



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

ESTUDIANTE

L.E. SITANIA SOFÍA HERNÁNDEZ MORENO

DOCENTE

LIC. GABRIELA PRIEGO JIMÉNEZ

CARRERA

ENFERMERÍA GENERAL

TEMA

2.4 CUADRO SINÓPTICO INTERVENCIONES

2.5 CUADRO SINÓPTICO REGISTROS DE ENFERMERÍA

3.1 MAPA CONCEPTUAL INSTALACIÓN CATÉTER VENOSO CENTRAL

3.2 MAPA CONCEPTUAL ASPIRACIÓN DE SECRECIONES

VILLAHERMOSA TABASCO, 03/06/2020

Intervenciones y resultados para la mejora continúa 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, objetiva y completa lo qué y cómo sucedió.

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 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 distintas se equivoquen al controlar el mismo proceso.

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.

Enfatizar en el cumplimiento y revisión de los "correctos" de la medicación, así como la importancia que tiene 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, no solo en la prescripción médica, sino que se aplique también a otros documentos que se manejen en la unidad médica, tanto manuscritos como generados a través de medios electrónicos, como:

Protocolos de tratamiento, prescripciones pre impresas, hojas de enfermería, etiquetas de medicación y etiquetas de mezclas intravenosas.

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.

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.

IDENTIFICACIÓN-LOCALIZACIÓN

Rellenar los datos de los pacientes.

Nº Historia

- Ej.; 1234

Cama

- Ej.; 206

Dos apellidos

- Ej.; Hernández Moreno

Nombre

- Ej.; Sitania

Servicio

- Ej.; ginecología

Edad

- Ej.; 21 años

Fecha ingreso

- Ej.; 06/06/2020

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.

Debe de ser cumplimentado por orden cronológico, con bolígrafo azul o negro.

Se registrará:

- Incidencias por turno.

- Observaciones en función de problemas y cuidados.

OBSERVACIONES

- 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.

- 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.

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

INSTALACIÓN DE CATÉTER VENOSO CENTRAL

Técnica de canalización percutánea de vía venosa central, utilizando la técnica de Seldinger modificada.

Sitios anatómicos

Se tienen normalmente ocho posibilidades de accesos venosos centrales, si se cuenta por separado lado derecho e izquierdo

- ↔ Yugular posterior.
- ↔ Yugular anterior.
- ↔ Subclavio

Que nos permite

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

Personal necesario

1 enfermera y 1 auxiliar

Ámbito de aplicación

Un box de urgencias.

Material necesario

- ↔ •Mesa auxiliar
- ↔ •Cepillo con antiséptico
- ↔ •Empapador
- ↔ •Compresor
- ↔ •Antiséptico al uso: Povidona yodada o clorhexidina 2%.
- ↔ •Gasas estériles
- ↔ •1 paño estéril y 1 paño fenestrado
- ↔ •Bata y guantes estériles
- ↔ Gorro y mascarilla
- ↔ •Anestésico tópico
- ↔ •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

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.

Fijación del catéter

- ↔ Retirar la sangre del brazo y zona de punción con suero fisiológico, y posteriormente aplicar el antiséptico seleccionado, clorhexidina 2% o Povidona yodada.
- ↔ Para fijar el catéter se puede emplear Steri-strip®, colocando una corbata alrededor del catéter, sin tapan 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. v lavarse las manos.

Intervenciones enfermeras de vigilancia v control

- ↔ Valorar la indicación de la inserción de un 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 del sitio de inserción.
- ↔ No realizar más de dos o tres intentos de venopunción.
- ↔ No practicar cambios rutinarios de catéter para prevenir la infección.
- ↔ Colocación y retirada del catéter en Trendelenburg.

Registro y observaciones de enfermería

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 surjan durante la inserción en el evolutivo de enfermería

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.
- ↔ Colocar al paciente en posición decúbito supino o Trendelenburg.
- ↔ Valorar las venas de ambas extremidades superiores en la fosa antecubital.
- ↔ Se pueden emplear dos tipos de anestésicos locales, EMLA®o Cloretoil®.
- ↔ Aplicar el antiséptico de forma circular de dentro hacia fuera.

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.

Realización de la técnica

- ↔ Colocar un empapador bajo el brazo elegido.
- ↔ >Preparar una mesa auxiliar con paños 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 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.
- ↔ 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, empezar a introducir la guía a través del angiocatéter.
- ↔ Vigilar el electrocardiograma en todo momento.
- ↔ Dejar fuera suficiente porción de guía como para poder manejarla con seguridad, y sacar el angiocatéter a través de la guía.

Procedimiento

INSPIRACIÓN DE SECRECIONES TRAQUEOBRONQUEALES CON SISTEMA CERRADO.

Objetivos

- ↔ Explicar al paciente el procedimiento que se le va a realizar.
- ↔ Checar signos vitales.
- ↔ Corroborar la funcionalidad del equipo para aspiración, ajustarlo a:
- ↔ 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 va 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. Pueden colocarse en ambas manos y considerar contaminado el guante de la mano no dominante.
- ↔ Con la mano dominante retirar la sonda de su envoltura, sin rozar los objetos o superficies potencialmente contaminados.
- ↔ 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.
- ↔ Lubricar la punta de la sonda.
- ↔ Introducir la sonda suavemente en una de las fosas nasales, durante la inspiración del paciente.
- ↔ Pedir al paciente que tosa, con el propósito de que facilite el desprendimiento de las secreciones.
- ↔ Realizar la aspiración del paciente, retirando 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.
- ↔ Pedirle al paciente que realice varias respiraciones profundas.
- ↔ Limpiar la sonda con una gasa estéril y lavarla en su interior con solución para irrigación.

Para mantener limpias las vías aéreas, la aspiración de secreciones es un procedimiento efectivo cuando el paciente no puede expectorar las secreciones, ya sea a nivel nasotraqueal y orotraqueal, o bien la aspiración traqueal en pacientes con vía aérea artificial.

ASPIRACIÓN TRAQUEAL CON CÁNULA DE TRAQUEOTOMÍA O TUBO ENDOTRAQUEAL

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

- ↔ Evaluar la frecuencia cardiaca del paciente y auscultar los ruidos respiratorios.
- ↔ Explicar al paciente el procedimiento que se le va a realizar, cuando esto sea posible.
- ↔ Corroborar la funcionalidad del equipo para aspiración.
- ↔ Corroborar la funcionalidad del sistema de reanimación manual, adaptado al sistema de administración de oxígeno a concentración del 100%.
- ↔ Colocar al paciente en posición semi-Fowler, con el cuello en hiperextensión, si no existe contraindicación.
- ↔ Lavarse las manos.
- ↔ Disponer el material que se va a utilizar siguiendo las reglas de asepsia.
- ↔ Colocarse el cubre bocas y las gafas protectoras
- ↔ Si el paciente está sometido a respiración mecánica, probar para asegurarse, que no existe dificultad para desconectarse con una mano del ventilador.
- ↔ Activar el aparato de aspiración (o del sistema de pared).
- ↔ Colocarse guante estéril en la mano dominante. Puede colocarse en ambas manos y considerar contaminado el guante de la mano no dominante.
- ↔ Con la mano dominante enrollar la sonda en la mano dominante.
- ↔ Lubricar la punta de la sonda con la jalea lubricante.
- ↔ Introducir la sonda de aspiración en el orificio del tubo de traqueostomía o endotraqueal (según corresponda) suavemente.

1. Mantener la permeabilidad de las vías aéreas.
2. Favorecer la ventilación respiratoria.
3. Prevenir las infecciones y atelectasias ocasionadas por el acumulo de secreciones.

Indicaciones

La técnica está indicada cuando el paciente no puede por sí mismo expectorar las secreciones.

Contraindicaciones

En estas condiciones, se tomarán en cuenta las condiciones del paciente y bajo criterio médico.

- ↔ Trastornos hemorrágicos (coagulación intravascular diseminada, trombocitopenia, leucemia).
- ↔ 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 (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