



Nombre de alumnos:

Sari Gómez Sánchez

Nombre del profesor:

Hilaria Moreno Hernández.

Nombre del trabajo:

Ensayo.

Materia:

Enfermería del adulto.

Grado: 6°

Grupo: "A"

Ocosingo, Chiapas a 10 de julio de 2020

INTRODUCCION

En este que a continuación hablaremos sobre las instalaciones del catéter venoso central, ya que es importante para el personal de salud conocer o tener mas conocimientos sobre estos procedimientos tan delicados, a continuación, se hablara para que sirve el catéter venoso central, como instalar, cuales su objetivo de esto y sus procedimientos.

también se hablará lo que es la aspiración de secreciones también para que sirve, en que paciente se le aplica estos procedimientos.

Y también se anexará el tratamiento de la diálisis peritoneal ya que esto es lo básico por lo cual se necesita mucho de los conocimientos para la enfermería. La misma manera también se definirá, para que sirve y sus procedimientos.

DESARROLLO

CATETER VENOSO CENTRAL

El catéter venoso central es una sonda que se le introduce en una vena del paciente (vena subclavia) que va directo al corazón, con el fin de ayudar a transportar nutrientes y medicamentos hacia su cuerpo del paciente.

Procedimiento para insertar un catéter venoso central: Informar al paciente ya que es importante que el paciente se mantendrá informado lo que se le va a realizar, Colocar al paciente en decúbito supino, Lavarse las manos según recomendaciones generales, No rasurar; si es necesario retirar el vello, cortar con una tijeras, Lavar la zona de punción con agua y jabón es necesario estar en buena higiene la zona, Aplicar solución antiséptica desde el centro de la zona de inserción con movimientos circulares hacia la periferia, dejándola actuar hasta que seque, Proceder por parte del facultativo a la inserción del catéter, Fijar la vía y tapar con apósitos estériles de gasa o transparentes semipermeables para evitar que se infecte la zona, Anotar fecha y hora de inserción en lugar visible es necesario para cualquier cosa que ocurra, Retirar tan pronto después de haber utilizado todo el material ya que puede ya contener infecciones, realizar urgentemente un Rx. de tórax para estar seguro donde se introdujo el catéter.

Los materiales que se ha de ser utilizado en este procedimiento son: Mascarilla facial y gorro quirúrgico, Bata y guantes estériles, Solución antiséptica: Povidona yodada, Clorhexidina acuosa 2%, Clorhexidina alcohólica al 0,5% o Alcohol al 70% (Recomendaciones IA), 3 Paños estériles o más (para disponer de un gran campo), Sistemas de suero, Gasas estériles, 2 agujas intramusculares, 2 jeringas de 10 cc, una bolsa de 50 – 100 ml, de suero fisiológico, 2 ampollas de 10 ml de Mevipacaina al 1% - 2% (Scandinibsa 1%, 2%), Set de vía venosa central, Hoja de bisturí N.º 15, Seda trenzada de 0/00 con aguja recta, Llaves de tres pasos, Apósitos estériles de gasa o apósitos estériles transparente semipermeable, Transductores de presión purgados (si se va a monitorizar alguna presión), Contenedor de objetos punzantes y cortantes, Mesa auxiliar para colocar el material.

Los cuidados de enfermería: 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, estar vigilando sus signos vitales, anotar cualquier alteración de la vía donde se realizó el procedimiento.

ASPIRACION DE SECRECIONES

Es la excreción de secreciones que se encuentran acumuladas en el tracto respiratorio superior de un paciente, este procedimiento se realiza para eliminar el moco de las vías respiratorias, la aspiración debe durar mas de 10 a 15 segundos. El objetivo es para mantener una buena ventilación del paciente, Prevenir las infecciones y afectaciones ocasionadas por el acumulo de secreciones.

La técnica para ser realizado, a extracción de secreciones del árbol traqueobronquial a través de nariz, boca o de una vía artificial siempre cuando usando la técnica estéril.

Los materiales que se ha de utilizar, 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 fuente de oxígeno, Jeringa de 10 ml, Suero fisiológico, Botella de agua bidestilada.

Procedimiento: Explicar el procedimiento al paciente si esta consiente y si no se encuentra consciente explicarle a algún acompañante o un familiar, Proporcionar la higiene de manos y seguir los procedimientos adecuados para el control de infección, Si no está contraindicado, poner al paciente en posición Semi-Fowler para favorecer la respiración profunda, la expansión pulmonar máxima y la tos profunda, Preparar el equipo para un sistema abierto: Abrir el material, Verter suero salino normal estéril o agua esterilizada en la Palanga 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, Si el paciente tiene muchas secreciones, no hiperventilar con un reanimador: Por lo contrario: Mantener encendido el dispositivo de administración de oxígeno y aumentar el flujo o ajustar la FiO2 al 100% durante varias respiraciones antes de aspirar, Introducir el catéter rápida pero suavemente, sin aspirar, Con el pulgar de la mano no dominante, introducir el catéter rápido pero suavemente en la

tráquea a través del tubo de traqueotomía, Nota: No se aspira durante la inserción del catéter, Para prevenir traumatismos tisulares y pérdida de oxígeno, no se aspira durante la inserción del catéter, Insertar el catéter unos 12.5 cm en los adultos, menos en los niños, o hasta que el paciente tosa, Si se encuentra resistencia extraer el catéter 1- 2 cm antes de empezar a succionar, Aspirar durante 5 o 10 segundos poniendo el pulgar de la mano no dominante sobre el acceso del pulgar, Rotar el catéter haciéndolo girar entre 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, Volver a evaluar la oxigenación y repetir la aspiración, Dejar 2 a 3 minutos con el oxígeno, según proceda entre las aspiraciones cuando sea posible, Desechar 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.

Los cuidados de enfermería: Curación cada 12 horas, De esta manera permanecerá limpio el estoma evitando así su maceración e infección: Observaremos el aspecto del estoma vigilando signos de infección, Limpiar la zona con suero fisiológico, Secar minuciosamente, Impregnar con desinfectante, Cubrir la zona con un pequeño babero para protegerlo de la humedad y secreciones traqueales, Cambiar cintas de sujeción; la cinta sabremos que está lo suficiente justa si podemos pasar un dedo entre la cinta y el cuello, Mantener la cinta del cuello limpia y seca para evitar infección e irritación, Cambio de cánula mínimo una vez a la semana: Primero aspiramos secreciones, Hiperextender el cuello del paciente con ayuda de un rodete bajo los hombros para exponer bien la traqueostomía, Una persona sujeta la cánula mientras que otra corta la cinta, Lubricar la cánula con lubricante en spray, Retirar la cánula usada e introducir la nueva suavemente, sin empujar pero con fuerza, Una vez colocada comprobar el estado del paciente: coloración ,entrada de aire, Atar la cinta de sujeción y colocar el apósito protector, mientras la otra persona sujeta la cánula.

DIALISIS PERITONEAL

Es un tratamiento para tratar la insuficiencia renal, es una forma de eliminar los desechos de la sangre cuando los riñones ya no pueden realizar esa función adecuadamente.

Equipos: Guantes estériles, Campos estériles, Bata estéril, Gasas estériles, Esparadrado, Agujas n° 18 y 22 ½ y, jeringas 10 y 20 cc, Anestesia local, Catéter intraperitoneal, Sistema de diálisis peritoneal, Frasco de drenaje de 3000 ml, Líquido de diálisis peritoneal (dextrosa al 1,5 % y 4,25 % en solución electrolítica estable con heparina, 1.000 unidades/litro), Medicación a introducir en la solución, Anestesia local, Suero fisiológico, 30 ml, Hoja de bisturí N.º 11, Pinza Murphy recta, Guía para sonda, Tunelizado., Hilo Nylon 2.0.

Procedimientos: Lavarse las manos, Preparar equipo completo, Colocar al paciente en decúbito dorsal, Lavarse la mano y abrir equipo, Pasar Gabachón y guates estériles, Pasar escudias para asepsia y antisepsia con jabón yodado o Isodine, Se utilizarán 5 torundas, Vestir al paciente con 4 campos estériles, Servir anestesia al médico generalmente 10cc, Pasar bisturí n° 11, previamente montado si utilizara el médico, En caso de usar bisturí el médico romperá el peritoneo con una pinza Murphy recta para disección Roma.

Cuidados de enfermería: Preparar al paciente desde el punto de vista emocional y físico para el tratamiento, El paciente debe vaciar vejiga y defecar antes del procedimiento, Pesar al paciente antes y al final del procedimiento, Control de signos vitales antes de iniciar el tratamiento y al finalizar cada recambio, Fijar correctamente el catéter para evitar migración o salida accidental de éste, Vigilar en búsqueda de complicaciones: sangramiento, fugas, dolor abdominal, cefalea, disnea, calambres, perforación intestinal o vesical, hipertensión o hipotensión, Anotar hora de recambios y anomalías en hoja respectiva, Fijar correctamente el catéter para evitar migración o salida accidental de éste, Vigilar en búsqueda de complicaciones: sangramiento, fugas, dolor abdominal, cefalea, disnea, calambres, perforación intestinal o vesical, hipertensión o hipotensión, Anotar hora de recambios y anomalías en hoja respectiva, Emplear técnicas de asepsia estricta cuando se agrega la solución o se vacían los recipientes de drenaje. Verificar la integridad de las soluciones, Administrar soluciones por gravedad, Mantener la permeabilidad del catéter y el sistema, Retirar el catéter en forma rotativa, Cubrir con apósito estéril el orificio donde estuvo el catéter y sellarlo, Dar de alta al paciente cuando este estable.

EN CONCLUSION: todos estos procedimientos que ya se ha mencionado, es importante tener el conocimiento para poder aplicar a cada paciente que necesita de apoyo enfermería, y realizarlo siempre y cuando sea aséptico todo y explicarle antes el paciente lo que se le va a realizar.