



Nombre de alumnos: Rafael Torres Adorno

Nombre del profesor: Nancy Domínguez Torres

Nombre del trabajo: Manual de procedimientos

Materia:

Enfermería clínica II

Grado:

Quinto

Grupo: U

Pichucalco, Chiapas a 22 de enero de 2021.

INTRODUCCIÓN:

De manera a que la salud es uno de los temas que ve por la sociedad, siempre se ha ido mejorando y creando nuevas estrategias, esto con la finalidad de verse como una herramienta de trabajo, todo trabajo tiene de su origen y parte con una finalidad, mayormente busca que se dé a conocer.

Para todo existe un manual, tal es este caso que en el ámbito de la enfermería tenemos lo que son los manuales de procedimientos, en estos se abarcan detalladamente los pasos a realizar para cada operación médica a realiza, esto es de un estudio profundo, con la finalidad de apoyar a las nuevas caras en el ámbito de la enfermería.

El manual de procedimientos cuenta con apartados como el del concepto, describe de manera general, el objetivo lo que se pretende, los materiales y equipo a la disposición para la utilización del método, luego contamos con los pasos a realizas, por ultimo tenemos cuidados de enfermería.

A continuación analizaremos acerca algunos de los métodos clínicos más conocidos con este método del manual de procedimientos.

Índice

INTRODUCCIÓN	1
BRONCOSCOPIA	5
Concepto	5
Objetivo.....	5
Material y equipo	5
Pasos del procedimiento.....	6
Cuidados de enfermería	7
GASOMETRIA ARTERIAL.....	8
Concepto	8
Objetivo.....	8
Material y equipo	8
Pasos del procedimiento.....	8
Cuidados de enfermería	10
TORACOCENTESIS.....	10
Concepto	10
Objetivo.....	10
Material y equipo	11
Pasos del procedimiento.....	11
Cuidados de enfermería	11
BIOPSIA.....	12
Concepto	12
Objetivo.....	12
Material y equipo	13
Pasos del procedimiento.....	13
Cuidados de enfermería	14
RECOGIDA DE MUESTRAS	14
Concepto	14
Objetivo.....	14
Material y equipo	15
Pasos de procedimiento	15

Cuidados de enfermería	16
INTUBACION ENDOTRAQUEAL.....	16
Concepto	16
Objetivo.....	17
Material y equipo	17
Pasos del procedimiento.....	18
Cuidados de enfermería	18
ASPIRACION DE SECRECIONES CON LA TECNICA CERRADA Y ABIERTA	19
Concepto	19
Objetivo.....	19
Material y equipo	19
Pasos del procedimiento.....	20
Cuidados de enfermería	22
TRAQUEOTOMIA	23
Concepto	23
Objetivo.....	23
Material y equipo	23
Pasos del procedimiento.....	23
Cuidados de enfermería	26
BIBLIOGRAFÍA	27
CONCLUSION	28

BRONCOSCOPIA

Concepto:

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.

Objetivo:

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.

La broncoscopia es un procedimiento que consiste en la introducción a través de las fosas nasales de un broncoscopio para explorar el interior de las vías respiratorias. El broncoscopio es una pequeña sonda flexible, habitualmente de medio centímetro de grosor, que tiene una cámara en su extremo y un canal interno. La cámara permite visualizar el interior del árbol respiratorio y el canal interno permite aspirar secreciones e introducir catéteres para tomar muestras o realizar tratamientos.

Material y equipo:

Mesa Estéril:

- guantes estériles
- batas
- gasas y compresas
- lubricante hidrosoluble

- suero fisiológico
- recipientes estériles
- kit broncoscópico

Aparte:

- anestésico local
- mascarilla quirúrgica
- gafas protectoras
- sistema de aspiración
- fuente de oxígeno
- equipo de RCP

Pasos del procedimiento:

Antes del procedimiento

Te pedirán que te sientes o recuestes sobre una camilla o cama con los brazos a ambos lados del cuerpo. Te conectarán a varios monitores para que el equipo de atención médica pueda controlarte la frecuencia cardíaca, la presión arterial y el nivel de oxígeno en sangre durante el procedimiento.

Te administrarán un sedante a través de una vena (vía intravenosa), que te ayudará a relajarte. Te sentirás somnoliento, pero estarás despierto, respirando por ti mismo y podrás responder a cualquier pregunta que el médico te pueda hacer durante el procedimiento. Los medicamentos sedantes a menudo hacen que tengas muy pocos recuerdos del procedimiento de la broncoscopia una vez que se completa.

Se te rociará en la garganta un medicamento anestésico que la adormecerá. Algunas veces se frota un gel anestésico en la nariz. Estos medicamentos adormecen las áreas y ayudan a disminuir la náusea y la tos cuando se te coloca el broncoscopio en la garganta. Al principio, el medicamento puede tener un sabor desagradable, pero el sabor desaparecerá.

Durante el procedimiento

Durante la broncoscopia, el broncoscopio se coloca en la nariz o la boca. El broncoscopio tiene una luz y una cámara muy pequeña en la punta que muestra imágenes en un monitor para ayudar a guiar al médico que realiza el procedimiento.

El broncoscopio se dirige lentamente por la parte posterior de la garganta, a través de las cuerdas vocales y hacia las vías respiratorias. Es probable que te sientas incómodo, pero no debería causar dolor. Tu equipo de atención médica intentará hacerte sentir lo más cómodo posible.

Se pueden tomar muestras de tejido y fluido y se pueden realizar procedimientos mediante el uso de dispositivos que se introducen a través del broncoscopio. El médico puede preguntarte si sientes dolor en el pecho, la espalda o los hombros. Por lo general, no deberías sentir dolor.

Después del procedimiento

Te supervisarán durante varias horas después de la broncoscopia. Es probable que sientas la boca y la garganta entumecidas por un par de horas. No podrás comer ni beber hasta que pase el efecto de entumecimiento. Esto ayuda a evitar que la comida y los líquidos ingresen a tus vías respiratorias y pulmones.

Cuando ya no sientas la boca y la garganta entumecidas y puedas volver a tragar y toser con normalidad, podrás tomar algo. Comienza con sorbos de agua. Luego, puedes comer alimentos blandos, como sopa y compota de manzana. Agrega otras comidas a medida que te vayas sintiendo más cómodo.

Cuidados de enfermería:

Mantendrá reposo relativo en su domicilio hasta 12 horas después de realizar la prueba. Debe de evitar realizar esfuerzos y coger pesos en las siguientes 24 horas. No conducir hasta después de 12 horas de haber realizado la prueba.

GASOMETRIA ARTERIAL

Concepto:

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.

A medida que la sangre pasa por los pulmones, el oxígeno se desplaza hacia la sangre y el dióxido de carbono pasa de la sangre a los pulmones. Esta prueba usa sangre de una arteria para medir los niveles de oxígeno y dióxido de carbono antes de que entren en los tejidos del cuerpo.

Objetivo:

- Extraer al paciente sangre arterial para conocer los valores de intercambio gaseoso en la ventilación y su equilibrio ácido/base.
- Obtener, conservar y trasladar la muestra de sangre arterial en condiciones óptimas y de calidad para un diagnóstico fiable.

Material y 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 del procedimiento:

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

2. Comprobar la identidad del paciente.
3. Preparar el material y colocarlo al lado del paciente.
4. 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).
5. Obtener información del paciente: si recibe oxigenoterapia mediante gafas nasales, máscara facial..., fracción inspiratoria de oxígeno y/o parámetros de ventilación mecánica y temperatura.
6. Realizar higiene de manos con jabón antiséptico.
7. 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.
8. Seleccionar el lugar de punción, evitando zonas con cicatrices. No puncionar en extremidades afectadas por accidente cerebrovascular o mastectomía.
9. Ponerse los guantes.
10. Aplicar antiséptico en la zona seleccionada y dejar secar.
11. Palpar y localizar la arteria. Fijar con el dedo índice y corazón derechos la arteria a puncionar.
12. 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.
13. Una vez puncionada la arteria, debe obtenerse un reflujo de sangre pulsátil que eleve el émbolo de forma pasiva, obteniéndose 2-3 ml. de sangre.
14. Retirar la aguja de forma que no entre aire.
15. Comprimir la zona de punción durante 5-10 minutos con objeto de prevenir hematoma o sangrado. En pacientes anticoagulados con fármacos o con trastornos de la coagulación, mantener la presión durante, al menos, 15-20 minutos.
16. Eliminar las burbujas de aire que pueda quedar en la jeringa.
17. Retirar aguja y poner tapón.

18. Etiquetar la muestra con parámetros ventilatorios y temperatura.
19. Introducir la muestra en un recipiente con hielo.
20. Enviar la muestra inmediatamente al laboratorio.
21. Recoger el material sobrante.
22. Retirar guantes y realizar higiene de manos.
23. Registrar el procedimiento.

Cuidados de enfermería:

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 nervio.
- 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

Concepto:

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.

La toracocentesis es un procedimiento para extraer líquido en el espacio entre los pulmones y la pared torácica, llamado espacio pleural. Se realiza con una aguja (y a veces con un catéter de plástico) que se inserta a través de la pared torácica. A menudo, se utilizan imágenes de una ecografía para guiar la colocación de la aguja. Este líquido pleural puede ser enviado a un laboratorio para determinar.

Objetivo:

El objetivo principal es drenar el líquido y normalizar la respiración. En algunos casos, este procedimiento le permite al médico descubrir la causa del derrame pleural.

Material y equipo:

A. Material para la recolección de muestras de líquido pleural

1. Jeringa de gases
2. Cultivo aeróbico y anaeróbico
3. Tubo de cultivo para micobacterias y hongos
4. Tubo de citología
5. Tubo para hematología
6. Tubo para bioquímica
7. Tubo sin aditivos de reserva (recomendable)

Pasos del procedimiento:

La toracocentesis puede llevarse a cabo en un hospital o en el consultorio del médico. Generalmente el paciente permanece despierto, aunque a algunas personas quizás se les administre un sedante. Si ese es su caso, deberá pedirle a alguien que lo lleve a su casa luego de la intervención.

Deberá sentarse sobre una silla o recostarse sobre una camilla de manera que el médico pueda acceder al espacio pleural. Tal vez se realice una ecografía para verificar el lugar correcto donde se debe insertar la aguja. Se limpiará el área y se le inyectará un medicamento anestésico.

A continuación, se insertará la aguja o el tubo debajo de las costillas, en el espacio pleural. Tal vez sienta presión o malestar, pero no debe moverse. Después, se extraerá el exceso de líquido.

Una vez extraído todo el líquido, se colocará una venda en el lugar de la punción. Para garantizar que no haya complicaciones, deberá permanecer en el consultorio durante varias horas para control. Generalmente, se realiza una radiografía de seguimiento de dos a cuatro semanas luego de la toracocentesis.

Cuidados de enfermería:

Mantener una posición cómoda y adecuada tras la técnica: semi-Fowler sobre el lado no afectado, durante 30 minutos.

- Vigilancia de dificultad respiratoria, dolor torácico, diaforesis, palidez, mareos o aumento de la frecuencia cardíaca.
- Vigilancia del apósito, manchado, humedad...
- Desechar el material en contenedor específico para ello.

De la enfermera:

- Lavado de manos higiénico.
- Registro en la historia del paciente:
- La técnica realizada, localización y duración, día y hora.
- Cantidad de líquido extraída, características del líquido pleural.
- Numero de muestras extraídas.
- Incidencias durante de la técnica, respuesta del paciente.
- Firma de la enfermera.

BIOPSIA

Concepto:

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.

Objetivo:

En la inmensa mayoría de los casos, la práctica de la biopsia tiene como finalidad el estudio de los tejidos con objeto de confirmar o descartar una enfermedad o determinar

su tipo. Es decir, que la biopsia tiene fundamentalmente fines diagnósticos, aunque en algunos casos puede tener también fines terapéuticos.

Material y equipo:

Hay varios tipos de agujas que pueden ser usadas. Los usos comunes incluyen:

- Una aguja fina adherida a una jeringa, más pequeña que las agujas generalmente utilizadas para extraer sangre.
- Una aguja de núcleo, también llamada aguja automática, accionada por resorte, que consiste de una aguja interna conectada a una batea, o recipiente poco profundo, cubierta por una funda y adherida a un mecanismo accionado por resorte.
- Un aparato asistido por vacío (VAD), que usa una bomba de vacío para ayudar a obtener pedazos grandes de tejido.

Pasos del procedimiento:

Los procedimientos de una biopsia con aguja comprenden:

- Aspiración con aguja fina. En una aspiración con aguja fina, se inserta una aguja larga y fina en la zona sospechosa. Se utiliza una jeringa para extraer líquido y células para su análisis.
- Biopsia con aguja gruesa. En una biopsia con aguja gruesa se utiliza una aguja más grande con una punta de corte para extraer una columna de tejido de la zona sospechosa.
- Biopsia asistida por vacío. En una biopsia asistida por vacío, un dispositivo de succión aumenta la cantidad de líquido y células que se extraen a través de la aguja. Esto hace que para extraer la muestra adecuada haya que insertar menos veces la aguja.
- Biopsia guiada por imagen. La biopsia guiada por imagen combina un procedimiento de diagnóstico por imágenes, como radiografía, tomografía computarizada (TC), resonancia magnética (RM) o ecografía, con una biopsia con aguja.

Cuidados de enfermería:

El período de recuperación depende del tipo de biopsia:

- Los procedimientos menos invasivos no requieren tiempo de recuperación. Quizá pueda retomar sus actividades habituales inmediatamente después del procedimiento.
- Es posible que para los procedimientos más invasivos se necesite un tiempo de recuperación más prolongado.
- Si recibió sedación como parte de la anestesia, por lo general necesitará que alguien lo lleve hasta su hogar después del procedimiento.

Después de la biopsia, hable con el médico o el enfermero sobre cómo cuidar la zona de la biopsia. Tenga en cuenta también las posibles complicaciones a raíz del procedimiento. Póngase en contacto con el consultorio de su médico si experimenta una infección, un dolor intenso, fiebre o sangrado.

RECOGIDA DE MUESTRAS

Concepto:

Una secreción es una sustancia sintetizada y posteriormente liberada por las células de una glándula o de un órgano. Existen numerosos tipos de secreciones orgánicas como las hormonas, los jugos gástricos o el esputo.

La línea que separa el calificativo de exudado y de secreción es muy fina. Una muestra de secreción nasal y exudado nasal no se diferencian salvo en el proceso inflamatorio necesario para el calificativo de exudado. También ocurre lo mismo con la secreción vaginal y el exudado vaginal. En ambos ejemplos se recurre al término exudado, aunque la muestra proceda de una secreción.

Objetivo:

El objetivo de la toma de muestras es la realización, con una fiabilidad confiable, de los ensayos de laboratorio pertinentes según las determinaciones que se pretendan

obtener. Por lo tanto, en la toma de muestra se deben cumplir requisitos diferentes según el tipo de ensayo que se vaya ejecutar sobre la muestra obtenida.

Material y equipo:

- Contenedores de saliva
- Hisopos para la toma de muestras
- Material para prueba BACTOdent
- Papel absorbente para envío de muestras de sangre
- Safetybag para envío de tubos de sangre

Pasos de procedimiento:

Es poca la preparación que se requiere para una biopsia con aguja fina realizada en el consultorio de un médico. En algunos casos, tendrá que quitarse la ropa y usar una bata.

Antes de la biopsia:

- Pregúntele al médico o al enfermero si usted puede comer o beber algo antes del procedimiento de la biopsia.
- Consulte también si debería tomar sus medicamentos habituales ese día. Para determinadas biopsias, el médico querrá saber si usted está usando anticoagulantes o aspirina. Informe a su médico sobre todos los medicamentos y los suplementos que esté tomando.
- Infórmele al médico sobre cualquier alergia a fármacos u otras afecciones médicas que pueda tener.

De acuerdo con la parte del cuerpo donde el médico realizará la biopsia, usted podrá acostarse boca abajo, boca arriba o permanecer sentado durante el procedimiento. Para algunos tipos de biopsias, es posible que tenga que contener la respiración o permanecer quieto mientras se inserta la aguja de la biopsia. El equipo de atención médica le dirá con anticipación qué se espera durante el procedimiento.

Antes del procedimiento, habitualmente recibirá un tipo de anestesia para bloquear la sensibilidad al dolor. El tipo de anestesia que el médico utiliza depende del tipo de procedimiento y del lugar del cuerpo donde es necesaria la biopsia. Pueden usarse los siguientes tipos de anestesia:

- La anestesia local es una inyección que adormece el área donde se efectúa un procedimiento. Es posible que sienta un dolor punzante cuando el médico inyecta una anestesia local por medio de una aguja para adormecer la zona.
- En la sedación consciente o el cuidado anestésico monitorizado se utilizan medicamentos para relajarlo. Por lo general, se administra por vía intravenosa (i.v.) y a menudo se combina con anestesia local o regional.
- La anestesia general lo deja en un estado de inconsciencia durante un procedimiento mayor, como la cirugía. Si recibe una anestesia general, no tendrá conciencia del procedimiento.

Cuidados de enfermería:

El período de recuperación depende del tipo de biopsia:

- Los procedimientos menos invasivos no requieren tiempo de recuperación. Quizá pueda retomar sus actividades habituales inmediatamente después del procedimiento.
- Es posible que para los procedimientos más invasivos se necesite un tiempo de recuperación más prolongado.
- Si recibió sedación como parte de la anestesia, por lo general necesitará que alguien lo lleve hasta su hogar después del procedimiento.

INTUBACION ENDOTRAQUEAL

Concepto:

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.

Objetivo:

- Mantener la vía respiratoria abierta con el fin de suministrar oxígeno, medicamento o anestesia.
- Apoyar la respiración en ciertas enfermedades, tales como neumonía, enfisema, insuficiencia cardíaca, colapso pulmonar o traumatismo grave.
- Eliminar los bloqueos de las vías respiratorias.
- Permitir que el proveedor pueda observar mejor las vías respiratorias superiores.
- Proteger los pulmones en las personas que no pueden proteger sus vías respiratorias y que están en riesgo de inhalar líquidos (aspiración). Esto incluye a las personas con ciertos tipos de accidentes cerebrovasculares, sobredosis o hemorragia masiva del esófago o el estómago.

Material y equipo:

- Laringoscopio con pilas
- Pinzas de Magill
- Guías
- Campo estéril
- Guantes estériles
- Gasas estériles
- Tubos endotraqueales del tamaño adecuado
- Lubricante anestésico hidrosoluble
- Jeringa de 10 ml
- Sistema de vacío

- Sondas de aspiración del tamaño adecuado
- Medicación (analgesia, anestesia y relajantes musculares)
- Pinzas de Bulldog (abrebocas)
- Tubos de Guedell
- Sistema de O₂
- Sistema de fijación
- Ambú

Pasos del procedimiento:

1. Identifique al paciente
2. Retire el cabezal de la cama y separe ésta de la pared
3. Coloque al paciente en decúbito supino con la cabeza en hiperextensión
4. Si el paciente tiene sonda nasogástrica, colóquela en declive
5. Aspire las secreciones bucofaríngeas
6. Administre la medicación prescrita
7. Entregue el laringoscopio, tubo endotraqueal, pinzas de Magill y lubricante
8. Una vez introducido el tubo endotraqueal, infle el balón
9. Marque (p.e. con un rotulador) la parte proximal de la entrada en nariz o boca
10. Fije el tubo
11. Compruebe la correcta ventilación de ambos campos pulmonares
12. Anote en la Historia Clínica de Enfermería la técnica realizada y las observaciones pertinentes

Cuidados de enfermería:

- Comprobar por turnos la posición del tubo auscultando ambos pulmones.

- Cambiar la fijación y puntos de apoyo del tubo periódicamente para evitar heridas por fricción.
- Marcar con un rotulador el tubo a nivel de la comisura labial, para controlar su posición y evitar desplazamiento.
- Aspiraremos secreciones cuando sea necesario.
- Realizaremos higiene bucal con colutorio y de la nariz con suero, además de hidratar los labios con vaselina.
- Siempre manipularemos el tubo con estricta asepsia, evitando la obstrucción del TET.
- Finalmente dejaremos al paciente de las formas más cómoda y limpia.

ASPIRACION DE SECRECIONES CON LA TECNICA CERRADA Y ABIERTA

Concepto:

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. Se emplean sondas de aspiración de múltiples usos.

Objetivo:

Mantener la permeabilidad de la vía aérea y favorecer el intercambio gaseoso.

Material y equipo:

- Guantes estériles
- Sonda de aspiración estéril del tamaño adecuado
- Tubuladura de aspiración

- Bolsa de reanimación conectada a fuente de oxígeno
- Antiparras
- Solución fisiológica (opcional)
- Jeringa de 1 cm para instilar (opcional)

Pasos del procedimiento:

Abierta:

1. Colocarse los guantes estériles.
2. 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
3. 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.
4. Introducir la sonda suavemente, sin aspirar. En pacientes con ventilación mecánica se puede introducir la sonda a través de la conexión, quitando el tapón del mismo, o bien desconectarlo del sistema de ventilación, en ambos casos con la mano no dominante
5. Cuando la sonda alcance la carina, se notará resistencia y el paciente toserá, retirar la sonda 1 cm antes de comenzar a aspirar
6. Realizar la aspiración: para ello aplicar el dedo pulgar sobre el orificio de control de la aspiración, o desclampar la sonda.
7. No prolongar la aspiración durante más de 10- 15 segundos para evitar trauma en la mucosa e hipoxia.
8. Extraer la sonda sin rotación y aspirando de forma continua
9. 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

10. Aspirar la orofaringe antes de terminar el procedimiento
11. Administrar oxígeno al 100% durante 30 segundos
12. Desechar la sonda utilizada y limpiar el tubo colector con agua estéril.
13. En caso de necesitar otra aspiración, dejar descansar al paciente 20-30 segundos antes de introducir una nueva sonda. Realice como máximo 3 aspiraciones.
14. Realizar higiene de manos.
15. Dejar al paciente en una posición cómoda.
16. Asegurarse de que el equipo siempre quede disponible para una próxima aspiración.

Cerrada:

1. Higiene de manos según Realizar higiene de manos con un jabón antiséptico o utilice una solución hidroalcohólica.
2. Conectar el catéter de aspiración cerrada al swivel y por el otro extremo, al aspirador.
3. Regular la presión de aspiración.
4. Oxigenar al paciente mediante un mecanismo manual existente en el ventilador mecánico, de tiempo autolimitado.
5. Colocar una jeringa con suero salino en la entrada para el suero (para lavar la sonda al terminar la aspiración)
6. Activar el aspirador.
7. 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.
8. Aplicar la aspiración mientras se retira el catéter.

9. 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.
10. Valorar al paciente para determinar la necesidad de una nueva aspiración o la aparición de complicaciones.
11. Permitir al menos 30-60 segundos entre cada aspiración para permitir la ventilación y oxigenación.
12. Inyectar la jeringa de suero en el catéter mientras se aplica aspiración para limpiar la luz interna
13. Oxigenar al paciente.

Cuidados de enfermería:

- No intentar forzar la entrada de la sonda de aspiración cuando hay resistencia, ya que puede ocasionar traumatismos de las membranas o pólipos nasales. Si existen datos de hemorragia notificar al médico
- La aspiración repetida puede producir irritación de las membranas mucosas, edema, dolor, edema laríngeo y traumatismo. Suspender la aspiración si ésta es difícil o existe obstrucción.
- Determinar la necesidad de aspirar las secreciones del árbol traqueobronqueal, valorando el estado del paciente, y evitar una acumulación excesiva de las secreciones.
- Mantener una técnica estéril para reducir el riesgo de infecciones.
- El procedimiento de la aspiración de secreciones no debe durar más de 10 segundos en cada aspiración, y debe haber un intervalo de uno a dos minutos entre cada episodio para dar tiempo al paciente a respirar.
- Tener ambú para oxigenar los pulmones del paciente antes y después de aplicar la técnica, para reducir el riesgo de hipoxemia, disrritmias y microatelectasias.

- Control de los signos vitales antes y después de realizar el procedimiento, para detectar problemas respiratorios, disrritmias e hipotensión.
- Evitar los traumatismos de la mucosa traqueal durante la aspiración, utilizando sondas de aspiración estéril de material blando con múltiples orificios (las sondas con un solo orificio pueden adherirse a la mucosa adyacente, aumentando posteriormente el traumatismo local).
- Utilizar solución estéril para el lavado traqueal cuando las secreciones están espesas.

TRAQUEOTOMIA

Concepto:

Es un procedimiento quirúrgico por el cual colocamos una cánula dentro de la tráquea, pasando por la piel del cuello. Esto se diferencia de la intubación endotraqueal clásica, en la cual se progresa un tubo por la boca.

Objetivo:

Los objetivos principales son mantener permeable la vía aérea y permitir la asistencia respiratoria y la toilette de secreciones.

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.

Pasos del 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 de la estoma.
27. Es común que durante las primeras horas de haberse realizado la traqueostomía exista cierta presencia de sangrado alrededor de la estoma. Si aumenta la cantidad avisar al médico. Mientras tanto, mantener limpio la 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.

Cuidados de enfermería:

- 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.
- La desinfección de la estoma debe realizarse cada ocho a doce horas, o por lo menos diariamente, con solución antiséptica.
- Después de haber cicatrizado el tejido de la ostomía, la cánula de traqueostomía debe cambiarse cada dos o cuatro días.
- Al cambiar la cánula emplear la técnica aséptica estricta.
- Mantener la integridad de la zona de traqueostomía libre de traumatismos e infección, y especialmente libre de secreciones.
- Durante las primeras 36 horas de realizada la traqueostomía, ésta no debe ser retirada, ya que la estoma puede colapsarse, haciendo difícil la reintubación.

BIBLIOGRAFÍA:

- <https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/bronchoscopy/about/pac-20384746#:~:text=En%20la%20broncoscop%C3%ADa%20flexible%2C%20el,v%C3%ADas%20respiratorias%20de%20los%20pulmones.>
- <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/pruebas-diagnosticas/broncoscopia#:~:text=La%20broncoscopia%20es%20una%20prueba,puede%20tener%20un%20fin%20terap%C3%A9utico.>
- <https://www.neumomadrid.org/que-es-una-broncoscopia/>
- <https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/bronchoscopy/about/pac-20384746#:~:text=En%20la%20broncoscop%C3%ADa%20flexible%2C%20el,v%C3%ADas%20respiratorias%20de%20los%20pulmones.>
- http://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/rd3_gasometria_arterial.pdf
- <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/gasometria-arterial-procedimiento/#:~:text=Material%20necesario%3A&text=%E2%80%93%20Antis%C3%A9ptico.,y%20aguja%20espec%C3%ADfica%20para%20gasometr%C3%ADa.>
- <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/gasometria-arterial-tecnica-cuidados-de-enfermeria/>
- <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003420.htm>
- <https://www.cigna.com/individuals-families/health-wellness/hw-en-espanol/pruebas-medicas/toracocentesis-hw233202>
- <https://healthtools.aarp.org/es/health/toracocentesis#:~:text=La%20toracocentesis%20se%20realiza%20cuando,la%20causa%20del%20derrame%20pleural.>

CONCLUSION:

El manual de procedimientos es una herramienta de utilidad y es que esta podemos conocer más a profundidad acerca de cómo se valora los métodos de intervención, describiéndonos el concepto de lo que trata, incluyendo alguna pista de las modalidades en que se deben utilizar, tenemos de igual manera el objetivo, este nos describe en su totalidad cual es la función del método, y puede abarcar hasta varios objetivos.

Las herramientas que se presentan en los materiales y equipos nos ayudan a saber cuáles son los adecuados y correctos para usar durante las intervenciones, esto significa que tenerlos en orden, demuestra que no batallaremos a la hora de realizar la labor, como enfermero, doctor es importante saber la importancia de cada herramienta quirúrgica.

Después de esto tenemos los procedimientos, en estos se describen de manera clara como lograr nuestro objetivo, poco a poco, hasta llegar al último, para luego observar nuestros cuidados de enfermería, estos son más que el cuidado que debe estar presente en toda intervención, como al igual los que se deben tener al finalizar el trabajo.

El manual de procedimientos es de gran ayuda, y así como estos, existen libros en donde podemos analizar no solo del área quirúrgica, si no de la medicina general para todo hay un orden y uno como profesional debe ser lo más cuidadoso en su espacio laboral.