



Karla Cristell Pérez Hernández

Grado: 6to

Grupo: Q

Maestra: Gabriela Priego Jiménez

Materia: Práctica clínica de Enfermería



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.

Establecer un plan estructurado para implantar de forma organizada y efectiva las prácticas de prevención de errores en la medicación, considerando: 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 para detectarlos antes de que lleguen al paciente. Los sistemas de "doble chequeo" permiten interceptar los errores, ya que es muy poco probable que dos personas distintas se equivoquen al controlar el mismo proceso.

Intervenciones y resultados para la mejora continua del proceso de preparación de soluciones intravenosas.

Realizar cambios en los procedimientos de trabajo, con el fin de disminuir la gravedad de las posibles consecuencias de los errores.

Aplicar los principios científicos de farmacología que fundamenten la acción de enfermería, para prevenir y reducir errores, dar la seguridad necesaria al cliente y garantizar la calidad del servicio.



Sistematizar el proceso de la administración de medicamentos intravenosos, y en el cumplimiento y revisión de los "correctos" de la medicación, así como el registro inmediato para evitar otros errores.

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, sino que se aplique también a otros documentos que se manejen en la unidad médica, protocolos de tratamiento, prescripciones pre impresas, hojas de enfermería, etiquetas de medicación y etiquetas de mezclas intravenosas

No abreviar tampoco los términos utilizados en ocasiones como parte del nombre comercial para denominar especialidades farmacéuticas o presentaciones con diferentes características.

Sensibilizar a todos los profesionales que manejan los medicamentos sobre el impacto que puede tener un error por medicación.



Hoja de observaciones 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.

La hoja esta integrada por:

Identificación-localización.

Rellenar los datos de los pacientes

- Nº Historia
- Cama
- Dos apellidos
- Nombre
- Servicio
- Edad
- Fecha ingreso
- Cuando se tenga la pegatina del Servicio de Admisiones, se colocará sobre este apartado.

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.

Observaciones/ firma:

Debe de ser cumplimentado por orden cronológico, con bolígrafo azul o negro, y se registrará:



- Respuesta del paciente ante los cuidados dispensados por el equipo de enfermería.
- Razón de omisión de tratamientos y/o cuidados planificados.
- Información emitida al paciente y/o familiar respecto a las actividades de enfermería realizadas.

Incidencias por turno.

- Observaciones en función de problemas y cuidados.
- Anotación de actividades de enfermería no rutinaria y no incluida en el plan de cuidados.
- Detección de complicaciones derivadas del proceso patológico, los tratamientos médicos o quirúrgicos y las técnicas diagnósticas.

- Evolución del aprendizaje en relación a la educación sanitaria que se imparte al Paciente/familia.
- Los distintos registros deben estar firmados por la persona que realice la actividad u observación.
- La letra será legible.



Registros de enfermería:

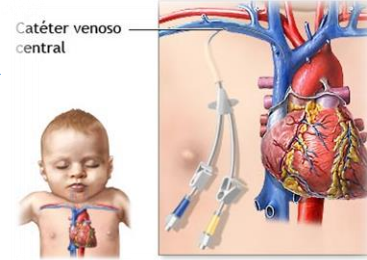


Instalación del catéter venoso central

Definición:

La canalización de una vía central es un procedimiento clave en el abordaje del enfermo crítico, por lo que, en un intento de minimizar el tiempo de actuación sobre estos pacientes, se ha iniciado su progresiva implantación en el servicio de urgencias.

Se divide en:



Técnica:

Preparación del paciente

> Informar adecuadamente al paciente de la técnica que se le va a realizar. Esto nos ayudará a lograr su colaboración durante la realización de la misma.

> Monitorizar el electrocardiograma antes, durante y después del procedimiento. Es muy importante una adecuada visualización, ya que durante la introducción, tanto de la guía como del catéter, se debe vigilar la aparición de arritmias. Registrar constantes vitales.

> Colocar al paciente en posición decúbito supino o Trendelenburg, según nos permita la patología del paciente.

> Valorar las venas de ambas extremidades superiores en la fosa ante cubital. Se elegirá preferentemente el brazo derecho y las venas basilíca, mediana y cefálica, en este orden, puesto que la vena basilíca del brazo derecho es la de acceso más directo anatómicamente a la aurícula derecha, y por tanto, la introducción del catéter será presumiblemente más sencilla.

Sitios anatómicos:

Yugular posterior
Yugular anterior
subclavio

Canalización percutánea:

Permite:

Administrar: grandes volúmenes de líquidos, soluciones hipertónicas, soluciones incompatibles a través de luces separadas o varias perfusiones simultáneamente.

- Monitorización hemodinámica.
- Extracción muestras sanguíneas.

Personal:
1 enfermera y 1 auxiliar
Ámbito:
1 box de urgencias.

Materiales:

- Mesa auxiliar
- Cepillo con antiséptico
- Empapador
- Compresor
- Antiséptico al uso: Povidona iodada o clorhexidina 2%.
- Gasas estériles
- 1 paño estéril y 1 paño fenestrado
- Bata y guantes estériles
- Gorro y mascarilla
- Anestésico tópico (EMLA® o Cloreto®)
- 2 jeringas de 10 ml
- Abocath® o18
- Catéter de doble/triple luz (Arrow® de 60 cm)
- 2 sueros, sistemas y llaves de 3 vías.
- Adhesivo para fijar el catéter (steri-strip®)
- Apósito estéril transparente



Instalación catéter venoso central:

Se divide en:

Técnica:

Se pueden emplear dos tipos de anestésicos locales, EMLA o Cloretilo de acción inmediata

> Aplicar el antiséptico de forma circular de dentro hacia fuera. La Clorhexidina 2% tarda medio minuto en secarse, y la povidona yodada 2 minutos. Preparación del personal

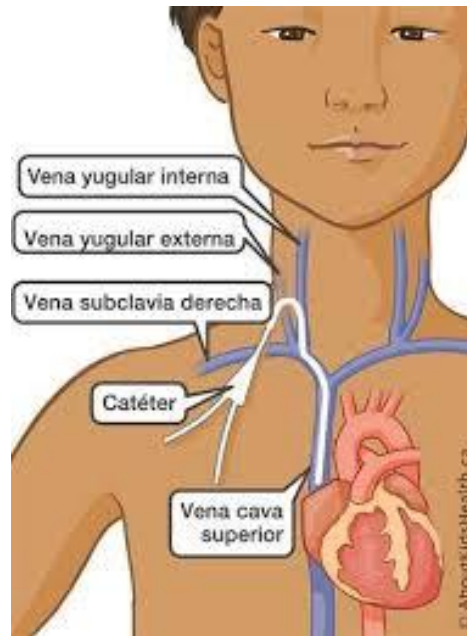
> Utilizar técnica estéril en todo momento. Esto implica que la enfermera/o responsable del procedimiento realizará lavado quirúrgico de sus manos, previa colocación de mascarilla y gorro. El secado de las manos se hará con compresas estériles y se colocará bata estéril.

El procedimiento de la técnica es mas extensa por lo cual no se puede poner en un mapa conceptual, ya que se explicara de manera mas detallada pero tenemos la idea.

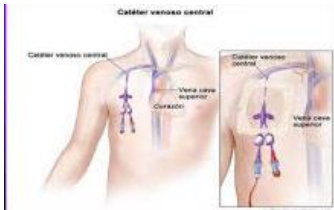
Registro y observaciones:

Datos relacionados con el acceso y catéter en la gráfica de enfermería de urgencias:

- > Tipo de catéter y no luces
- > Extremidad y vena de acceso
- > Fecha de acceso
- > Incidencias que surjan durante la inserción en el evolutivo de enfermería



Intervenciones de enfermería:



- > Valorar la inserción del catéter
- > Reconocer factores de riesgo
- > Elección del sitio de inserción
- > Prevenir una infección
- > Colocación y retirada del catéter en Trendelemburg.
- > Oclusión de la luz de la aguja durante la inserción.
- > Verificar funcionamiento adecuado de las perfusiones.
- > Control de las complicaciones relacionadas con la punción o con el catéter.
- > Valorar diariamente la indicación del mantenimiento del catéter venoso central

Inspiración de secreciones traqueo bronquiales

Es la succión de secreciones a través de un catéter conectado a una toma de succión.

Definición:

Se divide en:

Indicación:

Contraindicación:

Material:

Técnica:

Cuando el paciente no puede por sí mismo expectorar las secreciones.

- Trastornos hemorrágicos
- Edema o espasmos laríngeos.
- Varices esofágicas.
- Cirugía traqueal.
- Cirugía gástrica con anastomosis alta.
- Infarto al miocardio.

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

AUMENTAR LA CONCENTRACIÓN DE OXIGENO AL 100% DE 3 A 5 MINUTOS

AJUSTE EL REGULADOR DE ASPIRACION DE 80 - 120 mmHg

CONECTAR LA SONDA NELATON CON VENTANA DE ASPIRACION DIGITAL A LA CONEXION DE LATEX

CALZARSE LOS GUANTES CON TECNICA ESTERIL

TOME EL CATETER DE SUCCION CON LA MANO DOMINANTE

INTRODUCIR EL CATETER EN EL AGUA ESTERIL O SOLUCION SALINA FISIOLÓGICA POR 2 O 3 VECES

SISTEMA CERRADO DE ASPIRACION TRAQUEAL (SCAT)

