



**Nombre de alumnos: Karen Jazziel
Bautista Peralta**

**Nombre del profesor: Lic. Nancy
Domínguez**

**Nombre del trabajo: Manual de
procedimientos**

Materia: Enfermería clínica II

Grado: 5to. Cuatrimestre

Grupo: Ú

Pichucalco, Chiapas a 22 de Enero de 2021.

INTRODUCCIÓN

Una de las actividades más habituales en la práctica de la enfermería es realizar técnicas y procedimientos con fines diagnósticos, terapéuticos o preventivos. Las técnicas de enfermería no solo se basan en la ejecución correcta de la técnica, causando las mínimas molestias posibles al paciente, sino que también deben fundamentarse en la correcta selección de los recursos materiales, en el conocimiento de los diferentes controles que, en relación a la técnica, deben efectuarse en cuanto al procedimiento en sí mismo y en cuanto al paciente, y en la prevención y reconocimiento precoz de las complicaciones potenciales. Es por eso que, en este manual, plasmaré las respectivas técnicas de enfermería, cuáles son los objetivos, qué resultados esperamos tener, cuál es el material y/o equipo que debemos utilizar y cómo realizarlas.

ÍNDICE

Bibliografía	25
Conclusión	26
ÍNDICE	2
INTRODUCCIÓN	1
RECOGIDA DE MUESTRAS	14
Tabla de contenido	2
<i>BIOPSIA</i>	9
<i>BRONCOSCOPIA</i>	3
<i>ASPIRACION DE SECRECIONES</i>	18
<i>GASOMETRÍA ARTERIAL</i>	5
TRAQUEOTOMIA	21
TORACOCENTESIS	7
INTUBACION ENDOTRAQUEAL	16

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Tabla de contenido

Introducción	1
Índice	2
Tabla de contenido.....	3
Broncoscopia	4
Concepto, objetivo, material y equipo, técnica, cuidados de enfermería	4-5
Gasometría arterial	6
Concepto, objetivo, material y equipo, técnica, cuidados de enfermería	6-7
Toracocentesis	8
Concepto, objetivo, material y equipo, técnica, cuidados de enfermería	8-9
Biopsia	10
Concepto, objetivo, material y equipo, técnica, cuidados de enfermería	10-13
Recogida de muestras (Secreciones y esputo)	14
Concepto, objetivo, material y equipo, técnica, cuidados de enfermería	14-15
Intubación endotraqueal	16
Concepto, objetivo, material y equipo, técnica, cuidados de enfermería	16-17
Aspiración de secreciones	18
Concepto, objetivo, material y equipo, técnica, cuidados de enfermería	18-20
Traqueotomía	21
Concepto, objetivo, material y equipo, técnica, cuidados de enfermería	21-24
Bibliografía	25
Conclusión	26

BRONCOSCOPIA

Concepto: Es una prueba diagnóstica que permite visualizar la vía respiratoria (laringe, tráquea, bronquios de mayor tamaño) y recoger muestras de secreciones respiratorias, tejidos bronquiales o pulmonares o ganglios del mediastino.

Material y equipo:

- ✓ 1 tubo de aspirador
- ✓ Alcohol
- ✓ Jabón
- ✓ 20 gasas simples
- ✓ 3 electrodos
- ✓ 1 DVD
- ✓ 2 laminillas
- ✓ 1 frasco cito spray
- ✓ 1 tubo vacutainer
- ✓ 1 mascarilla de oxígeno
- ✓ Mascarilla laríngea # 4 y 5
- ✓ Cánula de Guedel
- ✓ 1 cánula yankawer
- ✓ Solución IV de 500 ml
- ✓ 1 venoseth
- ✓ 1 llave de 3 vías
- ✓ 1 Punzocath
- ✓ 1 Tegaderm
- ✓

Procedimiento:

Tras administrar medicación para disminuir las molestias que pueden causar esta prueba (ansiedad, náuseas o tos), se instila una solución anestésica en fosas nasales y faringe.

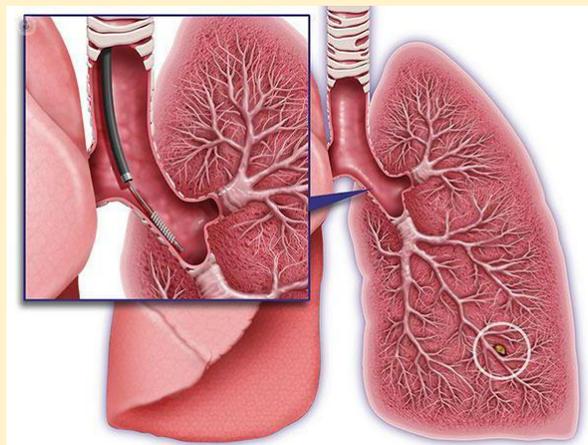
Se produce inicialmente una sensación de mal gusto, tos y adormecimiento en la garganta, con sensación de no poder tragar o de no respirar, y que se debe a la anestesia de la zona.

Posteriormente se introduce el broncoscopio a través de las fosas nasales o la boca. La respiración tranquila y profunda facilita la buena realización de la prueba y su buena tolerancia.

Tras avanzar por la faringe y la laringe se llega a cuerdas vocales y pasando a su través a la tráquea y bronquios. Se va colocando anestesia local desde las zonas más externas a las más profundas.

Cuidados de enfermería:

1. Llevar un control estrecho de las constantes y signos vitales (FC, FR, TA, fiebre, ruidos respiratorios, disnea...) del paciente para detectar cualquier complicación.
2. Vigilar la aparición de sangre. Pequeñas cantidades pueden ser normales, sobre todo tras una biopsia.
3. Fomentar la tos, en ausencia de complicaciones hemorrágicas, en el paciente para eliminar las secreciones que hayan quedado retenidas.
4. Recostarse sobre el lado no afectado más de 1 hora.
5. Valoración de signos de complicación.
6. No debe ingerir comida o bebida hasta que aparezca el reflejo de deglución o faríngeo.



GASOMETRÍA ARTERIAL

Definición: Técnica que se utiliza para la valoración del intercambio pulmonar de gases y para el estudio de las alteraciones del equilibrio ácido-base extrayendo sangre de una arteria, en muy pocas ocasiones se extrae de venas. Las variables medidas son la presión parcial de oxígeno, de dióxido de carbono, el pH, la saturación de oxihemoglobina, el bicarbonato y el exceso de base.

Objetivo:

1. Excluir o diagnosticar alteración respiratoria o metabólica.
2. Conocer de forma inmediata ciertos parámetros de urgencia: Hb, Hto.
3. Conocer el estado de oxigenación, ventilación y equilibrio ácido-base.

Material y equipo:

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

Procedimiento:

1. Previa antisepsia
2. Se lleva a cabo utilizando una aguja pequeña para recoger una muestra de sangre de una arteria. Dicha muestra puede tomarse de la arteria radial en la muñeca, la arteria femoral en la ingle o de la arteria braquial en el brazo.
3. Al término de la extracción de sangre se ejerce una ligera hemostasia sobre la arteria en donde se llevó a cabo la punción.

4. Por último, se manda la muestra de sangre al laboratorio inmediatamente.

Cuidados de enfermería:

- 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



Definición: Es la punción quirúrgica de la pared torácica para evacuar por aspiración el líquido acumulado en la cavidad pleural.

Objetivo: Es drenar el líquido y normalizar la respiración. En algunos casos, este procedimiento le permite al médicos descubrir la causa del derrame pleural.

Material y equipo:

1. Equipo para preparar el campo operatorio.
2. Aguja.
3. Jeringas y tubos para muestras de líquido para exploraciones:
 - 1) bioquímica (proteínas, LDH, pH, glucosa, triglicéridos, colesterol total, amilasa, ADA): tubo seco, 5 ml de líquido.
 - 2) hematocrito: tubo con EDTA seco o heparinizado, 2-3 ml de líquido.
 - 3) morfología (composición celular): tubo con EDTA seco o heparinizado, 2-3 ml de líquido.
 - 4) citología: tubo con heparina (1 ml) >30-50 ml de líquido.
 - 5) microbiológicas: tubo plástico estéril o medio de cultivo.
 - 6) inmunológicas (complemento, RF, ANA): tubo seco, 5 ml de líquido.

Técnica:

1. Preparar el campo operatorio.
2. Anestésiar por infiltración la piel, tejido subcutáneo y pared pleural con lidocaína al 1 %
3. En el espacio intercostal insertar la aguja (con o sin cánula) conectada con jeringa y aspirar continuamente (tirando del émbolo de la jeringa).
4. Después de obtener el líquido con la aguja con cánula, introducir la cánula en la cavidad pleural, retirar la aguja (cuando el paciente realiza la maniobra de

Valsalva) y desconectar la jeringa, conectar la cánula con el equipo especial o con la llave de tres vías y con el dren que sale de la botella. Si se utiliza la aguja sin cánula, conectarla antes de la punción con una jeringa de 50 ml.

5. Tomar muestras del líquido para su análisis con las jeringas y tubos correspondientes.

Cuidados de enfermería:

Antes de la prueba:

- Conocer patrón respiratorio del paciente.
- La edad del paciente.
- El estado de salud del paciente.
- Toma de medicación anticoagulante.
- Realización de radiografía de tórax previa, nos indica el tipo de técnica.
- Dado el consentimiento del paciente.
- Conocer alergias a fármacos, antiséptico o látex.
- Antes de comenzar es aconsejable comprobar que el sistema de vacío funciona con normalidad y que los recéptales están montados adecuadamente.
- Informar al paciente de la técnica a realizar, indicación, riesgo, complicaciones.
- Colocar al paciente en la posición adecuada: (Ver imagen 2.) en sedestación, inclinado hacia delante, con los brazos apoyados sobre una mesa auxiliar, protegida con almohadas.

Después de la prueba:

- Las funciones propias de la enfermera en esta técnica incluyen la evaluación continua del estado del paciente, el registro de constantes vitales, velar por la asepsia en todo el proceso, así como evitar la aparición de todos los efectos adversos previsibles producidos por el dolor y/o la sedación utilizada.
- 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...

BIOPSIA



Definición: 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.

Objetivo: Se realiza para examinar la presencia de enfermedades en los tejidos.

Material y equipo:

- Jeringas dependiendo del procedimiento.
- Dos (2) agujas hipodérmicas, una para infiltrar y otra para tomar la dosis de anestésico.
- Anestésico local (con o sin epinefrina), xylocaína al 1% o 2%.
- Equipo de sutura (porta agujas, pinza de disección con dientes, y tijeras, principalmente).
- Sutura de seda o mononylon, según solicitud del médico.
- Guantes.
- Gasas.
- Campos cerrado y abierto estériles.
- Hoja de bisturí.
- Mango para bisturí.
- Electrocauterio, según disposición del médico tratante.
- Frasco para depósito de la muestra.

- Solución salina al 0.9% o formaldehído (cantidad suficiente para que la muestra patológica quede inmersa en la solución).

Técnica:

1. Previa explicación del procedimiento y consentimiento del paciente, se ubicará el mismo en una posición que permita comodidad y maniobrabilidad al personal durante el procedimiento.
2. Se realizará una buena técnica de asepsia y antisepsia en la región que se realizará el procedimiento, así como un buen lavado de manos antes de colocarse los guantes, y rasurado en los casos que el médico considere necesario.
3. Se procederá a infiltrar de manera local la zona donde se va a realizar el procedimiento.
4. Se colocan los campos quirúrgicos para evitar la contaminación del material que se va a retirar.
5. Luego se procede a realizar el procedimiento tomando en cuenta que existen diversos tipos de biopsia:
 - a) Biopsia por rasurado: Se utiliza para remover lesiones exofíticas no cancerígenas, tales como queratosis seborreica, y para el diagnóstico de algunos cánceres tipo no-melanoma; la técnica requiere un rasurado de la piel con una hoja de bisturí o una cuchilla con el fin de remover la lesión. Esta técnica no se debe realizar en el caso de sospechar que la lesión se trate de un melanoma, debido a que la muestra obtenida puede ser inadecuada para un examen completo sobre todo si el rasurado es muy superficial.
 - b) Biopsia fusiforme o elíptica: Utilizada para remover lunares o algunas lesiones de tipo canceroso. La muestra es más grande que la obtenida por una biopsia de punción. La biopsia puede ser excisional lo cual supone que la lesión es removida completamente o incisional cuando solo se extrae una porción de la lesión. Usualmente se requiere suturar y esta técnica puede dejar una pequeña cicatriz lineal.
 - c) Biopsia con tijeras: Se utiliza cuando la lesión se encuentra adherida a la piel por un pedículo, por lo que se realiza un corte del mismo con tijeras.

d) Biopsia por curetaje: Esta requiere un raspado de la lesión con una cureta, el cual es un instrumento que trae en la punta una cuchilla redonda u ovalada. Este tipo de técnica se utiliza poco debido a que puede brindar una muestra inadecuada, además puede dañar el espécimen. Se puede utilizar para remover verrugas o lesiones por carcinoma basocelular, los cuales se han biopsado o diagnosticado por otro medio.

6. Se retira la muestra obtenida y se deposita en el recipiente o frasco para su envío al laboratorio de patología. Este debe ir con una orden que contenga los siguientes datos:

- Nombre completo del estudiante
- Fecha de toma de la biopsia
- Lugar del que fue tomada la muestra
- Copia impresa de la historia clínica de atención del estudiante.

7. Si no se realiza sutura se puede dejar un vendaje compresivo con un antibiótico tópico tipo ácido fusídico, y se le recomienda al paciente la aplicación del antibiótico 4 a 5 veces al día, también que cambie el vendaje una o varias veces al día hasta que la lesión sane. Si por el contrario se realiza sutura, se deja un pequeño vendaje y se le explica al paciente que esté atento a signos de sobreinfección (edema, eritema, dolor o calor) de la herida y que asista posteriormente para retiro de puntos (ver tabla de tiempos de retiro de puntos en protocolo para sutura de heridas), o según el tiempo estipulado por el profesional; en estos casos se puede dejar antibiótico tópico.

8. Se puede realizar hemostasia, mediante puntos de sutura, con cauterización de los vasos de la herida, o simplemente con vendaje compresivo.

9. Al finalizar el procedimiento la enfermera limpia la zona y aplica apósito estéril con esparadrapo hipoalergénico o vendaje para sujetar el apósito si es necesario; con el fin de proteger la herida y evitar el riesgo de infección.

10. Por último, al terminar el procedimiento la auxiliar o jefe de enfermería organiza los elementos que fueron utilizados en el mismo, desecha el material según lo dispuesto en el manual para manejo de residuos contaminados y recoge el material quirúrgico, preparándolo para su desinfección, según los protocolos existentes para descontaminación de instrumental quirúrgico.

Cuidados de enfermería:

1. Las intervenciones están dirigidas a varios objetivos simultáneos:
2. Comprobación del consentimiento informado.
3. Extracción de muestras.
4. Canalizar una VVP.
5. Mantenimiento del periodo de ayuno.
6. Colocación del paciente.
7. Valoración de las constantes vitales.
8. Realizar presión directa.
9. Cura con antiséptico y apósito estéril.
10. Favorecer el reposo.
11. Vigilancia de aparición de complicaciones.
12. Dar apoyo emocional.

RECOGIDA DE MUESTRAS:

Secreciones y esputo



Definición: 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 en un laboratorio especializado en este tipo de estudios.

Objetivo: Consiste en recoger una muestra de esputo que se cultiva para identificar microorganismos patógenos respiratorios.

Material y equipo:

1. 3 envases estériles para muestra de esputo.
2. Marcador de tinta permanente.
3. Solicitud para el examen bacteriológico.
4. Guantes desechables estériles.
5. Libro de registro de sintomático respiratorio.
6. Maletín portamuestras.
7. Biombo

Técnica:

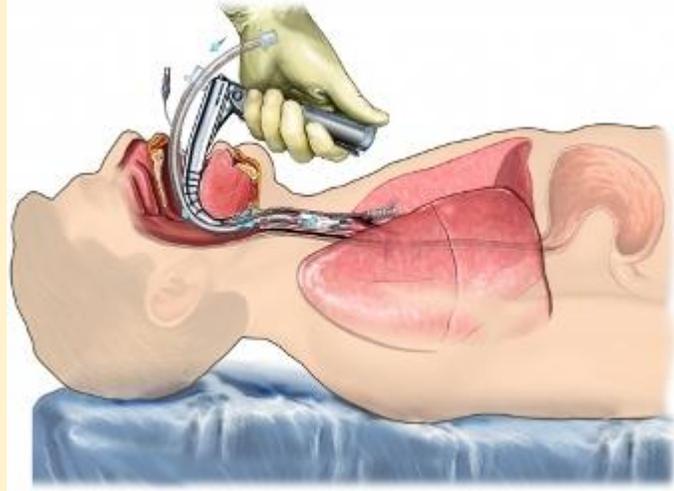
1. Una vez explicado al paciente como obtener la muestra de esputo se debe proceder de la siguiente manera:
2. Entregar al paciente un primer recipiente previamente rotulado con su identificación: nombre, apellidos, fecha y número de muestra, para la toma inmediata de la primera muestra.
3. El paciente toma aire profundamente por la boca.
4. Retiene el aire en los pulmones por unos segundos.
5. Tose fuertemente para eliminar la flema (gargajo, esputo).
6. Deposita la flema (gargajo, esputo) en el envase.
7. Repetir los pasos anteriores por lo menos tres veces para obtener una buena cantidad de flema.
8. Tapar bien el envase.

9. Recibir y colocar el recipiente con la muestra de esputo recolectado en la caja metálica de transporte de muestras.
10. Recibida la primera muestra del paciente se procede a entregar el segundo recipiente, debidamente rotulado para la recolección de la segunda muestra de esputo siguiendo los mismos pasos anteriores; que debe ser recogida la mañana del día siguiente en el domicilio del paciente.
11. Si el Sintomático Respiratorio no acude con la segunda muestra, se debe programar una visita domiciliaria para obtener las 2 muestras restantes, dentro de las 48 horas, especialmente si el resultado de la primera muestra es positivo.
12. El tercer recipiente debe ir rotulado (nombre, apellidos, fecha y número de muestra), será proporcionado en el momento que el paciente acuda y entregue la segunda muestra para la obtención inmediata de la tercera muestra. En conclusión, se debe obtener las tres muestras de esputo en 24 horas (spot- morning - spot).

Cuidados de enfermería:

La auxiliar de enfermería, educará al paciente antes de la recolección de la muestra: en qué consiste la Técnica de Recolección de la Muestra de Esputo y solicitará su colaboración, además deberá tener la precaución que todo el material este completo para el procedimiento.

INTUBACION ENDOTRAQUEAL



Definición: La intubación es una técnica que consiste en introducir un tubo a través de la nariz o la boca del paciente hasta llegar a la tráquea, con el fin de mantener la vía aérea abierta y poder asistirle en el proceso de ventilación.

Objetivo: Su principal función es mantener la vía aérea permeable favoreciendo la ventilación.

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.

Técnica:

1. Buena ventilación y oxigenación.
2. Equipo de succión disponible.
3. Verificar balón del tubo endotraqueal y laringoscopio.
4. Inmovilización manual de la cabeza y cuello.
5. El laringoscopio debe ser empuñado con la mano izquierda.
6. Insertar la hoja del laringoscopio a nivel de la comisura labial derecha del paciente, desplazando la lengua hacia la izquierda en dirección a la línea media.
7. Elevar el laringoscopio en una dirección de 45° en relación a la horizontal, sin presionar sobre los dientes o tejidos orales.
8. Visualmente identificar la epiglotis y luego cuerdas vocales.
9. Con la mano derecha insertar el tubo endotraqueal en la tráquea.
10. Continuar hasta atravesar las cuerdas vocales, el manguito debe pasar de 1 a 2,5cm dentro de la tráquea.

11. Esto colocara el extremo proximal del tubo, al nivel de los dientes entre 19 y 23cm, en la mayoría de los adultos.
12. El manguito es insuflado con 10 a 20cc de aire, suficientes para lograr un sello adecuado.
13. Cerciorarse de la posición del tubo ventilando por medio del dispositivo bolsa-válvula-tubo.
14. Confirmación Primaria:
15. Observar expansión torácica y auscultar tórax y abdomen y visualice las cuerdas vocales.
16. Asegurar el tubo.
17. Confirmación Secundaria:
 - Detectores colorimétricos de CO₂
 - Dispositivos detectores esofágicos
18. Radiografía de Tórax PA.

Cuidados de enfermería:

Antes del procedimiento:

1. Preguntarle si tiene prótesis o ver si tiene un diente suelto.
2. Reunir el material y verificar si está en funcionamiento.
3. Verificar signos vitales y si esta con cianosis o ventilando normalmente.
4. Comprobar que el paciente no lleva prótesis dental.
5. Si el paciente lleva sonda nasogástrica, conectar a bolsa y colocarla en declive.
6. Comprobar el tapón de neumotaponamiento del tubo endotraqueal, antes de implantarlo para detectar posibles fugas.
7. Vigilar posibilidad de desinflado del balón.
8. El aumento de la presión del balón del tubo endotraqueal, es motivo de lesiones traqueales.

Después del procedimiento:

1. Higiene de la boca con un colutorio, de la nariz con suero fisiológico e hidratar los labios con vaselina cada 8 horas, o más si lo precisa.
2. Cambiar la fijación y los puntos de apoyo del tubo periódicamente evitando los decúbitos.
3. Marcar con rotulador en el tubo el nivel de la comisura labial.
4. Verificar por turnos la presión del neumotaponamiento que debe estar en torno a los 20 cmH₂O.
5. Comprobar por turno la posición del tubo, auscultando ambos campos pulmonares.
6. Aspirar secreciones cuando sea necesario para evitar tapones de moco.
7. Manipular el tubo en las distintas maniobras con estricta asepsia.
8. Eficaz humidificación del aire inspirado.
9. Control del inflado del balón (6-8 ml).

ASPIRACION DE SECRECIONES

ABIERTA Y CERRADA

Definición:

Eliminar las secreciones aspirando a través de una vía aérea artificial (tubo endotraqueal o cánula de traqueostomía).

Objetivo:

Mantener la permeabilidad de las vías aéreas para promover un óptimo intercambio de oxígeno y dióxido de carbono.

- Estimular el reflejo tusígeno.
- Facilitar la eliminación de las secreciones.
- Prevenir neumonía causada por acumulación de secreciones.

Material y equipo:

- ✓ Fuente de oxígeno fija o portátil
- ✓ Bolsa reservorio con extensión
- ✓ Succión de pared o aparato de aspiración portátil
- ✓ Recipiente para recolección
- ✓ Tubos conectivos
- ✓ Estuche con catéter de aspiración
- ✓ Dos guantes
- ✓ Solución estéril o fisiológica estéril
- ✓ Jeringa de 20 cm con solución salina
- ✓ Toalla
- ✓ Estetoscopio



Técnica abierta:

- Higiene de manos según PD-GEN-105.
- 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, 80-20 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 5 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 cerrada:

- Higiene de manos según PD-GEN-105.
- 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.

Cuidados de enfermería:

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.

TRAQUEOTOMIA

Definición: Una traqueostomía es una abertura en frente del cuello que se hace durante un procedimiento de emergencia o una cirugía planeada. Forma una vía respiratoria para las personas que no pueden respirar por sí mismas, que no pueden respirar bien, o que tienen una obstrucción que afecta su respiración.

Objetivo: 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.
- ✓ 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.

Técnica:

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 de la 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.

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 bronquial.
- 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

1. 4_2_3 *Cuidado Del Paciente Con Traqueostomía*.
2. C. G. Pantoja Hernández, M. E. Mora Santos, A. Blasco Huelva.
3. Pratesi, P. Traqueotomía.
4. American Association for Respiratory Care. AARC Clinical Practice Guidelines.
5. Endotracheal suctioning of mechanically ventilated patients with artificial airways 2010. *Respir Care* 2010 Jun; 55(6):758-764.
6. Hospital Universitario Reina Sofía. Consejería de Salud y Bienestar Social. Servicio Andaluz de Salud. Aspiración de secreciones orofaríngeas y endotraqueales. 2010; Available.
7. Zafra Pires M, Barrot Cortés E editors. *Manuales de Procedimientos SEPAR: Terapias respiratorias y cuidados del paciente neuromuscular con afectación respiratoria*. Madrid: Editorial Respira; 2012.
8. Enf. Card. Estela Rivera Arroyo, Perry AG. *Técnicas y procedimientos básicos*. Ed. Harcourt Brace de España, SA. 4a ed. España, 1998. 2. Lewis JA. *Procedimientos de cuidados críticos*. México: Editorial El Manual Moderno, SA de CV, 1997.
9. *Procedimientos Asistenciales, Técnicas: Vía aérea y respiración: Intubación endotraqueal*.
10. Alicia Hortencia Seraquive Abrigo, *Técnica de recolección de la muestra de esputo*.
11. Ernst A, Silvestri GA, Johnstone D; American College of Chest Physicians. Interventional pulmonary procedures: Guidelines from the American College of Chest Physicians. *Chest*. 2003 May;123(5):1693-717. PubMed PMID: 12740291.
12. Jimenez Martín JM. Variabilidad y adherencia de las enfermeras a las recomendaciones en la realización de gasometría arterial y canalización de la arteria radial. *Rev. Cuidandote*. Vol IV. Junio 2013.
13. Allegranzi B, Pittet D. Role of hand hygiene in healthcare-associated infection prevention. *J Hosp Infect* 2009;73(4):305-315. doi: 10.1016/j.jhin.2009.04.019
14. Material de plataforma UDS. Lic. Nancy Domínguez.

Conclusión

Las técnicas y procedimientos habituales en enfermería constituyen el pilar básico del ejercicio de los profesionales de enfermería y, su dominio, es un requisito imprescindible para prestar unos cuidados de calidad a nuestros pacientes. Las técnicas empleadas en enfermería, así como los procedimientos llevados a cabo en el día a día son muchas y muy diversas, y no siempre tenemos los conceptos claros, por ello se elaboró este manual que nos va a permitir conocer conceptos básicos y prevenir errores en un futuro.