

LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

7° CUATRIMESTRE.

PRÁCTICA CLÍNICA DE ENFERMERÍA II

**CUADRO SINÓPTICO - PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON DIFERENTES
PUNCIONES.**

E.L.E.: ALLYN GABRIELA FARFAN CÓRDOVA.

CATEDRÁTICO: DRA. EVELYN TORRES BERMÚDEZ.

TAPACHULA, CHIAPAS DE CÓRDOVA Y ORDOÑEZ

31 – OCTUBRE – 2021



PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON DIFERENTES PUNCIONES

1.-PARACENTESIS

Procedimiento para la extracción de líquido del espacio abdominal, para extracción de muestra o drenaje de líquido para disminuir la presión intraabdominal.

Tipos

Diagnóstica

Consistente en la obtención de una muestra de líquido peritoneal para su estudio

Evacuadora o terapéutica

Consiste en evacuar el líquido acumulado en exceso dentro de la cavidad peritoneal, para descomprimir el abdomen y mejorar los trastornos de circulación provocados por la Ascitis.

Material

- 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

- Preparación del paciente - Facilitar el consentimiento informado
- Le pediremos que orine para vaciar la vejiga.
- Tomar constantes vitales, medir el perímetro abdominal y comprobar que tenga una vía.
- Colocar al paciente en decúbito supino o ligeramente inclinado hacia su lado izquierdo.
- Preparar el campo estéril y depositar dentro de el todo el material para la realización de la prueba.
- Descubrir el abdomen del paciente y administrar el antiséptico impregnado en una gasa de manera circular desde el punto de punción hacia la periferia.
- Esperar que seque y colocaremos un paño estéril fenestrado.
- Pedir al paciente que permanezca quieto y que respire tranquilo, Colaborar con el médico administrándole todo el material que vaya necesitando
- Preparar 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 del 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.
- 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.
- Registrar todo el proceso en las incidencias de Enfermería, valorando el estado del paciente.
- Identificar las muestras y enviar al laboratorio de Microbiología.

Consideraciones

- Valoraremos el apósito periódicamente, observando la cantidad de manchado y su color.
- Cambiar el apósito cuando sea necesario.
- Observar si hubiera hemorragia.
- Iniciar reposición de líquidos si estuviera prescrito.
- Iniciar deambulación una hora después del procedimiento.
- En un paciente cirrótico es necesario aumentar el volumen plasmático para minimizar riesgos de alteración hemodinámica y de la función renal

2.-TORACOCENTESIS

Técnica utilizada para analizar y tratar las radiaciones pleurales, una afección en la que hay un líquido innecesario en el espacio pleural, también llamado agujero pleural. Ayuda a evadir EPOC y atelectasia.

Materiales a utilizar:

- 1 aguja o trocar calibre 16-18 F
- 1 llave de 3 pasos.
- Jeringuilla de 20 a 50 cc.
- Solución anestésica.

1. El paciente se coloca, sentado al revés, en una silla.
2. Desinfección de la piel de la zona a puncionar.
3. Infiltrar un anestésico local en todo el espesor de la pared de la zona a puncionar.
4. Puncionar en la Línea axilar media (o en la línea axilar posterior) a la altura del 7mo-8vo Espacio intercostal. Incidir siempre por el borde superior de la costilla inferior del espacio elegido (para evitar dañar el paquete vasculonervioso).

Técnica

Usar una aguja gruesa de bisel corto. Avanzar hasta vencer la resistencia de los planos y, desde ese momento, hacerla progresar 2cm. Adicionales. Como medida de precaución, colocar en la aguja de punción una pinza a nivel de la longitud a pasar. Con esto evitamos traspasar y, además, fijamos la aguja a la piel. Evitar lesionar el pulmón subyacente (shock pleural reflejo).

Objetivos

- Evacuar líquido
- Punción diagnóstica

Complicaciones

1. Dolor.
2. Sangramiento (puede ser local, pleural o abdominal).
3. Formación de un neumotórax, neumomediastino, enfisema subcutáneo.
4. Desencadenar un shock pleural (bradicardia, hipotensión y síncope), esto ocurre por una reacción vagal.
5. Punción del bazo.
6. Punción del hígado.
7. Infección, puede ser un empiema o un absceso de la pared torácica.
8. lesión del paquete vasculonervioso intercostal.
9. Cuando se evacua una gran cantidad de líquido de una sola vez o demasiado rápido (más de 1000-1500 ml) puede desencadenarse un edema agudo del pulmón, conocido como edema pulmonar de reexpansión, esto ocurre sobre todo en los derrames de gran cuantía, procesos sometidos a tensión, de larga evolución.
10. Trauma pulmonar

Contraindicaciones relativas

1. Diátesis hemorrágica.
2. Anticoagulación.
3. Pequeña cantidad de líquido en el tórax.
4. Pacientes ventilados mecánicamente.
5. Cuando el riesgo excede el beneficio que será obtenido con este proceder.

3.-PUNCION LUMBAR

Es una prueba que tiene como objetivo recoger el líquido Cefalorraquídeo. Para esto, se introduce una aguja hueca en la parte inferior de la espalda en la columna vertebral.

La aguja, muy fina, se introduce en la parte inferior de la espalda, entre la cuarta y la quinta vértebra, mientras el paciente está sentado y la espalda encorvada. El líquido se recoge en tubos para ser estudiado.

Preparación del paciente

1. Obtener el consentimiento informado del paciente, si se encuentra consciente.
2. Evaluar el recuento de plaquetas en sangre, INR, TTPa, en caso de alteraciones hay que corregirlas. Si el paciente recibe fármacos anticoagulantes, interrumpir su administración →cap. 2.34, tabla 34-7.
3. Descartar la hipertensión endocraneal (edema cerebral o tumor) mediante el examen de fondo de ojo (buscar el edema del disco óptico y disco óptico congestivo) o la TC, que debe realizarse en las siguientes circunstancias: inmunodeficiencias, enfermedades previas del SNC, recientes crisis epilépticas, edema o congestión del disco óptico, alteración del nivel de conciencia, síntomas o signos de focalidad neurológica.
4. Colocar al paciente en posición lateral, cerca del borde de la mesa de intervenciones, con la espalda en dirección hacia la persona que realiza la punción; las rodillas flexionadas en dirección al abdomen, la cabeza en máxima flexión en dirección a las rodillas (→fig. 13-1). Evitar la hiperflexión de la columna vertebral para que toda su longitud se encuentre en el mismo plano; la espalda y la línea de los hombros en el plano perpendicular a la superficie de apoyo

Equipo

1. Equipo para preparar el campo operatorio →cap. 25.2 y opcionalmente para la anestesia por infiltración →cap. 25.3.
2. Aguja desechable estéril con estilete 22 G o 20 G usualmente de 8,75 cm de largo (por el menor riesgo de cefalea pospunción se recomienda utilizar una más moderna atraumática, p. ej. tipo Sprotte o Whitacre en vez de la tradicional cortante tipo Quincke). También se pueden usar agujas de menor diámetro introducidas por una aguja más corta de mayor diámetro (llamada guía).
3. Aparato para medir la presión de LCR.
4. Tubos estériles.

Técnica

1. Preparar el campo operatorio →cap. 25.2. En caso de necesidad anestesiarse localmente la piel y el tejido subcutáneo, p. ej. con la crema EMLA o por infiltración con solución de lidocaína al 1 % →cap. 25.3 (no se necesita en pacientes inconscientes).
2. Insertar lentamente la aguja con estilete, direccionándola oblicuamente en dirección cefálica hacia el ombligo. Direccionar el bisel de la aguja cortante hacia arriba (hacia un lado de la columna). La perforación del ligamento amarillo y de la duramadre se percibe como superación de la resistencia acompañada de un "crujido" (en adultos el espacio subdural se encuentra a una profundidad de 4-7 cm). Después de superar la resistencia de la duramadre, retirar el estilete. De la aguja deben empezar a salir gotas del LCR. Si el paciente está consciente, recomendar que relaje los miembros inferiores (disminuya la flexión en la articulación de la cadera). Si el LCR no fluye, de nuevo colocar el estilete y ligeramente empujar la aguja o girarla sobre el eje de 90° y, a continuación, volver a retirar el estilete. No utilizar fuerza para vencer la resistencia con aguja. La causa de la falta de flujo del LCR puede ser el hecho de que la aguja haya traspasado el espacio subaracnoideo. El líquido sanguinolento significa que durante la punción se ha producido una lesión de la vena en el canal vertebral; en este caso el LCR frecuentemente se aclarará en poco tiempo, y si esto no ocurre, realizar la punción en el espacio situado por encima.
3. Para medir la presión con precisión (no siempre es necesario), hay que sujetar la aguja con una mano y con la otra conectar el aparato de medición (valor normal 7-15 [<20] cm H2O; corresponde generalmente al flujo del LCR con velocidad de 20-60 gotas/min; el resultado es fiable si el paciente está acostado tranquilamente y está relajado).
4. Después de tomar la presión, extraer muestras del LCR en tubos estériles para realizar los exámenes necesarios (por lo general 3-5 ml; al excluir el edema cerebral máx. 40 ml).
5. Tras obtener el LCR deslizar el estilete por la aguja, retirar la aguja y colocar un apósito estéril sobre la piel.

4.- PERICARDIOCENTESIS

Procedimiento que utiliza una aguja para extraer líquido del Saco pericárdico. Este es el tejido que rodea el corazón.

Indicaciones

1. Terapéuticas: taponamiento cardiaco (es un procedimiento que puede salvar la vida).
2. Diagnósticas: líquido en el saco pericárdico de etiología dudosa, siempre que su grosor en el estudio ecocardiográfico (en la fase diastólica) sea >20 mm.

Contraindicaciones

Taponamiento cardiaco con disección de la aorta (es indispensable una intervención cardioquirúrgica inmediata). Contraindicaciones relativas en caso de punción diagnóstica: trastornos de la coagulación no corregidos (INR ≥1,5, TTPa >1,5 × LSN), tratamiento anticoagulante, recuento de plaquetas <50000/μl, colecciones pequeñas y encapsuladas de líquido en la parte posterior de la cavidad pericárdica.

Preparación del paciente

- Consentimiento informado del paciente.
- En ayunas (si es posible).
- Posición en decúbito.
- Exploraciones: ecocardiografía, sistema de coagulación.

Equipo

1. Equipo para preparar el campo operatorio →cap. 25.2 y anestésico para infiltración →cap. 25.3.
2. Ecocardiógrafo, para fluoroscopia o electrocardiógrafo y cable con clip cocodrilo.
3. Aguja larga con estilete (Tuohy o de pared fina 18 G) o equipo para cateterizar las venas centrales (aguja con guía y catéter de un solo canal) y una llave de tres vías.

Lugar de la punción

Con mayor frecuencia se utiliza el acceso subesternar: punto de punción de la aguja en el triángulo entre el apéndice xifoideo y el arco costal izquierdo (acceso fuera de la pleura, borde de las arterias coronarias y pericárdicas, además de la arteria torácica interna).

Técnica

1. Preparar el campo operatorio →cap. 25.2 y anestesiarse la piel por infiltración →cap. 25.3.
2. Bajo control ecocardiográfico (a pie de cama) o fluoroscópico (en la sala de hemodinámica) introducir la aguja en dirección al hombro izquierdo bajo el ángulo de 30° al plano de la piel. El extremo proximal de la aguja se puede conectar con el cable a través de un clip cocodrilo estéril con electrodo de derivación (II) ECG: la elevación del segmento ST evidencia que la aguja toca el miocardio y hay que retirarla un poco. Introducir la aguja para la cateterización de las venas centrales conectada con una jeringa, aspirando continuamente. Si se planea el drenaje, después de obtener el líquido introducir la guía a través de la aguja y retirar solo la aguja, introducir el catéter a través de la guía y retirar la guía. Asegurar el extremo del catéter con una llave de tres vías.
3. Drenar el líquido en cantidades <1 l para evitar la dilatación aguda del ventrículo derecho. Mantener el drenaje (catéter) hasta que el volumen del líquido drenado al día sea <25 ml.
4. Asegurar el material para exploración: igual que en el caso del líquido pleural.