



ASIGNATURA:

ENFERMERIA CLINICA

CATEDRATICO:

NANCY DOMINGUEZ TORREZ

TEMA:

ALUMNA:

AZUCENA RAMIREZ HERNANDEZ

LICENCIATURA:

ENFERMERIA

CUTRIMESTRE:

“5”

PICHUCALCO, CHIAPAS 22 de enero de 2021

INDICE

1.BRONCOSCOPIA
2.GASOMETRIA ARTERIAL
3.TORACOCENTESIS
4.BIOPSIA
5.RECOGIDA DE MUESTRAS: SECRECIONES Y
ESPUTO.
6.INTUBACION ENDOTRAQUEAL
7.ASPIRACION DE SECRECIONES CON LA
TECNICA CERRADA Y ABIERTA
8.TRAQUEOTOMIA

BRONCOSCOPIA

La **broncoscopia** es una técnica de visualización de las vías aéreas bajas usando un **broncoscopio** flexible o rígido, la cual puede ser utilizada con fines **diagnósticos** o **terapéuticos**. Esta técnica se utiliza para el examen de la vía aérea, entre otros fines, para el diagnóstico de procesos inflamatorios, infecciosos, tumorales, hemorrágicos y la ubicación de cuerpos extraños

. Procedimiento en el que se usa un broncoscopio para observar el interior de la tráquea, los bronquios (pasajes de aire que conducen a los pulmones) y los pulmones. Un broncoscopio es un instrumento delgado en forma de tubo, con una luz y una lente para observar. A veces tiene una herramienta para extirpar tejido que se observa al microscopio para verificar si hay signos de enfermedad. El broncoscopio se introduce por la nariz o la boca. La broncoscopia se usa para la detección y el tratamiento del cáncer. Broncoscopia. Se inserta un broncoscopio a través de la boca, la tráquea y los bronquios principales hasta el pulmón para ver si hay áreas anormales. Un broncoscopio es un aparato con forma de tubo delgado, con una luz y una lente para observar. También puede tener un instrumento para cortar. Se pueden tomar muestras de tejido y examinarlas al microscopio para determinar si hay señales de enfermedad.

CONCEPTO

Procedimiento en el que se usa un **broncoscopio** para observar el interior de la tráquea, los bronquios (pasajes de aire que conducen a los pulmones) y los pulmones. Un **broncoscopio** es un instrumento delgado en forma de tubo, con una luz y una lente para observar. Es un examen para visualizar las vías aéreas y diagnosticar enfermedad pulmonar. Este examen se puede utilizar igualmente durante el tratamiento de algunas afecciones pulmonares. Es un examen para visualizar las vías aéreas y diagnosticar enfermedad pulmonar. Este examen se puede utilizar igualmente durante el tratamiento de algunas afecciones pulmonares.

MATERIAL Y EQUIPO

La fibrobroncoscopia se realiza a través **de** un tubo flexible **de** una longitud **de** alrededor **de** 50-60 cm y **de** un diámetro **de** aproximadamente 5 mm, por donde se extiende la fibra óptica y, a través **de** la conexión a una fuente **de** luz

PASOSO PROCEDIMIENTO

La broncoscopia es un procedimiento que permite que el médico examine los pulmones y las vías aéreas. Esto, generalmente, es realizado por un médico que se especializa

en trastornos pulmonares (un neumólogo). Durante la broncoscopia, se introduce a través de la nariz o la boca un tubo delgado (broncoscopio) que desciende por la garganta hacia los pulmones.

La manera más común de realizar una broncoscopia es mediante el uso de un broncoscopio flexible. Pero en algunas situaciones, por ejemplo, si hay mucho sangrado en los pulmones o si hay un objeto grande atascado en las vías respiratorias, es probable que se necesite un broncoscopio rígido.

Los motivos frecuentes por los cuales se puede necesitar una broncoscopia son tos persistente, infección y detección de irregularidades en una radiografía de tórax u otra prueba.

La broncoscopia también puede utilizarse para obtener muestras de mucosidad o tejido, o para eliminar cuerpos extraños u otros bloqueos de las vías respiratorias o los pulmones o para tratar problemas de los pulmones.

GASOMETRIA ARTERIAL

Una **gasometría**, **prueba de gases en sangre** o un **análisis de gases en sangre** analiza la sangre para medir las presiones parciales de gases en sangre, el pH sanguíneo y el nivel y el exceso de base de bicarbonato. La fuente de la sangre se refleja en el nombre de cada prueba; la gasometría arterial proviene de las arterias, la gasometría venosa proviene de las venas y la gasometría capilar viene de los capilares.¹ Las presiones parciales de los gases en sangre se pueden usar como indicadores de ventilación, respiración y oxigenación. El análisis de muestras arteriales y venosas emparejadas puede dar una idea de la etiología de la acidosis en el recién nacido. Las muestras de sangre para la prueba se toman de la sangre arterial mediante una punción de la arteria radial, y de la sangre venosa mediante punción venosa. Se toman muestras de sangre capilar utilizando una lanceta y capilaridad. Las muestras del lóbulo de la oreja o de la yema del dedo se pueden usar para predecir la presión parcial arterial de dióxido de carbono y el pH de la sangre. Se considera que las muestras del lóbulo de la oreja son más apropiadas para la predicción de la presión parcial de oxígeno arterial.³

Las pruebas de gases en sangre también miden los niveles de bicarbonato y de bicarbonato estándar, de exceso de base, de saturación de oxígeno y de pH. La gasometría arterial se usa con mayor frecuencia. Las gasometrías se pueden usar en el diagnóstico de una serie de afecciones como la acidosis láctica, metabólica, respiratoria, la cetoacidosis diabética y también la alcalosis respiratoria.¹ En particular, el análisis de gases en sangre del cordón umbilical puede dar una indicación del estrés hipóxico fetal anterior. En combinación con otra

información clínica, los resultados normales de gases de sangre de cordón arterial y venoso pareados generalmente pueden proporcionar una defensa sólida contra la sugerencia de que un bebé tuvo un evento [hipóxico-isquémico](#) intraparto.²

Los resultados anormales pueden deberse a una amplia gama de enfermedades, que incluyen envenenamiento y trauma, así como enfermedades pulmonares, renales o metabólicas. Las lesiones en la cabeza o el cuello u otras lesiones que afectan la respiración también pueden conducir a resultados anormales. La **gasometría** arterial (ABG, por sus siglas en inglés) mide la acidez (pH) y los niveles de oxígeno y dióxido de carbono en la sangre de una arteria. Esta prueba se utiliza **para** registrar lo bien que sus pulmones pueden trasladar el oxígeno a la sangre y eliminar el dióxido de carbono de la sangre.

CONCEPTO

Es una medición de la cantidad de oxígeno y de dióxido de carbono presente en la sangre. Este examen también determina la acidez (pH) de la sangre. La sangre generalmente se toma de una arteria. En algunos casos, se puede usar la sangre de una vena. La muestra de sangre puede tomarse de una de las siguientes arterias: La arteria radial en la muñeca La arteria femoral en la ingle La arteria braquial en el brazo El proveedor de atención médica puede evaluar la circulación a la mano antes de sacar una muestra de sangre del área de la muñeca. El proveedor introducirá una pequeña aguja a través de la piel hasta la arteria. La muestra se envía rápidamente a un laboratorio para su análisis. La muestra de sangre que **se** obtiene del paciente para **realizar** este tipo de **gasometría** debe ser tomada directamente de una arteria. La punción **se realiza** en **arterias** fácilmente accesibles y que tengan ramas colaterales para que, si **se** daña la arteria al pincharla, **se** mantenga la vascularización de la zona. La **gasometría** arterial (ABG, por sus siglas en inglés) mide la acidez (pH) y los niveles de oxígeno y dióxido de carbono en la sangre de una arteria. Esta prueba se utiliza **para** registrar lo bien que sus pulmones pueden trasladar el oxígeno a la sangre y eliminar el dióxido de carbono de la sangre.

MATERIAL O EQUIPO

Batea.

Guantes estériles.

Antiséptico.

Contenedor de objetos punzantes.

Gasas estériles.

Jeringa y aguja específica para gasometría.

Esparadrapo.

Recipiente con hielo. Etiqueta para la identificación del paciente.

PASOS PROCEDIMIENTO

Informar al paciente del procedimiento a realizar y solicitar su consentimiento.

Comprobar la identidad del paciente.

Preparar el material y colocarlo al lado del paciente.

Si la gasometría es basal: retirar el oxígeno 20 minutos antes de realizar la extracción, habiendo permanecido en reposo los 10 últimos minutos como mínimo (si el estado del paciente lo permite) Obtener información del paciente: si recibe oxigenoterapia mediante gafas nasales, máscara facial..., fracción inspiratoria de oxígeno y/o parámetros de ventilación mecánica y temperatura.

Realizar higiene de manos con jabón antiséptico.

Realizar el test de Allen en la mano no dominante, si la situación del paciente lo permite; si el test es positivo elegir otra arteria. Seleccionar el lugar de punción, evitando zonas con cicatrices. No puncionar en extremidades afectadas por accidente cerebrovascular o mastectomía.

Ponerse los guantes.

Aplicar antiséptico en la zona seleccionada y dejar secar.

Palpar y localizar la arteria. Fijar con el dedo índice y corazón derechos la arteria a puncionar.

Introducir la aguja en la piel con bisel hacia arriba en el espacio que queda entre los dos dedos en dirección a la arteria. Angulo de 45° en arteria radial, 60° en braquial y 90° en femoral.

CUIDADOS DE ENFERMERIA

Para evitar las **complicaciones** se debe tener en cuenta las siguientes **precauciones**

Elegir una arteria fácilmente accesible y que comparta con otra la irrigación de un tercero, es la arteria radial. Realizar la técnica de punción correctamente Si el paciente tiene oxigenoterapia y queremos obtener una muestra basal, debemos esperar 30 minutos tras el cese de la administración de oxígeno. En pacientes anticoagulados aumentaremos el tiempo de compresión y vigilancia. Los **cuidados** serán: Tras la punción, controlar el pulso cada 10 minutos durante media hora para asegurarnos que no hay lesión en la arteria o nervi. Si la punción se realiza en la arteria femoral, el riesgo de hemorragia y hematoma es mayor, por lo que el tiempo de compresión será de 10 a 20 minutos. 3 En pacientes anticoagulados, aumentaremos el tiempo de compresión y vigilancia

TORACOCENTESIS

La **toracocentesis** (del griego *thōrāko-* "tórax" + *kentēsis* "perforación") es la punción quirúrgica de la pared torácica para evacuar por aspiración el líquido acumulado en la **cavidad pleural**.¹ También se denomina: "toracentesis", "paracentesis pleural", "paracentesis torácica" o "pleurocentesis". Este procedimiento quirúrgico fue descrito por primera vez en 1852.

Es una técnica que aporta ventajas terapéuticas (permite eliminar el líquido de la cavidad pleural) y diagnósticas (posteriormente se analiza dicho líquido). La toracocentesis es un procedimiento invasivo para extraer líquido o aire del **espacio pleural** con fines **diagnósticos** o **terapéuticos**. Se realiza mediante una cánula, o aguja hueca, introducida cuidadosamente en el **tórax** a través de la piel, generalmente después de la administración de **anestesia local**. Cuando el estado cardiopulmonar se ve comprometido (es decir, cuando el líquido o el aire tienen repercusión en la función del corazón y los pulmones), debido al aire (**neumotórax** significativo), líquido (**derrame pleural**) o **sangre** (**hemotórax**) fuera del pulmón, a continuación, este procedimiento suele ser reemplazado con **tubo de toracotomía** (la colocación de un tubo más grande en el espacio pleural para facilitar el drenaje).²

La ubicación recomendada de la punción varía dependiendo de la localización del líquido o aire acumulado, generalmente se realiza en la **línea axilar media** entre el sexto y el octavo **espacio intercostal**, debido a que se corre el riesgo de lesionar **vísceras**. Es crítico que el paciente mantenga su respiración, para evitar la perforación del **pulmón**. Este procedimiento está indicado cuando se acumula inexplicablemente un fluido en la **cavidad pleural**, por fuera de los pulmones. En más de 90% de los casos el análisis del líquido pleural produce información clínicamente útil. Si una gran cantidad de líquido está presente, entonces este procedimiento también se puede utilizar terapéuticamente para eliminar el fluido y mejorar el estado del **paciente** y su función pulmonar. Este procedimiento está indicado cuando se acumula inexplicablemente un fluido en la **cavidad pleural**, por fuera de los pulmones. En más de 90% de los casos el análisis

del líquido pleural produce información clínicamente útil. Si una gran cantidad de líquido está presente, entonces este procedimiento también se puede utilizar terapéuticamente para eliminar el fluido y mejorar el estado del [paciente](#) y su función pulmonar.

CONCEPTO

Extracción de líquido de la cavidad pleural por medio de una aguja insertada entre las costillas. También se llama toracentesis. Es un procedimiento realizado para drenar el líquido que se encuentra en el espacio entre el revestimiento externo de los pulmones (pleura) y la pared torácica. El drenaje de líquido pleural se debe **realizar** entre el quinto y séptimo espacio intercostal, en línea escapular, línea axilar posterior o línea axilar media, en dirección posterior e inferior.

MATERIAL EQUIPO

La **toracocentesis** es el procedimiento empleado para la obtención puntual de **material** pleural con fines diagnósticos (**toracocentesis** diagnóstica) y/o terapéuticos (toracocentesis evacuadora), y **se** realiza percutáneamente con una aguja hueca fina o un catéter sobre aguja.

PASOS PROCEDIMIENTOS

Introducir el catéter por la aguja. Quitar la jeringa, ocluir la aguja con un dedo para evitar el neumotórax e introducir el catéter por la aguja. Introducir el catéter dentro del espacio pleural y sacar la aguja deslizando sobre el catéter. No retirar nunca el catéter a través de la aguja.

BIOPSA

- Una **biopsia** es un procedimiento [diagnóstico](#) que consiste en la extracción de una [muestra](#) total o parcial de [tejido](#) para ser examinada al [microscopio](#) por un médico [anatomopatólogo](#). **Biopsia percutánea de ganglios palpables** se debe realizar una exploración física detallada y si existen adenopatías se suelen biopsiar.

Biopsia de Daniels o biopsia de ganglios escalenos: consiste en extirpar la grasa preescalénica y estudiarla histopatológicamente. Si el estudio es positivo, es un criterio de inoperabilidad. La escasa correlación entre una biopsia negativa y la posibilidad de resección de un carcinoma de pulmón ha hecho que esta **técnica haya sido prácticamente abandonada**. Se tiene la impresión de que es poco útil por el pequeño número de positividades que proporciona, pero esto se debe, en gran parte, al error de efectuar la extirpación de la grasa preescalénica, cuando realmente lo que se debe examinar son los ganglios supraclaviculares de la confluencia yugulosubclavia, que son los que drenan linfa pulmonar, y que se reconocen por su contenido antracótico. Se biopsian las lesiones sospechosas accesibles si aún no se ha establecido el tratamiento o si la determinación del estadio se basa en el hecho de que una determinada lesión sea o no cáncer. Es la biopsia que practican los [hematólogos](#) (también patólogos e internistas) procedente de la [cresta](#)

ilíaca posterosuperior de la pelvis, del hueso sacro o del esternón para obtener médula ósea y diagnosticar el origen de determinados trastornos sanguíneos principalmente. Se debe insensibilizar la piel y el perióstio con anestésico local. A continuación, se introduce en el espacio medular una aguja rígida de mayor calibre, se fija una jeringa a la aguja y se aspira. Las células de la médula ósea son absorbidas al interior de la jeringa. En el contenido de la jeringa, aparece sangre con fragmentos pequeños de grasa flotando en su entorno. Después de la aspiración se realiza una biopsia para extraer tejido óseo con una aguja hueca. Se suele hacer una punción de cresta ilíaca sobre todo en el cáncer de pulmón que suele metastatizar en médula ósea frecuentemente.

Si es tumor periférico y existe derrame pleural. Se puede hacer con diferentes tipos de aguja, siendo la más empleada la de Vim-Silverman. Se requiere anestesia local y la existencia de una cámara líquida a aérea dentro de la cavidad pleural, que permita introducir la aguja de biopsia libremente y sin riesgo de lesionar el parénquima pulmonar. Si bien esto no es ningún inconveniente para la técnica, ya que su indicación principal es en aquellos procesos torácicos que cursan con la aparición de derrame pleural, cuyo origen no ha podido ser filiado por otros procedimientos. El único inconveniente que se puede poner a esta técnica viene dado por la imposibilidad de seleccionar el territorio pleural que se quiere biopsiar. Es decir, se trata de un procedimiento ciego, lo que repercute sobre la variabilidad de la rentabilidad. No obstante, dado su escasa o nula morbilidad, permite la repetición sucesiva de la técnica sin graves inconvenientes. No será un procedimiento ciego, cuando se visualicen masas pleurales en la TAC.

Biopsia pulmonar percutánea o transparietal o transpleural[\[editar\]](#)

Se realiza generalmente con control radiológico. Existen diversos métodos como la biopsia aspirativa, la biopsia con aguja cortante y el taladro ultrarrápido de aire comprimido. La principal indicación es en aquellos tumores periféricos de difícil o imposible acceso por otros procedimientos. Con el perfeccionamiento de la biopsia transbronquial, con control radiológico y la PAAF, los casos en los que es preciso realizar esta técnica son muy escasos. En más del 80% de los tumores se obtienen muestras suficientes para establecer el diagnóstico del tumor. Los inconvenientes son el neumotórax que ocurre en el 15 al 55%, a veces muy graves o la diseminación pleural de células tumorales. Las contraindicaciones son enfisema bulloso, sospecha de quiste hidatídico, sospecha de aneurisma o

fístula arteriovenosa, neumonectomía contralateral, diátesis hemorrágica y cor pulmonar grave

CONCEPTO

Extracción de células o tejidos para ser examinados por un patólogo. Es posible que el patólogo estudie el tejido con un microscopio o realice otras pruebas con las células o el tejido.

Extracción de células o tejidos para ser examinados por un patólogo. Es posible que el patólogo estudie el tejido con un microscopio o realice otras pruebas con las células o el tejido. Hay muchos tipos diferentes de biopsias. Los tipos más comunes son los siguientes: 1) biopsia por incisión, en la que se extrae solo una muestra del tejido; 2) biopsia por escisión, en la que se extrae por completo una masa o un área dudosa, y 3) biopsia con aguja, en la que se extrae una muestra de tejido o líquido con una aguja. Cuando se usa una aguja ancha, el procedimiento se llama biopsia por punción con aguja gruesa. Cuando se usa una aguja fina, el procedimiento se llama biopsia por aspiración con aguja fina.

MATERIAL EQUIPO

Una biopsia es un procedimiento que se realiza para extraer una pequeña muestra de tejido o de células del cuerpo para su análisis en un laboratorio. Si experimentas determinados signos y síntomas o si el médico identifica algo que sea motivo de preocupación, es posible que debas someterte a una biopsia para determinar si tienes cáncer o alguna otra enfermedad.

Mientras que las pruebas de diagnóstico por imágenes, como las radiografías, son útiles para detectar masas o zonas anómalas, no pueden diferenciar por sí solas las células cancerosas de las que no lo son. En el caso de la mayoría de los tipos de cáncer, la única forma de dar un diagnóstico definitivo es realizar una biopsia que extrae células para un examen más exhaustivo.

Estos son algunos de los diferentes tipos de biopsia que se utilizan para dar un diagnóstico de cáncer. Durante una endoscopia el médico usa un tubo delgado y flexible (endoscopio) con una luz en el extremo para observar estructuras dentro del cuerpo. Se pasan herramientas especiales a través del tubo para tomar una pequeña muestra de tejido que será analizado.

El tipo de biopsia endoscópica que se realiza depende de la ubicación de la zona sospechosa. Los tubos que se utilizan en una biopsia endoscópica se pueden insertar en la boca, el recto, las vías urinarias o a través de una pequeña incisión en la piel. Algunos de los tipos de biopsias endoscópicas comprenden la cistoscopia para extraer tejido del interior de la vejiga, la broncoscopia para extraer tejido del interior del pulmón y la colonoscopia para extraer tejido del interior del colon.

Según el tipo de biopsia endoscópica que te realicen, es posible que te den un sedante o anestésico antes del procedimiento. En una biopsia con aguja, el médico utiliza una aguja especial para extraer células de una zona sospechosa.

A menudo, se utiliza una biopsia con aguja en tumores que el médico puede sentir a través de la piel, como bultos sospechosos en la mama y ganglios linfáticos agrandados. Cuando se combina con un procedimiento de diagnóstico por imágenes, como radiografías, la biopsia con aguja se puede usar para extraer células de una zona sospechosa que no se puede sentir a través de la piel.

RECOGIDA DE MUESTRAS SECRECIONES Y ESPUTO

lamamos esputo a las secreciones procedentes de los bronquios del paciente y que permite el diagnóstico y seguimiento de múltiples enfermedades de tipo

inflamatorio, infeccioso y/o tumoralEl **análisis del esputo** consiste en la obtención de **una muestra de esputo** (secreciones procedentes de los bronquios del paciente) que posteriormente será conservada en medios adecuados y llevada a analizar en un laboratorio especializado en este tipo de estudios.

Existen diferentes métodos para analizar una muestra de esputo; en líneas generales y **Estudio macroscópico**: comprende el análisis de las características generales del esputo como color, consistencia... Se trata del estudio básico. en función del tipo de análisis utilizado, el estudio del esputo lo podemos clasificar en: **Estudio bioquímico**: permite establecer el pH, enzimas, y otros elementos químicos característicos del esputo **Estudio microscópico** que a su vez engloba el estudio **citológico** (permite la detección de células precancerosas o cancerosas, [clue cells](#)...) y el estudio **microbiológico** (permite la detección de microorganismos patógenos).

Tinciones especiales: tinción Gram, tinción con lugol....permite la detección de bacilos específicos. El análisis de esputo requiere de la toma de una **muestra de esputo por parte del paciente**. En la mayoría de los casos, la recogida de la muestra puede realizarla el propio paciente en su domicilio. Se recomienda la recogida del esputo de l.

Previo a la recogida de la muestra se recomienda una **limpieza cuidadosa de los dientes y encías** con su dentífrico habitual (evitando el rascado brusco que pueda provocar sangrado) y un enjuague posterior con agua evitando el uso de enjuagues o colutorios. Una vez acaba la limpieza se recomienda realizar inspiraciones profundas hasta provocar un acceso de tos que el paciente deberá aprovechar para expulsar un esputo de su árbol bronquial a **primera hora de la mañana** justo después de levantarse, antes de comer o beber. El esputo deberá ser depositado desde la boca hasta **un recipiente estéril** específico para la recogida de la muestra que le será facilitado en el centro en el que se ha solicitado el estudio o en la farmacia. En la mayoría de los casos, una pequeña muestra del tamaño de una cucharadita puede ser suficiente para el estudio Una vez recogida la muestra de esputo el paciente deberá entregar el envase cerrado lo antes posible y en **plazo máximo de 24 horas** en el centro en el cual ha sido solicitado el estudio para desde allí ser enviada a analizar a un

laboratorio especializado. La muestra puede conservarse en el frigorífico dentro el recipiente cerrado específico para ello hasta el momento de la entrega

CONCEPTO

Este artículo tiene como objetivo unificar criterios entre los diferentes profesionales de la salud en la realización adecuada de la técnica de recogida de una muestra de esputo.

El análisis del esputo consiste en la obtención de una muestra de esputo (secreciones procedentes de los bronquios del paciente) que posteriormente será conservada en medios adecuados y llevada a analizar a un laboratorio especializado en este tipo de estudios. El análisis del esputo es una herramienta básica, útil y comúnmente utilizada en el campo de la Medicina debido a que la técnica de obtención de la muestra es relativamente sencilla y segura y su análisis por parte de laboratorios especializados aporta una muy valiosa información sobre el estado de salud de la persona.

MATERIAL EQUIPO

Hay que enseñar al paciente la siguiente técnica para una buena recolección de la muestra: 1. Tomar aire profundamente por la boca. 2. Retener el aire en los pulmones por unos segundos. 3. Toser fuertemente para eliminar la flema (gargajo, esputo) 4. Depositar la flema (gargajo, esputo) en el envase. 5. Repetir los pasos anteriores por lo menos 3 veces para obtener una buena cantidad de flema. 6. Tapar bien el envase. 7. Entregar el envase al personal de salud 8. Obtener inmediatamente la primera muestra de esputo en el área de recolección de muestra (ARM) 9. Recibir la primera muestra y entregar al paciente un envase rotulado (nombre, apellidos, fecha y número de la muestra) para la recolección de una segunda muestra, que debe ser recogida la mañana del día siguiente, en el domicilio del paciente. 10. El tercer envase rotulado (nombre, apellidos, fecha y número de la muestra) será proporcionado en el momento que el paciente acuda y 5 entregue la segunda muestra, para la obtención inmediata de la tercera muestra.

OBJETIVO • Aplicar la técnica correcta 3 envases estériles para muestra de esputo. • Marcador de tinta permanente. • Solicitud para el examen bacteriológico. • Guantes desechables estériles. • Libro de registro de sintomático respiratorio. • Maletín portamuestras. • Biombo

OBJETIVO

Aplicar la técnica correcta en la recolección de la muestra de esputo para obtener un resultado seguro y confiable.

BEVERLY, Witter Dugas, Tratado de enfermería practica, nueva editorial .interamericana, México, DF. 4ta Edición. Pág. 436-438. 2001

INTUVACION ENDOTRAQUEAL

La intubación orotraqueal es una técnica agresiva que se realiza con mucha frecuencia en los servicios de urgencias y en las urgencias extrahospitalarias. Por ello todo facultativo que se dedique a estos menesteres debe conocer los beneficios que aporta y los problemas que de ella se derivan, así como las dificultades que se pueden manifestar durante el procedimiento y los fármacos que se deben utilizar. Los motivos por los que suele ser necesaria la intubación orotraqueal son todos aquellos que provocan alteración de la normalidad de la función respiratoria, y que comprenden: vía aérea permeable; impulso respiratorio adecuado; funcionalismo neuromuscular correcto; anatomía torácica normal; parénquima pulmonar sin alteraciones; capacidad de defensa frente a la aspiración, y mantenimiento de la permeabilidad alveolar por medio de los suspiros y la tos.

A grandes rasgos, se pueden resumir los motivos de intubación orotraqueal en los servicios de urgencias en los siguientes casos: *a)* parada cardiorrespiratoria; *b)* protección de la vía aérea; *c)* en el traumatismo craneoencefálico en aquellos casos en que el nivel de conciencia sea bajo y ponga en riesgo la vida del paciente, debe ser intubado todo aquel cuya puntuación en la escala de coma de Glasgow (tabla 1) sea menor de 8 puntos; *d)* cualquier paciente que tenga una insuficiencia respiratoria aguda o reagudizada con una frecuencia respiratoria menor de 10 o mayor de 30 respiraciones/min y que comprometa su estabilidad, y *e)* disminución del nivel de conciencia con una puntuación de la escala de Glasglow menor de 8 puntos, excepción hecha de aquellos casos en que la causa sea fácilmente reversible, sobredosis por opiáceos, hipoglucemia o intoxicaciones. A la hora de comenzar esta maniobra es necesario hiperoxigenar al paciente durante algunos minutos, con un ambú conectado a un sistema de oxígeno, y es muy importante la colocación del paciente para que la intubación sea fácil y transcurra sin ninguna incidencia para ello:

La cabeza se extenderá ligeramente con la mandíbula proyectada hacia delante; en lactantes y recién nacidos se aconseja la posición neutra o la colocación de una almohada debajo de los hombros para permitir una máxima extensión y alineamiento.

Junto con la persona encargada del procedimiento habrá un ayudante que primero le dará el laringoscopio y después el tubo oro-traqueal, y estará preparada para presionar el cartílago cricoideo (maniobra de Sellik) en los casos en que se requiera aumentar la exposición de la laringe.

Una vez colocado el tubo y comprobado que está en el lugar correcto, se fija a la cara o alrededor del cuello con esparadrapo o cinta, según el caso.

Desglosando las pautas anteriores deberemos hacer mención a los siguientes puntos:

Para la intubación es necesario obtener información sobre: *a)* la anatomía de las vías aéreas y la existencia de malformaciones como orofaringe de pequeño tamaño, cuello corto, falta de movilidad de la articulación temporomaxilar o de la columna cervical, etc.; *b)* existencia o no de alergias a medicamentos; riesgo de aspiraciones, para lo cual se valorará el tiempo transcurrido desde la última ingesta de alimentos, si ha habido vómitos, hemorragias gastrointestinales, obstrucción intestinal, antecedentes de reflujo esofágico, etc.; *c)* el estado cardiovascular del paciente con la existencia o no de angina-isquemia, infarto, arritmias, aneurisma o hipertensión; *d)* estado neurológico del paciente con existencia de aumentos de la presión intracraneal, síntomas isquémicos, aneurismas, hemorragias intracraneales, etc.; *f)* estado del sistema muscular y esquelético: inestabilidad del cuello, denervación medular, aplastamientos, quemaduras, etc.; *g)* existencia de problemas en intubaciones previas, y *h)* estado de la coagulación.

CONCEPTO

Es un procedimiento médico en el cual se coloca una sonda en la tráquea a través de la boca o la nariz. En la mayoría de las situaciones de emergencia, se coloca a través de la boca.

MATERIAL 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.

Preparación del material de intubación

Fuera del habitáculo asistencial

- Utilice el desinfectante de manos previo a la manipulación del material, y póngase guantes limpios.
- Coloque el material a la altura de la cabeza del paciente, a derecha o izquierda, en función del lado de manejo del Ambú® (diestro o zurdo) del operador.
- Sitúe sobre el suelo, en el lado elegido, un empapador, que dividirá en 2 zonas imaginarias, con el fin de colocar el material.
 - **zona limpia:** la más próxima al paciente: bolsa de reanimación, cánula de guedel, laringo- palas y sonda rígida de aspiración de Yankauer.
 - **zona aséptica:** la más alejada del paciente: jeringa, venda, pinzas Magill, lubricante y tubo endotraqueal.
- Abra el envase por la parte superior, separando los bordes del envoltorio hacia fuera, exponiendo, únicamente, la porción más proximal del tubo (conexión y testigo).
- Si se requiere fiador, abra el envoltorio de éste de igual forma que el del tubo, y extraígallo cogiéndolo exclusivamente por el extremo superior, evitando cualquier contacto con el resto del fiador. Si es necesario, lubrique el tercio distal del fiador aplicando el lubricante con gasa estéril.
- Lubricación del tubo:
 - Vierta un poco de lubricante en una esquina de la porción superior del envoltorio del tubo, previamente abierta (el extremo del lubricante no contactará con ningún elemento interior del envase).
 - En el momento que el tubo vaya a ser extraído del envase, haga pasar los últimos 6-8 cm. distales del tubo por el lubricante aplicado previamente en la esquina del envase, teniendo especial atención que quede lubricada toda la superficie circunferencial, impregnando con cuidado el tubo en el lubricante con ligero movimiento giratorio. Ponga especial cuidado en no lubricar 2/3 proximales del tubo.
 - Inmediatamente después tape el envase del lubricante.
- Si la intubación es fallida, deseche el tubo utilizado y prepare otro nuevo (estéril).
- Finalizada la técnica, separe el material reutilizable para su limpieza, del material desechable que se utilizó, y envuelto en un empapador, elimínelo en el contenedor destinado a material biosanitario.

Dentro del habitáculo asistencial

- La "zona ideal" será aquella más alejada del paso de personal, sobre una superficie estable y de fácil acceso desde la cabecera del paciente.
- Coloque un empapador encima del asiento lateral, como improvisada mesa auxiliar. Sitúe sobre éste, la "zona limpia" y "zona aséptica".
- Si la ambulancia consta de armario para maletines, con soporte superior, sitúe sobre esta superficie la "zona estéril" y sobre el asiento lateral la "zona limpia"

ASPIRACION DE SECRECIONES CON LA TECNICA CERRA Y ABIERTA

OBJETIVO Eliminar las secreciones que puedan obstruir la vía aérea, para favorecer la ventilación pulmonar y prevenir las infecciones respiratorias

Aspiración orofaríngea y nasofaríngea: eliminar mediante aspiración, las secreciones de boca, nariz y faringe. Aspiración traqueal por tubo endotraqueal (TET) o cánula de traqueostomía: eliminar las secreciones aspirando a través de una vía aérea artificial (tubo endotraqueal o cánula de traqueostomía). - 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. Aspiración subglótica: Consiste en la aspiración de secreciones acumuladas en el espacio subglótico a través de un orificio situado por encima del balón de neumotaponamiento del tubo endotraqueal. El objetivo es disminuir la cantidad de secreciones que podrían pasar entre el balón y las paredes de la tráquea, principal mecanismo patogénico de la neumonía asociada a ventilación mecánica (NAVIM).

MATERIAL EQUIPO

Suero fisiológico estéril. × Botella de agua bidestilada. × Guantes desechables. × Catéter de **aspiración cerrada** × Catéter estéril cubierto por un manguito de plástico que suprime la necesidad de desconectar al paciente del respirador.

TRAQUEOTOMIA

La traqueotomía es un procedimiento quirúrgico mediante el cual se hace una incisión en la tráquea para extraer cuerpos extraños, tratar lesiones locales u obtener muestras para

biopsias y, a diferencia de otros procedimientos similares, supone el cierre inmediato de la incisión traqueal

PROCEDIMIENTO

1. Es un **procedimiento** quirúrgico **para** crear una abertura a través del cuello dentro **de** la tráquea. Casi siempre, se coloca una sonda a través **de** esta abertura **para** suministrar una vía respiratoria y retirar secreciones **de** los pulmones. Esta sonda se llama cánula **de traqueotomía** o sonda traqueal. Intubación prolongada durante el transcurso de una enfermedad crítica.
2. Estenosis subglótica causada por un trauma anterior.
3. Obstrucción por obesidad en la apnea del sueño.
4. Anormalidad congénita (heredada) de la laringe o la tráquea.

.

.

.

PLAN DE CUIDADO

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	CLASIFICACION DE RESULTADOS DE ENFERMERIA (NOC)
deterioro de la eliminacion urinaria (00016) relacionada con multicasualidad	Estimulación urinaria (o503)
Estreñimiento (00011) relacionado con Disminución de la motilidad gastrointestinal	Eliminación intestinal (0501)
Clasificación de intervención de enfermería	NIC
Intervención nic	Eliminación orinaria , manejo intestinal entratamiento intestinal

