



Nombre de alumnos: Lizbeth De Coss Ruiz

Nombre del profesor: Mahonrry de Jesús
Ruiz Guillen

Materia: Enfermería en la práctica clínica II

Grado: 6to cuatrimestre

Grupo: A

Comitán de Domínguez Chiapas a Junio de 2021.

Unidad 2

2.1. Esterilización con vapor

La esterilización consiste en matar o inactivar de manera irreversible todos los microorganismos capaces de reproducirse.

los procedimientos que trabajan con vapor de agua saturado se consideran los métodos de esterilización más seguros.

Los procedimientos de esterilización con vapor se diferencian por el tipo de desplazamiento del aire de la cámara de esterilización en procedimiento de flujo y de vacío.

La esterilización por vapor es el método más utilizado para las agujas de acupuntura y otros instrumentos de metal. No es tóxica y es económica, esporádica y rápida, si se utiliza de acuerdo con las instrucciones del fabricante (por ejemplo, tiempo, temperatura, presión, envoltura, tamaño de la carga y su localización). La esterilización por vapor sólo es plenamente eficaz si se realiza sin aire, a ser posible con saturación de vapor al 100%.

Tipos de Esterilización:

- A- CALOR SECO: casi no se utiliza, ya que el material a esterilizar debe sufrir una temperatura de 180° C. durante 30 min.,
- B- B-CALOR HÚMEDO (VAPOR DE AGUA): el agente esterilizante es el vapor de agua. La esterilización se producirá teniendo en cuenta tres parámetros, TEMPERATURA, PRESIÓN Y TIEMPO.
- C- C- MÉTODOS FÍSICO-QUÍMICOS: El agente esterilizante es un gas.

La esterilización se realiza en autoclaves. Cada autoclave está formado por:

- Cámara de acero inoxidable, donde se introduce el material a esterilizar.
- Recámara que recubre a la cámara: es calentada por una fuente de vapor procedente de un generador central a partir de una caldera de alta presión, o bien, de un generador autónomo que produce vapor por medio de resistencias.
- Una o dos puertas (entrada y salida)
- Filtros de aire y vapor.
- Indicadores de presión y temperatura.
- Válvulas de seguridad y válvula reductora.
- Impresora para registro de los programas de esterilización y sus incidencias. Actualmente, las autoclaves se conectan a un ordenador, de manera que queda todo registrado informáticamente.

Ventajas y desventajas

- Ventajas:**
- Es una opción válida para materiales termo sensible, Esterilizante eficaz, No deja residuos tóxicos - Se convierte en H₂O y O₂., El material no precisa aireación, Los ciclos son cortos 54 ó 72 min, Monitorización y registros adecuados.
- Desventajas:**
- La capacidad de difusión es muy baja, Se inactiva en presencia de humedad; el material tiene que estar perfectamente seco, No puede esterilizarse material que contenga celulosa, algodón, madera.
- Uso limitado en instrumental con lúmenes largos, como los endoscopios digestivos (> 1 m.) y estrechos (< 3 mm.) como las cánulas v agujas. va que requiere acelerador de peróxido de hidrógeno. Requiere envases especiales de

2.3. Preparación de soluciones intravenosas

El objetivo primordial de las UMIV en la racionalización de la terapia intravenosa es garantizar la seguridad y eficacia de la terapéutica intravenosa administrada a los pacientes hospitalizados.

La preparación y dispensación de las MIV deben cumplir con las siguientes condiciones:

Medicamento a utilizar.

- Cumplir con los requisitos farmacotécnicos adecuados al paciente.
- Medicamentos prescritos y en las concentraciones correctas para garantizar la máxima seguridad y efectividad terapéutica.
- Tener la identificación del paciente y del contenido con datos de conservación, caducidad, horario de administración y velocidad de perfusión.

- Dosis (estandarizada o personalizada),
- Frecuencia. La orden es recibida por el farmacéutico que evalúa la dosis, la frecuencia y las interacciones e incompatibilidades, tomando en consideración el peso del paciente, así como sus funciones hepática y renal.
- Cálculo de Dosis: La preparación del medicamento requiere un cálculo exacto de la dosis. Diversas fórmulas que se dispone para calcular la dosis de un medicamento estas son:

- Dosis Recetada: es la cantidad de medicamento que receta el prescriptor.
- Dosis Disponible: es el peso o volumen de medicación disponible en las unidades proporcionadas por la farmacia.
- Cantidad Disponible: es la unidad básica o cantidad de medicamento que contiene la dosis disponible
- Cantidad a administrar: es la cantidad real de medicación que la enfermera administrará.

2.5. Registro de observaciones de enfermería

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. Esta hoja estará integrada por los siguientes apartados:

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: 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.

Unidad 3

3.1. Instalación de catéter venoso central.

instalación o cateterización venosa central, así como la inserción de un catéter dentro del espacio intravenoso, lo que se puede lograr tanto por técnica de punción directa tipo Seldinger, técnica de Seldinger guiado por visión ecográfica, o un acceso venoso central directo, a través de la punción de vena periférica.

Indicaciones: • La administración de soluciones cristaloides y coloides. • La nutrición parenteral, que se clasifica como una solución hiperosmolar e hipertónica. • Administración de quimioterapia • Administración de medicamentos y algunos medios de contraste, otras soluciones como el sodio hipertónico, de manejo en la unidad de cuidados neurointensivos. • Administración de aminas vasoactivas. • Realizar test diagnósticos o procedimientos terapéuticos, como son la instalación de un catéter de arteria pulmonar (catéter de Swan-Ganz). • Medición de presión venosa central (PVC).

SITIOS ANATÓMICOS: 1. Yugular posterior. 2. Yugular anterior. 3. Subclavio.

Contraindicaciones:

Infección, lesiones o pérdidas de la solución en la piel del sitio de la punción, lesión o trombosis en las venas de acceso, fractura de clavícula, coagulopatía.

Realización de la técnica: > Colocar un empapador bajo el brazo elegido., > Preparar una mesa auxiliar con paños estériles y todo el material necesario. > 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. > Pedir la colaboración del paciente, haciendo que gire la cabeza hacia el lado de la punción, Vigilar el electrocardiograma en todo momento, > Retirar el dilatador y aplicar presión con una gasa sobre el punto de inserción. Introducir hasta 40-45 cm, y teniendo en cuenta que si el brazo es el izquierdo, unos centímetros más. El catéter tiene medidas en su longitud final

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

3.2. Inspiración de secreciones traqueobronquiales con sistema cerrado.

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.

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

Objetivos

1. Mantener la permeabilidad de las vías aéreas.
2. Favorecer la ventilación respiratoria.
3. Prevenir las infecciones y atelectacias ocasionadas por

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

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 cubre bocas, 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. 12. Con la mano dominante retirar la sonda de su envoltura, 13. Conectar la sonda de aspiración al tubo del aspirador, 14. Lubricar la punta de la sonda. 15. Introducir la sonda suavemente en una de las fosas nasales, durante la inspiración del paciente. 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, 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.

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.

Objetivos

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

Indicaciones.

- Pacientes con insuficiencia renal aguda o crónica terminal en tratamiento sustitutivo con diálisis peritoneal.
- Paciente postoperado de cirugía cardiovascular con insuficiencia cardíaca derecha.
- Fuga de líquido peritoneal a través del sitio de emergencia del catéter.
- Evidencia de obstrucción física del catéter.
- Absceso abdominal.

MATERIAL Y EQUIPO

- Dos cubrebocas
- Mesa de trabajo
- Tripié con canastilla
- Solución desinfectante de hipoclorito de sodio al 50%
- Lienzo limpio • Bolsa de diálisis peritoneal sistema bolsa gemela o sistema BenY (1.5, 2.5, 4.25%).
- Pinza para diálisis
- Tijeras
- Guantes
- Tapón minicap (exclusivo bolsa gemela)
- Formato de registro de diálisis peritoneal
- Horno de microondas

Procedimiento La enfermera se lava las manos. Reúne el material necesario e identifica la bolsa correspondiente a la concentración prescrita. Calienta en el horno de microondas la bolsa de diálisis peritoneal a temperatura corporal. (Por 3 minutos aproximadamente). Explica al paciente el procedimiento que se le va a realizar y le coloca el cubre bocas Expone la línea de transferencia del paciente y verifica que el regulador de flujo se encuentre en posición de cerrado. Se coloca cubre bocas y se lava las manos. Aplica solución desinfectante en las manos y la distribuye. Si existe prescripción de medicamento lo prepara, realiza limpieza con torunda alcoholada y lo introduce por el puerto de inyección de medicamentos. Sujeta el adaptador de la bolsa a colocar y la línea de transferencia con la mano dominante y con movimiento firme y seguro, realiza la unión enroscando ambos extremos. Cuelga la bolsa que contiene la solución dializante en el tripié y cerca de la "Y" obtura con la pinza para diálisis la línea de ingreso, Coloca la bolsa de drenado que está vacía sobre la canastilla del tripié. Verifica la salida y observa las características del líquido dializante de la cavidad peritoneal que fluye hacia la bolsa de drenado. Observa las características del líquido, Desecha las bolsas de diálisis en los contenedores correspondientes y se retira los guantes. Cuantifica el volumen drenado y realiza las anotaciones correspondientes.

3.5. Posiciones para proporcionar comodidad o cuidados al paciente.

Existen diversas posiciones características que se emplean en diversas situaciones patológicas o para efectuar ciertas exploraciones y prácticas terapéuticas o quirúrgicas.

Al colocar a la persona en una posición determinada, deben comprobarse los siguientes puntos:

1. Que no se obstaculice la respiración. No debe constreñir ni el cuello ni el tórax.
2. Que no se obstaculice la circulación. Si se realiza una restricción, los elementos de sujeción no deben estar ceñidos.
3. Que no se ejerza ninguna presión ni tracción sobre nervio alguno. La presión sostenida sobre nervios periféricos o su estiramiento pueden causar pérdida sensitiva o motora.
4. Que se reduzca al máximo la presión sobre la piel, con un mínimo de contacto de los rebordes óseos sobre la superficie de apoyo, en prevención de úlceras de decúbito.
5. Si se va a efectuar un procedimiento asistencias o quirúrgico, que se tenga la máxima accesibilidad al sitio de actuación.

Cualquiera que sea la posición de la persona, tiene que vigilarse la alineación del cuerpo, asegurando que las distintas partes del mismo mantengan una correcta relación. Siempre debe observarse la respuesta de la persona a la postura en que es colocada, Cuando una persona adopte de forma espontánea una postura antiálgica, tiene que intentarse respetar dicha posición,

Toda persona imposibilitada que esté encamada durante un tiempo prolongado debe ser cambiada de posición con frecuencia, a fin de prevenir complicaciones tales como úlceras de decúbito.

Consideraciones de enfermería:

Es la posición que espontáneamente tiene a adoptar la persona en la cama y la más utilizada para exploraciones, maniobras e intervenciones quirúrgicas en la superficie anterior del cuerpo, como las abdominotorácicas y algunas de los miembros inferiores.

Permite una adecuada expansión pulmonar y facilita la alineación de los distintos segmentos corporales.

Cuando una persona imposibilitada ha de permanecer mucho tiempo en decúbito supino, conviene colocar un soporte en los pies, de modo que se mantengan apoyados y se evite su caída (pie péndulo equino).

Posición de decúbito: Decúbito es toda posición del cuerpo en estado de reposo sobre un plano horizontal. 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. Posición genupectoral: La persona se coloca abajo, apoyándose sobre las rodillas y el pecho, con la cabeza ladeada y los muslos perpendiculares a la cama. Posición ginecológica o de litotomía: Es una posición de decúbito supino con las piernas flexionadas sobre los muslos y los muslos en abducción y flexión sobre la pelvis.