

**UNIVERSIDAD DEL SURESTE.**

*PRECTICA CLINICA DE ENFERMERIA II*

*MODULO 1*

*NOMBRE DE LA ALUMNA:*

*REYNA DEL CARMEN MONTERO FELIX*

*7to cuatrimestres grupo "A"*

*LEN-Licenciatura en enfermería*

*ACTIVIDAD:*

*DOCENTE:*

*Lic. Juana Inés Hernández López.*

*Fecha de entrega: 21/octubre/2022*

### **Paracentesis.**

*La paracentesis también llamada laparocentesis abdominal el cual es un procedimiento medico caracterizado por punción quirúrgica hecha en una cavidad orgánica para evaluar la serosidad acumulada. La ascitis puede ser causado por: cáncer, una infección, inflamación, una lesión abdominal, cirrosis en el hígado.*

*La paracentesis dura aproximadamente 10 a 30 minutos estará despierto durante el procedimiento, puede recibir analgésicos para ayudar con la ansiedad antes del procedimiento. Se acostará boca arriba o que se quede sentado luego se utilizará una ecografía para encontrar el pecio donde sea más fácil de llegar al líquido, se anestesia el área para luego insertar la aguja en el espacio marcado el líquido se drenará atreves de la aguja o de un tubo que esté conectado a la aguja aun recipiente una vez terminado el procedimiento se retira la aguja y todo lo demás y por último se toma los signos vitales.*

Sus riesgos son la pérdida del líquido en el lugar de inserción de la aguja, sangrados, hipotensión, punción en un vaso sanguíneo, infección.

### **Toracocentesis.**

*es una punción quirúrgica en la pared torácica para evacuar por aspiración el líquido acumulado en la cavidad pleural, en algunas enfermedades se acumula líquido entre el pulmón y la pleura lo que se denomina derrame pleural. Las causas de un derrame pleural son múltiples como la presencia de insuficiencia cardiaca o la existencia de diversas enfermedades infecciosas, inflamatorias o tumorales.*

*Se puede realizar un pinchazo con una aguja normal para extraer una pequeña cantidad de líquido y analizar su punción, la toracocentesis se realiza en personas que tiene un derrame pleural del que no se sabe la causa o en aquellas con un derrame pleural que compromete la respiración en donde el líquido no puede retirarse. Para su cuidado se suele pedir una radiografía de tórax de control para observar si ha entrado algo de aire y para observar cuanto liquido se a extraído.*

### **Punción lumbar**

*La punción lumbar o punción espinal es un procedimiento que comúnmente se realiza para obtener muestras de líquido ceforraquídeo con fines diagnósticos. Procedimiento en el que se introduce una aguja fina y hueca en la parte inferior de la columna vertebral para extraer una muestra de líquido ceforraquídeo, para ello se coloca la aguja entre dos huesos de la columna vertebral y se introduce en el espacio subaracnoideo, una vez extraída la muestra se examina debajo del microscopio.*

*Existe riesgo de sangrado (hematoma epidural o hemorragia) luego de la punción lumbar, en raros casos luego de la punción puede ocurrir una hernia del tronco cerebral debido a la presión intracraneal elevada y a la presencia de un tumor cerebral u otra lesión.*

## **Pericardiocentesis**

*El pericardio es una membrana que recubre al corazón en algunas enfermedades se puede acumular líquido dentro del pericardio lo que se denomina derrame pericárdico, si la cantidad del líquido en el pericardio es muy grande este líquido puede producir un taponamiento cardíaco. Este procedimiento consiste en la punción del pericardio con una aguja para extraer el líquido retenido en su interior, la punción se puede realizar por varios sitios siendo las más habitual la punción debajo del esternón en la zona del estómago guiada por una ecografía.*

*La pericardiocentesis se realiza en personas con un derrame pericárdico cuya causa se desconoce y en personas con un derrame pericárdico que puede comprometer la vida del paciente. Existen varias complicaciones como la aparición de un neumotórax colapso del pulmón sin querer, punción de otros órganos como el corazón, una arteria coronaria, el hígado o el estómago, sangrado importante en el interior del pericardio, un infarto agudo de miocardio, arritmias cardíacas, infección del pericardio.*

## **Listado de los equipos de la habitación UCI**

*La UCI está equipado con aparatos complejos y dispositivos de monitoreo diseñados para cubrir las necesidades específicas del paciente.*

- ❖ *Monitor cardiorrespiratorio cardíaco*
- ❖ *Monitor de presión arterial*
- ❖ *Oxímetro de pulso*
- ❖ *Monitor de oxígeno/dióxido de carbono transcutáneo*
- ❖ *Radiografía*
- ❖ *Tubo endotraqueal*
- ❖ *Respirador o ventilador mecánico*
- ❖ *Sonda pleural*
- ❖ *Bombas intravenosas*
- ❖ *Catéter de Foley*
- ❖ *Desfibrilador*
- ❖ *Carro individualizado de medicamentos*
- ❖ *Powerbar*
- ❖ *Cesto de residuos*
- ❖ *Lámpara*
- ❖ *Mesa de mayo*
- ❖ *Aspiración de secreciones*
- ❖ *Ambo*
- ❖ *Laringoscopio*
- ❖ *Carro de procedimientos*
- ❖ *Monitor de traslado*
- ❖ *Camilla de traslado*

## **Intubación endotraqueal listado de los materiales**

La intubación endotraqueal es la técnica definitiva de permeabilización y aislamiento de la vía aérea así permitiendo la administración de oxígeno a alta concentración y de un volumen corriente suficiente para mantener una insuflación pulmonar adecuada. La intubación endotraqueal es un factor de riesgo en la neumonía nosocomial, es por ello que es un tipo de técnica aséptica.

Los signos clínicos de posición correcta del tubo son; condensación en el tubo, elevación del tórax, sonidos respiratorios a la auscultación pulmonar, pero a pesar de estos signos clínicos se realiza una confirmación secundaria de la colocación del tubo endotraqueal por el dióxido de carbono exhalado con un dispositivo de detección esofágica. Complicación más frecuente son las lesiones dentales, hemorragia, hipoxemia por intubación esofágica, distensión abdominal por intubación abdominal esofágica, bradicardia, hipotensión, espasmo y edema.



**Guantes.**



**Fuente de o2.**

**Cánulas oro faríngeas.**



**Mascarillas de distintos tamaños.**



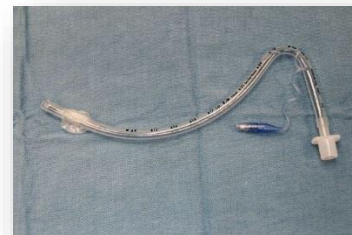
**Bolsa de ventilación con reservorio**



**Filtro antibacteriano.**



**Tubo endotraqueal.**



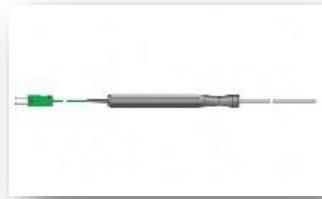
**Fiador semirrígido.**



**Laringoscopio.**



**Sonda rígida.**



**Lubricante.**



**Sonda de aspiración de distintos calibres.**



**Venda**



**Pinza magil.**



**Tijera.**



**Fonendoscopio.**



**Aspirador**



**Jeringa de 10ml.**



**Tipos de respiradores y fases del ciclo del respirador.**

Los respiradores volumétricos ciclados, estos se programan por volumen el cual se entrega en cada tiempo determinado.

Fases del ciclo de un respirador: insuflación el respirador genera una presión, meseta el gas introducido en el pulmón es mantenido en el durante un tiempo, espiración retracción elástica del pulmón insuflado.

Ventilación mecánica invasiva: este procedimiento es artificial lo emplea un aparato mecánico sustituyendo la función ventilatoria ya que así une las vías aéreas del paciente.

Objetivos: mantiene el intercambio gaseoso, reduce el trabajo respiratorio, hipoxemia, trabajo respiratorio excesivo, fatiga de los músculos inspiratorios a sincronía toracoabdominal.

Este método es muy importante para el paciente ya que lo mantiene respirando aun estando en algún procedimiento o en algún accidente.

Nosotros como enfermeros logramos que el paciente se sienta cómodo y más que nada ayudar a vivir proporcionándole todo lo que necesita.

## **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 realiza cuando haya secreciones visibles y cuando se detecten sonidos respiratorios que nos indiquen la existencia de secreciones.*

*La aspiración de secreciones debe realizarse cada vez que la persona tosa y movilice secreciones o lo noten con dificultad para respirar o que presente cambio en la coloración de la piel o escuchen ruidos de secreciones bronquiales o perciben frémitos en el tórax palpable.*

*Técnica de aspiración.*

- ❖ *Conectar la sonda al respirador*
- ❖ *Encender el aspirador*
- ❖ *Colocar un guante estéril en la mano hábil y guante limpio en la otra mano.*
- ❖ *Desconectar al paciente de la humidificación a la que se encuentre conectado.*
- ❖ *Tomar la sonda con la hábil introducirla suavemente sin aspirar en la cánula de traqueostomía.*
- ❖ *En caso de constatar secreciones más espesas de lo habitual de lo habitual.*
- ❖ *Esperar unos minutos a que el paciente se recupere.*
- ❖ *Repetir procedimiento*
- ❖ *Controlar la endocanula y en caso de estar tapizada de secreciones limpiarla con agua.*
- ❖ *Aspirar puerto de aspiración subglótica en caso de contar con una cánula de estas características, en caso de encontrarse con alguna resistencia al paso del aire instalar 2ml de solución fisiológica y luego aspirar por el mismo sitio.*
- ❖ *Si fuere necesario aspirar la boca, una vez utilizada la sonda para aspirar la boca no volver la a utilizar la.*
- ❖ *Reconectar a humidificación.*
- ❖ *Descartar material y repetir el lavado de manos.*
- ❖ *Controlar oximetría al finalizar la técnica de aspiración.*

