

LIC:DOMINGUEZ GARCIA RUBEN EDUARDO.

PRESENTA EL ESTUDIANTE:

HERRERA VAZQUEZ DANIA YULISA.

GRUPO, SEMESTRE Y MODALIDAD:

6TO.CUATRIMESTRE "A" LIC. ENFERMERIA.

FRONTERA COMALAPA, CHIAPAS.

12 DE JUNIO DEL 2020

INSTALACIÓN DE CATÉTER VENOSO CENTRAL

La instalación de un catéter venoso central es como un dispositivo que se usa para tener muestras de sangre o administrar tratamiento, como líquidos, 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 que es la vena grande en el lado superior derecho del corazón, se introduce una aguja en un extremo del catéter fuera del cuerpo para extraer sangre o administrar líquidos.

Un catéter venoso central se puede dejar colocado durante semanas para evitar la necesidad de más de 1 pinchazo. Hay varios tipos de catéteres centrales de acceso venoso. También se llama cánula venosa central, catéter venoso central y vía venosa central.

La canalización de una vía es un procedimiento fundamental en el abordaje del enfermo crítico, por lo que, en un intento de minimizar el tiempo de actuación sobre estos pacientes, se ha iniciado su progresiva implantación en el servicio de urgencias.

La instilación de catéter venoso central tiene cierta técnica que el personal de salud debe seguir para la buena colocación del catéter venoso central

Se debe explicar el procedimiento al paciente y obtener su consentimiento informado por escrito.

Administrar anestesia local inyectando 1 o 2 ml de Lidocaína al 1% o un equivalente en la zona de inserción. Para evitar embolias de oxígeno coloque al paciente en posición de Trendelenburg, la cabeza debe estar rotada 45 grados hacia el lado opuesto, tenga en cuenta que una rotación excesiva puede causar colapso de la vena. Durante el procedimiento, coloque el dedo índice de su mano no dominante en la arteria carótida para disminuir el riesgo de perforar la arteria.

Valorar las venas de ambas extremidades superiores en la fosa ante cubital. Se elegirá preferentemente el brazo derecho y las venas basilica, mediana y cefálica, en este orden, puesto que la vena basilica del brazo derecho es la de acceso más directo anatómicamente a la aurícula derecha, y, por tanto, la introducción del catéter será presumiblemente más sencilla.

Debemos monitorizar el electrocardiograma antes, durante y después del procedimiento. Es muy importante una adecuada visualización, ya que, durante la introducción, tanto de la guía como del catéter, se debe vigilar la aparición de arritmias.

Aplicar el antiséptico de forma circular de dentro hacia fuera. La Clorhexidina 2% tarda medio minuto en secarse, y la povidona yodada 2 minutos. En caso de tener que actuar con celeridad, se puede secar con gasas estériles, para evitar que el antiséptico penetre en el torrente sanguíneo.

Tenemos que tener en cuenta que todo este procedimiento lo debemos realizar con el material esterilizado y el personal adecuado para que el paciente no corra el riesgo de contraer infecciones.

El enfermero debe de contar con una orden por parte de un médico donde autorice el procedimiento a realizar, el enfermero debe seguir instrucciones para realizar la técnica y no tener errores.

ASPIRACIÓN DE SECRECIONES CON TÉCNICA CERRADA.

Es un procedimiento cuyo objetivo es extraer secreciones acumuladas en tracto respiratorio, por medio de la aplicación de presión negativa y a través del tubo endotraqueal o la cánula de traqueotomía.

Sirve para mantener limpias las vías aéreas, la aspiración de secreciones es un procedimiento efectivo cuando el paciente no puede expectorar las secreciones, ya sea a nivel naso traqueal y oro traqueal, o bien la aspiración traqueal en pacientes con vía aérea artificial

Sus objetivos son mantener la permeabilidad de la vía aérea, favorecer la ventilación respiratoria prevenir las infecciones producidas por el acumulo de secreciones. Obtener muestras de secreciones respiratorias para análisis microbiológico o citológico.

La aspiración debe realizarse en función de la presencia de secreciones y no debe ser realizada de forma rutinaria. La necesidad de aspiración puede estar indicada clínicamente por los siguientes signos (IV):

Secreciones visibles o audibles (como esputo, sangre o gorgoteo)

- Respiratorios:
- Desaturación.
- Aumento de la presión inspiratoria máxima.
- Disminución del volumen.
- Aumento de la frecuencia respiratoria.
- Aumento del trabajo respiratorio.
- Presencia de sonidos respiratorios durante la auscultación.
- Cardiovascular: aumento de la frecuencia cardíaca y la presión arterial.
- Otros: inquietud del paciente o diaforesis.

Cuando hay contra indicaciones no se debe colocar, se tomarán en cuenta las condiciones del paciente y bajo criterio médico

- En caso de Trastornos hemorrágicos (coagulación intravascular diseminada, trombocitopenia, leucemia).
- Edema o espasmos laríngeos.
- Varices esofágicas.
- Cirugía traqueal.

- Cirugía gástrica con anastomosis alta.
- Infarto al miocardio.
- Hipoxemia refractaria.
- Hipertensión arterial sistémica severa.
- Arritmias cardiacas por hipoxia.
- Hipertensión intracraneal.

Procedimiento de la aspiración de secreciones con sistema cerrado.

- Colocar el sistema de aspiración cerrado entre el tubo endotraqueal o de traqueotomía y el tubo en T del ventilador, sin interrumpir la oxigenación o ventilación.
- Introducir la sonda de aspiración adosada provista de funda por la válvula de sellado hasta el interior del tubo endotraqueal o de traqueotomía.
- Conectar la tabuladora conectora de la aspiración en el extremo abierto del sistema de aspiración situado cerca del cierre.
- Comprimir la válvula de control de succión y fijar los parámetros del manómetro.
- Hiperoxigenar y/o ventilar al paciente siguiendo las recomendaciones descritas para el sistema de aspiración abierto.
- Conectar la sección en T del sistema de aspiración a la tabuladora del ventilador y después conectar al tubo endotraqueal o de traqueotomía.
- Emplear la mano no dominante para estabilizar la sección en T, y hacer avanzar suavemente la sonda cubierta por la funda a través del tubo endotraqueal.

Aspiración traqueal con cánula de traqueotomía o tubo endotraqueal

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 puede causar estrechamiento de las mismas, insuficiencia respiratoria y estasis de secreciones.

es también eliminar mediante aspiración, las secreciones de boca, nariz y faringe. Aspiración traqueal por tubo endotraqueal (TET) o cánula de traqueotomía: es eliminar las secreciones aspirando a través de una vía aérea artificial (tubo endotraqueal o cánula de traqueotomía).