



**Nombre del alumno: Mayra soledad
López López**

**Nombre del profesor: Nancy
Domínguez Torres**

**Nombre del trabajo: Manual de
procedimientos**

Materia: Enfermería clínica 2

Grado: 2do año

Grupo: Único

Comitán de Domínguez, Chiapas a 23 de enero de 2021

Contenido

INTRODUCCION	3
BRONCOSCOPIA	4
GASOMETRIA ARTERIAL	5
TORACOCENTESIS.....	6
BIOPSIA.....	7
RECOGIDA DE MUESTRAS: SECRECIONES Y ESPUTO.....	8
INTUBACION ENDOTRAQUEAL.....	9
ASPIRACION DE SECRESIONES CON LA TECNICA CERRADA Y ABIERTA.....	11
TRAQUEOTOMIA	12
BIBLIOGRAFIA.....	13
CONCLUSION.....	14

INTRODUCCION

El presente manual de procedimientos contiene información clara y precisa de los procedimientos Broncoscopía, gasometría arterial, toracentesis, biopsia, recogida de muestras: secreciones y esputo, intubación endotraqueal, aspiración de secreciones con la técnica cerrada y abierta, traqueotomía El Servicio tiene la necesidad de establecer procedimientos administrativos con la finalidad de Orientar y servir de marco de referencia a los alumnos del mismo y a todo el personal multidisciplinario involucrado en los procedimientos que se realizan en el mismo.

BRONCOSCOPIA

La Broncoscopia es una prueba diagnóstica que permite visualizar la vía respiratoria (laringe, tráquea y bronquios de mayor tamaño) y recoger muestras de secreciones respiratorias, tejido bronquial o pulmonar o ganglios del mediastino. En ocasiones puede tener un fin terapéutico.

OBJETIVO

Establecer las políticas, normas y desarrollo de las actividades que se llevan a cabo en el Servicio de Broncoscopia con la finalidad de ofrecer una guía en el ejercicio de las funciones del personal.

MATERIAL Y EQUIPO

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.

PASOS DEL PROCEDIMIENTO

El médico rociará con un anestésico la boca y la garganta y se coloca un catéter intravenoso para la aplicación de medicaciones adicionales y para mantener una vía venosa permeable durante el examen. La enfermera mantiene monitorizadas sus signos vitales, le aplica oxígeno en caso de necesidad y le administra medicación sedante por vía intravenosa si fuera necesario.

Se inserta el broncoscopio por la nariz o la boca y éste pasa por la faringe, la laringe, atraviesa las cuerdas vocales y entra a la tráquea. En este momento puede sentir que no puede respirar, pero esto es sólo durante un instante. Durante el procedimiento, a través del tubo se le aplica medicación para disminuir el reflejo de la tos y poder realizar el examen. No se puede hablar durante el procedimiento.

CUIDADOS DE ENFERMERIA

- ✚ Controlar las constantes vitales.
- ✚ Comprobar tolerancia a líquidos, 2 o 3 horas tras intervención, cuando el paciente recupere el reflejo nauseoso.
- ✚ Observar si el paciente presenta signos de disnea o falta de aire, ya que puede ser signo de edema o espasmos laríngeos.
- ✚ Anotar cualquier incidencia y registrar las constantes, medicación administrada, etc.
- ✚ Avisar al médico ante cualquier complicación.
- ✚ Para aliviar las molestias de garganta, recomendar al paciente chupar hielos, chupar pastillas, hacer gárgaras con agua tibia con sal, o tomar fármacos analgésicos prescritos.
- ✚ Aconsejar que si presenta fiebre, dificultad respiratoria acudir al médico.

GASOMETRIA ARTERIAL

Es una medición de la cantidad de oxígeno y de dióxido de carbono presente en la sangre. Este examen también determina la acidez (pH) de la sangre se Extraer una muestra de sangre arterial mediante punción de una arteria para valorar el intercambio de gases en sangre.^f

OBJETIVO

Extraer sangre arterial para la determinación de gases sanguíneos.

Conocer el estado de oxigenación, ventilación y equilibrio ácido-base.

MATERIAL Y EQUIPO

*Guantes. *Antiséptico. *Gasas. *Espiradrapo. *Jeringa especial para gasometría: *Jeringa heparinizada.*Tapón. *Aguja.

PASOS DEL PROCEDIMIENTO.

Localización de la arteria a puncionar por palpación. Colocar al paciente en decúbito supino, con la extremidad a puncionar extendida. Desinfectar la zona de punción. Localizar la arteria con los dedos índice y medio. Introducir la aguja con un ángulo de 45-90°: arteria radial 45°, humeral 60° y femoral 90°. Una vez puncionada la arteria se extraerá 1 ml de sangre sin necesidad de aspiración. Si se atraviesa la arteria, se retirará la aguja lentamente hasta que comience a fluir sangre. Retirar la aguja de forma que no entre aire. Presionar la zona de punción entre 5 y 10 minutos, para evitar hematoma pos punción o sangrado. En caso de persona anti coagulada o trastorno de la coagulación se presionará entre 10 y 15 minutos. Si queda aire en la jeringa se eliminará rápidamente. Pinchar la aguja en el tapón para evitar entrada de aire. La muestra deberá ser procesada inmediatamente, en caso contrario se guardará en el refrigerador, debidamente identificada. Hacer constar las condiciones ventilatorias del paciente. Registrar la técnica en la hoja de enfermería.

CUIDADOS DE ENFERMERIA

Si la persona está recibiendo oxigenoterapia, han de seguirse las instrucciones del médico sobre si se ha de retirar ésta antes de la gasometría o si ésta debe ser realizada mientras la persona recibe oxígeno. Cualquier modificación de las instrucciones se anotará en la petición.

Cuando la persona está recibiendo tratamiento anticoagulante se ha de tener especial cuidado en la compresión pos punción, para evitar un posible sangrado.

La obtención de la muestra puede efectuarse por punción en cualquier arteria cuyo pulso sea fácilmente palpable, aunque por lo general se lleva a cabo en la radial o en la femoral.

MINUTOSAÚDEVEL

TORACOCENTESIS

La toracentesis es un procedimiento diagnóstico y terapéutico en el paciente con derrame pleural. El análisis del material obtenido permitirá determinar si se trata de un exudado o un trasudado. Si el derrame pleural es causado por una insuficiencia cardíaca congestiva, la toracentesis como procedimiento diagnóstico es innecesaria, a menos que persista luego del tratamiento para la insuficiencia cardíaca.

OBJETIVO

Evacuar líquido, Punción diagnóstica, En caso de no obtener exudado (punción blanca) y después de cerciorarse que no se debió a una obstrucción de la aguja, probar con otra punción en un lugar cercano

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 toracentesis 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.

PASOS DEL PROCEDIMIENTO.

Una radiografía del tórax puede realizarse antes del procedimiento. Este procedimiento a menudo se realiza en pacientes ambulatorios. Sin embargo, algunos pacientes podrían necesitar internación en el hospital luego del procedimiento. Pregúntele a su médico si lo tendrán que internar. Usted quedará posicionado en el costado de una silla o cama con la cabeza y los brazos descansando sobre una mesa de examen. El área de su cuerpo donde se va a insertar la aguja se ha de esterilizar y cubrir con una tapa quirúrgica. El médico adormecerá el área con un anestésico local. Esto podría quemar o arder brevemente antes de que el área se adormezca. La aguja se inserta a través de la piel entre dos costillas en su espalda. Cuando la aguja llegue al espacio pleural entre la pared torácica y el pulmón, el fluido pleural se remueve mediante una jeringa o botella de succión. La toracentesis por lo general se completa dentro de 15 minutos. Al final del procedimiento se quita la aguja y se aplica presión para detener cualquier sangra dado. La apertura en la piel luego se tapa con un vendaje. No se necesitan suturas. Luego de la toracentesis se podría realizar una radiografía torácica para detectar cualquier complicación

CUIDADOS DE ENFERMERIA

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

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.

OBJETIVO

Diagnóstico de enfermedades desde procesos simples a neoplasias, Monitorizar el curso de una enfermedad, Obtención de tejido sano para comprobar la compatibilidad de tejido para trasplante

MATERIAL Y EQUIPO

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

PASOS DEL PROCEDIMIENTO.

Se realizará una pequeña incisión en la piel en el sitio a insertar la aguja para la biopsia. Al utilizar guía por imágenes, el médico insertará la aguja a través de la piel, la hará avanzar hasta el sitio del nódulo y extraerá muestras de tejido. Se necesitarán diversas muestras para realizar un análisis completo

CUIDADOS DE ENFERMERIA

Es posible que tenga hinchazón y moretones después de la biopsia. Aplique una compresa de hielo en el sitio de la biopsia durante 10 a 15 minutos varias veces en las primeras 24 a 48 horas después del procedimiento. Esto ayudará a reducir la hinchazón. La hinchazón y los moretones deberían desaparecer en aproximadamente 1 semana.

Mantenga el sitio de la biopsia tapado con un vendaje durante 48 horas después del procedimiento. Después de 48 horas, puede quitarse el vendaje.

Puede ducharse 24 horas después de la biopsia. Recuerde dejarse el vendaje en su lugar y permita que el agua de la ducha corra sobre él. Después de la ducha, colóquese un vendaje limpio y seco en el sitio de la biopsia.

Si tiene sangrado en el sitio de la biopsia, aplique presión leve con una gasa. Si el sangrado se hace más intenso o si no se detiene llame a los paramédicos,

RECOGIDA DE MUESTRAS, SECRECIONES Y ESPUTO.

El análisis del esputo consiste en la obtención de una muestra de esputo (secreciones procedentes de los bronquios del paciente) que posteriormente será conservada en medios adecuados y llevada a analizar en un laboratorio especializado en este tipo de estudio

OBJETIVO

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

MATERIAL Y EQUIPO

* 3 envases estériles para muestra de esputo.* Marcador de tinta permanente.* Solicitud para el examen bacteriológico.* Guantes desechables estériles.* Libro de registro de sintomático respiratorio.* Maletín portamuestras.* Biombo

PASOS DEL PROCEDIMIENTO.

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 rot

INTUBACION ENDOTRAQUEAL

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.

OBJETIVO

Mantener la permeabilidad de las vías aéreas

MATERIAL Y EQUIPO

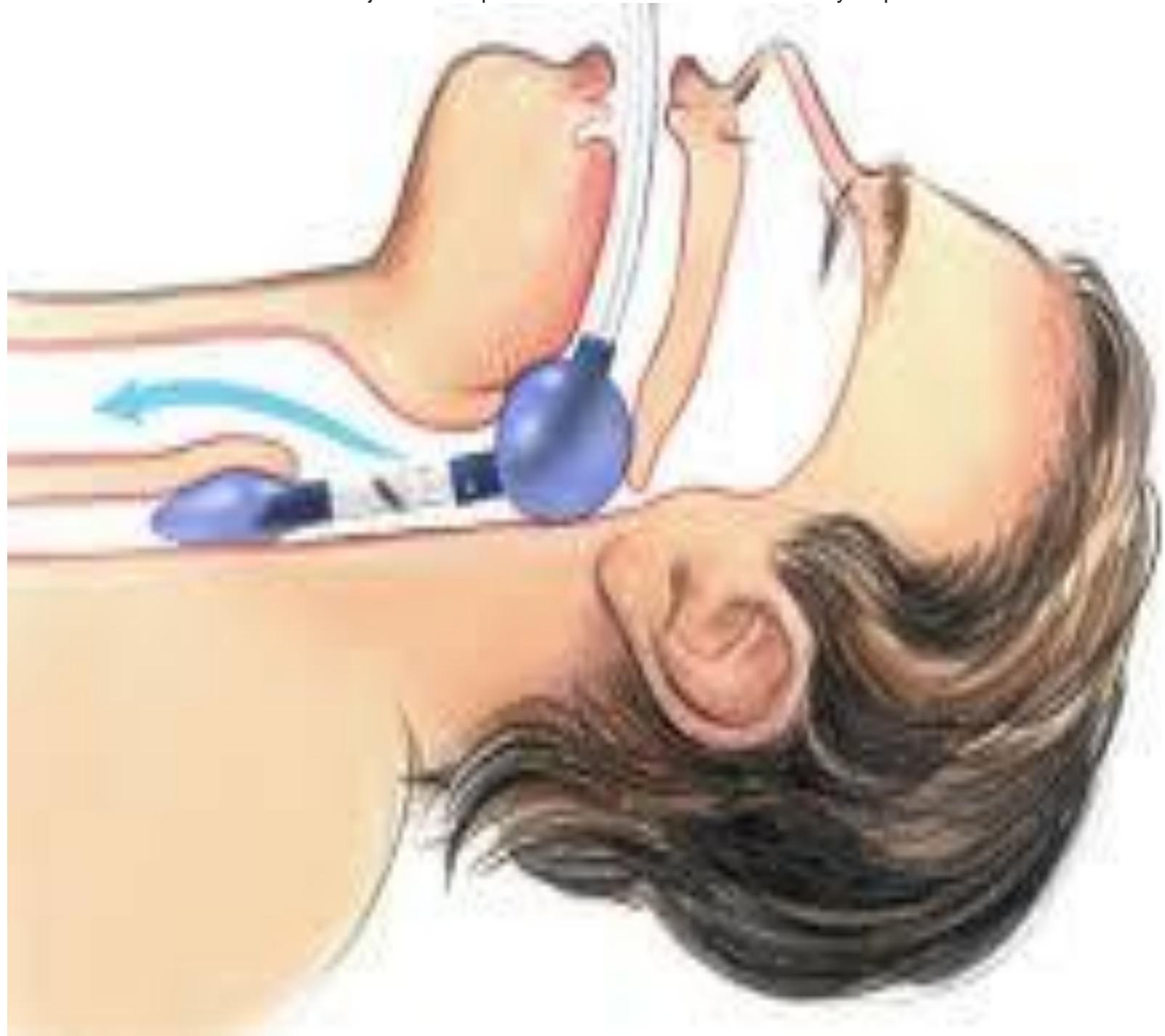
Guantes*Barbijo* Protección ocular *Sistema de succión (presión negativa)
*Laringoscopio y hojas *Tubo endotraqueal (TET) con guía/mandril (7-8 mm mujer, 8-9 mm hombres)*Jeringa 10 cc *Bolsa para ventilación manual.*Acceso a 100 % O₂ *Pinza Magill*Cinta adhesiva *Estetoscopio *Cánulas de Guedel (80mm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

PASOS DEL PROCEDIMIENTO.

Abrir la boca con los dedos de la mano derecha: el pulgar y el dedo índice cruzados sobre los dientes (en paciente desdentado sobre las encías) de la mandíbula y del maxilar, luego abrir la boca.2. Tomar el mango del laringoscopio con la mano izquierda, introducir la pala del laringoscopio a la cavidad bucal a través de la comisura labial derecha. Tener cuidado para no presionar los labios a los dientes con la pala del laringoscopio y para no romper los dientes.3. Al alcanzar la altura de la base de la lengua (fosa de epiglotis) con el extremo de la pala, rechazar con la pala del laringoscopio la lengua del paciente hacia la izquierda y presionar con el extremo del laringoscopio sobre la base de la lengua a la altura de la entrada a la laringe (no presionar la epiglotis), tirando del laringoscopio hacia arriba si es necesario, aspirar la secreción de la cavidad oral y de la garganta.4. Visualizar toda la glotis (si es posible; →fig. 19-3), colocar el tubo traqueal sujetado con la mano derecha por la comisura labial derecha y deslizarlo entre los pliegues vocales.5. Manteniendo el tubo a determinada profundidad (generalmente 20-22 cm), retirar el laringoscopio y pedir al asistente que llene el manguito de sellado.6. Comprobar la posición correcta del tubo auscultando la caja torácica del paciente. Después de conectar el tubo al equipo de ventilación. la bolsa autoexpandible, y después de iniciar la ventilación deben ser audibles ruidos respiratorios simétricos sobre las bases de ambos pulmones (abajo, a los lados) y sobre los ápices (debajo de las clavículas); descartar la intubación del esófago auscultando el epigastrio (estómago, gorgoteo durante las pruebas de ventilación a través del tubo colocado en el esófago) y realizando análisis capnográficos si están disponibles (ausencia de CO₂ en el aire que sale del tubo colocado en el esófago). En caso de duda retirar el tubo e intentar colocarlo de nuevo después de volver a oxigenar al paciente.7. Fijar el tubo con un adecuado instrumento de plástico, venda o adhesivo; proteger contra mordeduras, colocando entre los dientes la cánula orofaríngea o una venda enrollada.

CUIDADOS DE ENFERMERIA

- 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 desplazamientos.
- 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 la forma más cómoda y limpia.



ASPIRACION DE SECRESIONES CON LA TECNICA CERRADA Y ABIERTA

Procedimiento cuyo objetivo es extraer secreciones acumuladas en tracto, respiratorio, por medio de la aplicación de presión negativa y a través del tubo endotraqueal o la cánula de traqueotomía.

OBJETIVO

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

MATERIAL Y EQUIPO

Aparato de aspiración portátil ó conectado a la pared con regulador de presión.* Tubo de conexión para aspirador.*Sonda de aspiración estéril (II), de tamaño adecuado (utilizar el tamaño mínimo efectivo), con control de aspiración, puntas a traumáticas y dos o tres pequeños orificios laterales además de un orificio terminal. Recipiente para secreciones.*Guantes limpios no estériles.* Gasas estériles.*Depósito con agua estéril ó suero salino isotónico estéril.* Lubricante hidrosoluble (para aspiración nasofaríngea).* Empapador.*Mascarilla o respirador, delantal o bata desechable y protección ocular (si está indicado).* Pulsioxímetro* Fuente de oxígeno suplementario y dispositivo de alto flujo, para su administración.*Trampa de esputos (en caso de necesidad de tomar muestras).*Manómetro de presión para neumotaponamiento.

PASOS DEL PROCEDIMIENTO.

Medir la longitud de la sonda de aspiración que será introducida en el TET y dejarlo registrado de manera visible en la unidad del paciente Colocarse los guantes en ambas manos recordando que la mano que tocará la sonda de aspiración debe permanecer estéril. Recibir el catéter y sostenerlo manteniendo las condiciones de esterilidad. Toma la sonda de aspiración con ambas manos sobre la medición registrada en la unidad del paciente, marcando la medida a introducir con una pequeña marca con cinta adhesiva sobre la sonda

CUIDADOS DE ENFERMERIA

Vigilar la permeabilidad de la vía aérea.

Realizar higiene bucal utilizando clorhexidina (0,12% – 0,2%).

Mantener un aporte hídrico adecuado para conservar las secreciones fluidas siempre que no haya contraindicación.

Vigilar signos y síntomas de aparición de infección

TRAQUEOTOMIA

La traqueotomía es un procedimiento quirúrgico mediante el cual se hace una incisión en la tráquea para extraer cuerpos extraños, tratar lesiones locales u obtener muestras para biopsias y, a diferencia de otros procedimientos similares, supone el cierre inmediato de la incisión traqueal

OBJETIVO

Liberar la vía aérea de secreciones y la obstrucción mecánica arriba o al nivel de la laringe

MATERIAL Y EQUIPO

*Equipo para aspiración de secreciones.*Gasas de 5 x 5 y de 10 x 10.*Hisopos estériles.*Solución estéril para irrigación o solución fisiológica.*Solución antiséptica.*Cintas para sujeción de la cánula de traqueotomía.*Guantes desechables no estériles.*Guantes quirúrgicos estériles (dos pares).

PASOS DEL PROCEDIMIENTO.

Se utiliza anestesia general, a menos que la situación sea crítica. Si esto sucede, se inyecta anestesia dentro de la zona para ayudar a que usted sienta menos dolor durante el procedimiento. También puede recibir otros medicamentos para relajarlo y calmarlo (si hay tiempo).

Se limpia y cubre el cuello con vendas de cirugía. Se hacen incisiones quirúrgicas para revelar los anillos cartilagosos duros que conforman la pared externa de la tráquea. Luego, el cirujano crea una abertura dentro de la tráquea e introduce la cánula de traqueotomía.

CUIDADOS DE ENFERMERIA

Limpiar y cambiar el tubo de traqueotomía para ayudar a prevenir infecciones y reducir el riesgo de complicaciones. Seguirá haciendo esto mientras tengas una traqueotomía. Sugerirte opciones para comunicarte y ayudarte a aprender a usar tu voz nuevamente. Recibir nutrientes a través de una vía intravenosa (IV) que se inserta en una vena del cuerpo, una sonda de alimentación que pasa a través de la boca o la nariz, o una sonda que se inserta directamente en el estómago Poner pequeñas cantidades de solución salina directamente en el tubo traqueal, como se indica, puede ayudar a aflojar las secreciones.



Stoma

BIBLIOGRAFIA

<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMvcm054952>.

WWW.mayoclinic.org

www.revista.portalesmedicos.com

www.enfermeríadeurgencias.com

www.salusplay.com

[htt://slideshare.net/sasetont/intubación-endotraqueal](http://slideshare.net/sasetont/intubación-endotraqueal).

CONCLUSION

Como pudimos ver en el presente trabajo ya elaborado abordamos temas de suma importancia esto se hace para mejorar las técnicas de la enfermería en cuanto al centro quirúrgico, para así entender y comprender de manera más específica el proceso de cada elemento a realizar, para que nos demos cuenta de las cosas que se quieren hacer para poder lograr nuestros objetivos.