



Nombre de alumno:

Hector Mario Hernández Pérez

Nombre del profesor:

Silvino Domínguez Perez

Nombre del trabajo:

Investigación

Materia:

Médico- Quirúrgico

Grado:

5. Cuatrimestre

Grupo: “A” Enfermería

Investigación

TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS

Venoclisis: Es una técnica quirúrgica en la que se introduce por una punción en una vena o catéter corto o largo y conectarlo en un equipo de venoclisis para administrar soluciones por vía endovenosa

Procedimiento: Para administrar la venoclisis es relativamente sencillo, siendo el paso más delicado de la caterización de la vena, especialmente en los casos de las vías venosas centrales. Lo primero que se hace es informarle al paciente sobre el procedimiento a realizar paso a paso, ya que eso ayuda a que el paciente se siente más seguro y con ello se evita aumentar la ansiedad o estrés.

Lavado de manos: Es necesario desprenderse de los anillos y otros objetos que adornen las manos y pasar a lavarlas. Se debe seguir el procedimiento típico de lavado de palmas, dedos, uñas y pulgar con agua y jabón o solución alcohólica. Luego se pasan a secar desechable.

Preparación: Antes de comenzar a trabajar con el paciente se prepara la solución a infundir. Después, se instala el equipo de infusión -denominado también sistema de suero- y se purga para garantizar que no haya aire en el sistema.

Una vez preparado el equipo, se coloca un torniquete en el brazo o antebrazo donde se planea colocar la venoclisis. Mediante inspección y palpación, se elige el sitio idóneo para la punción de la vena. Lo ideal es que esté lejos de pliegues, en un vaso recto y que se dilate con la colocación del torniquete.

Una vez seleccionada la vena, el sanitario se debe colocar guantes estériles y procederá con la punción.

Punción o cateterización: Se prepara el área donde se procederá la cateterización de la vena, limpiando con solución antiséptica utilizando una gasa o algodón, con un movimiento circular del centro de la zona hacia afuera con una sola pasada, un

catéter adecuado, cuando se ha confirmado exitosamente, se coloca un obturador, llave de tres vías y por último se asegura la vía periférica

Técnica de gasometría 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).

Procedimiento: Explicar al paciente la técnica a realizar y pedir su colaboración.

2. Proporcionar intimidad, es importante que el paciente este cómodo.
3. Lavar las manos y poner guantes.
4. Localizar la arteria a puncionar por medio de la palpación, utilizándose habitualmente la radial (es la más accesible y con menos riesgos post-punción), Humeral y femoral
5. Desinfectar la zona de punción con antiséptico.

DOS FORMAS DE REALIZAR LA EXTRACCIÓN DE SANGRE:

Localizar con los dedos índice y medio la artería, notando el pulso máximo entre ellos

La otra forma de sacar sangre es localizar el pulso y una vez localizado, picamos justo debajo del dedo donde percibimos la pulsación. Sujetar la jeringa como si fuera un lapicero, introducir la aguja con el bisel hacia arriba, lentamente a través de la piel sobre el punto de máximo impulso, con un ángulo de 45° si es en radial y de 90° si es en humeral o femoral.

7. Avanzar la aguja lentamente en línea recta hasta ver que la sangre fluye a la jeringa, mantener la aguja inmóvil en este punto hasta conseguir una muestra de sangre de unos 2 ml (si el émbolo de la jeringa no sube solo, tirar de él suavemente).
8. Extraer la aguja hasta justo por debajo de la piel, cambiando el ángulo de penetración, en caso de no localización o pérdida de la arteria, nunca variar de ángulo en capas profundas, podemos lesionar vasos y nervios.
9. Retirar la aguja y comprimir la zona de punción durante un mínimo de 5 minutos, luego colocar apósito compresivo estéril.

10. Tirar la aguja al contenedor y poner inmediatamente tapón a la jeringa, evitando que entre aire a la muestra.

11. Identificar debidamente la muestra y enviarla inmediatamente al laboratorio para que no se alteren los valores.

12. Registrar en la hoja de comentarios de enfermería: Día y hora de la extracción, complicaciones e incidencias (depende de la institución).

NOTA: Es muy importante que etiqueten la muestra con el nombre completo del paciente (rotular) y manejar las muestras con cuidado.

Técnica de Sonda Nasogástrica. El sondaje nasogástrico es una técnica invasiva que consiste en la inserción de una sonda o tubo flexible de plástico a través del orificio nasal o de la boca hasta el estómago.

1. **Procedimiento:** Lavado de manos rutinario.
2. Explicar procedimiento al cuidador principal o al paciente si su estado de conciencia lo permite.
3. Obtener consentimiento informado acerca de procedimientos de enfermería. Brindando la oportunidad de expresar dudas y temores.
4. Verificar hace cuanto comió el paciente.
5. Lleve el equipo al cuarto de procedimientos manteniendo la privacidad e intimidad.
6. Mantener la puerta cerrada mientras se realiza el procedimiento.
7. Elevar la cabecera de la cama a 30 o 45 grados.
8. Se debe colocar al paciente en posición Semifowler, para reducir reflejo nauseoso y facilitar la deglución.
9. Determinar si se va a realizar el paso de la sonda naso u orogástrica.
10. Verificar la permeabilidad de las fosas nasales y determinar cuál es la más competente.
11. Colocación de guantes limpios (protección).
12. Medir la sonda de acuerdo al sitio de elección para su colocación: Si es nasogástrica se debe medir desde el borde inferior del lóbulo de la oreja

hasta la nariz y luego hasta el apéndice xifoides, marcando con un indeleble. Si es orogástrica se mide desde el borde inferior del lóbulo de la oreja hasta la comisura labial y luego hasta el apéndice xifoides.

13. Lubricar el extremo de la sonda con agua o xilocaína jalea para evitar lesión o irritación de la mucosa.
14. Introducir la sonda por la nariz o la boca de acuerdo a indicación. si es por la nariz, se debe insertar en un ángulo de 60 – 90 grados respecto al plano de la cara, siguiendo el piso de la nariz hasta llegar a la pared de la faringe. En este momento el paciente debe flexionar la cabeza hacia adelante, apoyando la barbilla sobre la horquilla esternal.
15. Avanzar la sonda firmemente, al mismo tiempo que se le pide al paciente que degluta.
16. Cuando la marca de la sonda realizada con indeleble alcanza la narina o la boca, el extremo distal debe encontrarse en el estómago.
17. Se verifica su ubicación ya sea aspirando hasta obtener contenido gástrico con una jeringa de 5 o 10 cc o se ausculta la región epigástrica luego de introducir aproximadamente de 2 a 5 cc de aire.
18. Se procederá a la fijación de la sonda con fixomull.
19. Lavado de manos.
20. Se realizará el registro en la historia

Técnica 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. Es la succión de secreciones a través de un catéter conectado a una toma de succión.

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

Enfermería en el pre, trans y post

Periodo pre-operatorio: El periodo preoperatorio es el lapso que transcurre desde una decisión para efectuar la intervención quirúrgica al paciente, hasta que es llevado a la sala de operaciones. La decisión tomada puede ser planteada o urgente. Este periodo se clasifica con base en la magnitud de la intervención quirúrgica o mayor o menor, o bien programada o de urgencia.

Periodo transoperatorio: Es el tiempo que transcurre desde que un paciente es recibido en la sala de operaciones y es llevado a la sala de recuperación. Este periodo constituye el acto quirúrgico en sí, y en el interviene diversos miembros del

equipo quirúrgico (cirujano, ayudante del cirujano, anestesiólogo, enfermera instrumentista y enfermera circulante) cada uno de ellos con funciones específicas, pero unidas en un objetivo común, proporcionar la máxima seguridad y eficacia al paciente.

Periodo post-quirúrgico: Es el periodo que transcurre entre el final de una operación y la completa recuperación del paciente, o la recuperación parcial del mismo, con secuelas. Pudiendo en caso de fracasar la terapéutica finalizar con la muerte. Se divide en cuanto el tiempo que ha transcurrido desde la operación en.

Inmediato: controla los signos vitales, tensión arterial, pulso, respiración, valora la permeabilidad de las vías aéreas para descartar cualquier tipo de obstrucción. También se prestará atención a la aparición de hemorragia tanto interna como externa.

Mediato: se prestará atención al control de los desequilibrios, diuresis, fiebre, alteraciones hidroelectrolíticas, comienzo de la función intestinal.

Alejado: se prioriza el control de la evolución de la cicatrización, así como la evolución de la enfermedad tratada. La duración está determinada por la clase de operación y por las complicaciones.