por los tejidos. Su inconveniente principal es que el líquido se vierte en las venas en tiempo relativamente lento, lo que facilita la aparición de tromboflebitis, al inyectarse por ellas soluciones concentradas o irritantes.

>>CONCLUSION<<

Para poder dar por concluidos ambos temas, es bueno recordar que son muy importantes en nuestra vida cotidiana, ya que la intubación endotraqueal es de gran importancia ya que hace posible el intercambio de gases, los cuales mantienen nuestros organismos con vida, ayudando así a disminuir la mortalidad en pacientes con problemas respiratorios.

Es importante que el profesional de enfermería reconozca los signos de alarma que indiquen la necesidad de aspirar las secreciones en el paciente crítico. Es necesario conocer el protocolo a seguir durante el aspirado de secreciones para evitar las complicaciones potenciales que de lo contrario pudieran aparecer: como extubación accidental, lesiones traumáticas de la mucosa e hipoxemia.

Y por último, en resumen el uso de catéteres venosos como lo es el central y periférico, conlleva a una potencial fuente de complicaciones locales o sistémicas. Las principales son las infecciones en el punto de entrada, y las relacionadas con el procedimiento de inserción.

Ya que las más graves son las bacteriemias relacionadas con el catéter (BRC), que producen complicaciones como endocarditis, abscesos pulmonares, óseos, cerebrales, etc.

