



PASIÓN POR EDUCAR

LIC. EN ENFERMERIA

MATERIA:

PRÁCTICA CLÍNICA DE ENFERMERÍA II

NOMBRE DEL PROFESOR:

RODRÍGUEZ ZAMORANO MARÍA CECILIA

SÚPER NOTA:

**HOJAS DE ENFERMERÍA, COLOCACIÓN DE PICC, TOMA DE PVC Y
ASPIRACIÓN DE SECRECIONES**

PASIÓN POR EDUCAR

NOMBRE DE ALUMNO:

CIFUENTES HERNANDEZ ARELY

GRADO Y GRUPO:

7° ER CUATRIMESTRE "A"

COMITÁN DE DOMÍNGUEZ CHIAPAS 26 DE NOVIEMBRE DEL 2021

LA NOTA DE ENFERMERIA

HISTORIA CLINICA, REGISTROS DE ENFERMERIA:
GENERALIDADES Y MARCO LEGAL



LA NOTA DE ENFERMERIA

- La nota de enfermería o también denominada como hoja de enfermería, es un registro escrito de las diversas observaciones que realiza una enfermera/o sobre el cuidado de un paciente, ya sea en su estado físico, mental y en el emocional así como la evolución de sus síntomas, de los cuidados que se le dan, medicamentos (dosis y horarios de los mismos), órdenes médicas, plan de cuidados y evolución General del paciente.



- El cuidado de enfermería diario se registra a menudo en una hoja especial asignada para dicha función, las notas de enfermería están constituidas por dos tipos de datos:
 - **Subjetivos**
 - **Objetivos**

NOTAS DE ENFERMERÍA

Es un registro escrito elaborado por el personal de enfermería acerca de las observaciones del paciente, tomando en cuenta su estado físico, mental y emocional, así como la evolución de la enfermedad y cuidados.

El cuidado de enfermería diario se registra a menudo en una hoja especial asignada para dicha función, las notas de enfermería están constituidas por dos tipos de datos:

- Subjetivos
- Objetivos

Los datos subjetivos nos dicen lo que el paciente siente y el modo en que lo expresa. Los datos objetivos comprenden medidas como los signos vitales, observaciones de los miembros del equipo de salud, hallazgos de laboratorio y radiográficos, y respuestas del paciente a las medidas diagnósticas y terapéuticas.

OBJETIVOS:

- ✓ Llevar un registro escrito de los cambios efectuados en el estado del paciente.
- ✓ Dejar constancia de los problemas presentados por el paciente y los cuidados de enfermería brindados.
- ✓ Colaborar con el médico en el diagnóstico del paciente.
- ✓ Servir como instrumento de información en el campo de la salud como documento científico legal.
- ✓ Estudios de investigación.

IMPORTANCIA DE LAS NOTAS DE ENFERMERÍA

- Poder evaluar la evolución de la enfermedad del paciente
- Sirve de información al equipo de salud como documento científico y legal
- Se puede identificar las necesidades del paciente

COMPONENTES DE LAS NOTAS DE ENFERMERIA

Fecha
Hora
Contenido
Firma

EL CONTENIDO DE LAS NOTAS DE ENFERMERIA DEBE CUMPLIR LOS ASPECTOS SIGUIENTES:

- Observaciones hechas en el momento de admisión del paciente
- Condición general del paciente tomando en cuenta su estado físico, emocional
- Reacción a medicamentos y tratamientos
- Condición de higiene y cuidados prestados
- Observaciones objetivas y subjetivas
- Efectividad de ciertos medicamentos o tratamientos
- Enseñanza impartida y apoyo brindado y evaluación del aprendizaje.

¿Qué es un PICC?

- ① Es un Catéter Central de Inserción Periférica (PICC) que suele colocarse por las venas de la fosa antecubital, progresando por el brazo hasta llegar a la vena cava superior.
- ① Si es posible, se colocará con ecografía en el brazo (preferiblemente en vena basilica)
- ① Los catéteres PICC requieren una comprobación de colocación por rayos X o ECG intracavitario antes de ser utilizados.
- ① Se utilizan en pacientes con tratamientos largos y/o agresivos o con malos accesos venosos.

Limpieza de bioconector con clorhexidina antes de su uso

NPT Para la Nutrición Parenteral utilizar la **luz roja**

- Si por esta luz se han administrado medicamentos previamente, se lavará con 20 ml de SF antes y después del tratamiento de NPT

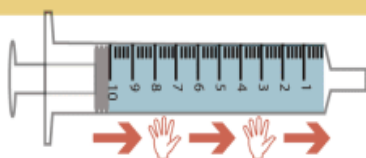


Para contrastes radiológicos utilizar la **luz malva**



- Comprobar la permeabilidad de la luz
- Retirar el bioconector (técnica estéril)
- Administrar contraste
- Colocar nuevo bioconector y lavar con 20 ml de SF

Lavado del catéter con la técnica Push-Stop-Push (lavado pulsátil)



Cubrir el extremo proximal y el bioconector con una gasa

1. Primeras 24/48 h post-inserción
2. Diaria si porta perfusión continua
3. Antes y después de administrar alguna sustancia
4. Semanal si no está en uso
5. Cuando haya reflujo sanguíneo

Dejar visible el punto de punción

- Colocar apósito estéril transparente para vigilar punto de punción

Lavar luces con Presión Positiva
¡Use jeringa de 10 ml o más!



Cambiar apósito cada 7-15 días o cuando este sucio o despegado



Realizar las curas con técnica estéril

- Paño, guantes y gasas estériles
- Mascarilla
- Apósito estéril
- Sistema de fijación
- Clorhexidina



MATERIAL NECESARIO PARA LA COLOCACIÓN DE UN CATÉTER PICC

PARA EL OPERADOR

Mascarilla



Gorro



Bata estéril



Guantes estériles



PARA LA COLOCACIÓN

• Catéter PICC



• Campos estériles



• Compresor



• Gasas estériles



• Jeringas



• Agujas



• Bisturí



• Anestésico



• Clorhexidina alcohólica



• Suero fisiológico (para el lavado)



• Suero fisiológico o citrato (para el sellado)



• Pegamento tisular



• Conector libre de aguja



• Cable ECG



PARA LA FIJACIÓN Y PROTECCIÓN

Fijación sin sutura:
adhesiva o con anclaje
subcutáneo



Apósito estéril
transparente



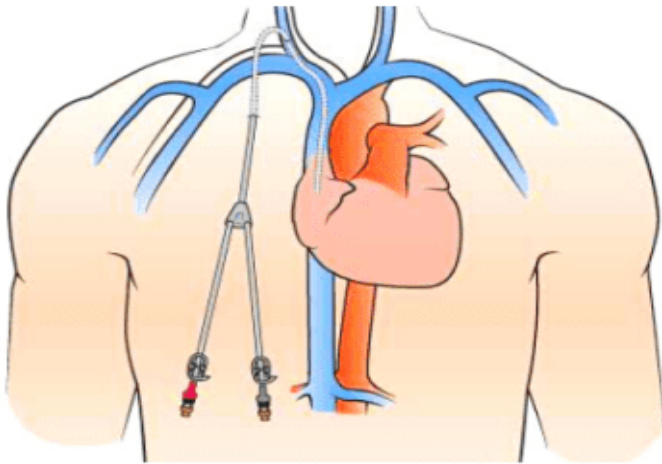
Malla de sujeción
no compresiva



P.V.C.

Presión Venosa Central

Es la determinación en centímetros de agua de la presión de la sangre



A través de un C.V.C que puede ubicarse en la vena cava superior o en la aurícula derecha, mediante un catéter venoso central

Sus Valores son:

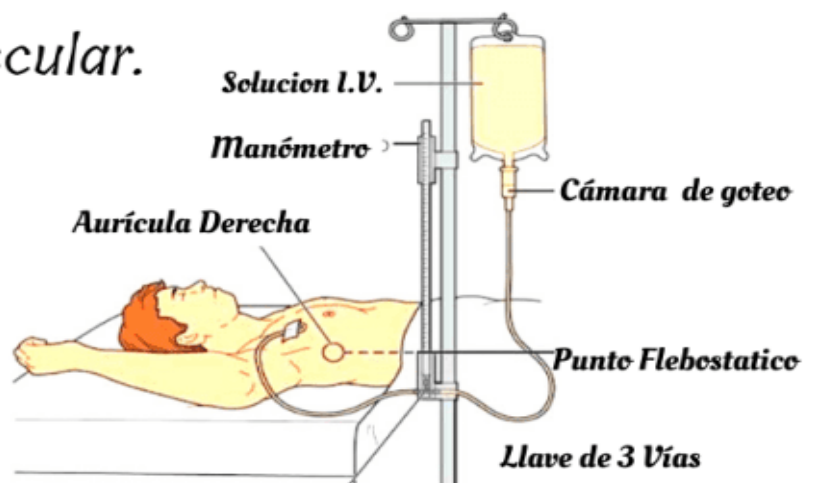
- en la vena cava superior de 6 a 12 cm de agua
- en la aurícula derecha de 0 a 4 cm de agua.

Sus objetivos:

- Determinar el volumen sanguíneo
- Evaluar la eficacia del mecanismo de bombeo del corazón
- valorar el tono vascular.

Una P.V.C baja indica un retorno venoso inadecuado por déficit de líquido

Una P.V.C alta indica sobrecarga de volumen, problemas que reducen la contractilidad cardíaca o trastornos pulmonares que aumentan su resistencia vascular



ASPIRACIÓN DE SECRECIONES



DESCRIPCIÓN E INDICACIONES:

La aspiración de secreciones se realiza para eliminar las mucosidades que impiden la entrada de aire de la boca a los pulmones.

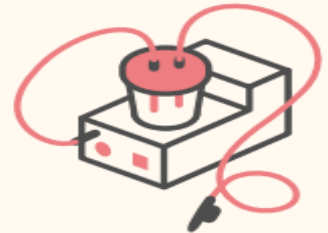
- Se realizará cuando haya secreciones (mucosidades) visibles y cuando se detecten sonidos respiratorios que nos indiquen la existencia de secreciones.



PROCEDIMIENTO:

1. Lavado de manos.
2. Preparación del material:
 - Sonda de aspiración.
 - Solución salina.
 - Conexión en "Y".
 - Aspirador eléctrico*.
3. Técnica de aspiración de secreciones:
 - Incorporar al paciente 30° (si es posible).
 - Colocarse los guantes estériles.
 - Conectar la sonda al aspirador a través de la conexión en "Y".
 - Introducir el catéter por la cánula sin aspirar unos 20-30 cm.
 - Aspirar de manera intermitente durante no más de 20 segundos, retirando la sonda con aspiración continua y haciendo movimientos de rotación.
 - Limpiar con solución salina los tubos de aspiración y proteger con gasas la conexión.

*ASPIRADOR ELÉCTRICO



RECOMENDACIONES:

- Si se necesita aspirar al paciente varias veces, hay que cambiar la sonda en cada aspiración, o limpiarla con gasas estériles o solución salina. Entre aspiración y aspiración, hay que dejar descansar al paciente para evitar irritación en la mucosa.



- En el caso de que el paciente no sea portador de una traqueotomía, la técnica se realizará por la boca y la nariz:
 - La sonda deberá estar bien lubricada.
 - Pedir al paciente que respire profundamente y que diga "e" mientras saca la lengua.
 - En caso de que sea necesario se puede colocar un tubo de Guedel.
- Es importante no prolongar las aspiraciones para evitar la hipoxia (disminución de O₂ en la sangre).
- En caso de resistencia al paso de la sonda, no forzar la introducción de la misma.
- Si el paciente está traqueotomizado, hay que limpiar la camisa interna de la cánula de traqueotomía las veces que sean necesarias.