



**UNIVERSIDAD DEL SURESTE
UNIVERSIDAD UDS
INCORPORADO AL SISTEMA EDUCATIVO ESTATAL
CAMPUS TABASCO**

Licenciatura en Enfermería

Presenta:

Nombre: Jessica Montejó Pérez

Docente:

Lic. Enf. Gabriela Priego Jiménez

Materia:

Práctica clínica de enfermería I

Actividad:

Cuadro sinóptico y mapas conceptuales

Grado y grupo: sexto cuatrimestre

Fecha: 06-06-2020

I
n
t
e
r
v
e
n
c
i
o
n
e
s

Y

R
e
s
u
l
t
a
d
o
s

Intervenciones

Desarrollar políticas para la administración precisa y segura de medicamentos, considerando reducir, detectar y minimizar las posibles consecuencias de los errores

Dirigir esfuerzos para la construcción de una cultura de seguridad orientada al paciente, donde los profesionales participantes 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.

Anticiparse y analizar los posibles riesgos derivados de la introducción de los cambios en el sistema para prevenir errores antes no después.

Intervenciones

Implantar controles en los procedimientos de trabajo para detectarlos antes de que lleguen al paciente. Los sistemas de doble chequeo permiten interceptar los errores.

Realizar cambios en los procedimientos de trabajo, para 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 garantizarla calidad del servicio.

Intervenciones

Sistematizar el proceso de la administración de medicamentos intravenosos, enfatizar en el cumplimiento y revisión de los correctos de la medicación, así como el registro inmediato.

verificar además de paciente, medicamento, dosis, vía, hora correcta, la caducidad del medicamento y la velocidad de infusión durante la transcripción, preparación, y administración de los medicamentos

Administrar la medicación de acuerdo a prescripción médica, considerando los efectos secundarios y las interacciones con otros medicamentos

Intervenciones

Evitar el uso de abreviaturas y símbolos no estandarizados, no solo en la prescripción médica, tanto manuscritos como generados a través de medios electrónicos, como protocolos de tratamiento.

Es importante 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

Intervenciones

Utilizar membretes con datos de los pacientes y los medicamentos, organizar por horarios y Dosis

Revisar de manera periódica las causas y soluciones para evitar nuevos errores

Verificar alergias del paciente, así como tratamientos previos

Usar código de barras para la identificación de fármacos y concentración de los mismos

Diseñar intervenciones educativas dirigidas a los integrantes del equipo multidisciplinario que incluya temas sobre farmacovigilancia

Concepto

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

Objetivo:

- Permite verificar la eficacia del proceso de registro
- Se asegura la evidencia del cuidado proporcionado
- Se evita la pérdida de información

Material y equipo:

- Formato de registro
- Tinta azul, verde, roja, negra
- Expediente clínico
- Tijeras y pegamento

Contenido de la hoja de enf.

Esta hoja estará integrada por el sig. apartado:

1. Identificación-localización
2. Fecha/ Hora
3. Observaciones/Firma

1- Identificación/Localización contiene:

- Rellenar los datos del paciente
- N° de Historias
- Dos apellidos
- Nombre
- Servicio
- Edad fecha de ingreso
- Cuando se tenga la pegatina del servicio de admisión, se colocará sobre este apartado

2- Fecha y 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.

Se registrar

3- observaciones se registrará:

- Debe ser complementado por orden cronológico, con la tinta correspondiente al turno
- Incidencias por turno
- Observaciones en función de problemas y cuidado
- Anotaciones de las act. de enf. No rutinaria y no incluida en el plan de cuidados
- Detección de complicaciones derivadas del proceso patológico, los TX MED, o QX y las técnicas DX

- Respuestas del paciente ante cuidados dispensados por el equipo de enfermería

- Razón de omisión de tratamientos y/o 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

- Evolución del aprendizaje en relación a la educación sanitaria que se imparte al paciente/familia

- Los distintos registros deben estar firmadas por la persona que realice la actividad u observación
- La letra será legible

Tipos de registro

Nom-168-SSA1, del Expediente Clínico:

- Se considera como documento medico cualquier registro que realiza el profesional de la salud en el ejercicio de su trabajo
- Se hace constar los hechos y actos relativos a la atención prestada a una persona determinada

5 tipos de registro:

4. Medidas terapéuticas aplicadas por diversos miembros del equipo de salud
5. Medidas terapéuticas indicadas por el medico y aplicadas por la enfermería

1. Medidas planeadas y ejecutadas por la enfermera
2. Conducta del paciente
3. Otras observaciones (Edo, de salud, respuestas específicas del paciente al TX y los cuidados)

INSTALACION DEL CATETER VENOSO CENTRAL

Que es

Técnica de canalización percutánea de vía venosa central, a través de un acceso periférico mediante un catéter de doble o triple luz de poliuretano radio opaco con la técnica Seldinger modificada

En:

Sitios anatómicos:

- Yugular posterior
- Yugular anterior
- Subclavio
- Femoral

Para:

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

Se necesita

Personal necesario:

- 1 enfermera
- 1 auxiliar

Donde

Ámbito de aplicación:
Un box de urgencias

Material y equipo:

Mesa auxiliar, cepillo con antiséptico, empapador, compresor, antiséptico al uso: povidona yodada p clorhexidina 2%, gasas estériles, 1 pañal estéril y 1 paño fenestrado, bata, guantes estériles, gorro, mascarilla, anestésico tópico, 2 jeringas de 10ml, abocath 0 18, catéter de doble/ triple Luz (Arrow de 60 cm), 2 sueros, sistemas y llaves de 3 vías, adhesivo para fijar el catéter y apósito estéril transparente

Descripción de la técnica

- Preparación del paciente
- Informar adecuadamente al paciente de la técnica que se le va a realizar
- Monitorizar el electrocardiograma antes, durante y después del procedimiento. Registrar constantes vitales
- Colocar al paciente en posición decúbito supino o Trendelenburg según patología
- Valorar las venas de ambas extremidades superiores en la fosa ante cubital

Descripción de la técnica

- Se pueden emplear dos tipos de anestésicos locales, EMLA o Cloretilo.
- Aplicar antiséptico de forma circular de adentro hacia afuera. La clorhexidina 2% tarda en medio Min., en secarse y la povidona yodada en 2 Min.

Preparación del personal:

- Utilizar técnica estéril en todo momento, realizar lavado QX de manos, previa colocación de mascarilla y gorro, secar las manos con compresas estériles y se colocara una bata

Técnica

- Colocar un empapador bajo el brazo elegido
- Preparar una mesa auxiliar con pañales estériles y todo el material necesario.
- 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 mas complicado que no se salga del campo
- Canalizar vena mediante un abocath. El mínimo será de N° 18.

Técnica

- 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 de angiocateter. La guía se presenta con la punta blanda, de forma curva, fuera de su introductor, después se introducirá con suavidad
- Vigilar el electrocardiograma en todo momento. Si aparece 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 Angiocateter 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
- 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
- Mantener siempre sujeta la guía mientras se introduce el catéter suavemente
- Introducir hasta 40-45 c, y teniendo en cuenta que, si el brazo es el izquierdo, unos cm más.
- Retirar la guía con cuidado y comprobar el reflejo de sangre en las dos luces con jeringas de 10 ml, conectando después los equipos de suero previamente purgados encada luz.

INSTALACION DEL CATETER VENOSO CENTRAL

Fijación del catéter

- Retirar la sangre del brazo y zona de punción con suero fisiológico, y posteriormente aplicar el antiséptico.
- Para fijar el catéter se puede emplear Steri-Stri, colocando una corbata alrededor del catéter, sin tapar el punto de inserción, más un apósito oclusivo estéril
- Retirar el material punzante y depositarlo en el contenedor adecuado
- Quitar el campo estéril, dejar al paciente en la posición más cómoda posible, y lavarse las manos

Intervenciones de enfermería

- Controles:
- Seguir las recomendaciones de la sociedad española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC)
- Valorar la indicación de la inserción de un catéter venoso central
- Reconocimientos de factores de riesgo que puedan dificultar la canalización como IMC, obesidad, arterioesclerosis, sepsis, arritmias V, EPOC
- Colocación o supervisión por personal experto si se prevé dificultad
- Elección del sitio de inserción
- No intentar más de dos o tres intentos de venopunción

- No practicar cambios rutinarios de catéter para prevenir la infección
- Comprobación de la posición correcta del catéter mediante RX de Tórax. La posición más adecuada es en vena cava superior, tercio espacio intercostal
- Colocación y retirada del catéter en Trendelenburg
- 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 CVC

Registro y observaciones de ENF.

- Registro de todos los 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 surgen durante la inserción en el evolutivo de enfermería

INSPIRACIÓN DE SECRECIONES TRAQUEOBRONQUIALES CON SISTEMA CERRADO

Es:

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

Para:

Objetivo:

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

Indicaciones:

- La técnica esta indicada cuando el paciente no puede por si mismo expectorar las secreciones

Contraindicaciones:

- Pacientes con:
- Trastorno hemorrágico
- Edema o espasmos Laríngeos
- Varices esofágicas
- Cirugía traqueal
- Cirugía gástrica con anastomosis alta
- Infarto al miocardio

Material y equipo

- Aparato de aspiración (sistema para aspiración de secreciones de pared), guantes desechables estériles, solución para irrigación, jeringa de 10 ml, sondas para aspiración de secreciones (para adulto o pediátrico), solución antiséptica, riñón estéril, jalea lubricante, gafas de protección, cubre bocas, Yambú

Procedimiento

1. Explicar el procedimiento al paciente que se le va a realizar
2. Checar SV
3. Corroborar la funcionalidad, del equipo de aspiración, ajustado a:
4. Corroborar la funcionalidad del sistema de administración de oxígeno
5. Colocar al PX en posición Semi-Fowler
6. Lavarse las manos
7. Disponer el material que se va utilizar siguiendo las reglas de asepsia
8. Colocarse cubrebocas, gafas protectoras
9. Pedir al paciente que realice 5 respiraciones profundas o bien conectarlo al oxígeno
10. Activar el aparato de aspiración

11. Colocarse el guante estéril en la mano dominante
12. Con la mano dominante retirar la sonda de su envoltura
13. Conectar la sonda de aspiración al tubo del aspirador, protegiendo la sonda de aspiración con la mano dominante y con la otra mano embonar a la parte de la entrada del tubo del aspirador
14. Lubricar la punta de la sonda
15. Introducir la sonda suavemente en una de las fosas nasales, durante la aspiración del paciente. No se debe de aspirar la sonda en el momento que se está introduciendo

Procedimiento

21. Pedir al paciente que tosa, con el propósito de que facilite el desprendimiento de las secreciones
22. Realizar la aspiración del paciente, retirar la sonda 2-3 cm (para evitar la presión directa de la punta de la sonda) mientras se aplica una aspiración intermitente presionando el dispositivo digital (Válvula) con la mano no dominante
23. Pedirle al paciente que realice varias respiraciones profundas
24. Limpiar la sonda con una gasa estéril y lavarla en su interior con una solución para irrigación
25. Repetir el procedimiento de aspiración de secreciones en tanto el PX tolere, dejando 5 min como periodos de recuperación entre cada episodio de aspiración

16. Desechar la sonda, guantes, agua y envases utilizado
17. Auscultar el tórax y valorar los ruidos respiratorios
18. Realizar la higiene bucal del PX
19. Lavar el equipo y enviarlo para su desinfección y esterilización
20. Documentar en el expediente clínico la fecha, hora y frecuencia de la aspiración de las secreciones y la respuesta del PX , anotar las características de las secreciones, consistencia, cantidad, olor, y coloración.

INSPIRACIÓN DE SECRECIONES TRAQUEOBRONQUIALES CON SISTEMA CERRADO

Aspiración Traqueal con cánula de traqueotomía o tubo endotraqueal

La aspiración de secreciones a un PX con Vía Artificial, es un procedimiento que se debe manejar con técnica Estéril. Se debe tener en consideración que la acumulación de secreciones en la Vía aérea artificial o árbol traqueal puede causar estrechamiento de las mismas, insuficiencia respiratoria y estasis de secreciones

Procedimiento

1. Evaluar la frecuencia cardiaca del paciente y auscultar los ruidos respiratorios. Si el paciente está conectado a un monitor, vigilar correctamente la frecuencia cardiaca y presión arterial, así como valorar los resultados de gases arteriales
2. Explicar al paciente el procedimiento que se le va a realizar
3. Corroborar la funcionalidad del equipo de aspiración
4. Corroborar la funcionalidad del sistema de reanimación manual, adaptando al sistema de administración de oxígeno a concentración del 100%

Procedimiento

5. Colocar al paciente en posición semi-fowler, con el cuello en hiperextensión, si no existe contraindicación
6. Lavarse las manos
7. Disponer el material que se va a utilizar siguiendo las reglas de asepsia
8. Colocarse el cubre bocas y las gafas protectoras
9. Si el paciente está sometido a respiración mecánica, probar para asegurarse que no existe dificultad para desconectarse con una mano del ventilador
10. Activar el aparato de aspiración
11. Colocarse guante estéril en la mano dominante
12. Con la mano dominante enrollar la sonda en la mano dominante
13. Conectar la sonda de aspiración al tubo de aspiración

14. Desconectar el PX del ventilador, del orificio de entrada del tubo endotraqueal, dispositivo CPAP u otra fuente de oxígeno
15. Ventilar y oxigenar al paciente antes de la aspiración para prevenir la hipoxemia, con el Ambu de 4-5 respiraciones, intentando alcanzar el volumen de ventilación pulmonar del PX
16. Lubricar la punta de la sonda con jalea lubricante
17. Introducir la sonda de aspiración en el orificio del tubo de traqueostomía o endotraqueal según corresponda suavemente
18. Realizar la aspiración del paciente retirando la sonda de 2-3 cm una vez introducida, mientras se aplica una espiración intermitente presionando el dispositivo digital (válvula de presión) utilizando la mano no dominante

Procedimiento

19. Oxigenar al paciente utilizando el Ambu conectando el sistema de administración de oxígeno al 100% realizando de 4-5 ventilaciones manuales, antes de intentar otro episodio.
20. En este momento se puede administrar en la tráquea la solución para irrigación estéril a través de la vía aérea artificial si las secreciones son espesas.
21. Aspirar las secreciones de acuerdo a las intervenciones anteriores
22. Limpiar la sonda con una gasa estéril y lavar la sonda en su interior con solución para irrigación
23. Continuar con la aspiración de secreciones

24. Conectar nuevamente el paciente al ventilador o aplicar CPAP u otro dispositivo de suministro de oxígeno
25. Desechar el material de acuerdo a lo estipulado a la NOM-087-ECOL-1995
26. Aspiración de las secreciones orofaríngeas utilizando una nueva sonda de aspiración
27. Observar y valorar las cifras de SV en un monitor, y/o realizar el técnico de verificación
28. Auscultar el tórax y valorar los ruidos respiratorios
29. Realizar la higiene bucal del paciente
30. Documentar en el expediente clínico, fecha. Hora, frecuencia de la aspiración, así mismo la consistencia, cantidad, olor y coloración