

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN - DIETÉTICA
Y TECNOLOGÍA MÉDICA
UNIDAD DE POST GRADO E INVESTIGACION:
ENFERMERÍA MEDICO QUIRÚRGICO



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA ENFERMERIA
EN LOS SERVICIOS DE NEUROLOGIA Y NEURO CIRUGIA DEL HOSPITAL
MATerno INFANTIL. CAJA NACIONAL DE SALUD.

TUTORA : Lic. Ofelia Vargas Vargas

AUTORAS Lic. Nelva Salazar Martinez
Lic. Celsa Tarqui Quispe

LA PAZ – BOLIVIA
2007

DEDICATORIA

Dedicamos el presente trabajo a las enfermeras del servicio de: Neurología y Neurocirugía que tengan la finalidad de mejorar la atención con eficacia y eficiencia al paciente Neurológico en todos los estudios de asistencia, en el Hospital Materno Infantil de la Caja Nacional de Salud.

A nuestros hijos por la paciencia, apoyo incondicional y constante que nos brindaron en la elaboración del presente trabajo.

AGRADECIMIENTO

A las profesionales de enfermería por su gran interés en la presente propuesta de intervención y nuestra tutora por la dedicación y guía en la tutoría de la presente investigación

A todas las personas que colaboraron desinteresadamente en la elaboración del mismo.

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA ENFERMERIA
EN LOS SERVICIOS DE NEUROLOGIA Y NEURO CIRUGIA DEL HOSPITAL
MATERNO INFANTIL. CAJA NACIONAL DE SALUD.**

INDICE TEMATICO

| | |
|--|------------|
| Dedicatoria | |
| Agradecimiento | |
| <u>Indice Tematico</u> | |
| I. Resumen | <u>1</u> |
| II. Introducción | <u>2</u> |
| III. Planteamiento del Problema | <u>3</u> |
| III. I. Pregunta de Investigación | <u>3</u> |
| IV. Justificación | <u>3</u> |
| V. Objetivos | <u>5</u> |
| V. I. Objetivo General | <u>5</u> |
| V. II. Objetivos Especificos | <u>5</u> |
| VII. Marco Teórico | <u>6</u> |
| VII. I. Introducción | <u>6</u> |
| VII. II. Marco Conceptual del Manual de procedimientos de enfermería | <u>6</u> |
| VII. II. Características de los Manuales de Procedimientos | <u>7</u> |
| VII. III. Tipo de Manuales | <u>7</u> |
| VII. IV. Manuales Generales | <u>7</u> |
| VII. V. Manuales Específicos | <u>7</u> |
| VII. VI. Manual de Procedimientos | <u>7</u> |
| VII. VII. Marco Conceptual de Neurocirugía | <u>9</u> |
| VII. VIII. Marco Referencial | <u>9</u> |
| VIII. Variables | <u>11</u> |
| VIII. I. Conceptualización de Variables | <u>11</u> |
| VIII. II. Operalización de Variables | <u>11</u> |
| IX. Diseño Metodológico | <u>12</u> |
| X. Universo, Muestra y Unidad de Análisis | <u>12</u> |
| XI. Tipo de Muestra | <u>13</u> |
| XII. Método de Recolección de Datos | <u>13</u> |
| XIII. Cronograma | <u>13</u> |
| XIV. Presupuesto | <u>13</u> |
| XV. Conclusiones | <u>13</u> |
| XVI. Recomendaciones | <u>21</u> |
| Propuesta de Intervención | <u>22</u> |
| Indice Tematico del Manual de Intervencion | <u>24</u> |
| XVIII. Resultados Esperados | <u>113</u> |
| XIX. Evaluación | <u>113</u> |
| XX. Bibliografía | <u>114</u> |
| Anexos | <u>115</u> |

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE: NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA PARA
EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LOS SERVICIOS DE: NEUROLOGÍA Y
NEUROCIRUGÍA
EN EL HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE LA CAJA NACIONAL DE SALUD.**

I. Resumen.

El servicio de neurología incluido la Unidad de Terapia Intermedia de neurología y neurocirugía (UTINN), presta servicios de gran especialidad en el área a nivel nacional, pese a las grandes limitantes y problemas socio económicos con los que se debate nuestro país, influyendo de forma negativa en la salud de los asegurados del Hospital Materno Infantil de la Caja Nacional de Salud (C.N.S.). En la profesión de enfermería donde se tropieza con un sin número de falencias como la falta de recursos humanos capacitados y recursos materiales, como la falta de *Manuales de procedimientos actualizados* que sirvan de guía, para la ejecución de los diferentes procedimientos de enfermería en estos servicios.

En el estudio previo a la propuesta de intervención se hizo una investigación al total del personal de enfermería de los servicios de neurología y neurocirugía sobre el conocimiento de la existencia de un manual de procedimientos y la necesidad de elaborarlo para las enfermeras de estos servicios y de esta manera ayudar en la solución de los diferentes problemas detectados, y además de servir como instrumento guía.

Una vez elaborado el plan de intervención previa validación se presenten a las autoridades superiores (Jefatura de enseñanza) para la puesta en ejecución en los servicios de neurología y neurocirugía.

II. Introducción.

La Caja Nacional de Salud (C.N.S.). En su constante inquietud de mejorar la prestación de servicios al asegurado crea el proyecto de convertir el Hospital Materno Infantil en un centro de tercer nivel de atención, motivo por el cual está inmerso la especialidad de neurología, neurocirugía como: servicio de neuroquirúrgico específicamente.

Estos servicios están destinados a trabajar juntos porque ambos se corresponden y son de la misma esencia y de ellos depende el desarrollo y su existencia.

Por éste motivo estos servicios están a la vanguardia de garantizar una atención de calidad a los pacientes. Con un mayor desarrollo y exigencia del profesional de enfermería.

La Profesional de Enfermería no puede quedar indiferente a los adelantos de la ciencia y tecnología, que se presentan en nuestra Institución, por lo que es necesario aportar con un granito de arena a nivel científico, elaborando el presente Manual de Procedimientos para el Servicio de Neurología y Neurocirugía.

En los últimos años la CNS. Confronta deficiencias como la escasez de materiales, improvisación de equipos, e ineficiencia de personal. Pese a esta situación trata de mejorar, haciendo esfuerzos por superar estas condiciones en beneficio de los asegurados.

El servicio de neurología y neurocirugía inmerso en esta situación sufre todas las falencias agudas y crónicas; sin embargo desarrolla actividades constantes para mejorar de forma progresiva y con apoyo científico todas éstas falencias.

Para lograr una atención integral y científica se elabora el presente manual para que sirva como; instrumento de la solución de problemas en forma permanente, activa, dinámica y decidida, con la participación y valoración de las profesionales para que hagan uso de este instrumento - guía.

III. Planteamiento del Problema.

La no existencia de un manual de procedimientos de enfermería en los servicios de Neurología y Neurocirugía es un problema para la prestación de una atención integral para los usuarios, del Hospital Materno Infantil de Caja Nacional de Salud.

III. I. Pregunta de Investigación.

¿Será necesario la elaboración del manual de procedimientos para el servicio neurología y neurocirugía, en el Hospital Materno Infantil de la Caja Nacional de Salud?

IV. Justificación.

La especialidad de neurología y neurocirugía en su constante afán de convertirse en vanguardia del Hospital Materno Infantil en la atención y prestación de servicios, crea una serie de metas y objetivos para servir al paciente con la más alta eficiencia y eficacia en la atención del paciente neuroquirúrgico, al margen de cualquier otra consideración.

En el departamento de enfermería existe un manual múltiple de procedimientos del servicio de Neurología y Neurocirugía del año 1996, que no especifica algunos procedimientos de manera detallada, aún más no actualizado con los últimos avances de la ciencia y aparición de nuevo material para los procedimientos, ya que no maximiza los recursos empleados, minimiza los costos

y disminuir el tiempo empleado en las acciones de enfermería en beneficio del cliente en el nosocomio.

Este instrumento es requisito fundamental para el funcionamiento de un servicio y más aún tratándose de Neurología y Neurocirugía y brindar de esta manera una atención con eficacia y eficiencia.

Estos son los motivos preocupantes que nos inquietan y nos mueve para la elaboración del manual de procedimientos específicos de la especialidad con conocimientos científicos, experiencia profesional y un gran anhelo de coadyuvar en la política de prestación de servicios con calidad de atención al paciente. Evitando así la iatrogenia en el enfermo.

Los procedimientos de enfermería se basan en un modelo estructurado, sistematizado, diseñado y actualizado por las autoras, los mismos que fueron previamente seleccionados y analizados, para su desarrollo priorizando necesidades y requerimientos del servicio de neurología con el solo propósito de proporcionar un instrumento guía al personal de enfermería.

Los costos, diseño y literatura fueron proporcionados por las autoras. Se pondrá en circulación el presente manual previa revisión minuciosa por personal experto debiendo cumplir con todas las normas y reglas correspondientes a la implementación de Manuales de Procedimientos

V. Objetivos.

V. I. Objetivo General.

Determinar la necesidad de elaborar un instrumento procedimientos de enfermería para los servicios de: neurología y neurocirugía, que permita brindar una atención integral a pacientes del Hospital Materno Infantil de la Caja Nacional de Salud.

V. II. Objetivos Específicos.

- ☞ Identificar la existencia de manual de procedimientos de enfermería para los servicios de Neurología y Neurocirugía del Hospital Materno Infantil de la Caja Nacional de Salud.

- ☞ Elaborar un instrumento de procedimientos de enfermería para los servicios de neurología y neurocirugía, del Hospital Materno Infantil de la Caja Nacional de Salud.

- ☞ Capacitar al personal de enfermería de los servicio de neurología y neurocirugía, del Hospital Materno Infantil de la Caja Nacional de Salud; sobre el uso y manejo del manual de procedimientos.

VII. Marco Teórico.

VII. I. Introducción.

El servicio de neurología y neurocirugía del Hospital Obrero N° 1 de la C.N.S. de forma provisional en la actualidad se encuentra en el 5° piso del Hospital Materno Infantil por encontrarse en remodelación todo el Hospital Obrero. El servicio actualmente cuenta con 50 camas incluidas las 6 de Unidad de Terapia Intermedia de Neurocirugía y Neurología (UTINN). Y otros ambientes como ser: Una oficina para la jefatura de enfermería, Sala múltiple de enseñanza y reuniones del personal profesional, Dos estaciones de enfermería, alas éste y oeste, Oficina de servicio social, Dos offices alas éste y oeste.

VII. II. Marco Conceptual del Manual de Procedimientos de Enfermería.

El manual de procedimientos es un instrumento de la organización para llevar a cabo una buena administración de servicios mediante el cual una empresa pone en práctica sus planes y estrategias para alcanzar los objetivos trazados, con el fin de crear una estructura o una disposición laboral.

La organización es la segunda función del proceso administrativo

La organización desde el punto de vista técnico es aquel que describe y relaciona las funciones y los deberes, especialmente donde la necesidad básica es de establecer relaciones con intereses comunes y colectivos. No hay duda que uno de los grandes problemas que afrontan los directivos de la empresa es el de mantener buena comunicación entre los diferentes niveles. Establecer la cadena de información e instrucciones que deben pasar de nivel a nivel. En los hospitales, donde la administración es más compleja, los manuales contribuyen enormemente a solucionar este problema y permite transformar progresivamente la asistencia empírica en una asistencia científica profesional.

VII. III. Características de los Manuales de Procedimientos.

Es una colección de información auténtica y de instrucciones reunidas en carpetas estandarizadas, que se habrán preparado para que tengan un máximo valor de referencia.

Organizacionales, porque no solamente incluyen la estructura básica de las unidades hospitalarias sino también su dinámica y procedimientos.

Instrumentos de consulta que deben describir con claridad las diferentes tareas ejecutadas en el hospital y en las unidades anexas y que procurarán interpretar todos los mecanismos de comunicación técnico-administrativo.

Instrumento para la preparación de recursos humanos en determinadas áreas y departamentos hospitalarios.

Elaborados con el propósito de lograr homogeneidad en los procesos administrativos, unidas a una rápida y eficaz, comunicación entre las diferentes unidades institucionales.

VII. IV. Tipo de Manuales.

VII. V. Manuales Generales.

Son de aplicación general incluyen los aspectos de organización donde se determina la estructura y las funciones generales.

VII. VI. Manuales Específicos.

Que van dirigidos a un departamento o una sección específica. Entre estos tenemos al manual de procedimientos.

VII. VII. Manual de Procedimientos.

El Manual de Procedimientos es una colección sistematizada de información auténtica sobre determinadas actividades prácticas específicas que son propios de un área ó especialidad. En un hospital, se diferencia por la mayor

ó menor complejidad administrativa y se hacen más apremiantes en aquellas unidades especializadas que requieren de recursos humanos calificados.

Para la elaboración del presente manual de procedimientos, se estructura un modelo guía con los siguientes pasos:

Título del procedimiento.- Nominación médica asignada a un conjunto de actividades y tareas específicas de un procedimiento.

Concepto.- Pensamiento o idea concebida que expresa el procedimiento específico y sus características, en forma clara y concreta, donde una actividad meramente empírica se convierte en científica.

Objetivos.- Finalidad específica planteada por el conjunto de esfuerzos procedimentales.

Fundamentación científica.- Son los principios científicos que guían en el desarrollo ordenado y sistematizado de los procedimientos.

Equipo o material.- Conjunto de materiales, insumos y equipos que se requieren para el procedimiento.

Procedimiento.- Conjunto de actividades prácticas ordenadas en base a principios y necesidades básicas.

Recomendaciones.- Conjunto de enunciados y actividades que se deben tomar en cuenta para el desarrollo de los procedimientos a fin de minimizar los riesgos y complicaciones.

VII. VIII. Marco Conceptual de Neurología y Neurocirugía.

La neurología es una rama de la medicina que involucra el estudio y tratamiento médico de los problemas que afectan a los siguientes órganos:

- El cerebro
- La médula espinal
- Los nervios periféricos
- Las arterias del cuello

La palabra neurocirugía deriva de las palabras neuro y cirugía. Neuro se refiere al sistema nervioso. Y cirugía al arte del tratamiento quirúrgico de la afección, por esto, podemos mencionar que la neurocirugía es: una especialidad médica que se dedica al estudio y tratamiento médico y quirúrgico de las enfermedades neurológicas, del sistema nervioso central, sistema nervioso periférico y las lesiones que se localizan en el cráneo y la columna vertebral..

Se utiliza para tratar una herida, eliminar un cuerpo extraño, aliviar la presión de las hemorragias intracraneales, es decir un absceso, tratar el parkinsonismo o aliviar el dolor. Siempre va precedida de radiología craneal ventriculograma o arteriografía; también pueden ser útiles el electroencefalograma, la punción lumbar y la gammagrafía cerebral.

VII. IX. Marco Referencial.

El Servicio de neurología y neurocirugía, se encuentra en el quinto piso del Hospital Materno Infantil, que tiene la capacidad de internar 50 camas, 30 en el ala oeste y 20 en la ala este. En ambos desempeñan sus funciones 14 licenciadas en enfermería y 16 auxiliares de enfermería, dentro los cuales se encuentra la Unidad de Terapia Intermedia de Neurología y Neurocirugía.

El siguiente cuadro muestra las patologías mas frecuentes atendidas en el servicio.

Patologías más frecuentes que se atendieron en el servicio de neurología y neurocirugía Abril 2006.

| Patologías más frecuentes | Nº de pacientes | Porcentaje |
|------------------------------------|-----------------|------------|
| 1. Patología lumbo ciática | 17 | 25,37 % |
| 2. Infecciones del sistema central | 11 | 16,41 % |
| 3. Accidente Cerebro Vascular | 10 | 14,92 % |
| 4. Traumatismo Cráneo Encefálico | 9 | 13,43 % |
| 5. L. O. I. C | 3 | 4,77 % |
| 6. Otras patologías | 12 | 17,55 % |
| Total de pacientes y el porcentaje | 62 | 100,00 % |

Fuente Propia

VIII. Variables.

VIII. I. Conceptualización de Variables.

VIII. I. I. Variable Independiente.

La inexistencia de un manual de procedimientos sistematizado, que tiene como objetivo de ser una guía, para optimizar las actividades de enfermería.

VIII. I. II. Variable Dependiente.

Contar con un manual de procedimientos para la atención integral a los usuarios, de los servicios de Neurología y Neurocirugía del hospital Materno Infantil de la Caja Nacional de Salud.

VIII. III. Operalización de Variables.

| Variable | Definición conceptual | Escala | Indicador | Medios de Medición |
|--------------------------|---|--------------|-------------|--------------------|
| Manual de procedimientos | Una colección de información auténtica y de instrucciones reunidas en un documento. | Cualitativa. | Porcentual | Encuesta |
| Personal de Enfermería | Conjunto de personas que trabajan en la asistencia de enfermos en una institución. | Cualitativa. | Porcentual. | Encuesta |

Fuente Norton y otros

IX. Diseño Metodológico.

IX. I. Según el periodo y secuencia del estudio.

El tipo de estudio para el presente trabajo, es de corte transversal. Un estudio transversal o corte transeccional es un estudio de prevalencia es un estudio epidemiológico, observacional, descriptivo, en el que un único momento temporal se mide de variables estudiadas a la vez, exposición y el efecto en una muestra poblacional, es decir permiten estimar la magnitud y distribución de la información o condición en un momento dado.

IX. II. Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información.

Es un estudio de tipo descriptivo debido a que se realizara la interpretación de los datos obtenidos y presentados para la valoración de la magnitud del problema y se trata de encontrar una solución al problema planteado por medio de la elaboración del manual de procedimientos.

IX. III. Según el análisis y alcance de los resultados.

Se realizara el análisis e interpretación de los resultados obtenido por medio de la encuesta y se elaborara cuadros estadísticos los cuales permitirán realizar una interpretación y análisis de los datos obtenidos.

IX. IV. Según el control que tiene el investigador de las variables.

Se trata de un tipo de investigación de intervención, por que se elaborara un instrumento para la recolección de la información con relación al problema, y se realizara un manual de procedimientos para los servicios de enfermería en los servicios de neurología y neurocirugía.

X. Universo:

Se considera como universo a todo el personal de enfermería profesional y auxiliar, que desempeñan sus funciones en el Hospital Materno Infantil en los

servicios de Neurología y Neurocirugía de la Caja Nacional de Salud. Y corresponde a 30 personas que equivalen al 100 %.

X. I. Unidad de Análisis.

Se realizara el análisis del problema por la inexistencia de un manual de procedimientos, que se emplee como una guía de instrucciones, para el personal de enfermería para los servicios de neurología y neurocirugía.

XI. Tipo de Muestra.

XI. I. No probabilístico.

Es no probabilístico por que todo el personal de enfermería que realiza sus actividades en los servicios de; neurología y neurocirugía. Sin necesidad de elección de personas para el estudio.

XII. Método de Recolección de Datos.

XII. II. Encuesta. Estructurada y Sistemáticamente Empleada.

Este tipo de instrumento que se quiere aplicar para la recolección de datos e información de los elemento de estudio. Será sistemáticamente ordenada, estructurado y recolectada por la encuesta.

XIII. Cronograma. (Ver Anexos)

XIV. Presupuesto. (Ver Anexos)

XV. Conclusiones.

Cuadro N°. 1

Conocimiento de la existencia de manuales de procedimiento para la atención de pacientes de los servicios de Neurología y Neurocirugía del Hospital Materno Infantil de la Caja Nacional de salud. 2006

| Servicios | Total | | Conocimiento de la existencia de un manual de procedimientos | | | | | | | | | | | |
|-----------|-------|-----|--|----|-----|----|-------|----|--------------------------|----|-----|----|-----|----|
| | | | Enfermeras Profesionales | | | | | | Auxiliares en Enfermería | | | | | |
| | Total | | Si | | No | | Total | | Si | | No | | | |
| | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % |
| Total | 30 | 100 | 14 | 47 | 3 | 10 | 11 | 37 | 16 | 53 | 3 | 10 | 13 | 43 |
| Ala este | 14 | 46 | 6 | 20 | 1 | 3 | 5 | 17 | 8 | 26 | 1 | 3 | 7 | 23 |
| Ala Oeste | 16 | 54 | 8 | 27 | 2 | 7 | 6 | 20 | 8 | 27 | 2 | 7 | 6 | 20 |

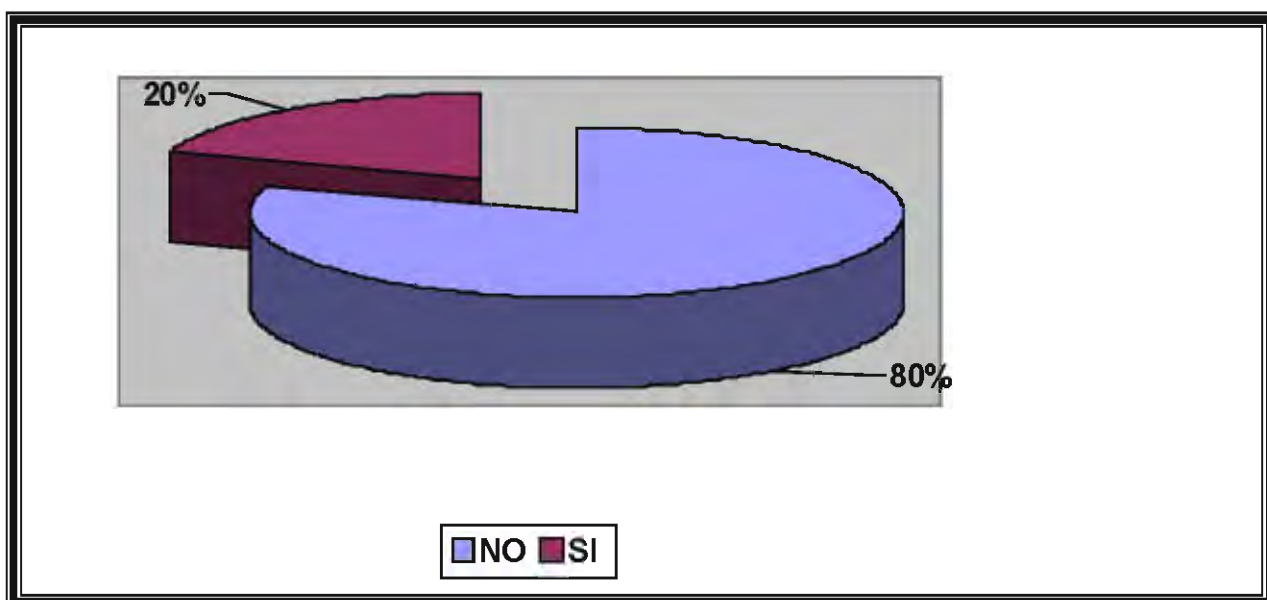
Fuente: Elaboración propia

Análisis.

En el presente cuadro se observa que en los servicios de neurología y neurocirugía existe un total de 30 personas que desempeñan sus funciones en estos servicios que corresponde al 100%; de las cuales el 47% es personal profesional y el 53% son auxiliares de enfermería, el 46% trabaja en el ala este y el 54% en el ala oeste en cuanto al conocimiento de la existencia de un manual de procedimientos, las enfermeras profesionales conocen en un 10% y el 37% desconoce el personal de auxiliares de enfermería el 10% si conoce y el 43% no conoce la existencia del manual de procedimientos.

Grafico No. 1

Conocimiento de la existencia del manual de procedimientos para la atención de pacientes en el servicio de Neurología y Neurocirugía del Hospital Materno Infantil de la C. N. S. Gestión 2006.



Fuente Propia

Análisis.-

En el presente gráfico se observa que del total de enfermeras profesionales y auxiliares en enfermería corresponde al 100%, el 20% de ellas conoce la existencia del manual de procedimientos y el 80% no conoce la existencia de este manual.

Cuadro No 2

Necesidad de la elaboración de un manual de procedimientos para la atención de pacientes de los Servicios de Neurología y Neurocirugía del Hospital Materno Infantil de la caja Nacional de Salud.
Gestión 2006

| Servicios | Total | | Necesidad de la elaboración de un manual de procedimientos | | | | | | | | | | | |
|-----------|-------|-----|--|----|-----|----|-------|---|--------------------------|----|-----|----|-----|---|
| | | | Enfermeras Profesionales | | | | | | Auxiliares en Enfermería | | | | | |
| | Total | | Si | | No | | Total | | Si | | No | | | |
| | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % |
| Total | 30 | 100 | 14 | 47 | 14 | 47 | 0 | 0 | 16 | 53 | 16 | 53 | 0 | 0 |
| Ala este | 14 | 46 | 6 | 20 | 6 | 20 | 0 | 0 | 8 | 26 | 8 | 26 | 0 | 0 |
| Ala Oeste | 16 | 54 | 8 | 27 | 8 | 27 | 0 | 0 | 8 | 27 | 8 | 27 | 0 | 0 |

Fuente de elaboración propia

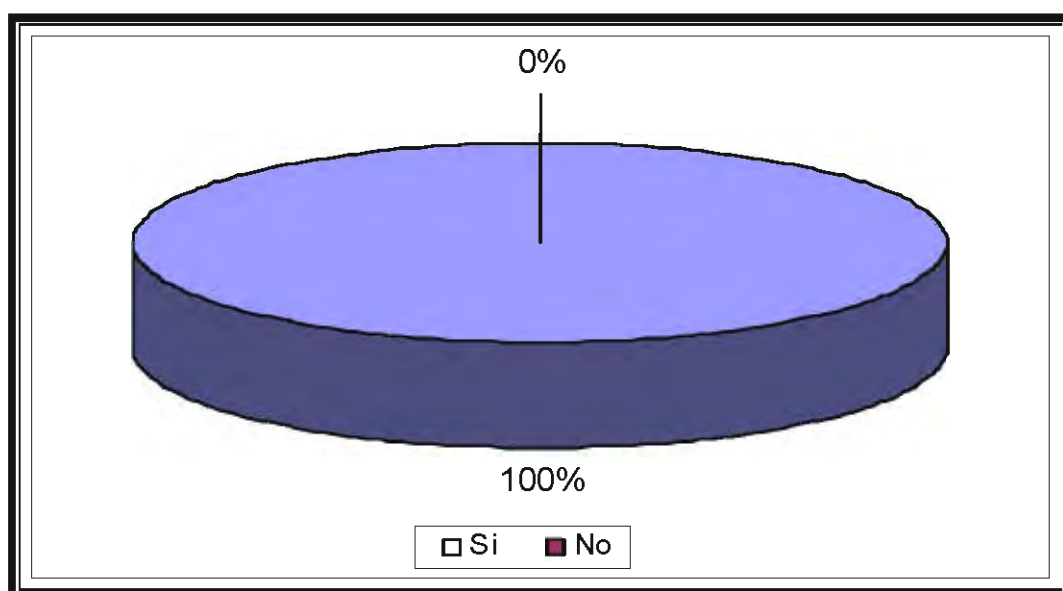
Análisis.

Se observa de un total de 30 personas entre enfermeras profesionales y auxiliares de enfermería que corresponden

Al 100%; de este personal manifiesta la necesidad de elaborar el manual de procedimientos para los servicios de neurología y neurocirugía, de las cuales el 47% corresponden a las profesionales, y el 53% a las auxiliares de enfermería. Ninguna de las profesionales de enfermería y auxiliares de enfermería indican que no hay necesidad de la elaboración del manual de procedimientos para los servicios de neurología y neurocirugía.

Gráfico No. 2

Necesidad de la elaboración de un manual de procedimientos para la atención de pacientes en el servicio de Neurología y Neurocirugía en el Hospital Materno Infantil de la Caja Nacional de Salud. Gestión 2006.



Fuente Propia

Análisis.-

En el presente grafico se muestra que todo el personal y auxiliares en enfermería de los servicios de Neurología y Neurocirugía, exigen la necesidad de elaborar el manual de procedimientos para estos servicios.

Cuadro No 3

Capacitación al personal de los servicios de Neurología y Neurocirugía en la utilización del manual de procedimientos del Hospital Materno Infantil de la Caja Nacional de Salud
Gestión 2006

| Servicios | Total | | Necesidad de capacitación al personal de los servicios de Neurología y neurocirugía. | | | | | | | | | | | |
|-----------|-------|-----|--|----|-----|----|-------|---|--------------------------|----|-----|----|-----|---|
| | | | Enfermeras Profesionales | | | | | | Auxiliares en Enfermería | | | | | |
| | Total | | Si | | No | | Total | | Si | | No | | | |
| | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % | No. | % |
| Total | 30 | 100 | 14 | 47 | 14 | 47 | 0 | 0 | 16 | 53 | 14 | 46 | 2 | 7 |
| Ala este | 14 | 46 | 6 | 20 | 6 | 20 | 0 | 0 | 8 | 26 | 7 | 23 | 1 | 3 |
| Ala Oeste | 16 | 54 | 8 | 27 | 8 | 27 | 0 | 0 | 8 | 27 | 7 | 24 | 1 | 3 |

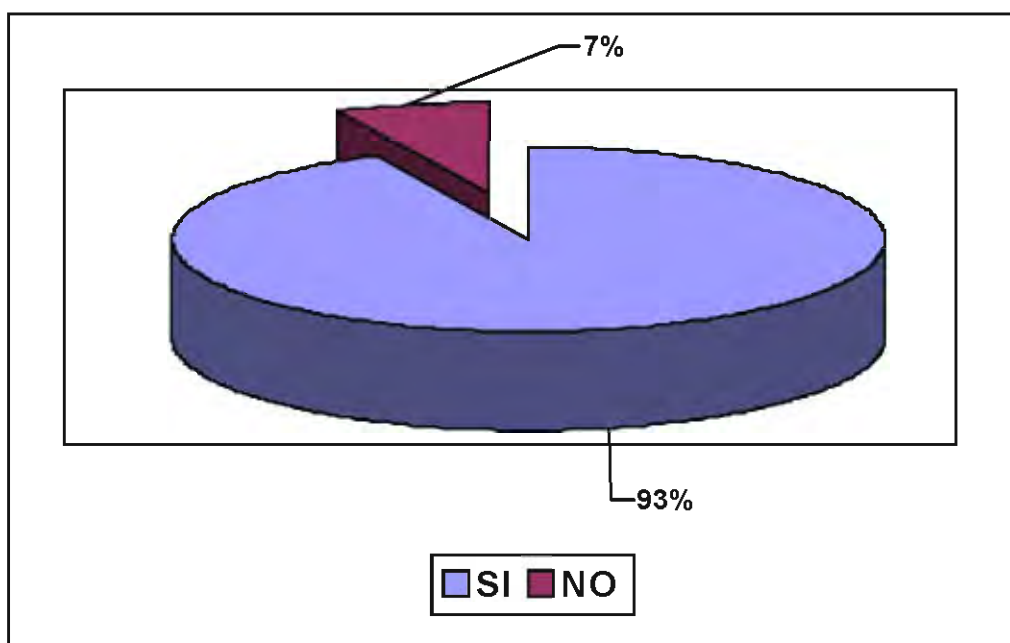
Fuente: Elaboración propia

Análisis.-

En el presente cuadro se observa que en los servicios de neurología y neurocirugía existe un total de 30 personas que corresponden al 100% de los cuales el 93% entre enfermeras profesionales y auxiliares de enfermería aceptan la capacitación para el manejo del manual de procedimientos destacándose el grupo de enfermeras profesionales que acepta la capacitación en un 47%, mientras que las auxiliares de enfermería en un 46% si acepta la capacitación y el 7%, indica que no quiere capacitación.

Grafico No. 3

Capacitación al personal de los servicio de Neurología y Neurocirugía en la utilización del manual de procedimientos del Hospital Materno Infantil de la Caja Nacional de Salud. Gestión 2006.



Fuente Propia

Análisis.-

En el presente gráfico se observa que el 100% de la población estudiada, el 93% si acepta la capacitación, y el 7% rechaza la ejecución de cursos de capacitación en el manejo del manual de procedimientos, siendo este ultimo porcentaje representado por el grupo de auxiliares de enfermería.

XV. Conclusiones.-

A la finalización del presente trabajo de investigación se concluye que:

- Existe la necesidad de elaborar un manual de procedimientos para el personal de enfermería, que tendrá como objetivo el de servir como una guía para los servicio de Neurología y Neurocirugía tal como se muestra en el (gráfico No 1.)
- Que en el estudio realizado muestra la necesidad de contar con un manual de procedimientos para los servicio de Neurología y Neurocirugía en la utilización del manual de procedimientos del Hospital Materno Infantil de la Caja Nacional de Salud. (ver gráfico No.2) para mejorar la calidad de atención del personal de los mencionados servicios.
- Una vez de elaborar el manual de procedimientos de enfermería para los servicios de Neurología y Neurocirugía del Hospital Materno Infantil de la Caja Nacional de Salud, es necesario capacitar a todo el personal de enfermería para el uso del manual de procedimientos como se muestra en el (cuadro y gráfico No. 3.)

XVI. Recomendaciones.-

Se recomienda que:

- Debe elaborarse un Manual de Procedimientos para los Servicio de Neurología y Neurocirugía del Hospital Materno Infantil de la Caja Nacional de Salud.
- Una vez elaborado el manual de procedimientos de neurología y neurocirugía será revisado y validado por las autoridades pertinentes del área y la comisión de educación de enfermería.
- Se deberá difundir a través de cursos actualizados y talleres sobre el manejo del manual de procedimientos para el personal de los servicio de neurocirugía y neurología.

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN - DIETÉTICA
Y TECNOLOGÍA MÉDICA
UNIDAD DE POST GRADO E INVESTIGACION:
ENFERMERIA MEDICO QUIRURGICO**

PROYECTO DE INTERVENCION



**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA ENFERMERIA
EN LOS SERVICIOS DE NEUROCIRUGIA Y NEUROLOGIA DEL HOSPITAL
MATERNO INFANTIL, CAJA NACIONAL DE SALUD.**

AUTORAS : Lic. Nelva Salazar Martinez
: Lic. Celsa Tarqui Quispe

**LA PAZ – BOLIVIA
2007**

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA ENFERMERIA
EN LOS SERVICIOS DE NEUROLOGIA Y NEUROCIRUGIA DEL HOSPITAL
MATERNO INFANTIL. CAJA NACIONAL DE SALUD.**

INDICE TEMATICO DEL MANUAL DE INTERVENCION

| | |
|---|------|
| <u>Antecedentes</u> | 305 |
| <u>Objetivos de la Propuesta</u> | 316 |
| <u>Procedimiento N° 1</u> | |
| <u>Admisión del Enfermo Neurológico a la Unidad de Neurologia</u> | 327 |
| <u>Procedimiento N° 2</u> | |
| <u>Estudios de Diagnostico Realizados en Neurología</u> | 372 |
| <u>Procedimiento N° 3</u> | |
| <u>Crisis Convulsiva</u> | 47 |
| <u>Procedimiento N° 4</u> | |
| <u>Preparación Preoperatoria en el Paciente Neurologico</u> | 50 |
| <u>Procedimiento No 5</u> | |
| <u>Post Operatorio en Neurocirugia</u> | 58 |
| <u>Procedimiento N° 6</u> | |
| <u>Control Hemodinámico</u> | 61 |
| <u>Procedimiento No. 7</u> | |
| <u>Oxigenoterapia</u> | 75 |
| <u>Procedimiento No. 8</u> | |
| <u>Aspiración de Secreciones de Vías Aéreas Altas</u> | 79 |
| <u>Procedimiento No. 9</u> | |
| <u>Aspiración Endotraqueal</u> | 82 |
| <u>Procedimiento No. 10</u> | |
| <u>Drenajes en Neurocirugia</u> | 85 |
| <u>Procedimiento No. 11</u> | |
| <u>Cateterización Gástrica</u> | 89 |
| <u>Procedimiento No. 12</u> | |
| <u>Cateterismo Vesical Permanente</u> | 94 |
| <u>Procedimiento No. 13</u> | |
| <u>Cuidados del Paciente con Traqueotomia</u> | 105 |
| <u>Procedimiento No. 14</u> | |
| <u>Alimentación por Sonda Nasogástrica o Gastroclisis</u> | 108 |
| <u>Procedimiento No. 15</u> | |
| <u>Prevención de Ulceras por Presion</u> | 111 |
| <u>Procedimiento No. 16</u> | |
| <u>Reanimación Cardio Pulmonar Cerebral Basica</u> | 114 |
| <u>Bibliografía</u> | 1194 |
| <u>Anexos</u> | 1205 |
| <u>Glosario</u> | 119 |

**MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA ENFERMERIA
EN LOS SERVICIOS DE NEUROLOGIA Y NEUROCIRUGIA DEL HOSPITAL
MATERNO INFANTIL. CAJA NACIONAL DE SALUD**

I. Antecedentes.

La institución nace a raíz de la previsión social en los años 1940. El año 1950 bajo la presidencia del Dr. Víctor Paz Estensoro, se concretiza la fundación del Hospital "Víctor Paz Estensoro", la entrega simbólica se efectúa el 9 de abril de 1955 e inmediatamente se procede al equipamiento del servicio de esterilización, lavandería y la central telefónica, concretizándose hechos, se entrega oficialmente en fecha 31 de octubre de 1955 para dar la atención a toda la población asegurada; cuyo primer director fue el Dr. Jacob Abularach, merecidamente fue condecorado al Mérito Profesional, en sus 25 años de vida del Hospital Obrero, por su obra de beneficio nacional recibió la satisfacción del reconocimiento público, cumpliendo sus bodas de plata 31 de octubre 1990.

No debemos olvidar, el trabajo que desempeño la Sra. Laura Quinteros Loayza, como la Primera Jefe del Hospital Obrero, por organizar el Servicio de Enfermería.

Al iniciar sus actividades del Hospital Obrero, solamente estaba destinado a la atención de pacientes de traumatología, pero las necesidades de atención médica ,multiplicadas cada vez más por un número mayor de asegurados con problemas patológicos de diferente índole, obligó a modificar el criterio asistencial, hasta convertirse en un hospital de tercer nivel, alta especialidad y tecnología, por su importancia el primero a nivel nacional por su cobertura de atención a los asegurados y beneficiarios que otorga en las prestaciones y convirtiéndose también como un centro formador de recursos humanos de salud a nivel académico pre grado y post grado, de toda especialidad. Hasta el año 2000 funcionó con todos los servicios y sus respectivas especialidades.

II. Objetivos de la Propuesta.

II. I. Objetivo General.

Elaborar e implementar un Manual de Procedimientos para el servicio de neurocirugía del Hospital Obrero No 1, con bases científicas metodológicas que permitan la mejor utilización de recursos materiales y humanos existentes garantizando una asistencia integral y de calidad al enfermo neurológico y neuroquirúrgico.

II. II. Objetivos Específicos.

- ☞ Proporcionar al personal de enfermería un instrumento guía que le permita lograr una mayor eficiencia en la ejecución de procedimientos, garantizando una atención sin riesgos.
- ☞ Describir los procedimientos seleccionados de acuerdo a las necesidades de neurocirugía.
- ☞ Integrar las actividades y procedimientos de enfermería de manera que aporte en la prestación de servicios con óptima calidad.

**PROCEDIMIENTO N° 1
ADMISIÓN DEL PACIENTE A
LA UNIDAD DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGIA**

Concepto.

Conjunto de medidas y acciones asistenciales que se realizan en forma ordenada y oportuna para recibir un enfermo en la unidad de neurología y neurocirugía, con el fin de garantizar su estabilización y recuperación hemodinámica, priorizando necesidades básicas y vitales.

Objetivos.

- ☞ Recibir al enfermo neurológico o neuroquirúrgico, en un ambiente agradable y seguro, que le permita una mejor adaptación.
- ☞ Garantizar una atención integral y de calidad al enfermo, con bases científicas.
- ☞ Valorar condiciones de salud, identificando y priorizando necesidades para su oportuna intervención.
- ☞ Prevenir posibles complicaciones mediante la aplicación de acciones inmediatas, habilidades y destrezas por el personal de enfermería.
- ☞ Establecer una coordinación entre el equipo Multidisciplinario, respetando niveles de autoridad y funcionalidad, para prevenir duplicidad de trabajo.
- ☞ Proporcionar información completa al enfermo y familiares, sobre, normas del servicio.

Fundamentación Científica.

- ☞ El individuo por naturaleza es sociable y no puede vivir aislado.
- ☞ La situación y ambiente desconocido provoca en el enfermo angustia y estrés emocional.

Material.

1.- Unidad del enfermo:

- ☞ Cama reclinable. móvil de base dura, con todos sus accesorios

- ☞ Dispositivos de iluminación portátil.
- ☞ Dispositivos para mantener temperaturas recomendables (bolsas de agua caliente, calefacciones)
- ☞ Sistemas que permitan el aislamiento del enfermo, respetando su individualidad.
- ☞ Mesa de noche individual.
- ☞ Dispositivos de oxigenoterapia.
- ☞ Caja de reanimación Cardio Pulmonar Cerebral.
- ☞ Soportes portátiles para infusiones.

2.- Equipo de signos vitales; que consta:

- ☞ Cuadro térmico
- ☞ Termómetro
- ☞ Estetoscopio
- ☞ Tensiómetro
- ☞ Reloj con segundero
- ☞ Lápiz bicolor, negro y regla.

3.- Equipo de aspiración:

- ☞ Canastillo ó soportes para drenajes.
- ☞ Frascos Con agua destiladas identificados.
- ☞ Sondas de aspiración.

4.- Material de curación:

- ☞ Un equipo de curación con una pinza Kelly, una pinza anatómica o diente de ratón, gasas, Apositos, torundas.
- ☞ Tela adhesiva (antialérgica, opcional).
- ☞ Frascos de soluciones, fisiológico, antisépticos, desinfectantes.

5.- Material de administración de medicamentos; que consta:

- ☞ Jeringas, Torundero con alcohol.
- ☞ Ligaduras; llaves de tres vías
- ☞ Tela adhesiva.
- ☞ Soluciones, microinfusores de diferentes características.

6.- Fólder metálico con el expediente clínico en el carro portátil

Procedimiento.

La recepción del enfermo, requiere tomar medidas rápidas y ordenadas en base a la priorización de necesidades y considerando la patología de base, para ello se estructura un modelo de acciones con las siguientes fases:

Primera Fase: Fase Valoración de Enfermería y Acondicionamiento

Segunda Fase: Fase de Medidas de Urgencia

Tercera Fase: Fase de Medidas de Soporte

a). Primera Fase:

Fase de Valoración de Enfermería: En esta fase la profesional de Enfermería se encarga de realizar la valoración del paciente según los parámetros establecidos en la escala de conciencia según Glasgow.

Fase de Acondicionamiento: Esta fase agrupa actividades que van dirigidas a organizar y coordinar la recepción del enfermo en la unidad de Neurocirugía. Conociendo el diagnóstico.

Actividades:

- ☞ Coordinación con el servicio de transferencia, para el traslado del enfermo a neurología o neurocirugía y su respectiva recepción.
- ☞ Preparación de la Unidad y acondicionamiento del equipo y material según: **la patología de base, estado general, y riesgos asociados en el enfermo.**
- ☞ Indicación interna en el servicio respecto a la admisión del enfermo asignando funciones y delimitando tareas entre el personal del turno respectivo.
- ☞ Preparar la documentación necesaria y registros.
- ☞ Coordinación con el personal de estudios complementarios y con el personal de otras especialidades.

a). Segunda Fase:

Fase de Medidas de Urgencia: Las medidas que comprende esta fase fueron elaboradas en base a recomendaciones de la Conferencia Nacional de 1992, que toma en cuenta el ABC del soporte vital básico.

A.- Mantenimiento de las vías aéreas

B.- Respiración

C.- Circulación

A.-Vía Aérea (AIRWAY). Mantenimiento de la vía aérea.

Propósito: Permeabilizar la vía aérea superior.

Acciones:

- ☞ Triple maniobra (extensión, elevación y depresión del maxilar inferior).
- ☞ Extracción de cuerpo extraño de cavidad oral (manual y/ó con pinza Maguil).
- ☞ Aspiración de secreciones de vías aéreas superiores.
- ☞ Colocación de cánula oro faríngea ó cánula nasofaríngea.
- ☞ Intubación endotraqueal (opcional).
- ☞ Traqueotomía (opcional).
- ☞ Cricotiroidectomía (opcional).
- ☞ Si el enfermo ingresa al servicio con intubación endotraqueal, fijar y asegurar la posición correcta del mismo.

B.- Respiración (BREATHING).

Propósito:

Garantizar la mecánica respiratoria, el intercambio gaseoso y oxigenación adecuada. La permeabilidad de la vía aérea no asegura una ventilación correcta.

Acciones:

- ☞ Oxigenoterapia.
- ☞ Asistencia ventilatoria Ambu-máscara.
- ☞ Asistencia ventilatoria Ambú-tubo endotraqueal.

C.- Circulación (CIRCULATION).

Propósito:

Mantener una adecuada perfusión tisular mediante el monitoreo hemodinámico y asegurar una vía venosa central ó periférica (según requerimiento).

Acciones.

- ☞ Fijar y garantizar la permeabilidad de vías venosas y arteriales.
- ☞ Monitoreo de las constantes vitales no invasivas.

Fármaco terapia.

c). Tercera Fase:

Medidas de soporte.

Las medidas practicadas en esta fase serán ejecutadas posteriores al cumplimiento de las dos fases anteriores.

Acciones:

- ☞ Monitoreo hemodinámico.
- ☞ Radiografía P-A de tórax
- ☞ Valoración del área quirúrgica (control de sangrado)
- ☞ Control de ingeridos y eliminados.
- ☞ Monitoreo neurológico(Glasgow y reflejo pupilar)
- ☞ Fluidoterapia y fármaco terapia.

Recomendaciones.

La asistencia de los enfermos en neurología y neurocirugía, exige, especialidad y destreza por parte de todo el equipo Multidisciplinario que trabaja en el área, por tanto será responsabilidad del jefe. de servicio garantizar la capacitación del recurso humano del servicio.

Se aconseja verificar el estado general y funcionamiento de los equipos electromédicos antes del procedimiento.

No hay mejor monitor que el ser humano por lo tanto se recomienda realizar constantes evaluaciones clínicas en base a la observación examen físico del enfermo.

PROCEDIMIENTO N° 2

ESTUDIOS DE DIAGNOSTICO REALIZADOS EN NEUROLOGIA

Concepto.

Experimento diseñado para probar un tratamiento determinado o tipos de tratamiento a utilizar. Estos estudios proporcionan datos útiles para el diagnóstico del paciente con trastorno neurológicos y neuroquirúrgicos. El plan de atención de enfermería subsiguiente y su ejecución han de ser viables. Los estudios de laboratorio y radiológicos son indispensables para la nueva apreciación y la nueva planeación.

Los estudios complementarios son pruebas cruzadas en los determinados pacientes, para confirmar su patología.

Objetivos.

- ☞ Eliminar el riesgo de tendencia subjetiva por parte de los que intervienen en el ensayo que podrían distorsionar los resultados.
- ☞ Proporcionar datos útiles para el diagnóstico del paciente con trastorno neurológico.
- ☞ Obtener datos indispensables para la nueva apreciación y planificación del tratamiento del paciente.
- ☞ Brindar al paciente cuidados de enfermería pre y post exámenes, con la preparación adecuada, oportuna y orientada, para que éste ayude en el estudio a realizarse.
- ☞ Aplicar normas y procedimientos de enfermería basados en principios científicos, garantizando así una atención con seguridad y libre de riesgos.
- ☞ Proporcionar apoyo en el estudio a realizarse.

Fundamentación Científica.

- ☞ Dar un buen apoyo psicológico dado, reduce los peligros que amenaza la seguridad, el miedo de lo desconocido y la cantidad de energía que el paciente a de consumir al hacer frente a cada una de las situaciones.

- ☞ La orientación y el conocimiento de los diferentes procedimientos a realizar, disminuye el estrés y la ansiedad en el paciente.

Arteriografía.

Concepto.

Método de visualización radiológica de las arterias que se realiza inyectando un medio de contraste radiopaco en la corriente sanguínea o en un determinado vaso a través de un catéter.

Angiografía.

Concepto.

Visualización radiológica de la anatomía interna del corazón y de los vasos sanguíneos tras la introducción en éstos de un medio de contraste radio opaco. Esta técnica se emplea como medio de diagnóstico en el infarto de miocardio, oclusión vascular, placas ateroscleróticas, calcificadas, accidente vascular cerebral, hipertensión portal, neoplasias renales, estenosis de la arteria renal como factor causal de hipertensión, embolias pulmonares y lesiones congénitas y adquiridas de los vasos pulmonares. El medio de contraste puede inyectarse en una arteria o en una vena, o bien introducirse mediante un catéter colocando en una arteria periférica que se dirige a través del vaso, hasta una víscera. Como el yodo del medio de contraste puede producir intensas reacciones alérgicas en algunos enfermos, está indicado hacer una prueba de hipersensibilidad antes de administrar la sustancia radiopaca.

Angiografía Cerebral.

Concepto.

Procedimiento radiológico utilizado para visualizar el sistema vascular del cerebro inyectando un material de contraste radiopaco en una arteria carótida, subclavia, humeral o femoral y tomando después radiografías en serie a intervalos predeterminados. (para detectar aneurismas, tumores hematomas)

Material:

En el servicio de RX.

Cuidados Pre- arteriografía.

Procedimiento, día anterior al estudio:

1. Baño en ducha o de esponja y recorte de uñas(opcional)
2. Preparación psicológica de la paciente explicar con palabras sencillas.
3. Hacer firmar el consentimiento informado
4. Dejar en NPO desde horas 24.
5. Procedimiento, día del examen:
6. NPO
7. Control de signos vitales
8. Preparar al paciente como para quirófano.
9. Colocar pijama en ambos sexos
10. Verificar si tiene placas dentales, anillos, relojes etc. revisar con el paciente.
11. Si la paciente tiene trenzas soltarlas para colocar gorro.
12. Trasladar al paciente en camilla al servicio de rayos X según su estado general debe ser acompañado por el personal de enfermería o médico residente.

Procedimiento post arteriografía.

1. Control de signos vitales hasta su estabilización.
2. NPO hasta 6 horas después de su estudio.
3. Control de signos de hemorragia, posible hematoma en el cuello.
4. Mantener sin almohada.
5. Reposo obligado hasta el día siguiente.
6. Recomendación:
7. No debe hacer esfuerzos
8. Ayudar con apoyo psicológico
9. Observar de cerca

Punción Lumbar.

Concepto.

Es la introducción de una aguja hueca o trocar (tufy) entre la 3ª y 4ª vértebra lumbar en el espacio Sub aracnoideo del conducto raquídeo debajo del

nivel en que llega la medula espinal, donde se encuentra, el líquido cefalorraquídeo normal es cristalino, transparente e incoloro, contiene pequeña cantidad de proteínas, glucosa y a veces algunos linfocitos, la presión normal es de 80 a 200 mm. de agua .

Objetivo.

- ☞ Obtener muestra de líquido cefalorraquídeo, para el diagnóstico o tratamiento.
- ☞ Medir la presión del líquido raquídeo.(80 a 200mm de agua).
- ☞ Inyectar algún medicamento como en la raquianestesia o peridural.
- ☞ Extraer líquido y aliviar la presión.
- ☞ Inyectar colorantes o aire antes de tomar placas radiográficas del cerebro y

Principio científico.

- ☞ El cerebro y la medula espinal están rodeados por el líquido cefalorraquídeo; al actuar como amortiguación, los protege y facilita la conservación de la presión intracraneal en límites normales.
- ☞ La hiperflexión de la columna, separa las vértebras de manera que la aguja puede insertarse con más facilidad.
- ☞ La facilidad y rapidez con que se hace el método, modifica su reacción emocional.
- ☞ Los movimientos del paciente con la aguja colocada puede causar lesiones irreversibles.

Material.

- ☞ Equipo de punción lumbar estéril:
 - Bandeja Metálica
 - Paño de Mano
 - Guantes estériles
 - Campo Fenestrado
 - Posillo Metálico
 - Pinza Kelly

- Campo Fenestrado
- 5 Gasas – 2 Apositos
- 2 Viales
- 3 Agujas de Punción Lumbar
- Jeringa de 10 cc de Vidrio
- ☞ Equipo de curación.
- ☞ Guantes estériles
- ☞ Soluciones de alcohol yodado
- ☞ Jeringas de 5 y 10 cc. (Descartables)
- ☞ Frasco de xilocaina al 2 %.
- ☞ Torundas empapadas en alcohol en Frasco

Procedimiento.

1. Explicar el procedimiento que se realizara al paciente.
2. Hacer firmar el consentimiento informado.
3. Colocar al paciente sentado o en decúbito lateral derecho o izquierdo al borde de la cama en posición fetal, con sus rodillas flexionadas al nivel del tórax, y la cabeza flexionada en sentido de las rodillas.
4. Comprobar que la ventilación pulmonar es correcta, especialmente en enfermos intubados o con bajo nivel de conciencia.
5. Limpiar la zona lumbar ampliamente con alcohol yodado.
6. Sujetar el frasco de anestesia para que el médico puede introducir la aguja.
7. Recoger en los frasquitos el líquido cefalorraquídeo.
8. Cubrir el orificio con tapa estéril y sellar, tras la retirada de la aguja de la punción lumbar.
9. Identificar los frascos de forma correcta.
10. Mantener al paciente en de cubito supino durante las siguientes cuatro horas sin almohada.
11. Medir la presión arterial cada 30 minutos durante las siguientes dos horas.

Recomendaciones.

Para éste procedimiento el paciente no requiere estar en ayunas.

Es necesario que la enfermera sepa el momento y sitio en que se hará la prueba.

La enfermera insistirá en la importancia de la inmovilidad durante la prueba.

Registrar la realización de la técnica, en la hoja de enfermería, (color cantidad y si la técnica a sido traumática).

Anotar cuantos frasquitos se mandaron a laboratorio y para que exámenes.

Ayudar al paciente a reducir la cefalea a un grado mínimo invitando al paciente a permanecer acostados horizontalmente en decúbito supino dorsal durante 6 a 8 horas después de la prueba.

Observar en busca de signos de irritación meníngea, perdida de líquido céfalo raquídeo.

Mielografía.

Concepto.

En la mielografía se hace una punción lumbar y se inyecta una sustancia radio opaca por la aguja de raquianestesia en el conducto raquídeo, se toma inmediatamente radiografías para demostrar las anomalías del conducto raquídeo, por ejemplo tumores o rotura de un disco intervertebral. Después de tomar las radiografías se elimina el colorante por la aguja, para impedir la irritación de las meninges. Es necesario mover la aguja para eliminar el colorante.

Discografía.

Concepto.

El término de discografía se refiere a la inyección de sustancia radio paca en un disco intervertebral, a lo que sigue, la toma de radiografías, por medio de las que e trata de observar anomalías del disco. La discografía se emplea para el diagnóstico de roturas de discos intervertebrales.

Cisternografía de Isótopo.

Concepto.

Es una modificación del registro cerebral que comprende la inyección del isótopo en el espacio sub. aracnoideo por punción ya sea lumbar o cisternal. Se toman registros cerebrales sucesivos durante un periodo de 48 horas para

observar la circulación de líquido cerebroespinal alrededor de los hemisferios cerebrales.

Esto proporciona información en casos de obstrucción en el flujo o de absorción inadecuada, como en la hidrocefalia.

Neumoencefalografía.

Concepto.

La práctica de un neumoencefalograma se efectúa para observar lesiones del cerebro por medio de radiografías. En esta prueba de diagnóstico se hace punción lumbar, se extrae líquido cefalorraquídeo, y se inyecta aire filtrado al espacio sub. aracnoideo por la aguja para raquianestesia. El aire asciende por el conducto raquídeo y llena los ventrículos cerebrales de manera que pueden observarse con bastante exactitud su forma, y posición; en ese momento se toman placas radiológicas.

Ventriculografía.

Concepto.

Es semejante a la neumoencefalografía, excepto en que se inyecta aire en los ventrículos cerebrales por medio de orificios de trepano en el cráneo. La ventriculografía se emplea en caso que no se pueda hacer neumoencefalografía. Por ejemplo, la obstrucción del conducto raquídeo puede justificar hacer un ventriculograma y no un neumoencefalograma.

Equipo y Material.

En el servicio de rayos X.(o quirófano en ventriculografía ,neurofisiología en la cisternografía).

Procedimiento, día anterior

1. Dejar en NPO desde las 24 horas.
2. Baño en ducha recorte de uñas.
3. Preparación de la piel.(en caso de ventriculografía tricotomía de cuero cabelludo).
4. Preparación física psicológica.
5. Hacer firmar el consentimiento informado.
6. Procedimiento, día del estudio:

7. NPO
8. Control de signos vitales
9. Preparación del paciente como para quirófano
10. Colocar pijama.
11. Preparación psicológica.
12. Enviar a rayos X en camilla con la historia clínica en compañía de algún profesional en enfermería (si el caso aconseja).
13. En caso de ventriculografía el paciente será enviado a quirófano.

Procedimiento, después del estudio.

1. NPO. hasta 6 horas después del estudio.
2. Control de signos vitales hasta estabilizarse.
3. Reposo en decúbito supino dorsal.
4. Control del sitio de la punción (apósitos, gasas, piel).
5. Control de sensibilidad en miembros superiores e inferiores.

Recomendación.

- ☞ Es necesario que la enfermera sepa el momento que se hará el estudio.
- ☞ La enfermera insistirá en la importancia de la inmovilidad durante el estudio.
- ☞ Registrar en la hoja de enfermería la hora que se a enviado a RX, quirófano o neurofisiología respectivamente, y el estudio a realizarse.
- ☞ Ayudar al paciente a reducir la cefalea a un grado mínimo orientando a cerca del reposo obligado y posición adecuada.

Electroencefalografía.

Concepto.

El electroencefalograma es el registro de los impulsos eléctricos generados por el cerebro. Se colocan electrodos en el cuero cabelludo del paciente y se registran los trazos en un aparato llamado electroencefalógrafo.

Este estudio puede ser indicado con privación de sueño la noche anterior al examen.

Ecoencefalografía.

Concepto.

Por medio de un aparato de ondas ultrasónicas es posible registrar los ecos de las ondas sonoras de los órganos intracraneales; estos ecos son transmitidos al cerebro desde la superficie del pericráneo. El desplazamiento de tejido cerebral causado por lesiones expansivas puede observarse en la grafica. La prueba no es dolorosa ni causa efectos secundarios.

Potencial Evocado.

Concepto.

Trazado de una onda cerebral medida en distintos puntos de la superficie de la cabeza. Esta onda, a diferencia de las reflejadas en un electroencefalograma, es provocada por un estímulo específico que puede originarse en las áreas visuales, auditivas o somatosensorial, normalmente evocadas por la estimulación del sistema nervioso. La actividad y función del sistema pueden controlarse durante una intervención quirúrgica estando el paciente inconsciente de forma que el cirujano puede evitar la lesión de los nervios durante los procedimientos operatorios. Los potenciales evocados se utilizan también para diagnosticar la esclerosis múltiple y diversos trastornos de la audición y la vista.

Equipo y material

En neurofisiología.

Procedimiento, día anterior:

1. No requiere ayunas
2. Lavado de cabeza con champú sin cremas de enjuague.
3. Preparación psicológica, explicar al paciente la finalidad del estudio.

Procedimiento, día del examen.

1. Preparación psicológica.
2. La prueba no causa dolor ni tiene efectos secundarios.
3. La paciente debe sentarse lo más cómodamente posible en la silla, o

esté sobre su dorso en una cama o camilla y relaje sus músculos, en tanto el aparato hace el registro.

Recomendación.

- ☞ Cuidar la limpieza personal.
- ☞ Quitar las orquillas para pelo.
- ☞ Estos estudios se pueden realizar de forma ambulatoria.

Tomografía Axial Computarizada (TAC).

Concepto.

Estudio de la imagen mediante la irradiación ionizante obtenida gracias a la reconstrucción computarizada de diferentes cortes oscilares en varias estructuras del cuerpo humano.

El procedimiento es indoloro no invasivo y no requiere preparación especial. Excepto en caso de ser contrastada. Con el mismo pueden detectarse masa tumorales infartos cerebrales desplazamientos óseos y acumulaciones de líquido.

Gamagrafía Cerebral.

Concepto.

Procedimiento diagnóstico basado en técnicas de representación por radio isótopos .Se emplea para localizar e identificar, masa, lesiones, tumores o infartos intra craneales. El radio isótopo se inyecta por vía intravenosa y circula hacia el cerebro, donde se acumula en tejido anómalo. El isótopo inyectado es marcado y fotografiado por un aparato de gammagrafía o un escáner donde se determinan el tamaño y localización de la anomalía. En algunos casos la acumulación del radio isótopo en el tejido patológico permiten diagnosticar directamente una lesión particular. La gammagrafía cerebral es una exploración indolora que no precisa otra preparación que la inyección del isótopo y la explicación del procedimiento.

Resonancia Magnética.

Concepto.

Espectro emitido por sustancias fosforescentes en los tejidos orgánicos , medido y registrado en aparatos de resonancia magnética nuclear.

Equipo y material:

- ☞ Receta de contraste
- ☞ Resto en el servicio de tomografía.

Procedimiento, día anterior:

1. NPO solo en caso de ser contrastada.
2. Previa programación con fecha y hora.
3. Comunicar a la red de ambulancia.(por requerimiento).
4. Hacer firmar consentimiento informado.
5. Informar a cerca del estudio al paciente y familiares.

Procedimiento, día del estudio:

6. NPO por requerimiento.
7. Control hemodinámico y estado neurológico.
8. Enviar al paciente con pijama como para quirófanos.
9. Enviar historia clínica completa.
10. Enviar al paciente al servicio de tomografía acompañado de un profesional según requerimiento.
11. Preparar la unidad adecuadamente para la recepción del paciente.

Recomendaciones:

1. No olvidar que un estudio simple puede convertirse en estudio contrastado por lo que se sugiere dejar siempre al paciente en NPO.
2. No puede realizarse el estudio de resonancia magnética en pacientes con prótesis metálicas internas.

**PROCEDIMIENTO N° 3
ATENCIÓN A PACIENTE CON EPISODIO
DE CRISIS CONVULSIVA**

Concepto.

Es la manifestación clínica de una descarga anormal, excesiva e hipsíncrona de una población neuronal cortical. Su forma de presentación dependerá de la función del área involucrada. La repetición de estos eventos de

forma aparentemente espontánea constituye una enfermedad crónica denominada epilepsia.

Según criterios clínicos y electroencefalográficos las crisis convulsivas se clasifican en parciales y generalizadas.

Objetivo.

- ☞ Dar asistencia inmediata al paciente con crisis convulsiva con conocimiento científico.
- ☞ Evitar lesiones irreversibles en los centros vitales.
- ☞ Evitar que el paciente se produzca otras lesiones.

Fundamentación científica.

- ☞ La falta de O₂ en las células nerviosas causan daños irreversibles.
- ☞ El compromiso con el nivel de conciencia producen lesiones graves en el paciente.
- ☞ El aura cuando se presenta es un indicativo del inicio focal de la crisis convulsiva.
- ☞ La falta de conocimientos en la asistencia de éste tipo de pacientes produce alteraciones graves en el mismo.

Material.

- ☞ Una toalla doblada.
- ☞ Una baja lengua metálica o tubo de mayo.
- ☞ Oxígeno completo.
- ☞ Farmacoterapia
- ☞ Unidad adecuada

Procedimiento.

1. Acudir inmediatamente
2. Evitar autolesiones.
3. Mantener las vías aéreas permeables.
4. Retirar las prótesis dentarias y cuerpos extraños.
5. Colocar la toalla doblada, baja lengua metálica o tubo de mayo en la cavidad oral.
6. Situar al paciente en decúbito lateral.

7. Aspirar secreciones.
8. Administrar oxígeno.
9. Canalización de una vía venosa periférica.
10. Administrar farmacoterapia indicada.
11. Registrar el tipo de convulsión: hora, tiempo de duración, tipo de convulsión y que consecuencias tuvo.
12. Control hemodinámico cada dos horas hasta que se estabilice.
13. Control de ingeridos y eliminados
14. Controlar crisis convulsivas recidivantes.

Recomendaciones:

- ☞ Observar de cerca al paciente.
- ☞ Revisar el equipo de oxigenoterapia y su buen funcionamiento.

PROCEDIMIENTO N° 4
PREPARACIÓN PREOPERATORIA
EN EL PACIENTE NEUROQUIRURGICO

Concepto.

La cirugía es una agresión para el cuerpo que afecta la capacidad del individuo para satisfacer todas sus necesidades básicas.

Los cuidados preoperatorios se inician cuando el médico y el paciente deciden la cirugía es por esto que se debe preparar al paciente para su situación post-operatoria. Es conveniente incluir a los familiares para la pronta rehabilitación del paciente en esta fase, tanto el paciente como su familia deben tener una noción clara y real de cómo será el post-operatorio, así como las medidas terapéuticas serán utilizadas ejemplo oxigenoterapia, aspiración nasogástrica, drenajes cefálicos derivaciones externas, drenajes laminares, etc. En general comprende todas aquellas acciones que deben ejecutarse un día antes de su cirugía e inmediatamente antes que el paciente sea llevado al quirófano.

Objetivos.

- ☞ Ayudar al enfermo a afrontar la agresión o stress de la cirugía
- ☞ preparar al enfermo mental y físicamente para su cirugía.
- ☞ Evitar infección post-operatoria.
- ☞ Facilitar la incisión.

Fundamentación científica.

- ☞ El equilibrio científico así como la supervivencia física requiere de la capacidad para percibir e interpretar los datos externos e internos.
- ☞ La piel y mucosas sanas e integra son las primeras líneas de defensa contra agentes nocivos.
- ☞ La limpieza impide el crecimiento de los microorganismos.
- ☞ El aprendizaje es más eficaz cuando una respuesta a una necesidad el que siente es el que aprende

Material.

- ☞ Expediente clínico con la siguiente documentación:
- ☞ Valoración por anestesiología.

- ☞ Exámenes complementarios: anatomopatológicos, Química sanguínea
Imaginología, ecografía y todos los exámenes actualizados, en caso
de pacientes mayores de 40 años; valoración cardiológico.
- ☞ Consentimiento informado debidamente firmado.
- ☞ Medicación según prescripción médica.
- ☞ Equipo para enema opcional
- ☞ Equipo para baño completo.
- ☞ Equipo para tricotomía.

Procedimiento.

1. Un día antes de la cirugía:
2. Satisfacer necesidades higiénicas, proporcionando baño completo.
(tina, ducha o de esponja)
3. Limpiar y cortar las uñas, quitar el esmalte de las mismas.
4. En pacientes mujeres, quitar maquillaje o pintura labial
5. Tricotomía del cuero cabelludo y o espalda según la cirugía o
patología
6. Satisfacer necesidades de aprendizaje.
7. Enseñanza de ejercicios respiratorios.
8. Enseñanza de ejercicios isotónicos e isométricos de miembros.
9. Enseñanza sobre sonda, drenajes, venoclísis, etc.
10. Satisfacer necesidad de nutrición:
11. Cena dieta líquida.
12. N. P. O. desde horas 24 u 8 hrs. Antes de la cirugía.
13. Colocar el cartel de N. P. O. En lugar visible.
14. Satisfacer necesidad de descanso y sueño:
15. Administrar sedante relajante o hipnótico según prescripción médica.
16. Proporcionar cuidados vespertinos generales.
17. Satisfacer necesidad espiritual:
18. Notificar al capellán o pastor y proporcionar una Biblia (si el paciente
así lo desea)
19. Revisar y preparar el expediente clínico con los siguientes elementos:

20. Consentimiento informado con las firmas respectivas : paciente ,familiar más directo, Médico informante y Lic. Enfermería como testigos.
21. Informes requeridos de laboratorio, rayos X, electrocardiograma u otros.
22. Historia clínica completa.
23. Revisar y hacer cumplir las prescripciones médicas pre-operatorias.
24. Informar si el paciente es alérgico.
25. Verificar valoración por anestesiología y orden preanestesia (premedicación).
26. El día de la operación o preparación en el preoperatorio inmediato
27. Proporcionar cuidados matinales, retirar prótesis dentarias u otras, guardarlas en un lugar seguro.
28. Colocar la bata para quirófano, turbante y botas de tela. (Según normas Institucionales).
29. Si el paciente tiene várices aplicar vendaje elástico, para prevenir un AVC por tromboembolismo, y a todo paciente mayor de 40 años.
30. Si tiene alguna indicación especial para instalar S.N.G., cateterismo vesical u otro tratamiento, seguir las técnicas correspondientes.
31. Las pertenencias de valor debe entregarse a los familiares o depositar en contabilidad o jefatura de enfermería (según normas de la Institución).
32. Ofrecer chata o pato para que el paciente micciones.
33. Controlar y registrar los signos vitales COMPLETOS, anotando la hora exacta en que se hizo la toma.
34. Administrar la medicación preanestesia prescrita, hacer el registro correspondiente en la hoja de control preoperatorio:
35. Hora exacta de la administración.
36. Nombre y dosis del fármaco.
37. Vía por la cual se administró.
38. Firma de la persona que administró.

39. Cuando el paciente debe ser trasladado a la sala de operaciones:
40. Tener al paciente con la vejiga y los intestinos vacíos.
41. Llenar la hoja correspondiente a “control preoperatorio” con las debidas observaciones para cada ítem.
42. Apoyo psicológico al pacientes es muy fundamental en éste momento.
43. Registrar en nota de enfermería:
44. Condiciones del paciente hasta el momento en que fue trasladado a quirófano.

45. Reacciones adversas que pudo haber ocasionado la premedicación medidas tomadas.
46. Hora exacta de su trabajo.
47. Trasladar al paciente a la camilla.
48. Transportar al enfermo al pabellón de operaciones, preferentemente con la enfermera.
49. Dejar al paciente y el expediente clínico a la enfermera de quirófano, despedirse del paciente con apoyo emocional.
50. Mientras el paciente se encuentra en quirófano:
51. Preparar la unidad con cama de anestesia.
52. Prepara la unidad con todo el equipo necesario para el post-operatorio inmediato (dependiendo del tipo de cirugía).

Recomendaciones:

- ☞ En todo momento brinde el apoyo psicológico y emocional al paciente y familia.
- ☞ Comunicar al médico tratante si el paciente presenta síntomas o signos de resfrío, lesiones de piel, alergias o alteraciones en los signos vitales, registrar en hoja de enfermería.
- ☞ Posterior a la administración de fármacos preanestésicos proporcionar medidas de seguridad.
- ☞ El paciente debe estar listo para ser trasladado a la sala de

operaciones 20 minutos antes de la hora de llamada (según programación) con la historia clínica completa.

Preparación de la Piel – Tricotomía.

Concepto.

La preparación de la piel precede a la incisión quirúrgica. El procedimiento de tricotomía, se refiere al afeitado que se realiza en una determinada zona, a fin de eliminar el pelo o vello.

La naturaleza del procedimiento quirúrgico, la patología y extensión de la incisión determinan el área de piel que deberá prepararse.

Objetivo.

- ☞ Eliminar los pelos del campo operatorio, con el fin de prepararlo para la incisión quirúrgica.
- ☞ Mantener la piel libre de microorganismos sin menoscabo de su Integridad física y fisiológica.

Fundamentación Científica.

- ☞ La piel humana por naturaleza posee flora bacteriana pasajeros habituales; algunos de estos microorganismos son patógenos.
- ☞ La piel no puede esterilizarse sin destruir células dérmicas.
- ☞ Ninguno de los antisépticos existentes produce desinfección cutánea instantánea.
- ☞ La eficacia del agente bactericida contra los microorganismos aumenta si se fricciona la grasa o aplicar el antiséptico

Material.

- ☞ Bandeja que contenga lo siguiente:
- ☞ Máquina de afeitar.
- ☞ Hojas de afeitar.
- ☞ Recipiente que contenga solución jabonosa.
- ☞ Recipiente con agua caliente (45°)
- ☞ Torundas de algodón.

- ☞ Puntas de aplicadores de algodón (opcional).
- ☞ Pinza de aro o Kocher (opcional).
- ☞ Brocha (opcional).
- ☞ Toalla y hule.
- ☞ Sábana para cubrir.
- ☞ Tijeras.
- ☞ Recipiente o bolsa para desechos.
- ☞ Antisépticos utilizados en la Institución, (opcional).
- ☞ En caso de existir heridas cubrir con apósito estéril y vendas de gasa.
- ☞ Máquina de afeitar (si tiene el paciente).
- ☞ Lámpara de pie o mesa de noche.

Procedimiento.

1. Saludar, identificar y presentarse al paciente.
2. Explicar el procedimiento al paciente, para obtener su cooperación.
3. Preparar el material y equipo necesario.
4. Llevar el equipo a la unidad y disponer en un lugar adecuado.
5. Instalar la lámpara de pie dirigiendo la luz hacia el área que va a preparar.
6. Lavarse las manos.
7. Acomodar al paciente y exponer la zona que debe ser rasurada.
8. Colocar el hule y toalla debajo del área que será rasurada.
9. Inspeccionar la piel sobre la zona a preparar.
10. Si es necesario cortar con las tijeras los pelos largos.
11. Verter en la riñonera o cubeta la solución jabonosa.
12. Utilizar la pinza aro y empapar una torunda de algodón con la solución jabonosa.
13. Enjabonar una pequeña área, haciendo un movimiento circular.
14. Sostener la máquina de afeitar formando un ángulo de 30°.
15. Rasurar la zona, avanzando con la máquina a través de la piel en la misma dirección en que crece el cabello o vello, puede utilizar un pedazo de gasa para estirar la piel.

16. Avanzar progresivamente hasta completar la zona determinada.
17. Lavar el área rasurado con jabón, agua y secar.
18. Enjabonar el área para rasurar cuantas veces sea necesario, enjuagando siempre la máquina con agua caliente.
19. Examinar cada parte del área afectada y rasurar de nuevo toda la zona donde haya quedado cabello o vello, dejando cubierto con un turbante en caso de craneotomía.
20. Limpiar el ombligo con aplicador humedecido, en caso necesario (derivaciones).
21. Asegurar que se eliminó completamente el cabello y vellos, lavar, enjuagar, y secar el área.(ayudándose con un esparatrapo para la eliminación total de resto de cabellos).
22. Retirar el material y eliminar la hoja de afeitar, torundas y otras, en una bolsa de desechos.
23. Cubrir al paciente, dejarlo seco y cómodo.
24. Lavarse las manos, y despedirse del paciente.
25. Registrar el procedimiento en la hoja de enfermería.
26. Dar cuidados posteriores al equipo y material.

Recomendaciones.

- ☞ En las mujeres con trenzas solicitar consentimiento informado y firmado por paciente o familiares.
- ☞ Consultar el expediente clínico para saber el área que debe rasurarse
- ☞ Trabaje en una zona bien iluminada para facilitar la visualización de los vellos finos.
- ☞ Es importante evitar la irritación y la abrasión de la piel.
- ☞ Si se nota una lesión cutánea informe al médico antes de proceder.
- ☞ El cabello que se quita de la cabeza, debe guardarse como la correspondiente identificación a fin de devolver al paciente.
- ☞ La preparación para una cirugía de craneotomía, debe ser meticulosa además se debe cubrir la zona rasurada con apósitos estériles y/o

turbante.

- ☞ Desinfectar la máquina de afeitar, utilizando un antiséptico disponible en la institución, puede ser alcohol al 70% durante 30 minutos.

PROCEDIMIENTO No 5 POST OPERATORIO EN NEUROCIRUGIA

Concepto.

Pertenciente o relativo al periodo de tiempo que sigue a una intervención neurológica y quirúrgica. Comienza cuando el paciente sale de la anestesia y continua durante todo el tiempo necesario para que desaparezcan los efectos agudos de los anestésicos empleados (post operatorio inmediato) y de los procedimientos quirúrgicos realizados.

Cuidados:

Es la asistencia que recibe el paciente después de una intervención quirúrgica.

Objetivos.

- ☞ Evitar complicaciones post operatorias inmediatas o mediatas.
- ☞ Poner en práctica todos los conocimientos y habilidades adquiridas en la formación y en la práctica.
- ☞ Dar seguridad al paciente coadyuvando de ésta manera en su pronta recuperación.

Fundamentación Científica.

- ☞ El control hemodinámico constante del paciente post operado coadyuva a la detección de posibles alteraciones precozmente.
- ☞ La valoración neurológica del paciente (Glasgow). nos orienta a la planificación de intervenciones inmediatas.
- ☞ La cirugía afecta la capacidad del individuo para la satisfacción de sus necesidades básicas.
- ☞ La piel limpia es la primera barrera de protección.
- ☞ El paciente inseguro aumenta el riesgo de complicaciones post quirúrgicas.

Material.

- ☞ Cama de anestesia con hule y sábanas, ropa estéril (optativo).
- ☞ Oxígeno centralizado o portátil, con sus accesorios correspondientes.
- ☞ Tela adhesiva.

- ☞ Termómetro, tensiómetro, fonendoscopio, reloj con segundero.
- ☞ Trípode.
- ☞ Aspiradora, con control de funcionamiento.
- ☞ Frascos de aspiración y diferentes calibres de sondas de aspiración.
- ☞ Guantes
- ☞ Jeringas de 20 y/o de 50 cc.
- ☞ Canastillos para los drenajes correspondientes.
- ☞ Mitones, vendas de gasa.
- ☞ Equipos de curación estériles P.R.N.

Procedimiento.

1. Cuidados inmediatos en sala.
2. Control de los diferentes tipos de drenajes: la permeabilidad, y las conexiones de todos los tubos manteniéndolas protegidas, su respectiva fijación evitando que existan accidentes no deseados: Vigilar Características del débito.(cantidad, consistencia, color, densidad.)
3. Control de herida pos operatorio y la tasa de flujo de todas las incisiones: apósitos, gasas vendajes. Debiendo conservarse limpios y secos Lavado de las manos.
4. Preparar todo el material necesario y lleve a la unidad del paciente.
5. El traslado del paciente a su unidad debe estar indicado por el anestesiólogo.
6. Traslado del paciente aplicando técnica apropiada en pacientes neuroquirúrgicos (en Bloque entre cuatro personas lenta y cuidadosamente).
7. Establezca una vía aérea y asegure la ventilación para el intercambio respiratorio adecuado.
8. Coloque al paciente en posición prescrita con la cabeza a un lado.
9. Control hemodinámico inicialmente cada 2 horas hasta su estabilización, cada 4 horas en caso de presentar alteraciones y luego por turno.

10. Valoraciones neurológicas por turno (Glasgow).
11. Administrar medicamentos según prescripción médica, soluciones, antibióticos, diuréticos, analgésicos, protectores gástricos y otros.
12. Control estricto de la diuresis control.
13. Control de ingeridos y eliminados por turno, registrando en hoja correspondiente.
14. Control de vías periféricas y centrales, manteniendo la permeabilidad.
15. Control de sondas, naso gástrico, vesical y sus características, en caso de portar el paciente.
16. Mantener en N.P.O. al paciente hasta nuevas indicaciones.
17. Prevención de traumatismos post operatorios que puede ocurrir por encontrarse el paciente en estado de confusión.
18. Aspiración de secreciones según requerimiento.
19. Comunicar a su medico cualquier cambio.
20. Registrar lo efectuado y observado en la hoja de enfermería.

Recomendaciones.

- ☞ Efectúe cambios posturales cada hora.
- ☞ Busque signos de edema o hemorragia intra craneal y/o de la herida operatorio.
- ☞ Apoyo psicológico al paciente ya los familiares.
- ☞ Con unos cuidados meticulosos se evitan las caídas, las infecciones y otras complicaciones y se favorecen la cicatrización de las heridas y el restablecimiento del enfermo.

PROCEDIMIENTO N° 6 CONTROL HEMODINÁMICO

Concepto.

Es un conjunto de medidas asistenciales que proporcionan una información cuantitativa del funcionamiento del sistema cardiovascular en relación con otros sistemas y permiten un seguimiento continuo de la evolución del enfermo.

Temperatura.

Concepto.

Es el grado de calor mantenido por el cuerpo; resultado de-1 equilibrio entre la producción y la pérdida de calor corporal, medida que se obtiene a través de un termómetro aplicado en la vía oral, axilar ó recta.

Objetivos:

- ☞ Obtener la temperatura corporal del enfermo en forma precisa y segura.
- ☞ Detectar oportunamente disfunciones orgánicas, manifestadas a través de alteraciones térmicas y prevenir complicaciones.
- ☞ Proporcionar comodidad y seguridad al enfermo durante el procedimiento.

Fundamentación Científica.

- ☞ La temperatura ésta regulada por el centro termoregulador del hipotálamo.
- ☞ Las variaciones y cambios en la temperatura corporal son los principales indicadores de enfermedad y otras anomalías. Se establece que la temperatura normal del ser humano es de 37 °C con alteraciones fisiológicas no significativas que van relacionadas con el arco circadiano normal.
- ☞ Es importante que la enfermera identifique y diferencie las anormalidades presentadas, utilizando terminología médica correcta.
- ☞ La temperatura corporal normal del ser humano es de 36.5°C a 37°C.
- ☞ La temperatura corporal a partir de 37.5°C a 38.4°C se trata con medios físicos.
- ☞ La temperatura corporal a partir de 38.5°C adelante se trata con

medios físicos y antipirético

Material.

- ☞ Bandeja conteniendo:
- ☞ Frasco con solución jabonosa.
- ☞ Frasco con agua limpia.
- ☞ Frasco con solución antiséptica.
- ☞ Lubricante con líquido ó sólido.
- ☞ Termómetro oral ó rectal.
- ☞ Torundas de algodón.
- ☞ Cubeta.
- ☞ Bolsa de desperdicios.
- ☞ Reloj.
- ☞ Tensiómetro.
- ☞ Fonendoscopio.
- ☞ Hoja de registro.

Temperatura Oral.

Concepto:

Es el grado de calor corporal medido a través de la aplicación de un termómetro de mercurio en la cavidad oral a nivel sublingual.

Procedimiento.

1. Preparar el material necesario y llevar a la unidad del paciente.
2. Lavarse las manos.
3. Explicar el procedimiento al paciente.
4. Colocar en posición adecuada.
5. Comprobar que la columna de mercurio del termómetro se encuentre inferior a 35°
6. Colocar el termómetro debajo la lengua del paciente; pedir que sujete el mismo con los labios cerrados, durante 3 minutos.
7. Retirar el termómetro y Leer la temperatura.
8. Bajar el nivel del termómetro nuevamente a 35° C°.
9. Lavar y dejar el termómetro en solución antiséptica.

10. Registra el valor obtenido.
11. Retirar y ordenar el material utilizado.

Recomendaciones.

- ☞ Este procedimiento no debe ser empleado en pacientes inconscientes, psiquiátricos ó niños.
- ☞ Asegurarse que el paciente no ingiera líquidos calientes ó fríos 10 minutos antes del procedimiento.

Temperatura Axilar.

Concepto.

Es el grado de calor corporal medido en el hueco axilar por medio de un termómetro de mercurio.

Procedimiento.

1. Preparar el material necesario y llevar a la unidad del paciente.
2. Lavarse las manos.
3. Explicar el procedimiento al paciente.
4. Comprobar que la columna de mercurio del termómetro se encuentre por debajo de 35 °C.
5. Comprobar que el hueco axilar se encuentre limpio y seco.
6. Colocar el termómetro en la axila con el bulbo de mercurio en la parte interna del hueco axilar, y plegar el brazo sobre el tórax.
7. Comprobar que el termómetro este en contacto con la piel, mantener en ésa posición durante 5 minutos.
8. Retirar el termómetro y leer la temperatura marcada.
9. Bajar el nivel de mercurio del termómetro a 35 °C.
10. Lavar y dejar el termómetro en solución antiséptica.
11. Registrar el valor obtenido.

Recomendaciones.

- ☞ El tiempo para tomar la temperatura axilar es mayor que las otras regiones, por que la vulva de mercurio del termómetro no queda cerrado en cavidad natural.
- ☞ Se recomienda que el termómetro debe ser de uso personal para cada

paciente, así se evita posibles infecciones cruzadas.

Temperatura Rectal.

Concepto.

Es la medición de la temperatura corporal en el recto por medio de un termómetro de mercurio, y se considera a esta vía como la más fiable especialmente en pacientes inconscientes.

Procedimiento.

1. Preparar el material necesario y llevar a la unidad del paciente.
2. Lavarse las manos.
3. Explicar el procedimiento si el paciente esta consciente.
4. Acomodar al paciente en decúbito lateral.
5. Comprobar que la columna de mercurio este por debajo de 35 °C.
6. Aplicar lubricante a la vulva del termómetro a 2 centímetros de la parte proximal.
7. Calzarse un guante en la mano izquierda y separar los glúteos exponiendo el orificio rectal,
8. Colocar en el recto el termómetro por 3 minutos.
9. Retirar el termómetro y limpiar con un pedazo de papel higiénico la región perirectal.
10. Leer el valor marcado.
11. Lavar y dejar el termo metro en solución antiséptica.
12. Registrar el valor obtenido.

Recomendaciones.

- ☞ Este procedimiento no debe ser utilizado en pacientes psiquiátricos ó en pacientes con trastornos de eliminación intestinal. .
- ☞ Durante la introducción del termómetro en el recto no forzar en caso de presentar resistencia.

Pulso Arterial.

Concepto.

El control del pulso arterial es una medida que permite la captación de la vibración arterial por efecto de las contracciones ventriculares del corazón a través de la palpación digital.

Objetivos.

- ☞ Permite controlar el número de pulsaciones en un minuto además de valorar las características.
- ☞ Detectar alteraciones patológicas, mediante un control adecuado y oportuno.

Fundamentación Científica:

- ☞ El pulso se percibe en cualquier sitio del cuerpo donde se palpa una arteria.
- ☞ Determinadas situaciones emocionales y ambientales influyen en la actividad cardiaca.
- ☞ En una persona adulta el número de pulsaciones en un minuto es de 60 a 80 por minuto.
- ☞ Si el dato obtenido es menor a 60 'latidos por minuto se llama bradicardia.
- ☞ Si el dato obtenido es mayor a 80 latidos por minuto se llama taquicardia.

Equipo:

- ☞ Reloj con segundero
- ☞ Hoja de registro.

Procedimiento:

1. Lavarse las manos.
2. Explicar el procedimiento al paciente.
3. Colocar en posición cómoda y adecuada.
4. Seleccionar la arteria y colocar el pulpejo de los dedos: índice, medio y

anular sobre la arteria haciendo una ligera presión sobre la superficie.

5. Localizado las vibraciones arteriales, contar el número de pulsaciones en un minuto, así como identificar las características (ritmo, intensidad).
6. Lavarse las manos.
7. Registrar los datos obtenidos.

Recomendaciones.

- ☞ No se debe utilizar el dedo pulgar, por que este transmite su propia pulsación.
- ☞ En caso de encontrar alteración alguna en el control, recurrir inmediatamente al control del pulso apical ó central, mediante el uso de un Fonendoscopio aplicado a la región precordial.

Respiración.

Concepto.

Mecanismo por el cual se transporta oxígeno desde la atmósfera hacia las células y el anhídrido carbono de las células hacia la atmósfera, mediante el control de los movimientos respiratorios tanto de inspiración como de espiración.

Objetivos.

- ☞ Valorar la frecuencia respiratoria y sus características en un minuto .mediante este procedimiento valoramos también la permeabilidad de las vías aéreas altas.

Fundamentación Científica.

- ☞ El ciclo respiratorio comprende dos mecanismos: inspiración y espiración.
- ☞ El intercambio gaseoso que se realiza a nivel respiratorio, se produce gracia! al mecanismo de difusión(por gradiente de presiones).
- ☞ El anhídrido carbónico es considerado como un elemento fundamental para la estimulación respiratoria, su disminución en el organismo produce hipo ventilación y/o apnea.
- ☞ La frecuencia respiratoria normal en una persona adulta es de 16 a 20 respiraciones por minuto.

- ☞ Si la frecuencia respiratoria se encuentra inferior a 16 respiraciones por minuto se llama bradipnea.
- ☞ Si la frecuencia respiratoria es mayor a 20 respiraciones por minuto se llama taquipnea.

Equipo.

- ☞ Reloj con segundero.
- ☞ Hoja de registro.

Procedimiento.

1. Lavarse las manos.
2. Colocar en posición de reposo al paciente.
3. Controlar la respiración, observando el ascenso y descenso del tórax, por espacio de un minuto.
4. Valorar las características de la respiración.
5. Registrar el valor obtenido.

Recomendaciones.

Evitar comunicar al paciente respecto al procedimiento debido a que podría alterar las características y la frecuencia respiratoria.

Presión Arterial.

Concepto.

Es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de los vasos arteriales. Actualmente se conoce tres métodos de control oscilométricos:

- Método palpatorio,
- Método auscultatorio.
- Método electrónico.

Objetivos.

- ☞ Permite controlar las presiones arteriales tanto en diastole y sístole cardiaca.
- ☞ Constante vital que orienta sobre el estado hemodinámico del enfermo.

Fundamentación Científica

- ☞ Las presiones arteriales; varían según la posición que adopta el

paciente.

- ☞ La manilla que envuelve; y cubre la arteria braquial, no debe exceder de la tercera parte de la longitud total del brazo y debe colocarse por encima de dos a tres traveses de dedos sobre la articulación del codo.
- ☞ Las presiones arteriales normales en un adulto son: 120 mm Hg de sístole y 70 mmHg de diástole.
- ☞ Las presiones arteriales varían según el brazo derecho o izquierdo.
- ☞ Mantener la presión arterial media de 60 a 90 mm Hg. para obtener la presión arterial media se utiliza la siguiente formula:

$$PAM = \frac{2PD + 1PS}{3}$$

- ☞ La presión arterial media garantiza la perfusión cerebral y renal. Si el paciente es hipertenso la presión arterial sistólica no debe ser mayor a 110 mm Hg.

Material.

- ☞ Bandeja conteniendo:
- ☞ Estetoscopio
- ☞ Esfinge manómetro

Procedimiento.

1. Colocar al paciente en posición adecuada.
2. Lavarse las manos.
3. Alinear el brazo elegido para el control, con la palma hacia arriba.
4. Aplicar el brazalete por encima de 4 cm. del pliegue del codo.
5. Localizar el pulso humeral del paciente y colocar el diafragma sobre la superficie de la arteria localizada sosteniendo firmemente con la mano izquierda
6. Con la mano derecha cerrar la válvula e insuflar aire al brazalete, hasta que la aguja del manómetro ó el mercurio alcance los 200mm Hg
7. Abrir lentamente la válvula observando el descenso de la aguja del manómetro ó del mercurio, hasta auscultar el primer ruido, que.

corresponde, al primer latido de sístole.

8. Proseguir con la descompresión del aire de la manilla hasta percibir el último ruido, que corresponde al último latido audible de diástole.
9. Retirar la manilla del brazo y ordenar el material.
10. Dejar cómodo al paciente
11. Registrar los datos y características del procedimiento.

Recomendaciones.

- ☞ Se puede repetir el control la presión arterial máximo tres veces en el mismo procedimiento, con intervalos de 5 minutos; porque altera los resultados e incomoda al enfermo.
- ☞ Cuando el enfermo ha realizado una determinada actividad y esfuerzo físico previo al control de la presión arterial, se debe esperar 5 minutos para el procedimiento.
- ☞ Se recomienda que el manómetro de mercurio y el brazo se encuentre a nivel tórax del enfermo.

Escala de Valoración de Glasgow.

Concepto.

Escala numerada, basada en la evaluación de tres categorías: Apertura de ojos, respuesta verbal y respuesta motora utilizado para valorar el estado de conciencia.

Objetivo.

- ☞ Permite el monitoreo del paciente neurológico.
- ☞ Permite la identificación de alteraciones neurológicas previniendo complicaciones ulteriores
- ☞ Identificar cambios en la respuesta de conciencia.

Fundamentación Científica.

- ☞ La mayor puntuación en esta escala es de 15 y la menor puntuación es de 3.
- ☞ Una puntuación de 7 o menos indica coma.
- ☞ Esta escala aporta datos solo del estado de conciencia.
- ☞ Para una valoración neurológica completa se requiere explorar

también ojos, pupilas, patrón respiratorio y las constantes vitales.

- ☞ Para la valoración del nivel de conciencia debe centrarse en dos aspectos fundamentales:

Evaluación del estado de alerta

Evaluación de la conciencia o conocimiento

Función Motora.

Está centrada en tres aspectos fundamentales:

Observación de los movimientos motores involuntarios

Evaluación del tono muscular

Estimulación de la fuerza muscular

Control de la Presión Venosa Central.

Concepto.

Es un procedimiento específico en los pacientes craneotomizados , que mide el llenado de la aurícula derecha, dato que ayuda a esclarecer un cuadro clínico y dirige un manejo adecuado de líquidos corporales.

Objetivos.

- ☞ Es un procedimiento que permite, detectar oportunamente alteraciones cardiorespiratorias.
- ☞ Procedimiento que orienta en la reposición ó limitación del volumen de líquidos corporales del enfermo previniendo así complicaciones ulteriores.

Fundamentación Científica.

- ☞ El procedimiento requiere imprescindiblemente un acceso venoso central por tanto en su desarrollo se debe aplicar estrictamente normas de asepsia y antisepsia. Verificar con una radiografía de tórax la ubicación de la punta del catéter.
- ☞ La presión venosa central se mide en centímetros de agua y existen dos métodos de control: un sistema de mercurio (donde se hace una conversión de los mmHg. a centímetros de agua) y un sistema de manómetros de agua.
- ☞ Los valores normales de la presión venosa central son variables,

según la literatura es de 5 a 10 cm de agua ó de 8 a 12 mmHg.

- ☞ El nivel cero en el enfermo se ubica entre el cuarto y quinto espacio intercostal línea media axilar (altura que corresponde a la válvula tricuspídea del corazón).
- ☞ Las mediciones exactas de la P.V.C. implica el uso del eje flebostático como punto de referencia en el cuerpo y la verificación del punto cero del manómetro de agua están correctamente alineados en su nivel, se puede emplear cualquier posición de la cabecera de la cama hasta un ángulo de 45° para la lectura de la P.V.C.; especialmente en pacientes con problemas cardíacos o respiratorios que no toleran la posición horizontal

Existen 3 complicaciones importantes que merecen mención.-

Embolismo Gaseoso.

Los esfuerzos respiratorios introducirán el aire en el sistema venoso y en el lado derecho del corazón, si se desconecta la vía de la P.V.C. o queda abierta al aire por cualquier razón, quedando atrapado en el tracto de salida del ventrículo derecho interrumpiendo el flujo de sangre.

Hemorragia.

Todos los pacientes que llevan un catéter invasivo corren el riesgo de sufrir una hemorragia por desconexión accidental.

Infección.

Es muy necesario seguir técnicas asépticas específicas para la prevención de infecciones, al retirar el catéter en lo posible enviar a cultivo.

La administración de soluciones isotónicas para su medida son recomendables, para evitar el riesgo de trombosis vascular, por lo que se usa solución fisiológica al 0.9 %.

Material.

- ☞ Bandeja conteniendo:
- ☞ Un pevecímetro y sus accesorios ó un sistema graduado.
- ☞ Llave do tres vías.
- ☞ Solución fisiológica al 0,9%

- ☞ Dos equipos de venoclisis (si no se cuenta con un pevecímetro).
- ☞ Nivelador (improvisar una regla de 50 cm. con una ampolla de agua).
- ☞ Adhesivo transparente.
- ☞ Cubeta.
- ☞ Gasas estériles.
- ☞ Frasco de alcohol yodado al 2% ó Iodopovidona.
- ☞ Portasueros ó trípode portátil.

Procedimiento.

1. Antes del procedimiento deberá asegurarse la ubicación correcta de la punta del catéter con exámenes de imagenología, como la radiografía de tórax o control de punta de catéter.
2. Preparar el equipo completo y trasladar a la unidad del enfermo.
3. Explicar el procedimiento, proporcionar apoyo psicológico.
4. Preparar el sistema graduado en centímetros de agua con la llave de tres vías e instalar paralelamente una solución fisiológica al 0.9% con su respectivo equipo de venoclisis. La columna graduada de medición debe fijarse de abajo hacia arriba con el gotero del equipo de venoclisis situado en la parte superior.
5. Permeabilizar el sistema en su totalidad y mantener protegido para su pronta conexión.
6. Colocar al enfermo, en posición decúbito dorsal,- conservando una alineación anatómica horizontal.
7. Realizar la medición respectiva en el enfermo para determinar el punto cero (línea media axilar entre el cuarto y quinto espacio intercostal) y mediante el uso de un nivelador marcar este punto en el trípode portátil donde se aplicará el sistema graduado en centímetros de agua.
8. Fijar el equipo graduado para la Presión Venosa Central en el trípode portátil, haciendo coincidir los puntos prefijados en el nivel cero, evitando manipulaciones indebidas en las conexiones y sistemas de protección del equipo ó de la llave de tres vías.
9. Observar previamente los parámetros hemodinámicos, la frecuencia

respiratoria frecuencia cardíaca y la presión arterial: pero ante todo verificar la tolerancia del enfermo al procedimiento.

10. Retirar la infusión venosa que ingresa en el momento por la vía central del enfermo y conectar la llave, de tres vías (cerrado en todas las direcciones) con el equipo preparado.
11. Girar la llave de tres vías a 90° de modo que se llene la columna graduada de solución salina aproximadamente de 10 - 20 cm H₂O ocluyendo así el acceso a la vía del paciente.
12. Girar la llave de tres vías otros 90° de manera que la solución salina; quede ocluida para tener la vía libre entre la columna graduada a la vía venosa del paciente.
13. Esperar que la columna de líquido descienda hasta el momento en que oscile ligeramente y detenga su descenso. El ritmo de la oscilación del líquido debe coincidir con la frecuencia respiratoria.
14. Lea en la escala graduada el nivel del agua; ese valor corresponderá a la P.V.C. del paciente.
15. Finalizando la medición conectar al catéter venoso central con el sistema estable de goteo mediante la llave, de tres vías y continuar con la infusión.
16. Registrar la medición.

Recomendaciones.

- ☞ Confirmar la posición del catéter con una radiografía de tórax.
- ☞ Mantener una técnica aséptica.
- ☞ Asegúrese que las conexiones estén firmemente fijadas.
- ☞ La P.V.C. no debe medirse con el paciente en decúbito lateral.
- ☞ Se debe utilizar soluciones cristaloides isotónicas de preferencia salina.
- ☞ No debe existir burbujas de aire en el sistema de conducción ya que distorsionan la lectura.
- ☞ Debe oscilar la solución de medición con los movimientos respiratorios, es un parámetro de viabilidad de un catéter central.

- ☞ Evitar el llenado excesivo de la columna de solución fisiológica para minimizar contaminación.

PROCEDIMIENTO No. 7 OXIGENOTERAPIA

Concepto.

Es un procedimiento de soporte vital básico que consiste en la administración de oxígeno al organismo, mediante dispositivos y sistemas terapéuticos: puntas nasales (bigotera), máscara y/o catéter nasofaríngeo para mejorar el aporte de oxígeno que satisfaga necesidades metabólicas sistémicas.

Objetivo.

- ☞ Prevenir el daño tisular, mediante un manejo específico de hipoxemia arterial aumentando la fracción de oxígeno inspirado.
- ☞ Reducir el trabajo respiratorio causado por la hipoxemia y/o hipoxia.
- ☞ Reducir el trabajo del miocardio, en base al suministro y oportuno de oxígeno.
- ☞ Conocer las complicaciones debido a la inadecuada práctica de la administración de oxígeno.

Fundamentación Científica.

- ☞ La diferencia entre los distintos métodos de administrar oxígeno está en la fracción inspirada de oxígeno (FIO₂) a diferentes cantidades de flujo.
- ☞ La concentración de oxígeno ambiental es del 21%.
- ☞ El O₂ se prescribe, en litros por minuto (L/ min.)
- ☞ La falta de Oxígeno por periodos prolongados causa daño cerebral irreparable.
- ☞ El oxígeno seco irrita la mucosa.
- ☞ La concentración de oxígeno administrado, es una decisión clínica basada en factores que influyen en el transporte de O₂, como la concentración de hemoglobina, el gasto cardíaco y la presión arterial de oxígeno.

Oxígeno Terapia por Puntas Nasales (Bigoteras)

Concepto.

Es un método de utilización fácil que requiere de un dispositivo de plástico inerte que termina en un orificio final, acompañada de pequeños orificios laterales.

Equipo.

- ☞ Bigotera
- ☞ Flujómetro (manómetro) de oxígeno
- ☞ Humidificador.
- ☞ Alargador de oxígeno
- ☞ Agua destilada.

Procedimiento.

1. Explicar el procedimiento al paciente.
2. Lavado de manos.
3. Preparar el sistema de oxigenación de acuerdo a la prescripción y requerimiento del paciente.
4. Calzarse los guantes.
5. Colocar agua destilada al humidificador.
6. Probar y graduar el flujo de oxígeno.
7. Colocar la bigotera en ambas fosas nasales respetando la anatomía de las mismas.
8. Controlar la saturación de oxígeno.
9. Descalzarse los guantes.
10. Lavarse las manos.
11. Recomendaciones:
12. El oxígeno debe administrarse humidificado.
13. Es importante confirmar que el dispositivo de la oxigenoterapia se encuentre colocado correctamente.
14. Controlar continuamente la saturación de oxígeno.
15. Evitar complicaciones, hipo ventilación, atelectasia de reabsorción por elevada concentración de oxígeno; toxicidad de oxígeno.
16. No se debe administrar oxígeno a más de 4 litros por minuto.

Oxigenoterapia por Mascara.

Concepto.

Las mascarillas faciales son dispositivos que se ajustan totalmente a la boca y nariz que permite el aporte de oxígeno al 100 % y permite que se inhale aire

ambiental, si es necesario, las mascarillas entregan oxígeno a una tasa de flujo entre 4 - 10 litros por minuto.

Equipo.

- ☞ Máscara facial.
- ☞ Flujómetro (manómetro) de oxígeno
- ☞ Humidificador
- ☞ Alargador de oxígeno

Procedimiento.

1. Lavarse las manos.
2. Explicar el procedimiento al paciente.
3. Adaptar bien la mascarilla y aplicar a la cara del paciente teniendo cuidado de no ejercer excesiva presión sobre la oreja.
4. Abrir el flujómetro de acuerdo a indicación más de 4-5 lt./min.
5. Lavarse las manos.
6. Registrar el procedimiento detallado.

Recomendaciones.

- ☞ Previo al procedimiento en las diferentes formas de oxigenoterapia, verificar el buen funcionamiento del equipo.
- ☞ Revisar constantemente la tolerancia y efectividad de la administración de oxígeno.
- ☞ Cambiar el equipo (bigotera, máscara) cuantas veces sea necesario.

Oxigenoterapia por Mascarilla con Bolsa de Reservorio.

Concepto.

Es la adición de una bolsa de reservorio a una mascarilla facial, aumenta la capacidad del reservorio de oxígeno (según el tamaño de la bolsa). Si la bolsa se mantiene inhala, el paciente inhala solo el gas contenido en ella.

El flujo de oxígeno entra primero a la bolsa luego a la máscara o simultáneamente a las dos. Una parte de respiración del paciente va al ambiente y otra a la misma bolsa; la inspiración la toma de la bolsa y del medio ambiente según el patrón ventilatorio del paciente.

Material.

- ☞ Mascara facial con bolsa de reservorio
- ☞ Flujómetro (manómetro) de oxígeno
- ☞ Humidificador.
- ☞ Alargador de oxígeno.
- ☞ Agua destilada.

Procedimiento.

1. Lavarse, las manos
2. Explicar el procedimiento al paciente.
3. Adaptar bien la mascarilla y aplicar a la cara del paciente teniendo cuidado de no ejercer presión sobre la oreja.
4. Abrir el flujo metro de acuerdo a indicación.
5. Lavarse las manos.
6. Registrar el procedimiento.

Recomendaciones.

- ☞ Ofrece mayor capacidad de controlar la composición del gas inhalado.
- ☞ Las mascarillas deben ajustar firmemente en la cara del paciente, dificultando de esta manera alimentar por boca y sonda nasogástrica.

PROCEDIMIENTO No. 8 ASPIRACIÓN DE SECRECIONES DE VÍAS AÉREAS ALTAS

Concepto.

Es una técnica estéril encaminada a retirar secreciones de vías aéreas altas del sistema respiratorio por medio de un catéter de aspiración que es introducido por la boca ó nariz.

Objetivos.

- ☞ Mantener las vías aéreas permeables.
- ☞ Favorecer el intercambio gaseoso en el aparato respiratorio.
- ☞ Eliminar las secreciones en pacientes con limitación de sus funciones (abolición de sus reflejos).
- ☞ Obtener muestras de secreciones bronquiales.
- ☞ Prevenir posibles complicaciones como las neumonías hipostáticas o bronco aspiraciones.

Fundamentación Científica.

- ☞ Algunos estados patológicos como el dolor y procedimientos quirúrgicos dificultan el mecanismo de la tos.
- ☞ La presencia de secreciones en vías aéreas altas provoca ansiedad y angustia.
- ☞ La preoxigenación contribuye a minimizar la hipoxia durante, el procedimiento.
- ☞ Para lograr una aspiración del bronquio derecho rotar la cabeza hacia el lado izquierdo y para aspirar el bronquio izquierdo rotar la cabeza hacia el lado contrario.

Material.

- ☞ Fuente de oxígeno central ó portátil
- ☞ Equipo de aspiración central ó portátil.
- ☞ Dispositivo de oxigenoterapia (máscara ó bigotera)
- ☞ Guantes estériles
- ☞ Catéter de aspiración estéril (flexible y de punta roma)
- ☞ Barbijo y gorro.
- ☞ Frasco con solución fisiológica al 0,9 % ó agua destilada estéril.

- ☞ Toalla.
- ☞ Bolsa de desperdicios.

Procedimiento.

1. Preparar el material y llevar a la unidad del paciente.
2. Explicar el procedimiento al enfermo, sus molestias, su corta duración y la necesidad del mismo.
3. Colocarse el gorro y barbijo.
4. Administrar oxígeno en caso necesario (si el enfermo presenta alteración hemodinámica ó antecedentes de insuficiencia respiratoria).
5. Cubrir el tórax anterior y cuello del enfermo con una toalla ó sabela.
6. Lavarse las manos.
7. Abrir el protector del catéter de aspiración dejando expuesto la parte distal.
8. Retirar la tapa del frasco con solución estéril y abrir el paquete de gasas.
9. Colocarse los guantes manteniendo una estricta, esterilidad de la mano dominante y mantener una técnica limpia en la mano no dominante
10. Conectar el catéter al sistema de aspiración .
11. Con la mano dominante coger el catéter y lubricar la punía en solución estéril.
12. Introducir el catéter abordando por vía oral ó nasal hasta llegar al lugar deseado (cavidad oral, faringe y/o bronquios), sin aplicar presión de aspiración.
13. Retirar el catéter lentamente en forma rotatoria aplicando aspiración mediante la manipulación de la válvula de aspiración en forma intermitente.
14. La aspiración debe ser no más de 10 a 15 segundos.
15. Realizar la limpieza externa del catéter con las gasas estériles previo a la colocación del mismo al frasco estéril, continuar con una breve

aspiración para el enjuague del sistema interno del catéter y tubos de aspiración.

16. Observar cambios ó alteraciones de las constantes vitales, caso contrario comunicar inmediatamente al médico.
17. Repetir el procedimiento en caso necesario.
18. Cambiar el frasco cuantas veces sea necesario.
19. Retirar el equipo y material de la unidad, lavar y permeabilizar el catéter para luego enviar a su respectiva esterilización.
20. Lavarse las manos.
21. Registrar el procedimiento, las características de la secreción aspirada y las complicaciones presentadas.

Recomendaciones.

- ☞ Este procedimiento debe ser realizado por un personal capacitado.
- ☞ Verificar el funcionamiento .del equipo de aspiración previo al procedimiento.
- ☞ Durante el procedimiento mantener las técnicas de asepsia y antisepsia
- ☞ estrictamente.
- ☞ Identificar los frascos con solución estéril para cada paciente y aislar el material en la unidad para prevenir infecciones cruzadas.
- ☞ Cumplir las normas del servicio y seguir los pasos descritos del procedimiento en forma ordenada.

PROCEDIMIENTO No. 9 ASPIRACIÓN ENDOTRAQUEAL

Concepto.

Es un procedimiento invasivo que consiste en evacuar secreciones de traquea y bronquios mediante un catéter de aspiración con el fin de mantener permeable las vías aéreas y promover un óptimo intercambio de oxígeno y dióxido de carbono.

Objetivo.

- ☞ Eliminar las secreciones traqueo bronquial a través de una técnica estéril.
- ☞ Permite la toma de muestras para cultivos y otros estudios.
- ☞ Previene las neumonías por el acumulo de secreciones.

Fundamentación científica.

- ☞ La aspiración endotraqueal es una técnica aséptica estricta que estimula el reflejo tusígeno mecanismo de defensa de las vías respiratorias
- ☞ La presión utilizada en el equipo de aspiración debe ser de 80 a 120 mm Hg. presiones más elevadas pueden causar lesión traumática .
- ☞ La preoxigenación contribuye a minimizar la hipoxia durante, el procedimiento.
- ☞ Para lograr una aspiración del bronquio derecho rotar la cabeza hacia el lado izquierdo y para aspirar el bronquio izquierdo rotar la cabeza hacia el lado contrario.
- ☞ El diámetro del catéter de aspiración no debe ser más de la tercera parte del diámetro total del tubo endotraqueal por que así se disminuye las complicaciones como la hipoxia,

Material.

- ☞ Equipo de aspiración central ó portátil.
- ☞ Fuente de oxígeno central ó portátil
- ☞ Bolsa de reanimación manual (Ambú) y accesorios.
- ☞ Catéter de aspiración estéril (flexible y de punta roma).
- ☞ Guantes estériles

- ☞ Toalla.
- ☞ Barbijo y gorro
- ☞ Frasco con solución fisiológica al 0.9% .ó agua destilada estéril
- ☞ Paquete de gasas estériles.
- ☞ Bolsa de desperdicios.

Procedimiento.

1. Preparar el equipo y material.
2. Proveer de buena iluminación en la unidad del enfermo.
3. Explicar el procedimiento y las posibles molestias.
4. Control de signos vitales.
5. Colocar en posición adecuada al enfermo (dependiendo de la tolerancia ó patología de base podrá ser decúbito dorsal ó posición semisentado).
6. Colocarse el barbijo y gorro.
7. Cubrir oí tórax anterior y cuello del enfermo con una toalla ó salea.
8. Lavarse las manos.
9. Preoxigenar al paciente con la bolsa ambú de 2 a 3 minutos.
10. Abrir el protector del catéter de aspiración dejando expuesto la parte distal.
11. Retirar la tapa del frasco con solución estéril y abrir el paquete de gasas.
12. Colocarse los guantes manteniendo una estricta esterilidad de la mano dominante y mantener una técnica limpia en la mano no dominante
13. Conectar el catéter al sistema de aspiración
14. Con la mano dominante coger el catéter y lubricar la punta en solución estéril.
15. Desconectar el/sistema de ventilación y/o de oxigenación.
16. Introducir el catéter por el tubo endotraqueal sin aplicar presión de aspiración; hasta encontrar resistencia .Si el paciente presenta accesos de tos detener el procedimiento brevemente y luego

continuar con la progresión del catéter.

17. Retirar el catéter lentamente en forma rotatoria aplicando aspiración mediante la manipulación de la válvula de aspiración en forma intermitente.
18. La aspiración debe ser no más de 10 a 15 segundos.
19. Realizar la limpieza externa del catéter con las gasas estériles previo a la colocación del mismo al frasco estéril, continuar con una breve aspiración para el enjuague del sistema interno del catéter y tubos de aspiración.
20. Inmediatamente conectar al sistema de ventilación y/o oxigenación el tubo endotraqueal del enfermo.
21. Observar cambios ó alteraciones de las constantes vitales, caso contrario comunicar inmediatamente al médico.
22. Repetir el procedimiento en caso necesario.
23. Cambiar el frasco después del procedimiento ó bien cambiar después de 4 a 6 horas de su preparación.
24. Retirar el equipo y material de la unidad, lavar y permeabilizar el catéter para luego enviar a su respectiva esterilización.
25. Lavarse las manos.
26. Registrar el procedimiento, las características de la secreción aspirada y las complicaciones presentadas.

Recomendaciones.

- ☞ Este procedimiento debe ser realizado por un personal capacitado.
- ☞ Verificar el funcionamiento del equipo de aspiración previo al procedimiento.
- ☞ Durante el procedimiento mantener las técnicas de asepsia y esterilización estrictamente.
- ☞ Identificar los frascos con solución estéril para cada paciente y aislar el material en su unidad para prevenir infecciones cruzadas.
- ☞ Cumplir las normas del servicio y seguir los pasos descritos del procedimiento en forma ordenada.

PROCEDIMIENTO No. 10 DRENAJES EN NEUROCIRUGÍA

Concepto.

Es la extracción de líquido de una cavidad o herida craneal por diversos métodos, manteniendo asegurada la salida de líquidos orgánicos normales o patológicos (sangre, líquido cefalorraquídeo, pus, trasudado, exudados).

División de los Drenajes según su método;

Drenajes pasivos.

Drenaje abierto, se usa solo en heridas, hematomas y consiste en extraer el líquido a través de un tubo con extremo abierto y verterlo en receptáculo o reservorio (frasco).

Drenaje postural, aquel que actúa por fuerza de gravedad favoreciendo la eliminación de líquido drenado, lo cual se consigue mediante la colocación adecuada del paciente.

Drenaje por lavado, se hace irrigando y vaciando alternativamente el espacio en cuestión con la ayuda de la gravedad.

Drenajes activos.

Drenaje por aspiración, se hace con la ayuda de una bomba u otro dispositivo mecánico, (Hemosuc. Hemovac.)

Drenaje cerrado, consiste en introducir en el espacio deseado un sistema de tubos conectados a un aparato que permite extraer el líquido dentro de un circuito cerrado para evitar la entrada de contaminantes ambientales en la herida o cavidad.

División por su Localización.

Intracerebrales:

Derivación ventricular externa.

Derivación ventrículo – peritoneal.

Derivación ventrículo atreal.

Derivación ventrículo cisternal.

Extracerebrales:

Subdurales.

Epidurales.

Extracraneales:

Subgaleales

División por Tipo de Drenaje:

Drenajes tubulares

Drenajes laminares

Los drenajes tubulares se conectan a guante (subdurales o ventriculares de derivación externa). Las derivaciones ventriculares externas también pueden estar conectadas a sistemas de agua.

En casos de sistemas de derivación ventricular externa:

Debe existir un bucle a 12cm. Por encima de los ventrículos laterales, esto se calcula con medidas que partan del mismo nivel del conducto auditivo externo.

No debe manipularse el sistema por ningún motivo.

No debe existir modificación de la elevación en la cabeza.

La cabeza debe tener siempre una elevación de 30°.

Objetivos.

- ☞ Evitar complicaciones y accidentes no deseados en el paciente.
- ☞ Disminuir secuelas y evitar infecciones.
- ☞ Cuadyuvar en la pronta recuperación del paciente.
- ☞ Cuantificar los líquidos drenados en 24 horas.

Fundamentación científica.

- ☞ La limpieza de las heridas y el manejo correcto de los drenajes evitan las infecciones.
- ☞ El manejo correcto de la asepsia y antisepsia evitan infecciones cruzadas.
- ☞ La cuantificación de líquidos a horario ayuda en la toma de decisiones inmediatas.
- ☞ La mantención de los drenajes permeables cumple con los objetivos deseados.

Material.

- ☞ Iodopovidona líquida
- ☞ Alcohol yodado.

- ☞ Equipo de curación.
- ☞ Dos o más pares de guantes.
- ☞ Tijera estéril.
- ☞ Hilo, seda estéril.
- ☞ Jeringa de 20 o 50 ml.
- ☞ Cubeta para desechos.
- ☞ Tela adhesiva.

Procedimiento.

1. Se debe consultar antes de realizar el procedimiento con el médico para que autorice el vaciado del drenaje.
2. Lávese las manos
3. Prepare el material requerido y lleve a la unidad del paciente .
4. Explique el procedimiento al mismo (si le entiende).
5. Colocarse los guantes.
6. Introducir uno de los dedos del guante en la cubeta con alcohol iodado empapándolo totalmente.
7. Pinzar el drenaje tubular para evitar el ingreso de aire en la porción proximal.
8. Se realiza el respectivo corte del dedo del guante en su extremo distal con tijera estéril.
9. Vacíe cuidadosamente el contenido en una cubeta.
10. Se comprime el guante con ayuda de gasas o apósitos estériles (para no contaminar el guante del operador).
11. Procure retirar todo el aire posible.
12. Una vez conseguido lo anterior se cierra el extremo distal del dedo del guante cortado con una pinza.
13. Con el hilo seda 2 – 0 o 1 – 0 realice dos nudos a diferentes niveles impermeabilizando el sistema.
14. Se retira la pinza del drenaje en la parte proximal.
15. Retirar todo el material.
16. Dejar cómodo y seguro al paciente.

17. Lavarse las manos luego de haber cuantificado el contenido del drenaje.
18. Anotar todo el procedimiento en la hoja de enfermería.
19. Anotar la cantidad exacta del drenaje en la hoja de ingeridos eliminados.
20. A la conclusión de cada turno se debe verificar la cantidad del drenaje y evaluar la necesidad de drenar.

Recomendaciones.

- ☞ Asegurar que el drenaje este bien fijado.
- ☞ Revisar que el guante no este perforado.
- ☞ Mantener el guante colector a menor grado de la cabeza.
- ☞ La manipulación de estos drenajes se debe realizar de forma muy aséptica.

PROCEDIMIENTO No. 11 CATETERIZACIÓN GÁSTRICA

Concepto.

Es un procedimiento invasivo que consiste en la introducción de un catéter de polietileno a la cámara gástrica, sea con fines de diagnóstico y/o terapéutico, para el cual se utilizan diferentes vías de abordaje.

Vías de Abordaje:

- a) - Nasogastrica; por vía nasal.
- b).- Orogastrica; por vía oral.
- c).- Gastrostomia; por vía percutánea.

Objetivos.

- ☞ Permite la evacuación transitoria o permanente del contenido gástrico y otras sustancias, evitando una distensión abdominal.
- ☞ Permite la recolección de contenido gástrico u otras sustancias para estudios complementarios.
- ☞ Para realizar una Nutrición Enteral.
- ☞ Permite la administración de medicamentos de absorción gastrointestinal.
- ☞ Medio adecuado para realizar lavados gástricos, rescate de tóxicos u otras sustancias nocivas.

Fundamentación Científica.

- ☞ La cateterización gástrica es un procedimiento habitual en las diferentes especialidades, por lo que la enfermera debe conocer las indicaciones clínicas y las complicaciones de su utilización.
- ☞ Es importante el control hidroeléctrico y la evaluación clínica de los enfermos cuando se suscitan pérdidas gastrointestinales considerables.
- ☞ Las náuseas y vómitos son reflejos protectores del sistema gastrointestinal por que permite así la evacuación de sustancias y/o cuerpos extraños.
- ☞ El reflejo tusígeno es un mecanismo de defensa natural de las vías respiratorias, el mismo o que se constituye en un parámetro importante en el procedimiento, su abolición implica tomar precauciones, en

pacientes inconscientes.

- ☞ El mayor calibre del catéter gástrico garantiza una mejor eliminación de sustancias densas que pueden ocluir la luz del catéter.
- ☞ El uso de lubricantes hidrosolubles evita la neumonía por lipoides que puede producirse en caso de broncoaspiración del lubricante de base oleosa o por deslizamiento accidental de la sonda a la tráquea.

Material.

- ☞ Equipo de signos vitales
- ☞ Bandeja conteniendo:
- ☞ Catéter gástrico de calibre adecuado al paciente
- ☞ Lubricante anestésico hidrosoluble
- ☞ Fonendoscopio
- ☞ Jeringa de 20 o 60 mL
- ☞ Guantes estériles
- ☞ Gasas estériles
- ☞ Vaso con agua hervida fría
- ☞ Cubeta
- ☞ Frasco o bolsa recolectora y conexiones
- ☞ Recipiente con solución salina 0.9% o agua hervida 100 mL
- ☞ Tela adhesiva
- ☞ Toalla o salea
- ☞ Papel higiénico
- ☞ Pinza Maguil (para cateterización orofaríngea)
- ☞ Laringoscopio (para cateterización orofaríngea)

Procedimiento.

1. Explicar el procedimiento al paciente para disminuir su angustia y promover su cooperación.
2. Control de signos vitales, comunicar alteraciones existentes.
3. Colocar al paciente en posición semisentado (semifowler), para facilitar la deglución y el deslizamiento del catéter.
4. Colocar la salea (toalla) sobre el tórax del paciente, para proteger su

ropa y de la cama.

5. Permeabilizar los orificios nasales e identificar probables alteraciones en la estructura del tabique nasal.
6. Lavarse las manos y calzarse los guantes estériles.
7. Cateterización Nasogastrica.
8. Realizar la medición y señalización externa del trayecto previsto de la siguiente manera:
9. Sostener la parte proximal del catéter a nivel de la punta de la nariz. Extenderla hacia el lóbulo de la oreja del paciente y luego descender hacia el apéndice xifoides del esternón.
10. Marcar esta distancia sobre el catéter con cinta adhesiva y otro método.
11. Pedir al paciente que degluta sorbo de agua hervida fría.
12. Lubricar de 8 a 10 cm. De la punta del catéter con gel hidrosoluble.
13. Colocar la cabeza del paciente en posición anatómica.
14. Coger el catéter del extremo proximal lubricado e introducir dirigiendo la punta hacia atrás y abajo con movimientos suaves hasta llegar a la nasofaringe.
15. Ofrecer un sorbo de agua y pedir que retenga en la boca hasta que se de la orden para deglutir.
16. Girar lentamente la sonda, pedir que degluta la solución almacenada en la boca del paciente y aprovechar ese instante para introducir el catéter haciendo pasar la hipofaringe para luego descansar una instante.
17. Continuar con la progresión del catéter hasta ubicar la marga prevista del catéter en el ingreso del orificio nasal.
18. Observar signos de insuficiencia respiratoria durante todo el procedimiento, en caso de presentarse retirar el catéter y esperar el restablecimiento del paciente, volver a insistir. Aspirar con la jeringa de 20 o 60 mL el contenido gástrico, cuando no se pudo obtener espontáneamente a caída libre.
19. Administrar 10 mL de aire por el catéter gástrico y al mismo tiempo auscultar la región epigástrica para detectar ruidos aéreos en la cámara

gástrica (ruido soplante)), verificando así la ubicación apropiada de la punta del catéter.

20. Fijar el catéter a la nariz del paciente con cintas hipoalergénicas, cortar una cinta ancha y dividir por el medio formando dos colgajos en la mitad de la tela cortada. Pegar la parte de la cinta no cortada sobre la nariz del paciente, de modo que los colgajos envolverán y se aplicarán a la parte externa del catéter.
21. Dejar la sonda pinzada o conectar a un recolector, según el objetivo deseado.
22. Dejar en posición adecuada y cómoda al paciente.
23. Lavar y ordenar el material utilizado.
24. Registrar en hoja de enfermería el procedimiento y las posibles complicaciones presentadas.

Cateterización Orogástrica.

Este procedimiento usualmente se realiza en paciente inconscientes y/o cuando presentan intubación endotraqueal.

1. Colocar al paciente en posición de cubito dorsal sin almohada.
2. Ubicarse en la cabecera del paciente y ordenar el material a utilizarse
3. Proteger la región torácica anterior con la salea (toalla)
4. Lavarse las manos y calzarse los guantes.
5. Realizar la medición previa sosteniendo la parte proximal del cateter a nivel de la punta de la nariz y descender hacia el apéndice xifoides del esternón.
6. Señalizar con la tela adhesiva el limite distal que debe ubicarse a nivel de la comisura labial del paciente.
7. Tomar en forma correcta el Laringoscopio con la mano izquierda y con la mano derecha tomar la pinza Maguil, sujetando al mismo tiempo la punta del catéter proximal a unos 3 cm.
8. Introducir la sonda en el orificio del esófago, el mismo que se visualizará en una manipulación adecuada del Laringoscopio.
9. Hacer progresar la sonda por el esófago con la misma maniobra,

pinzando el catéter cada 3 a 5 cm, hasta obtener líquido o aire de la cámara gástrica llegando a la señalización deseada.

10. Retirar el Laringoscopio y proceder al aspirado del contenido gástrico, luego dejar clampeado o conectar a una bolsa recolectora.
11. Aplicar una envoltura delgada con la tela adhesiva sobre la señalización realizada.
12. Fijar con una gasa acintada (de 30 a 45 cm de largo), con un nudo sobre la tela aplicada y asegurar alrededor del cuello del paciente o bien fijar conjuntamente con la misma gasa acintada del tubo endotraqueal.
13. Dejar en posición adecuada al paciente.
14. Lavar y ordenar el material.
15. Registrar en la hoja de enfermería el procedimiento y las complicaciones.

Recomendaciones.

- ☞ Antes del procedimiento asegurarse de las buenas condiciones del catéter.
- ☞ Se debe normatizar la movilización y limpieza diaria de la parte externa del catéter nasogástrico a nivel del orificio nasal, porque podría producirse úlceras por decúbito y/o necrosis del cartílago nasal.
- ☞ Para la cateterización orogástrica en pacientes inconscientes, tener preparado el equipo de aspiración y proceder al aspirado cuantas veces sea necesario.
- ☞ Cateterización Percutánea (Gastrostomía).
- ☞ Este procedimiento es realizado en un área quirúrgica por un médico cirujano de la rama; razón por la que no se describe en este capítulo.

PROCEDIMIENTO No. 12 CATETERISMO VESICAL PERMANENTE

Concepto.

Es la instalación de una sonda foley a través de la uretra hasta llegar a la vejiga para permitir el drenaje continuo de la orina proveniente de los riñones y depositado en vejiga.

Objetivos.

- ☞ Provocar drenaje continuo de la vejiga.
- ☞ Prevenir escaras o infecciones en pacientes inconcientes.
- ☞ Evitar tensión en suturas post-operatorias.
- ☞ Evitar cateterizaciones frecuentes en caso de retención.
- ☞ Facilitar la eliminación y ayuda al establecimiento de un patrón normal. Eliminación.
- ☞ Proporcionar medidas de comodidad emocional y física.

Fundamentación científica.

- ☞ La secreción de la orina normalmente es una función independiente en el adulto.
- ☞ El ambiente físico tiene influencia fundamentalmente sobre la reacción emocional del individuo y el funcionamiento intelectual.
- ☞ Siempre hay microorganismos en la superficie externa del organismo y en las cavidades y conductos que tienen comunicación directa con el exterior.

Equipo y material.

- ☞ *Bandeja conteniendo Estéril con:*
- ☞ Una riñonera o cubeta.
- ☞ Dos toallas estériles.
- ☞ Recipientes o pocillos con 4 – 6 torundas de algodón o gasa.
- ☞ Frasco para recolección de muestra.
- ☞ Pinzas Kocher.
- ☞ Catéter de retención – Sonda Foley N° 16 – 18 (para adultos).
- ☞ Jeringas de 5 – 10 cc.
- ☞ Agujas hipodérmicas N° 23 – 22.

- ☞ Adicionar.
- ☞ Pinza de traspaso.
- ☞ Tubo conector de goma o plástico estéril (Urogar)
- ☞ Frasco recolector de orina estéril.
- ☞ Lubricante estéril. Xilocaina Gel al 2%
- ☞ Guantes estériles N° 7 – 7 y ½.
- ☞ Solución antiséptica.
- ☞ Agua destilada en ampollas.
- ☞ Tela adhesiva.
- ☞ Imperdibles.
- ☞ Bolsa de desperdicios.
- ☞ Cateterización Vesical en Paciente Mujer.

Procedimiento.

Pasos:

1. Lavarse las manos.
2. Saludar, presentarse e identificar al paciente.
3. Explique el procedimiento a seguir y sus objetivos.
4. Revisar y llevar el material seleccionado a la pieza del paciente y colocar sobre una silla, mesa de noche o mesa de sobre la cama del paciente.
5. Quitar de la cama ropa innecesaria (frazada) dejando solamente la sábana superior y el cubrecama.
6. Llevar el cubrecama hacia el tórax de la paciente, cubriendo desde hombros hasta región suprapúbica.
7. Deslizar la sábana superior por debajo de la cubrecama, acomodar al paciente en posición de litotomía (ginecología) cubriendo muslos y piernas utilizando para la misma. Las esquinas de la sábana superior, de manera que queden expuestos solamente los genitales.
8. Cubrir con el cubrecama la zona expuesta mientras ordena su equipo. Procurar buena iluminación.
9. Lavarse y secarse las manos y abrir la cubierta externa del paquete estéril manteniendo asepsia.

10. Utilizar pinza de traspaso para abrir la cubierta interna. Vierta la solución antiséptica en el recipiente de las torundas de algodón, los mismos que la sonda Foley (que se encuentra en su cubierta estéril).
11. Colocar todo el equipo necesario sobre la cama entre las piernas del paciente a un lado o en mesa de sobrecama (si tiene).
12. Calzar los guantes con técnicas estéril, ampliar su campo estéril disponga su material en el orden que usará. Probar la integridad del balón, la jeringa estéril introduciendo unas cc. de agua destilada, desinfe el balón, mantener su jeringa cargada, con agua destilada de 5cc a 8cc.
13. Cubriendo sus guantes, colocar una de las toallas en forma longitudinal sobre la región suprapúbica tercio – superior de muslos y parte de la cama. Haga lo mismo con la otra toalla al lado contrario de la primera a fin de tener mayor campo estéril.
14. Separar los labios mayores con los bordes de las toallas, protegiendo sus guantes. Con la otra mano tomar la pinza kocher y utilizando uno por los algodones empapados en solución antiséptica limpiar yendo desde el clítoris hasta la orquilla utilice un algodón por vez (meato urinario, vestíbulo, labios menores y mayores) o a la inversa.
15. Mantener separados los labios y mantener la cubeta estéril sobre el campo estéril que tiene sobre la cama (el formado por el cruce de las toallas estériles).
16. Sostener la sonda en forma segura (sin contaminar) con la otra mano, lubricar la sonda hasta 4cm. Visualice el meato urinario e introducir en forma rotatoria y suave a la misma distancia o hasta que obtenga orina. Pedir a la paciente relajarse durante el procedimiento.
17. Dejar caer sobre la cubeta estéril el extremo opuesto de la sonda que introdujo, pedir a la paciente que ayude pujando haga presión ligera sobre la vejiga para asegurar que este vacía.
18. Con la jeringa ya cargada, inyectar el agua estéril al balón de la sonda por la vía que corresponde; para asegurar que la sonda este en el lugar correcto, ejerza tensión ligera en la sonda hasta tener resistencia.
19. Unir el extremo distal de la sonda Foley con el tubo conectar el frasco

- recolector evitar acodaduras, asegurando su permeabilidad.
20. Deslizar la sonda a lo largo de la cara interna del muslo, fijándola con la tela adhesiva dejar la caída libre por debajo del arco poplíteo. Dejar descansar el frasco sobre el suelo o canastillo. No levante el frasco por encima de la cintura.
 21. Limpiar y secar la región perineal retirar el material dejar cómodo a la paciente arregle su unidad.
 22. Lavarse las manos y despedirse de la paciente.
 23. Llevar el material al cuarto séptico medir la orina extraída, valore características. Poner los desperdicios en la bolsa de papel.
 24. Lavar secar y ordenar el material usado: llevar o enviar a la sección correspondiente.

Cateterización Vesical en el Paciente Varón.

Procedimiento.

Pasos:

1. Del 1 al 6 se siguen los mismos pasos que en procedimiento anterior.
2. Deslizar la sábana superior debajo del cubrecama, cubriendo los miembros inferiores colocar al paciente en posición dorso-sacra, los miembros inferiores deberán estar unidos o ligeramente separados.
3. Lavarse y secarse las manos y abra la cubierta externa del paquete estéril manteniendo asepsia.
4. Utilizar las pinzas de traspaso para abrir la cubierta interna, verter la solución
5. antiséptica en el recipiente de las torundas de algodón, lo mismo que la sonda foley (que se encuentra en su sobre estéril).
6. Colocar todo el equipo sobre la cama al lado del paciente sobre el velador o en mesa de sobre cama (si tiene).
7. Calzarse los guantes con técnicas estériles. Ampliar su campo estéril, disponer su material en el orden que usará, probar la integridad del balón la jeringa estéril introduciendo unos cc. de agua estéril, desinfe el balón mantener su jeringa cargada.
8. Cubriendo sus guantes, colocar unas toallas sobre la región suprapúbica en forma transversal al paciente y la otra toalla sobre el tercio superior de los

músculos.

9. Sostener el pené con la parte inferior de la toalla superior, remangar hacia atrás el prepucio dejando visible el glande y meato urinario. Utilizar la pinza Kocher y los algodones empapados en solución antiséptica, limpiar el meato urinario y el glande yendo del centro hacia la periferia, utilizar las cuatro torundas una por vez.
10. Colocar la cubeta estéril sobre el campo estéril que tiene sobre los muslos del paciente (el formato por la toalla inferior).
11. Sostener el pené con prepucio retirado (en la forma indicada anteriormente) lubrique la sonda, visualice el meato urinario. Modifique la posición del pené hasta lograr un ángulo de 30 (en relación al cuerpo del paciente) con el objeto de visualizar el canal uretral, introduzca la sonda en forma rotatoria y suave 14 y 17 cm. Hasta que se obtenga orina. Si encuentra resistencia modifique el ángulo del pené, pida al paciente relajarse durante el procedimiento.
12. Deje caer sobre la cubeta estéril el extremo opuesto de la sonda que introdujo, pida al paciente que ayude pujando o haga presión ligera sobre la vejiga para asegurar que esté vacía.
13. Con la jeringa ya cargada inyecte el agua estéril al balón de la sonda por la vía que corresponda. Para asegurar que la sonda esté en el lugar correcto, ejerza tensión ligera en la sonda hasta tener resistencia.
14. Unir el extremo distal de la sonda foley con el tubo conector del frasco colector (urogar) evite acodaduras, asegure su permeabilidad.
15. Deslizar la sonda a lo largo de la cara interna del muslo, fijándola con la tela adhesiva, deje a caída libre por debajo del arco poplíteo. Dejar descansar el frasco sobre el suelo o canastillo. No levante el frasco por encima de la cintura.
16. Retirar el material, dejar cómodo al paciente arreglar su unidad.
17. Lavarse las manos y despedirse del paciente.
18. Llevar el material al cuarto séptico medir la orina extraída, valorar características colocar los desperdicios en la bolsa de papel.
19. Lavar, secar y ordenar el material usado llevar o enviar a la sección de esterilización.

20. Registrar en notas de enfermería o muestras enviadas al laboratorio, hora de sondeo, tolerancia del paciente, la cantidad eliminado de control de líquido y/o notas de enfermería.

Recomendaciones.

Para ambos procedimientos

- ☞ Realizar aseo perianal antes del procedimiento.
- ☞ Valorar características y cantidades de orina extraída o drenada.
- ☞ Verificar permeabilidad de la sonda a intervalos regulares durante las 24 hrs.
- ☞ Realice aseos perineales a intervalos cada 24 hrs. o cuando sea necesario.
- ☞ Cambie la sonda foley cada 7 días como máximo.
- ☞ Registre el kardex y/o notas de enfermería, fecha de instalación de la sonda.

Cambio de Sonda Foley Permanente.

Concepto.

Instalación de una sonda nueva en reemplazo de la ya existente.

Objetivos.

- ☞ Prevenir complicaciones productos del desgaste del material.
- ☞ Asegurar el drenaje continuo.
- ☞ Prevenir infecciones de vías urinarias.

Fundamentación científica.

- ☞ Siempre hay microorganismos patógenos en la superficie externa del organismo y en las cavidades y conductos que tiene comunicación directa con el exterior.

Equipo y material.

- ☞ Equipo completo de irrigación.
- ☞ Equipo completo de cateterismo vesical de retención.

Procedimiento.

Pasos.

1. Seguir los pasos y recomendaciones de irrigación vesical intermitente que se señalan en el procedimiento N° 5 de este capítulo.

2. Seguir los pasos y recomendaciones de cateterismo vesical de retención, que se señala en los procedimientos N° 2 de este capítulo (de acuerdo al sexo del paciente).

Cateterización Vesical Intermitente.

Concepto.

Es la instalación de una sonda- Nelaton a través de la uretra hasta llegar a la vejiga y permitir el drenaje de la orina con fines específicos.

Objetivos.

- ☞ Obtener muestras de orina.
- ☞ Constar presencia de orina residual.
- ☞ Aliviar distensión vesical.
- ☞ Asegurar que la vejiga esté vacía antes de una intervención quirúrgica o irrigación vesical.
- ☞ Reeducar (autonomatizar) la vejiga vesical.

Fundamentación científica.

- ☞ Siempre directa con hay microorganismos en la superficie externa del organismo y en las cavidades y conductos que tiene comunicación el exterior.

Equipo y material.

- ☞ Bandeja conteniendo:
- ☞ Estéril
- ☞ Una riñonera o cubeta
- ☞ Dos recipientes o posillo con 4 – 6 torundas de algodón o gasa
- ☞ Sonda Nelaton N° 14 – 16
- ☞ Frasco para recolección de muestra
- ☞ Pinza Kocher
- ☞ Pinzas de traspaso en solución
- ☞ Lubricante estéril
- ☞ Solución antiséptica
- ☞ Guantes estériles
- ☞ Bolsa de desperdicios

Procedimiento varón – mujer

Pasos:

1. Lavarse las manos.
2. Revisar y llevar el material seleccionado a la pieza del paciente colocar sobre una silla, mesa de noche o mesa sobre cama del paciente.
3. Saludar, presentarse e identificar a su paciente.
4. Explicar el procedimiento a seguir y sus objetivos.
5. Quitar de la cama ropa innecesaria (frazadas) dejando solamente sábana superior y la cubrecama.
6. Llevar el cubrecama hacia el tórax de la paciente, cubriendo desde los hombros hasta región suprapúbica.
7. Deslizar la sábana superior por debajo del cubrecama, ponga a la paciente en posición de litotomía (ginecológica). Cubriendo de la sábana superior, de manera que quede expuestos solamente los genitales.
8. Cubrir con la parte del cubrecama las zona expuesta mientras ordena el equipo, procurar buena iluminación.
9. Lavarse y secarse las manos y abra la cubierta externa del paquete estéril, manteniendo esepacia.
10. Utilizar la pinza de traspaso para abrir la cubierta interna. Vierta la solución antiséptica en el recipiente de las torundas de algodón, lo mismo la sonda Nelaton.
11. Coloque todo el equipo necesario sobre la cama ante las piernas de la paciente a un lado o mesa de sobre cama (si tiene).
12. Colocar los guantes con técnica estéril. Ampliar su campo estéril, disponga su material en orden que usará.
13. Colocar una de las toallas en forma longitudinal sobre la región suprabubica tercio, superior de muslos y parte de la cama. Haga lo mismo con la otra toalla al lado contrario de la primera, a fin de tener mayor campo estéril.
14. Separar los labios mayores con los bordes de las toallas, protegiendo sus guantes. Con la otra mano tomar la pinza Kocher y utilizando uno por los algodones empapados en solución antiséptica limpiar yendo desde el clítoris

hasta la orquilla utilice un algodón por vez (meato urinario, vestíbulo, labios menores y mayores) o a la inversa.

15. Mantener separados los labios y mantener la cubeta estéril sobre el campo estéril que tiene sobre la cama (el formado por el cruce de las toallas estériles).
16. Sostener la sonda en forma segura (sin contaminar) con la otra mano, lubricar la sonda hasta 4 cm. visualice el meato urinario e introducir en forma rotatoria y suave a la misma distancia o hasta que obtenga orina. Pedir a la paciente relajarse durante el procedimiento.
17. Dejar caer sobre la cubeta estéril el extremo opuesto de la sonda que introdujo, pedir a la paciente que ayude pujando o haga presión ligera sobre la vejiga para asegurar que esté vacía.
18. Cuando cese de salir libremente la orina, retirar lentamente la sonda.
19. Conservar asepsia quirúrgica.
20. Valorar la tolerancia del paciente al procedimiento.
21. Limpiar y secar la región perineal, retire el material deje cómoda a la paciente arreglar su unidad.
22. Lavarse las manos y despedirse de la paciente.
23. Llevar el material al cuarto séptico medir la orina extraída valorar características ponga los desperdicios en la bolsa de papel.
24. Lavar, secar y ordenar el material usado llevar o enviar a la sección de esterilización.

Recomendaciones.

- ☞ Valorar signos y síntomas de trastornos en la eliminación de orina ejem: disuria y hematuria.
- ☞ Reportar hora y tolerancia del paciente, características y cantidad de orina extraída.
- ☞ Reportar hora de la primera micción posterior al sondeo.
- ☞ Reportar muestras enviadas al laboratorio, previa identificación correcta.
- ☞ Prevenir complicaciones ajenas a su enfermedad.
- ☞ Aplicar una solución antiséptica para la mucosa vesical.

Irrigación y Lavado Vesical Intermitente.

Concepto.

Irrigación es la introducción de líquido a través de la sonda, hasta la vejiga y lavado es la extracción del contenido vesical previa irrigación.

Objetivos.

- ☞ Permeabilidad al drenaje vesical.
- ☞ Eliminar sedimentos o grumos de la vejiga.
- ☞ Prevenir complicaciones ajenas a su enfermedad.
- ☞ Aplicar una solución antiséptica para la mucosa vesical.

Fundamentación Científica.

- ☞ Siempre hay micro organismo en la superficie externa del organismo en las cavidades y conductos que tienen comunicación directa con el exterior.

Equipo y material.

- ☞ Bandeja con:
- ☞ Cubeta o recipiente estéril.
- ☞ Jeringa 20 – 50 cc o aceptó estéril.
- ☞ Guantes 7 71/2 estériles, frasco con solución salina o agua estéril.
- ☞ Gasas estériles.
- ☞ Cubierta de tela y hule (sabanilla).
- ☞ Cubeta o recipiente para desechos.
- ☞ Tubo conector y/o frasco recolector (urogar)

Procedimientos.

Pasos:

1. Saludar, identificar y presentarse al paciente.
2. Explicar el procedimiento a seguir.
3. Lavarse las manos.
4. Revisar y llevar el material seleccionado a la pieza del paciente, colóquelo sobre la silla, mesa de noche o sobre la cama.
5. Quitar de la cama ropa innecesaria, dejar solamente la sábana superior y el cubrecama.

6. Lateralizar ligeramente al paciente (si no existe contra indicación) o manténgalo en posición dorsal con miembros inferiores ligeramente separados descubrir la zona correspondiente respetando la individualidad del paciente.
7. Disponer el material en el orden que será usado conservando asepsia quirúrgica cuando sea necesario.
8. Cubrir la cama con una cubierta evitar mojarla. Si e necesario colocar una cubeta encima de esta.
9. Fijar el tubo dependiente del frasco recolector utilizando un imperdible.
10. Pinzar y desconectar la sonda foley del tubo conector, cubrir el extremo expuesto de ésta ultima con una gasa estéril o su propia cubierta.
11. Con una jeringa de 20 a 50 cc o aceptor cargar la solución recomendada para la irrigación contenida en la cubeta estéril previamente preparada. Conectar la jeringa a la sonda foley y ejerciendo ligera presión en el émbolo(o por gravedad), introducir la solución a la vejiga, repetir este paso dos o tres veces.
12. Dejar que la solución introducida salga por la gravedad a la cubeta no estéril.
13. Repetir los dos pasos anteriores las veces que sea necesarias y/o de acuerdo a indicaciones médica y objetivo de la irrigación.
14. Quitar la cubierta del tubo conector e insertarla en la sonda foley manteniendo asepsia quirúrgica.
15. Retirar el material de cama fijar el drenaje a caída libre de manera que quede permeable.
16. Cubrir al paciente arreglar la unidad dejar cómodo al paciente.
17. Lavarse las manos y despedirse del paciente.
18. Recoger, lavar y secar el material, enviar o llevar a la sección correspondiente.

Recomendaciones.

- ☞ Valorar Signos y síntomas de intolerancia al procedimiento.
- ☞ Mantenga asepsia médica y quirúrgica en todo el procedimiento.
- ☞ Valore características y cantidad del líquido de retorno.
- ☞ De acuerdo a indicación médica incluya en la solución, antisépticos, se suele utilizar DG6 al 1 %.

PROCEDIMIENTO No. 13 CUIDADOS DEL PACIENTE CON TRAQUEOTOMIA

Concepto.

La traqueotomía es la creación temporal o permanente de una abertura quirúrgica de la traquea que proporciona una vía aérea artificial.

El cuidado de traqueostomía implica una serie de pasos y técnicas efectuadas por enfermería.

Objetivo.

- ☞ Facilitar una vía aérea permeable a pacientes con procesos agudos crónicos de vías respiratorias.
- ☞ Mantener una vía aérea adecuada.
- ☞ Extraer secreciones aplicando una técnica estéril.

Fundamentación científica.

- ☞ Todas las células del organismo necesitan un aporte suficiente de oxígeno.
- ☞ El oxígeno llega a los alvéolos pulmonares por la nariz o la boca, faringe, laringe, traquea bronquios y los bronquiólos.
- ☞ La irritación de los receptores sensitivos de la mucosa de la porción superior de las vías aéreas respiratorias puede causar constricción bronquiolar.
- ☞ Las vías respiratorias están revestidas por epitelio que tiene muchas células mucosecretoras.
- ☞ Ningún ser vivo puede vivir sin aire.
- ☞ La falta de oxígeno puede dañar ciertos órganos irreversiblemente.
- ☞ El oxígeno es vital para todo el organismo.

Material y equipo.

- ☞ Guantes
- ☞ Pinza Kocher.
- ☞ Aplicador de algodón
- ☞ Suero fisiológico
- ☞ Jeringas de 10- de 5cc.
- ☞ Equipo de curación

- ☞ Tijeras apósitos de gasa estéril con un corte en el centro.
- ☞ Un aspirador con su respectiva sonda de aspiración estéril.
- ☞ Venda de gasa, cinta umbilical o tela adhesiva
- ☞ Riñonera
- ☞ Cánula de traqueotomía adecuado N° 16 –18.con mandril que es un vástago curvo con extremo en forma de oliva.
- ☞ Pinzas y tijera
- ☞ Fuente de oxígeno más cánula.

Procedimiento.

1. Si se dan las condiciones explique el procedimiento al paciente.
2. Lávese las manos
3. Preparare todo lo necesario.
4. Tenga fuentes de oxígeno y aspiración cerca de la unidad.
5. Cuide la individualidad del paciente.
6. No necesita aspirar más d 3 a 4 segundos.
7. Deje que el paciente descanse 30 a 60 segundos después de cada aspiración, para permitir que vuelva a la normalidad la tensión de oxígeno.
8. Efectúe una hiperventilación con 100 % de oxígeno antes y después de aspirar, para prevenir la hipoxia.
9. La succión debe limitarse a una s tres aspiraciones por periodo.
10. Aplique una técnica estéril durante la aspiración.
11. Suelte el tubo de traqueotomía girando la aldabilla que sostiene la cánula.
12. Saque lentamente la cánula interior, moviendo la muñeca lentamente en forma circular hacia fuera y hacia abajo.
13. Limpie, inspeccione y remoje la cánula interior e inicie la aspiración de la cánula exterior
14. Introduzca la sonda de aspiración adecuada.
15. La aspiración es aplicada al extraer la sonda, oprima o cierre la sonda al introducir luego suelte, gire la sonda y saque la misma lentamente con movimientos circulatorios, enjuague la sonda para quitarle las secreciones antes de reinsertarlo.

16. Si sobrevienen accesos de tos suspenda la aspiración.
17. Vigile la frecuencia cardiaca durante la aspiración.
18. Una vez concluida la aspiración reinserte la cánula con ayuda de la pinza auxiliar, asegure la misma a su lugar.
19. Efectué la limpieza de la zona.
20. Cambie el apósito si es necesario, aflojando las cintas del cuello.
21. Asegure el tubo externo con una venda de gasa o cinta umbilical alrededor del cuello.
22. Si es necesario instile 0.5cc de solución estéril tibia y hasta 3cc. de solución en la traqueotomía.
23. Registre en la hoja de enfermería el procedimiento efectuado y las observaciones.

Recomendaciones.

- ☞ Actualmente el plástico y el silastic han remplazado a los tubos metálicos, estos poseen un balón los que se deben controlar periódicamente.
- ☞ Como el aire es filtrado, calentando y humedecido en la nariz y boca, en la traqueotomía debe agregarse calor y humedad en el ambiente.
- ☞ Las secreciones en pequeñas cantidades o la formación de una costra puede ocluir la luz del tubo de traqueotomía.
- ☞ La eficacia de una vía de aire permeable artificial, depende directamente del cuidado de enfermería.

PROCEDIMIENTO No. 14
ALIMENTACIÓN POR SONDA NASOGÁSTRICA O GASTROCLISIS

Concepto.

Es la administración de alimentos de absorción gastrointestinal a través de la sonda nasogástrica u orogástrica en intervalos y/o de acuerdo al tipo y consistencia de la alimentación.

Objetivo.

- ☞ Proporcionar la alimentación básica que le permita mejora el estado general y mantener la nutrición a los pacientes incapacitados de ingerir alimentos en forma normal.
- ☞ Evitar complicaciones nutricionales en pacientes neuroquirúrgicos con alteraciones, cardiovasculares, pulmonares, neurológicas, renales y gastro intestinales.
- ☞ Evitar el paso o translocación bacteriana de la vía gastrointestinal hacia la vía respiratoria.

Fundamentación científica.

- ☞ Todas las células del organismo necesitan nutrición adecuada.
- ☞ Una nutrición adecuada comprende cantidad suficiente de carbohidratos, grasa, proteínas, minerales y vitaminas.
- ☞ El tiempo que dura la digestión en el intestino delgado no pasa de 2 a 4 horas.

Material o equipo.

Bandeja con:

- ☞ Recipiente con contenido de alimento.
- ☞ Recipiente y conector con regulador o llave.
- ☞ Soporte.
- ☞ Cubeta.
- ☞ Papel higiénico.
- ☞ Tela adhesiva.
- ☞ Jeringa de 10 a 50ml.
- ☞ Frasco con solución salina o agua.

Procedimiento.

1. Lavarse y secarse las manos
2. Calentar el alimento a temperatura media tolerable para todo organismo.
3. Llevar todo el material necesario a la pieza del paciente.
4. Saludar, presentarse e identificarse a su paciente.
5. Explicar el procedimiento a realizar, si la condición del paciente lo permite.
6. Colocar al paciente en posición semifowler y colocar la salea sobre el pecho.
7. Aspirar con un jeringa el contenido gástrico si es alimento mida la cantidad extraída.
8. Irrigar y lavar la cavidad gástrica a través de la sonda utilizando procedimientos conocidos, previo a la alimentación.
9. Conectar la sonda nasogástrica al recipiente y colgar del soporte a 60cm. Del borde de la cama.
10. Vaciar el alimento en el recipiente colgado, abrir el regulador o llave y quitar el aire del tubo conector, permitir el paso del alimento a través de el, cerrar la llave.
11. Conectar el tubo de la sonda del paciente abrir el regulador o llave y mantener la gastroclísis en 40 a 60gotas por minuto.
12. Después de administrar todo el alimento pasar de 30 a 60 ml. De agua tibia. Para impedir que la sonda se tape.
13. Recoger todo el material usado lavar secar y enviarlos o llevar a la sección correspondiente.
14. Lavarse y secarse las manos.

Recomendaciones.

- ☞ Valore constantemente al paciente en busca de signos y síntomas de intolerancias a la alimentación.
- ☞ Toda gastroclísis debe ser administrada a temperatura del medio ambiente.
- ☞ Si la alimentación es para las 24 horas distribuya la misma en

cantidades iguales cada determinado tiempo generalmente cada (4horas)

- ☞ Mantenga el resto de alimento en refrigeración.
- ☞ Si la gastroclisis es de cantidad mínima de 30 a 60 ml. utilice la vaina de una jeringa y administre el alimento por gravedad.
- ☞ Debe anotarse la hora y la cantidad de alimento incluyendo el agua

PROCEDIMIENTO No. 15 PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESION

Concepto.

Las úlceras por de cubito o úlceras por presión, son áreas en que se ha afectado la piel.

Pueden desarrollarse en pacientes encamados por mucho tiempo, ancianos Inmóviles, hipo activos, obesos, caquéticos, neurológicos con problemas ortopédicos.

Este procedimiento implica proporcionar medidas y medios destinados a prevenir la aparición de úlceras según las necesidades y limitaciones del paciente.

Objetivos.

- ☞ Aliviar la presión y aumentar la nutrición tisular local.
- ☞ Mantener los tejidos limpios y sanos
- ☞ Procurar la regeneración de tejidos en las zonas ulceradas.

Fundamentación científica.

- ☞ La piel y la mucosa sanas e íntegras constituyen la primera línea de defensa contra la invasión de agentes nocivos.
- ☞ La salud de piel y mucosa dependen en alto grado de la circulación sanguínea, nutrición, ingestión de líquido y ejercicios adecuados.
- ☞ La fricción es causada por el frotamiento entre sí de dos superficies irregulares.
- ☞ La lanolina es un emoliente para la piel.

Equipo y material.

- ☞ Rodetes.
- ☞ Esponjas.
- ☞ Almohadas
- ☞ Maizena y otras soluciones de acuerdo al caso.
- ☞ Sábana clínica para movimiento.
- ☞ Atril
- ☞ Colchón antiescara (si el servicio cuenta con este material).
- ☞ Cuero de oveja.

Procedimiento.

1. Inspeccionar frecuentemente la piel y sobre todos los puntos de presión que aquellos pacientes que permanecen en cama por mucho tiempo, (además de los que se cita líneas arriba).
2. Prominencias óseas.
3. Regiones comprimidas por aparatos.
4. Realizar cambios de posición por lo menos cada 2 horas a decúbito lateral y alternando a posición ventral o dorsal (según limitaciones y necesidades del paciente).
5. Emplear rodetes en prominencias óseas, utilizando aceites u otra solución, según el cambio de posición.
6. Aplicar masajes dorsales y en prominencias óseas, utilizando aceites (de maíz , almendra o vaselina líquida) en cada cambio de posición.
7. Mantener la ropa de cama libre de humedad, pliegues a fin de que los inferiores se encuentren siempre lisas, y las superiores aflojadas.
8. Evaluar la necesidad del uso de otros elementos auxiliares como:
9. Arco protector.
10. Atril.
11. Protectores blandos para talones y codos.
12. Colchón de espuma o de agua.
13. Recomendaciones.
14. El cuidado meticuloso de la piel es importante en la prevención de úlceras por decúbito.
15. Es necesario vigilar el estado nutricional de los pacientes.
16. Mantenga al paciente seco, y la cama libre de arrugas.
17. Las úlceras son difíciles de curar; el mejor cuidado de enfermería es su prevención.
18. De acuerdo a la situación y recursos pude hacer uso de cuero de cordero.
19. Si la piel se halla lesionada:
20. Lave con agua y jabón, seque bien.
21. Masajear zonas vecinas.

22. Atenúe la presión que pudiera existir en la zona.

23. Aplique medicamentos o tratamientos prescritos.

PROCEDIMIENTO No. 16
REANIMACIÓN CARDIO PULMONAR CEREBRAL BASICA

Concepto.

La reanimación cardio pulmonar cerebral básica es el conjunto de maniobra e intervenciones inmediatas, realizada por una o dos personas capacitadas; con el fin de establecer las funciones vitales y mantener estabilidad hemodinámica en un tiempo limitado de 30 minutos, donde los primeros 4 a 6 minutos son considerados como el TIEMPO DE ORO.

Objetivos.

- ☞ Restablecer las funciones cardiorrespiratorias y cerebrales.
- ☞ Mantener y preservar la integridad, y vitalidad de los órganos en el tiempo recomendado, minimizando complicaciones ulteriores.
- ☞ Garantizar una adecuada perfusión tisular sistémica.
- ☞ Realizar maniobras en forma ordenada y rápida, priorizando necesidades vitales, mediante un trabajo coordinado y eficiente del equipo.

Fundamentación Científica.

Para la evaluación e intervención en una urgencia médica se establecieron internacionalmente parámetros basados en prioridades básicas del enfermo, los mismos que se conocen comúnmente como el ABC del soporte vital.

ABC del Soporte Vital Básico, donde solo interviene la habilidad y capacidad manual del operador sin la utilización de equipo electromédico y/o farmacológico.

Para esta etapa se requiere una evaluación e intervención simultánea en forma rápida y eficaz donde el personal con más capacidad y preparación es el que comanda y dirige las acciones de los demás, evitando así la duplicidad de funciones.

El suministro de oxígeno suplementario asegura la oxigenación e irrigación máxima de los órganos vitales.

La reanimación realizada por una sola persona requiere de 10 compresiones torácicas por dos respiraciones, en cambio la reanimación realizada por dos personas requiere de 5 compresiones torácicas por una respiración.

Vías Aéreas.

Las acciones estarán dirigidas a asegurar la permeabilidad de las vías aéreas mediante:

La triple maniobra (extensión, elevación y depresión del maxilar inferior con apertura de la boca).

Extracción de cuerpos extraños o de secreciones (extracción manual, con el uso de una pinza o mediante un equipo de aspiración).

Colocación de cánula oro faríngea o nasofaríngea.

Intubación endotraqueal.

Cricotiroidotomía.

Respiración.

La permeabilidad de la vía aérea no asegura una oxigenación y ventilación espontánea, por tanto se requiere restablecer la mecánica respiratoria mediante:

La respiración:

Boca a boca.

Boca – Nariz

Máscara – Ambú

Máscara – Ventilador

Tubo endotraqueal – Ambú

Circulación.

El objetivo principal será el de restablecer la función cardíaca y garantizar una perfusión tisular a los órganos vitales, dentro el tiempo limitado, mediante:

Compresiones torácicas

Desfibrilador

Canalización de vía venosa para la medicación de urgencia.

En esta fase se evaluará la perfusión tisular mediante:

Monitoreo eléctrico de la actividad cardíaca.

Valoración del pulso (calidad, frecuencia y regularidad)

Examen del llenado capilar

Caja de Reanimación Cardiopulmonar y Cerebral.

Conjunto de materiales e insumos dirigidos a la atención del paciente que ha sufrido el cese de las contracciones cardiacas con el fin de restablecer el mismo.

Un carro de reanimación cardiopulmonar debe equiparse de acuerdo al ABC del soporte básico y avanzado. Debe ser diseñado con divisiones de fácil manejo.

Vía Aérea.

- ☞ Ambú con máscara
- ☞ Laringoscopio; mango, valva de diferentes tamaños
- ☞ Tubos endotraqueales, de diferentes tamaños.
- ☞ Tubo de guedell
- ☞ Pinza maguill
- ☞ Jeringas de diferentes medidas.
- ☞ Guiador
- ☞ Vendas de gasa
- ☞ Guantes estériles
- ☞ Sondas de aspiración
- ☞ Circulación.
- ☞ Bránulas
- ☞ Cavafix de 45 y 70 cm
- ☞ Desfibrilador con paletas externas (debe ir encima)
- ☞ Gel.
- ☞ Electrodo
- ☞ Tela hipoalergénica
- ☞ Equipos venoclisis.
- ☞ Soporte Vital Avanzado.
- ☞ Xilocaina 2%
- ☞ Bicarbonato de sodio
- ☞ Atropina
- ☞ Digoxina
- ☞ Amiodarona

- ☞ Hipertrose 50%
- ☞ Solucortef
- ☞ Adrenalina
- ☞ Morfina
- ☞ Alcuronio
- ☞ Soluciones parenterales: Solución fisiológica al 0.9%
- ☞ Solución dextrosa al 5%
- ☞ Solución poligelina

Recomendaciones.

- ☞ El Manual de Procedimientos de Enfermería para neurocirugía y neurología del hospital Materno Infantil de la Caja Nacional de Salud, para su aplicación y funcionalidad deberá ser sometido a revisiones y certificaciones oportunas por autoridades competentes de la institución; el mismo que no fue contemplado por el grupo en el Cronograma de actividades, debido al tiempo limitado que se tuvo para su elaboración.
- ☞ Para la elaboración de un Manual de Procedimientos de Enfermería se requiere la participación y competencia de enfermeras seleccionadas en una determinada especialidad, los que conformando una Comisión coordinen con sus inmediatos superiores, que es en última instancia la directa responsable de esta importante labor.
- ☞ El presente manual debe ser sujeto a cambios o modificaciones estructurales y de contenido, que son parte de una permanente actualización y educación continua de los servicios hospitalarios, y con mucha más razón en el área de neurocirugía y su respectivo U. T. I. N. N. (unidad de terapia intermedia de neurología y neurocirugía).

XVIII. Resultados Esperados.

La atención de enfermería será sistematizada y de manera eficaz al atender al paciente. Con los aspectos del manejo de un fundamento científico. Y al poseer los materiales necesarios para los procedimientos.

XIX. Evaluación

La evaluación del proyecto se realiza cuando se haya implementado en la institución, en los servicios de neurología y neurocirugía, para el personal de enfermería del Hospital Materno Infantil de la Caja Nacional de Salud.

XX. Bibliografía.

L. Jiménez Murillo, F. J. Montero Pérez protocolos de actuación en medicina de urgencia Edición Española, Madrid 1995

Olivera, Vega, Andrade manual de procedimientos de enfermería. Editorial Garza azul.

Manual de la enfermería Edición J. B. Lippincott, company.

Diccionario mosby Edición Océano grupo editorial S. A.

Lic. Virginia Dolnaloson Beaza Manual múltiple de enfermería del servicio de neurología y neurocirugía. Editorial Marzo del 1996.

Manual múltiple de enfermería pediátrica Editorial La paz Junio del 2002.

Lic. Cámara amaya, Montevilla Vargas manual de procedimientos para la unidad de terapia intermedia cirugía Editorial La paz 2002.

Anexos



XIII. Cronograma.

| Actividades | Gestión 2006. | | | | | |
|--|---------------|-------|------|-------|-------|--------|
| | Marzo | Abril | Mayo | Junio | Julio | Agosto |
| Elaboración de Proyecto de Intervención | | | | | | |
| Presentación y Revisión del Proyecto. | | | | | | |
| Presentación del proyecto. | | | | | | |
| Recolección de Datos .y fase operacional | | | | | | |
| Revisión del proyecto de intervención. | | | | | | |
| Elaboración del trabajo final. | | | | | | |

XIV. Presupuesto.

XIV. I. Material de Escritorio

| Detalle | Unidades | Precio Unitario | Precio en Bs. | Precio en \$. |
|-----------------------------|-------------|-----------------|-----------------|----------------|
| Papel bond tamaño carta | 2.000 Unid. | 0.025 ctvs | 50. Bs. | 6.2 \$ |
| Bolígrafo | 10 Unid. | 0.70 ctvs | 7. Bs. | 0.8 \$ |
| Lápices | 10 Unid. | 0.20 ctvs | 2. Bs. | 0.2 \$ |
| Internet | 40 Horas | 3.00 Bs. | 120. Bs. | 15.9 \$ |
| Disco de 3½ Hd | 4 Unid. | 3.50 Bs. | 14. Bs. | 1.7 \$ |
| Computadora * | 200 Horas | 2.00 Bs. | 400. Bs. | 50.9 \$ |
| Impresiones | 90 Unid. | 0.50 Bs. | 45. Bs. | 6.6 \$ |
| Fotocopias | 200 Unid. | 0.10 ctvs. | 20. Bs. | 3.4 \$ |
| Encuadernación por anillado | 3 Unid. | 6.00 Bs. | 18. Bs. | 2.2 \$ |
| Gran Total | | | 676. Bs. | 84.4 \$ |

* Calidad de Prestamo

XIV. II. Material de Transporte y Otros.

| Detalle | Unidades | Precio Unitario | Precio en Bs. | Precio en \$. |
|-------------------|----------|-----------------|-----------------|----------------|
| Transporte | ----- | ----- | 150. Bs. | 18.7 \$ |
| Refrigerio | ----- | ----- | 200. Bs. | 24.9 \$ |
| Imprevistos | ----- | ----- | 200. Bs. | 24.9 \$ |
| Gran Total | | | 550. Bs. | 68.7 \$ |

XIV. III. Gran Total.

| Detalle | Precio en Bs. | Precio en \$. |
|--------------------------------|-------------------|-----------------|
| Material de Escritorio | 676. Bs. | 84.4 \$ |
| Material de transporte y otros | 550. Bs. | 68.7 \$ |
| Gran Total | 1.226. Bs. | 153.1 \$ |

CUESTIONARIO

Usted es:

Licenciada en Enfermería.

Auxiliar en Enfermería.

El siguiente cuestionario tiene el propósito de diseñar un instrumento, para la elaboración de un manual de procedimientos propios de enfermería, para el servicio de Neurocirugía y Neurología de nuestra (Hospital Materno Infantil C. N. S.)

1.- ¿Que tiempo trabajo en los servicios de Neurocirugía y Neurología, del Hospital Materno Infantil de la C. N. S.?

| | |
|--------------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> | < de 2 años |
| <input type="checkbox"/> | De 2 a 6 años |
| <input type="checkbox"/> | De 7 a 10 años |
| <input type="checkbox"/> | > de 11 años |

2.- ¿Existe un manual de procedimientos para la atención de pacientes con el diagnostico de una afección del tipo Neurológico en el servicio. ?

Si

No

3.- ¿Piensa que es necesario un manual de procedimientos de enfermería para el servicio de Neurocirugía y Neurología. ?

Si

No

4.- ¿A quienes cree que debe ser dirigido el manual de procedimientos, en el servicio de enfermería. ?

Todo el personal Multidisciplinario.

Exclusivo al personal de enfermería.

¿Por que?

5.- ¿La actualización de los procedimientos del manual de enfermería debería ser realizada con el personal de enfermería. ?

Si

No

6.- ¿Cree que se debe realizar cursos, seminarios y talleres de actualización relacionados con el manual de procedimientos de enfermería. ?

Si

No

7.- ¿Cree que la implementación y actualización de un manual de procedimientos del servicio de Neurocirugía y Neurología, mejorara la calidad de atención al paciente. ?

Si

No

¡Gracias por su colaboración!

Glosario

Apnea: Ausencia de la respiración espontánea.

Arteriografía: Visualización radiológica de las arterias, que se realizan inyectando un medio de contraste radio opaco en la corriente sanguínea, de un determinado vaso a través de un catéter.

Asepsia: Sin contaminación.

Atril: Elemento que sirve para sostener como un mueble que sostiene libros, o de yeso férula que sostiene el pie caído.

Bucle: Curva en forma de rizo. Conjunto de instrucciones de un programa cuya ejecución se repite hasta la verificación de un criterio dado o la obtención de un determinado resultado.

Cisternal: Cavidad que actúa como reservorio de linfa o de otros líquidos corporales: cisterna quillosa y cisterna subaracnoidea.

Concepto: Pensamiento o idea concebido Abstraída que se origina y mantiene en la mente.

Electroencefalografía: (E.E.G.) Proceso por el que se registra la actividad de las ondas cerebrales.

Electro miografía: Gráfica que registra la actividad eléctrica intrínseca de un músculo esquelético. En trastornos neuromusculares.

Emoliente: Reblandecer la piel.

Gamma grafía Cerebral: Procedimiento diagnóstico basado en técnicas de representación por radioisótopos.

Isótopo: Una de las dos o más formas de un elemento químico que tienen casi idénticas propiedades, tiene el mismo número de protones en el núcleo y el mismo número atómico, pero difieren en el número de neutrones y en el peso atómico.

L.O.I.C.: Lesión Ocupativa Intracraneal

Manual: Es un libro que contiene abreviadas las nociones principales de una ciencia.

Mielografía: Proceso radiográfico por el que se visualizan y fotografían la medula espinal y el espacio subaracnoideo espinal, tras de introducir un medio de contraste como el aire o una sustancia radio opaca no ab Apnea: Ausencia de la respiración espontánea.

Neurocirugía: Es la cirugía que interviene el cerebro, la medula espinal, los nervios periféricos y las arterias del cuello.

Neurología: (neurology) Rama de la medicina que estudia la patología del sistema nervioso.

Objetivo: Propósito hacia el que se dirige un esfuerzo, donde se quiere llegar.

Potenciales evocados: Es el trazo de una onda cerebral medida en distintos puntos de la superficie de la cabeza. Es provocada por un estímulo específico que puede originarse en las áreas visuales, auditivas o tronco del encéfalo.

Somatosensorial normalmente evocadas por la estimulación del sistema nervioso.

Procedimiento: Secuencia de pasos a seguir para establecer algún curso de acción.

Servicio neurología y neurocirugía: Es el área donde se realiza la evaluación del estado y síntomas neurológicos del paciente y los actos quirúrgicos que el paciente requiera con tecnología de última generación.

Subgaleales: Subaponeurótica o debajo de la galea.

Tomografía axial computarizada: (TAC) Técnica en la cual se utiliza un tubo de rayos X, dos detectores de radiación, un impresor, una máquina de escribir y un ordenador con un disco magnético para visualizar cortes del cuerpo. Pudiendo detectarse masas tumorales, infartos cerebrales, desplazamientos óseos y acumulaciones de líquido.

UTINN: Unidad de terapia intermedia del servicio de neurología y neurocirugía, donde los enfermos requieren intensos cuidados de enfermería, y también la atención médica especializada.

Neurocirugía: Es la cirugía que interviene el cerebro, la medula espinal, los nervios periféricos y las arterias del cuello.

Neurología: (neurology) Rama de la medicina que estudia la patología del sistema nervioso.