



LICENCIATURA EN ENFERMERIA – (LEN)

ENFERMERIA MEDICO QUIRURGICA I

Actividad 2

INVESTIGACIÓN: TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS

Betzabé Jajel Ortega Román

ASESOR: Silvino Domínguez Pérez

5 GRADO GRUPO B

A 11 DE FEBRERO DEL 2022

TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS

Para hacer cualquier cosa se necesita tiempo para aprender, pero se debe aprender lo importante, en este caso, en enfermería se utilizan técnicas y procedimientos para llevar a cabo una actividad, no es fácil pero tampoco imposible, es trabajo de enfermeros y enfermeras tener a un paciente bien y sano, nosotros como estudiantes aprendemos y buscamos la mejor manera para hacer nuestro trabajo, esta investigación se desarrolla con base a las técnicas y procedimientos de venoclisis, técnicas de gasometría, sonda nasogástrica, aspiración de secreciones y enfermería en el pre, trans y post operativo.

VENOCLISIS

Técnica

- Lavado de manos.
- Preparar al paciente e informar el procedimiento.
- Abrir y preparar el equipo, introducir la espiga en el contenedor de la solución.
- Colgar el contenido en el soporte de suero y llenar parcialmente la cámara de goteo.
- Quitar la tapa del extremo distal manteniendo siempre la asepsia: abrir la pinza y dejar correr el líquido para purgar la guía observando que no queden burbujas en el tubo.
- Volver a cerrar la pinza del tubo y colocar la tapa.
- Poner el rótulo identificadorio.
- Colocarse los guantes.
- Seleccionar y preparar el punto de punción, elegir partes más proximales de las venas, lugar de elección más utilizada para punción es el (pliegue del brazo, dorso de la mano, dorso del pie y safena).
- Colocar el torniquete alrededor de 15 a 20 cm por encima de la vena seleccionada.

- Si la vena no está lo suficientemente visible, realizar pequeños golpecitos sobre la piel en dirección del flujo venoso hacia el corazón.
- Si no se visualiza o palpa la vena, soltar el lazo e intentar en otro sitio y repetir nuevamente el procedimiento.
- No tratar de alcanzar una vena más de dos veces. Si después de la segunda vez no se puede localizar una vena con la aguja, hay que solicitar ayuda de otra persona.
- Limpiar zona de punción con antiséptico por norma institucional.
- Realizar la asepsia desde el centro hacia la periferia.
- Permitir que la solución se seque.
- Cuanto menor sea el calibre, más grueso será el catéter y se puede



administrar el medicamento más rápidamente y extraer mejor la sangre.

- Insertar el catéter con el bisel hacia arriba en un ángulo de 15 a 30 grados.
- Una vez que aparezca sangre en la luz del catéter, se retira el mandril de a poco a medida que se va introduciendo suavemente al

teflón.

- Liberar el torniquete, conectar al extremo el tubo de perfusión y liberar goteo.
- Desecha la aguja en un contenedor de objetos punzantes adecuado.
- Colocar el Tegaderm, si no hay, utilizar cinta.
- Fijar el catéter con un método en "U", utilizar tres tiras de tela adhesiva, doblar una para ambos lados, la otra sobre las terminales del catéter y la última para sostener el tubo.
- Cubrir con una etiqueta que figure fecha, hora y calibre del catéter.
- Comprobar si la colocación fue óptima, y esto se hace poniendo el sachet de solución por debajo del lugar donde se realizó la punción para verificar si hay retorno de sangre por la vía del suero.
- Asegurarse que el flujo de perfusión sea el indicado.

- Rotular el sachet de la solución con nombre del paciente, número de cama, servicio, hora de comienzo, velocidad de goteo y nombre completo de enfermero.
- Documentar los datos en hoja de enfermería, si se realizó cambio de tubuladura, hora de comienzo del plan y finalización según goteo, tipo de solución.
- Firmar registro con No de matrícula, nombre y apellido claros del enfermero.

GASOMETRÍA

Técnica

- Preparar al paciente.
- Antes de realizar la técnica es necesario explicar al paciente claramente la técnica a realizar y aclara cualquier duda al paciente y/o familiar.
- Colocar al paciente de decúbito supino.
- Arteria radial:
 - Se estabiliza la muñeca sobre una toalla pequeña o paño enrollado.
 - Flexión dorsal de la muñeca en 30°.
 - Realizar el test de Allen.
- Arteria femoral:
 - Se gira la pierna ligeramente hacia afuera.
 - Se elige un punto próximo al pliegue inguinal, unos 2 cm por debajo del ligamento inguinal.
- Arteria braquial:
 - Se coloca una toalla enrollada bajo el codo del paciente mientras se hiperextiende el codo.
 - Se rota la muñeca del paciente hacia afuera.
- Colocar al paciente según la arteria elegida.
- Realizar el lavado de manos.



- Colocarse los guantes.
- Palpar la arteria elegida con los dedos índice y medio.
- Desinfección de la zona de punción con la gasa y el desinfectante, dejándolo actuar el tiempo necesario.
- Realizar la punción con la mano dominante:
 - 45° en la radial.
 - 60° en la branquial.
 - 90° en la femoral.
- Observar la aparición de flujo sanguíneo retrógrado sin necesidad de aspirar.
- Extraer la muestra, evitando la entrada de aire.
- Retirar la aguja y la jeringa.
- Presionar sobre el punto de punción con una gasa firme y constante, entre 5 a 10 minutos.
- Colocar apósito compresivo sobre el lugar de punción y fijarlo con esparadrapo, ejerciendo ligera presión.
- Agitar ligeramente la muestra para evitar la coagulación.
- Desconectar la aguja de la jeringa, desechándola en el contenedor de objetos punzantes.
- Eliminar las burbujas de aire, colocar el tapón de jeringa y etiquetar.
- Retirar el material utilizado.
- Quitarse los guantes y realizar lavado de manos higiénico.
- Procesar la muestra, teniendo en cuenta si el paciente tiene oxigenoterapia el flujo de O₂.

SONDA NASOGASTRICA

Técnica



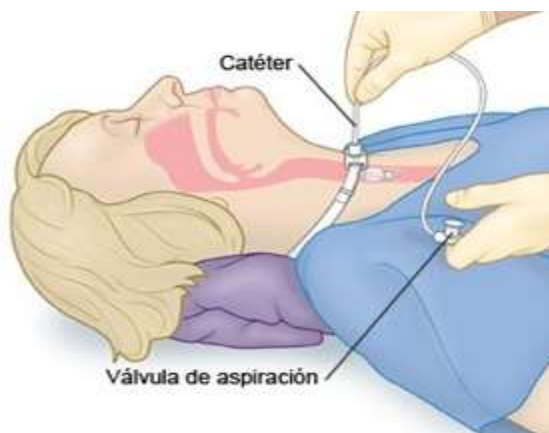
- Informar al paciente de la técnica que se le va a realizar.
 - Realizar lavado de manos.
 - Usar guantes.
 - Colocarle en posición Fowler (mínimo 45°).
- Inspeccionar orificios nasales y valorar cual tiene mejor flujo de aire para seleccionarlo.
 - Determinar longitud de sonda a introducir: medir colocando 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.
 - 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.
 - 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

Técnica

- Conectar la sonda al aspirador.
- Encender el aspirador (chequear que aspire).
- Colocar un guante estéril en la mano hábil y un guante limpio en la otra mano. En caso de no contar con guante estéril, realizar técnica de aspiración con guante limpio, manipulando la sonda con una gasa estéril, para evitar el contacto directo del guante con la sonda.
- Desconectar al paciente de la humidificación a la que se encuentre conectado.
- Tomar la sonda con la mano hábil (que tiene el guante estéril colocado) e introducirla suavemente sin aspirar en la cánula de traqueostomía, hasta sentir un tope.
- Retirar la sonda, aspirando. El procedimiento no debe durar más de 10 segundos (Se puede realizar un conteo hasta 10 para no excederse en dicho tiempo).
- En caso de constatar secreciones más espesas de lo habitual, algún tapón mucoso o dificultad en progresar la sonda a través de la cánula, con una jeringa inyectar solución fisiológica a través de la cánula (1-3 ml) con una jeringa al momento de la aspiración.



- Esperar unos minutos a que el paciente se recupere.
- Repetir procedimiento.
- Controlar la endocánula (en caso de contar con una cánula de estas características) y en caso de estar tapizada con secreciones, limpiarla con agua, cepillo para tal fin, y secar con gasa antes de recolocar o guardar.

Es importante que la endocánula de repuesto se guarde seca en un recipiente o bolsa limpio/a.

- Aspirar puerto de aspiración subglótica en caso de contar con una cánula de estas características. Controlar diariamente que la misma no esté tapada con secreciones. Para ello deberá inyectar aire con una jeringa a través del puerto de aspiración subglótica y verificar que el aire pase sin dificultad. En caso de encontrarse con alguna resistencia al paso del aire, instilar 2 ml de solución fisiológica y luego aspirar por el mismo sitio.
- Si fuera necesario, aspirar la boca. En caso de hacerlo, una vez utilizada la sonda para aspirar la boca, no volver a utilizar esa sonda para aspirar la cánula de traqueostomía. En caso de necesitar volver a aspirar la cánula de traqueostomía, volver al paso 3 (es decir, utilizar otra sonda y guante estéril).
- Reconectar a humidificación.
- Descartar material y repetir el lavado de manos.
- Controlar oximetría al finalizar la técnica de aspiración.

ENFERMERIA EN EL PRE, TRANS Y POST OPERATORIO

PROCEDIMIENTO

- Etapa pre-operatoria: Durante esta etapa se inicia la identificación correcta del paciente, examen físico minucioso, exámenes de laboratorio y de

radiología, preparación física (preparación de la piel y, en especial, la preparación psicológica).

- Etapa trans-operatoria: Es el periodo que transcurre desde que el paciente se sujeta al procedimiento quirúrgico, hasta su traslado a la sala de recuperación.
- Etapa post-operatoria se puede dividir en tres partes: El periodo inmediato que incluye la atención que se proporciona al paciente en la sala de recuperación y durante las primeras horas en la sala de hospitalización. El periodo intermedio incluye la atención durante la convalecencia de la cirugía, hasta la pre-alta del paciente. La tercera etapa de la post-operatoria consiste en la planeación de alta, enseñanza de cuidados en el hogar y recomendaciones especiales.

