

Ensayo de: instalación de catéter venoso central y aspiración de secreciones con técnica cerrada.

Práctica clínica de enfermería I.

Lic. Rubén Eduardo Domínguez García.

Alumna:

Ramos Pérez Nancy Natividad

Grupo, Semestre y Modalidad:

(6°B, sábado)

Lugar: Frontera Comalapa, Chiapas.

Fecha: 13 de junio 2020.

Instalación de catéter venoso central.

El acceso venoso central, es definido por la Norma Oficial Mexicana NOM-022-SSA3-2012, Que instituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión en los Estados Unidos Mexicanos, como el abordaje de la vena cava a través de la punción de una vena proximal.

Existen diversos sitios anatómicos a través de los cuales podemos crear un acceso venoso central y son vena yugular posterior, vena yugular anterior, vena subclavia y vena femoral. La canalización venosa central nos permite realizar diversas actividades en el usuario entre las que se encuentran la administración de grandes volúmenes de líquidos (soluciones hipertónicas o soluciones incompatibles). A través de esta canalización también podemos hacer una monitorización hemodinámica del paciente.

Materiales:

- ❖ Antiséptico (Povidona iodada o clorhexidina 2%).
- ❖ Gasas estériles
- ❖ Compresa
- ❖ 1 campo estéril
- ❖ Batas
- ❖ Guantes estériles
- ❖ 2 jeringas de 10 ml
- ❖ Cubre-boca
- ❖ Catéter intravenoso
- ❖ Catéter de doble/triple luz
- ❖ 2 sueros
- ❖ Sistema con llave de 3 vías.
- ❖ Adhesivo
- ❖ Apósito estéril transparente

Descripción de la técnica:

Antes de realizar cualquier procedimiento con o en el usuario debemos preparar al paciente física y emocionalmente para facilitar la cooperación de el con el o los profesionales de la salud, por lo que debemos brindarle una información adecuada y clara.

Después de lavarnos las manos, en el carrito de curaciones debemos colocar todo el material necesario para realizar la instalación de catéter venoso central. Al preparar al usuario para la instalación de su catéter le colocaremos un campo hendido junto a un campo estéril, el paciente debe estar en posición de trendelenburg para el procedimiento.

La canalización de la vena se realiza a través de un catéter conocido como Abocath, el cual puede ser del número 18 debido a que facilita la introducción de la guía. Es importante que la cabeza del paciente este hacia el lado de la punción, para empezar a introducir la guía a través del angiocatéter. La punta de la guía es blanda y tiene una forma curva y debe coincidir con el extremo que se adaptara al angiocatéter.

Es necesario monitorizar al usuario en todo momento por lo que debemos observar cualquier alteración en los signos vitales del paciente, es importante vigilar el electrocardiograma en todo momento. Un extremo considerable de la guía debe quedar fuera para poder sacar el angiocatéter, después se procede a deslizar el dilatador a través de la guía con cierta fuerza para que traspase el tejido subcutáneo y la piel, en esta parte del procedimiento en ocasiones se necesita realizar un corte con bisturí.

Después debemos retirar el dilatador pues su única función es facilitar el paso del catéter, al retirar el catéter debemos aplicar presión con una gasa y será a través del orificio de Luz Distal del catéter que se introducirá entre 40-45 cm el catéter. Una vez instalado el catéter se retirara la guía y se procederá a verificar el retorno de sangre en las dos luces del catéter. Para fijar el catéter es necesario retirar la sangre procedente de la inserción del catéter y realizar antisepsia, al fijar el catéter se hará con una especie de corbata alrededor del catéter más un apósito estéril.

Después de dejar al paciente lo más cómodo posible, el profesional de enfermería debe vigilar los factores de riesgos que comprometan la salud del usuario; obesidad, ventilación mecánica, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica y arritmias ventriculares.

El punto de inserción más adecuado es en una vena cava superior, en el tercer espacio intercostal, por lo que debe comprobarse la posición correcta a través de Rx de tórax.

Aspiración de secreciones con sistema cerrado.

La aspiración de secreciones es un procedimiento eficaz para limpiar las vías aéreas del paciente que no puede eliminar secreciones nasotraqueales y orotraqueales por sí mismo, además facilita la limpieza y extracción de secreciones en pacientes que se encuentran intubados. Se realiza por medio de un catéter conectado a un sistema de succión.

Los principales objetivos de este procedimiento son: mantener la adecuada permeabilidad de las vías aéreas, así como favorecer la ventilación respiratoria mediante la prevención de infecciones ocasionadas por el exceso de secreciones. Está indicada en pacientes que no pueden eliminar las secreciones por sí mismos, pero cuando el usuario presenta edema laríngeo, leucemia, trombocitopenia, varices esofágicas, la realización de dicho procedimiento deberá ser analizado cuidadosamente para evitar comprometer la vida del paciente.

Material y equipo:

- Guantes desechables estériles.
- Ambú
- Jalea lubricante.
- Solución para irrigación.
- Sistema de aspiración
- Jeringa de 10 ml
- Sondas para aspiración de secreciones en sus diferentes tamaños.
- Solución antiséptica.
- Riñón
- Cubre bocas.

Procedimiento.

Como ya sabemos antes de realizar cualquier procedimiento en el usuario debemos lavarnos las manos y explicarle de forma clara el procedimiento que vamos a realizarle. Así también hay que valorar los signos vitales del paciente. Para proceder a realizar la aspiración de secreciones el paciente debe estar en posición Semi-Fowler.

La mano dominante calzada con el guante estéril se retirara la sonda de su envoltura sin que esta toque superficies contaminadas, para conectarla en el tubo del aspirador.

Después de lubricar la punta de la sonda, se introduce en una de las fosas nasales cuando el paciente inspire. El reflejo que genera la tos facilita el desprendimiento de las secreciones y la aspiración se empieza a realizar mientras se va retirando la sonda entre 2-3 cm con una aspiración intermitente, para evitar la aparición de lesiones en la mucosa, por lo que se debe esperar mínimo 5 minutos antes de intentar aspirar de nuevo.

Al retirar la sonda el paciente debe respirar varias veces y la sonda debe limpiarse en su interior con solución para irrigación. Al terminar por completo el procedimiento el profesional de salud deberá auscultar los campos pulmonares así como valorar los ruidos respiratorios para verificar la correcta realización del procedimiento.

Aspiración en pacientes con tubo endotraqueal.

Este procedimiento se realiza con técnica estéril y es indispensable tener en cuenta que la acumulación de secreciones en el árbol traqueal puede ocasionar estrechamiento e insuficiencia respiratoria.

Después de monitorizar los signos vitales del paciente, explicarle en la medida de lo posible el procedimiento que se le realizara y de colocarlo en posición Semi-Fowler con el cuello en hiperextensión el profesional de salud procederá a calzarse los guantes y con la mano dominante enrollara la sonda y la conectara al tubo de aspiración.

Procederá a desconectar al paciente del ventilador y lo cubrirá con una gasa estéril para prevenir una contaminación. Con el Ambú brindara oxígeno al paciente antes de la aspiración con la finalidad de prevenir hipoxemia.

Deberá introducir la sonda de aspiración previamente lubricada, en el orificio del tubo de endotraqueal o de traqueotomía hasta encontrar una ligera resistencia. La aspiración se realiza retirando la sonda de 2-3 cm con movimientos rotatorios. Antes de intentar volver a aspirar al paciente debemos oxigenarlo con el Ambú entre 4 y 5 veces.

Al terminar por completo el procedimiento se debe conectar nuevamente al paciente al ventilador.

Fuente: antología de práctica clínica I, páginas 48-61