

UNIVERSIDAD DEL SURESTE CAMPUS TABASCO

Lic. En Enfermería

Alumno:

Ángel Gabriel Arcos Álvaro

Materia:

Práctica Clínica en Enfermería 1

Docente:

Gabriela Priego

Actividad

“cuadro sinóptico y mapa conceptual”

- **Intervenciones y resultados para la mejora continua del proceso de preparación de las soluciones intravenosas.**
- **Registro de observaciones de enfermería.**
- **Instalación de catéter venoso central.**
- **Aspiración de secreciones traqueobronquiales con sistema cerrado.**

- Desarrollar el procedimiento mediante políticas para una administración precisa y segura de medicamentos, considerando la posibilidad de reducir que los errores ocurran, detectar los errores y minimizar las posibles consecuencias de estos errores.
- Esforzarnos para brindar mayor seguridad orientada a los pacientes, dentro de la cual todos los profesionales participantes en el sistema de medicación sean consientes de la necesidad de, identificación, notificación y prevención de EM y que lo hagan con libertad y sistematizado, expresando de manera abierta, objetiva y completa, lo qué y cómo sucedió.
- Aplicar un plan estructurado para implantar de forma organizada y efectiva las practicas 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 errores antes y no después de que ocurran.
- Controlar los procedimientos de trabajo 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 se equivoquen al controlar los mismos procedimientos.
- Realizar cambios en el procedimiento de trabajo para prevenir las posibles consecuencias de los errores.
- Aplicar principios científicos de farmacología para fundamentar la acción de enfermería, con el fin de prevenir y reducir los errores, dar seguridad necesaria al paciente y garantizar la calidad del servicio.
- Sistematizar el proceso de la administración de medicamentos intravenosos, enfatizar el cumplimiento y revisión de los correctos de la medicación, así como la importancia que tiene el registro inmediato para prevenir errores.
- Aplicar medicamento conforme a prescripción médica considerando los efectos secundarios y las interacciones con otros medicamentos.
- Evitar abreviaturas y símbolos, no solo en la prescripción médica si no también en otros documentos que se manejen en la unidad. Tales como: en medios electrónicos, protocolos de tratamiento, hojas de enfermería, etiquetas de medicación y etiquetas de mezclas intravenosas.
- Importante no abreviar términos utilizados en ocasiones como parte del nombre comercial para denominar especialidades farmacéuticas o presentaciones con otras características.
- Indicar a todo el personal de salud sobre el manejo de medicamentos y sobre el impacto que puede tener un error en la medicación.

**es y resultados para la mejora
el proceso de preparación de
oluciones Intravenosa.**

Registro de Observaciones de Enfermería

Hoja de observaciones de enfermería

Documento en el que se registra las incidencias que se producen durante la asistencia del paciente y el resultado del plan de cuidados durante su estancia en la unidad.

Apartados

- a) Identificación/localización.
- b) Fecha/hora
- c) Observaciones/firma

A) Identificación/Localización

- Rellenar los datos del paciente.
- N° Historia
- Cama
- Dos apellidos
- Nombre
- Servicio
- Edad
- Fecha de ingreso
- Cuando se tenga la pegatina del servicio de admisiones, se colocará sobre este apartado.

B) Fecha/Hora

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

C) Observaciones/Firma

- Incidencias por turno
- Observaciones en función de problemas y cuidados
- Anotación de cuidados 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.
- Respuesta del paciente ante los cuidados dispensados por el equipo de enfermería.
- Razón de omisión de tratamientos y cuidados planificados
- Información omitida al paciente y familiar respecto a las actividades de enfermería realizadas.
- Evolución del aprendizaje en relación a la educación sanitaria que se imparte al paciente o familiar.

Paciente/familia

- Los distintos registros deberán de estar firmados por la persona que realice la actividad u observación.
- La letra será legible

Instalación de catéter venoso central

Canalización percutánea

Definición

Técnica a través de un acceso periférico mediante la utilización de la técnica de Seldinger.

Tipos de catéter

De doble Luz

De triple Luz de poliuretano radio opaco.

Funciones

- Administrar grandes volúmenes de líquidos, soluciones hipertónicas, soluciones incompatibles.
- Monitorización hemodinámica.
- Extracción de muestras sanguíneas.

Personal en aplicación

- Una enfermera
- Un auxiliar

Preparación del paciente

- Informar al paciente la técnica
- Monitorizar electrocardiograma y signos vitales.
- Colocar al paciente en decúbito supino o Trendelenburg.
- Valorar las venas de ambas extremidades en la fosa antecubital.

Material necesario

- 2 jeringas de 10ml
- Abocath o 18
- Catéter de doble/triple luz
- 2 suero, sistemas y llave de 3 vías
- Adhesivo para fijar catéter
- Apósito estéril transparente

- Mesa auxiliar
- Cepillo antiséptico
- Empapador
- Compresor
- Antiséptico al uso: Povidona iodada/Clorhexidina
- Gasas estériles
- Un paño estéril
- Bata y guantes estériles
- Gorro y mascarilla
- Antiséptico tópico (EMLA o CLORETILO)

Tipos de anestésicos locales

EMLA[®]

Cloretilo[®]

Antisépticos

Clorhexidina al 2%

Povidona yodada

Preparación del personal

- El responsable del procedimiento realizará toda técnica estéril en todo.

Técnica del procedimiento

- Colocar un empapador bajo el brazo elegido.
- Preparar una mezcla auxiliar con paños estériles y todo material necesario.
- Colocar paño fenestrado sobre el brazo y ampliar el campo estéril con otro paño.
- Canalizar vena mediante Abocat Nº 18.
- Retirar el compresor para permitir la progresión de la guía.

- Pedir colaboración del paciente, que gire la cabeza hacia el lado de la punción y empezar a introducir la guía a través del angiocatéter.
- Vigilar ECK en todo momento, si hay arritmias retirar y esperar.
- Dejar fuera suficiente porción de la guía para poder manipular.
- Deslizar el dilatador a través de la guía.
- Retirar el dilatador y aplicar presión con gasa sobre el punto de inserción.

Fijación del catéter

- Retirar la sangre del brazo y zona de punción con suero fisiológico y aplicar antiséptico.
- Fijar catéter, colocando corbata más un apósito estéril.
- Retirar el material punzante y depositarlo en el contenedor adecuado.
- Quitar el campo estéril, dejar cómodo al paciente y lavarnos las manos.

- 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.
- 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.
- 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.

Control y vigilancia de enfermería

- Seguir recomendaciones de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, críticas y Unidades Coronarias, para disminuir complicaciones.
- Valorar la inserción de catéter venoso central.
- Reconocimientos de factores de riesgos que puedan dificultar la canalización, tales como índice de masa corporal, obesidad, ventilación mecánica, arterioesclerosis grave, sepsis, arritmias ventriculares, EPOC, antecedentes de radioterapia, etc.
- Colocación o supervisión por personal experto si se prevé dificultad.
- Elección de un tipo de inserción.
- No realizar mas de 2 o 3 intentos de venopunción.
- No practicar cambios rutinarios de catéter para prevenir infección.

- Comprobación de posición correcta del catéter mediante Rx de tórax.
- Colocación y retirada de catéter en Trendelemburg.
- Oclusión de la luz de la guja 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.

Registro y observaciones de enfermería

- Tipo de catéter y numero de luces.
- Extremidad y vena de acceso.
- Fecha de acceso
- Incidencias que surjan durante la inserción en el evolutivo de enfermería.

Inspiración de secreciones traqueobronquiales con sistema cerrado

Objetivos

- Mantener permeables vías aéreas
- Favorecer la ventilación respiratoria
- Prevenir infecciones y atelectasias ocasionadas por las secreciones.

Materiales y equipo

- Aparato de aspiración
- Guantes desechables estériles
- Solución para irrigación
- Jeringa de 10 ml
- Sondas para aspiración de secreciones.
- Solución antiséptica
- Riñón estéril
- Jalea lubricante
- Gafas de protección y cubrebocas
- ambú

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

Indicaciones

Indicada cuando el paciente no puede por sí mismo expectorar las secreciones.

Contraindicaciones

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

Procedimiento

19. Explicar al paciente el procedimiento
20. Checar signos vitales
21. Corroborar la funcionalidad del equipo de aspiración.
22. Corroborar la funcionalidad del sistema de administración de oxígeno.
23. Colocar al paciente en posición semi-fowler
24. Lavarse las manos
25. Disponer el material que va a utilizar (sepsis)

13. Colocar cubre bocas y gafas protectoras
14. Pedir al paciente que realice 5 respiraciones profundas.
15. Activar el aparato de aspiración.
16. Colocar guate estéril sin contaminarlo.
17. Retirar la sonda de su envoltura sin rosar objetos y superficies contaminados.
18. Conectar la sonda de aspiración al tubo del aspirador

8. Lubricar la punta de la sonda.
9. Introducir la sonda suavemente en una de las fosas nasales.
10. Pedir al paciente que tosa para que facilite el desprendimiento de las secreciones.
11. Realizar aspiración del paciente retirando la sonda 2-3 cm.
12. Pedirle al paciente que realice varias respiraciones profundas

1. Limpiar sonda con gasas estériles y lavarla en su interior con solución para irrigación.
2. Repetir el procedimiento de aspiración de secreciones en tanto el paciente lo tolere, dejando 5 minutos como periodo de recuperación entre cada episodio de aspiración.
3. Desechar la sonda guantes, agua y envases utilizados.
4. Auscultar tórax y valorar ruidos cardiacos.
5. Realizar higiene bucal del paciente.
6. Lavar equipo y enviarlo para desinfección y esterilización.
7. Documentar en el expediente clínico, hora, fecha, frecuencia de la aspiración de secreciones y respuesta del paciente.