



Nombre de la alumna: yusari raymundo morales

Nombre del tema: TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS, PRÁCTICAS DE ENFERMERÍA

Nombre de la materia: PRACTICA CLINICA DE ENFERMERIA I

Nombre del profesor: Rubén Eduardo Domínguez García

Unidad 3 y4

LICENCIATURA EN ENFERMERIA

CUATRIMESTRE SEXTO

UNIDAD III TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS

3.1 Instalación de catéter venoso periférico

Introducción

El acceso venoso periférico es la intervención de mayor a nivel mundial, es considerada una práctica habitual en las unidades neonatales de los diferentes hospitales son una finalidad diagnóstica y principalmente terapéutica. Es una intervención determinante, debido a que su instalación puede disminuir el riesgo de muerte de un recién nacido y es un procedimiento ineludible y rutinariamente empleados a neonatos de cuidados intensivos. El término médico venoclisis o cateterismo venoso periférico significa la introducción de líquidos a la luz de una vena

Desarrollo

El cateterismo venoso periférico es el procedimiento invasivo más frecuente en el área de hospitalización, el cual se utiliza con fines terapéuticos. La colocación del catéter venoso periférico está indicado en las siguientes situaciones: Administración de tratamiento farmacológico endovenoso, la mayoría de los pacientes hospitalizados requieren algún tipo de terapia intravenosa, a pesar de que es un procedimiento seguro, tiene una alta tasa de falla en la continuidad de una vía venosa permeable

Conclusión

El cateterismo venoso periférico o venoclisis es un procedimiento médico quirúrgico que el estudiante de medicina debe practicar con frecuencia en un simulador, con estricto cumplimiento de las técnicas de asepsia y antisepsia, así como la técnica de inserción del catéter venoso, para la obtención de una vía permeable y evitar las complicaciones

Instalación de catéter venoso central

Introducción

Las infecciones del torrente sanguíneo son unas de las complicaciones que pueden ocurrir en el hospital durante la atención de pacientes. El progreso de la medicina y el aumento de la tecnología ha desarrollado una enorme cantidad de nuevos dispositivos para ser usados en la vía endovenosa, cada uno con sus propias complicaciones. Existen diferentes tipos de catéteres venosos centrales, de acuerdo al tiempo de duración, números de lúmenes y uso terapéutico, por lo cual se hace necesario conocer sus ventajas y riesgos, como sus indicaciones, manejo y mantención

Desarrollo

El catéter venoso central se utiliza en los siguientes casos: - Administración de líquidos. - Administrar drogas que no pueden administrarse periféricamente. - Nutrición parenteral de alta osmolaridad. - Monitorización invasiva. - Acceso para hemodiálisis. PROCEDIMIENTO Instalación del CVC: a) Médico o Enfermero: - Explica al paciente (si las condiciones lo permiten) el procedimiento a realizar. - Realiza lavado de manos quirúrgico. - El procedimiento se debe realizar con técnica aséptica estéril. La instalación requiere control radiográfico para su evaluación antes de utilizar el acceso. b) Técnico paramédico: - Realiza lavado clínico de manos y prepara material para llevar a la unidad del paciente, revisando sus condiciones de esterilidad. - Coloca gorro a paciente si requiere. - Se lava las manos, se coloca guantes de procedimiento y prepara sitio de punción

Conclusión

Nos queda claro que el establecimiento de estándares e indicadores de calidad para mejorar la atención del cuidado enfermero. Al establecer un estándar de desempeño de la instalación del catéter venoso central se observa un incremento en la calidad del cuidado del

enfermero y una disminución de la tasa de infección relacionada a los catéteres

Diálisis peritoneal

Introducción

La diálisis peritoneal es un tratamiento para la insuficiencia renal que utiliza el revestimiento del abdomen o vientre del paciente para filtrar la sangre dentro del organismo. Los proveedores de atención médica llaman este revestimiento el peritoneo. Unas pocas semanas antes de comenzar la diálisis peritoneal, un cirujano le coloca al paciente un tubo blando, llamado catéter, en el abdomen. El peritoneo desempeña el papel de membrana de diálisis la hemodiálisis o depuración en el riñón artificial crea una derivación sanguínea tratando la sangre es un hemodializador

Desarrollo

El paciente puede hacer sus intercambios durante el día o por la noche usando una máquina que bombea el líquido para adentro y para afuera. Para obtener los mejores resultados, es importante que el paciente se haga todos sus intercambios según lo prescrito. La diálisis no es una cura para la insuficiencia renal, pero puede ayudar a que el paciente se sienta mejor y viva más tiempo. El paciente se puede sentir igual que siempre, o puede sentirse lleno o inflado. El abdomen se puede agrandar un poco. Algunas personas necesitan una ropa más grande. No debería sentir ningún dolor

Conclusión

La diálisis peritoneal continua ambulatoria es un buen recurso terapéutico en pacientes con insuficiencia renal terminal que acuden al hospital escuela permitiéndoles mayor libertad y permanecer en su ambiente familiar exentos de síntomas urémicos

Hemodiálisis

La hemodiálisis es un tratamiento para filtrar las toxinas y el agua de la sangre, como lo hacían los riñones cuando estaban sanos. Ayuda a controlar la presión arterial ya equilibrar los minerales importantes en la sangre como el potasio, el sodio y el calcio La hemodiálisis progresiva es una modalidad de inicio del tratamiento renal sustantivo adaptada a las necesidades individuales de cada paciente está condicionado fundamentalmente por la función renal residual en ella, la frecuencia de sesiones con la que el paciente inicia HD., una o 2 sesiones por semana es menor que en la HD convencional, 3 por semana. Dicha frecuencia aumenta de una a 2, y de 2 a 3 con el declinar de la FRR

Desarrollo

Durante la hemodiálisis, se bombea la sangre a través de un filtro conocido como dializador, fuera del organismo. El dializador también se conoce como "riñón artificial". Al comienzo de un tratamiento de hemodiálisis, una enfermera o un técnico de diálisis colocarán dos agujas en el brazo del paciente. Es posible que el paciente prefiera ponerse sus propias agujas después de que el equipo de atención médica lo haya capacitado. Puede usar una crema o aerosol para adormecer la piel si las agujas le molestan en el punto de entrada. Cada aguja está sujeta a un tubo blando conectado a la máquina de diálisis. 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
- se extrae el líquido del organismo

La sangre pasa por un extremo del filtro y entra a muchas fibras huecas muy delgadas. A medida que la sangre pasa a través de las fibras huecas, la solución de diálisis pasa en dirección opuesta en el exterior de las fibras

Conclusión

La mayoría de las personas acuden a un centro de diálisis para recibir tratamiento. En el centro de diálisis, los profesionales de la salud configuran la máquina de diálisis y ayudan al paciente a conectar. Un equipo de trabajadores de la salud estará disponible para ayudar. El paciente seguirá asistiendo a una consulta con el médico. Otros miembros del equipo pueden incluir enfermeras, técnicos de atención médica, un dietista y un trabajador social

Manejo de la hoja de enfermería de hemodiálisis

Introducción

La diálisis es un tratamiento complejo que toma tiempo entender. Debido a que la mayoría de las personas no se sienten mal sino hasta poco antes de comenzar la diálisis, es probable que aún se sientan bien cuando el médico les hable por primera vez sobre la necesidad de preparación para recibir diálisis. El registro de enfermería es aquella información escrita, datada e identificada, en un documento oficial o en proceso de validación, donde se contemple la secuencia de actuaciones de la enfermera en relación con el cuidado integral del paciente, así como la respuesta de este frente a dichas actuaciones

Desarrollo

Es importante proteger las venas del brazo antes de comenzar la diálisis. Si el paciente tiene enfermedad renal, debe recordar a los proveedores de atención médica que extraigan la sangre e inserten las líneas inyectadas solo en las venas por debajo de la muñeca; por ejemplo, debe pedirles que usen una vena en el dorso de la mano. Si se ha dañado una vena del brazo por causa de una vía intravenosa o por extracciones repetidas de sangre, es posible que esa vena no se pueda usar para la diálisis. Los diagnósticos de enfermería aquí establecidos no son excluyentes del resto de los establecidos por la NANDA, siendo el enfermero suficiente, ante un problema real o potencial de salud, para establecer cualquier otro diagnóstico que corresponda según la taxonomía 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

Conclusión

El de utilizado previo al estudio no se adapta a las necesidades de la unidad, ya que dificultaba el trabajo del equipo multidisciplinar. En cambio, el EE opinaba que dicho documento era adecuado. El equipo tiene una visión tendente a contemplar aspectos técnicos de su trabajo y aunque la mayoría de las enfermeras creen que es importante constar su trabajo por escrito. Algunas reconocen que no registran

todo los cuidados que realizan, no suponiendo el registro un aumento de la carga asistencial

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 y de manera especial por los profesionales de Enfermería. Tipos de posiciones anatómicas Son las siguientes: Posiciones de decúbito: Decúbito supino o dorsal o posición anatómica. Decúbito lateral izquierdo o derecho. Los cambios frecuentes de postura en los pacientes encamados tienen como finalidad: Evitar la aparición de isquemia en los llamados puntos de presión, debido a la acción de la gravedad y al propio peso. Evitar que la ropa que cubre la cama roce la piel y llegue a producir lesiones. Prevenir la aparición de úlceras por decúbito. Proporcionar comodidad al paciente. Para ello el profesional de Enfermería debe cuidar que: Las sábanas estén limpias, secas y bien estiradas. Las zonas de mayor presión corporal estén protegidas. Las piernas estén estiradas y los pies formen ángulo recto con el plano de la cama

Desarrollo

Posición de decúbito lateral izquierdo y derecho: El paciente se halla acostado de lado. Las piernas extendidas y los brazos paralelos al cuerpo. El brazo inferior, es decir, el que queda del lado sobre el que se apoya, está ligeramente separado y hacia delante, evitando que quede aprisionado debajo del peso del cuerpo. El eje del cuerpo es paralelo al suelo, Posición de decúbito prono: También llamado Decúbito Ventral. El enfermo se encuentra acostado sobre su abdomen y pecho. La cabeza girada lateralmente. Las piernas extendidas y los brazos también extendidos a lo largo del cuerpo, Los enfermos con patologías respiratorias (Enfermedades Pulmonares Obstructivas crónicas) tales como el Asma, Enfisema, Bronquitis crónica, etc., prefieren esta posición para estar en la cama, puesto que facilita la respiración. Se utiliza para exploraciones de cabeza, ojos, cuello, oídos, nariz, garganta y pecho. Es una posición usada muy frecuentemente en las exploraciones de los servicios de Otorrinolaringología

Conclusión

la posición contraria a la anterior en la que el plano del cuerpo está inclinado 45° respecto al plano del suelo pero la cabeza está mucho más elevada que los pies. Posición genupectoral También conocida con el nombre, aunque menos frecuente, de posición mahometana. El paciente adopta una posición similar a la que adoptan los mahometanos para sus prácticas religiosas. El paciente se coloca boca abajo apoyado sobre su pecho y rodillas.

Para colocarse en esta posición primero se arrodilla y luego flexiona su cintura de forma que sus caderas quedan arriba y la cabeza abajo en el suelo. Sirve para exploraciones rectales

Aditamentos para brindar comodidad al paciente hospitalizado

La seguridad de los pacientes se ha convertido en un tema importante para los sistemas de salud a nivel mundial. En octubre del 2004 la OMS conjuntamente con líderes mundiales de salud, presentaron una alianza para reducir el número de enfermedades, lesiones y muertes derivadas de errores en la atención de la salud. Un estudio de la Universidad de Harvard indica que el 70% de los efectos adversos, producto de errores en la atención médica deriva en discapacidades temporarias y un 14% de ellos en la muerte del paciente, teniendo un impacto económico importante. Pero también puede sufrir otro tipo de afectaciones como las de carácter social, familiar y emocional. La responsabilidad del personal de enfermería, debe establecerse a partir de las intervenciones independientes que son aquellas actividades que se encuentran en el campo de acción específico de enfermería como: la identificación, prevención y tratamiento de las respuestas humanas (forma en que el paciente responde a un estado de salud o enfermedad). Cada intervención responde a un diagnóstico con determinados objetivos o resultados a lograr a través de una serie de intervenciones

Desarrollo

La enfermera cumple con establecer comunicación y coordinación con el equipo multidisciplinario para promover y garantizar que el medio ambiente del hospital promueva comodidad y seguridad a los pacientes durante su estancia hospitalaria. Tanto el personal de enfermería como el resto de trabajadores de la salud, los familiares y visitantes deben conocer e identificar las medidas de seguridad adoptadas por la institución para prevenir la ocurrencia de incidentes o accidentes relacionados con la caída del paciente durante su estancia hospitalaria, por lo que es importante conocer la definición de las mismas. Se define como incidente al acontecimiento de mediana importancia que sobreviene en el curso de un asunto,

mientras que la definición de accidente sería: suceso eventual inesperado y generalmente desagradable

Conclusión

Después de la realización de la revisión integrativas, conseguimos responder a las cuestiones de investigación, con base en los presupuestos de la teoría. La adopción de estas medidas de seguridad incluyen el uso de aditamentos especiales. Equipo, aditamentos y accesorios Barandales de la cama * Timbre e intercomunicador Lámpara de cabecera Banco de altura Camillas Sillas de ruedas, andaderas, bastones, tripies. Descripción Barras seguras, situadas en ambos lados de la cama, firmes, que rebasen la altura del colchón de tal forma que proporcionen soporte al paciente. Dispositivos instalados en la cabecera de la cama, con extensión al alcance del miembro superior dominante del paciente. Lámpara ubicada en la cabecera de la cama, con interruptor accesible y seguro. Banco seguro y firme, con gomas antiderrapantes en las patas que permanece bajo la cama cuando no está en uso

Confort del paciente hospitalizado

El confort es un elemento fundamental que contribuye a mejorar no solo la calidad de vida del paciente, sino también de la familia y comunidades. 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. Una de las prioridades del quehacer de enfermería, es la preocupación por el bienestar físico y psicológico del paciente, sobre todo si éste se encuentra incapacitado para satisfacer sus necesidades básicas

Desarrollo

un paciente, se define como el conjunto de actividades dirigidas a proporcionar el aseo corporal y comodidad del paciente. Incluye los procedimientos de higiene y limpieza de la superficie corporal y mucosas externas; favoreciendo la salud general del individuo. Cuando una persona está enferma suele necesitar de ayuda para realizar su higiene personal. Al no poder realizarlo por sí sólo, se pone en juego su autoestima y su pudor, disminuyendo así su comodidad y confort. Además en las personas enfermas, está deprimido su sistema inmunitario, lo cual favorece la aparición y presencia de infecciones, agravándose con una falta de

higiene. El sentirse limpios y frescos les ayuda a levantar el ánimo, sentirse cómodos y en mejores condiciones. En el caso de hospitales, hablamos de interiores donde es de suma importancia el Multi Confort y el ahorro de energía. Tomemos como punto de partida que estos establecimientos, en condiciones normales, no cierran ni un minuto del año, así que no importa si es de día o de noche, o si hace frío o calor, siempre hay personas dentro que necesitan recibir cuidados, por lo que el uso de energía es constante

Conclusiones

Se puede concluir que poco a poco, se debe llevar implícito poseer un entrenamiento e información amplia sobre aspectos como, mecanismos desencadenantes de dolor, métodos de evaluación del dolor, instrumentos aplicables en la valoración del dolor y conocimientos acerca de la variedad de tratamientos. Los hospitales suelen ser lugares que generan sentimientos negativos en las personas: ni pacientes ni familiares quieren estar ahí y menos pasar mucho tiempo. Es por eso que resulta más importante ofrecer a todos los habitantes de edificios hospitalarios un espacio Multi-Confort que los abrace y que refleje vida y vitalidad

UNIDAD IV PRÁCTICAS DE ENFERMERÍA

Practica lavado de manos social y clínico

Lavado de manos CLINICO

Conclusión

Efectivamente, las manos del personal de Salud son el principal vehículo de contaminación exógena de las infecciones nosocomiales, relacionado incluso con la dispersión de gérmenes multirresistentes por tanto la higiene de las manos se constituye en una de las prácticas de antisepsia más importantes. A pesar que numerosos estudios sustentan lo antes mencionado, los resultados en diversos hospitales respecto a la adherencia del personal de salud sobre el cumplimiento de la práctica adecuada del lavado de manos permanecen inaceptablemente bajos con valores entre 30% a 50%. Los esfuerzos destinados a establecer cambios actitudinales en el personal de salud con relación a la higienización de sus manos se constituyen en un verdadero desafío es así que asumiendo este compromiso presentamos esta guía de “Lavado de manos”, que en base a criterios científicos

esperamos sea de utilidad en la práctica diaria a todo el personal de Salud para su adecuado desempeño asistencial. Esta técnica de lavado de manos social es sin ningún procedimiento solo debe cuidarse de lavar las manos de los más limpio hacia lo más sucio y se realiza en casa, en escuelas, oficinas

Desarrollo

Tener uñas cortas al borde de las yemas de los dedos y sin esmalte. Las áreas subungueales de las manos abrigan altas concentraciones de bacterias, las más frecuentes son estafilococos coagulasa-negativos, cepas gram negativas (incluyendo *Pseudomonas spp.*), corinobacterias y levadura. El esmalte aumenta el número de bacterias y su proliferación sobre las uñas. 5. Procedimiento Las áreas subungueales de las manos abrigan altas concentraciones de bacterias, las más frecuentes son estafilococos coagulasa-negativos, cepas gram negativas (incluyendo *Pseudomonas spp.*), corinobacterias y levadura. El esmalte aumenta el número de bacterias y su proliferación sobre las uñas.

Conclusión

El lavado de manos y la práctica de ,as preocupaciones, protegen de los agentes como el personal de la salud y por tanto deben ser base de toda terapéutica intrahospitalaria

Practica lavado de manos quirúrgico

Introducción

El principal objetivo de lavados de manos quirúrgico es lograr un alto grado de asepsia en el momento previo y posterior a una cirugía. Con esta técnica se consigue eliminar de forma rigurosa posibles restos que puedan quedar en las manos o los brazos y evitar así las temidas infecciones nosocomiales en los hospitales

Desarrollo

Aplicar el antiséptico en manos y antebrazos y frotar en movimientos circulares abarcando los espacios que quedan entre los dedos. El lavado de manos siempre será desde las manos hasta los antebrazos; nunca al revés. El proceso debe durar 4 minutos por separado

Conclusión

Se recomienda que para la higiene de manos quirúrgica deban considerarse sustancias que garanticen la reducción de microorganismos, no solo al inicio de la cirugía sino al menos 3 horas después de haber iniciado esta, pero también ocasiones menos efectos colaterales a la piel del personal de salud

Práctica de baño de regadera

BAÑO DE REGADERA CONCEPTO: Serie de prácticas que tienen como objetivo el bienestar físico del paciente y es básica para muchos procedimientos de enfermería. El baño sea total o parcial tiene los siguientes fines: a) 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. **BAÑO DE REGADERA CONCEPTO:** Es la limpieza general del cuerpo a través de agua y jabón. **OBJETIVO:** Proporcionar bienestar y confort al paciente además de ayudar al control térmico y favorecer la circulación. **PRINCIPIO:** La fricción estimula la descamación y el retiro de suciedad de la piel y mucosas. **Equipo:** - Regadera con soportes de seguridad y banco. - Porta sueros de pie. - Toalla y bata limpia. - Ropa de cama limpia para la unidad del paciente. - Jabón de tocador. - Artículos de higiene personal (sandalias, pasta dentífrica, cepillo, peine, papel higiénico, etc). **PROCEDIMIENTO 1.** Lavarse las manos y preparar el equipo

Desarrollo

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 a sujetarse y sentarse posteriormente para comodidad y seguridad, si es posible dejar que un familiar le auxilie, en caso de no contar con el apoyarle hasta donde sea necesario. 9. Instruirle para que empiece por la cabeza y termine con los genitales y pies. 10. Una vez que haya terminado proporcionarle la toalla para que se seque perfectamente y la bata para que se vista. 11. 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

Práctica de baño de esponja

Introducción

BAÑO DE ESPONJA OBJETIVO Proporcionar al paciente el aseo necesario para satisfacer las necesidades de higiene y confort, conservando el buen estado de hidratación de la piel. Material - Aceite. - Artículos de higiene personal. - Bolsa para residuos. - Esponja sin jabón - Guantes no estériles. - Jabón neutro. - Papel higiénico. - Peine. - Registros de Enfermería. - Vaselina líquida. Equipo - Carro de ropa sucia. - Cortauñas. - Cuña. - Palangana. - Pijama o camisón. – Toalla

Desarrollo

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. Mantener temperatura adecuada y evitar corrientes de aire en la habitación. 6. Proteger al paciente de las caídas 7. Colocarse guantes. 8. Preparar agua a temperatura adecuada. 9. Colocar al paciente en decúbito supino. 10. Desnudar al paciente y cubrirlo parcialmente con la sábana. 11. Comenzar a lavar al paciente por la cara con agua sin jabón. Secar. 12. Lavar con agua y jabón el cuello, orejas, brazos y axilas. Enjuagar y secar. 13. Acercar la palangana al borde de la cama y permitir que el paciente introduzca las manos y se las lave. Secarle las manos. 14. Cambiar el agua, jabón y esponja. 15. Seguir lavando el tórax. En las mujeres incidir de manera especial en la zona submamaria. Continuar con el abdomen. Enjuagar y secar. 16. Colocar al paciente en decúbito lateral. 17. Lavar la parte posterior del cuello, hombros, espalda y nalgas. Enjuagar y secar. 18. Colocar de nuevo al paciente en decúbito supino. 19. Lavar extremidades inferiores prestando mayor atención a los pliegues interdigitales. Enjuagar y secar. 20. Cambiar el agua, jabón y la esponja. 21. Lavar genitales y zona anal Enjuagar. 22. Secar bien la piel, poniendo especial atención a los pliegues cutáneos. 23. Frotar la espalda con aceite o vaselina líquida. 24. Vestir al paciente con la pijama o el camisón. 25. Peinar al paciente y facilitar el uso de los artículos de aseo personal (desodorante, colonia, talco...). 26. Observar el estado de las uñas, limpiar y cortar si es necesario. 27. Dejar al paciente en posición cómoda y adecuada, permitiendo el

fácil acceso al timbre y objetos personales. 28. Recoger el material. 29. Retirarse los guantes. 30. Realizar lavado de manos. 31. Anotar en los registros las posibles incidencias

Conclusión

Realizar el aseo diario y tantas veces como sea necesario. - Valorar la colaboración del paciente y familia

Práctica de venoclisis

Introducción

Canalización de una vena periférica del paciente con fines terapéuticos y/o diagnósticos. 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. - Suero salino fisiológico. - Toalla. Equipo - Carro de curaciones. - Torniquete. - Campo

Desarrollo

Venas de acceso periférico que se utilizan más frecuentemente para canalizar una vía (Anexo N° 1). - En pacientes pediátricos se utilizarán las venas de los pies. Evitar las prominencias óseas, las áreas de flexión y las venas de los miembros inferiores siempre que sea posible. - Utilizar en primer lugar las partes más distales de las venas. - No colocar una vía en el brazo dominante del paciente, si es posible. - No pinchar en las venas doloridas, inflamadas, esclerosadas o que estén en un área con extravasación o flebitis. - No rasurar la zona porque puede causar abrasión, en lugar de esto cortar el vello con unas UNIVERSIDAD DEL SURESTE 156 tijeras si fuera necesario. - Utilizar un catéter en cada intento de inserción. Una misma enfermera/o no debería realizar más de tres intentos

Practica sobre manejo de formatos y hojas de registro clínico de enfermería

- Llenado de hoja de registros clínicos de enfermería de paciente adultos, pediátricos, neonatos
- Llenado de formatos de control de líquidos
- Llenado de formatos de control de glicemias
- Llenado de formatos de control de presión arterial
- Llenado de hojas de cuidados especiales en la uci o ucin
- Llenado de formatos de control de la temperatura
- Llenado de formato de triage adulto y pediátrico

Práctica 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, Todas las células del organismo requieren de la administración continua y suficiente de oxígeno. Para mantener niveles adecuados de oxígeno y de bióxido de carbono en los alvéolos y en la sangre debe existir una irrigación adecuada, así como una ventilación suficiente

Fuente de oxígeno fija o portátil Bolsa reservorio con extensión Succión de pared o aparato de aspiración portátil Recipiente para recolección Tubos conectivos Estuche con catéter de aspiración Dos guantes Solución estéril o fisiológica estéril Jeringa de 20 cm con solución salina Toalla Estetoscopio Componentes del dispositivo de aspiración: Tubo en T con una conexión para el paciente y otra para el ventilador. Entrada de irrigación para instilar solución fisiológica. Banda indicadora en el extremo del catéter. Catéter de aspiración y manguito de plástico. Válvula de control para abrir y cerrar, que activa la aspiración. Entrada para la conexión de aspiración. Adaptador flexible para la conexión del ventilador. Etiquetas para indicar el día de cambio del sistema

BIBLIOGRAFÍAS

1. Perry Potter Habilidades y procedimientos en enfermería, Mc Graw Hill, (2014).
3. Sorrentino Remmer_fundamentos de enfermería práctica, cuarta edición, mc graw hilli (2015).
4. Perrey Potter fundamentos de enfermería, Mc Graw Hill, (2014).
5. Guías para enfermería para práctica clínica.(<https://www.youtube.com/watch?v=ZPou8Oxf0Xg>) Enfermería trabajo en equipo