



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

PLANTEL OCOSINGO

LICENCIATURA EN ENFERMERIA

**CATETER VRNOSO CENTRAL, ASPIRACIÓN DE
SECRECIONES Y DIALISIS PERITONEAL.**

ALUMNA:

LESLIE SANDOVAL GARCIA

DOCENTE:

LIC. HILARIA HERNANDEZ

1° GRUPO "A"

OCOSINGO, CHIAPAS

08/07/2020

INDICE	PAG
Introducción catéter venoso central.....	03
Material.....	03
Procedimiento.....	04
Cuidados de enfermería.....	04
Introducción aspiración de secreciones.....	06
Material.....	07
Procedimiento.....	07
Cuidados de enfermería.....	09
Introducción diálisis peritoneal.....	11
Material.....	11
Procedimiento.....	12
Cuidados de enfermería.....	15
Conclusión Gral.....	15

INTRODUCCIÓN

Este es un procedimiento que suele realizarse de manera estéril muchas veces se realiza dentro de un quirófano, si no es que siempre se hace, lo cual es muchísimo mejor para prevenir futuras infecciones, en este caso se realiza con la finalidad de dejar picar varias veces y no lastimar al paciente generándole demasiado dolor y molestias, por otra parte, es una vía cuya finalidad es más directa a una fuerte grande donde distribuye mucho más rápido cualquier fluido.

Aquí te explicara el procedimiento, cuidados de enfermería y materiales que se ocupan durante el proceso.

CATETER VENOSO CENTRAL

Dispositivo que se usa para extraer sangre y administrar tratamientos, como líquidos intravenosos, medicamentos o transfusiones de sangre. Se introduce un tubo delgado y flexible en una vena, por lo general debajo de la clavícula. Luego se pasa el tubo hasta la vena cava superior (vena grande en el lado superior derecho del corazón) Un catéter central de acceso venoso se puede dejar colocado durante semanas o meses para evitar la necesidad de pinchazos múltiples. Hay varios tipos de catéteres centrales de acceso venoso. También se llama cánula venosa central, catéter venoso central y vía venosa central.

Preparación del lugar de inserción

No afeitar

Chequear sensibilidad ó alergia a los preparados elegidos

Limpieza física de la piel

Aplicar antiséptico

Dejar secar la solución antiséptica antes de aplicar el catéter.

Aislamiento quirúrgico con paños estériles

MATERIAL

- Catéter adecuado.
- Set de cura
- Agujas 26 o 27
- Gasas estériles.
- Dos jeringuillas de 10 ml y dos de 5 ml.
- Yodo povidona
- Una ampolla de Lidocaina 1%
- Dos ampollas de suero fisiológico.
- Paño verde fenestrado.
- Dos paños verdes sin fenestrar.
- Una bata estéril, mascarilla, gorro y guantes
- Seda 00
- Esparadrapo
- Frasco de Solución Salina al 0.9%

PROCEDIMIENTO

- Conocimientos suficientes sobre la anatomía y posible tratamiento de complicaciones.
- Documentar la cantidad de catéter introducido
- Tras varios intentos no se ha conseguido la canulación, deberá cambiarse el lugar elegido
- Nunca colocar el catéter dentro de la aurícula derecha o el ventrículo derecho
- Asegurar el catéter al paciente
- Se insertarán por un punto alejado de su entrada en la piel
- Insertado el catéter, limpieza estéril del lugar de inserción, eliminar restos hemáticos y aplicar pomada antiséptica o en su defecto solución antiséptica
- Fijar el catéter y proteger con apósito estéril. Registrar la fecha de inserción

CUIDADOS DE ENFERMERIA

- Lavado de manos
- Vigilar el punto de inserción diariamente

- Limpiar la piel alrededor del catéter
- Colocación de apósito estéril sobre la inserción del catéter
- Siembra de la punta del catéter al retirarlo
- Si sospecha de infección relacionada con el catéter retirar el catéter y enviar la punta para cultivo al servicio de Microbiología
- Cambiar el catéter cuando este médicamente indicado o si existen complicaciones sépticas existen rangos de permanencia de hasta 10 días
- Mantener la permeabilidad del catéter
- Los sistemas de goteo se cambiarán cada 48-72h, cuando se cambie el catéter y tras la administración de sangre, derivados sanguíneos y emulsiones lipídicas
- Los sistemas de goteo para nutrición parenteral deberán cambiarse cada 24-48 h
- Evitar las desconexiones del sistema, manteniéndolo como un sistema cerrado
- La conexión del sistema de goteo con el catéter se desinfectará diariamente con solución antiséptica
- En catéteres de larga permanencia se cambiará el apósito cada 24-48h y se aplicará en el punto de inserción pomada antiséptica o solución antiséptica
- Para medir la PVC se utilizará llave de tres pasos extremando al máximo las medidas de asepsia y antisepsia

INTRODUCCIÓN

Los pacientes que están en coma o aquellos que padecen un asma grave, problemas respiratorios evidentemente tienen dificultad para respirar y las vías suelen llenarse de fluido el cual evita el paso del oxígeno a los alveolos que son los sacos que realizan el intercambio de aire.

La aspiración de estas secreciones se usa con esa finalidad, se aspiran las secreciones que se encuentran en las vías respiratorias altas, este proceso debe durar 10 segundos, porque de lo contrario podría causarle alguna complicación al paciente, aunque el paciente este inconsciente como enfermeros y profesiones debemos ser muy cuidadosos con cualquier persona al realizarle esta técnica que también es invasiva.

ASPIRACIÓN DE SECRECIONES

Es la extracción de secreciones acumuladas en el tracto respiratorio superior, por medio de la succión y a través del tubo endotraqueal. La finalidad de una aspiración es para eliminar moco y otras secreciones de las vías respiratorias superiores, la frecuencia con la que se realiza la aspiración varía de paciente a paciente, pero si suele a acumular líquido es conveniente realizar la aspiración, si tose mientras estas aspirando se facilitara la eliminación del moco, la aspiración no puede durar más de 10 a 15 segundos, porque podrías secar el área y causarle otros daños.

Objetivos de la aspiración

- Mantener la permeabilidad de las vías aéreas
- Favorecer la ventilación respiratoria
- Prevenir infecciones y afectaciones ocasionadas por el acumulo de secreciones

Bien, ahora veremos cuál es la técnica para realizar la aspiración de secreciones, no es tan sencillo como usar una aspiradora para el automóvil o para los sillones, la

técnica de aspiración consta de dos partes o más bien, son dos técnicas, la técnica abierta y la técnica cerrada. La técnica con sistema abierto

- Es la extracción de secreciones del árbol traqueobronqueal a través de nariz, boca o de una vía artificial, tubo endotraqueal TET o traqueostomía TQT usando una técnica estéril. Estamos conscientes que para realizar un procedimiento que sobre todo requiere un tipo de invasión necesitamos las herramientas adecuadas y el conocimiento necesario para poder realizarlo ¿cierto?
- **Materiales**
 - Aspirador de vacío
 - Recipiente para la recolección de secreciones
 - Sondas de aspiración estéril (NELATON)
 - tubo o goma de aspiración
 - guantes estériles
 - ambú con reservorio conectado a una fuente de oxígeno
 - jeringa de 10 ml
 - Suero fisiológico
 - Botella de agua bidestilada

Ahora sí, pasamos a ver el procedimiento

- **Procedimientos**
 - Verificar al paciente
 - Explicar el procedimiento al paciente si está consciente
 - Saber que el procedimiento aliviara los problemas respiratorios es tranquilizador y consigue la colaboración del paciente
 - Proporcionar la higiene de manos y seguir los procedimientos adecuados para el control de infección
 - Apegado a la NOM-045-SSA2-2005 para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales

- Apartado 10 responsable del establecimiento y aplicación de medidas de vigilancia, prevención y control de las infecciones nosocomiales.
- Si no está contraindicado, poner al paciente en posición semi- fowler para favorecer la respiración profunda, la expansión pulmonar máxima y la tos profunda
 - La respiración oxigena los pulmones, contrarresta los efectos hipóxicos de la aspiración y puede inducir la tos.
 - La tos ayuda a ablandar y movilizar secreciones
- Preparar el equipo para un sistema abierto
 - Abrir el material
 - El material se debe organizar y contar antes y después de cada procedimiento.
 - Verter el suero salino normal estéril o agua esterilizada en la palangana estéril
 - Ponerse gafas, mascarilla y traje si fuera necesario
 - Ponerse los guantes estériles
 - Sujetar el catéter con la mano dominante y el conector en la mano dominante, conectar la sonda de aspiración al conducto de aspiración
- Lavar y lubricar el catéter
- Usando la mano dominante, poner la punta de catéter en solución estéril
- Usando el pulgar de la mano no dominante, ocluir el control de aspiración y aspirar una pequeña cantidad de solución estéril a través del catéter
 - Así se determina si el equipo de aspirado funciona correctamente y se lubrica el exterior y el interior de la luz del catéter
 - La lubricación facilita la inserción y reduce el traumatismo tisular durante la inserción de la luz del catéter

- Si el paciente tiene muchas secreciones, no hiperventilar con un reanimador: por lo contrario, mantener encendido el dispositivo de administración de oxígeno y ajustar
 - Si se hiperventila a un paciente que tiene muchas secreciones, se pueden introducir aún más en las vías respiratorias
- Aspiración, aspirar durante 5 a 10 segundos poniendo el pulgar de la mano no dominante sobre el acceso del pulgar
- Rotar el catéter haciendo lo girar ente el índice y el pulgar, a la vez que se extrae lentamente
- Retirar completamente el catéter y liberar la aspiración
- Hiperventilar al paciente
- Volver a aspirar si es necesario
 - El tiempo se limita a 10 segundos o menos, hará inducir la perdida de oxigeno
 - Se evita traumatismos tisulares reduciendo la aspiración en el origen de la tráquea
- Desechar el equipo y garantizar la disponibilidad del tubo de aspirador
 - Lavado de manos después de desechar y lavar los materiales utilizados
 - Comprobar que la configuración del ventilador y del oxígeno estén correctas
 - En los pacientes que necesitan aspiración a menudo es necesario hacerlo rápidamente, por lo que es esencial dejar el quipo aun lado de la cama listo para su uso

Cuidados de enfermería

- Limpieza ineficaz de las vías respiratorias secundario a la supresión del reflejo de la tos.
 - Realizar cambios posturales
 - Fisioterapia respiratoria (respiraciones profundas, clapping, vibraciones y expiraciones forzadas)

- Mantener al paciente hidratado para facilitar la expulsión de secreciones
- patrones respiratorios ineficaces secundario a la obstrucción mecánica y el dolor.
 - Valorar el dolor con la escala EVA para asegurar el confort del paciente
 - Aspiración de secreciones con sonda en pacientes intubados o traqueostomizados
- Deterioro del intercambio gaseoso secundario a la anestesia general o raquídea y aspiración.
 - Mantener la vía aérea permeable realizando aspiración de secreciones o colocación del tubo de mayo, si precisa
 - Mantener la oxigenación del paciente mediante la monitorización de la saturación O₂, colocando el pulsioxímetro y controlar que las alarmas estén bien ajustadas
 - Colocar al paciente en una postura óptima para la oxigenación (35-45°)
 - Posición de Fowler alta para facilitar la expansión máxima del pecho
- Alto riesgo de broncoaspiración secundario a una disminución del nivel de conciencia
 - Valorar la función gastrointestinal para descartar peristaltismo hipoactivo
 - Colocar al paciente a 30° para evitar reflujo gástrico
 - Mantener la permeabilidad y el funcionamiento de los aparatos de aspiración nasogástrica para prevenir la acumulación de contenido gástrico
 - Proporcionar cuidados frecuentes de la boca para evitar la colonización de la orofaringe con bacterias y la inoculación en vías aéreas inferiores
 - Tratar las náuseas con rapidez

INTRODUCCIÓN

Creo que todos hemos por lo menos oído hablar de esta técnica que de igual manera es invasiva, pero no creo que todos tengamos idea de cómo es que este procedimiento suele realizarse y me incluyo, cuando estaba en la prepa oí hablar de esto, pero no tenía ni la menor idea de que era o como se hacía, es importante conocer cómo se realiza esta técnica, suele emplearse en personas con dificultades en los riñones.

Aquí dejo qué es, por donde suele aplicarse, materiales que enfermería ocupa para realizarlo y los cuidados que también emplea en el paciente.

DIALISIS PERITONEAL

El peritoneo es la membrana serosa más grande del organismo, consiste en una capa de epitelio pavimentoso simple (mesotelio) con una capa de sostén, subyacente formada por tejido conectivo alveolar

El peritoneo se divide en:

- Peritoneo parietal: reviste la pared de la cavidad abdomino pelviana
- Peritoneo visceral: cubre de modo total o parcial algunos órganos de la cavidad y forma su serosa
- Cavidad peritoneal: el espacio delgado que contiene líquido seroso y se sitúa entre el parietal y visceral

¿qué es la diálisis peritoneal?

Es el proceso que consiste en la movilización de líquidos y partículas de un compartimiento líquido a otro a través de una membrana semipermeable.

Clínicamente la diálisis es el proceso mecánico de eliminar productos residuales del metabolismo proteico sin alterar el equilibrio hidroelectrolítico y restableciendo el equilibrio ácido básico en pacientes con compromiso de función renal.

¿Cuándo se utiliza una diálisis peritoneal?

Se recurre a la diálisis cuando el tratamiento conservador no basta para controlar los síntomas urémicos de los pacientes con IRC (insuficiencia renal crónica) o cuando se requiere una actuación inmediata, como sucede en la IRA (insuficiencia renal aguda) o en la sobredosis como sistema para eliminar los fármacos o las toxinas del organismo

- La diálisis se puede iniciar, por ejemplo, cuando la TFG (tasa de filtración glomerular): valor normal: 125 ml/min (7,5L/h)
- Creatinina está muy elevada
- El BUM (nitrógeno urémico sanguíneo: cantidad de sustancia nitrogenada presente en la sangre en forma de urea)

DIALISIS PERITONEAL

Es una técnica de depuración extrarrenal que puede utilizarse para tratar la insuficiencia renal aguda y crónica. En este tipo de diálisis, el líquido de diálisis se introduce en la cavidad abdominal por medio de un catéter y el peritoneo se comporta como una membrana semipermeable y selectiva a determinadas sustancias, ya que igual que las membranas utilizadas en hemodiálisis no permite el paso a los elementos formes, aunque si de las toxinas.

La diálisis peritoneal se realiza mediante difusión y osmosis, gracias al desarrollo de catéteres para ser implantados en la cavidad abdominal, el más común es el catéter de Tenckhoff, que promueven el desarrollo del epitelio escamoso en el túnel subcutáneo próximo al catéter y en el orificio de salida y dentro de la pared abdominal.

EQUIPO PARA DIALISIS PERITONEAL

- Guantes estériles
- Campos estériles
- Bata esteril
- Gasas estériles

- Esparadrapo
- Agujas nuero 18 y 22
- Jeringas de 10 y 20 cc
- Anestesia local
- Catéter intraperitoneal
- Sistema de diálisis peritoneal
- Frasco de drenaje de 3000 ml
- Liquido de diálisis peritoneal
- Solución electrolítica estable con heparina
- Medicación al introducir en la solución
- Anestesia local
- Suero fisiológico
- Hoja de bisturí numero 11
- Pinza Murphy recta
- Guía para sonda
- Tunelizador
- Hilo nylon 2.0

TECNICA PARA CIRCULAR PROCEDIMEINTO DE COLOCACIÓN DEL CATÉTER

- Lavarse las manos
- Preparar equipo completo
- Verificar al paciente correcto
- Colocar al paciente en decúbito dorsal
- Lacarse las manos y abrir el equipo
- Pasar gabachón y guantes estériles
- Pasar escudias para asepsia y antisepsia con jabín yodado o Isodine
- Se utilizan 5 torundas
- Vestir al paciente con 4 campos estériles
- Servir anestesia al médico generalmente 10 cc
- Pasar bisturí numero 11 previamente montado si utilizara el medico

- En caso de usar bisturí el medico romperá el peritoneo con una pinza Murphy recta para disección roma
- Pasar guía y catéter
- Una vez colocado el catéter pasar escudía para verificar la permeabilidad
- Pasar bolsas de DP
- Si el catéter es blando y no se retirará se deberá servir anestesia para tunelizar
- Pasar hilo nylon 2.0 para cerrar la herida
- Verificar que el sistema y las bolsas de drenaje realice la función correcta
- Cubrir con gasas
- Orientar sobre los recambios
- Dejar limpio y cómodo al paciente

CUIDADOS DE ENFERMERIA

- Preparar al paciente desde el punto de vista emocional y físico para el tratamiento
- El paciente debe vaciar la vejiga y defecar antes del procedimiento
- Pesar al paciente antes y al final del procedimiento
- Control de signos vitales antes de iniciar y después de cada recambio
- Fijar correctamente el catéter para evitar migración o salida de éste
- Vigilar en búsqueda de complicaciones
 - o Sangrado
 - o Fugas
 - o Dolor abdominal
 - o Cefalea
 - o Disnea
 - o Calambres
 - o Perforación intestinal o vesical
 - o Hipertensión
 - o Hipotensión

- Anotar hora de recambios y anomalías en la hoja de enfermería
- Administrar soluciones dializantes a temperatura corporal
- Llevar un registro preciso de:
 - o Hora exacta del comienzo y fin de cada intercambio
 - o Hora exacta del drenaje
 - o Volumen y tipo de solución introducida y drenada
 - o Balance hídrico (Acumulativo)
- Emplear técnicas de asepsia estricta cuando se agrega la solución o se vacían los recipientes de drenaje
- Verificar la integridad de soluciones
- Administrar soluciones por gravedad
- Mantener la permeabilidad del catéter y el sistema
- Retirar el catéter de forma rotativa
- Cubrir con apósito estéril el orificio donde estuvo y sellarlo
- Dar de alta cuando este estable

CONCLUSIÓN

Enfermería tiene un vasto campo para poder desenvolverse en cualquier área si así lo dispusiera, ellas tienen a su cargo a varios pacientes, sin embargo no a todos se les aplican los mismos procedimientos o padecen la misma enfermedad, ellas velan por cualquier persona, raza, género y edad sin discriminación alguna, considero que es una profesión bastante noble aunque muchas veces no se vea de esta forma en la que muchas otras personas lo vemos, por otro lado igual existen aquellas enfermeras que no son empáticas con los demás lo cual es una completa desgracia, no me imagino a Florence Nightingale o a Virginia Henderson desde el cielo viendo a esas mujeres u hombres tratando mal a un paciente. Sin duda alguna una de las carreras profesionales más nobles que haya.

- Cuando se administra una vía intravenosa central se hace con la finalidad de extraer sangre y administrar tratamientos, como líquidos intravenosos, medicamentos o transfusiones de sangre también cuando requiere que este

más tiempo la vía colocada, enfermería se encarga de que no haya probables infecciones en la vía, por lo regular suele realizarse en la yugular que es una vena de gran calibre, las diferentes sondas y catéteres de distintos calibres.

- La extracción de secreciones acumuladas en el tracto respiratorio superior, por medio de la succión y a través del tubo endotraqueal, con la finalidad de favorecer la ventilación respiratoria y Prevenir infecciones y afectaciones ocasionadas por el acumulo de secreciones en los cuidados de enfermería entran aparte de siempre checar los signos vitales, la Fisioterapia respiratoria (respiraciones profundas, clapping, vibraciones y expiraciones forzadas) en el caso de los pacientes que se encuentran en coma pues no se realizan porque ellos no pueden, únicamente se les mantienen vigilados y si se puede mantener los materiales de aspiración a la mano y sobre todo en aquellos pacientes que tienen muchas secreciones.
- Diálisis peritoneal es una técnica de depuración extrarrenal que puede utilizarse para tratar la insuficiencia renal aguda y crónica, el procedimiento como vino anteriormente se realiza a través de una incisión que se hace al paciente en la cavidad abdominal para poder extraer los líquidos, aparte que si el paciente no se realiza sus diálisis puede causar su propia muerte ya que hay toxinas que el riñón no está eliminando esta es una fase antes de que haya una hemodiálisis, uno de los muchos cuidados que realiza enfermería son Emplear técnicas de asepsia estricta cuando se agrega la solución o se vacían los recipientes de drenaje, Verificar la integridad de soluciones.