



Mi Universidad

NOMBRE DEL ALUMNO: Yuliana jocabeth Córdoba castillo

TEMA: Unidad III Técnicas Y Procedimientos.

PARCIAL: 1

MATERIA: Enfermería Medico Quirúrgica 1

NOMBRE DEL PROFESOR: Rubén Eduardo Domínguez García

LICENCIATURA: Enfermería

CUATRIMESTRE: 5to

HIPONATREMIA

Hipovolemia
 Agua corporal
 Sodio corporal

Euolemia
 Agua corporal
 Sodio corporal

Hipervolemia
 Agua corporal
 Sodio corporal

Una > 20 ↔ Una < 20

Una > 20

Una < 20

Perdidas renales
 Diuréticos tiazídicos o de asa
 Diuresis osmótica
 Hiperaldosteronismo
 Nefritis tubulointersticial
 Síndrome pierde sal cerebral

Perdidas extrarrenales
 Gastrointestinales (vómitos, diarrea, débito por SBG)
 cutáneas (sudor, quemaduras)
 formación tercer espacio (ascitis, edemas)

Una > 20
 SIADH
 Hipotiroidismo
 Def. glucocorticoides
 intoxicación por agua (iatrogena, potomanía)

Insuficiencia renal

Insuficiencia cardiaca
 Cirrosis
 Síndrome nefrótico
 hipoalbuminemia

Venoclisis

Instalación de un catéter a la luz de una vena para introducir una sustancia

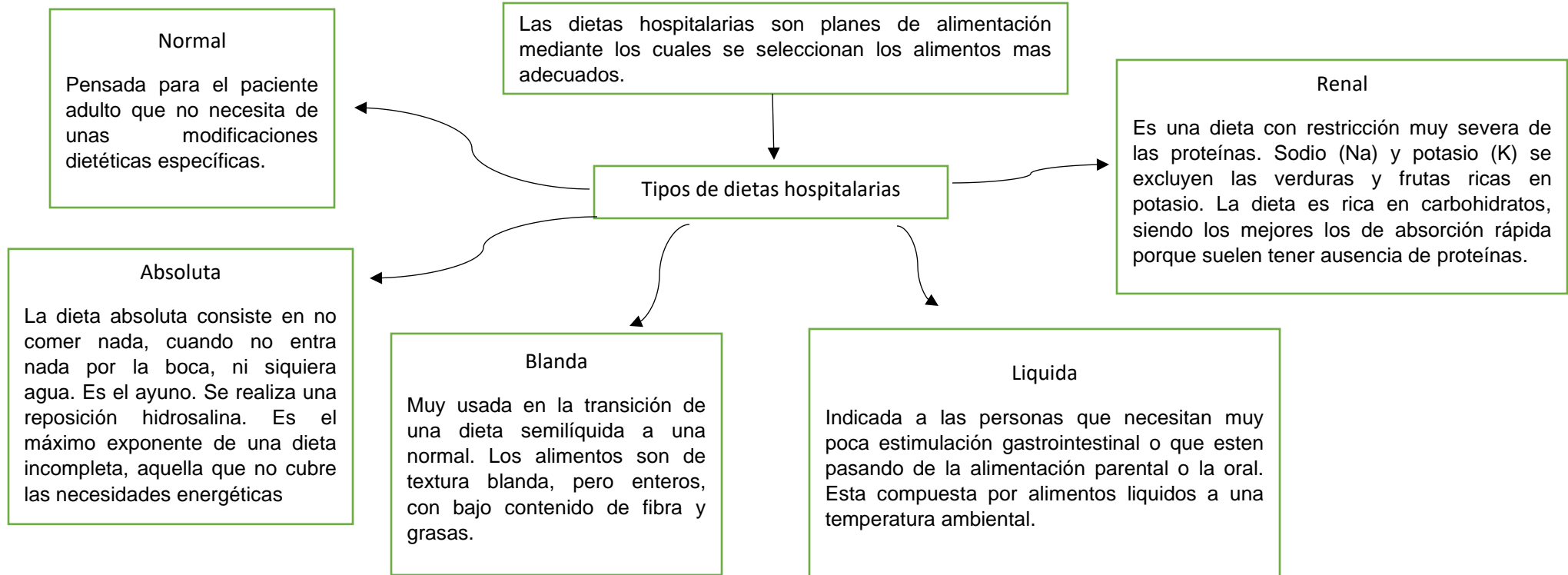
Materiales

- Torniquete
- Torundas
- Guantes
- Catéter
- Equipo de venoclisis
- Cinta adhesiva
- Medicamento o solución
- Alcohol 70%

Procedimientos

1. preparar material
2. lavado de manos clínicos
3. informar el procedimiento al paciente
4. acomodar al paciente (brazo apoyado en superficie plana y firme)
5. colocar torniquete
6. seleccionar vena o puncionar por palpación
7. realizar asepsia
8. realizar enguantado
9. fijar la vena
10. verificar bisel hacia arriba y ángulo de 10°-30°
11. avanzar el catéter con dedo índice al ver retorno venoso
12. retirar ligadura
13. ocluir punta del catéter con presión
14. retirar y eliminar aguja
15. conectar con sistema de venoclisis

Dietas hospitalarias



Tipos de nutrición parenteral y enteral

Puede clasificarse según la vía de administración en:

Nutrición parenteral central:

Se administran los nutrientes que el individuo necesita consumir en un día a través de la colocación de un catéter dirigido a una vena de gran calibre, como la vena cava, permitiendo su administración por un periodo por más de 7 a 10 días.

Nutrición parenteral periférica:

Se administran parte de los nutrientes que el individuo necesita en un día, a través de la colocación de catéter dirigido a una vena pequeña de la mano o el del brazo, siendo indicada cuando el paciente requiere alimentación parenteral por no más de 7 a 10 días o en aquellos pacientes en los que no es posible o está contraindicado un acceso venoso central.

nutrición enteral o por tubo.

La nutrición por tubo es una mezcla especial de comida que contiene proteínas, carbohidratos (azúcar), grasas, vitaminas, y minerales. Esta mezcla especial es proveída a través de un tubo al estómago o el intestino delgado y se llama alimentación por tubo, o nutrición enteral.

¿Quién recibe alimentación por tubo?

Personas de todas las edades reciben alimentación por tubo. Se le puede proveer a infantes, niños, y también a los adultos. Las personas pueden vivir bien con alimentación por tubo mientras tanto lo necesiten. Muchas veces, la alimentación por tubo no es usado por un largo tiempo. El tubo se remueve cuando la persona puede comenzar a comer normal otra vez.

¿Cómo se proporcionar la nutrición por tubo?

La nutrición por sonda se puede proporcionar a través de diferentes tipos de sondas. Un tipo de sonda puede ser colocada a través de la nariz al estómago o al intestino. Esta sonda se llama sonda de nutrición nasogástrica onasoenteral. Algunas veces la sonda se coloca directamente a través de la piel en el estómago o el intestino. A esto se le llama gastrostomía o yeyunostomía. Su equipo de salud (doctores, enfermeras, dietistas, y farmacitas) hablará con usted acerca de las diferentes sondas para nutrición.

Técnica de gasometría

Esta técnica consiste en la compresión simultánea de ambas arterias con el objetivo de obstruir el flujo sanguíneo. Se solicitará al paciente que abra y cierre la mano rápidamente varias veces.

Al abrir la mano aparecerá palidez de la palma y dedos. Acto seguido, se liberará la arteria cubital (seguiremos comprimiendo arteria radial). En un tiempo máximo de no más de 15 segundos debe de restablecerse la circulación y coloración de la mano.

En caso de no obtener este resultado, el test de Allen se considerará positivo y no se deberá de puncionar la arteria radial.

Técnica de aspiración de secreciones

La aspiración de secreciones debe realizarse cada vez que la persona tosa y movilice secreciones, o lo noten con dificultad respiratoria (agitado, con esfuerzo al respirar), o cambio en la coloración de la piel, o escuchen ruidos de secreciones bronquiales, o perciban frémitos en el tórax palpables.

Paso a paso: Técnica de aspiración:

1. Conectar la sonda al aspirador.
2. Encender el aspirador (chequear que aspire).
3. 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.
4. Desconectar al paciente de la humidificación a la que se encuentre conectado.
5. 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).
6. 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.
7. Esperar unos minutos a que el paciente se recupere.
8. Repetir procedimiento.
9. 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.
10. 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.

Técnica de oxigenoterapia y aerosol terapia



La oxigenoterapia es un tratamiento de prescripción médica en el que se administra oxígeno en concentraciones elevadas con la finalidad de prevenir o tratar la deficiencia de oxígeno (hipoxia) en la sangre, las células y los tejidos del organismo. Aunque su principal indicación es para la insuficiencia respiratoria crónica

Complicaciones

Los principales problemas que puede tener este tipo de terapia derivan de una concentración inadecuada del oxígeno, o un exceso del tiempo al que está sometido el paciente al tratamiento. Esto puede ser contraproducente en algunas patologías, como las relacionadas con problemas respiratorios crónicos. En estos casos, no medir bien las dosis puede provocar que el aumento de la concentración del gas en la sangre inhiba el estímulo de los receptores sensibles y causa una parada respiratoria.

En los pacientes con respiración espontánea la terapia se puede aplicar por las siguientes vías:

- Cánulas nasales.
- Mascarilla simple.
- Mascarilla venturi: Administra una concentración exacta de oxígeno al paciente. Éste puede tener una sensación de estar relleno durante la administración (no permite ni comer, ni hablar), así como tener calor o mostrar una ligera irritación en la piel.
- Mascarilla de respiración.
- Mascarilla de respiración.
- Sistema de bajo flujo: Indicado para las personas que tienen que someterse al mínimo contacto con el oxígeno. Estos dispositivos no cubren ni la boca.

Técnica de catéteres venosos



Preparación del paciente

- > Informar adecuadamente al paciente de la técnica que se le va a realizar. Esto nos ayudará a lograr su colaboración durante la realización de la misma
- > Monitorizar el electrocardiograma antes, durante y después del procedimiento. Es muy importante una adecuada visualización, ya que, durante la introducción, tanto de la guía como del catéter, se debe vigilar la aparición de arritmias. Registrar constantes vitales.
- > Colocar al paciente en posición decúbito supino o Trendelenburg, según nos permita la patología del paciente
- > Valorar las venas de ambas extremidades superiores en la fosa ante cubital. Se elegirá preferentemente el brazo derecho y las venas basílica, mediana y cefálica, en este orden
- > Se pueden emplear dos tipos de anestésicos locales, EMLA® o Cloretilo®. El Cloretilo® es de acción inmediata, pero si se elige EMLA®, se debe aplicar la pomada sobre la zona seleccionada entre 30 y 60 minutos antes de la venopunción, retirándola justo antes de aplicar el antiséptico.

• Realización de la técnica

- Colocar un empapador bajo el brazo elegido.
- Preparar una mesa auxiliar con paños estériles y todo el material necesario. Aprovechar para revisar que no falta nada en el equipo de vía central.
- Colocar paño fenestrado sobre el brazo y ampliar el campo estéril con otro paño, puesto que la longitud del catéter y de la guía hace que sea más complicado que no se salgan del campo.
- Pedir la colaboración del paciente, haciendo que gire la cabeza hacia el lado de la punción, y empezar a introducir la guía a través del angiocatéter. La guía se presenta con la punta blanda, de forma curva, fuera de su introductor, por lo que se moviliza con el pulgar hasta que el final de la guía coincida con el extremo de plástico que se adaptará al angiocatéter. Después se introducirá con suavidad. Si se nota dificultad, se retrocede unos centímetros, se moviliza el brazo y se reintenta