

- **INTERVENCIONES Y RESULTADOS PARA LA MEJORA CONTINUA DEL PROCESO DE PREPARACIÓN DE SOLUCIONES INTRAVENOSAS.**
- **REGISTRO DE OBSERVACIONES DE ENFERMERÍA**
- **INSTALACIÓN DE CATÉTER VENOSO CENTRAL**
- **INSPIRACIÓN DE SECRECIONES TRAQUEOBRONQUEALES CON SISTEMA CERRADO**

ALUMNO: EDWIN DILBERT LÓPEZ HERNÁNDEZ

MATERIA: PRÁCTICA CLÍNICA DE ENFERMERÍA

INTERVENCIONES Y RESULTADOS PARA LA MEJORA CONTINUA 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.
- 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
- 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.

REGISTRO DE OBSERVACIONES DE ENFERMERÍA

Hoja de observaciones de enfermería

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.

Estructura

A.- 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.

B.- Fecha/hora.

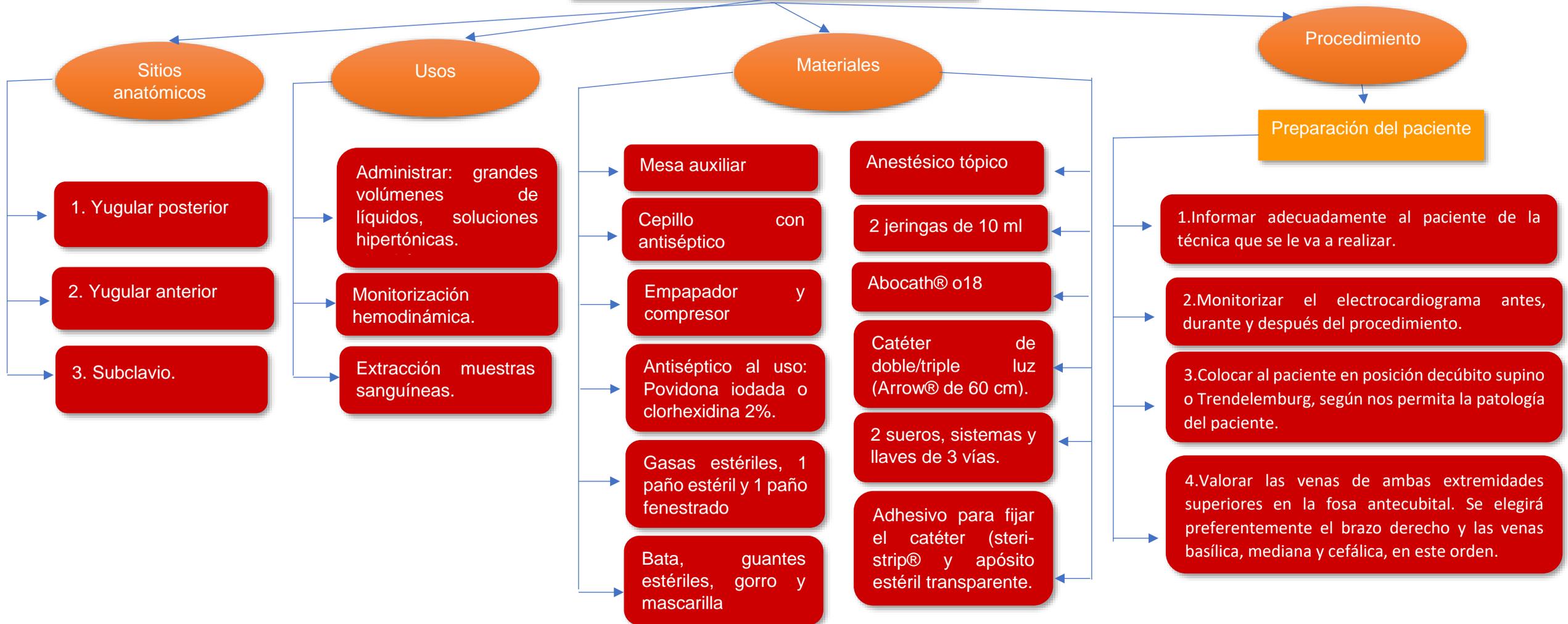
Se pondrá fecha y hora en el primer registro del día, siendo suficiente para los sucesivos registros de ese día, poner la hora pertinente.

C.- Observaciones/firma.

- 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

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.



INSTALACIÓN DE CATÉTER VENOSO CENTRAL

Procedimiento (continuación)

Preparación del paciente (continuación)

5. Se pueden emplear dos tipos de anestésicos: El Cloretilo® es de acción inmediata, pero si se elige EMLA®, se debe aplicar la pomada sobre la zona seleccionada entre 30 y 60 minutos antes de la venopunción, retirándola justo antes de la punción.

6. 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

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

1. Colocar un empapador bajo el brazo elegido.

2. Preparar una mesa auxiliar con paños estériles y todo el material

3. Colocar paño fenestrado sobre el brazo y ampliar el campo estéril con otro paño.

4. Canalizar vena mediante un Abocath®, será de 14 o 16, facilitarán la posterior introducción del catéter.

5. Retirar el compresor para permitir la progresión de la guía (personal no estéril)

6. Pedir la colaboración del paciente, haciendo que gire la cabeza hacia el lado de la punción, y empezar a introducir la guía a través del angiocatéter.

7. Vigilar el electrocardiograma en todo momento. Si aparecen arritmias, se retira la guía hasta que vuelva a la situación normal del

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

9. Deslizar el dilatador a través de la guía.

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

11. 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.

INSTALACIÓN DE CATÉTER VENOSO CENTRAL

Procedimiento (continuación)

Realización de la técnica (continuación)

- 12. Mantener siempre sujeta la guía mientras se introduce el catéter suavemente.
- 13. Introducir hasta 40-45 cm, y teniendo en cuenta que, si el brazo es el izquierdo, unos centímetros más.
- 14. 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.

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, y lavarse las manos.

Intervenciones enfermeras de vigilancia y control

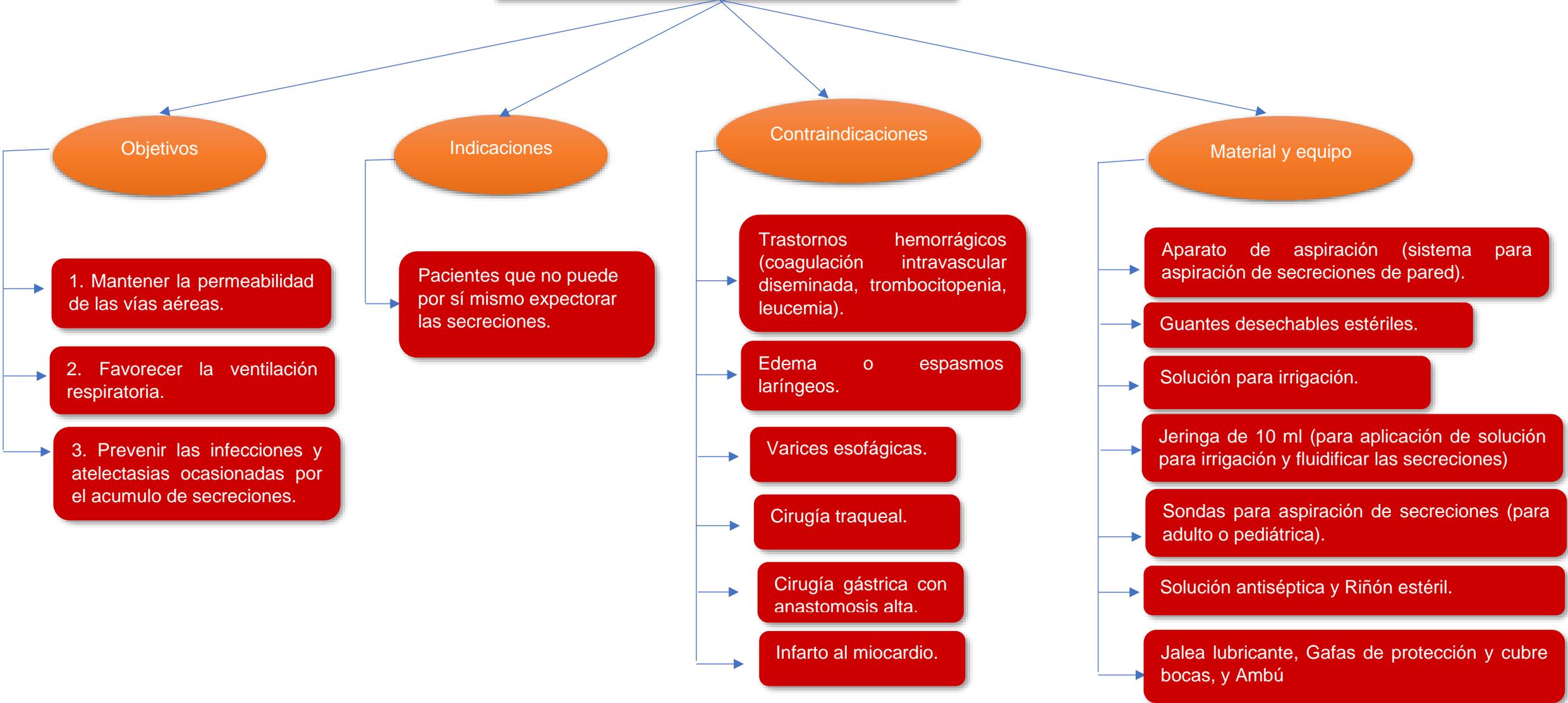
- Valorar la indicación de la inserción de un catéter venoso central.
- Reconocimientos de factores de riesgos que puedan dificultar la canalización, tales como índice de masa corporal, obesidad, ventilación mecánica.
- Colocación o supervisión por personal experto si se prevé dificultad.
- Elección del sitio de inserción.
- No realizar más de dos o tres intentos de venopunción.
- No practicar cambios rutinarios de catéter para prevenir la infección.
- Comprobación de la posición correcta del catéter mediante Rx de tórax.

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.

**INSPIRACIÓN DE SECRECIONES
TRAQUEOBRONQUEALES CON
SISTEMA CERRADO**

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



INSPIRACIÓN DE SECRECIONES TRAQUEOBRONQUEALES CON SISTEMA CERRADO

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.

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, disponer el material que se va a utilizar, siguiendo las reglas de asepsia y colocarse cubrebocas, gafas protectoras.

7. Pedir al paciente que realice cinco respiraciones profundas o bien conectarlo al oxígeno.

8. Activar el aparato de aspiración (o el sistema de pared).

9. 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.

10. 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.

11. Lubricar la punta de la sonda e introducir la sonda suavemente en una de las fosas nasales, durante la inspiración del paciente.

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

13. Realizar la aspiración del paciente, retirando la sonda 2-3 cm, 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.

14. Pedirle al paciente que realice varias respiraciones profundas, y limpiar la sonda con una gasa estéril y lavarla en su interior con solución para irrigación.

15. 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.

16. Desechar la sonda, guantes, agua y envases utilizados, y lavar el equipo y enviarlo para su desinfección y esterilización.

17. Auscultar el tórax y valorar los ruidos respiratorios, y realizar la higiene bucal al paciente.

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