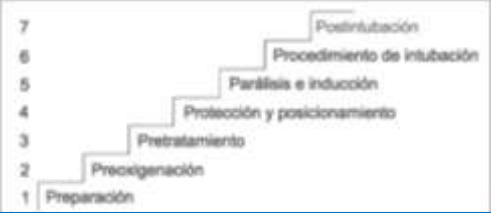


	Que es	Que no se	Que infiero
Asistencia de enfermería en la intubación orotraqueal	<p>Intubación orotraqueal Inserción de un tubo en la boca, para aislar la vía aérea del paciente con riesgo de bronco aspirarse , cuando el mismo no puede protegerla debido a múltiples problemas</p> <p>Asistencia de enfermería Verificar material Preparar la medicación (sedantes y relajantes musculares) Colocación del paciente (decúbito supino) El personal de enfermería se sitúa a los costados y se distribuyen las funciones (adm. De medicación, inflado del neumotaponamiento, entrega de material al médico, fijación del tubo endotraqueal, manejo del sistema de aspiración, etc.)</p> 	No se realizar la colocación del tubo orotraqueal	La enfermera debe de saberse la técnica de intubación orotraqueal, para poder asistir al médico y saber en qué momento ella interfiere.
Cuidados de cánula orotraqueal	<ul style="list-style-type: none"> •Paciente en posición semifowler •Efectuar aseo en la cavidad oral •Cambiar la fijación y los puntos de apoyo del tubo •periódicamente evitando los decúbitos. La posición ideal del tubo endotraqueal es en el centro de la cavidad oral. • Si los dispositivos de ajuste se encuentran sucios o flojos se debe volver a colocar la cinta o asegurar el tubo traqueal cada vez que sea necesario. • Verificar por turnos la presión del balón del tubo endotraqueal. El monitoreo debe asegurar que la presión del balón permanezca por debajo de 20 mmHg permitiendo un margen de seguridad por debajo de la presión de perfusión capilar traqueal (25 a 35 mmHg). •Comprobar por turno la posición del tubo, por medio de la observación de la expansión de ambos campos pulmonares y por medio de la auscultación. Primero se ausculta epigastrio, si no gorgotea se descarta inicialmente localización en estómago; luego se ausculta región anterior izquierda y región anterior derecha. •Aspirar secreciones cuando sea necesario. • Manipular el tubo en las distintas maniobras con estricta asepsia. • Registro de las observaciones realizadas en la historia clínica. 	No se realizar la técnica de aspiración circuito cerrado Como realizar la auscultación	La enfermera debe conocer las complicaciones de una persona con cánula orotraqueal y las intervenciones que debe hacer en caso de presentarse algún imprevisto. Debemos tener en cuenta que la enfermera no debe extraer la cánula orotraqueal.
Cuidados de cánula de traqueostomía	<p>Traqueostomía La traqueostomía es la incisión quirúrgica que se realiza de manera electiva en la cara anterior de la tráquea, a la altura del 2 o 3 anillo traqueal, por debajo del cartílago cricoides, para la inserción de un tubo, con el fin de restablecer y mantener la permeabilidad de la vía aérea.</p> <p>Cuidados: •El apósito del estoma debe permanecer siempre limpio. • Cambio de cánula (cada 8 horas) •Aspiración de secreciones •Tener al paciente en posición fowler •Checar signos vitales •Proteger la cánula para evitar infecciones</p>	Realizar el cambio de cánula	La enfermera debe saber qué tipo de infecciones puede adquirir el paciente debido a los malos cuidados.
Aspiración de secreciones orotraqueal y traqueostomía (técnica cerrada y abierta)	<p>Técnica cerrada Es un procedimiento mediante el cual se introduce un catéter cubierto por un manguito de plástico flexible en la vía aérea traqueal artificial para la retirada de secreciones, suprimiendo la necesidad de desconectar al paciente del respirador. Mantener permeable la vía aérea.</p>	No se realizar la técnica de aspiración de secreciones. No se realizar la monitorización de un ventilador mecánico.	Es importante conocer el manejo del ventilador y así poder realizar la aspiración de secreciones.
	<p>Técnica abierta Es la succión de secreciones a través de un catéter conectado a una toma de succión. Se refiere a la aspiración en la que, para realizar la técnica, se precisa desconectar el circuito del respirador. Se utilizan sondas de aspiración de un solo uso.</p>		La enfermera debe saber usar bien la asepsia y la antisepsia, para cuidar al paciente

Gasometría arteria	<p>Análisis de los gases en sangre arterial extraída mediante la punción de una arteria periférica.</p>	No se diferenciar la sangre de una vena y la de una arteria.	Es indispensable que el personal de enfermería conozca la anatomía para así poder identificar la arteria que puncionara.
Asistencia y cuidado de enfermería en el procedimiento de toracocentesis	<p>Colaborar con el medico en la extracción de líquido en la cavidad pleural, mediante una punción de la pared torácica del paciente, confines diagnósticos y terapéuticos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informar al paciente y tranquilizarlo. • Preparar material • Observar si hay signos y síntomas de neumotórax • Valoración de signos vitales • Colocar al paciente sentado en el borde de la cama, inclinado hacia delante, mientras apoya la cabeza y los brazos sobre una almohada. Si el paciente no se puede sentar se coloca de en decúbito lateral del lado sano, y el brazo del lado afectado sobre la cabeza. • Preparación de la zona de inserción • Asegurarse de que todas las conexiones de los tubos están firmemente fijadas. • Fijar el tubo de tórax firmemente a la piel del paciente mediante esparadrapo, cerciorándose de que el tubo no presenta acodaduras. • Mantener el recipiente del drenaje por debajo del nivel del pecho • Mantener una intensidad de aspiración suave (en Pleurevac), que produzca un burbujeo continuo y lento, evitar burbujeo intenso que produzca pérdidas de agua en el sistema de aspiración y descenso de sus niveles • Observar y registrar el volumen, tono, color y consistencia del drenaje del pulmón • Hacer cura diaria de la zona de punción, vigilando la aparición de signos de infección y enfisema subcutáneo 	No se realizar la instalación de tracocentesis	La enfermera debe conocer el procedimiento de toracocentesis para poder intervenir y asistir al médico.
Asistencia y cuidado de enfermería en pacientes con drenaje torácico	<ul style="list-style-type: none"> • Revisar las conexiones entre el tubo de drenaje y el Pleur-evac • Vigilar cámara de sello de agua. Oscilación y/o burbujeo • Vigilar la permeabilidad del tubo: Puede obstruirse o acodarse. • Mantener siempre el sistema de drenaje vertical y por debajo del nivel del tórax del paciente. • Control de constantes y signos y síntomas del paciente • Observar la cantidad y características del líquido drenado, marcando en la cámara de recogida el nivel y la hora de medición. • Medición del débito, ya sea aéreo o líquido por el tubo. • Registro en la gráfica de constantes del paciente, o en la Hoja de Cuidados, de la permeabilidad, salida de aire, cantidad y aspecto del débito. • Cura diaria de la zona de punción, vigilando la aparición de signos de infección, edema, exudado, crepitación, etc. • Durante la vigilancia diaria se debe valorar la presencia de enfisema subcutáneo que debe ser comunicada al médico y tranquilizar a los pacientes. • Vigilar el punto de fijación del drenaje para evitar que éste se salga. • Evitar tracciones y acodamientos con las movilizaciones del paciente o en los traslados. • Atender las necesidades de aseo, movilización y confort del paciente, evitando que el catéter se salga, se acode, o que el Pleur-Evac se eleve por encima del tórax del paciente 	No se realizar la instalación del pleuro-evac.	La enfermera debe conocer el procedimiento de la instalación para poder colaborar en la instalación y saber el momento en el que ella interviene.

Conclusión

Todo personal de enfermería debe tener los conocimientos adecuados para poder asistir en los procedimientos que se le harán al paciente.

Con el desarrollo en la calidad de la asistencia y la aplicación de los cuidados de Enfermería en los pacientes disminuye la aparición de complicaciones en el paciente.

Bibliografía

Univ. Méd. ISSN 0041-9095. Bogotá (Colombia), 54 (2): 175-198, abril-junio, 2013

<http://medicina.javeriana.edu.co/documents/3185897/3187444/3+INTUBACION.pdf/02b53c5f-87fd-496a-9751-9aeff34b25a9>

<https://elenfermerodelpendiente.files.wordpress.com/2014/01/cuidados-de-la-va-area.pdf>

<http://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/440fa1be-487e-4e7e-bd08-b573c84db01e/5f6520c0-9695-40c0-99df-345f60b9611e/a4ef88a2-d595-4a3d-bfa9-f3725202b613/poster%20asp.secreciones.pdf>

Parra Moreno, M L; Procedimientos y técnicas en el paciente crítico. Masson SA 2003.

<http://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/c72fe0b78ffbd9be2bb9cd178bb880f7.pdf>



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA



Manejo de vía área avanzada

Objetivo: Mantener una vía aérea permeable, otorgando los cuidados adecuados para evitar la oclusión de esta. Para lograr el objetivo se tienen que realizar cuidados e intervenciones de enfermería.

Nombre: Elias Hernández María de los Angeles

Docente: García Tapia Yahir Getsemani

Grupo: 1 tercer semestre

**Estrategias de las 3 QQQ
(Qué es, Qué no se, Qué infiero)**

Fecha: 20 de agosto del 2014.