

Licenciatura en Enfermería.

MATERIA:

PRÁCTICA CLÍNICA DE ENFERMERÍA 1.

TEMA:

INTERVENCIONES Y RESULTADOS PARA LA
MEJORA CONTINUA DE PREPARACIÓN DE
SOLUCIONES INTRAVENOSAS, REGISTROS
DE ENFERMERÍA, INSTALACIÓN DE
CATÉTER VENOSO CENTRAL Y ASPIRACIÓN
DE SECRECIONES TRAQUEOBRONQUIALES

ALUMNA:

KENIA GUADALUPE MONTEJO MENDEZ.

DOCENTE:

LIC. ENF. GABRIELA PRIEGO JIMÉNEZ.

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

Objetivo:

Establecer los criterios para la instalación, mantenimiento, vigilancia y retiro de vías de acceso periférico y central, así como los requisitos que el personal deberá cumplir en la administración de la terapia de infusión intravenosa con fines profilácticos, diagnósticos y terapéuticos, para disminuir las complicaciones y costos asociados a esta práctica.

Campo de aplicación:

Establecimientos para la atención médica y personal de salud del sistema nacional de salud que realicen la terapia de infusión intravenosa.

Características del personal que aplica terapia de infusión intravenosa:

- Conocimiento en anatomía y fisiología.
- Técnicas de abordaje de las diferentes vías de acceso.
- Control de infecciones; higiene de manos.
- Capacidad de evaluar sitios de punción.
- Fundamentos de farmacología.
- Habilidad en la inserción del catéter.
- Capacidad para interactuar con el paciente.

Características técnicas de la administración de infusión intravenosa.

- Características de los insumos: deberán estar sellados, verificar fecha de caducidad, tipo de solución o medicamento.
- Utilizar equipos de volumen medio, se prohíbe la desconexión del equipo al término.
- Los equipos de infusión deberán ser cambiados cada 24 horas.
- Los antisépticos recomendados para la asepsia son: alcohol al 70%, yodopovidona al 5 o al 10%, clorhexidina.
- Los materiales de fijación deben de ser hipoalergénicos, semipermeables y estériles.

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

REGISTRO 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.

A.- Identificación-localización.

- Rellenar los datos de los pacientes
- N° Historia
- Cama
- Dos apellidos
- No
- Servicio
- Edad
- Fecha 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 de ese día, poner la hora pertinente.

C.- Observaciones/firma.

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

Se registrará:

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

INSTALACIÓN DE CATÉTER VENOSO CENTRAL.

Material y equipo.

¿Cuáles?

- 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 (EMLA® o Cloretilo®)
- 2 jeringas de 10 ml Abocath® o 18
- 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

¿Qué 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.

Objetivos.

¿Cuáles son?

- Administrar: grandes volúmenes de líquidos, soluciones hipertónicas, soluciones incompatibles a través de luces separadas o varias perfusiones simultáneamente.
- Monitorización hemodinámica.
- Extracción muestras sanguíneas.

Técnica.

Preparación del paciente: informar al paciente acerca del procedimiento.

Monitorizar el electrocardiograma antes, durante y después del procedimiento.

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

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

Colocar un empapador bajo el brazo elegido.

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).

Dejar fuera suficiente porción de guía como para poder manejarla con seguridad, y sacar el angiocatéter a través de la guía.

Retirar el dilatador y aplicar presión con una gasa sobre el punto de inserción.

Fijación del catéter.

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.

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.

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 taponar 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.

• 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.

• Colocación y retirada del catéter en Trendelemburg.

• Oclusión de la luz de la aguja durante la inserción.

• Registro y observaciones de enfermería:

- 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

ASPIRACIÓN DE SECRECIONES TRAQUEOBRONQUIALES CON SISTEMA CERRADO.

Objetivos.

¿Cuáles son?

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.

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

¿Qué es?

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

Técnica de procedimiento.

1. Explicar al paciente el procedimiento que se le va a realizar.
2. Checar signos vitales.
3. Corroborar la funcionalidad del equipo para aspiración, ajustarlo a:
4. Corroborar la funcionalidad del sistema de administración de oxígeno.
5. Colocar al paciente en posición Semi-Fowler, sino existe contraindicación.
6. Lavarse las manos.
7. Disponer el material que se va a utilizar, siguiendo las reglas de asepsia.
8. Colocarse cubrebocas, gafas protectoras.
9. Pedir al paciente que realice cinco respiraciones profundas o bien conectarlo al oxígeno.
10. Activar el aparato de aspiración (o el sistema de pared).
11. Colocarse el guante estéril en la mano dominante. Pueden colocarse en ambas manos y considerar contaminado el guante de la mano no dominante.
12. Con la mano dominante retirar la sonda de su envoltura, sin rozar los objetos o superficies potencialmente contaminados

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, comprobar su funcionalidad oprimiendo digitalmente la válvula de presión.

14. Lubricar la punta de la sonda.

15. Introducir la sonda suavemente en una de las fosas nasales, durante la inspiración del paciente. Cuando se tiene resistencia al paso de la sonda por nasofaringe posterior, se rota suavemente hacia abajo, si aún continúa la resistencia intentar por la otra narina o por vía oral. No se debe aspirar la sonda en el momento en que se está introduciendo, para evitar la privación de oxígeno al paciente, además de disminuir el traumatismo a las membranas mucosas.

16. Pedir al paciente que tosa, con el propósito de que facilite el desprendimiento de las secreciones.

17. 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. Durante la aspiración se realizan movimientos rotatorios con la sonda tomándola entre los dedos índice y pulgar. La aspiración continua puede producir lesiones de la mucosa, limitar de 10 a 15 segundos y después extraer poco a poco la sonda y esperar, al menos 5 minutos antes de intentar una nueva aspiración.

18. Pedirle al paciente que realice varias respiraciones profundas.

19. Limpiar la sonda con una gasa estéril y lavarla en su interior con solución para irrigación.

20. 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.

21. Desechar la sonda, guantes, agua y envases utilizados.

22. Auscultar el tórax y valorar los ruidos respiratorios.

23. Realizar la higiene bucal al paciente.

24. Lavar el equipo y enviarlo para su desinfección y esterilización.

25. Documentar en el expediente clínico la fecha, hora y frecuencia de la aspiración de las secreciones y la respuesta del paciente.

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.