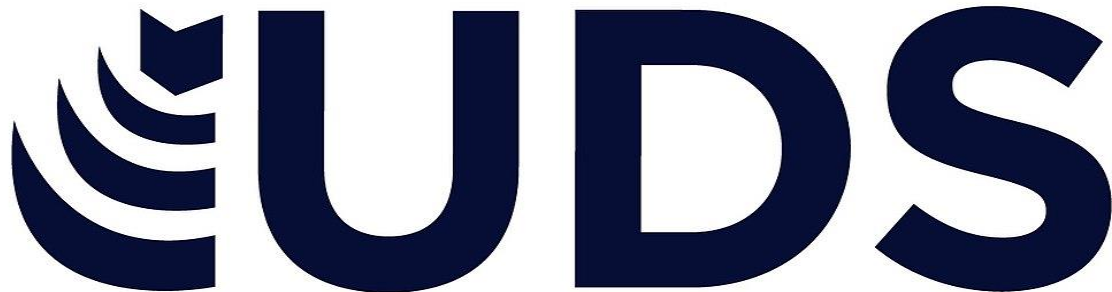


LICENCIATURA EN ENFERMERIA



ALUMNO: Bautista Molina Gabino Gabriel

Asignatura:

Salud Pública

GRADO: 3ER CUATRIMESTRE

Fecha: 29/07/2023

Oftalmología

Oftalmología

Aspiración de Secreciones

Omfalocelisis

Es la introducción de un catéter en los vasos umbilical
Es de un RN, ya sea en la vena o en alguna de las dos
Arterias umbilicales.

El objetivo de esta técnica es tener un acceso vascular
Rápido, Para administrar soluciones y para medir parámetros
vitales invasivos.

Vía de acceso vascular central a partir de la vena
Umbilical y/o las 2 arterias umbilicales. es un
Procedimiento estéril.

Se usa:

- Asfixia severa o estado de choque.
- Para expansión de volúmenes o soporte metabólico.
- Síndrome de dificultad respiratoria grave.
- Exanguinotransfusión.

Aspiración de secreciones

La aspiración de secreciones debe realizarse cada vez que la persona tosa y mucosidades, o lo nota con dificultad respiratoria (agitado, con esfuerzo al respirar), o cambio en la coloración de la piel, o escuchar ruidos de secreciones bronquiales, o percibir fríos en el tórax palpables.

En caso de no observar ninguna de estas condiciones, la cánula de traqueostomía debe aspirarse 1 vez al día de rutina para asegurar que la misma se encuentra permeable. Preferentemente a primera hora de la mañana y lo por la noche, antes de descansar. Si la persona produce mucha saliva, debe cuidarse que la misma no caiga a la sonda mientras se aspira la traqueostomía.

Técnica de aspiración:

- 1.- Conectar la sonda al aspirador.
- 2.- Encender el aspirador.
- 3.- Colocar un guante estéril en la mano habil y un guante limpio en la otra mano.
- 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.

6.- En caso de constar secreciones más espesas de lo habitual, algún tapon 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, girillo para tal fin, y decorar con gata antes de recolocar o guardar.

10.- Aspirar Puerto de Aspiración Subglótica en caso de contar con una cánula. Controlar diariamente que la misma no esté tapada con secreciones.

11.- Si fuera necesario, aspirar la boca.

12. - Reconectar e humidificación.

13. - Descartar material y repetir el lavado de manos.

14. - Controlar oximetría al finalizar la técnica de Aspiración.

En caso de contar detectores de flujo de oxígeno, se debe controlar el nivel de oxígeno en el tubo de aspiración y el nivel de oxígeno en el paciente. Si el nivel de oxígeno en el tubo de aspiración es menor al nivel de oxígeno en el paciente, se debe descartar el tubo de aspiración y repetir el lavado de manos. Si el nivel de oxígeno en el paciente es menor al nivel de oxígeno en el tubo de aspiración, se debe controlar la oximetría al finalizar la técnica de aspiración.

8. - repetir procedimiento.

9. - Controlar la oximetría (o caso de contar con un canal de este tipo (oximetría) y en caso de estar disponible con detectores de flujo de oxígeno para tal fin y según los datos de Referencia o guías.

10. - Antes de iniciar la aspiración se debe controlar la oximetría en caso de contar con un canal de este tipo (oximetría) y en caso de estar disponible con detectores de flujo de oxígeno para tal fin y según los datos de Referencia o guías.

11. - Si fuera necesario, repetir lo descrito.