



Nombre del alumno:

Ignacia Bautista Gómez

Nombre del profesor:

Lic. Nancy Domínguez Torres

Nombre del trabajo:

Manual de procedimientos

Materia:

Practica de enfermería clínica II

Grado:

7mo. cuatrimestre

Grupo: "A"

Pichucalco Chiapas a 18 de octubre de 2020.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	5
1.- MONITORIZACION DEL PACIENTE	6
1.1- concepto	6
1.2- objetivo	6
1.3- indicaciones.....	6
1.4- material y equipo	6
2.1.- MONITORIZACIÓN DE LA TEMPERATURA	7
2.2- Concepto	7
2.3- Objetivo.....	7
2.4- Material y equipo:.....	7
2.5- Procedimiento.....	7
3.1- MONITORIZACIÓN DE LA FRECUENCIA RESPIRATORIA	9
3.2- Concepto	9
3.3-Material:	9
3.4- Procedimiento:.....	9
4.1- MONITORIZACIÓN DE LA FRECUENCIA CARDIACA O PULSO	10
4.2- Concepto	10
4.3-Material:	10
4.4- Procedimiento:.....	10
5.1- MONITORIZACION DE LA PRESIÓN ARTERIAL.....	11
5.2- Concepto:.....	11
5.3- Material:.....	11
5.4- Procedimiento:.....	11
6.1-PROCEDIMIENTOS DE LA VIA AEREA	12
6.2-INTUBACION Y EXTUBACION.....	12
6.3- concepto	12
6.4- material y equipo	12
6.4- procedimiento.....	12
6.5- Cuidados.....	13
6.6-Extubación	14
7.1- TECNICA DE ASPIRACION CERRADA Y ABIERTA	15
7.2-Concepto.....	15

7.3- Material y equipo	15
7.4- Procedimiento	15
Técnica abierta:	15
Técnica de aspiración cerrada:	16
7.5- Cuidados	17
8.1- TRAQUEOSTOMIA CLASICA Y PERCUTANEA	18
8.2- Concepto	18
TRAQUEOSTOMÍA CLASICA	18
TRAQUEOSTOMIA PERCUTANEA	18
8.3- Material y equipo	18
8.4- Procedimiento	18
8.5- PROCEDIMIENTO PARA TRAQUEOSTOMIA PERCUTANEA	20
8.6- Cuidados	20
9.1- PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON LA VIA VENOSA CENTRAL Y ARTERIAL	21
9.2- CATETERIZACION VENOSA CENTRAL	21
9.3- Concepto	21
9.4- Equipo y material	21
9.5- Procedimiento	22
9.6- cuidados	23
10.1- PUNCION VENOSA CENTRAL	24
10.2- Concepto	24
10.3- Equipo y material	24
10.4- Procedimiento	25
10.5- cuidados	26
11.1- PUNZION CATETERIZACION Y PRESION ARTERIAL MEDIA	27
11.2- Concepto:	27
11.3- Material y equipo	27
11.4- Procedimientos	27
11.5- Cuidados	28
12.1- PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON DIFERENTES PUNCIONES	29
12.2- GASOMETRÍA ARTERIAL	29
12.3- concepto	29
12.4- material y equipo	29

12.5- Procedimiento.....	29
12.6-cuidados.....	30
CONCLUSIÓN.....	31
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	32

INTRODUCCIÓN

El presente “Manual de procedimientos de enfermería” está destinado a todo profesional, y estudiantes como tal es mi caso, en el cual se describen, de forma sencilla, dinámica y amena, los procedimientos enfermeros más habituales en el ámbito hospitalario, lo que permite a su vez la ejercitación para la formación y el desarrollo de hábitos y habilidades, que en poder de los estudiantes favorece el estudio independiente, así como la actividad teórico-práctica.

Cabe mencionar que la finalidad de este manual es facilitar el aprendizaje del alumno, profesional o pasante de enfermería, dando a conocer una diversidad de técnicas y procedimientos que son llevadas a cabo en el ámbito hospitalario, todo esto con el objetivo de proporcionar la mejor atención al usuario, es por eso que se describen un número de técnicas selectas de la unidad que ayuden a brindar cuidados de calidad tratando de evitar el más mínimo percance en la realización de procedimientos hospitalarios.

1.- MONITORIZACION DEL PACIENTE

1.1- concepto

Procedimiento mediante el cual se toman los signos vitales que son los fenómenos o manifestaciones objetivas que se pueden percibir y medir en un organismo vivo, en una forma constante. Como la temperatura, respiración, pulso y presión arterial o presión sanguínea la monitorización básica no invasiva es la medida de estas constantes sin invasión de los tejidos.

1.2- objetivo

- Evaluar el estado de salud o enfermedad y ayudar a establecer un diagnóstico.
- Utilizar la información obtenida por la medición de los signos vitales como factor determinante para valorar la evolución del neonato, la respuesta al tratamiento y las intervenciones de enfermería.
- Conocer las oscilaciones térmicas del paciente.
- Vigilar los signos vitales con mayor frecuencia de la ordenada si el estado del paciente lo requiere.
- Comunicar los datos de los signos vitales a los médicos con la terminología correcta y registros adecuados para mejor tratamiento

1.3- indicaciones

- Pacientes con termorregulación ineficaz
- Pacientes con polipnea o taquipnea
- Pacientes críticos
- Por indicación médica

1.4- material y equipo

- Temperatura: termómetros digitales, hoja de registro,
- torundas con alcohol.
- Respiración: reloj segundero, hoja de registro y bolígrafo.
- Pulso: reloj segundero, hoja de registro y bolígrafo.
- Presión arterial: esfigmomanómetro estetoscopio, hoja de registro y bolígrafo.

2.1.- MONITORIZACIÓN DE LA TEMPERATURA

2.2- Concepto

La temperatura corporal refleja el equilibrio entre la producción y la pérdida de calor del organismo, y se mide en unidades de calor llamadas grados. Existen dos clases de temperatura corporal: la temperatura central y la superficial.

(AUDREY J. BERMAN, 2013)

2.3- Objetivo

- Valorar el estado de salud o enfermedad.
- Ayudar a establecer un diagnóstico de salud.
- Conocer las oscilaciones térmicas del paciente

2.4- Material y equipo:

1. Charola metálica
2. Termómetro de mercurio
3. Torundas alcoholadas
4. Guantes

2.5- Procedimiento

1. Preparar el equipo y trasladarlo a la unidad del paciente.
2. Confirmar que el paciente no haya ingerido alimentos o practicando algún ejercicio en los últimos 30 minutos.
3. Explicar al paciente sobre el procedimiento y colocarle en decúbitos o posición sedente.

4. Extraer el termómetro de la solución antiséptica e introducirlo en el recipiente de agua.
5. Verificar que el mercurio se encuentre por debajo de los 34°C en caso contrario, hacer descender la columna de mercurio mediante un ligero sacudimiento.
6. Secar la axila con torunda seca y colocar el bulbo del termómetro en el centro axilar.
7. Colocar el brazo y antebrazo del paciente sobre el tórax a fin de mantener el termómetro en su lugar.
8. Dejar el termómetro de 3 a 5 min en la axila y retirarlo.
9. Limpiar con torunda seca del cuerpo al bulbo con movimientos rotatorios.
10. Hacer la lectura del termómetro y registrarla.
11. Sacudir el termómetro para bajar la escala de mercurio e introducirlo en solución jabonosa.
12. Dejar cómodo al paciente y arreglar el equipo de termometría para nuevo uso.
13. Valora la medición de temperatura obtenida.

3.1- MONITORIZACIÓN DE LA FRECUENCIA RESPIRATORIA

3.2- Concepto

La valoración de la respiración es el procedimiento que se realiza para conocer el estado respiratorio del organismo. (PEREZ, 2009)

3.3-Material:

1. Reloj segundero.
2. Hoja de registro.
3. Bolígrafo.

3.4- Procedimiento:

1. Colocar al paciente en posición sedente o decúbito dorsal. De ser posible la respiración debe valorarse sin que este se percate de ello.
2. Tomar un brazo del paciente y colocarlo sobre un el tórax, poner un dedo en la muñeca de su mano como si se estuviera tomando el pulso.
3. Observar los movimientos respiratorios y examinar el tórax o el abdomen cuando se eleva y se deprime.
4. Contar las respiraciones durante 1 min y hacer la anotación en la hoja de registro.
5. Valorar alteraciones y tipos característicos de respiración.

4.1- MONITORIZACIÓN DE LA FRECUENCIA CARDIACA O PULSO

4.2- Concepto

El pulso es un indicador de la función cardiaca.

(AUDREY J. BERMAN, 2013)

4.3-Material:

- Reloj segundero.
- Hoja de registro.
- Bolígrafo.
- Muy común que el paciente tenga un monitor en el cuerpo.
- O monitor electrocardiograma

4.4- Procedimiento:

- 1.-Colocar estetoscopio y auscultar ruido cardiaco
- 2.-Localizar región apical
- 3.-Normal: 60 a 80 LPM
- 4.-Registrar la FC sobre todo anotar las características encontradas

HOJA DE ENFERMERIA

Colocación de los electrodos Configuración de cinco latiguillos

Rojo: Línea media clavicular derecha, directamente debajo de la clavícula.

Amarilla: Línea media clavicular izquierda, directamente debajo de la clavícula.

Verde: Línea media clavicular izquierda, 6^o-7^o espacio intercostal. Negro: Línea media clavicular derecha, 6^o-7^o espacio intercostal. Blanco: 4^o espacio intercostal, borde izquierdo del esternón. En paciente de S.C.A. según localización isquémica.

5.1- MONITORIZACION DE LA PRESIÓN ARTERIAL

5.2- Concepto:

La presión arterial depende de la fuerza de la actividad cardiaca, elasticidad de las paredes arteriales resistencia capilar, tensión venosa de retorno y del volumen y viscosidad sanguínea. (GOMEZ, 2015)

5.3- Material:

- Esfigmomanómetro de mercurio o aneroide
- Estetoscopio.
- Hoja para registro.
- Bolígrafo.

5.4- Procedimiento:

- 1.-Reunir material y equipo.
- 2.-Lavado de manos clínico.
- 3.-Localizar brazo para la toma de T/A.
- 4.-Conectar puertos de entrada del brazalete a la cuna térmica.
- 5.-Acomodar brazalete, ajustando bien.
- 6.-Iniciar insuflación automática
- 7.-Esperar un momento
- 8.-Registrar resultado obtenido

6.1-PROCEDIMIENTOS DE LA VIA AEREA

6.2-INTUBACION Y EXTUBACION

6.3- concepto

INTUBACION:

Es la colocación de un tubo de plástico flexible en la tráquea para mantener una vía aérea abierta o para servir como un conducto a través del cual administrar ciertos medicamentos.

EXTUBACION:

Consiste en retirar la vía aérea artificial para permitir al paciente que respire de manera autónoma.

6.4- material y equipo

- Guantes
- prenda para atenuar la luz (manta o similar)
- fuente de O₂, bolsa de ventilación con reservorio y mascarillas de distintos tamaños, cánulas orofaríngeas, tubos endotraqueales (TET) de varios tamaños
- filtro antibacteriano, fiador semirrígido,
- jeringa de 10 ml.
- laringoscopio con palas de laringoscopio curvas y rectas de distintos tamaños
- lubricante hidrosoluble estéril
- pinzas de Magill o Kelly, fonendoscopio
- venda, tijeras, aspirador, sonda rígida de Yankauer y sondas de aspiración estériles de distintos calibres
- paño estéril.

6.4- procedimiento

1. Abrir la boca con los dedos de la mano derecha: el pulgar y el dedo índice cruzados sobre los dientes (en paciente desdentado sobre las encías) de la mandíbula y del maxilar, luego abrir la boca.

2. Tomar el mango del laringoscopio con la mano izquierda, introducir la pala del laringoscopio a la cavidad bucal a través de la comisura labial derecha. Tener cuidado para no presionar los labios a los dientes con la pala del laringoscopio y para no romper los dientes.

3. Al alcanzar la altura de la base de la lengua (fosa de epiglotis) con el extremo de la pala, rechazar con la pala del laringoscopio la lengua del paciente hacia la izquierda y presionar con el extremo del laringoscopio sobre la base de la lengua a la altura de la entrada a la laringe (no presionar la epiglotis), tirando del laringoscopio hacia arriba si es necesario, aspirar la secreción de la cavidad oral y de la garganta.

4. Visualizar toda la glotis si es posible, colocar el tubo traqueal sujetado con la mano derecha por la comisura labial derecha y deslizarlo entre los pliegues vocales.

5. Manteniendo el tubo a determinada profundidad (generalmente 20-22 cm), retirar el laringoscopio y pedir al asistente que llene el manguito de sellado.

6. Comprobar la posición correcta del tubo auscultando la caja torácica del paciente. Después de conectar el tubo al equipo de ventilación, p. ej. a la bolsa autoexpandible, y después de iniciar la ventilación deben ser audibles ruidos respiratorios simétricos sobre las bases de ambos pulmones (abajo, a los lados) y sobre los ápices (debajo de las clavículas); descartar la intubación del esófago auscultando el epigastrio (estómago, gorgoteo durante las pruebas de ventilación a través del tubo colocado en el esófago) y realizando análisis capnográficos si están disponibles (ausencia de CO₂ en el aire que sale del tubo colocado en el esófago). En caso de duda retirar el tubo e intentar colocarlo de nuevo después de volver a oxigenar al paciente.

7. Fijar el tubo con un adecuado instrumento de plástico, venda o adhesivo; proteger contra mordeduras, colocando entre los dientes la cánula orofaríngea o una venda enrollada.

6.5- Cuidados

1) Después de la intubación realizar una radiografía del tórax con el fin de confirmar definitivamente la ubicación del tubo (el extremo debe estar a 2-4 cm sobre la carina). El tubo traqueal se puede mantener por ~10-14 (21) días. Si el paciente requiere una ventilación asistida invasiva por un largo período de tiempo: considerar la traqueotomía.

2) La mezcla respiratoria administrada al paciente a través del tubo endotraqueal debe estar humidificada: activamente (humificador) o pasivamente (intercambio de calor y humedad, "nariz artificial").

3) Omitir llenado del manguito sellador: con el fin de limitar el riesgo de que se produzcan escaras en la tráquea, mantener en el manguito sellador la presión mínima que garantice la estanqueidad del tubo traqueal; en los casos de falta de estanqueidad o fuga de aire, vaciar el manguito y luego, utilizando una jeringa o una pera con manómetro, gradualmente llenar el manguito hasta el momento en el que cese la fuga de aire. Controlar la presión en el manguito varias veces al día, idealmente por medio de un manómetro para tubos traqueales.

4) Aspiración de secreciones: en pacientes intubados se debe aspirar la secreción del árbol bronquial a intervalos regulares. Para ello, introducir por el tubo orotraqueal una sonda estéril para aspiración, conectada con un sistema de supresión (de pequeña fuerza de succión), pero sin succión activa (dejar abierta la apertura del conector con el drenaje del sistema de succión), luego retirar la sonda 2-3 cm, conectar la succión activa (cerrar con el dedo la apertura del conector) y realizando movimientos rotativos con la sonda, retirarla de las vías respiratorias. Repetir la acción 2-3 veces. Si la secreción es espesa, antes de la aspiración se pueden administrar ~10 ml de solución estéril de NaCl al 0,9 %. Expandir los pulmones después de la succión realizando algunas inhalaciones con la bolsa autoexpandible.

6.6-Extubación

el paciente en posición sentada; aspirar la secreción del árbol bronquial, indicarle que inhale profundamente, vaciar el manguito, retirar el tubo durante la espiración, indicarle que tosa y expulse la secreción. Después de retirar el tubo traqueal monitorizar cuidadosamente la función del sistema respiratorio (observación clínica, pulsioximetría, si es necesario: gasometría).

7.1- TECNICA DE ASPIRACION CERRADA Y ABIERTA

7.2-Concepto

Es la succión de secreciones a través de un catéter conectado a una toma de succión.

Aspiración abierta: 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. -

Aspiración cerrada: Aspiración de secreciones en pacientes sometidos a ventilación mecánica, en la que no se precisa desconectar el circuito del respirador. Facilita la ventilación mecánica y la oxigenación continua durante la aspiración y evita la pérdida de presión positiva (o desreclutamiento). Se emplean sondas de aspiración de múltiples usos.

7.3- Material y equipo

- Aparato de aspiración (sistema para aspiración de secreciones de pared).
- Guantes desechables estériles.
- Solución para irrigación.
- Jeringa de 10 ml (para aplicación de solución para irrigación y fluidificar las secreciones)
- Sondas para aspiración de secreciones (para adulto o pediátrica).
- Solución antiséptica.
- Riñón estéril.
- Jalea lubricante.
- Gafas de protección y cubrebocas.
- Ambú.

7.4-Procedimiento

Técnica abierta:

- Higiene de manos.
- Ponerse mascarilla, gafas de protección ocular y bata.
- Comprobar la presión negativa de la unidad ocluyendo el extremo de los tubos de succión antes de conectar la sonda de aspiración.
- Se recomienda una presión negativa de 120-150 mm de Hg en adultos, 80-120 mm de Hg en adolescentes, 80-100 mm de Hg en niños y 60-80 mm de Hg en neonatos.

- En pacientes con ventilación mecánica oxigenar con O₂ al 100% (excepto en neonatos) durante 30-60 segundos, ajustar la FiO₂ en el respirador o usar un programa de enriquecimiento de oxígeno disponible en muchos respiradores con microprocesador.
- Colocarse los guantes estériles.
- Mantener la mano dominante (la que vaya a introducir la sonda en el tubo endotraqueal) totalmente estéril, pudiendo usar la otra para coger todo aquello que precise.
- Conectar la sonda a la unidad de aspiración sin perder la esterilidad. Retirar la funda y coger la sonda por la parte proximal, evitando tocar el extremo distal.
- Introducir la sonda suavemente, sin aspirar. En pacientes con ventilación mecánica se puede introducir la sonda a través del swivel o conexión, quitando el tapón del mismo, o bien desconectarlo del sistema de ventilación, en ambos casos con la mano no dominante.
- Cuando la sonda alcance la carina, se notará resistencia y el paciente toserá, retirar la sonda 1 cm antes de comenzar a aspirar.
- Realizar la aspiración: para ello aplicar el dedo pulgar sobre el orificio de control de la aspiración, o desclampar la sonda.
 - No prolongar la aspiración durante más de 15 segundos para evitar trauma en la mucosa e hipoxia.
- Extraer la sonda sin rotación y aspirando de forma continua.
- Desde la inserción de la sonda hasta su retirada no deben transcurrir más de 15 segundos. En niños y adolescentes, menos de 10 segundos; en neonatos, menos de 5 segundos.
- Aspirar la orofaringe antes de terminar el procedimiento.
 - Administrar oxígeno al 100% durante 30-60 segundos.
- Desechar la sonda utilizada y limpiar el tubo colector con agua estéril.
- En caso de necesitar otra aspiración, dejar descansar al paciente 20-30 segundos antes de introducir una nueva sonda. No realizar más de 3 aspiraciones. •Realizar higiene de manos.
- Dejar al paciente en una posición cómoda.
- Asegurarse de que el equipo siempre quede disponible para una próxima aspiración.

Técnica de aspiración cerrada:

- Higiene de manos.
- Conectar el catéter de aspiración cerrada al swivel y por el otro extremo, al aspirador.
 - Regular la presión de aspiración.
- Oxigenar al paciente mediante un mecanismo manual existente en el ventilador mecánico, de tiempo autolimitado.

- Colocar una jeringa con suero salino en la entrada para el suero (para lavar la sonda al terminar la aspiración)
- Activar el aspirador.
 - Introducir el catéter dentro del tubo: realizar una maniobra repetida de empujar el catéter y deslizar la funda de plástico que recubre la sonda hacia atrás, con el pulgar y el índice, hasta que se note resistencia o el paciente presente tos.
- Aplicar la aspiración mientras se retira el catéter.
- Asegurarse de retirar completamente la sonda en el interior de la funda de plástico de modo que no obstruya el flujo aéreo. Verificar que la línea indicadora coloreada en el catéter es visible en el interior de la funda.
- Valorar al paciente para determinar la necesidad de una nueva aspiración o la aparición de complicaciones.
- Permitir al menos 1 minuto entre cada aspiración para permitir la ventilación y oxigenación.
- Inyectar la jeringa de suero en el catéter mientras se aplica aspiración para limpiar la luz interna
- Oxigenar al paciente.

7.5- Cuidados

- Vigilar la permeabilidad de la vía aérea.
- Realizar higiene bucal si es necesario.
- Mantener un aporte hídrico adecuado para conservar las secreciones fluidas siempre que no haya contraindicación.
- Vigilar signos y síntomas de aparición de infección.

8.1- TRAQUEOSTOMIA CLASICA Y PERCUTANEA

8.2- Concepto

TRAQUEOSTOMÍA CLASICA

Es un procedimiento quirúrgico realizado con objeto de crear una abertura dentro de la tráquea, a través de una incisión ejecutada en el cuello, y la inserción de un tubo o cánula para facilitar el paso del aire a los pulmones.

TRAQUEOSTOMIA PERCUTANEA

Procedimiento mínimamente invasivo, de creciente instauración, en el que el abordaje traqueal se efectúa usando el método Seldinger.

8.3- Material y equipo

- Equipo para aspiración de secreciones (aspirador, tubos de aspiración y sondas para aspiración).
- Cánula de traqueostomía (calibre 6.0 al 9.0) para paciente adulto.
- Bulto de instrumental para traqueostomía.
- Batas quirúrgicas estériles.
- Campos y riñón estériles.
- Guantes estériles.
- Gorro y cubrebocas.
- Gafas de protección.
- Solución antiséptica.
- Solución estéril para irrigación.
- Anestésico local, lidocaína al 2% sin epinefrina.
- Jeringas de 5 y 10 ml e insulina (2 de cada una).
- Ambú y mascarilla o sistema en T.

8.4- Procedimiento

1. Lavarse las manos.
2. Valoración y registro de las cifras de signos vitales (considerar la oportunidad de colocar monitor de signos vitales).

3. Buscar la manera de comunicar e informar al paciente o a sus familiares sobre el procedimiento que se le va a realizar al paciente.
4. Conseguir la firma de autorización para la realización del procedimiento quirúrgico.
5. Preparación de la piel con solución antiséptica desde la mandíbula hasta las clavículas.
6. Preparar la mesa donde se va a colocar el instrumental.
7. El médico que va a realizar la traqueostomía deberá realizar el cepillado de manos quirúrgico.
8. Colocar al paciente en posición supina y Rossier, con el cuello en hiperextensión.
9. Colocar lámpara o fuente de iluminación.
10. Colocarse bata y guantes estériles.
11. Colocar el material e instrumental estéril, utilizando la técnica de asepsia.
12. Corroborar la funcionalidad del manguito (balón) de la cánula, inflarlo y revisar su simetría o si existen fugas, posteriormente desinflar por completo para que se pueda insertar.
13. Realizar al paciente la asepsia quirúrgica con solución antiséptica.
14. El médico se coloca el gorro, cubrebocas y gafas de protección.
15. Ayudar al médico a cerrarse la bata (estéril). El médico se coloca los guantes estériles.
16. El médico realiza la aplicación de anestésico local.
17. El médico realiza el procedimiento quirúrgico, la enfermera (o) realiza las funciones como circulante o instrumentista. Preferentemente se recomienda contar con el apoyo de otra enfermera (o) para la administración de medicamentos, etc.
18. El médico inserta la cánula de traqueostomía e inmediatamente se infla el manguito (balón). Posteriormente se debe auscultar el tórax para escuchar los ruidos respiratorios bilaterales.
19. Fijar la cánula de traqueostomía con cintas o dispositivos de fijación para la misma.
20. Puede ser que para la fijación interna de la cánula se realizaran suturas de sostén con seda 00 a uno y otro lado del cartílago traqueal a nivel de la incisión quirúrgica, para extraerlas a través de la herida. Cada una debe fijarse con cinta a la piel a un ángulo de 45° en dirección lateral.
21. Verificar que el manguito de la cánula de traqueostomía se encuentre adecuadamente inflado.
22. Conectar la fuente de oxígeno o ventilador mecánico.
23. Valorar y registrar las cifras de signos vitales.

24. Registrar en el expediente clínico, el procedimiento realizado, señalando el número del calibre de la cánula que se colocó al paciente, medicamentos administrados, etc.
25. Tomar una radiografía de tórax, para comprobar la colocación adecuada del tubo.
26. Valorar y registrar en el expediente clínico las condiciones del estoma.
27. Es común que durante las primeras horas de haberse realizado la traqueostomía exista cierta presencia de sangrado alrededor del estoma. Si aumenta la cantidad avisar al médico. Mientras tanto, mantener limpio el estoma bajo condiciones asépticas.
28. Se debe tener disponible en la cabecera del paciente un tubo adicional, obturador y pinzas hemostáticas estériles, previniendo que se presente desplazamiento de la cánula y exista la necesidad de insertar una nueva.
29. Disponer los desechos conforme a la NOM 087-ECOL-1995.
30. Acondicionar al paciente en una situación cómoda y confortable.
31. Mantener disponible el equipo para aspiración de secreciones.
32. Lavar el equipo y enviarlo para su esterilización.
33. Lavarse las manos.

8.5- PROCEDIMIENTO PARA TRAQUEOSTOMIA PERCUTANEA

- Procedimiento mínimamente invasivo
- Incisión de 1.5 cm en la piel del cuello (por delante de la tráquea)
- Punción y dilatación progresiva de la tráquea
- Inserción de la cánula (tubo)

8.6- Cuidados

- El paciente con traqueostomía corre el riesgo de adquirir una infección, ya que se establece una línea directa de comunicación entre el medio ambiente y el árbol bronqueal.
- Lograr que la vía aérea del paciente se encuentre permeable a través de aspiración de las secreciones. Administrar oxígeno y mantener un ambiente húmedo que favorezca la fluidificación de secreciones y así evitar la acumulación de las mismas.
- Evitar que el tubo de traqueostomía se salga al exterior.
- Después de haber cicatrizado el tejido de la ostomía, la cánula de traqueostomía debe cambiarse cada dos o cuatro días.

9.1- PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON LA VIA VENOSA CENTRAL Y ARTERIAL

9.2- CATETERIZACION VENOSA CENTRAL

9.3- Concepto

Técnica que se usa para administrar líquidos intravenosos, transfusiones de sangre, quimioterapia y otros medicamentos. También se usa para extraer muestras de sangre. El catéter se puede dejar colocado durante semanas o meses para evitar la necesidad de pinchazos múltiples.

9.4- Equipo y material

- Equipo para la intervención. Catéter de subclavia de 14G o venocath u otros catéteres específicos (de gran calibre, 6-8G o catéteres de 2 ó 3 luces),
- guía metálica,
- dilatadoraguja de punción.
- Anestesia local (Lidocaína) sin vasoconstrictor.
- Dos jeringas de 10 cc., estériles.
- Dos agujas I.M. o I.V., estériles.
- Gasas estériles.
- Bisturí desechable o tijera estéril.
- Equipo de curas estéril.
- Seda atraumática del n.º 00.
- Esparadrapo estéril.
- Apósito estéril.
- Solución de infusión.
- Equipo de infusión
- Llave de tres pasos.
- Tapón de látex (si precisa)
- Soporte de suero

9.5- Procedimiento

1. Selección de la técnica. Existen varias vías de abordaje de esta vena, tanto supra como infra claviculares. Sin embargo, la más ampliada es la infra clavicular descrita por Aubaniac.
2. Desinfección de la zona.
3. Preparar y colocar el campo. Lo más estéril posible, realizándolo idealmente con gorro, bata y mascarilla.
4. Utilizar guantes estériles.
5. Identificar los puntos anatómicos de referencia
6. Anestesiar la zona Infiltración con anestésico local (Lidocaína) al1 % sin vasoconstrictor en el punto y trayecto que vayamos a utilizar después.
7. Punción y canalización. Se realiza a nivel de la unión del tercio medio con el tercio interno de la clavícula, y aproximadamente 1 cm por debajo de ésta, dirigiendo la punta de la aguja hacia la fosa supra esternal. La punción se realiza con la aguja conectada a una jeringa y aspirando.
8. Inserción de la guía. Una vez localizada la vena (entrada rápida desangre venosa en la jeringa), se procede a la introducción de la guía metálica por la luz de dicha aguja.
9. Retirar la aguja de punción. Debe realizarse con cuidado de no sacar la guía metálica.
10. Dilatación del trayecto. Se introduce a través de la guía un dilatador que se retirará posteriormente.
- 11.inserción del catéter. Introducir el catéter a través de la guía metálica avanzando unos 15-20 cm en el adulto. Este debe avanzar sin ninguna resistencia. A veces es útil volver la cabeza hacia el lado homolateral de la punción. Aspirar, y después hacer pasar una jeringa llena de solución salina por la cánula.
12. Comprobar la correcta canalización. Conectar el equipo de perfusión. El goteo pul-sátil indicará que el catéter está en ventrículo. Al bajar el suero la sangre debe refluir por el sistema, indicando su situación adecuada.
13. Fijación del catéter. Con un punto seda a traumática del n.º 00 en la zona de inserción, cubriéndola con un apósito estéril.
14. Auscultar el hemitórax donde se ha realizado la punción.
15. Comprobación radiológica. Se realizará radiografía de tórax para compro Figura 7.Aspirar y hacer pasar una jeringa llena de solución salina por la cánula. la correcta localización de la punta del catéter y excluir un neumotórax.
16. Anotar la fecha de colocación.

9.6- cuidados

- Higiene de manos: lavado higiénico de manos con agua y jabón y posteriormente solución hidroalcohólica o lavado antiséptico de manos (Daroxidina)
- Manipular lo mínimo indispensable el catéter
- Ponerse guantes estériles para cada manipulación. Posición adecuada y cómoda del paciente y del personal.
- Realizar desinfección con alcohol al 70 % en el tapón del prolongador o llave de tres vías al administrar medicamentos.

10.1- PUNCION VENOSA CENTRAL

10.2- Concepto

Técnica que se usa para extraer muestras de sangre, puede ser con una jeringa o un catéter que se puede dejar colocado durante semanas o meses para evitar la necesidad de pinchazos múltiples.

10.3- Equipo y material

- Jeringa de 5, 10 o 20 ml.
- Equipo para la intervención. Catéter de subclavia de 14G o venocath u otros catéteres específicos (de gran calibre, 6-8G o catéteres de 2 ó 3 luces),
- guía metálica,
- dilatadoraguja de punción.
- Anestesia local (Lidocaína) sin vasoconstrictor.
- Dos jeringas de 10 cc., estériles.
- Dos agujas I.M. o I.V., estériles.
- Gasas estériles.
- Bisturí desechable o tijera estéril.
- Equipo de curas estéril.
- Seda atraumática del n.º 00.
- Esparadrapo estéril.
- Apósito estéril.
- Solución de infusión.
- Equipo de infusión
- Llave de tres pasos.
- Tapón de látex (si precisa)
- Soporte de suero

10.4- Procedimiento

1. Selección de la técnica. Existen varias vías de abordaje de esta vena, tanto supra como infra claviculares. Sin embargo, la más ampliada es la infra clavicular descrita por Aubaniac.
2. Desinfección de la zona.
3. Preparar y colocar el campo. Lo más estéril posible, realizándolo idealmente con gorro, bata y mascarilla.
4. Utilizar guantes estériles.
5. Identificar los puntos anatómicos de referencia
6. Anestesiar la zona Infiltración con anestésico local (Lidocaína) al1 % sin vasoconstrictor en el punto y trayecto que vayamos a utilizar después.
7. Punción y canalización. Se realiza a nivel de la unión del tercio medio con el tercio interno de la clavícula, y aproximadamente 1 cm por debajo de ésta, dirigiendo la punta de la aguja hacia la fosa supra esternal. La punción se realiza con la aguja conectada a una jeringa y aspirando.
8. Inserción de la guía. Una vez localizada la vena (entrada rápida desangre venosa en la jeringa), se procede a la introducción de la guía metálica por la luz de dicha aguja.
9. Retirar la aguja de punción. Debe realizarse con cuidado de no sacar la guía metálica.
10. Dilatación del trayecto. Se introduce a través de la guía un dilatador que se retirará posteriormente.
- 11.inserción del catéter. Introducir el catéter a través de la guía metálica avanzando unos 15-20 cm en el adulto. Este debe avanzar sin ninguna resistencia. A veces es útil volver la cabeza hacia el lado homolateral de la punción. Aspirar, y después hacer pasar una jeringa llena de solución salina por la cánula.
12. Comprobar la correcta canalización. Conectar el equipo de perfusión. El goteo pul-sátil indicará que el catéter está en ventrículo. Al bajar el suero la sangre debe refluir por el sistema, indicando su situación adecuada.
13. Fijación del catéter. Con un punto seda a traumática del n.º 00 en la zona de inserción, cubriéndola con un apósito estéril.
14. Auscultar el hemitórax donde se ha realizado la punción.
15. Comprobación radiológica. Se realizará radiografía de tórax para compro Figura 7.Aspirar y hacer pasar una jeringa llena de solución salina por la cánula. la correcta localización de la punta del catéter y excluir un neumotórax.
16. Anotar la fecha de colocación.

10.5- cuidados

- Higiene de manos: lavado higiénico de manos con agua y jabón y posteriormente solución hidroalcohólica o lavado antiséptico de manos (Daroxidina)
- Manipular lo mínimo indispensable el catéter
- Ponerse guantes estériles para cada manipulación. Posición adecuada y cómoda del paciente y del personal.
- Realizar desinfección con alcohol al 70 % en el tapón del prolongador o llave de tres vías al administrar medicamentos.

11.1- PUNZION CATETERIZACION Y PRESION ARTERIAL MEDIA

11.2- Concepto:

La técnica es realizada habitualmente en la arteria radial de la mano no dominante previa determinación de la adecuada permeabilidad de las arterias radial y cubital de dicha mano mediante el test de Allen. Se emplea para saber la presión arterial media en la UCI.

11.3- Material y equipo

- Pinzas para antisepsia.
- Paños de campo.
- Jeringuillas de 5 cc.
- Agujas hipodérmicas 26G; 21 ó 20G.
- Cánulas arteriales.
- Llave de tres vías.
- Sutura para piel.
- Solución de lidocaína al 1%.
- Soluciones antisépticas.
- Pinzas porta agujas.
- Material de curación: torundas de gasa, apósitos, cinta o tela adhesiva.

11.4- Procedimientos

Cateterización de la arteria radial

- Mano en posición supina.
- Colocar soporte debajo de la muñeca para mantener la misma en ligera dorsiflexión.
- Limpieza y desinfección de la piel.
- Colocar paño hendido.
- Palpar suavemente el pulso arterial radial con la mano no dominante en un punto situado 1 a 2 cm por encima de la muñeca, entre la apófisis estiloides del radio y el tendón flexor radial.

- Infiltrar la piel con solución de lidocaína al 1% si necesario.
- Insertar la cánula arterial con la mano dominante en un punto distal a la arteria radial palpada, la cánula debe penetrar en un ángulo de 30 a 45° con relación a la piel.

- Avanzar lentamente la cánula en dirección a la arteria hasta que se obtenga flujo de sangre pulsátil por el extremo distal de la cánula.
- Continuar introduciendo ligeramente la cánula en el interior de la arteria disminuyendo el ángulo de entrada entre 10 a 15 °.
- Retirar el mandril de la cánula aplicando ligera presión sobre la arteria.
- Cerrar la llave de la cánula.
- Fijar la cánula con sutura o cinta adhesiva.
- Colocar el sistema para monitorización invasiva de la presión arterial.

11.5-Cuidados

- Vigilar sangramiento en el sitio de punción.
- Mantener visibles el sitio de punción y conexiones del sistema.
- Infusión continúa de solución salina normal heparinizada (para mantener permeable la cánula arterial).
- Vigilar cierre hermético de la llave de la cánula.
- Observación de la coloración y pulsos arteriales de la mano.
- Tomar solamente la cantidad de sangre requerida para las investigaciones.
- Retirar la cánula arterial cuando no sea imprescindible su permanencia.

12.1- PROCEDIMIENTOS RELACIONADOS CON DIFERENTES PUNCIONES

12.2- GASOMETRÍA ARTERIAL

12.3- concepto

Es una prueba que permite analizar, de manera simultánea, el estado ventilatorio, el estado de oxigenación y el estado ácido-base. Se realiza en una muestra de sangre arterial; no obstante, en circunstancias especiales, también se puede realizar en sangre venosa periférica o sangre venosa mezclada.

12.4- material y equipo

- Guantes.
- Antiséptico.
- Gasas.
- Esparadrapo.
- Jeringa especial para gasometría :
 - Jeringa heparinizada.
 - Tapón.
 - Aguja.

12.5- Procedimiento

- Localización de la arteria a puncionar por palpación.
- Colocar al paciente en decúbito supino, con la extremidad a puncionar extendida.
- Desinfectar la zona de punción.
- Localizar la arteria con los dedos índice y medio.
- Introducir la aguja con un ángulo de 45-90° : arteria radial 45°, humeral 60° y femoral 90°.
- Una vez puncionada la arteria se extraerá 1 ml de sangre sin necesidad de aspiración.

- Si se atraviesa la arteria, se retirara la aguja lentamente hasta que comience a fluir sangre.
- Retirar la aguja de forma que no entre aire.
- Presionar la zona de punción entre 5 y 10 minutos, para evitar hematoma postpunción o sangrado. En caso de persona anticoagulada o trastorno de la coagulación se presionará entre 10 y 15 minutos.
- Si queda aire en la jeringa se eliminará rápidamente.
- Pinchar la aguja en el tapón para evitar entrada de aire.
- La muestra deberá ser procesada inmediatamente, en caso contrario se guardará en el refrigerador, debidamente identificada.
- Hacer constar las condiciones ventilatorias del paciente.
- Registrar la técnica en la hoja de enfermería.

12.6-cuidados

Especial cuidado del personal de enfermería ya que podría haber:

- Reacciones vasovagales.
- Dolor en la zona de punción.
- Hematoma.
- Lesión nervio adyacente.
- Espasmo arterial con isquemia distal.

CONCLUSIÓN

Este Manual de Procedimientos de Enfermería proporciona al estudiante y profesional de la salud, una herramienta que sea de utilidad en el área clínica al momento de realizar procedimientos y de iniciar el manejo de pacientes principalmente en la UCI, lo cual puede presentar para la enfermera un reto en su diario vivir, ya que cada paciente requiere de cuidados específicos, dependiendo de las necesidades que presente.

Los pacientes son dependientes de los profesionales de la salud, ellos están al total cuidado de las enfermeras y enfermeros, por lo cual espero que así también para los estudiantes que comenzamos en el ámbito, este manual sea de apoyo para conocer los procedimientos a realizar, no sólo por una prescripción médica sino porque una razón científica fundamenta cada intervención de enfermería.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- pdf uds. practica clínica de enfermería
- american association for respiratory care. aarc clinical practice guidelines. endotracheal suctioning of mechanically ventilated patients with artificial airways 2010. *respir care* 2010 jun; 55(6):758-764.
- anestesia de pregrado, osvaldo perasso, ed. usal, 2014. capítulo 6 “manejo de la vía aérea”.
- audrey j. berman, s. s. (2013). *fundamentos de enfermería kozier y erb*. madrid : pearson educacion, s.a., 9a edicion.
- gomez, e. r. (2015). *fundamento de enfermería* . mexico, d.f.: el manual moderno, 2a edicion .