



**UNIVERSIDAD DEL SURESTE
UNIVERSIDAD UDS**

PLANTEL VILLAHERMOSA

Licenciatura en Enfermería

ENSAYO

Presenta:

FLOR ADRIANA CRUZ RODRIGUEZ

Asesor:

PRIEGO JIMENEZ GABRIELA

PALENQUE, CHIAPAS

JUNIO DE 2020

Proceso de preparación de soluciones intravenosas.

¿Qué son las intervenciones de enfermería?

Todo tratamiento basado en el conocimiento y juicio clínico, para favorecer el resultado esperado del paciente.

Es importante tener en cuenta los siguientes puntos:

- Desarrollar políticas o procedimientos para una administración precisa y segura de medicamentos.
- Dirigir esfuerzos para la construcción de una cultura de seguridad orientada al paciente.
- Establecer un plan estructurado para implantar de forma organizada y efectiva las prácticas de prevención de errores de medicación.

Para la administración de medicamentos es importante llevar acabo los siguientes puntos.

- Implantar controles en los procedimientos de trabajo para detectarlos antes de que llegue al paciente.
- Realizar cambios en los procedimientos de trabajo, con el fin de disminuir la gravedad de las posibles consecuencias de errores.
- Aplicar los principios científicos de farmacología que fundamenten la acción de enfermería para prevenir y reducir errores.
- Sistematizar el proceso de la administración de medicamentos intravenosos y revisión de los “correctos” de la medicación.
- Administrar los medicamentos de acuerdo a prescripción médica, considerando efectos secundarios.
- Sensibilizar a todos los profesionales que manejen los medicamentos sobre el impacto que puede tener un error por medicación.

Registro de enfermería

¿Qué es la hoja de enfermería?

Es el documento donde debemos registrar las indicaciones que se producen en la asistencia al paciente y el resultado del plan de cuidados durante su estancia en la unidad.

Está integrada por:

Identificación-localización:

- Rellenar los datos del paciente:
- Numero de historia.
- Cama
- Dos apellidos.
- Nombre
- servicio
- Edad.
- Fecha de ingreso.
- Cuando se tenga la pegatina del servicio de administración, se colocara sobre este apartado.

Fecha/hora:

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

Observaciones:

- Debe de estar por orden cronológico, con bolígrafo azul o negro.
- Se registrara: 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.
- 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 realizada.

Instalación de catéter venoso central

Esta técnica nos permite:

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

Sitios autónomos para el acceso venoso central

¿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.

Son:

- Yugular posterior.
- Yugular anterior.
- Subclavio.

Descripción de la técnica

Material necesario

- Mesa auxiliar.
- Cepillo con antiséptico.
- Empapador.
- Compresor.
- Antiséptico: povidona yodada.
- Gasas estériles.
- 1 paño estéril y fenestrado.
- Bata y guantes estéril.
- Gorro y mascarilla.
- Anestésico tópico.
- 2 jeringas de 10ml.
- Abocath.
- Catéter de doble o triple luz.
- 2 sueros, sistemas y llave de 3 vías.
- Adhesivo para fijar.
- Apósito estéril transparente.

Preparación del paciente

- Informar al paciente la técnica a realizar.
- Monitorizar electrocardiograma, antes, durante y después del procedimiento.
- Colocar al paciente en posición decúbito supino.
- Valorar las venas de ambas extremidades superiores en la fosa anti cubital.
- Aplicar antiséptico de forma circular de adentro hacia afuera.

Realización de la técnica

- Colocar un empapador bajo el brazo elegido.
- Preparar una mesa auxiliar con paños fenestrado sobre el brazo y aplicar el campo estéril con otro paño.
- Canalizar vena mediante un abocath mínimo número 16.
- Retirar compresor para permitir la progresión de la vía.
- Pedir al paciente que gire la cabeza hacia el lado de la punción e introducir la guía.
- Dejar afuera suficiente porción de guía para manejarla con seguridad.
- Deslizar el dilatador a través de la guía.
- Retirar el dilatador y aplicar presión con una gasa sobre el punto de inserción.
- Retirar el tapón de la luz distal del catéter.
- Mantener siempre sujeta la guía mientras se introduce el catéter.
- Introducir de 40 a 45 cm.
- Retirar la guía con cuidado y comprobar el reflujo de sangre.

Fijación de catéter

- Retirar la sangre del brazo y zona de punción con suero fisiológico y posterior aplicar el antiséptico.
- Se coloca una corbata alrededor del catéter sin tapan el punto de inserción, más un apósito oclusivo estéril.
- Retirar el material punzante y depositar en el contenedor adecuado.
- Quitar el campo estéril, dejar al paciente en la posición más cómoda posible y lavarse las manos.

Inspiración de secreciones traqueo bronquiales con sistema cerrado.

Sus objetivos son:

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

Está indicada para:

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

¿Qué es?

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

Material y equipo

- Aparato de aspiración.
- Guantes desechables estériles.
- Solución para irrigación.
- Jeringa de 10ml.
- Sonda de aspiración para secreciones.
- Solución antiséptica.
- Riñón estéril.
- Jalea lubricante.
- Gafas de protección y cubre bocas.
- Ambu.

Procedimiento

- Explicar al paciente el procedimiento que se le va a realizar, Checar signos vitales.
- Corroborar la funcionalidad del equipo para aspiración.
- Corroborar la funcionalidad del sistema de administración de oxígeno y Colocar al paciente en posición semi fowler.
- Lavarse las manos, y disponer del material a utilizar.
- Colocarse cubre bocas y gafas protectoras.
- Pedirle al paciente que realice 5 respiraciones profundas.
- Activar el aparato de aspiración y Colocar guante estéril y retirar la sonda de la envoltura y Conectar la sonda al tubo del aspirador.
- Lubricar la punta e introducir la sonda suavemente en una de las fosas nasales.
- Pedir al paciente que tosa con el propósito de que facilite el desprendimiento de las secreciones.
- Realizar la aspiración del paciente retirando la sonda de 2 a 3 cm, Limpiar la sonda con una gasa estéril, lavarla en su interior.
- Desechar la sonda, guantes, agua y envases utilizados.
- Auscultar el tórax y valorar ruidos respiratorios.
- Realizar higiene bucal del paciente.
- Lavar el equipo y enviarlo a su desinfección.
- Documentar en el expediente, fecha, hora y frecuencia de la aspiración de las secreciones.

Contraindicaciones

- En estas condiciones se tomara en cuenta las condiciones del paciente y bajo criterio médico.
- Trastorno hemorrágico.
- Edema o espasmos laríngeos.
- Varices esofágicas.
- Cirugía traqueal.
- Cirugía gástrica con anastomosis alta.
- Infarto al miocardio.