

**INSTALACIÓN DE CATÉTER VENOSO
CENTRAL, ASPIRACIÓN DE
SECRECIONES CON TÉCNICA CERRADA**

MTRO. RUBEN EDUARDO DOMINGUEZ

PRESENTA EL ALUMNO(A):

Vazquez Orantes Sherly Yoana

GRUPO, SEMESTRE Y MODALIDAD:

6to cuatrimestre “A” Lic. En Enfermería

Frontera Comalapa, Chiapas

14 de Junio, 2020.

Instalación de catéter venoso central

Se dice que la instalación del catéter central es muy importante a la hora de hacerlo en una persona en estado crítico y ya que su implantación es de menor tiempo se ha convertido en una opción importante en los servicios de urgencias y en este caso se dice que hay ocho posibilidades de accesos a venas centrales si se cuanta ambos lados, derecho como izquierdo, se dice que la canalización de la vía central favorecen en varias formas como administrar grandes volúmenes de líquido, soluciones hipertónicas, soluciones incompatibles a través de luces separadas o varias perfusiones simultáneamente.

Esto también se dice que se debe seguir una técnica, como informarle al paciente sobre el procedimiento que se la va a hacer, ya que esto hace que el paciente ayude a colaborar cuando se le realice, también se debe mantener monitorizado el electrocardiograma y se debe de mantener visualizado durante la introducción del catéter, vigilando la aparición de arritmias, se debe tener vigilado sus signos vitales. Se debe colocar también al paciente en una posición adecuada, se debe valorar cuales son la venas más adecuadas y siempre será preferibles elegir el brazo derecho y las venas basílica, mediana y cefálica, ya que la vena basílica es la que anatómicamente se encuentra más cerca de la aurícula derecha y así será más sencilla la introducción del catéter, se pueden aplicar dos tipos de anestésicos locales uno es de acción inmediata y el otro se debe aplicar unos 30 o 60 minutos antes de la venopunción y se debe retirar justo antes de aplicar el antiséptico. Para la preparación del personal se debe utilizar técnica estéril todo el tiempo, esto significa que la enfermera o enfermero responsable del procedimiento tendrá de hacer el lavado quirúrgico de sus manos, se tendrá que colocar gorro, gorro y bata estéril y el secado de las manos lo tendrá que hacer con compresas estériles.

Se realización de la técnica se realizará colocando un empapador en el brazo elegido, se preparara una mesa con los materiales necesarios, se colocara un paño fenestrado sobre el brazo y se ampliara el campo estéril con otro paño, el número mínimo sé que elegirá para la canalización es el número 18, ya que si es de menor grosor la guía no pasara a través de la luz, y ya si es un numero 14 o 16 facilitara la posterior introducción del catéter, se debe retirar el compresor para permitir la progresión de la vía, se debe 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. Si aparecen arritmias, se retira la guía hasta que vuelva a la situación normal del paciente, 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. Al traspasar el tejido subcutáneo y la piel, se debe ejercer cierta fuerza, 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. No introducir el catéter en la vena hasta que la guía salga unos centímetros por la luz distal. 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, unos centímetros más. El catéter tiene medidas en su longitud final, Retirar la guía con cuidado y comprobar el reflujo de sangre en las dos luces con jeringas de 10 ml, conectando después los equipos de suero previamente purgados en cada luz.

Aspiración de secreciones con técnica cerrada

Este es un procedimiento que se hace para mantener las vías aéreas limpias, la aspiración de secreciones es un procedimiento efectivo cuando el paciente no puede expectorar las secreciones, ya sea a nivel nasotraqueal y orotraqueal, o bien la aspiración traqueal en pacientes con vía aérea artificial, su concepto es la succión de secreciones a través de un catéter conectado a una toma de succión. Los objetivos al realizar este procedimiento son mantener la permeabilidad de las vías aéreas, favorecer la ventilación respiratoria, prevenir las infecciones y atelectasias ocasionadas por el acumulo de secreciones, este procedimiento está indicado cuando el paciente no puede por sí mismo expectorar las secreciones. También hay contraindicaciones que se toman en cuenta estas son, trastornos hemorrágicos (coagulación intravascular diseminada, trombocitopenia, leucemia), edema o espasmos laríngeos, varices esofágicas, cirugía traqueal, cirugía gástrica con anastomosis alta, infarto al miocardio. Se debe tener el material indicado, este es, fuente de oxígeno fija o portátil, bolsa reservorio con extensión, succión de pared o aparato de aspiración portátil, recipiente para recolección, tubos conectivos, estuche con catéter de aspiración, dos guantes, solución estéril o fisiológica estéril. jeringa de 20 ml con solución salina, toalla, estetoscopio.

Los puntos importantes son, el catéter dura 24 horas después de la conexión. Siempre verifique la funcionalidad del equipo del sistema de aspiración antes de iniciar el procedimiento. Mantiene el volumen de aire corriente, la fracción inspiratoria de oxígeno y la

presión positiva al final de la espiración (PEEP) suministrados por el ventilador mecánico mientras se realiza la aspiración. Mantiene la fracción inspiratoria de oxígeno en niveles óptimos para el paciente. Protege a la enfermera a exposición de secreciones. Es un sistema cómodo y de bajo costo a largo plazo. Hiperoxigene al paciente 30 segundos antes de la aspiración de secreciones si no está contraindicado y un minuto posterior a la aspiración.

BIBLIOGRAFÍA

1. Perry AG. Técnicas y procedimientos básicos. Ed. Harcourt

Brace de España, SA. 4a

ed. España, 1998.

2. Lewis JA. Procedimientos de cuidados críticos. México: Editorial El Manual Moderno, SA de CV, 1997.