



PASIÓN POR EDUCAR

Nombre del alumno: Enrique Horacio
Magaña Peralta

Nombre del profesora:
Gabriela Priego Jiménez

Grupo: “6-Q”

Actividad: Unidad 3. temas
2.4, 2.5, 3.1, 3.2

Materia: Práctica Clínica
de Enfermería I

2.4. INTERVENCIONES Y RESULTADOS PARA LA MEJORA CONTINUA DEL PROCESO DE PREPARACIÓN DE SOLUCIONES INTRAVENOSAS.

- ❖ Desarrollar políticas o procedimientos para una administración precisa y segura de medicamentos, considerando la posibilidad de reducir que los errores ocurran, detectar los errores que ocurren y minimizar las posibles consecuencias de los errores.
- ❖ Dirigir esfuerzos para la construcción de una cultura de seguridad orientada al paciente, dentro de la cual todos los profesionales participantes en el sistema de medicación sean conscientes de la necesidad de identificación, notificación y prevención de EM y que lo hagan con libertad y sistematización, expresando de manera abierta y objetiva.
- ❖ Establecer un plan estructurado para implantar de forma organizada y efectiva las prácticas de prevención de errores en la medicación, consideración: simplificar y estandarizar los procedimientos, anticiparse y analizar los posibles riesgos derivados de la introducción de cambios en el sistema, para prevenir los errores antes y no después de que ocurran.
- ❖ Implantar controles en los procedimientos de trabajo para detectarlos antes de que lleguen al paciente. Los sistemas de doble cheque permiten interceptar los errores.
- ❖ Realizar cambios en los procedimientos de trabajo, con fin de disminuir la gravedad de las consecuencias de los errores.
- ❖ Aplicar los principios científicos de farmacología que fundamentan la acción de enfermería, para prevenir y reducir errores, dar la seguridad necesaria al cliente y garantizar la calidad del servicio.
- ❖ Administrar el medicamento de acuerdo a prescripción médica, considerando los efectos secundarios y las interacciones con otros medicamentos.
- ❖ Evitar el uso de abreviaturas y símbolos no estandarizados, no solo en la prescripción médica, tanto manuscritos como generados a través de medios electrónicos, protocolos de tratamiento, prescripciones pre impresas, hojas de enfermería, etiquetas de medicación y etiquetas de mezclas intravenosas.
- ❖ Sensibilizar a todos los profesionales que manejan los medicamentos sobre el impacto que puede tener un error por medicación.

2.5. REGISTRO DE ENFERMERÍA

OBSERVACIONES- FIRMA

- ❖ Incidencia por turno.
- ❖ Observaciones en función de problemas y cuidados.
- ❖ Anotación de actividades de enfermería no rutinarias y no incluida en el plan de cuidados.
- ❖ Detención de complicaciones derivadas del proceso patológico, los tratamientos médicos quirúrgicos y las técnicas diagnosticadas.
- ❖ Respuesta del paciente ante los cuidados dispensados por el equipo de enfermería.
- ❖ Razón de omisión de tratamientos y cuidados planificados.
- ❖ Información emitida al paciente y familiar respecto a las actividades de enfermería realizadas.

HOJA DE OBSERVACIÓN DE ENFERMERÍA

Es el documento donde debemos registrar las incidencias que se producen en la asistencia al paciente y el resultado del plan de cuidados durante su estancia en la unidad.

Esta hoja estará integrada por:

-Identificación y localización, fecha/hora, observación/firma.

FECHA- HORA

- ❖ Se pondrá fecha y hora en el primer registro del día, siendo suficiente para los sucesivos registros de ese día, poner la hora pertinente.

IDENTIFICACIÓN- LOCALIZACIÓN

- ❖ Rellenar los datos de los pacientes.
- ❖ N° historia.
- ❖ Cama.
- ❖ Dos apellidos.
- ❖ Nombre.
- ❖ Servicio.
- ❖ Edad y fecha de ingreso.

“3.1. INSTALACIÓN DE CATÉTER VENOSO CENTRAL”

QUE ES:

Es un procedimiento clave en el abordaje del enfermero crítico; es una técnica de canalización percutánea de vía venosa central, a través de un acceso periférico mediante un catéter de doble o triple luz poliuretano radio opaco, utilizando la técnica de seldinger modificada

ADMINISTRA

Grandes volúmenes de líquidos, soluciones hipertónicas, soluciones incompatibles a través de luces separadas o varias perfusiones simultáneas.

- Monitorización hemodinámica.
- Extracción muestra sanguíneas.
- Personal necesario.
- Material necesario.

SITIOS ANATÓMICOS

- Yugular posterior.
- Yugular anterior.
- Subclavio.

DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA

- > Colocar un empapador bajo el brazo elegido.
- > Preparar una mesa auxiliar con paños estériles y todo el material necesario. Aprovechar para revisar que no falta nada en el equipo de vía central.
- > Colocar paño fenestrado sobre el brazo y ampliar el campo estéril con otro paño, puesto que la longitud del catéter y de la guía hace que sea más complicado que no se salgan del campo.
- > Canalizar vena mediante un Abocath® . El mínimo será del no 18, ya que si es de menor grosor, no pasará la guía a través de su luz. Al contrario, si es un no14 o 16, facilitarán la posterior introducción del catéter, ya que actuarán como dilatadores.
- > Retirar el compresor para permitir la progresión de la guía (personal no estéril)
- > Pedir la colaboración del paciente, haciendo que gire la cabeza hacia el lado de la punción, y empezar a introducir la guía a través del angiocatéter. La guía se presenta con la punta 54
- blanda, de forma curva, fuera de su introductor, por lo que se moviliza con el pulgar hasta que el final de la guía coincida con el extremo de plástico que se adaptará al angiocatéter. Después se introducirá con suavidad. Si se nota dificultad, se retrocede unos centímetros, se moviliza el brazo y se reintenta.
- > Vigilar el electrocardiograma en todo momento. Si aparecen arritmias, se retira la guía hasta que vuelva a la situación normal del paciente.
- > Dejar fuera suficiente porción de guía como para poder manejarla con seguridad, y sacar el angiocatéter a través de la guía.
- > Deslizar el dilatador a través de la guía. Al traspasar el tejido subcutáneo y la piel, se debe ejercer cierta fuerza. Si fuera necesario, se puede realizar un corte con un bisturí, en la zona de la punción, colocando el filo hacia arriba. Basta con introducir la punta del dilatador, puesto que en el brazo las venas están muy superficiales.
- > Retirar el dilatador y aplicar presión con una gasa sobre el punto de inserción.
- > Retirar el tapón de la luz distal del catéter, ya que la guía saldrá por ese punto, y empezar a introducir el catéter deslizándolo por la guía. No introducir el catéter en la vena hasta que la guía salga unos centímetros por la luz distal.
- > Mantener siempre sujeta la guía mientras se introduce el catéter suavemente.
- > Introducir hasta 40-45 cm, y teniendo en cuenta que si el brazo es el izquierdo, unos centímetros más. El catéter tiene medidas en su longitud final
- > Retirar la guía con cuidado y comprobar el reflujo de sangre en las dos luces con jeringas de 10 ml, conectando después los equipos de suero previamente purgados en cada luz.
- Fijación del catéter

“3.2. INSPIRACIÓN DE SECRECIONES TRAQUEO BRONQUIALES CON S-C”

QUE ES:

Es un procedimiento efectivo cuando el paciente no puede expectorar las secreciones, ya sea a nivel naso traqueal y oro traqueal o bien la aspiración traqueal en pacientes con vía aérea artificial.

OBJETIVOS

- Mantener la permeabilidad de las vías aéreas.
- Favorecer la ventilación respiratoria.
- Prevenir las infecciones y atelectasias ocasionadas por el acúmulo de secreciones.

CONTRAINDICACIONES

- Trastornos hemorrágicos (coagulación intravascular diseminada, trombocitopenia, leucemia).
- Edema o espasmos laríngeos.
- Varices esofágicas.
- Cirugía traqueal.
- Cirugía gástrica con anastomosis.
- Infarto al miocardio.

INDICACIONES

La técnica esta indicada cuando el paciente no puede pro si mismo expectorar las secreciones.

PROCEDIMIENTO

- Explicar al paciente el procedimiento que se le va a realizar.
- Checar signos vitales.
- Corroborar la funcionalidad del sistema de administración de oxígeno.
- Colocar al paciente en posición semi-fowler, sino existe contraindicación.
- Lavarse las manos.
- Disponer el material que se a utilizar, siguiendo las reglas de asepsia.
- Colocarse cubre bocas, gafas protectoras.
- Pedir al paciente que realice cinco respiraciones profundas o bien conectarlo al oxígeno.
- Activar el aparato de aspiración (o el sistema de pared).
- Colocarse el guante estéril en la mano dominante.
- Con la mano dominante retirar la sonda de su envoltura, sin rozar los objetos de la superficies.
- Conectar la sonda de aspiración al tubo de aspirador, protegiendo la sonda con la mano dominante

MATERIAL Y EQUIPO

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