



Nombre del alumno: Brenda Jaquelin Velázquez Salas

Nombre del profesor: María Cecilia Zamorano.

Nombre del trabajo: Supernota.

Materia: Práctica clínica de enfermería II.

Grado: 7mo cuatrimestre

Grupo: B

Comitán de Domínguez Chiapas a 25 de Noviembre de 2021.

4.1 HOJAS DE ENFERMERÍA



DEFINICIÓN

Es un conjunto de registros clínicos de cada paciente, el personal de Enfermería es el responsable de éstos. Este documento debe ser llenado a mano de manera clara y legible. Es un documento legal. El encabezado de la hoja (Datos del paciente) irá de color negro, ningún espacio en blanco y sin tachaduras y el dato correcto en el espacio correcto.

Los Registros clínicos, valoración intervenciones de enfermería

Los registros de enfermería, provenientes de las valoraciones y los resultados de las mediciones constituyen una parte fundamental de la asistencia sanitaria, estando integrados en el expediente clínico del paciente, lo que conlleva unas repercusiones y responsabilidades de índole profesional y legal. Hacer el registro de los cuidados que la enfermería, basados en las taxonomías NANDA, NOC y NIC, así como en las principales teorías de enfermería.



Los registros de enfermería:

Son testimonio documental sobre actos y conductas profesionales donde queda recogida toda la información sobre la actividad enfermera referente al paciente, su tratamiento y su evolución.

- **NORMAS PARA LA CUMPLIMENTACION DE REGISTROS:** reglas o recomendaciones básicas.
- **OBJETIVIDAD:** Deben estar escritos de forma objetiva, sin prejuicios, juicios de valor u opiniones personales.
- **PRECISIÓN Y EXACTITUD:** Deben ser precisos, completos y fidedignos.
- **LEGIBILIDAD Y CLARIDAD:** Deben ser claros y legibles, puesto que las anotaciones serán inútiles para los demás sino pueden descifrarlas.
- **SIMULTANEIDAD:** Los registros deben realizarse de forma simultánea a la asistencia y no dejarlos para el final del turno.



El Proceso de Atención de Enfermería (PAE), es el método científico aplicado en la práctica asistencial enfermera, que permite prestar cuidados de forma racional y sistemática, individualizando y cubriendo las necesidades del paciente, familia y comunidad. Este proceso dispone de cinco etapas interrelacionadas y son: valoración, diagnósticos de enfermería, planificación, ejecución y evaluación.



4.2 COLOCACIÓN DEL PICC

I- Precauciones previas:

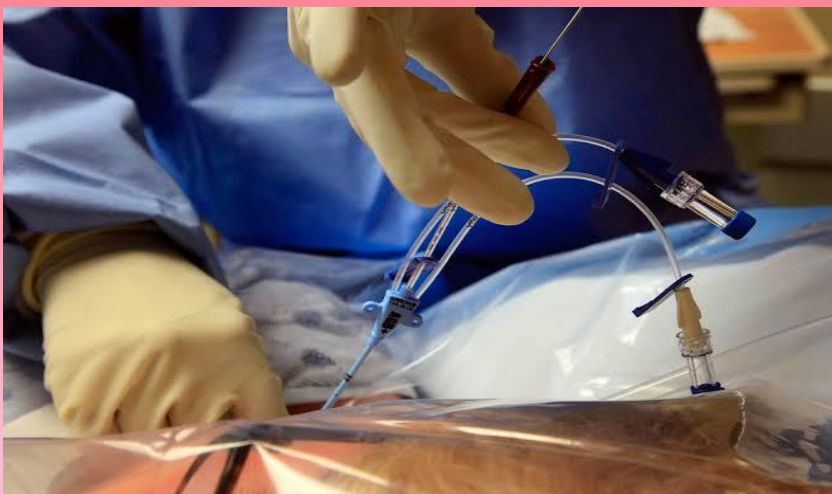
Verificación de la correcta cumplimentación de la solicitud con los datos identificativos completos y clínicos del paciente que justifiquen la indicación de la técnica.

Queda a criterio del médico responsable la prescripción de un relajante previo al procedimiento.

Revisión de la última analítica y de los datos clínicos antes de la implantación.

Cada paciente debe ser valorado de forma individualizada estableciéndose como pauta general:

- En pacientes con antecedentes de patología hepática previa.
En el resto de situaciones son aceptables analíticas de hasta 30 días de antigüedad.
- Valores analíticos mínimos aceptables para la implantación:
Índice de Quick > 50%.
Plaquetas > 50.000.



– Informar al paciente del procedimiento, complicaciones, finalidad y posibles alternativas; y aclarar las dudas que presente.

– Informar al paciente y familiares sobre los cuidados posteriores. Entrega de tríptico informativo.

TRIPTICO INFORMATIVO PARA PACIENTES:

- Preparación del material
- Preparación del paciente
- Crear ambiente de tranquilidad
- Valoración ecográfica
- Técnica de implantación.



ENTREVISTA

- Identificación inequívoca del paciente.
- Crear un ambiente de tranquilidad e intimidad.
- Preguntar sobre alergias medicamentosas, tratamientos que recibe, estado de salud actual para valorar posibles contraindicaciones, hábitos higiénico-sanitarios, ocupación laboral.
- Valoración proactiva con los datos previos y los obtenidos para la elección del tipo de catéter más adecuado siguiendo el Algoritmo de Decisión.



Preparación del personal.

- Mascarilla, gorro y gafas.
- Lavado quirúrgico de manos
- Bata estéril
- Guantes estériles
- Desinfección de instrumentos.

4.3 TOMA DEL PVC

DEFINICIÓN

La presión venosa central (PVC) es la fuerza que ejerce la sangre a nivel de la aurícula derecha, representando la presión de llenado o precarga del ventrículo derecho o presión diastólica final del ventrículo derecho.



PREPARACIÓN DEL MATERIAL

- Sistema de infusión de presión venosa central
- Sueros fisiológico de 500 cc
- Pie de gotero
- Sistema de fijación
- Guantes estériles

PREPARACIÓN DEL PACIENTE

- Comprobar la identidad del paciente
- Informar al paciente del procedimiento
- Colocarle en decúbito supino con la cama horizontal y sin almohada.



En la técnica establecida para el lavado se utiliza cloro diluido al 1% que diluye los depósitos proteináceos que pueden ocluir las fibras, sin embargo esto puede provocar un aumento del coeficiente de ultrafiltración o un daño manifiesto a la membrana.

OBJETIVO

Proporcionar los conocimientos necesarios para determinar la presión sanguínea a nivel de la aurícula derecha o de la vena cava para valorar el volumen sanguíneo circulante y evaluar la presión y la función auricular y ventricular derechas.



TECNICA

- Identificar al paciente.
- Higiene de las manos.
- Identificar la luz distal del catéter central.
- Purgar el sistema completo de infusión de PVC con el suero salino y cerrar las llaves de paso del sistema.
- Colocar el circuito de medición del sistema en la escala graduada verticalmente en el pie de gotero, haciendo coincidir el nivel -0|| de la escala con la aurícula derecha.
- Colocarse los guantes
- Conectar el equipo de PVC al catéter del paciente mediante la llave de tres pasos.



4.4 ASPIRACIÓN DE SECRECIONES

INTRODUCCIÓN

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.

CONCEPTO

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 el acumulo de secreciones

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 cubrebocas.
- Ambú.

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.



BIBLIOGRAFÍA:

(UDS). Universidad del sureste. (2021). **Antología de Práctica clínica de enfermería II, Unidad IV.** PDF. Plataforma digital. Recuperado el 25 de Noviembre de 2021.