



Nombre del alumno: Erik Emmanuel Gordillo Ramuco.

Nombre del profesor: Silvino Domínguez Pérez.

Nombre del trabajo: Investigación (Técnicas y procedimientos).

PASIÓN POR EDUCAR

Materia: Enfermería Médico Quirúrgica I

Grado: “5to Cuatrimestre”

Grupo: “A”

VENOCLISIS

El término médico venoclisis o cateterismo venoso periférico significa la introducción de líquido a la luz de una vena y se refiere a establecer una vía permeable entre un contenedor de solución y el torrente sanguíneo venoso. Esta se obtiene por medio de una punción percutánea hacia el interior de la luz venosa y la inserción de un catéter dentro de la vena. Por tanto, cuando existe flujo de solución hacia el torrente sanguíneo se establece una vía venosa permeable. Este procedimiento tiene varias aplicaciones, la más común, es la administración de fármacos intravenosos de manera constante y controlada. Por lo general se utiliza el sistema venoso periférico superficial para realizar un cateterismo venoso periférico.

MATERIAL

Práctica clínica: Solución alcoholada al 70% Guantes estériles Equipo para venoclisis Solución Catéter Torundas alcoholadas Ligadura Apósito adherible transparente Contenedor para punzocortantes.

Práctica en simulador: Solución alcoholada al 70% Modelo para punción Guantes estériles Equipo para venoclisis Agua destilada Mariposa 23G o menor Torundas Contenedor para punzocortantes.

DESARROLLO DE LA TÉCNICA

1. Relación médico-paciente:

Presentarse.

Identificar al paciente por nombre.

Explicar el procedimiento y la justificación de este.

Solicitar consentimiento informado verbal.

Mostrar que el catéter que se usará es nuevo.

En paciente consciente y hemodinámica mente estable.

2. Realizar higiene de manos.

PREPARACIÓN DEL MATERIAL

3. Preparar fármaco:

Identificar las siguientes características Descartar alergia al fármaco.

Verifica fármaco correcto.

Presentación. Concentración.

Dosis.

Fecha de caducidad.

Vía de administración.

4. Preparar equipo de venoclisis con técnica aséptica:

Sacar el equipo de venoclisis del empaque sin contaminar el conector, ni el punzón. Cerrar la llave reguladora. Retirar el capuchón del punzón.

Retirar la tapa protectora de la solución Insertar el punzón de la venoclisis en el tapón de goma de la solución.

Colgar la solución en el tripié del lado en que será canalizado el paciente, procurar la asepsia del conector del equipo de venoclisis.

Llenar la cámara de goteo a un tercio de su capacidad.

Retirar la tapa del conector, purgar la solución para eliminar el aire a lo largo de toda la longitud de tubo flexible, tapar nuevamente el conector con técnica aséptica.

5. Preparar catéter, Identificar las siguientes características:

Verificar tipo y calibre del Verificar el sellado del empaque que asegure esterilidad.

Abrir el empaque del catéter con técnica aséptica sin retirar el protector de la aguja.

6. Preparar al paciente:

Posicionar al paciente, en decúbito dorsal o semi Fowler.

Colocar el antebrazo en una superficie plana y firme. Seleccionar la vena a canalizar.

7. Técnica de cateterismo o canalización periférica.

Realizar higiene de manos.

Colocar preferentemente guantes Colocar ligadura de 6 a 10cm proximal al sitio de punción.

Realizar antisepsia en el área de punción.

Sujetar el catéter y retirar el protector de la aguja.

Tomar el catéter con el dedo índice y pulgar.

Orientar el bisel de la aguja hacia arriba.

Ejercer tracción mínima sobre la piel en el área de punción.

Puncionar la vena en ángulo agudo hasta visualizar retorno venoso.

Introducir el catéter empujando el cono de conexión siguiendo el trayecto de la vena, en su totalidad hasta el contacto con la piel.

Retirar la aguja y presionar la punta del catéter para evitar retorno venoso.

Introducir el conector de la venoclisis en la conexión del catéter.

Retirar la ligadura.

Verificar: Permeabilidad de la vía venosa, al observar goteo continuo de solución en la cámara de goteo del equipo de venoclisis.

Verificar: Ausencia de infiltración en el tejido contiguo en el sitio de punción.

Ajustar el goteo de infusión por medio de la llave reguladora del equipo para venoclisis.

Fijar el catéter con un apósito transparente adherible.

Colocar membrete en el sitio de punción con los siguientes datos:

Nombre del paciente: _____ Numero: _____

Fecha de canalización: _____
Nombre completo de quién canalizó: _____
Observaciones: _____

Informar al paciente que ha finalizado el procedimiento y corroborar el estado clínico.

Desechar los punzocortante en el contenedor para punzocortantes, el resto de material en el contenedor asignado.

Retirar guantes y realizar lavado clínico de manos o higiene de manos.

GASOMETRIA

La gasometría arterial (GA) es una prueba que permite analizar, de manera simultánea, el estado ventilatorio, el estado de oxigenación y el estado ácido-base. Se realiza en una muestra de sangre arterial; no obstante, en circunstancias especiales, también se puede realizar en sangre venosa periférica o sangre venosa mezclada.

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

PROCEDIMIENTO PARA LA PUNCIÓN ARTERIAL

1. Colocar al paciente según la arteria elegida
2. Realizar el lavado de manos
3. Colocarse los guantes
4. Palpar la arteria elegida con los dedos índice y medio
5. Desinfección de la zona de punción con la gasa y el desinfectante, dejándolo actuar el tiempo necesario
6. Realizar la punción con la mano dominante:
 1. 45° en la radial
 2. 60° en la braquial
 3. 90° en la femoral

PROCEDIMIENTO PARA LA EXTRACCIÓN DE LA SANGRE

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

SONDA NASOGÁSTRICA

Una sonda nasogástrica (Sonda NG) es una sonda especial que lleva alimentos y medicamentos al estómago a través de la nariz. Puede utilizarse para todos los alimentos o para brindarle calorías extra a la persona.

La sonda nasogástrica es un tubo flexible con un marcador radiopaco, de distintos calibres y diferentes materiales como silicona, poliuretano y polivinilo. Las de silicona y poliuretano son finas y elásticas por lo que son de elección para sondajes de larga duración, mientras que las de polivinilo son más rígidas y de mayor calibre por lo que se suelen usar para aspiración.

Procedimiento:

1. Informar al paciente de la técnica que se le va a realizar.
2. Colocarle en posición Fowler (mínimo 45°).
3. Inspeccionar orificios nasales y valorar cual tiene mejor flujo de aire para seleccionarlo.
4. Determinar longitud de sonda a introducir: medir colocando extremo de la sonda en punta de la nariz hasta el lóbulo de la oreja y desde ahí a la apófisis xifoides. Marcar la longitud en la sonda.
5. Lubrificar extremo distal de sonda con lubricante hidrosoluble e introducirla por orificio seleccionado, deslizándola por el suelo de la nariz y dirigiéndola hacia abajo y hacia atrás en dirección a la faringe. Una vez que el extremo de la sonda llega a nasofaringe, flexionar cabeza de paciente hacia tórax para facilitar cierre de vía aérea y apertura de vía digestiva. Avanzar la sonda mientras se solicita al paciente que trague, bien de forma simulada o tragando

pequeña cantidad de líquido (si está permitido), hasta alcanzar nivel marcado previamente y fijar sonda mediante un apósito a la nariz.

6. Si durante el procedimiento el paciente presenta tos, valorar posibilidad de haber introducido tubo en vía aérea, procediendo a su retirada. Si aparecen náuseas que persisten, comprobar con ayuda de un depresor que sonda no esté enrollada en parte posterior de faringe.

Una vez introducida, proceder a comprobar su correcta colocación:

- Insuflando aire (30 cc aire) a través de una jeringa conectada a la sonda y auscultando a nivel epigástrico (poco fiable, ya que pueden confundirse con ruidos intestinales y pulmonares).
- Aspirando contenido gástrico.
- Radiografía de tórax (método más fiable): Se debe informar al radiólogo del fin con el que se ha puesto la sonda nasogástrica y éste debe redactar un informe con la localización de la misma y si está bien posicionada para el fin que se le va a dar, para evitar posibles riesgos y malfuncionamiento.
- En caso de que sea imposible realizar control radiológico, la forma más fiable sería aspirar contenido gástrico y comprobar pH del líquido extraído (si es contenido gástrico presentará un pH muy ácido).

ASPIRACIÓN DE SECRECIONES

La aspiración de secreciones se realiza para eliminar las mucosidades que impiden la entrada de aire de la boca a los pulmones.

- Se realizará cuando haya secreciones (mucosidades) visibles y cuando se detecten sonidos respiratorios que nos indiquen la existencia de secreciones.

PROCEDIMIENTO:

1. Lavado de manos.

2. Preparación del material:

- Sonda de aspiración.
- Conexión en “Y”.
- Solución salina.
- Aspirador eléctrico

3. Técnica de aspiración de secreciones:

- Incorporar al paciente 30° (si es posible).
- Colocarse los guantes estériles.

- Conectar la sonda al aspirador a través de la conexión en “Y”.
- Introducir el catéter por la cánula sin aspirar unos 20-30 cm.
- Aspirar de manera intermitente durante no más de 20 segundos, retirando la sonda con aspiración continua y haciendo movimientos de rotación.
- Limpiar con solución salina los tubos de aspiración y proteger con gasas la conexión

Enfermería en el pre, trans y post operatorio

El preoperatorio, en el cual se hace énfasis sobre los factores de riesgo, la preparación física y psicológica del paciente. El transoperatorio, que comprende entre otros aspectos la revisión de la historia clínica, los exámenes de laboratorio, alergias sufridas y anestésicos utilizados. El postoperatorio, se divide en inmediato y mediato, en él se incluyen los cuidados y observaciones tanto al entregar y recibir un paciente en el servicio de recuperación, como el servicio de hospitalización.