



Nombre de alumno: Fátima
Montserrat Cruz Hernández

Nombre del profesor: Nancy
Domínguez

Nombre del trabajo: Manual de
procedimientos

Materia: Enfermería clínica II

Grado: Quinto

Grupo:

Pichucalco, Chiapas a 22 de enero de 2021.

INTRODUCCION

En este manual se recopila información de diversas técnicas y procedimientos que realizan profesionales de la salud, a continuación, se busca definir los criterios de realización de diversas actuaciones que en la práctica cotidiana de enfermería son muy frecuentes y habituales. También proporciona información básica para orientar al personal respecto a la dinámica funcional de enfermería. Un manual es considerado como una herramienta imprescindible para guiar, en forma ordenada, la ejecución de las actividades, de manera que se evite la duplicidad de esfuerzos, se optimice el aprovechamiento de los recursos y se agilicen los cuidados que se dan al usuario. Tiene como principal objetivo, que la estructura del manual refleje fielmente las actividades específicas que se llevan a cabo en cuanto a ejecución, seguimiento y evaluación del desempeño, así como los medios utilizados para ello.

INDICE

Tabla de contenido

INTRODUCCION.....	2
CONTENIDO	5
1.BRONCOSCOPIA	5
1.1 CONCEPTO	5
1.2 OBJETIVOS.....	5
1.3 MATERIAL Y EQUIPO.....	5
1.4 PASOS DEL PROCEDIMIENTO	6
1.5 CUIDADOS DE ENFERMERIA	7
2. GASOMETRIA ARTERIAL.....	8
2.1 CONCEPTO	8
2.2 OBJETIVOS.....	8
2.3 MATERIAL Y EQUIPO.....	8
2.4 PASOS DEL PROCEDIMIENTO.....	8
2.5 CUIDADOS DE ENFERMERIA	9
3. TORACOCENTECIS	10
3.1 CONCEPTO	10
3.2 OBJETIVO	10
3.3 MATERIAL Y EQUIPO.....	10
3.4 PASOS DEL PROCEDIMIENTO	10
3.5 CUIDADOS DE ENFERMERIA	11
4. BIOPSIA	12
4.1 CONCEPTO	12
4.2 OBJETIVO	12
4.3 MATERIAL Y EQUIPO.....	12
4.4 PASOS DEL PROCEDIMIENTO.....	13
4.5 CUIDADOS DE ENFERMERIA	13
5. RECOGIDA DE SECRESIONES.....	14
5.1 CONCEPTO:	14
5.2 OBJETIVOS:.....	14
5.3 MATERIAL Y EQUIPO	14
5.4 PASOS DEL PROCEDIMIENTO.....	14

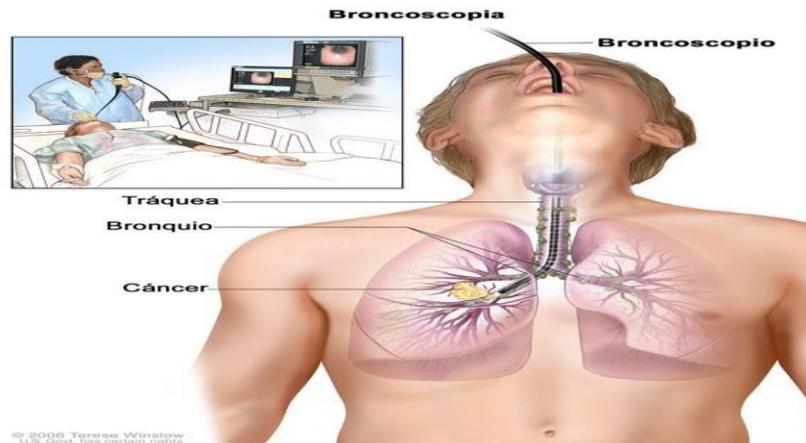
5.5 CUIDADOS DE ENFERMERIA	15
6. INTUBACION ENDOTRAQUEAL	16
6.1 CONCEPTO	16
6.2 OBJETIVOS.....	16
6.3 MATERIAL Y EQUIPO.....	16
6.4 PASOS DEL PROCEDIMIENTO.....	16
6.5 CUIDADOS DE ENFERMERIA	17
7. ASPIRACION DE SECRESIONES.....	18
7.1 CONCEPTO:	18
7.2 OBJETIVO	18
7.3 MATERIAL Y EQUIPO.....	18
7.4 PASOS DEL PROCEDIMIENTO.....	18
7.5 CUIDADOS DE ENFERMERIA	20
8. TRAQUEOTOMIA.....	20
8.1 CONCEPTO	20
8.2 OBJETIVOS.....	20
8.3 MATERIAL Y EQUIPO.....	20
8.4 PASOS DEL PROCEDIMIENTO.....	20
BIBLIOGRAFÍA	22
CONCLUSIÓN	23

CONTENIDO

1.BRONCOSCOPIA

1.1 CONCEPTO

La broncoscopia es un método de exploración directa del árbol traqueobronquial que constituye una práctica muy importante para el estudio y tratamiento de las enfermedades del aparato respiratorio.



Suministra datos que no pueden obtenerse por otros medios, y permite el acceso directo a los focos etiológicos, lo que la convierte en la técnica de elección para numerosas patologías del aparato respiratorio. Requiere la utilización de un broncoscopio rígido o de un fibrobroncoscopio.

La avanzada tecnología permite fotografiar, e incluso filmar, las imágenes obtenidas a través de este revolucionario procedimiento.

1.2 OBJETIVOS

Explorar cavidades o conductos internos como medio de diagnóstico o terapéutico.

Confirmar diagnóstico ante la sospecha de una patología.

Efectuar biopsias.

1.3 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 Punzocat
- 1 Tegaderm

1.4 PASOS DEL PROCEDIMIENTO

Preparar al usuario(a) para el procedimiento. Revisar la indicación en el expediente de salud y verificar que el consentimiento informado esté firmado. Identificar e informar al usuario(a) sobre los cuidados que deberá tener antes, durante y después del procedimiento, incluya a la familia o al cuidador. Revisar el resultado de estudios de laboratorio para identificar alteraciones. Preguntar al usuario(a) si cumplió con el período de ayuno (12 horas). Verificar con el usuario(a) farmacoterapia previa según la patología: Anticoagulantes o antiagregantes plaquetarios, suspendidos 10 días antes. Medicación cardiotónica e hipotensora: administrarse normalmente con un pequeño sorbo de agua. Realizar interconsulta al servicio de endocrinología de ser necesario el uso de insulina e hipoglucemiantes orales. Realizar higiene de manos. Medir y registrar los signos vitales. Verificar que se realizó el baño y la higiene oral. Retirar prótesis dentales si hay; cubrir las; identificarlas y guardarlas en lugar seguro. Revisar que las uñas del usuario(a) estén limpias y sin esmalte. Aplicar pre medicación indicada una hora antes del procedimiento o según indicación médica. Vestir al usuario(a) con ropa verde. Canalizar vía periférica al usuario(a) eligiendo vena de grueso calibre. Elaborar nota de enfermería según criterios de calidad establecidos. Solicitar al personal designado el traslado del usuario a la sala de broncoscopía con estudios radiológicos y expediente de salud. En la sala de broncoscopía-laringoscopia. Realizar higiene de manos. Preparar el equipo para la broncoscopía-laringoscopia: Abrir el azafate con técnica; colocar la vasija y agregar 250 cc de solución fisiológica; colocar 2 jeringas de 20 cc y 15 cc; agregar los cuadros de gasa y verter sobre ellos lidocaína en gel para lubricar el broncoscopio. Revisar que el equipo para nebulizar, oxigenar y para atención de paro cardiorrespiratorio esté completo. Si el usuario es de consulta externa, recibirlo cordialmente. Verificar el periodo de ayuno, alergia al anestésico, ingesta de medicamentos; solicitar que se vista con ropa verde; canalizar vía con solución fisiológica; pre medicar con atropina IM. Nebulizar al usuario(a) con 3 cc de lidocaína al 2%. Colocar al usuario(a) el monitor de signos vitales y saturación de oxígeno, mida y registrar. Colocar al usuario(a) en la posición decúbito dorsal; sujetar las extremidades superiores e inferiores. Aplicar lidocaína en spray a

la faringe del usuario(a). Aplicar el sedante indicado vía IV. Asistir al médico al vestirse y durante el procedimiento. Recibir la muestra de tejido, o el líquido extraído para biopsia o cultivo. Identificar la muestra con los datos del usuario(a); enviarlos al laboratorio o a patología según corresponda. Colocar (cuando proceda) el “cuerpo extraño” extraído, en una vasija riñonera e identificarlo con los datos del usuario(a). Colocar al usuario(a) en posición decúbito dorsal, después de concluido el estudio. Medir y registrar signos vitales del usuario(a) cada 15 minutos por dos horas, con el fin de detectar oportunamente alteraciones hemodinámicas, cambios en el patrón respiratorio o hemorragia. Aplicar oxígeno por cánula nasal y colocar saturador de oxígeno; monitorear la saturación hasta que se normalice y luego suspender el oxígeno. Valorar continuamente el estado de sedación y estimular a despertar. Tramitar la realización de la radiografía de tórax, si se realizó biopsia, y solicitar su valoración. Informar al usuario(a) que no ingiera alimentos por 2 horas después del examen. Elaborar nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad establecidos. Solicitar el traslado del usuario(a) a la unidad hospitalaria, acompañado por personal designado. Si es de consulta externa, dejarlo en observación hasta que se estabilice totalmente. Retirar la vía periférica. Enviar al usuario al hogar, acompañado. Realizar el cuidado al equipo, posteriormente, siguiendo las Normas Institucionales para la Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias y Manejo de Desechos Sólidos Hospitalarios.

1.5 CUIDADOS DE ENFERMERIA

- Dar curso a todas las muestras recogidas para análisis.
- Llevar un control estrecho de las constantes y signos vitales (FC, FR, TA, fiebre, ruidos respiratorios, disnea...) del paciente para detectar cualquier complicación
- Vigilar la aparición de sangre. Pequeñas cantidades pueden ser normales, sobre todo tras una biopsia.
- Fomentar la tos, en ausencia de complicaciones hemorrágicas, en el paciente para eliminar las secreciones que hayan quedado retenidas.

2. GASOMETRIA ARTERIAL

2.1 CONCEPTO

Gasometría arterial se podría definir como la extracción de una muestra de sangre arterial mediante punción de una arteria para valorar el intercambio de gases en sangre.

2.2 OBJETIVOS

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.



2.3 MATERIAL Y EQUIPO

- Antiséptico
- Batea
- Contenedor de objetos punzantes
- Esparadrapo antialérgico
- Gasas estériles
- Guantes estériles
- Recipiente con hielo y tubo para introducir la jeringa
- Set para punción arterial, (jeringa de plástico con heparina de litio liofilizada, tapón hermético, accesorio de goma, aguja calibre 22G para arteria radial y braquial o 20G para femoral).

2.4 PASOS DEL PROCEDIMIENTO

Arterial: Se toman muestras por punción arterial o por aspiración de un catéter en una línea arterial. Es la que proporciona mayor información.

Capilar: Se emplean especialmente en unidades de cuidados intensivos de neonatos y de pediatría. Es un método que hay que realizar con precaución porque existe el riesgo de cometer errores importantes. La aireación de la muestra es frecuente, causando cambios importantes en los parámetros medidos. Además, dependiendo de la circulación periférica, la pO₂ capilar difiere de los valores arteriales.

Venosa: Proporcionan pobre información del estado general del paciente; pueden utilizarse para evaluar el estado de oxigenación de la sangre venosa mixta.

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. 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. Retirar la aguja de forma que no entre aire. 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. Eliminar las burbujas de aire que pueda quedar en la jeringa. Retirar aguja y poner tapón. Etiquetar la muestra con parámetros ventilatorios y temperatura. Introducir la muestra en un recipiente con hielo. Enviar la muestra inmediatamente al laboratorio. Recoger el material sobrante. Retirar guantes y realizar higiene de manos. Registrar el procedimiento.

2.5 CUIDADOS DE ENFERMERIA

- 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

3. TORACOCENTECIS

3.1 CONCEPTO

Es una maniobra fácil y sencilla, que consiste en penetrar a la cavidad pleural con una aguja o trocar con el objetivo de extraer aire o líquido allí retenido.

3.2 OBJETIVO

Obtención de líquido del espacio pleural para su posterior análisis. Drenaje de aire o líquido de la cavidad pleural a fin de disminuir la dificultad respiratoria

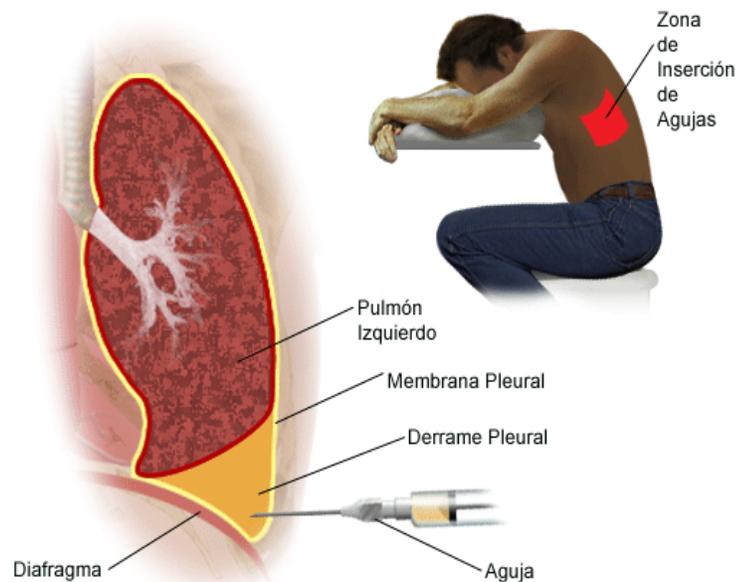
3.3 MATERIAL Y EQUIPO

- Solución antiséptica.
- Guantes estériles.
- Gasas estériles.
- Paños estériles.
- Anestésico.
- Aguja para cargar 0'9-25 G
- Jeringa de 5-10 ml para anestésico.
- Jeringa de 50 ml.
- Aguja de toracocentesis o catéter 14.
- Llaves de 3 vías.
- Tubos para recogida de muestras para laboratorio.
- Equipo y frascos de vacío.
-
- Mascarilla protectora y gafas protectoras.
- Etiquetas identificativas paciente y etiquetas laboratorio.
- Apósito estéril.

3.4 PASOS DEL PROCEDIMIENTO

Lavado de manos higiénico. Colocación de guantes no estériles. Indicar al paciente que no debe de toser, respirar profundamente, ni moverse durante el procedimiento. Preparar el campo estéril, abrir el material y depositarlo en el mismo. Exponer la zona de punción. Desinfección de la zona de punción. Permanecer junto al paciente, y si es necesario, ayudarle a mantener la posición. Técnica realizada por el médico: inyección anestésico epidermis y dermis. Punción, previo aspirado para comprobar existencia de aire, extracción del líquido. Control de signos vitales. Preparar los tubos de laboratorio, colaborando en el

Ejemplo de Toracentesis



llenado de los mismos. Colocar apósito estéril una vez retirada a la aguja de punción. Después, se debe realizar una radiografía de tórax de control para comprobar que no haya habido complicaciones. En caso de dejar el catéter o trócar para el drenaje del material pleural, se fijará el catéter a la piel mediante un apósito clásico de gasas secas y esparadrapo, previo punto de sutura.

3.5 CUIDADOS DE ENFERMERIA

Del paciente:

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...

Del material:

- 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.

4. BIOPSIA

4.1 CONCEPTO

Biopsia es una extracción de una muestra de célula o una pequeña cantidad de tejido para examinarlo bajo el microscopio en un laboratorio por un especialista en Patología.

4.2 OBJETIVO

Realización de un estudio histopatológico: descripción macro y microscópica, diagnóstico de lesiones patológicas, determinar la presencia o ausencia de organismos infecciosos, corroborar o rechazar el diagnóstico clínico, elaboración de un adecuado plan de tratamiento, una vez determinado el origen y naturaleza de la lesión, establecimiento de un pronóstico más exacto, excluir la posibilidad de malignidad o confirmar su presencia, determinar la extensión y límites de una lesión, verificar la recurrencia o persistencia de neoplasias, reconocimiento o exclusión de metástasis tumorales en ganglios linfáticos y otros tejidos.

4.3 MATERIAL Y EQUIPO

- Equipo Humano: Médico, enfermera, auxiliar
o Si la técnica requiere la sujeción del niño obviamente se necesita más personal para inmovilizarlo.
- Equipo Material:
- Antiséptico
- Paño estéril, bata, guantes, mascarilla y gorro
- Gasas
- Jeringa y aguja IM
- Anestésico local
- Recipiente para la muestra
- Aguja para la biopsia (calibre según muestra de tejido a examinar)
- Instrumental y sutura (en ocasiones)
- Específico según la muestra



4.4 PASOS DEL PROCEDIMIENTO

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. 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. Se procederá a infiltrar de manera local la zona donde se va a realizar el procedimiento. Se colocan los campos quirúrgicos para evitar la contaminación del material que se va a retirar. Luego se procede a realizar el procedimiento tomando en cuenta que existen diversos tipos de biopsia. 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. 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, o según el tiempo estipulado por el profesional; en estos casos se puede dejar antibiótico tópico. Se puede realizar hemostasia, mediante puntos de sutura, con cauterización de los vasos de la herida, o simplemente con vendaje compresivo. 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. 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.

4.5 CUIDADOS DE ENFERMERIA

- Los cuidados del paciente dependerán del tipo de biopsia que se le haya practicado y de la anestesia que haya recibido.
- Si la anestesia fue general el paciente permanecerá en observación hasta que su presión arterial, pulso y respiración se estabilicen y recupere por completo la conciencia.

- Si la anestesia fue local, solo se debe esperar que la presión arterial, pulso y respiración se estabilicen.

5. RECOGIDA DE SECRESIONES

5.1 CONCEPTO:

Es la obtención de 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.

5.2 OBJETIVOS:

El análisis de 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 valiosa información sobre el estado de salud de la persona. Permite el estudio, diagnóstico y seguimiento de múltiples enfermedades de tipo inflamatorio, infeccioso y/o tumoral, tanto pulmonares como **sistémicas** que cursen con afectación pulmonar.

5.3 MATERIAL Y EQUIPO

- 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

5.4 PASOS DEL PROCEDIMIENTO

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.

La recolección de muestra de esputo se tiene que realizar en un área que tenga iluminación y ventilación natural y privacidad para el paciente, por ejemplo, se puede habilitar un biombo en el patio o jardín del establecimiento de salud. Nunca se debe utilizar el baño o ambientes cerrados para realizar la recolección.

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.

El paciente toma aire profundamente por la boca. Retiene el aire en los pulmones por unos segundos. Tose fuertemente para eliminar la flema (gargajo, esputo). Deposita la flema (gargajo, esputo) en el envase. Repetir los pasos anteriores por lo menos tres veces para obtener una buena cantidad de flema. Tapar bien el envase. Recibir y colocar el recipiente con la muestra de esputo recolectado en la caja metálica de transporte de muestras. 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. 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. 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). Una vez que se han recolectado las 3 muestras, el personal de salud debe citar oportunamente al paciente, para informarle de los resultados de sus baciloscopias. Para obtener un mejor resultado del examen, el personal debe observar a través del envase (NO ABRIR) la calidad y cantidad de la muestra que debe ser mucopurulenta y de 3 – 5 ml, pero no se debe rechazar la muestra que aparentemente correspondan a saliva. El personal de salud debe llevar las muestras al laboratorio para su procesamiento, teniendo especial cuidado de llevar las solicitudes para examen bacteriológico aparte (NO envolver el recipiente con la hoja de solicitud). Una vez concluido con la Técnica de Recolección de la Muestra de Esputo, procedemos a la eliminación del material utilizado; clasificando siguiendo las normas de bioseguridad, como es los desechos comunes (envolturas de los guantes, fundas de los recolectores, desechos infecciosos (guantes, papel higiénico utilizado por el paciente)

El lavado de manos se lo realiza luego de retirarse los guantes o de recibir y manipular envases con muestras de esputo.

5.5 CUIDADOS DE ENFERMERIA

- Estar alerta de las posibles complicaciones
- Guiar al paciente durante la exposición

- Control de constantes
- Administrar medicación
- Recogida de datos en hoja de enfermería
- Recomendaciones tras la exploración.

6. INTUBACION ENDOTRAQUEAL

6.1 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

6.2 OBJETIVOS

Este procedimiento está indicado en pacientes con problemas respiratorios o cardiacos, falla en la vía aérea, inadecuada oxigenación del paciente, obstrucción de la vía aérea. También durante procedimientos quirúrgicos, al usar anestesia. Como así también en pacientes con múltiples lesiones o enfermedades.

6.3 MATERIAL Y EQUIPO

- Guantes
- Barbijo
- Protección ocular
- Sistema de succión (presión negativa)
- Laringoscopio y hojas
- Tubo endotraqueal (TET) con guía/mandril (7-8 mm mujer, 8-9 mm hombres)
- Jeringa 10 cc
- Bolsa para ventilación manual.
- Acceso a 100 % O2
- Pinza Magill
- Cinta adhesiva
- Estetoscopio
- Cánulas de Guedel (80mm mujer, 90 mm hombre)
- Detector de CO2 (si hay disponible)
- Monitor multiparamétrico paciente
- Medicación (para sedación o relajación)
- Lubricante

6.4 PASOS DEL PROCEDIMIENTO

Lavado de manos y colocación de elementos de protección personal. Revisar que el laringoscopio tenga pilas y funcione correctamente. Inflar el globo del tubo endotraqueal para corroborar su correcta dilatación sin fuga. Lubricar el tubo con xilocaína o similar. Corroborar

que la guía o fiador no rebase la punta del tubo endotraqueal. Si el tiempo y la situación lo permite, se recomienda conectar al paciente a un monitor multiparamétrico y colocarle una vía venosa. Colocar la cama del paciente para que la cabeza del mismo quede a la altura del apéndice xifoides del médico. Inclinar la cabeza del paciente hacia posterior, elevando el mentón, de esta manera la vía aérea queda despejada. Si la situación lo permite, colocar una cánula Guedel y bolsear por 3 minutos. Se recomienda utilizar sedantes o paralizantes para un mejor procedimiento. Remueva la dentadura postiza si es que la hubiera. Un asistente debe presionar el cartílago cricoides hacia posterior, de manera que este presione el esófago contra la columna cervical, y así evitar posible reflujo gástrico. El médico que realizara el procedimiento debe colocarse en la cabeza del paciente. Sostener el laringoscopio con la mano izquierda y abrir la boca con la mano derecha. Ingresar con la hoja del laringoscopio del lado derecho de la lengua y empujar la misma hacia la izquierda, quedando así la hoja en la línea media. Descender hasta la base de la lengua y presionarla sobre el piso de la boca. El mango del laringoscopio debe quedar apuntando al techo, en un ángulo de 45 grados. Una vez visualizadas las cuerdas vocales, tomar el tubo endotraqueal con la mano derecha e ir desplazándolo sobre la hoja del laringoscopio. Atravesar las cuerdas vocales hasta ver desaparecer el extremo inferior del tubo endotraqueal (TET), donde se ubica el balón.

El balón debe encontrarse entre 3 y 4 cm por debajo de las cuerdas vocales. Retira la guía o fiador. Retirar el laringoscopio. La asistente debe seguir presionando el cartílago cricoides, hasta que se corrobore que el TET está correctamente localizado. Confirmación de la correcta colocación del TET a. Conectar el TET al O₂ b. Conectar el TET al detector de CO₂ c. Auscultar el abdomen en búsqueda de presión positiva d. Auscultar ambos pulmones a la altura de la línea media axilar. El sonido de ambos pulmones debe ser simétrico, de lo contrario indicaría que el tubo está colocado en uno de los bronquios. Retraer el mismo auscultando hasta escuchar el correcto sonido simétrico. e. El tubo debe estar a 6-7 cm por arriba de la carina, la manera de confirmar esta información es observando las inscripciones de medición que posee el TET. Los dientes deben estar a los 22 cm aproximadamente en un adulto promedio. Asegurar el TET con cinta y pegarla a las mejillas.

6.5 CUIDADOS DE ENFERMERIA

- Acostar al paciente: no debe permanecer sentado.
- No fisioterapia respiratoria
- Equipos preparados.
- Control de constantes vitales.
- Administrar medicación prescrita

7. ASPIRACION DE SECRESIONES

7.1 CONCEPTO:

Es la extracción de secreciones acumuladas en el tracto respiratorio superior, por medio de la succión. Se hace para eliminar moco y otras secreciones de las vías respiratorias superiores.

7.2 OBJETIVO

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

7.3 MATERIAL Y EQUIPO

- Regulador de potencia de aspiración.
- Frasco contenedor de bolsa de aspiración.
- Bolsa de aspiración desechable.
- Tubo conector tipo bulbo.
- Sondas de aspiración estériles, atraumáticas, desechables de calibre adecuado (en el caso de aspiración por tubo orotraqueal o traqueostomía, la sonda ha de tener un diámetro no superior a la mitad del diámetro interno del tubo o cánula traqueal)
- Envase de agua estéril para lavado del sistema (bulbo).
- Guantes estériles en la aspiración abierta y limpios en la aspiración cerrada.
- Mascarilla, bata desechable y gafas de protección ocular. No son necesarias las medidas de barrera en la aspiración cerrada.
- Bolsa de plástico para residuos.
- Servilletas de papel.
- Resucitador manual con bolsa reservorio.
- Cánula orofaríngea (cánula de Guedell).
- Fuente de oxígeno y caudalímetro.
- Si se precisa, contenedor para toma de muestras.
- Lubricante hidrosoluble.
- Estetoscopio.

7.4 PASOS DEL PROCEDIMIENTO

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- 120 mm de Hg en adolescentes, 80-

100 mm de Hg en niños y 60-80 mm de Hg en neonatos. En pacientes con ventilación mecánica oxigenar con O₂ al 100% (excepto en neonatos) durante 30-60 segundos, ajustar la FiO₂ en el respirador o usar un programa de enriquecimiento de oxígeno disponible en muchos respiradores con microprocesador. Colocarse los guantes estériles. Mantener la mano dominante (la que vaya a introducir la sonda en el tubo endotraqueal) totalmente estéril, pudiendo usar la otra para coger todo aquello que precise. Conectar la sonda a la unidad de aspiración sin perder la esterilidad. Retirar la funda y coger la sonda por la parte proximal, evitando tocar el extremo distal. Introducir la sonda suavemente, sin aspirar. En pacientes con ventilación mecánica se puede introducir la sonda a través del swivel o conexión, quitando el tapón del mismo, o bien desconectarlo del sistema de ventilación, en ambos casos con la mano no dominante. Cuando la sonda alcance la carina, se notará resistencia y el paciente toserá, retirar la sonda 1 cm antes de comenzar a aspirar. Realizar la aspiración: para ello aplicar el dedo pulgar sobre el orificio de control de la aspiración, o desclampar la sonda. No prolongar la aspiración durante más de 15 segundos para evitar trauma en la mucosa e hipoxia. Extraer la sonda sin rotación y aspirando de forma continua. Desde la inserción de la sonda hasta su retirada no deben transcurrir más de 15 segundos. En niños y adolescentes, menos de 10 segundos; en neonatos, menos de 5 segundos. Aspirar la orofaringe antes de terminar el procedimiento. Administrar oxígeno al 100% durante 30-60 segundos. Desechar la sonda utilizada y limpiar el tubo colector con agua estéril. En caso de necesitar otra aspiración, dejar descansar al paciente 20-30 segundos antes de introducir una nueva sonda. No realizar más de 3 aspiraciones. Realizar higiene de manos. Dejar al paciente en una posición cómoda. Asegurarse de que el equipo siempre quede disponible para una próxima aspiración.

Técnica de aspiración cerrada: Higiene de manos 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.

7.5 CUIDADOS DE ENFERMERIA

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

8. TRAQUEOTOMIA

8.1 CONCEPTO

Orificio que se realiza quirúrgicamente en la parte delantera del cuello y en la tráquea.

8.2 OBJETIVOS

Crear un pasaje de aire que te permite respirar cuando la ruta habitual de respiración se encuentra reducida u obstruida de alguna manera.

8.3 MATERIAL Y EQUIPO

- Charola cromada rectangular
- Portaagujas
- Mano de bisturí
- Dos pinzas de mosco curvas
- Dos pinzas de mosco rectas
- Pinzas de disección fina sin dientes
- Hoja de bisturí núm. 11
- Hilos de sutura de seda 4 ceros
- Hilos de sutura de nylon 4 ceros
- Catéter intraóseo
- Gasas y torundas estériles
- Guantes estériles, gorro y cubrebocas.
- Batas y campos quirúrgicos estériles
- Antiséptico

8.4 PASOS DEL PROCEDIMIENTO

El paciente deberá colocarse en decúbito supino sobre la mesa quirúrgica. El cuello en hiperextensión, mediante la colocación de un rodillo o almohada bajo los hombros, hasta conseguir una postura adecuada en que la tráquea sobresalga sobre el pecho.

Localización de estructuras laríngeas y traqueales mediante palpación, fijando la laringe con los dedos 1º y 3º de la mano izquierda y palpando con el índice de la otra mano el cartílago tiroideo con su escotadura, el espacio cricotiroideo, el cricoides y los primeros anillos traqueales. Incisión horizontal, aproximadamente 1 cm por debajo del cartílago cricoides y tomando como referencias laterales los dos bordes anteriores de los músculos esternocleidomastoideos. El abordaje mediante incisión vertical es más sencillo, permitiendo una exposición más rápida de las estructuras y permite llegar a tráquea por espacios avasculares, pero no se puede combinar con otras cervicotomías. Una vez realizada la incisión horizontal, incisión del tejido celular subcutáneo y platisma, con disección superior e inferior hasta exponer los músculos esternohioideos.

Identificación de línea alba y venas yugulares anteriores. Sección vertical del rafe medio (zona avascular) y disección de musculatura prelaríngea sin desplazar la tráquea de línea media. Hemostasia con electro- coagulación de pequeños vasos y/o ligadura de venas yugulares anteriores, con exposición del arco del cartílago cricoides, istmo de glándula tiroidea y plano anterior traqueal correspondiente a sus 3-4 primeros anillos. El istmo tiroideo puede seccionarse verticalmente con tijera roma, mediante la colocación de dos pinzas de Crile paralelas y en situación paramediana, y ligar con puntos transfixiantes cada lado de forma independiente, lo que va a permitir una mejor exposición traqueal. En su lugar puede ser disecado y rechazado superior e inferiormente, sobre todo en aquellos casos en que sea muy pequeño o la urgencia lo demande.

Se prepara un aspirador ya que la apertura de la tráquea conlleva habitualmente expulsión de secreciones y aspiración de sangre, y se comprueba que el balón de la cánula que va a utilizarse, generalmente tipo Portex/Shiley del nº 6 al 8 según el calibre de la luz traqueal, funciona correctamente. La incisión traqueal deberá realizarse entre el 2º, 3º y 4º anillos traqueales, existiendo diversas modalidades. Se debe elegir aquella que sacrifique el mínimo cartílago posible y que facilite los cambios de cánula, evitando los decúbitos tanto superiores como inferiores.

BIBLIOGRAFÍA

- ✓ Ruiz Moreno J, Martín Delgado MC, García-Penche Sánchez R. Procedimientos y técnicas de enfermería. Ed. Rol. Barcelona 2006
- ✓ Kozier B, Erb G, Berman A, Snyder S. Fundamentos de Enfermería. Conceptos, proceso y práctica. Vol I y II. Ed. Mc Graw Hill Interamericana. 2005.
- ✓ Área Hospitalaria de Valme. Servicio Andaluz de Salud. Manual de procedimientos Ed. Área Hospitalaria de Valme. Sevilla ;2001.
- ✓ Mc Closkey, J. C. Bulechek, G. M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería. 4ª Ed. Elsevier. Madrid. 2005.
- ✓ Swearingen, P.L. Ross, D.G. Manual de Enfermería Médico-Quirúrgica. Intervenciones Enfermeras y Tratamientos Interdisciplinarios. 4ª Ed. Harcourt. Madrid. 2000.
- ✓ ALLEN J.M. Manual de las enfermedades de los ojos. Editorial Pueblo y Educación. La Habana, 1979.
- ✓ BLAKE F.G.; F. HOWELL WRIGHT. Enfermería Pediátrica. 7ma edición Instituto Cubano del Libro. La Habana, 1969.
 - BROWM A F. Enfermería Médica Interamericana. México DF, 1973.
- ✓ BRUNNER L.S.; SUDDARTHS D.S. Manual de Enfermería Médico-quirúrgica. 3ra edición. Ed 2t. Interamericana. México DF, 1984-2t.
- ✓ BRUNNER Y SUDDENT. Enfermería médico-quirúrgica, 8va ed. Interamericana. México DF, 1998.

CONCLUSIÓN

El manual en enfermería es una herramienta muy útil para llevar a cabo los procesos de intervenciones y cuidados de enfermería además de que nos facilita el manejo y la mejora del paciente, pues todo se encuentra fundamentado en principios, y con el estudio de estas técnicas se fomentan también los conocimientos del profesional o estudiante de enfermería. Los cuidados de enfermería como ya vimos ha de estar presente en todas las acciones, actividades y técnicas que la enfermera dirige al paciente, como marca de identidad enfermera. E integrar tales actividades y técnicas en los cuidados de Enfermería precisa de la existencia de interrelación enfermera-paciente, la cual permite establecer e identificar las necesidades de los pacientes en todas sus dimensiones, con el fin de contribuir a satisfacerlas y darle el mejor trato para que pueda alcanzar un estado completo de bienestar.