



**NOMBRE DE ALUMNA: DULCE FLOR HERNÁNDEZ DÍAZ**

**NOMBRE DEL PROFESOR: NANCY DOMÍNGUEZ TORRES**

**NOMBRE DEL TRABAJO: MANUAL DE PROCEDIMIENTOS Y  
TÉCNICAS**

**MATERIA: ENFERMERIA CLINICA II**

**GRADO: 5TO. CUATRIMESTRE**

**GRUPO: "A"**

Pichucalco, Chiapas a 20 de enero de 2021.

## **INTRODUCCIÓN**

El siguiente manual de técnicas y procedimientos es de suma importancia, debido a que aquí están implícitas y cada uno de los procedimientos básicos que toda enfermera debe saber y emplear a la hora de la práctica, y es por esta misma razón por la que se realiza para que el personal de la unidad tenga un manual de procedimientos que consultar a la hora de alguna duda o falla en la realización de una de estas técnicas.

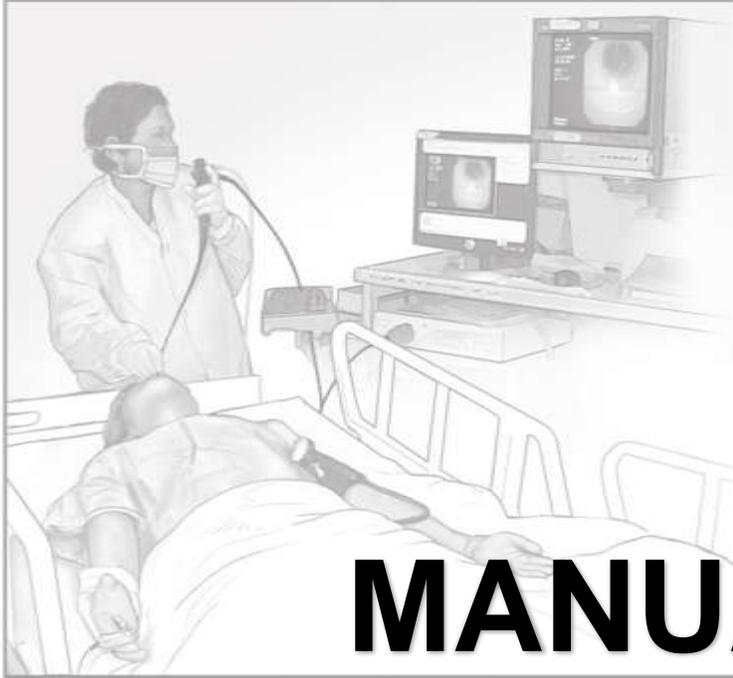
Este manual de técnicas y procedimientos servirá de guía útil, tanto para el personal como para otras personas que requieran de esta información.

## INDICE

INTRODUCCIÓN.....	2
BRONCOSCOPIA .....	6
<b>OBJETIVO</b> .....	6
<b>MATERIAL Y EQUIPO</b> .....	7
<b>PASOS DEL PROCEDIMIENTO</b> .....	8
<b>CUIDADO DE ENFERMERIA</b> .....	9
GASOMETRIA ARTERIAL .....	10
<b>OBJETIVO</b> .....	10
<b>MATERIAL Y EQUIPO</b> .....	10
<b>PASOS DEL PROCEDIMIENTO</b> .....	10
<b>CUIDADO DE ENFERMERIA</b> .....	12
TORACOCENTESIS.....	13
<b>OBJETIVO</b> .....	13
<b>MATERIAL Y EQUIPO</b> .....	13
<b>PASOS DEL PROCEDIMIENTO</b> .....	14
<b>CUIDADO DE ENFERMERIA</b> .....	15
BIOPSIA.....	16
<b>OBJETIVO</b> .....	16
<b>MATERIAL Y EQUIPO</b> .....	16
<b>PASOS DEL PROCEDIMIENTO</b> .....	17
<b>CUIDADO DE ENFERMERIA</b> .....	20
RECOGIDA DE MUESTRAS: SECRECIONES Y ESPUTO.....	21
<b>OBJETIVO</b> .....	21
<b>MATERIAL Y EQUIPO</b> .....	21
<b>PASOS DEL PROCEDIMIENTO</b> .....	21
<b>CUIDADO DE ENFERMERIA</b> .....	22
INTUBACIÓN ENDOTRAQUIAL.....	23
<b>OBJETIVO</b> .....	23
<b>MATERIAL Y EQUIPO</b> .....	24
<b>PASOS DEL PROCEDIMIENTO</b> .....	24
<b>CUIDADO DE ENFERMERIA</b> .....	25
ASPIRACIONES DE SECRECIONES CON LA TÉCNICA ABIERTA Y CERRADA.....	26

<b>OBJETIVO</b> .....	26
<b>MATERIAL Y EQUIPO</b> .....	26
<b>PASOS DEL PROCEDIMIENTO</b> .....	27
<b>CUIDADO DE ENFERMERIA</b> .....	30
TRAQUEOTOMIA.....	31
<b>OBJETIVO</b> .....	31
<b>MATERIAL Y EQUIPO</b> .....	31
<b>PASOS DEL PROCEDIMIENTO</b> .....	32
<b>CUIDADO DE ENFERMERIA</b> .....	34
CONCLUSIÓN.....	35
FUENTE BIBLIOGRAFICA.....	36

# Broncoscopia



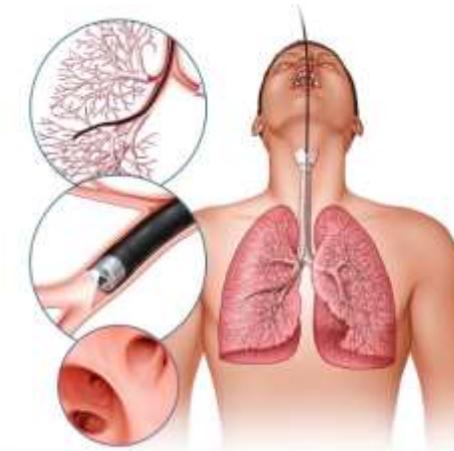
Broncoscopio

# MANUAL DE PROCEDIMIENTO

Tráquea  
Bronquio

Cáncer

## BRONCOSCOPIA



La broncoscopia es un procedimiento que permite que el médico examine los pulmones y las vías aéreas. Esto, generalmente, es realizado por un médico que se especializa en trastornos pulmonares (un neumólogo). Durante la broncoscopia, se introduce a través de la nariz o la boca un tubo delgado (broncoscopio) que desciende por la garganta hacia los pulmones.

La manera más común de realizar una broncoscopia es mediante el uso de un broncoscopio flexible. Pero en algunas situaciones, por ejemplo, si hay mucho sangrado en los pulmones o si hay un objeto grande atascado en las vías respiratorias, es probable que se necesite un broncoscopio rígido.

Los motivos frecuentes por los cuales se puede necesitar una broncoscopia son tos persistente, infección y detección de irregularidades en una radiografía de tórax u otra prueba.

La broncoscopia también puede utilizarse para obtener muestras de mucosidad o tejido, o para eliminar cuerpos extraños u otros bloqueos de las vías respiratorias o los pulmones o para tratar problemas de los pulmones.

## OBJETIVO

La broncoscopia, generalmente, se lleva a cabo para encontrar la causa de un problema pulmonar. Por ejemplo, tu médico puede remitirte para una broncoscopia porque tienes una tos persistente o se observan anomalías en una radiografía de tórax.

Estos son algunos de los motivos por los que se podría hacer una broncoscopia:

- ✓ Diagnóstico de un problema pulmonar
- ✓ Identificación de una infección pulmonar
- ✓ Biopsia de tejido del pulmón

- ✓ Eliminación de mucosidad, cuerpos extraños u otra obstrucción en las vías respiratorias o los pulmones, como un tumor
- ✓ Colocación de un pequeño tubo para mantener abierta una vía respiratoria (estent)
- ✓ Tratamiento de un problema pulmonar (broncoscopia intervencionista), como sangrado, estrechamiento anormal de las vías respiratorias (estenosis) o colapso pulmonar (neumotórax)

Durante algunos procedimientos, se pueden pasar dispositivos especiales a través del broncoscopio, como una herramienta para obtener una biopsia, una sonda de electrocauterización para controlar el sangrado o un láser para reducir el tamaño de un tumor de las vías respiratorias. Se utilizan técnicas especiales para guiar la toma de biopsias con el fin de garantizar que se tome una muestra del área deseada del pulmón.

En las personas con cáncer de pulmón, un broncoscopio con una sonda ecográfica incorporada puede utilizarse para controlar los ganglios linfáticos en el tórax. Esto se denomina "ecografía endobronquial" y ayuda a los médicos a determinar el tratamiento adecuado. La ecografía endobronquial puede utilizarse para otros tipos de cáncer a fin de determinar si se ha diseminado.

## **MATERIAL Y EQUIPO**

### **Mesa Estéril:**

- guantes estériles
- batas
- gasas y compresas
- lubricante hidrosoluble
- suero fisiológico
- recipientes estériles
- kit broncoscópico

### **Aparte:**

- anestésico local
- mascarilla quirúrgica
- gafas protectoras

- sistema de aspiración
- fuente de oxígeno
- equipo de RCP

## **PASOS DEL PROCEDIMIENTO**

### **1. Preparación del paciente**

- ❖ Informar al paciente del procedimiento. Reduce el temor y la ansiedad, favoreciendo la cooperación
- ❖ Debe firmar, él o sus familiares responsables, el consentimiento por escrito (según la política del centro y la legislación vigente)
- ❖ Posición en decúbito supino con elevación del cabecero 30°, salvo diferente criterio médico
- ❖ Ayuna desde 6 horas antes
- ❖ Si van a obtenerse biopsias, debe suspenderse la administración de heparina desde 6 horas antes; si estaba medicado con acenocumarol, éste debe suspenderse 72 horas antes
- ❖ Medicación (siempre bajo prescripción facultativa):
  1. Atropina: 30 o 60 minutos antes. 0,5 – 1 mg IM. Reduce las secreciones bronquiales y disminuye la incidencia de fenómenos vaso vágales
  2. Ansiolíticos: Reducen la ansiedad y propician la cooperación

### **2. Preparación del material**

#### **Mesa Estéril:**

- guantes estériles
- batas
- gasas y compresas
- lubricante hidrosoluble
- suero fisiológico
- recipientes estériles
- kit broncoscópico

**Aparte:**

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

**3. Asistencia al facultativo durante la realización de la técnica****4. Vigilar la aparición de las complicaciones descritas****CUIDADO 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

## GASOMETRIA ARTERIAL



La gasometría arterial es una técnica de monitorización 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.

La gasometría sirve para evaluar el estado del equilibrio ácido-base (se utiliza preferentemente la sangre venosa periférica) y para conocer la situación de la función respiratoria (sangre arterial).

### OBJETIVO

Valorar:

- ❖ Oxigenación: Porcentaje de hemoglobina unida reversiblemente al oxígeno. (Saturación: Sat O<sub>2</sub>).
- ❖ Ventilación: Presión ejercida por el oxígeno disuelto en el plasma (Presión arterial de oxígeno: Pa O<sub>2</sub>).
- ❖ Equilibrio: Ácidos bases: Ph , CO<sub>3</sub>H (bicarbonato), PaCO<sub>2</sub> (presión arterial de anhídrido carbónico).

### MATERIAL Y EQUIPO

- Batea
- Guantes
- Antiséptico
- Gasas estériles
- Jeringa y agujas específicas de gasometrías (con autollenado para muestras arteriales con heparina sólida).
- Esparadrapo
- Etiqueta para la identificación del paciente.
- Contenedor de residuos
- Bolsa de hielo para transportar la muestra al laboratorio.

### PASOS DEL PROCEDIMIENTO

- ✓ Informar al paciente del procedimiento que vamos a realizar

- ✓ Preguntarle si recibe tratamiento anticoagulante
- ✓ Lavado de manos
- ✓ Uso de guantes
- ✓ Conseguir una postura cómoda para el paciente y para quien realiza la punción
- ✓ Localizar la zona de punción y desinfectar con antiséptico.
- ✓ La elección debe de hacerse en este orden: radial, humeral, y femoral.

#### **A. RADIAL**

Realizar prueba de Allen para comprobar la circulación colateral. (con los dedos índice y medio, ejercer compresión simultánea sobre las arterias radial y cubital durante unos segundos permaneciendo el paciente con el puño cerrado. Sin reducir la presión pedir al paciente que abra la mano, se observará la palma de la mano blanca. Descomprimir o liberar la presión de la arteria cubital, en menos de 15 segundos deberá restablecerse la circulación y el color de la mano. Siendo prueba de Allen positiva).

Una vez realizada la prueba con la muñeca del paciente en extensión (se aconseja en la mano no dominante) y los dedos índice y corazón, del profesional ligeramente separados, marcar la arteria radial (en el túnel carpiano). Al localizar el pulso aflojar la presión, pero sin alejar los dedos y puncionar con un ángulo de 45° con respecto a la piel, atravesándola entre los dedos y con el bisel de la aguja hacia arriba dirección craneal.

#### **B. HUMERAL O BRAQUIAL**

Colocar el brazo en extensión. Puncionar con un ángulo aproximadamente de 45°.

#### **C. FEMORAL**

La punción se realizará en línea perpendicular a la arteria (90°). En esta zona debido al riesgo al que se expone al paciente se reserva para casos de necesidad extrema.

#### **D. PEDIA**

- ❖ Se utiliza raramente.
- ❖ Dejar que la sangre fluya espontáneamente y rellene el espacio en la jeringa.
- ❖ Una vez obtenida la muestra, tapar la jeringa inmediatamente para evitar la entrada de O<sub>2</sub> ambiental y la alteración de PO<sub>2</sub> arterial.
- ❖ Identificar la muestra y enviarla en bolsa de hielo al laboratorio.
- ❖ Comprimir la zona de punción de 2 a 10 minutos según la arteria elegida con gasa seca.

- ❖ En el caso de tratamiento con anticoagulantes o trastornos de hemostasia aplicar presión en el punto de punción hasta verificar ausencia de sangrado.
- ❖ Indicar en el volante si la muestra es basal o con oxígeno (indicar el flujo), así como si el paciente está hipo o hipertérmico.
  - a) Muestra basal: Paciente sin O2 durante 20 o 30 minutos.
  - b) Con O2.-Asegurarse que el paciente ha recibido O2 durante al menos 20 o 30 minutos previos a la extracción.
- ❖ Registrar el procedimiento e incidencias en la historia de enfermería

## **CUIDADO DE ENFERMERIA**

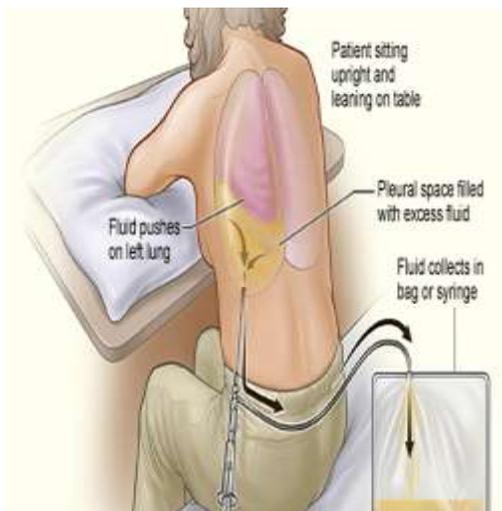
Para evitar las complicaciones se debe tener en cuenta las siguientes precauciones

- ✓ 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 anticoagulados 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 anticoagulados, aumentaremos el tiempo de compresión y vigilancia.

## TORACOCENTESIS



La toracocentesis es el procedimiento empleado para la obtención puntual de material pleural con fines diagnósticos (toracocentesis diagnóstica) y/o terapéuticos (toracocentesis evacuadora), y se realiza percutáneamente con una aguja hueca fina o un catéter sobre aguja.

En determinadas circunstancias, como el neumotórax y los derrames pleurales de gran cuantía o alta densidad, será preciso colocar un drenaje pleural. Esta técnica, denominada toracostomía con tubo, inserción de tubo torácico o drenaje pleural, se puede realizar percutáneamente mediante técnica de Seldinger o trocar, y mediante disección

## OBJETIVO

- ❖ Obtención de líquido del espacio pleural para su posterior análisis. (Toracocentesis diagnóstica).
- ❖ Drenaje de aire o líquido de la cavidad pleural a fin de disminuir la dificultad respiratoria, (Neumotórax a tensión, traumatismos abdominales, accidentes de tráfico) (Toracocentesis terapéutica)

## MATERIAL Y EQUIPO

### Material:

- ✓ 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.

## **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 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.

## **CUIDADO 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.

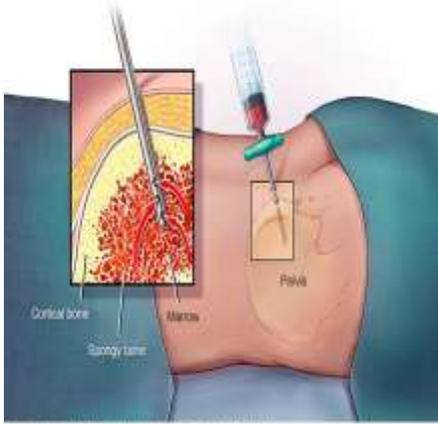
## **DEL MATERIAL:**

- ❖ 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.

## BIOPSIA



Una biopsia es la extracción de tejido de alguna parte del cuerpo para examinar en el mismo la presencia de una enfermedad. En algunas se extirpa una pequeña muestra de tejido con una aguja mientras que en otras se extrae un nódulo o bulto sospechoso.

La mayoría de las biopsias por aguja se realizan en forma ambulatoria con muy poca preparación. Su médico le dará instrucciones de acuerdo al tipo de biopsia que se le va a hacer. Hable con su médico si existe alguna posibilidad de que esté embarazada. Coméntele sobre cualquier medicamento que esté tomando, incluyendo desespesadores de la sangre como la aspirina y suplementos herbales, y sobre si tiene alguna alergia (especialmente a la anestesia). Su médico le recomendará que deje de tomar aspirina o agentes desespesadores de la sangre durante un periodo determinado de tiempo antes de su procedimiento, y se le podría pedir que no coma ni beba nada durante las ocho horas anteriores. Deje las joyas en casa y vista ropas holgadas y cómodas. Se le podría pedir que se ponga una bata.

## OBJETIVO

Una biopsia consiste en la remoción de tejido para examinar si está presente una enfermedad. Las muestras de tejido pueden ser tomadas de cualquier parte del cuerpo. Las biopsias se realizan de varias formas diferentes. Algunas biopsias involucran la remoción de una cantidad pequeña de tejido con una aguja mientras otras involucran la remoción quirúrgica de un bulto entero, o nódulo, que es sospechoso.

A menudo, el tejido es removido colocando una aguja a través de la piel (en forma percutánea) al área de la anomalía. Las biopsias se pueden realizar en forma segura con guía por imágenes tales como ultrasonido, rayos X, tomografía axial computarizada (TAC), o resonancia magnética nuclear (RMN). Estos tipos de imágenes son usadas para determinar exactamente donde colocar la aguja y realizar la biopsia.

## 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)

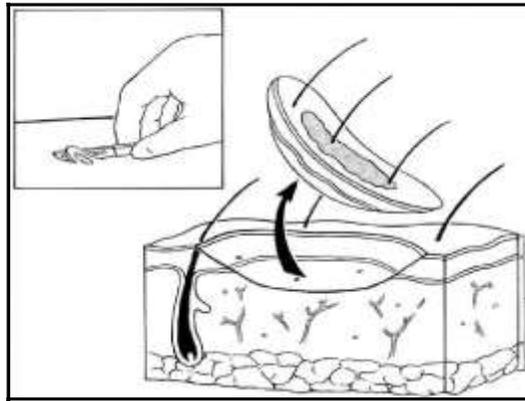
## **PASOS DEL PROCEDIMIENTO**

- 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).

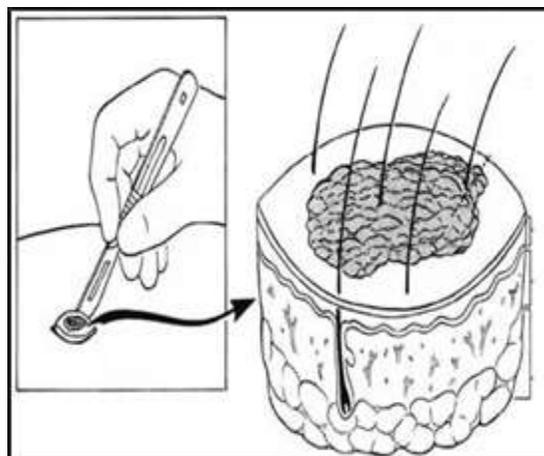
Se colocan los campos quirúrgicos para evitar la contaminación del material que se va a retirar.

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

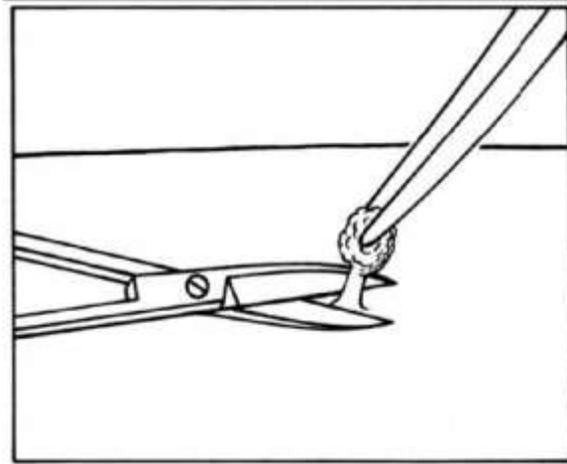
- a) **Biopsia por rasurado:** Se utiliza para remover lesiones exofíticas no cancerígenas, tales como queratosis seborreica, y para el diagnóstico de algunos cánceres tipo no-melanoma; la técnica requiere un rasurado de la piel con una hoja de bisturí o una cuchilla con el fin de remover la lesión. Esta técnica no se debe realizar en el caso de sospechar que la lesión se trate de un melanoma, debido a que la muestra obtenida puede ser inadecuada para un examen completo sobre todo si el rasurado es muy superficial.



- b) **Biopsia fusiforme o elíptica:** Utilizada para remover lunares o algunas lesiones de tipo canceroso. La muestra es más grande que la obtenida por una biopsia de punción. La biopsia puede ser excisional lo cual supone que la lesión es removida completamente o incisional cuando solo se extrae una porción de la lesión. Usualmente se requiere suturar y esta técnica puede dejar una pequeña cicatriz lineal.



- c) **Biopsia con tijeras:** Se utiliza cuando la lesión se encuentra adherida a la piel por un pedículo, por lo que se realiza un corte del mismo con tijeras.



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

## **CUIDADO DE ENFERMERIA**

En el caso de encontrar alguna contraindicación para la realización del procedimiento se debe referir el paciente para valoración por cirugía general o dermatología según la localización y compromiso que tenga en el sitio de la lesión.

## RECOGIDA DE MUESTRAS: SECRECIONES Y ESPUTO



El esputo es una mezcla de secreciones del tracto respiratorio inferior y superior. El solicitado en las pruebas es general y fundamentalmente el del tracto inferior. Es una muestra de fácil recogida y no agresiva. Su aspecto macroscópico revela, en ocasiones, datos interesantes que pueden orientar el diagnóstico.

La obtención la realiza el propio paciente siguiendo unas instrucciones. Previo lavado de la boca, se debe obtener una muestra mediante expectoración profunda y espontánea. Es preferible el primer esputo de la mañana. Excepto si se va a instaurar tratamiento antibiótico, en

cuyo caso es preferible el esputo tomado antes de administrar el antibiótico.

### OBJETIVO

- Obtener una muestra de esputo en cantidad y calidad suficiente para su análisis.

### MATERIAL Y EQUIPO

#### Equipo:

- ❖ Batea.
- ❖ Equipo necesario para la Aspiración de Secreciones.

#### Material:

- ❖ Guantes no estériles.
- ❖ 1 Etiqueta identificativa.
- ❖ Colutorio bucal.
- ❖ 1 Recipiente estéril.
- ❖ Impreso de petición de laboratorio.
- ❖ Material necesario para la Aspiración de Secreciones.
- ❖ Registros de enfermería.

### PASOS DEL PROCEDIMIENTO

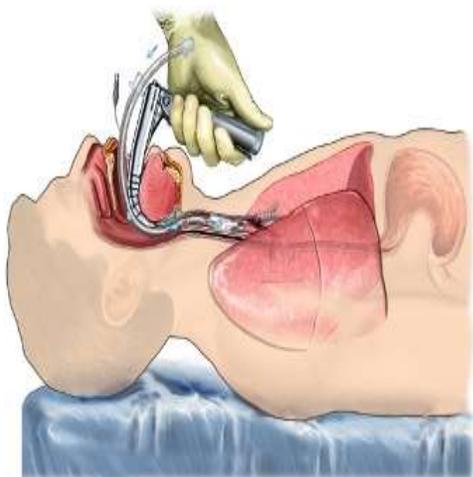
- ❖ Realizar lavado de manos.
- ❖ Preparar el material.
- ❖ Preservar la intimidad del paciente.
- ❖ Informar al paciente del procedimiento.

- ❖ Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- ❖ Colocarse guantes desechables.
- ❖ Si el paciente está consciente: explicar la técnica de recogida:
  1. Se ha de recoger por la mañana y colocarlo en un frasco estéril.
  2. Indicarle que se lave los dientes y haga gargarismos con algún colutorio.
  3. Hacer que el paciente tosa.
  4. Si la tos no consigue producir una muestra. Hacer al paciente respirar una mezcla templada de agua destilada y suero fisiológico.
- ❖ Si el paciente está inconsciente, intubado, con traqueostomía o es incapaz de toser y expectorar, se procederá a la aspiración de secreciones. Técnica aséptica. Recoger el esputo mediante sistema de recogida conectado a sonda de aspiración.
- ❖ Dejar al paciente en posición cómoda.
- ❖ Retirar el material.
- ❖ Identificar frasco y cursar al laboratorio junto con la petición.
- ❖ Retirarse los guantes.
- ❖ Realizar lavado de manos.
- ❖ Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente

### **CUIDADO DE ENFERMERIA**

Se puede conservar en una nevera un tiempo máximo de 24 horas, o bien de no poder remitir la muestra en ese plazo se deberá añadir a la muestra 20 cc de alcohol al 50% pudiéndose conservar posteriormente a temperatura ambiente. La muestra debe enviarse lo antes posible al departamento de microbiología, aunque si no pudiera realizarse de una forma inmediata se recomienda mantener en nevera. En este caso no se recomienda la instilación de alcohol en la muestra pues puede alterar la composición de la muestra.

## INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL



La intubación endotraqueal es la técnica definitiva de permeabilización y aislamiento de la vía aérea, permitiendo:

- la administración de oxígeno a alta concentración y de un volumen corriente suficiente para mantener una insuflación pulmonar adecuada.
- la aspiración de la tráquea.
- la administración de medicamentos vía traqueal.

La intubación endotraqueal y ventilación mecánica son los factores de riesgo de mayor importancia en la neumonía nosocomial. Ésta se produce por los siguientes mecanismos:

- microaspiraciones de los microorganismos que colonizan vía aérea superior (secreción orofaríngea/ gástrica) a través del espacio virtual neumo-pared traqueal durante maniobras que varían el calibre de vía aérea (tos, deglución), llegando microorganismos al tracto inferior.
- Aspiración de material gástrico/esofágico (aspiración de vómito, SNG.)
- Inoculación directa de patógenos en el tracto respiratorio inferior (nebulizaciones, sondas de aspiración, secreciones del personal sanitario)

Durante la colocación del tubo, se realizará una técnica aséptica (lo más estéril o limpia posible, en su defecto).

Los equipos de oxigenoterapia que se conecten serán estériles (mascarillas, sondas de aspiración estériles para cada aspiración).

## OBJETIVO

El objetivo de este procedimiento es mantener la vía aérea permeable, estableciendo una vía segura de comunicación y entrada de aire externo hasta la tráquea. Para esto, el extremo distal del tubo debe quedar aproximadamente a 1-2 cms de la carina, de modo que el aire pueda llegar adecuadamente a ambos bronquios.

## **MATERIAL Y EQUIPO**

- ✓ Guantes
- ✓ Prenda para atenuar la luz (manta o similar)
- ✓ Fuente de O<sub>2</sub>
- ✓ Bolsa de ventilación con reservorio y mascarillas de distintos tamaños
- ✓ Cánulas orofaríngeas, tubos endotraqueales (TET) de varios tamaños
- ✓ Filtro antibacteriano
- ✓ Fiador semirrígido
- ✓ Jeringa de 10 ml
- ✓ Laringoscopio con palas de laringoscopio curvas y rectas de distintos tamaños
- ✓ Lubricante hidrosoluble estéril
- ✓ Pinzas de Magill o Kelly
- ✓ Fonendoscopio
- ✓ Venda
- ✓ Tijeras
- ✓ Aspirador
- ✓ Sonda rígida de Yankauer
- ✓ Sondas de aspiración estériles de distintos calibres
- ✓ Paño estéril

## **PASOS DEL PROCEDIMIENTO**

- Extienda el paño estéril y coloque todo el material sobre éste.
- Compruebe el material que se va a utilizar (balón de neumotaponamiento y laringoscopio)
- Coloque al paciente en decúbito supino, con el cuello en hiperextensión (manteniendo control cervical en el paciente traumatizado), situándose la persona que va a realizar la intubación detrás de la cabeza del paciente.
- Abra la boca del paciente, retire prótesis dentales y cuerpos extraños y aspire si es necesario.
- Ventile y oxigene al paciente con cánula, mascarilla y bolsa de reanimación con reservorio conectada a fuente de O<sub>2</sub>.

### **Laringoscopia:**

- Coja el laringoscopio con la pala montada con la mano izquierda o introduzca la pala por el lado derecho de la boca deslizándola al tiempo que va desplazando la lengua hacia la izquierda. La punta de la pala se situará en la

vallécula visualizando la epiglotis bajo la pala si ésta es curva o pisándola (la epiglotis) si la pala es recta.

- No deje de ver el extremo distal de la pala, haga tracción hacia arriba y adelante, sin hacer palanca en los dientes hasta visualizar las cuerdas vocales.
- Coja el tubo con la mano derecha e introdúzcalo entre las cuerdas vocales hasta que el balón de neumotaponamiento las sobrepase (20 a 22 cm. desde la comisura de los labios). Se puede utilizar un fiador maleable en su interior, evitando que sobresalga por el extremo distal del tubo (dé forma de palo de golf al fiador y doble hacia arriba).
- Compruebe la correcta inserción del tubo en la tráquea ventilando al paciente (empañamiento del tubo, movimientos torácicos bilaterales) al mismo tiempo que se auscultan epigastrio y en ambos campos pulmonares (bases y ápex pulmonares).
- Infle el balón de neumotaponamiento con 8-10 ml de aire.
- Coloque el sensor de capnometría para medición de CO<sub>2</sub> al final de la espiración ETCO<sub>2</sub>.
- Asegure el tubo endotraqueal con el fijador de tubo.
- Coloque la sonda oro gástrica (si el paciente lo precisa) antes de la fijación del TET.
- Saque la sonda oro gástrica bien por el orificio del TET, si el espacio lo permite, o por el orificio lateral del fijador de tubo.
- Tenga cuidado para no pillar el tubo del neumotaponamiento con el tornillo de fijación.
- Intubación A paso 1 Intubación A paso 2 Intubación A paso 3 Intubación A paso 4
- Intubación A Intubación B
- Si no dispone de fijador de tubo, coloque una cánula de Guedel y fíjela junto con el TET.
- Ventile con balón de reanimación y O<sub>2</sub> hasta conectar al respirador intercalando filtro anti bacterias.
- Reevalúe la correcta colocación del TET y del neumotaponamiento.

## **CUIDADO DE ENFERMERIA**

La intubación endotraqueal es de gran importancia ya que gracias a ella podemos realizar el intercambio de gases, los cuales mantienen a nuestro organismo con vida, ayudando así a disminuir la mortalidad en pacientes con problemas respiratorios.

Que la enfermera/o tenga una formación previa, ayuda en gran medida a que el procedimiento se lleve a cabo de forma exitosa.

## ASPIRACIONES DE SECRECIONES CON LA TÉCNICA ABIERTA Y CERRADA



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

❖ **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). Se emplean sondas de aspiración de múltiples usos.

### OBJETIVO

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

### MATERIAL Y EQUIPO

Comprobar el estado, funcionamiento y caducidad del material a utilizar, si es necesario.

- ✓ 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 (Ambu®).
- ✓ Cánula orofaríngea (cánula de Guedell®).
- ✓ Fuente de oxígeno y caudalímetro.
- ✓ Si se precisa, contenedor para toma de muestras.
- ✓ Lubricante hidrosoluble.
- ✓ Estetoscopio.

## **PASOS DEL PROCEDIMIENTO**

### **Aspiración orofaríngea y nasofaríngea:**

- ❖ Realizar 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.
- ❖ Oxigenar al paciente al menos 30 segundos, a menos que exista contraindicación, si presenta disminución de oxígeno y/o alteraciones del ritmo cardiaco durante la aspiración y si recibe oxígeno suplementario de forma continua.
- ❖ Colocarse los guantes estériles.
- ❖ Coger la sonda con la mano dominante y conectarla a la unidad de aspiración.
- ❖ Calcular de forma aproximada la profundidad de inserción de la sonda (distancia entre el lóbulo de la oreja y la punta de la nariz). Lubricar el extremo de la sonda con lubricante hidrosoluble o con suero fisiológico.
- ❖ En la aspiración orotraqueal, insertar la sonda a través de la boca suavemente a lo largo de un lateral hasta la orofaringe; en caso del enfermo inconsciente, a través de una cánula orofaríngea (cánula de Guedell®).
- ❖ Insertar la sonda suavemente sin aplicar aspiración a través de la boca, o una ventana de la nariz.

- ❖ Realizar la aspiración: para ello aplicar el dedo pulgar sobre el orificio de control de la aspiración, o desclampar la sonda.
- ❖ Extraer la sonda sin rotación y aspirando de forma continua.
- ❖ No prolongar la aspiración durante más de 15 segundos para evitar trauma en la mucosa e hipoxia.
- ❖ Aumentar el aporte de oxígeno brevemente, si precisa.
- ❖ En caso de necesitar otra aspiración, dejar descansar al paciente 20-30 segundos antes de introducir una nueva sonda.
- ❖ Desechar la sonda utilizada y limpiar el tubo conector con agua estéril.
- ❖ Dejar al paciente en una posición cómoda.
- ❖ Asegurarse de que el equipo quede disponible para una próxima aspiración.

Se puede realizar aspiración nasotraqueal cuando existan secreciones audibles en vías aéreas inferiores. Para ello:

- ❖ Introducir la sonda por la fosa nasal unos 10-15 cm o hasta que el extremo de la sonda estimule la tos. En este momento estaremos situados en la región glótica, el paciente empezará a toser, le epiglotis permanecerá más tiempo abierta y es cuando se puede acceder a la tráquea.
- ❖ Si el paciente no tose, animarle a que lo haga y decirle que evite deglutir para que la sonda vaya hacia la tráquea y no al estómago.

#### **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 O<sub>2</sub> al 100% (excepto en neonatos) durante 30-60 segundos, ajustar la FiO<sub>2</sub> 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:**

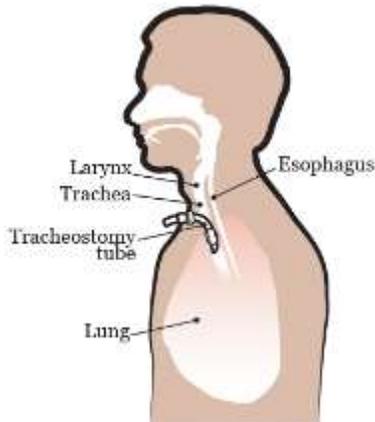
- ❖ Higiene de manos según PD-GEN-105.

- ❖ 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. traer la sonda sin rotación y aspirando de forma continua.
- ❖ 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.

### **CUIDADO 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



La traqueotomía es la incisión quirúrgica que se realiza de manera electiva en la cara anterior de la tráquea, a la altura del 2º ó 3º anillo traqueal, por debajo del cartílago cricoides, para la inserción de un tubo, con el fin de restablecer y mantener la permeabilidad de la vía aérea. La traqueotomía preferentemente debe realizarse en el quirófano, pero de no ser posible se llevará a cabo bajo las medidas máximas de asepsia.

## OBJETIVO

- ❖ Asegurar la permeabilidad de las vías aéreas, cuando no es posible por vía orofaríngea.
- ❖ Proporcionar ventilación asistida por un lapso de tiempo prolongado.
- ❖ Aspiración de secreciones.

## MATERIAL Y EQUIPO

- Equipo para aspiración de secreciones (aspirador, tubos de aspiración y sondas para aspiración).
- Cánula de traqueotomía (calibre 6.0 al 9.0) para paciente adulto.
- Bulto de instrumental para traqueotomía.
- Batas quirúrgicas estériles.
- Campos y riñón estériles.
- Guantes estériles.
- Gorro y cubrebocas.
- Gafas de protección.
- Solución antiséptica.
- Solución estéril para irrigación.
- Anestésico local, lidocaína al 2% sin epinefrina.
- Jeringas de 5 y 10 ml e insulina (2 de cada una).
- Ambú y mascarilla o sistema en T.

## PASOS DEL PROCEDIMIENTO

Las cánulas de traqueotomía son tubos curvos, que constan de un tubo externo, uno interno y obturador. El obturador se utiliza para introducir la cánula externa, se retira una vez que ésta es colocada. El tubo o cánula externa tiene cintas para sujeción. El tubo o cánula interna se encuentra dentro de la cánula externa que se puede retirar para realizar su limpieza durante breves periodos (algunas cánulas no tienen este tubo y se les llama cánula simple). Las cánulas de traqueotomía con globo se utilizan especialmente cuando el paciente se encuentra conectado a un respirador, al inflar el globo que permite mantener el tubo en el sitio y evita la aspiración de secreciones orofaríngeas y el escape de aire entre el tubo y la tráquea.

1. Lavarse las manos.
2. Valoración y registro de las cifras de signos vitales (considerar la oportunidad de colocar monitor de signos vitales).
3. Buscar la manera de comunicar e informar al paciente o a sus familiares sobre el procedimiento que se le va a realizar al paciente.
4. Conseguir la firma de autorización para la realización del procedimiento quirúrgico.
5. Preparación de la piel con solución antiséptica desde la mandíbula hasta las clavículas.
6. Preparar la mesa donde se va a colocar el instrumental.
7. El médico que va a realizar la traqueotomía deberá realizar el cepillado de manos quirúrgico.
8. Colocar al paciente en posición supina y Rossier, con el cuello en hiperextensión.
9. Colocar lámpara o fuente de iluminación.
10. Colocarse bata y guantes estériles.
11. Colocar el material e instrumental estéril, utilizando la técnica de asepsia.
12. Corroborar la funcionalidad del manguito (balón) de la cánula, inflarlo y revisar su simetría o si existen fugas, posteriormente desinflar por completo para que se pueda insertar.
13. Realizar al paciente la asepsia quirúrgica con solución antiséptica.
14. El médico se coloca el gorro, cubrebocas y gafas de protección.
15. Ayudar al médico a cerrarse la bata (estéril). El médico se coloca los guantes estériles.
16. El médico realiza la aplicación de anestésico local.

17. El médico realiza el procedimiento quirúrgico, la enfermera (o) realiza las funciones como circulante o instrumentista. Preferentemente se recomienda contar con el apoyo de otra enfermera (o) para la administración de medicamentos, etc.
18. El médico inserta la cánula de traqueotomía e inmediatamente se infla el manguito (balón). Posteriormente se debe auscultar el tórax para escuchar los ruidos respiratorios bilaterales.
19. Fijar la cánula de traqueotomía con cintas o dispositivos de fijación para la misma.
20. Puede ser que para la fijación interna de la cánula se realizaran suturas de sostén con seda 00 a uno y otro lado del cartílago traqueal a nivel de la incisión quirúrgica, para extraerlas a través de la herida. Cada una debe fijarse con cinta a la piel a un ángulo de 45° en dirección lateral.
21. Verificar que el manguito de la cánula de traqueotomía se encuentre adecuadamente inflado.
22. Conectar la fuente de oxígeno o ventilador mecánico.
23. Valorar y registrar las cifras de signos vitales.
24. Registrar en el expediente clínico, el procedimiento realizado, señalando el número del calibre de la cánula que se colocó al paciente, medicamentos administrados, etc.
25. Tomar una radiografía de tórax, para comprobar la colocación adecuada del tubo.
26. Valorar y registrar en el expediente clínico las condiciones del estoma.
27. Es común que durante las primeras horas de haberse realizado la traqueotomía exista cierta presencia de sangrado alrededor del estoma. Si aumenta la cantidad avisar al médico. Mientras tanto, mantener limpio el estoma bajo condiciones asépticas.
28. Se debe tener disponible en la cabecera del paciente un tubo adicional, obturador y pinzas hemostáticas estériles, previniendo que se presente desplazamiento de la cánula y exista la necesidad de insertar una nueva.
29. Disponer los desechos conforme a la NOM 087-ECOL-1995.
30. Acondicionar al paciente en una situación cómoda y confortable.
31. Mantener disponible el equipo para aspiración de secreciones.
32. Lavar el equipo y enviarlo para su esterilización.
33. Lavarse las manos.

## **CUIDADO DE ENFERMERIA**

Los cuidados de traqueotomía están encaminados a mantener la permeabilidad de la vía aérea, evitar la infección y buscar estrategias para mejorar la adaptación del paciente a la nueva situación. Asimismo, tener conocimientos sobre las posibles complicaciones con el objeto de detectarlas y tratarlas. Para brindar una atención holística al paciente, es indispensable proporcionar especial atención a la ansiedad sufrida por el estado de salud, y más aún considerar que puede agudizarse al enfrentar el problema de comunicación y baja autoestima que afecta al paciente, para lo cual se tendrá que buscar la forma más adecuada y práctica para comunicarse con él, compromiso en el cual se involucrará al equipo de salud, y muy especialmente, a los familiares y amigos del paciente.

## **CONCLUSIÓN**

Los procedimientos con diversas técnicas como para la broncoscopia, biopsia, traqueotomía entre otras es necesarios contar con manuales para sus pasos a seguir ya que se utilizan diversas herramientas, el manejo adecuado de cada técnica y la forma de atención en el medio de cuidados de enfermería hace el complemento perfecto para llevar a cabo cada practica esto resulta de una forma más factible cometer errores que puedan provocar más daños.

## FUENTE BIBLIOGRAFICA

### 1. BRONCOSCOPIA

- ✓ <https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/bronchoscopy/about/pac-20384746#dialogId55586965>
- ✓ [http://www.enferpro.com/tbroncoscopia\\_.htm](http://www.enferpro.com/tbroncoscopia_.htm)

### 2. GASOMETRIA ARTERIAL

- ✓ <https://academiaeir.es/interpretar-una-gasometria-arterial/>
- ✓ <http://www.areasaludplasencia.es/wasp/pdfs/7/711093.pdf>

### 3. TORACOCENTESIS

- ✓ <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-enfermeria-la-toracocentesis/>

### 4. BIOPSIA

- ✓ <https://www.radiologyinfo.org/sp/info.cfm?pg=biopgen>
- ✓ [https://www.uis.edu.co/intranet/calidad/documentos/bienestar\\_estudiantil/protocolos/TBE.09.pdf](https://www.uis.edu.co/intranet/calidad/documentos/bienestar_estudiantil/protocolos/TBE.09.pdf)

### 5. RECOGIDA DE MUESTRA: SECRECIÓN Y ESPUTO

- ✓ <http://cuidados20.san.gva.es/documents/16605/18109/13+-+Procedimientos+de+recogida+de+muestras+del+paciente.pdf>

### 6. INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL

- ✓ [https://www.madrid.es/ficheros/SAMUR/data/602\\_03.htm#:~:text=Guantes%2C%20prendas%20para%20atenuar%20la,palas%20de%20laringoscopio%20curvas%20y](https://www.madrid.es/ficheros/SAMUR/data/602_03.htm#:~:text=Guantes%2C%20prendas%20para%20atenuar%20la,palas%20de%20laringoscopio%20curvas%20y)
- ✓ <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-de-enfermeria-intubacion-endotraqueal/>

### 7. ASPIRACIÓN DE SECRECIONES CON LA TECNICA CERRADA Y ABIERTA

- ✓ <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352837382621&ssbinary=true>

### 8. TRAQUEOTOMIA

- ✓ [https://www.pisa.com.mx/publicidad/portal/enfermeria/manual/4\\_2\\_3.htm](https://www.pisa.com.mx/publicidad/portal/enfermeria/manual/4_2_3.htm)

**PLACE**



**NOMBRE DE LA ALUMNA:** DULCE FLOR HERNANDEZ DIAZ

**NOMBRE DEL PROFESOR:** LIC. NANCY DOMINGUEZ TORRES

**NOMBRE DEL TRABAJO:** PLACE-PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERIA - ENFISEMA PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA (EPOC)

**MATERIA :** ENFERMERIA CLINICA II

**GRADO :** 5TO CUATRIMESTRE

**GRUPO :** UNICO

**PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA**

FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

NOMBRE DEL PACIENTE

FECHA Y HORA	REQUISITOS (Según guía de valoración)	DIAGNOSTICO DE ENFERMEDAD (NANDA) O PROBLEMA INTERDEP.	OBJETIVO O RESULTADO DE ENFERMERIA	DE ENFERMERIA (Independientes e interdependientes)	FUNDAMENTACION CIENTÍFICA DE LAS INTERVENCIONES (NIC) 3140	EVALUACION
		Limpieza ineficaz de las vias aereas cod.00031	(NOC) Movimiento de entrada y salida del aire en los pulmones. 0403	(NIC)	(NOC)	
		<b>DOMINIO: 11</b> seguridad/proteccion  <b>CLASE 02 :</b> lesion fisica  <b>PATRON 04 :</b> actividad y ejercicio  NECESIDAD: 01 Respirar normalmente  Incapacidad para eliminar las secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio para mantener las vias aereas permeables . F/R :Enfermedad pulmonar obstructiva cronica M/P Disnea,ortopnea, cambios en la frecuencia respiratorio.	<b>DOMINIO:02</b> salud fisiologica  <b>CLASE E:</b> Cardiopulmonar  <b>RESULTADO:</b> Estado respitarorio ventilacion  INDICADORES:  400301 Frecuencia respiratoria 40311 Retraccion toracica 40331 Acumulacion de esputos  <b>PUNTUACION DIANA DEL RESULTADO:</b>  <b>Escala b:</b> desviacion grave del rango normal hasta sin desviacion del rango normal .  <b>Escala n:</b> desde grave a ninguno	<b>CAMPO: 02</b> fisiologico complejo  <b>CLASE: k</b> control respiratorio  <b>INTERVENCION:</b> Manejo de la via aerea  ACTIVIDADES :  314002 Colocar al paciente para maximizar el potencial de ventilacion. 314006 Eliminar las secreciones fomentando la tos o mediante succion. 314014 Enseñar al paciente a utilizar inhaladores preescritos, si es el caso. 314015 Administracion tratamientos con aerosol, si esta indicado. 3140 17 administrar aire u oxigeno humificados, segun corresponda	Def. Asegurar la permeabilidad de la via aerea.	

**PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERIA**

FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

ASMA BRONQUIAL

NOMBRE DEL PACIENTE

FECHA Y HORA	REQUISITOS (Según guía de valoración)	DIAGNOSTICO DE ENFERIA (NANDA) O PROBLEMA INTERDEP.	OBJETIVO O RESULTADO DE ENFERMERIA	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (Independientes e interdependientes)	FUNDAMENTACION CIENTÍFICA DE LAS INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACION
			(NOC)	(NIC)		(NOC)
		<b>DOMINIO: 4</b> Actividad/ Reposo  <b>CLASE 4:</b> Respuestas cardiovasculares/ pulmonares  Intolerancia a la actividad r/c desequilibrio entre aporte y demanda de oxígeno m/p frecuencia cardiaca anormal, disnea de esfuerzo y fatiga.	<b>DOMINIO:1</b> Salud funcional  <b>CLASE A</b> Mantenimiento de la energía  RESULTADO:  Tolerancia a la actividad  INDICADORES:  * Saturación de oxígeno en respuesta a la actividad  * Frecuencia cardiaca en respuesta a a la actividad  *Frecuencia respiratoria en respuesta a la actividad  * Esfuerzo respiratorio en respuesta a la actividad  PUNTUACION DIANA DEL RESULTADO:  nov-20	<b>CAMPO: 2</b> Fisiológico / complejo  <b>CLASE: K</b> Control respiratorio  INTERVENCION:  Manejo del asma  ACTIVIDADES:  * Comparar el estado actual respiratorio con el estado anterior para detectar cambios.  * Observar si hay crisis asmáticas  *Enseñar al familiar las medicaciones antiinflamatorias y broncodilatadoras y su uso adecuado  *Ayudar a reconocer signos inminentes de las crisis asmáticas y a implantar medidas de respuesta adecuadas.  * Comparar el estado actual respiratorio con el estado anterior para detectar cambios.  * Controlar la frecuencia, el ritmo y la profundidad de las respiración.  * Auscultar sonidos respiratorios y sonidos pulmonares.  * Enseñar técnicasde respiración y relajación	Identificacion , tratamiento y prevencion de las reacciones inflamatorias de las vías aéreas .	