

**Trabajo: ensayo**

**Docente: lic. Eduardo gracia**

**EL ALUMNO: adaleni Sánchez mejía**

**Materia: enfermería clinia**

**Grado .6 ceemstre**

**Grupo: a**

## Instalación de catéter venoso central.

### Aspiración de secreciones con técnica cerrada.

La colocación percutánea de accesos venosos centrales con control de Imagen se define como la colocación de un catéter con su punta ubicada en

La región cavo-atrial o en la aurícula derecha utilizando el control de Imagen en tiempo real para su colocación. Los dispositivos utilizados o catéteres pueden dividirse de forma general

En catéteres tunelizados o no tunelizados un catéter tunelizado es aquel Con un trayecto subcutáneo antes de su salida del cuerpo a través de una Pequeña incisión realizada en la piel) o en reservorios subcutáneos. Estos Últimos se diferencian en disponer de un dispositivo situado bajo la piel que

Se utiliza para la punción y conecta directamente con el catéter.

2. INDICACIONES Vigilancia hemodinámica: medición de presión venosa central y obtención de gasometría venosa central Administración de fármacos en particular inotrópicos, vasopresores, quimioterapéuticos, nutrición parenteral y aquellas que causan flebitis algunos antibióticos, potasio. Acceso para colocación de marcapasos intravenoso, catéter de -catéter de hemodiálisis y plasmaferesis. Imposibilidad de

. Infección, lesiones o pérdida de la solución en la piel del sitio de punción. Lesión o trombosis en las venas de acceso. Fractura de clavícula. Procedimiento. La aguja se introduce con el bisel hacia arriba formando un ángulo de 45 con la piel y aspirando de manera continua. La aparición de sangre en el cuerpo de la jeringa comprueba el ingreso a la vena. Si esto no sucede, se retira lentamente la jeringa en el mismo trayecto en que se punciona, manteniendo la aspiración continua. Si al retirar la aguja no se ha canalizado vena, se cambia la dirección de acuerdo con la técnica y los puntos de referencia anatómicos. Una vez que se encuentra la vena, se inmoviliza la jeringa, se retira la aguja.

Se introduce la guía metálica a través del orificio de la aguja. No debe haber resistencia.

La guía no debe introducirse más de 20 cm. Después de introducir la guía, se retira la aguja. Se desliza el catéter sobre la guía y se avanza dentro de la vena con un movimiento de rotación hasta la profundidad predeterminada. Se efectúa una incisión en la piel con bisturí y se introduce un dilatador y se retira antes de insertar el catéter. Se retira la guía

y se aspira sangre a través del catéter; después se conectan las soluciones. Se asegura el catéter con una sutura a la piel para mantener limpias las vías aéreas, la aspiración de secreciones es un procedimiento efectivo cuando el paciente no puede expectorar las secreciones, ya que sea a nivel nasofaríngeo y orofaríngeo, o bien la aspiración traqueal en pacientes con vías aérea artificial mantener la permeabilidad de vías aéreas.

Es un procedimiento mediante el cual se introduce un catéter cubierto por un manguito de plástico flexible en la vía aérea traqueal artificial para retirar las secreciones sin necesidad de desconectar al paciente del ventilador mecánico para efectuar la aspiración. Es la extracción de secreciones acumuladas en el tracto respiratorio superior, por medio de la succión y a través del tubo endotraqueal. Se hace para eliminar moco y otras secreciones de las vías respiratorias superiores: nariz, boca y faringe. La frecuencia de aspiración en un paciente es variable, pero si tiende a acumular líquido es conveniente la aspiración. Si tose mientras se aspira, se facilitará la eliminación del moco. La aspiración no debe durar más de 10 a 15 segundos.

Mantener la permeabilidad de las vías aéreas Favorecer la ventilación respiratoria  
Prevenir las infecciones y afectaciones ocasionadas por el acumulo de secreciones.

Aspiración de secreciones traqueobronquiales con sistema cerrado. es un procedimiento por medio del cual se introduce un catéter de plástico flexible en la vía aérea artificial para eliminar secreciones, con la que se evita el tener que desconectar al paciente del ventilador mecánico para efectuar la aspiración.

Domo: Unión entre el sistema que cubre la sonda de aspiración y el tubo en Se visualizan las secreciones aspiradas y una válvula de control de aspiración que se conecta a la presión negativa. El catéter está numerado y marcado con distintos colores que facilitan la medición, antes de introducirlo en el Tapón para instalar Se puede instilar solución fisiológica con una jeringa de 1 ml. Válvula de control Sonda con cobertura plástica Ventana Pieza en Y Domo Tapón para instilar.

Material. Aspirador de vacío. Recipiente para la recolección de secreciones. Tubo o goma de aspiración. AMBU con reservorio conectado a fuente de oxígeno a 15 litros por minuto Tubo de Mayo. Jeringa de 20 ml. Suero fisiológico estéril Botella de agua bidestilada. Guantes desechables. Catéter de aspiración cerrada Catéter estéril cubierto por un manguito de plástico que suprime la necesidad de desconectar al paciente del respirador.

. Procedimientos: Explicar el procedimiento al paciente si esta consiente Fundamentación Saber que el procedimiento aliviara los problemas respiratorios es tranquilizador y consigue la colaboración del paciente.

Proporcionar la higiene de manos y seguir los procedimientos adecuados para el control de infección. Fundamentación Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales. Y aplicación de medidas de vigilancia, prevención y control de las infecciones nosocomiales, así como de su seguimiento.

Si no está contraindicado, poner al paciente en posición Semi- Fowler para favorecer la respiración profunda, la expansión pulmonar máxima y la tos profunda. Fundamentación La respiración oxigena los pulmones, contrarresta los efectos hipoxicos de la aspiración y puede inducir la tos. La tos ayuda a ablandar y movilizar secreciones.

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. Fundamentación El material se debe organizar y contar antes y después de cada procedimiento.

Aspiración utilizando un técnica aséptica, conectar el catéter de aspiración cerrada al circuito del ventilador extrayendo el adaptador giratorio y colocando el sistema del catéter de aspiración cerrada en el tubo endotraqueal TET o en el tubo de traqueostomía, mediante una conexión en Y entre el circuito del ventilador mecánico y el catéter de aspiración cerrada con un tubo flexible

Aspirar presionando la válvula de aspiración y retirar suavemente el catéter.

Girar la válvula de control hasta la posición de cerrado. Recordando que aspiración no debe durar más de 10-15 segundos.

En el orificio de irrigación colocar la jeringa de 20 ml con suero fisiológico estéril.

Presionar la válvula de aspiración y lavar el catéter. Repetir hasta que el catéter esté limpio.

Colocar la etiqueta identificativa para indicar cuando se debe cambiar el sistema. Dicho sistema dura 24 horas después de su conexión. Lavarse las manos. Observar al paciente. Registrar el procedimiento.

Complicaciones: las El paciente con traqueostomía corre el riesgo de adquirir una infección, ya que se establece una línea directa de comunicación entre el medio ambiente y el árbol bronqueal. Lograr que la vía aérea del paciente se encuentre permeable a través de aspiración de las secreciones. Administrar oxígeno y mantener un ambiente húmedo que favorezca la fluidificación de secreciones y así evitar la acumulación de las Evitar que el tubo de traqueostomía se salga al exterior Después de haber cicatrizado el tejido de la ostomía, la cánula de traqueotomía debe cambiarse cada dos o cuatro días Al cambiar la cánula emplear la técnica aséptica estricta y Mantener la integridad de la zona

.de traqueostomía libre de traumatismos e infección, y especialmente libre de secreciones  
Durante las primeras 36 horas de realizada la traqueostomía, ésta no debe ser retirada, ya que es muy importante el cuidado de cada uno de los pacientes .