



## ENSAYO

NOMBRE DEL ALUMNO: MILKA GEORGINA DE LEON MENDEZ

PARCIAL: 1

NOMBRE DEL TRABAJO: ENSAYO

MATERIA: PRACTICAS CLINICAS

NOMBRE DEL PROFESOR: RUBEN EDUERDO DOMINGUEZ

LICENCIATURA: ENFERMERIA

CUATRIMESTRE: 6TO

## TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS

### **Venoclisis**

Es el procedimiento mediante el cual se administración de fármacos diluidos por vía endovenosa mediante un sistema de goteo donde El medicamento es administrado en un tiempo mayor de 12 horas, o intermitente donde el medicamento que se administra será diluido en una pequeña cantidad de solución fisiológica o dextrosa y será transfundido entre 30 minutos.

Indicaciones: Administración de tratamiento farmacológico endovenoso.

Hidratación endovenosa en paciente con intolerancia oral.

Reanimación con soluciones endovenosas en pacientes en estado de shock.

Transfusión de hemoderivados.

### **Instalación de catéter venoso central.**

Tiene por objetivo Unificar criterios en el equipo de salud para la instalación y manejo de los pacientes con vías venosas centrales. - Realizar una valoración adecuada del paciente, dirigida a pesquisar complicaciones reales o potenciales en el manejo de vías venosas centrales.

#### INDICACIONES PARA EL USO DEL CATETER VENOSO CENTRAL

Se utiliza para Administración de líquidos. - Administrar drogas que no pueden administrarse periféricamente. - Nutrición parenteral de alta osmolaridad. - Monitorización invasiva. - Acceso para hemodiálisis.

#### Procedimiento

Lavado clínico de manos

Colocación gorro y mascarilla

Lavado de manos quirúrgico.

Secado con compresa estéril

Colocación de delantal y guantes estériles

Montar los campos estériles

Preparación del material estéril en la mesa auxiliar, ambos profesionales.

Realizar medición con cinta métrica desde sitio de inserción al punto objetivo.

Recibir, montar y purgar el catéter percutáneo con suero fisiológico sin que queden burbujas en el trayecto.

Ligar extremidad a puncionar

Observar salida del flujo sanguíneo ☑ Retirar ligadura.

Introducir catéter con la pinza anatómica, el catéter deberá progresar sin ofrecer resistencia

### **Aspiración de secreciones traqueo bronquiales con sistema abierto**

Es un procedimiento común en pacientes generalmente postrados, neurológicos, con respirador artificial o con traqueostomía, que Tiene como objetivo la extracción de secreciones bronquiales que se han acumulado por incapacidad de eliminarlas, favorece la ventilación respiratoria y prevenir las infecciones ocasionadas por la acumulación de secreciones.

Circuito abierto

El método abierto es el clásico, donde se desconecta al paciente del respirador artificial para poder utilizar una sonda de aspiración descartable,

Materiales

Aspirador de vacío.

Recipiente para la recolección de secreciones.

Sondas de aspiración estériles.

Tubo o goma de aspiración.

Guantes estériles.

Ambú con reservorio conectado a fuente de oxígeno.

Tubo de Mayo.

Jeringa de 10 ml.

Suero fisiológico.

Botella de agua destilada.

### **Aspiración de secreciones traqueobronqueales con sistema cerrado.**

Circuito cerrado

Este procedimiento es diferente porque no se tiene que desconectar al paciente del respirador artificial para poder aspirar, se usa varias veces al día la misma sonda, pero esta debe descartarse pasada las 24 horas del día.

### **Diálisis peritoneal**

Este es un tratamiento que sirve para la insuficiencia renal que utiliza el revestimiento del abdomen o vientre del paciente para filtrar la sangre dentro del organismo. Mejor conocido como peritoneo. Existen dos tipos de diálisis peritoneal y son:

- programación de los intercambios
- uno usa una máquina y el otro se hace manualmente

Donde el paciente puede elegir cual ajusta mejor a su vida.

### **Infección**

Es uno de los problemas más presentes con la diálisis peritoneal ya que el paciente puede contraer una infección de la piel alrededor del sitio de salida del catéter o puede desarrollar peritonitis, una infección en el líquido del abdomen. Esto puede ser grave de tal modo que el paciente tiene que buscar atención médica inmediata, ya que la peritonitis puede causar: dolor abdominal, fiebre, náuseas o vómito, enrojecimiento o dolor alrededor del catéter, color inusual o nubosidad en la solución de diálisis usada.



### **Hemodiálisis**

La hemodiálisis es un tratamiento para filtrar las toxinas y el agua de la sangre, como lo hacían los riñones cuando estaban sanos, que controla la presión arterial ya equilibrar los minerales importantes en la sangre como el potasio, el sodio y el calcio. La máquina de diálisis bombea la sangre a través del filtro y la devuelve al organismo. Durante el proceso, la máquina de diálisis

verifica la presión arterial y controla qué tan rápido fluye la sangre a través del filtro y se extrae el líquido del organismo, esta puede reemplazar parte de la función renal, pero no toda.

### **Manejo de la hoja de enfermería de hemodiálisis**

La diálisis es un tratamiento complejo que toma tiempo entender, por lo que es importante proteger las venas del brazo antes de comenzar la diálisis. La Creación del plan de cuidados para pacientes en Hemodiálisis diferenciando los diagnósticos enfermeros más representativos. Considerando que con las mismas intervenciones podemos solucionar total o parcialmente más de un diagnóstico, se han reducido. Los diagnósticos de enfermería aquí establecidos no son excluyentes del resto de los establecidos por la NANDA, Utilizando las clasificaciones NANDA-NOC-NIC. Estructurar el proceso enfermero en función del paciente y cuidador principal Homogeneizar la actuación de los profesionales de enfermería y disminuir la variabilidad con la utilización de un soporte estructurado.

### **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, con la finalidad de Evitar la aparición de isquemia en los llamados puntos de presión, debido a la acción de la gravedad y al propio peso.

Los tipos de posiciones son:

Posiciones de decúbito:

Decúbito supino o dorsal o posición anatómica.

Decúbito lateral izquierdo o derecho: El paciente se halla acostado de lado. Las piernas extendidas y los brazos paralelos al cuerpo.

Decúbito prono: También llamado Decúbito Ventral. El enfermo se encuentra acostado sobre su abdomen y pecho.

Posición de Fowler: El paciente se halla semisentado, formando un ángulo de 45°.

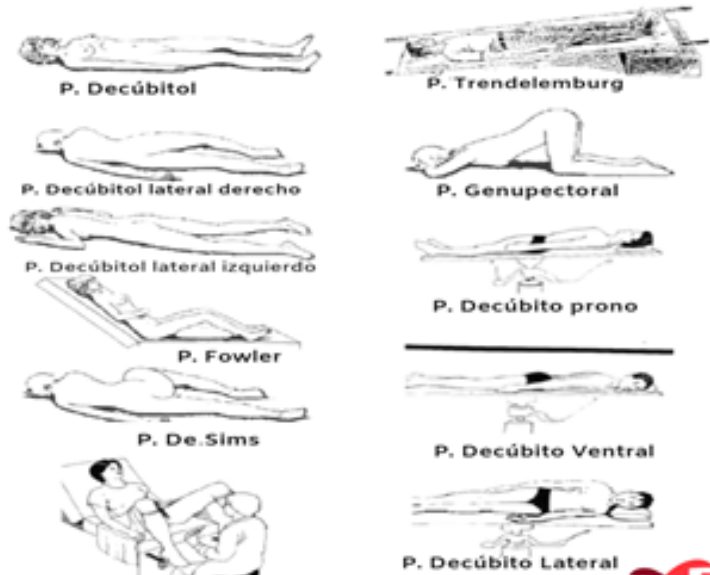
Posición de Sims o semi prono: También llamada posición de semiprono. Es similar al decúbito lateral, pero el brazo que queda en la parte interior se lleva hacia atrás y el otro se coloca en flexión del codo.

Posición ginecológica o de litotomía: También llamada de litotomía. La paciente se halla acostada boca arriba. Las piernas colocadas sobre los estribos.

Posición mahometana o genupectoral: El paciente se coloca boca abajo apoyado sobre su pecho y rodillas.

## **Posiciones Anatómicas Básicas**

L. E. ALEX SANTIAGO



El aseo y confort de un paciente, se define como el conjunto de actividades dirigidas a proporcionar el aseo corporal y comodidad del paciente. El confort es algo fundamental que de sentir el paciente ya que esto implica comodidad durante momentos no favorables. Sin embargo, cuando no se toman las medidas preventivas en el tiempo oportuno o no se aplica un tratamiento eficaz conduce inevitablemente al deterioro de la salud generando complicaciones asociadas al sufrimiento prolongado, pérdida de la funcionalidad física, trastornos psicológicos e incluso hasta la muerte. Es importante que el personal de enfermería se preocupe por el bienestar físico y psicológico del paciente, sobre todo si éste se encuentra incapacitado para satisfacer sus necesidades básicas.

¿Cómo debe ser la unidad del paciente para que se encuentre en confort?

La temperatura ambiente de la unidad de hospitalización debe estar entre 20-22 °C, aunque puede variar en las diferentes zonas del hospital.

### **PRÁCTICAS DE ENFERMERÍA**

#### **Practica lavado de manos social y clínico**

##### **Lavado de manos social**

El objetivo del lavado de mano social es eliminar flora transitoria y suciedad de las manos mediante fricción y uso de jabón y agua. Esta técnica de lavado de manos social es sin ningún

procedimiento solo debe cuidarse de lavar las manos de lo más limpio hacia lo más sucio y se realiza en casa, en escuelas, oficinas hospitales, para mantener las manos limpias y libre del mayor número de gérmenes patógenos recordando que las manos limpias salvan vidas.

### **Lavado de manos clínico**

1. Apertura la llave del caño hasta obtener agua a chorro moderado que permita el arrastre mecánico.
2. Humedezca sus manos.
3. Aplicar en la palma de la mano Clorhexidina al 2%.
4. Realice el frotado de la palma derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa.
5. Realice el frotado de las palmas de mano entre sí, con los dedos entrelazados.
6. Realice el frotado del dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos.
7. Realice el frotado del pulgar izquierdo con movimiento de rotación atrapándolo con la palma de mano derecha y viceversa.
8. Realice el frotado de la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa
9. Enjuáguese las manos, de la parte distal a la proximal con agua a chorro moderado y no sacudirlas
10. Cierre la espita del caño con la misma toalla que utilizó para secarse y tire la toalla de papel en el bote de la basura municipal.

### **Lavado de manos quirúrgico**

Se realiza en tres tiempos

Primero se realiza lavado de manos clínico en seguida

- 1.-Deposite una cantidad suficiente de clorhexidina al 4% en el cepillo.
2. con técnica de arrastre o circular cepille la yema de los dedos en cinco segundos

- 4.- con técnica de arrastre o circular cepille las uñas de los dedos en cinco segundos
- 5.- con técnica de arrastre o circular cepille los interdigitales en cinco segundos
6. enjuague su cepillo páselo a la otra mano y repita la operación
- 7.- enjuague su cepillo y páselo a la otra mano y enjuague el primer tiempo de la primera mano que lavo.
- 8.- inicie el segundo tiempo de lavado quirúrgico con los mismos pasos del primer tiempo en la mano que enjuago solo que esta vez cinco centímetros debajo del codo
9. realice el tercer tiempo con los mismos pasos en la mano que enjuago solo que hasta la muñeca de la mano
- 10.- enjuague su cepillo páselo a la otra mano y enjuague el segundo tiempo de la otra mano
- 11.- realice el tercer tiempo de la mano que enjuago con los mismos pasos del primero solo que hasta la muñeca de la mano.
- 12.- enjuague su cepillo déjelo caer y enjuague el tercer tiempo de las dos manos
13. tire su toalla y proceda a vestirse con ropa estéril

### **Practica de baño de regadera**

Serie de prácticas que tienen como objetivo el bienestar físico del paciente y es básica para muchos procedimientos de enfermería. Con el objetivo de Limpiar la piel aumentando así la eliminación de toxinas. b) Para estimular la circulación mediante ejercicios ligeramente activos y pasivos. c) Para vigorizar al paciente alternando la fatiga con la comodidad, Proporcionando así el bienestar y confort al paciente además de ayudar al control térmico y favorecer la circulación.

PROCEDIMIENTO 1. Lavarse las manos y preparar el equipo.

2. Trasladarlo a la unidad del paciente. 3. Identificar al paciente y explicarle el procedimiento, adoptando medidas para actuar en privado. 4. Llevarlo a la regadera e indicarle cuál es la llave de agua fría y de la caliente. 5. Dejarle la ropa limpia para cambio. 6. Asegurar la solución al porta sueros y cerrar la llave de paso. 7. Abrir las llaves del agua y regularla hasta que alcance una temperatura de 36 a 37° C, y cierre para evitar enfriamientos. 8. Ayudar al paciente. 9. Permítale que lleve a cabo su costumbre de



limpieza para que posteriormente se dirija a su unidad la cual previamente ya debe haber sido aseada y cambiada la ropa de cama de acuerdo a los procedimientos establecidos.

### **Practica de baño de esponja**

Tiene como objetivo Proporcionar al paciente el aseo necesario para satisfacer las necesidades de higiene y confort, conservando el buen estado de hidratación de la piel.

PROCEDIMIENTO 1. Realizar lavado de manos 2. Preparar el material y trasladarlo al lado del paciente. 3. Informar al paciente. 4. Preservar la intimidad del paciente. 5. Comenzar a lavar al paciente por la cara con agua sin jabón. Secar. 6. Lavar con agua y jabón el cuello, orejas, brazos y axilas. Enjuagar y secar. 7. Seguir lavando el tórax. En las mujeres incidir de manera especial en la zona submamaria. 8. Continuar con el abdomen. Enjuagar y secar. 9. Colocar al paciente en decúbito lateral. 10. Lavar la parte posterior del cuello, hombros, espalda y nalgas. Enjuagar y secar. 11. Colocar de nuevo al paciente en decúbito supino. 12. Lavar extremidades inferiores prestando mayor atención a los pliegues interdigitales. Enjuagar y secar. 13. Cambiar el agua, jabón y la esponja. 14. Lavar genitales y zona anal Enjuagar. 15. Vestir al paciente con la pijama o el camisón. 16. Realizar lavado de manos. 17. Anotar en los registros las posibles incidencias. OBSERVACIONES - Realizar el aseo diario y tantas veces como sea necesario.

### **Practica de venoclisis**

Administrar fluidos cuando los pacientes tienen incapacidad un volumen adecuado de líquidos por vía oral. Material - Agujas. - Extensión con llave de tres pasos o vías. - Algodón - Apósitos. - Catéteres periféricos de distinto calibre. - Contenedor para material punzante. - Tela adhesiva. - Fármacos prescritos. - Gasas estériles. - Jeringas. - Registros. - Solución antiséptica.

Procedimiento

1. Informar al paciente de la técnica a realizar.
2. Seleccionar la vena más adecuada.
3. Colocar el torniquete de 10 a 15 cm. por encima de la zona elegida, para interrumpir la circulación venosa pero que permita palpar el pulso radial.
4. Introducir el catéter hasta que se observe el reflujo de sangre

Retirar el compresor.

5. Conectar el equipo de infusión al catéter, abrir la llave de goteo y comprobar la permeabilidad, o bien limpiar el catéter con 2 o 3 CC. De suero fisiológico heparinizado colocando posteriormente el obturador.

6. Fijar el catéter con un apósito estéril y fijar el equipo de infusión con tela adhesiva a la piel para evitar tracciones

7. Anotar en registros: - Fecha y hora. - Calibre del catéter. - Nº de intentos de venopunción

### **Practica de aspiración secreciones con técnica abierta y cerrada**

Es un procedimiento mediante el cual se introduce un catéter cubierto por un manguito de plástico flexible a la vía aérea traqueal artificial para retirar las secreciones suprimiendo la necesidad de desconectar al paciente del ventilador mecánico para efectuar la aspiración. tiene como objetivo Mantener la permeabilidad de las vías aéreas para promover un óptimo intercambio de oxígeno y dióxido de carbono.

#### **Técnica de aspiración:**

1. Conectar la sonda al aspirador.

2. Encender el aspirador (chequear que aspire).

3. Colocar un guante estéril en la mano hábil y un guante limpio en la otra mano.

Desconectar al paciente de la humidificación a la que se encuentre conectado.

5. Tomar la sonda con la mano hábil (que tiene el guante estéril colocado) e introducirla suavemente sin aspirar en la cánula de traqueostomía, hasta sentir un tope. Retirar la sonda, aspirando. El procedimiento no debe durar más de 10 segundos (Se puede realizar un conteo hasta 10 para no excederse en dicho tiempo).

6. En caso de constatar secreciones más espesas de lo habitual, algún tapón mucoso o dificultad en progresar la sonda a través de la cánula, con una jeringa inyectar solución fisiológica a través de la cánula

7. Esperar unos minutos a que el paciente se recupere.

8. Repetir procedimiento

**Práctica para la elaboración y aplicación de aditamentos para la comodidad y confort del paciente hospitalizado (donas, almohadas, cojines etc.)**

1. Elaboración de cojines para los codos y talones
2. Elaboración de almohadas para pacientes de la uci, ucin
3. Elaboración de donas para upp
4. Elaboración de cojines en forma de S para pacientes en estado critico
5. Recordar las posiciones para pacientes hospitalizados y aditamentos para recordatorio como son relojes de alarma.

## BIBLIOGRAFÍA

<https://empendium.com>

<https://www.msmanuals.com>

<https://www.medwave.com>

<https://policlinicametropolitana.org>

Navarro Gómez María Victoria, (2005), "Enfermería Médico Quirúrgica, Necesidad de comunicación y seguimiento", Editorial Masson.

Lidon Barrachina Belles (2006) "Enfermería Médico Quirúrgica Generalidades", Editorial Masson