

PLACTICA CLINICA DE ENFERMERIA I

DOSENTE. L.E. RUBEN EDUARDO DOMINGUEZ GARCIA

TRABAJO. ENSAYO DE LOS TEMAS: INSTALACION DE CATETER VENOSO CENTRAL. – ASPIRACION DE SECRECIONES CON TECNICA CERRADA.

ALUMNA. MAYDA VILLATORO HERNANDEZ

CUATRIMESTRE, GRUPO Y MODALIDAD:

6° CUATRIMESTRE “B” SABADO

FRONTERA COMALAPA, CHIAPAS, JUNIO DEL 2020

INTRODUCCIÓN

En el tema hablaremos de la colocación de catéteres venosos centrales (CVC), es una práctica avanzada, habitual en unidades de cuidados críticos, como alternativa al catéter de acceso periférico tipo DRUM. La correcta posición de su punta, es transcendental para la evasión de complicaciones, a veces vitales, como la perforación cardíaca, arritmias ventriculares, hay técnica para realizarlos para que tenga comodidad del paciente, nos parece interesante explicar el procedimiento y los cuidados de enfermería ya que es importante saber de cada uno de ellos para realizar un buen trabajo.

DESARROLLO

La técnica de canalización percutánea de vía venosa central, a través de un acceso periférico mediante un catéter de doble o triple luz de poliuretano radio opaco, utilizando la técnica de Seldinger modificada, que nos permite: Administrar, grandes volúmenes de líquidos, soluciones hipertónicas, soluciones incompatibles a través de luces separadas o varias perfusiones simultáneamente: Monitorización hemodinámica. -Extracción muestras sanguíneas. - Personal necesario 1 enfermera y 1 auxiliar -Ámbito de aplicación Un box de urgencias. - Material necesario 50 -Mesa auxiliar -Cepillo con antiséptico -Empapador - Compresor -Antiséptico al uso: Povidona iodada o clorhexidina 2%. -Gasas estériles -1 paño estéril y 1 paño fenestrado -Bata y guantes estériles -Gorro y mascarilla -Anestésico tópico -2 jeringas de 10 ml -Abocath18 -Catéter de doble/triple luz -2 sueros, sistemas y llaves de 3 vías. -Adhesivo para fijar el catéter -Apósito estéril transparente.

Sitios anatómicos: - Yugular posterior. -Yugular anterior. -Subclavio.

Descripción de la técnica: -Preparación del paciente. -Informar adecuadamente al paciente de la técnica que se le va a realizar. - Monitorizar el electrocardiograma antes, durante y después del procedimiento. - Colocar al paciente en posición decúbito supino o trendelemburg. - Valorar las venas de ambas extremidades superiores en la fosa antecubital. - Se pueden emplear dos tipos de anestésicos locales. - Aplicar el antiséptico de forma circular de dentro hacia fuera.

Preparación del personal: - Utilizar técnica estéril en todo momento.

Realización de la técnica: - Colocar un empapador bajo el brazo elegido. - Preparar una mesa auxiliar con paños estériles y todo el material necesario. -Colocar paño fenestrado sobre el brazo y ampliar el campo estéril con otro paño. - Canalizar vena mediante un abocath será del no 18. -Retirar el compresor para permitir la progresión de la guía personal no estéril. - Pedir la colaboración del paciente, haciendo que gire la cabeza hacia el lado de la punción, y empezar a introducir la guía a través del angiocatéter. - Vigilar el electrocardiograma en todo momento. - Dejar fuera suficiente porción de guía como para poder manejarla con seguridad, y sacar el angiocatéter a través de la guía. - Deslizar el dilatador a través de la guía. - Retirar el dilatador y aplicar presión con una gasa sobre el punto de inserción. - Retirar el tapón de la luz distal del catéter, ya que la guía saldrá por ese punto, y empezar a introducir el catéter deslizándolo por la guía. - Mantener siempre sujeta la guía mientras se introduce el catéter suavemente. - Introducir hasta 40-45 cm, y teniendo en cuenta que si el brazo es el izquierdo. - Retirar la guía con cuidado y comprobar el reflujo de sangre en las dos luces con jeringas de 10 ml.

Fijación del catéter: -Retirar la sangre del brazo y zona de punción con suero fisiológico, y posteriormente aplicar el antiséptico seleccionado, clorhexidina 2%. - Para fijar el catéter se puede emplear Steri-strip colocando una corbata alrededor del catéter. - Retirar el material punzante y depositarlo en el contenedor adecuado. - Quitar el campo estéril, dejar al paciente en la posición más cómoda posible, y lavarse las manos.

Vigilancia y control: Seguir las recomendaciones de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias para disminuir las complicaciones: - Valorar la indicación de la inserción de un catéter venoso central. - Reconocimientos de factores de riesgos que puedan dificultar la canalización, tales como índice de masa corporal, obesidad, ventilación mecánica, arterioesclerosis grave, sepsis, arritmias ventriculares, EPOC, antecedentes de radioterapia. - Colocación o supervisión por personal experto si se prevé dificultad. - No realizar más de dos o tres intentos de venopunción. -No practicar cambios rutinarios de catéter para prevenir la infección. -Comprobación de la posición correcta del catéter mediante Rx de tórax. La posición más adecuada es en vena cava superior, tercer espacio intercostal. -Colocación y retirada del catéter en trendelemburg. - Oclusión de la luz de la aguja durante la inserción. -Verificar funcionamiento adecuado de las perfusiones. -Control de las complicaciones relacionadas con la punción o con el catéter. -Valorar diariamente la indicación del mantenimiento del catéter venoso central. - Elección del sitio de inserción.

Registro y observaciones de enfermería: - Tipo de catéter y no luces -Extremidad y vena de acceso -Fecha de acceso -Incidencias que surjan durante la inserción en el evolutivo de enfermería

CONCLUSION

Mi conclusión sería, con la aplicación del catéter se consigue una mejora de la calidad de salud del paciente, la canalización venosa central suele ser un procedimiento seguro, pudiendo tener complicaciones graves, las cuales en su mayor parte pueden ser evitadas mediante la identificación cuidadosa del sitio, la preparación y la reversión de las coagulopatías existentes antes del procedimiento. por el cual el personal de salud, debe de saber todas las técnicas y todos los conocimientos para realizar un buen trabajo.

BIBLIOGRAFIA

Antología otorgada por el profesor.

INTRODUCCIÓN

En el tema aspiración de secreciones con técnica cerrado es un procedimiento mediante el cual se introduce un catéter cubierto por un manguito de plástico flexible en la vía aérea traqueal artificial para la retirada de secreciones, suprimiendo la necesidad de desconectar al paciente del respirador, mantener permeable la vía aérea, facilitar la eliminación de secreciones, prevenir neumonías causadas por acumulación de secreciones y estimular el reflejo tusígeno. La aspiración de secreciones a un paciente con vía aérea artificial, es un procedimiento que se debe manejar con técnica estéril, se debe tener en consideración que la acumulación de secreciones en la vía aérea artificial o árbol traqueal.

DESARROLLO

Los resultados serían, permite aspirar secreciones en pacientes intubados o con cánulas traqueales sin necesidad de desconectar al paciente. -Reduce la hipoxia y alteraciones hemodinámicas derivadas de la desconexión. -Minimiza el riesgo de infecciones cruzadas entre el paciente y el personal durante el proceso de aspiración. -Al no producirse la desconexión reduce el estrés tanto del paciente como del personal.

Material:

Fuente de oxígeno conectada a bolsa de resucitación. -Set de catéter de aspiración. -Succión de pared o aspiración portátil. -Recipiente recolector. -Guantes. -Jeringa estéril de 10ml. -Solución salina estéril. -Fonendoscopio para valoración.

Procedimientos:

La enfermera: -Prepara al paciente, le explica el procedimiento y le pide su participación para un mejor resultado, esto disminuye la angustia del paciente y reduce los riesgos. -Explica la importancia de que el paciente tosa durante el procedimiento para remover las secreciones, en caso de que esté consciente el paciente. -Reúne el material y equipo en la unidad del paciente. -Valora la placa de rayos X de tórax. -Ausculta los campos pulmonares del paciente. -Proporciona palmopercusión al paciente. -Ayuda al paciente a adoptar una posición cómoda en semifowler o fowler. -Coloca una toalla protectora cruzada sobre el tórax del paciente. -Verifica que la fijación de la cánula endotraqueal del paciente sea segura. -Se lava las manos -Se coloca los guantes -Retira el sistema de aspiración cerrado de su envoltura. -Conecta el tubo en T a la conexión del equipo del ventilador. -Conecta la conexión al tubo endotraqueal. -Conecta la entrada de aspiración a la pared. -Presiona la válvula de control y establece la aspiración al nivel adecuado empezando entre 80 y 100 mm Hg y libera la válvula de control. -Fija el tubo en T con la mano no dominante e introduce el catéter unos 10-12 cm para limpiar la vía aérea del paciente, al hacer esto se colapsa el manguito de plástico. -Presiona la válvula de control para activar la aspiración, mantiene la válvula presionada, aspira y retira suavemente el catéter y repite la operación cuando sea necesario. -Instila de 5 a 7 mL de solución de

cloruro de sodio al 0.9% dentro del manguito y lava presionando la válvula de aspiración dentro de la entrada u orificio de irrigación, en el momento en que vea la franja indicadora. Repite la maniobra hasta que el catéter esté limpio. -Gira la válvula de control hasta la posición de cerrado, retira la jeringa con solución fisiológica y cierra el orificio de entrada. - Coloca la etiqueta adecuada en la válvula de control para indicar cuando se debe cambiar el sistema. -Hiperoxigena al paciente si es necesario y ausculta los campos pulmonares, toma los signos vitales y los anota en el reporte de enfermería al igual que los cambios significativos.

Complicaciones:

Lesiones traumáticas a la mucosa traqueal. -Hipoxemia. Arritmias cardíacas. - Atelectasias. -Broncoaspiración. -Reacciones vágales por estimulación. -Broncoespasmo. -Extubación accidental.

CONCLUSION

Mi conclusión sería, es muy importante saber los procedimientos y técnicas para realizarlo en forma y sin complicaciones y protege al enfermo de la exposición de secreciones, permite ventilar con VAFO (ventilación de alta frecuencia osilatoria) con NO y en situaciones críticas de hipoxemia marcada, permite realizar la aspiración de secreciones sin desconectar al paciente del respirador y evitando por tanto todas las contraindicaciones de la desconexión y es un procedimiento que se debe manejar con técnica estéril.

BIBLIOGRAFIA

SA 4ª edición 1998 y antología