



Nombre de alumnos:

Selvi Joseline López Gómez.

Nombre del profesor:

Lic. Nancy Domínguez Torres.

Nombre del trabajo:

manual de procedimientos

**Materia: enfermería
clínica.**

Grado: 5TO.

Cuatrimestre.

Grupo: “Único”

INDICE.

Contenido

INDICE.	2
INTRODUCCION.	3
Broncoscopia.	4
GASOMETRIA ARTERIAL.	5
TORACOSENTESIS.....	7
BIOPSIA.....	10
RECOGIDA DE MUESTRAS: SECRECIONES Y ESPUTO.	13
INTUBACION ENDOTRAQUEAL	14
ASPIRACIONES DE SECRECIONES CON LA TECNICA CERRADA Y ABIERTA.....	16
TRAQUEOTOMIA.....	18
BIBLIOGRAFIA.	21
CONCLUSION.	22

INTRODUCCION.

Este trabajo, es un manual de procedimientos de enfermería, estos son útil para saber que procedimiento seguir, si ocurre algún percance, primero tenemos la definición de lo que es “un manual de procedimientos de enfermería”; son herramientas administrativas que concentran en forma ordenada y sistemática una serie de elementos administrativos para transmitir la información de una organización con el fin de orientar, estandarizar y guiar la práctica diaria. También debemos tener en cuenta que debe saber una enfermera, son procedimientos básicos.

BRONCOSCOPIA.

CONCEPTO:

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.

OBJETIVO:

Procedimiento que consiste en la introducción a través de las fosas nasales de un broncoscopio para explorar el interior de las vías respiratorias.

MATERIAL Y EQUIPO:

- Una sábana de pies
- Un riñón.
- 2 vasos de ego.
- Una jeringa 20cc.
- Un frasco de jalea k-y.
- Agua de irrigación.
- 3 pares de guantes.
- 2 bolsas de aspirador.
- 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 de yankawer.
- Solución IV de 500ml.
- 1 venoseth.
- 1 llave 3 vías.
- 1 punzocath.
- 1 tegardem.

CUIDADOS DE ENFERMERIA.

ANTES DE LA PRUEBA.

Estar en ayunas de ocho horas ni consumir alcohol 24 horas antes.

Es preciso acudir acompañado ya que no se aconseja conducir después de la prueba.

Si padece alergia a medicamento o toma anticoagulantes debe comunicárselo al médico.

Debe firma el consentimiento informado, explicar el procedimiento y resolver todas las dudas para que el paciente este tranquilo.

Informar que tras la prueba debe seguir unas dos horas más sin comer, debido a la anestesia local que puede disminuir el reflejo de deglución.

Administrar medicación previa al procedimiento.

DURANTE LA PRUEBA.

Colocar al paciente en decúbito supino.

Tener preparado el carro de parada.

Administrar oxígeno vía nasal con una cánula.

Mantener al paciente monitorizado: pulsioximetría, electro.

DESPUÉS DE LA PRUEBA.

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, dificultar respiratoria acudir al médico.

GASOMETRIA ARTERIAL.

CONCEPTO.

La gasometría arterial es una técnica de medición respiratoria invasiva que permite, en una muestra de sangre arterial, determinar el pH, las presiones arteriales de oxígeno y dióxido de carbono y la concentración de bicarbonato.

OBJETIVO:

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

MATERIAL Y EQUIPO.

Contenedor para desechar material fungible.

Antiséptico como povidona yodada o clorhexidina.

Guantes no estériles.

Gasas.

Esparadrapo.

Jeringa de gasometría.

Preparación al paciente:

Antes de realizar la técnica es necesario explicar al paciente claramente la técnica a realizar y aclara cualquier duda al paciente y/o familiar.

Colocar al paciente de decúbito supino

Arteria radial:

Se estabiliza la muñeca sobre una toalla pequeña o paño enrollado

Flexión dorsal de a muñeca en 30°

Realizar el test de Allen

Arteria femoral:

se gira la pierna ligeramente hacia fuera

se elige un punto próximo al pliegue inguinal, unos 2 cm por debajo del ligamento inguinal

Arteria braquial:

Se coloca un toalla enrollada bajo el codo del paciente mientras de hiperextiende el codo

Se rota la muñeca del paciente hacia fuera.

PROCEDIMIENTO.

PROCEDIMIENTO PARA LA PUNCIÓN ARTERIAL

Colocar al paciente según la arteria elegida

Realizar el lavado de manos

Colocarse los guantes

Palpar la arteria elegida con los dedos índice y medio

Desinfección de la zona de punción con la gasa y el desinfectante, dejándolo actuar el tiempo necesario

Realizar la punción con la mano dominante:

45° en la radial

60° en la braquial

90° en la femoral

PROCEDIMIENTO PARA LA EXTRACCIÓN DE LA SANGRE

Observar la aparición de flujo sanguíneo retrógrado sin necesidad de aspirar

Extraer la muestra, evitando la entrada de aire

Retirar la aguja y la jeringa

Presionar sobre el punto de punción con una gasa firme y constante, entre 5 a 10 minutos

Colocar apósito compresivo sobre el lugar de punción y fijarlo con esparadrapo, ejerciendo ligera presión

Agitar ligeramente la muestra para evitar a coagulación

Desconectar la aguja de la jeringa, desechándola en el contenedor de objetos punzantes.

Eliminar las burbujas de aire, colocar el tapón de jeringa y etiquetar

Retirar el material utilizado

Quitarse los guantes y realizar lavado de manos higiénico

Procesar la muestra, teniendo en cuenta si el paciente tiene oxigenoterapia el flujo de O₂.

CUIDADOS Y PRECAUSIONES.

Para evitar las complicaciones se debe tener en cuenta las siguientes precauciones
Elegir una arteria fácilmente accesible y que comparta con otra la irrigación de un tercero, es la arteria radial.

Realizar la técnica de punción correctamente

Si el paciente tiene oxigenoterapia y queremos obtener una muestra basal, debemos esperar 30 minutos tras el cese de la administración de oxígeno

En pacientes anti coagulados aumentaremos el tiempo de compresión y vigilancia.

Los cuidados serán:

Tras la punción, controlar el pulso cada 10 minutos durante media hora para asegurarnos que no hay lesión en la arteria o 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 anti coagulados, aumentaremos el tiempo de compresión y vigilancia.

TORACOSENTESIS.

CONCEPTO.

Es la punción quirúrgica de la pared torácica para evacuar por aspiración el líquido acumulado en la cavidad pleural. También se denomina: "toracentesis", "paracentesis pleural", "paracentesis torácica" o "pleurocentesis". Este procedimiento quirúrgico fue descrito por primera vez en 1852.

OBJETIVO.

Se realiza cuando hay demasiado líquido en el espacio pleural y la respiración se ve afectada. El objetivo principal es drenar el líquido y normalizar la respiración. En algunos casos, este procedimiento le permite al médico descubrir la causa del derrame pleural.

EQUIPO Y MATERIAL.

Guantes y campos estériles.

Mandil, mascarilla y gorro estéril

Gasas y apósitos estériles.

Aguja n. 18-22 bisturíes.

Jeringa 10-20 ml.

Lidocaína 2%.

Catéter o abbocath Nº 18 largo.

Llave de triple vía y esparadrapo.

Pinzas hemostáticas curva.

Pinza porta aguja, hilo 0/2 con aguja.

Sonda para drenaje torácico.

Látex de 1 1-2 metros.

Equipo de drenaje torácico.

PROCEDIMIENTOS.

1. Corrobore que sea el paciente correcto, procedimiento correcto, verifique el hemitórax correcto
2. Preséntese con el paciente
3. Explique el procedimiento al paciente.
4. Este procedimiento necesita firma de consentimiento informado
5. Corrobore los estudios de laboratorio y radiografías de tórax para mayor información
6. Pida al paciente que se sienta en el borde de la cama y que apoye sus brazos sobre una mesa alta O: Esta posición facilita que los espacios intercostales se abran.
7. Realice percusión y auscultación de la pared posterior del tórax para ubicar la zona de hematides, del hemitórax donde se visualizó el derrame pleural en la radiografía de tórax.
8. Se aconseja colocar un oxímetro en el dedo índice del paciente para controlar los valores vitales y la saturación de oxígeno.
9. Seleccionar el lugar de punción: el mismo debe estar ubicado a 5 o 6 cm lateral a la columna vertebral, y entre 5 a 7 espacios intercostales. Específicamente se punza 2 espacios intercostales por debajo del nivel de derrame visualizado en la radiografía de tórax. No punzar por debajo de la 9na costilla. También tener en cuenta que se debe punzar sobre el borde superior de la costilla, para no lesionar el paquete basculó nervioso que transcurre por los bordes inferiores de las costillas.
10. Marque el sitio de punción con un marcador
11. Esterilice la zona con un antiséptico
12. Lávese las manos, colóquese bata, guantes, gorro, mascara y antiparras estériles.
13. Coloque el campo fenestrado sobre la espalda del paciente
14. Prepare el equipo o materiales sobre un campo estéril.
15. Cargar de 5 a 8 cc de lidocaína al 1% en una jeringa de 10 cc y una aguja de 25 G
16. Aplique 1cc de anestesia en la dermis circundante a punzar.
17. Mientras espera que la anestesia haga efecto: conectar un catéter 18G a una llave de 3 vías, a esta última conectar en un extremo una jeringa de 10 cc, y al otro extremo una vía o conector con llave de paso, a la que se le conectara una aguja de 14G
18. Realizar una incisión cutánea con la hoja de bisturí de 1 mm de largo
19. Con la lidocaína restante en la jeringa de 10 cc, conectarle una aguja de 22G inyectar la anestesia en el espacio intercostal seleccionado. Para lograr esto se debe ingresar con la aguja en 90 grados y progresar mientras se ejerce una presión negativa sobre el embolo de la jeringa, continuar hasta obtener

líquido pleural, esto nos va a indicar que nos encontramos dentro de la cavidad pleural, inyectar 2 a 3 cc de lidocaína en el espacio pleural

20. Retirar aguja y descartar.

21. Ahora con el catéter 18G conectado al sistema antes preparado ingresar en la misma dirección y por el mismo lugar donde se colocó anestesia

22. Corroborar que la vía este abierta entre el catéter y la jeringa.

23. Progresar lentamente con el catéter al mismo tiempo que se ejerce presión negativa con el embolo de la jeringa, hasta obtener líquido pleural, luego cerrar la llave de 3 vías.

24. Retirar la jeringa de 10 cc y conectar una jeringa de 30 o 60 CC.

25. Obtener de 30 a 60 cc de líquido pleural, cerrar la llave y colocar la muestra en los tubos de ensayo para enviar al laboratorio.

26. Avanzar con la aguja 1 mm más y retirar la aguja o fiador mientras se avanza con el catéter.

27. Conectar la vía o conector con la aguja 14G que ya teníamos preparada a un contenedor al vacío.

28. Regular el flujo con la llave de paso del conector o vía.

29. Abrir la llave de 3 vías, de manera que quede abierto entre el catéter y el conector o vía.

30. Para drenar la mayor cantidad de líquido se le solicita al paciente que se apoye hacia atrás sobre las manos del médico que realiza el procedimiento.

31. Cuando el flujo ya se detuvo significa que el drenaje ha finalizado. También podrá percibir una resistencia en el catéter, ya que este queda presionado entre la pared torácica y el pulmón.

32. Cerrar la llave de 3 vías.

33. Solicite al paciente que realice una inspiración profunda y retirar el catéter

34. Presionar el sitio de punción.

35. Colocar un vendaje oclusivo.

36. Se aconseja realizar una nueva radiografía de tórax para visualizar el resultado y descartar un neumotórax.

37. Completar la historia clínica del paciente.

CUIDADOS DE ENFERMERIA.

Cuidados de Enfermería previos a 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 recipientes 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.

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.

BIOPSIA.

CONCEPTO.

Examen microscópico de un trozo de tejido o una parte de líquido orgánico que se extrae de un ser vivo.

OBJETIVO.

El objetivo de las biopsias es diagnosticar una determinada enfermedad en base al estudio del tejido afectado.

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).

PROCEDIMIENTO.

I. 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.

II. 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.

III. Se procederá a infiltrar de manera local la zona donde se va a realizar el procedimiento (ver técnicas de infiltración en: protocolo de pequeña cirugía: extracción de lipomas o cuerpos extraños en tejidos blandos). Se colocan los campos quirúrgicos para evitar la contaminación del material que se va a retirar.

IV. Luego se procede a realizar el procedimiento tomando en cuenta que existen diversos tipos de biopsia:

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.

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.

V. 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.

VI. 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.

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

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

IX. 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 ENFERMERIA.

CUIDADOS PREVIOS

*Solicitar historia clínica del paciente y programar su ingreso hospitalario junto al Servicio de Admisión.

*Confirmar que el paciente ha prestado su consentimiento a través del formulario entregado en consulta externa para el procedimiento.

*Registrar el tratamiento previo, insistiendo en el registro de la toma de anticoagulantes orales y antiagregantes (datos que han debido recogerse previamente en Consulta Externa)

*El paciente deberá permanecer en ayunas entre las 6-8 horas previas.

*Registrar cualquier tipo de alergia medicamentosa

*Realizar una toma de constantes previa: TA, FC y Tª *Solicitar analítica urgente: hemograma y estudio de coagulación, canalizando vía venosa en el antebrazo izquierdo (preferentemente), dejándola heparinizada.

*Comprobar que el paciente ha prestado su consentimiento para la realización del procedimiento.

*Según orden facultativa se podrá administrar un sedante y un analgésico, previo a la realización de la técnica.

*El paciente acudirá a la realización de la BHP a la Sección de Ecografía Digestiva en su cama.

REALIZACION DE LA BHP

*Colaborar en la información al paciente del procedimiento que se va a realizar y en los cuidados posteriores.

*Colocar al paciente en posición óptima para la prueba.

*Asistir a la realización de la técnica.

- * Realizar una toma de constantes (TA y FC) al paciente inmediatamente después de la realización de la BHP en la sala de Ecografía Digestiva.
- *Proceder al traslado del paciente a la unidad de encamación. CUIDADOS POSTERIORES A LA REALIZACION DE LA BHP
- *El paciente mantendrá reposo en cama: decúbito lateral derecho, durante 4-6- horas y pasadas estas puede modificar su posición, aunque debe permanecer encamado hasta completar aproximadamente 24 horas.
- *Determinación de TA y FC: cada 15 minutos durante las primeras 2 horas y cada 30 minutos las 2 horas siguientes y horaria las dos últimas (Anotar en gráfica de constantes al dorso). Si se presenta hipotensión a taquicardia se avisará al médico de guardia. Se solicitará un eco grama urgente a los pacientes en caso de que se tenga sospecha de sangrado o complicaciones.
- *Tras las 4 primeras horas de evolución el paciente puede tomar una dieta líquida y si no hay complicaciones una semi blanda en la cena. *Pueden administrarse analgésicos (Nolotil) si el paciente lo precisa, no obstante si persiste deberá avisarse al médico de guardia.
- *Se extraerá un hemograma urgente el día posterior, previo al alta hospitalaria.
- *Vigilar el punto de punción.
- *Realizar cura seca previa al alta hospitalaria.

RECOGIDA DE MUESTRAS: SECRECIONES Y ESPUTO.

CONCEPTO:

Secreción mucoide producida por la mucosa que existe en bronquiolos, bronquios y tráquea; ayuda a proteger de la infección a las vías respiratorias. Recolección de esputo. Consiste en recoger una muestra de esputo que se cultiva para identificar microorganismos patógenos respiratorios.

OBJETIVO:

El esputo por ser producto o secreción corporal sirve para determinar el estado del aparato respiratorio y, por lo tanto, su examen al microscopio es habitual en los estudios complementarios de las personas con síntomas de enfermedad respiratoria.

MATERIALES 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 porta muestras.
- Biombo

PROCEDIMIENTO.

- Una vez explicado al paciente como obtener la muestra de esputo se debe proceder de la siguiente manera:
- 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.
- 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.

CUIDADOS DE ENFERMERIA.

Realizar lavado de manos quirúrgico.

- Mantener técnica aséptica durante todo el procedimiento.
 - Utilizar campo estéril para evitar tener contacto con áreas circundantes que ofrezca el riesgo de contaminación.
 - Colocar mascarilla al paciente.
 - Realizar antisepsia de la zona a puncionar; no palpe la vena sin guantes estériles una vez preparada la piel.
 - Utilizar otros guantes estériles para cada punción.
 - No cambiar la aguja para envasar la sangre en los frascos colectores.
 - En pacientes que están recibiendo tratamiento antibiótico, recolectar las muestras en botellas con resina.
 - Se debe mantener una dilución en las botellas de hemocultivos de 1:5 para pacientes pediátricos y 1:10 para pacientes adultos de acuerdo con la recomendación del fabricante.
 - Para buscar mico bacterias es necesario tomar la muestra y colocarla en heparina; se recomienda tomar muestra durante dos días.
 - Colocar la muestra en botella con rótulo específico para cultivos de hongos.
- No se recomienda obtener muestras mediante punción arterial porque la tasa de recuperación de microorganismos es baja.

INTUBACION ENDOTRAQUEAL.

CONCEPTO.

Se trata del método de elección para la apertura y aislamiento definitivo de la vía aérea. Asegura además aislamiento y protección contra el paso de cuerpos extraños al árbol bronquial, y facilita la ventilación artificial y la aspiración de secreciones. Por otra parte, permite su utilización como vía de emergencia para la administración de fármacos hasta conseguir una vía venosa.

OBJETIVO:

Mantener la vía respiratoria abierta con el fin de suministrar oxígeno, medicamento o anestesia. Apoyar la respiración en ciertas enfermedades, tales como neumonía, enfisema, insuficiencia cardíaca, colapso pulmonar o traumatismo grave.

MATERIAL Y EQUIPO.

- Tubo endotraqueal (TET) En adulto normal es nº 8, 8,5 ó 9.
- Laringoscopio con 2 palas curvas, números 2,3.
- Fiador para el TET.
- Lubricante hidrosoluble en spray tipo Sylkospray.
- Jeringa de 10 CC.
- Paño estéril.
- Guantes estériles.
- Pinza de Magill.
- Venda de gasa para sujetar TET.
- Ambú con mascarilla y reservorio.
- Alargadera de Oxígeno.
- Material para aspiración de secreciones (equipo aspiración sondas...).
- Carro de paradas próximo.
- Fonendoscopio.
- Respirador en la habitación montado y calibrado.
- Medicación para inducción anestésica y/o mi relajación.

PROCEDIMIENTO:

Explique al paciente el procedimiento.

Separe la cama de la pared y retire el cabezal.

Coloque al paciente en decúbito supino sin almohada y con la cabeza en hiperextensión.

Conecte el Ambú (completo con reservorio y mascarilla) a la fuente de O₂, a un flujo de 15 lxm con una alargadera.

Aspire secreciones buco-faríngeas si precisa.

Administre la medicación que se indique para sedar y/o relajar al paciente.

Prepare el paño estéril, laringoscopio, tubo endotraqueal con fiador, pinzas de Magill y lubricante, si fuera necesario.

Una vez colocado tubo, infle el balón con 10 ml de aire o con pres urómetro a 20-30 cm de H₂O en tubo adulto.

Fije el tubo anudando la venda por encima de una oreja y por debajo de la otra. (Proteja en cuanto pueda la oreja con apósito hidrocolóide de prevención).

Retire la mascarilla del Ambú y ventile manualmente hasta que quede bien fijado el tubo endotraqueal.

CUIDADOS DE ENFERMERIA.

Conecte el respirador, según parámetros indicados y vigile la adaptación del paciente.

Coloque al paciente en posición cómoda, elevando la cabecera de la cama unos 35° - 40° si no existe contraindicación.

Registre la técnica realizada, la hora de colocación, número de tubo, el número a nivel de la comisura labial, presión del neumo y la medicación administrada.

Solicite una radiografía de tórax para valorar la vía aérea y comprobar la posición de tubo endotraqueal.

ASPIRACIONES DE SECRECIONES CON LA TECNICA CERRADA Y ABIERTA.

CONCEPTOS.

Aspiración abierta: Se refiere a la aspiración en la que, para realizar la técnica, se precisa desconectar el circuito del respirador. Se utilizan sondas de aspiración de un solo uso. Aspiración cerrada: Aspiración de secreciones en pacientes sometidos a ventilación mecánica, en la que no se precisa desconectar el circuito del respirador. Facilita la ventilación mecánica y la oxigenación continua durante la aspiración y evita la pérdida de presión positiva (o des reclutamiento).

OBJETIVOS.

Mantener la permeabilidad de las vías aéreas.

Favorecer la ventilación respiratoria.

Prevenir las infecciones y atelectasias ocasionadas por el acumulo de secreciones.

MATERIAL Y EQUIPO.

- Aparato de aspiración (sistema para aspiración de secreciones de pared).
- Guantes desechables estériles.
- Solución para irrigación.
- Jeringa de 10 ml (para aplicación de solución para irrigación y fluidificar las secreciones)
- Sondas para aspiración de secreciones (para adulto o pediátrica).
- Solución antiséptica.
- Riñón estéril.
- Jalea lubricante.
- Gafas de protección y cubre bocas.
- Ambú.

PROCEDIMIENTO.

Con la técnica cerrada:

- 1.1. Prepara al paciente, le explica el procedimiento y le pide su participación para un mejor resultado, esto disminuye la angustia del paciente y reduce los riesgos.
- 1.2. Explica la importancia de que el paciente tosa durante el procedimiento para remover las secreciones, en caso de que esté consciente el paciente.
- 1.3. Reúne el material y equipo en la unidad del paciente.
- 1.4. Valora la placa de rayos X de tórax.
- 1.5. Ausculta los campos pulmonares del paciente.
- 1.6. Proporciona palmo percusión al paciente.
- 1.7. Ayuda al paciente a adoptar una posición cómoda en semi-Fowler o fowler.
- 1.8. Coloca una toalla protectora cruzada sobre el tórax del paciente.
- 1.9. Verifica que la fijación de la cánula endotraqueal del paciente sea segura.

- 1.10. Se lava las manos
- 1.11. Se coloca los guantes
- 1.12. Retira el sistema de aspiración cerrado de su envoltura.
- 1.13. Conecta el tubo en T a la conexión del equipo del ventilador.
- 1.14. Conecta la conexión al tubo endotraqueal.
- 1.15. Conecta la entrada de aspiración a la pared.
- 1.16. Presiona la válvula de control y establece la aspiración al nivel adecuado empezando entre 80 y 100 mm Hg y libera la válvula de control.
- 1.17. Fija el tubo en T con la mano no dominante e introduce el catéter unos 10-12 cm para limpiar la vía aérea del paciente, al hacer esto se colapsa el manguito de plástico.
- 1.18. Presiona la válvula de control para activar la aspiración, mantiene la válvula presionada, aspira y retira suavemente el catéter y repite la operación cuando sea necesario.
- 1.19. Instila de 5 a 7 mL de solución de cloruro de sodio al 0.9% dentro del manguito y lava presionando la válvula de aspiración dentro de la entrada u orificio de irrigación, en el momento en que vea la franja indicadora. Repite la maniobra hasta que el catéter esté limpio.
- 1.20. Gira la válvula de control hasta la posición de cerrado, retira la jeringa con solución fisiológica y cierra el orificio de entrada.
- 1.21. Coloca la etiqueta adecuada en la válvula de control para indicar cuando se debe cambiar el sistema.
- 1.22. Hiperoxigena al paciente si es necesario y ausculta los campos pulmonares, toma los signos vitales y los anota en el reporte de enfermería al igual que los cambios significativos.

Con la 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 (7).
- 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 (1, 7,8).
- 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 (3).
- Conectar la sonda a la unidad de aspiración sin perder la esterilidad. Retirar la funda y coger la sonda por la parte proximal, evitando tocar el extremo distal.

- 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 (3).
- Cuando la sonda alcance la Carina, se notará resistencia y el paciente toserá, retirar la sonda 1 cm antes de comenzar a aspirar (3,6).
- 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 (1-3, 6,7).
- 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 (7).
- Aspirar el oro faringe antes de terminar el procedimiento (3).
- Administrar oxígeno al 100% durante 30-60 segundos (9).
- 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 (2,6). No realizar más de 3 aspiraciones (3).
- Realizar higiene de manos.
- Dejar al paciente en una posición cómoda.
- Asegurarse de que el equipo siempre quede disponible para una próxima aspiración.

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.

TRAQUEOTOMIA.

CONCEPTO.

Una traqueotomía se trata de un orificio (estoma) que se realiza de forma quirúrgica en la tráquea y proporciona una vía respiratoria alternativa para respirar.

OBJETIVO.

Los tubos de traqueotomía se utilizan para administrar una ventilación con presión positiva, asegurar una vía aérea permeable, protección frente a la aspiración y acceso a la vía aérea respiratoria inferior.

MATERIALES Y EQUIPO.

- Hoja de bisturí.
- Pinzas de mosquito.
- Pinzas de Laborde.
- Separadores de farabeuf.

- Pinzas hemostáticas.
- Tijeras.
- Agujas curvas para suturas.
- Seda fina.
- Jeringuilla de control y agujas de 1cm.
- Guantes estériles.
- Desinfectante local.
- Analgésico total.
- Paños estériles.
- Torundas, gasas, apósitos.
- Aspirador mecánico.

PROCEDIMIENTO.

El procedimiento debe ser realizado en pabellón.

- Idealmente con anestesia general; en caso de no ser posible y tener que recurrir a la anestesia local siempre se debe contar con la asistencia de un anesthesiólogo.

- Paciente en decúbito dorsal y cuello en extensión

Incisión transversal o levemente asciforme de suave concavidad superior, de alrededor de 4 cm de longitud, a un dedo por debajo del borde inferior del cartílago cricoides para evitar posible estenosis.

Sección de la piel, tejido celular subcutáneo y músculo cutáneo del cuello o platisma.

- Sección de la capa anterior de aponeurosis cervical profunda y separación de los músculos pre laríngeos (esternohioideo y esternotiroideos).

Incisión de capa posterior de la aponeurosis cervical profunda donde aparece el istmo de la glándula tiroides.

Si es posible se desplaza el istmo tiroideo de lo contrario se secciona y liga o sutura. Se infiltra con anestesia local la pared anterior de la tráquea y el lumen para evitar reflejos inhibitorios al abrirla.

Se abre la tráquea en forma vertical o mejor abrir en forma de "Y" dejando indemne al menos 1 anillo traqueal por debajo del cartílago cricoides.

Idealmente se debe abrir a nivel del 3er y 4to anillo traqueal.

Fijación de la tráquea a piel con 5 o 6 puntos en total en el borde superior e inferior que incluyan piel, tejido celular subcutáneo y pared traqueal.

Colocación de 1-2 puntos de piel en cada lado.

- Introducción de la cánula de traqueotomía N° 8, 9 o 10 en el adulto según observemos el diámetro traqueal. En niños habitualmente se utiliza cánulas del N° 2 al 5. Se confecciona especie de montura de gasa alrededor del traqueotoma para proteger los bordes, la piel y herida operatoria.

- Se fija la cánula con sus cintas alrededor del cuello amarrando con nudo rosa en la parte lateral derecha del paciente si es que éste es diestro con el fin que si se obstruye la cánula con secreciones espesas y secas, el mismo paciente, si está consiente, puede desanudarla y retirarla. Del mismo modo le resulte fácil y rápido su retiro al personal de enfermería o paramédico encargado del

paciente. En ningún caso realizar nudos ciegos o anudarlo en la parte posterior del cuello.

- El cuff debe inflarse cuando corresponda de acuerdo a la patología del paciente.

CUIDADOS DE ENFERMERIA.

La manipulación de la cánula, ya sea intubación, aseo de la cánula o cambio de ella debe realizarse con todas las normas de asepsia usando guantes estériles. Del mismo modo la aspiración traqueo bronquial, toma de cultivo de las secreciones y curación de la herida operatoria. Es indispensable la humidificación del aire inspirado con instilaciones continuas de suero fisiológico o bien uso de gasas húmedas en torno al traqueostoma.

La cánula debe mantenerse en buena posición ya que al angularse puede erosionar la pared traqueal y provocar pequeñas hemorragias, úlceras, tejido de granulación, infecciones agregadas y estenosis posterior. Es prudente contar con 2 cánulas para ir alternándolas.

Instilar algunas gotas de suero fisiológico al interior del lumen traqueal al momento de realizar la aspiración; induce accesos de tos que ayudan a eliminar las secreciones y además humedifica la mucosa del árbol respiratorio. Importante, de igual manera es brindar apoyo psicológico al paciente dado a que éste se encuentra con privación transitoria de la voz.

De la forma que la labor de enfermería maneje el cuidado del traqueostomizado, dependerá el éxito y la pronta recuperación del paciente.

BIBLIOGRAFIA.

<https://es.slideshare.net/upsy/broncoscopi> por IRMA OLGA FLORES.

<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003857.htm>.

[Portada](#) - [Últimas Publicaciones de la Revista](#) - Intervención de enfermería en la prueba broncoscopia

Intervención de enfermería en la prueba broncoscopia

11 julio, 2018Incluido en: Enfermería

Etiquetas: [broncoscopio](#), [fibrobroncoscopio](#)

Intervención de enfermería en la prueba broncoscopia

La broncoscopia es una prueba que sirve para visualizar las vías aéreas y se puede realizar para diagnosticar o con fines terapéuticos.

AUTORES:

Penélope Vargas De Los Santos. ENFERMERA. (ANSALUD ONUBA S.L).

Leticia Rivera Moreno. ENFERMERA. (COMPLEJO HOSPITALARIO JUAN RAMON JIMENEZ).

Jiménez Martín JM. Variabilidad y adherencia de las enfermeras a las recomendaciones en la realización de gasometría arterial y canalización de la arteria radial. Rev. Cuidándote. Vol. IV. Junio 2013.

Cortés-Telles A, Bautista-Bernal A, Torre-Bouscoulet L. Efecto de la anestesia en ungüento sobre la intensidad del dolor durante la realización de una gasometría arterial. UN ensayo abierto. Neumo Sir Tórax 2012; 71(4): 339-342.

The New England Journal of Medicine, Peripheral Intravenous Cannulation

<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMvcm0706789>

BEVERLY, Witter Dugas, Tratado de enfermería práctica, nueva editorial .interamericana, México, DF. 4ta Edición. Pág. 436-438. 2001 • CARPENITO, Lynda: Manual de Diagnóstico de Enfermería. Harla. México. 3ra. Ed. Pág. 115-116. 2000 • DUGAS, Witter Beverly. TRATADO DE ENFERMERIA PRACTICA. Editorial Mc Graw-Hill, México, 4ta. Edición. Pág. 386-387. 2003. • IVER, Patricia: Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería. Edit. McGraw-Hill. Interamericana. México 2000. Pág. 42 – 49.

CONCLUSION.

Considero que los manuales de procedimientos son muy importantes porque. Son la mejor herramienta, idónea para plasmar el proceso de actividades específicas dentro de una organización en las cuales se especifican políticas, aspectos legales, procedimientos, controles para realizar actividades de una manera eficaz y eficiente.