



Nombre de alumnos: Gener Giovanni Santiz Gómez

Nombre del profesor:

Nombre del trabajo:

Materia:

Grado:

Grupo: A



Instalación de catéter venoso central

La colocación de un **catéter venoso central** (CVC) mediante la punción de una vena **central** periférica es un acto médico invasivo complejo que debe ser llevado a cabo por un profesional médico con experiencia tanto en la realización de la técnica como en las técnicas de imagen necesarias para su colocación.

Técnica

1. Selección de la técnica. Existen varias vías de abordaje de esta vena, tanto supra como infraclaviculares. Sin embargo, la más ampliada es la infraclavicular descrita por Aubaniac.
2. Desinfección de la zona.
3. Preparar y colocar el campo . Lo más estéril posible, realizándolo idealmente con gorro, bata y mascarilla.
4. Utilizar guantes estériles.
5. Identificar los puntos anatómicos de referencia
6. Anestésiar la zona. Infiltración con anestésico local (Lidocaína) al 1 % sin vasoconstrictor en el punto y trayecto que vayamos a utilizar después.
7. Punción y canalización. Se realiza a nivel de la unión del tercio medio con el tercio interno de la clavícula, y aproximadamente 1 cm por debajo de ésta, dirigiendo la punta de la aguja hacia la fosa supraesternal . La punción se realiza con la aguja conectada a una jeringa y aspirando.
8. Inserción de la guía. Una vez localizada la vena (entrada rápida de sangre venosa en la jeringa), se procede a la introducción de la guía metálica por la luz de dicha aguja .
9. Retirar la aguja de punción. Debe realizarse con cuidado de no sacar la guía metálica.
10. Dilatación del trayecto. Se introduce a través de la guía un dilatador que se retirará posteriormente.
11. Inserción del catéter. Introducir el catéter a través de la guía metálica avanzando unos 15-20 cm en el adulto. Este debe avanzar sin ninguna resistencia. A veces es útil volver la cabeza hacia el lado homolateral de la punción. Aspirar, y después hacer pasar una jeringa llena de solución salina por la cánula.
12. Comprobar la correcta canalización. Conectar el equipo de perfusión. El goteo pulsátil indicará que el catéter está en ventrículo. Al bajar el suero la sangre debe refluir por el sistema, indicando su situación adecuada.
13. Fijación del catéter. Con un punto seda atraumática del n.º 00 en la zona de inserción, cubriéndola con un apósito estéril.

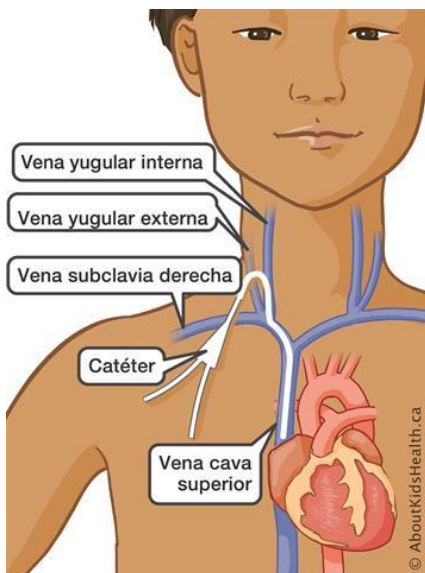
14. Auscultar el hemitórax donde se ha realizado la punción.
15. Comprobación radiológica. Se realizará radiografía de tórax para comprobar la correcta localización de la punta del catéter y excluir un neumotórax.
16. Anotar la fecha de colocación.

Procedimientos

La decisión de colocar un acceso venoso central debe realizarse después de considerar el riesgo y beneficio en cada paciente, si bien, la mayor parte de las contraindicaciones puedan ser subsanadas o tratadas. En aquellos pacientes donde no pueda ser posible eliminarlas, podría continuar encontrándose indicadas si el riesgo es inferior al beneficio de la colocación. Las indicaciones se mencionan a continuación:

- INDICACIONES TERAPEÚTICAS
- INDICACIONES DIAGNÓSTICAS

Vía correcta



Materiales

Preparación de la piel. Gasas estériles o algodón. Solución de Povidona yodada.

Preparación del campo estéril. Paños estériles con y sin fenestración. Guantes estériles.

Equipo para la intervención. Catéter de subclavia de 14G o venocath u otros catéteres específicos (de gran calibre, 6-8G o catéteres de 2 ó 3 luces), guía metálica, dilatador aguja de punción. Anestesia local (Lidocaína) sin vasoconstrictor. Dos jeringas de 10 cc., estériles. Dos agujas I.M. o I.V., estériles. Gasas estériles. Bisturí desechable o tijera estéril. Equipo de curas estéril. Seda atraumática del n.º 00. Esparadrapo estéril. y Apósito estéril. Solución de infusión. Equipo de infusión. Llave de tres pasos. Tapón de látex (si precisa). Soporte de suero. **Preparación del personal.** Lavado quirúrgico de las manos. Guantes estériles. Gorro, bata y mascarilla (a ser posible). **Preparación del paciente.** Decúbito supino, en Trendelenburg 10-20°, con la cabeza girada hacia el lado contralateral a la punción. Almohadilla bajo los hombros.

Los cuidados de enfermería

CUIDADOS GENERALES: y Higiene de manos: lavado higiénico de manos con agua y jabón y posteriormente solución hidroalcohólica o lavado antiséptico de manos (Daroxidina) y Manipular lo mínimo indispensable el catéter y Ponerse guantes estériles para cada manipulación. y Posición adecuada y cómoda del paciente y del personal.

RECOMENDACIONES: • Tener presente alergias al Látex. • Vigilar presencia de arritmias sería deseable la monitorización del paciente con ECG. • Vigilar presencia de hemorragia o hematoma. • Evitar rotura del catéter, embolia gaseosa y hemorragia. • Controlar constantes y estado general del paciente por posible producción de neumotórax-hemotórax. • Animar a los pacientes a comunicar al personal sanitario, cualquier cambio notado en la zona de inserción de su catéter o cualquier molestia (Recomendaciones II).

Aspiración de secreciones

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.

Técnica

- **Aspiración abierta:** Se refiere a la aspiración en la que, para realizar la técnica, se precisa desconectar el circuito del respirador. Se utilizan sondas de aspiración de un solo uso. -

Aspiración cerrada: Aspiración de secreciones en pacientes sometidos a ventilación mecánica, en la que no se precisa desconectar el circuito del respirador. Facilita la ventilación mecánica y la oxigenación continua durante la aspiración y evita la pérdida de presión positiva (o desreclutamiento). Se emplean sondas de aspiración de múltiples usos.

Materiales

- 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.

Procedimiento

1. Lavado de manos.

2. Preparación del material:

— Sonda de aspiración.

— Conexión en "Y".

— Solución salina.

— 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

Los cuidados de enfermería

- No intentar forzar la entrada de la sonda de aspiración cuando hay resistencia, ya que puede ocasionar traumatismos de las membranas o pólipos nasales. Si existen datos de hemorragia notificar al médico
- La aspiración repetida puede producir irritación de las membranas mucosas, edema, dolor, edema laríngeo y traumatismo. Suspender la aspiración si ésta es difícil o existe obstrucción.
- Determinar la necesidad de aspirar las secreciones del árbol traqueobronqueal, valorando el estado del paciente, y evitar una acumulación excesiva de las secreciones.
- Mantener una técnica estéril para reducir el riesgo de infecciones.

La sonda utilizada para aspirar la tráquea, no debe utilizarse para aspirar la nariz y la boca.

Utilizar una sonda estéril nueva para cada episodio de aspiración. Esta recomendación es para el uso único estricto, debe tenerse en cuenta como medida importante para la prevención de infecciones, mejor atención en el cuidado del paciente.

Diálisis peritoneal

La solución dializante absorbe los productos residuales de los vasos sanguíneos en tu revestimiento abdominal (**peritoneo**), luego, se extrae de tu cuerpo y se desecha.

La **diálisis peritoneal** es una forma de eliminar los desechos de la sangre cuando los riñones ya no pueden realizar esa función adecuadamente.

Técnica

1. Rasurar, desinfectar y preparar el campo de región cutánea infraumbilical.
2. Infiltrar con anestesia local.
3. Hacer una incisión de 4 mm en la piel, con el bisturí n.º 11.
4. Colocar en la incisión el catéter para diálisis peritoneal con el fiador.
5. Pedir al paciente que levante la cabeza para poner tensa la pared abdominal.
6. Introducir el catéter para diálisis en la cavidad peritoneal.
7. Hacer avanzar el catéter de diálisis peritoneal.

8. Confirmar la posición intraperitoneal.
9. Fijación del catéter.
10. Recortar el catéter.
11. Conexión del catéter con el sistema de, tubos de diálisis.
12. Colocar apósito.
13. Comenzar la diálisis.

Procedimientos

La diálisis permite la separación de moléculas en función de su tamaño al pasar a través de una membrana dializante. En el tratamiento de la insuficiencia renal, las técnicas más utilizadas son la hemodiálisis y la diálisis peritoneal. En la diálisis peritoneal se realiza una depuración extrarrenal inyectando en la cavidad peritoneal un líquido de diálisis, extrayéndolo después, cuando ya se ha cargado de sustancias de desecho o de sustancias tóxicas en el caso de intoxicación. El peritoneo desempeña el papel de membrana de diálisis. La hemodiálisis o depuración en el riñón artificial crea una derivación sanguínea tratando la sangre en un hemodializador. Esta técnica puede llevarse a cabo tanto en centros especiales como en el domicilio del enfermo. En general, se practica con mucha mayor frecuencia que la peritoneal, aunque ambos métodos son traumáticos para el enfermo y no están exentos de riesgos.

Materiales

Preparación de la piel.

Campo estéril.

Anestesia local.

Equipo para diálisis

Apósitos.

Posición.

Los cuidados de enfermería

Éstas se relacionan con el estado del abdomen, por ejemplo: politraumas, gran cirugía abdominal, quemaduras, sepsis de la pared abdominal y hernia troncoabdominal.

Complicaciones de la diálisis peritoneal:

– Mecánicas: dolor, sangramiento, escape de dializado, drenaje insuficiente, edema de la pared abdominal, perforaciones viscerales, hernias y pérdida intraperitoneal del catéter.

– Infecciosas: sepsis del orificio de salida, sepsis del túnel, peritonitis y diverticulitis.

Cardiovasculares: hipertensión, hipotensión, arritmias, edema agudo pulmonar y paro cardíaco.

– Respiratorias: neumonías, atelectasias e hidrotórax.

– Neurológicas: coma hiperosmolar, convulsiones y síndrome postdiálisis.

– Metabólicas: hiperglicemia e hipoglicemia, hiperpotasemia e hipopotasemia, hipernatremia e hiponatremia, alcalosis metabólicas, depleción proteica, hiperlipidemia, obesidad y desnutrición proteico-energética.

Atención de enfermería en prediálisis peritoneal:

– Preparación del material a utilizar y del área, previo lavado de las manos. Los equipos necesarios son los siguientes:

– Paños estériles.

– Equipo de anestesia local.

– Catéter peritoneal.

– Equipos de venoclisis estériles.

– Sistema conexión de diálisis.

– Tubo plástico en Y.

– Guantes estériles.