

Nombre del alumno:

Eduardo Roblero Chávez.

Nombre del profesor:

Lic. Rubén Eduardo Domínguez.

Licenciatura:

Enfermería y Nutrición.

Materia:

Práctica Clínica De Enfermería I.

Nombre del trabajo: Ensayo.

Ensayo del tema: Antología, unidad III.

“Ciencia y Conocimiento”

Practica clínica de enfermería “I

ANTOLOGIA.

UNIDAD III.

La práctica clínica en la perspectiva ampliada se viene construyendo en el interior de la práctica hegemónica desafiando a los enfermeros a enfrentar las tensiones, conflictos, no conocimientos, miedos, dudas, características inherentes al trabajo en la atención básica.

3.1.- Instalación de catéter venoso central.

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

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, utilizando la técnica de Seldinger modificada.

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

1. Yugular posterior.
2. Yugular anterior.
3. Subclavio.

Nos permite:

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

3.2.- Inspiración de secreciones traqueobronqueales con sistema cerrado.

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

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.

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.

Aspiración traqueal con cánula de traqueotomía o tubo endotraqueal.

La aspiración de secreciones a un paciente con vía aérea 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.

1. Evaluar la frecuencia cardiaca del paciente y auscultar los ruidos respiratorios. Si el paciente está conectado a un monitor, vigilar constantemente 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, cuando esto sea posible.
3. Corroborar la funcionalidad del equipo para aspiración.
4. Corroborar la funcionalidad del sistema de reanimación manual, adaptado al sistema de administración de oxígeno a concentración del 100%.
5. Colocar al paciente en posición semi-Fowler, con el cuello en hiperextensión, si no existe contraindicación.

Son muchos más pasos pero no me darán las hojas.

3.3.- Lavado y esterilización de filtro dializador y de las líneas arterio venosas para hemodiálisis.

La hemodiálisis es un procedimiento extracorpóreo y sustituto de la función renal, mediante el cual la composición de solutos de una solución A es modificada al ser expuesta a una segunda solución B, a través de una membrana semipermeable, este mecanismo se lleva a cabo por el transporte de solutos mediante la difusión y ultrafiltración.

La hemodiálisis está constituido por los siguientes componentes: equipo dializador, filtro dializador, solución dializante, líneas para conducir la sangre y la maquina dializadora.

El circuito o equipo dializador se encuentra constituido por un filtro dializador que está formado por un recipiente que contiene dos compartimentos de conducción por los cuales circulan la sangre y el líquido de diálisis separado entre sí por una membrana semipermeable, la cual está constituida por miles de capilares de fibra hueca, en donde circula la sangre internamente y por la parte externa son bañados por el líquido de diálisis; esta membrana se caracteriza por ser hidrofóbica, tener gran permeabilidad selectiva.

Agua para hemodiálisis que incluye diferentes etapas: la primera que consiste en eliminar la mayoría de las partículas en suspensión mediante filtros y la segunda el tratamiento que consiste en Eliminar el mayor número de partículas de cloraminas, materia orgánica y disminución de cationes, a través de un filtro de carbón activado seguido de microfiltros para partículas y serie de descalcificadores.

El proceso básico de reutilización del filtro dializador y las líneas arteriovenosas se lleva a cabo en 4 etapas:

- Enjuague.
- Lavado.
- Pruebas de integridad.
- esterilización.

La razón principal para el reusó es económica. Los dializadores son reutilizados porque el tratamiento por diálisis es caro. El costo del tratamiento asciende continuamente y sin embargo, la cantidad de dinero que el gobierno paga a las instalaciones de diálisis por cada tratamiento se mantiene fija.

Las instalaciones de diálisis deben seguir reglas que han sido formuladas por pacientes, expertos en la salud y en empresas, científicos y funcionarios gubernamentales.

Dichas reglas se aplican a las siguientes categorías:

- Entrenamiento.
- Calidad del Agua.
- Reprocesamiento del dializador.
- Inspección del dializador.
- Rotulado del dializador.
- Almacenamiento.

Además, la enfermera o el técnico de diálisis le tomará muestras de sangre mensualmente. Estas pruebas mensuales son práctica estándar para todos los pacientes en diálisis, independientemente de que sean tratados con un dializador reusable o con un dializador que se desecha después de cada tratamiento.

3.4 Vigilancia y control del proceso de cambio de bolsas de diálisis peritoneal.

Es el conjunto de actividades que lleva a cabo el profesional de enfermería para realizar el cambio de la bolsa de diálisis peritoneal de manera eficaz y segura para el paciente con tratamiento sustitutivo de la función renal.

Principios

- Difusión, es el proceso en el cual la transferencia de moléculas de una zona de alta concentración es desplazada a una zona de menor concentración.
- Ósmosis, es el proceso por el cual tiende a equilibrarse la concentración de las moléculas de un solvente cuando dos soluciones de diferente concentración de solutos se encuentran separados por una membrana semipermeable.

Es un procedimiento de 30 pasos y sus objetivos son:

1. Realizar el cambio de bolsa de diálisis peritoneal de forma segura y eficaz.
2. Promover la extracción de líquidos y productos de desecho provenientes del metabolismo celular que el riñón no puede eliminar.

La funcionalidad de la diálisis peritoneal se valora a través de un adecuado balance hídrico y un buen estado hemodinámico del paciente, por lo tanto es necesario realizar con exactitud la medición del volumen del líquido drenado y valoración de azoados por medio de laboratorio clínico.

Complicaciones.

Las complicaciones pueden ser de tipo infeccioso por contaminación del sistema o físicas como la ruptura del circuito o sobrecalentamiento de la bolsa para diálisis.

3.5.- Posiciones para proporcionar comodidad o cuidados al paciente.

Se conocen como posiciones básicas del paciente encamado, todas aquellas posturas o posiciones que el paciente puede adoptar en la cama, camilla, mesa de exploraciones, etc., que son de interés para el manejo del enfermo por el personal sanitario. Existen diversas posiciones características que se emplean en diversas situaciones patológicas o para efectuar ciertas exploraciones y prácticas terapéuticas o quirúrgicas.

Posición de decúbito.

Es toda posición del cuerpo en estado de reposo sobre un plano horizontal. Según sea la parte de cuerpo en contacto con la superficie, se diferencian distintos decúbitos.

Decúbito supino o dorsal.

La persona se encuentra tendida boca arriba, en posición horizontal, con la espalda en contacto con la superficie y las extremidades inferiores extendidas.

Decúbito prono, ventral o abdominal.

La persona se encuentra tendida sobre el pecho y el abdomen, con la cabeza girada hacia un lado, las extremidades superiores extendidas junto al cuerpo o flexionadas a nivel del codo y los miembros inferiores extendidos.

Decúbito lateral.

La persona se encuentra tendida de lado, con uno u otro costado sobre la superficie, el miembro superior del lado en que se halla recostado por delante del cuerpo, y los miembros inferiores extendidos, un poco flexionados o con el que queda arriba algo flexionado y adelantado.

Posición de Fowler.

Se trata de una posición dorsal en un plano inclinado de tal modo que la espalda forme un ángulo de unos 45 grados con la horizontal. Se obtiene al elevar unos 40-50 cm la cabecera de la cama. En ocasiones se habla de posición de Fowler baja (semi – Fowler) o elevada, en función del ángulo que adopte la espalda.

Posición de Sims.

Es una posición de decúbito lateral izquierdo con el brazo y la pierna de este lado extendida y la extremidad inferior derecha flexionada a nivel de la cadera y la rodilla.

Posición de Trendelenburg.

Es una posición de decúbito dorsal sobre un plano inclinado de tal modo que la pelvis quede más alta que la cabeza y los muslos más altos que la pelvis.

Conclusión.

Todas las prácticas clínicas que se vieron a través de la materia y del cuatrimestre son y serán de utilidad, es decir para prevenir fracasos en los hospitales, estar al tanto con los paciente e ir agarrando confianza ya que en la mayoría de las practicas se realizó con nosotros mismos.

Con el fin de mejorar no solo las estancias clínicas sino también el ejercicio profesional, se podría programar sistemáticamente esta actividad del grupo focal a partir de la primera rotación clínica del alumnado y repetirla en cursos sucesivos. De este modo, aquellos problemas recurrentes podrían transmitirse al profesorado responsable de las prácticas que a su vez propondría las mejoras oportunas. En definitiva, se establecería un sistema de retroalimentación bidireccional entre el profesorado de prácticas y teoría en el que el alumnado sería el nexo de unión entre los diferentes ámbitos (teoría y práctica) y el centro de la actividad docente.

Bibliografía.

http://www.imss.gob.mx/guias_practicaclinica?field_categoria_gs_value=All&page=2

