



NOMBRE DE ALUMNO: REY NOEL SANTIAGO HERNÁNDEZ

NOMBRE DEL PROFESOR: MARCOS JHODANY ARGUELLO GÁLVEZ

NOMBRE DEL TRABAJO: LÍNEAS DE INFUSIÓN

MATERIA: PRÁCTICA CLÍNICA I

GRADO: 6TO CUATRIMESTRE

GRUPO: "A"

Principios básicos

La preservación del capital venoso del paciente para la aplicación de la terapia intravenosa y el uso racional de su anatomía vascular. Se utiliza la en casos de que los medicamentos no puedan ser administrado por vía oral o si se desea efectos inmediatos.

Anatomía y fisiología

Anatomía y fisiología: es importante que se seleccione las venas dependiendo de la terapia de infusión, tipos de fármacos, calibre de catéter, edad del paciente, y el tiempo de medicación, diagnóstico del paciente, características venas y lateralizad (surdo o diestro.)

Como norma general debe intentarse el abordaje venoso en la zona más distal para plantearse posteriormente el dorso de la mano y continuar por antebrazo y flexura del codo

Evitar, colocar el catéter en áreas donde se localicen lesiones, venas que estén en sitios de flexión, venas previamente puncionadas, venas con alteraciones en su integridad, esclerosadas, con flebitis o trombosis.

Sitios de no elección

Evitar, colocar el catéter en áreas donde se localicen lesiones, venas que estén en sitios de flexión, venas previamente puncionadas, venas con alteraciones en su integridad, esclerosadas, con flebitis o trombosis. Evitar, su aplicación en sitios con alteraciones de la integridad de la piel y nunca elegir los miembros con fístulas arteriovenosas, ni el brazo si hubo vaciamiento ganglionar axilar o miembros con déficit motor o en la sensibilidad

Identificación de la vena

Debe realizarse por visión y palpación, determinando: Trayecto, movilidad, diámetro, fragilidad, resistencia a la punción, válvulas visibles y bifurcaciones

Ventajas y desventajas del sitio anatómico de punción

Dorso de la mano: El uso de esta vía ofrece ventajas, por el daño mínimo del árbol vascular. Sólo permite catéteres con diámetros pequeños, limita el movimiento de la mano y puede variar el flujo según la posición de la misma.

Antebrazo: Es un sitio cómodo para el paciente y garantiza un flujo más constante, sin embargo, causa un mayor daño al mapa venoso del miembro superior. Las venas que se encuentran son la vena cefálica, mediana antebraquial y la basílica.

El pliegue del codo: Admite mayores diámetros de catéter y su canalización es relativamente fácil. Presenta el inconveniente de que el daño que causa al árbol vascular es importante y, además, puede variar fácilmente el flujo según la posición del brazo.

Miembros inferiores: Se utiliza la vena safena que se encuentra a lo largo del aspecto medial de la pierna y es utilizada con frecuencia en niños. No es recomendada en adultos debido al riesgo de embolismo y tromboflebitis. Para su uso en adultos se requiere prescripción médica.

En los pacientes pediátricos se pueden elegir venas, tanto de los miembros superiores, como inferiores.

definición

Definición: es un tubo delgado flexible de material biocompatible como silicón o poliuretano que se introduce en los grandes vasos venosos del tórax o en la cavidad cardiaca derecha, con fines diagnósticos o terapéuticos.

Duración

- Catéter de estancia corta (periférico): Menos de 72 hrs.
- Catéter de estancia media periférica: De 1 a 4 semanas.
- Catéter de estancia media (central): De 3 semanas a 5 meses.
- Catéter de estancia prolongada (Tunelizado): De 6 meses y hasta años De 6 meses y hasta años.
- Catéter de estancia prolongada (implantados): Catéter de estancia corta (Periférico)

Los datos que podemos ver que los catéteres ya no funcionan son: deterioro de la función del catéter, ruptura del catéter

Objetivos

Pacientes con venas periféricas en malas condiciones, tales como: edema, quemaduras, esclerosis, obesidad o en choque hipovolémico. Administración de medicamentos que sean incompatibles, irritantes, hiperosmolares o con niveles de ph 9 y >600 miliosmoles, Control de la Presión Venosa Central (PVC), Administración de nutrición parenteral (NPT) y quimioterapia., Con fines diagnósticos para determinar presiones y concentraciones de oxígeno en las cavidades cardiacas, Pacientes que requieren transfusiones o muestreos frecuentes. Acceso temporal para hemodiálisis. Pacientes sometidos a trasplante.

Luces tiempo curación**y de**

Luz distal: Preservar para la Nutrición parenteral. Luz media: sueroterapia y drogas Luz proximal: Medicación intermitente.

Lugar de punción: vena subclavia y yugular

Indicacione

Indicaciones: a todos los pacientes que tengan uno o varios catéteres instalados, cada 7 días o antes si el apósito se encuentra desprendido, no íntegro o bien el sitio de inserción se encuentra húmedo, con sangre, secreción o manifestaciones locales de infección.

Técnica de curación

Colóquese el cubre bocas abarcando nariz y boca. >Lávese las manos con agua y jabón. >Prepare y lleve el material al área del paciente. >Explique el procedimiento al paciente. >Coloque al paciente en posición de decúbito dorsal con la cabeza al lado opuesto al sitio de inserción. >Retire la curación anterior sin tocar el catéter ni el sitio de inserción. >Desprenda el apósito jalándolo suavemente, no utilice alcohol para su remoción. >Observe y revise el sitio de inserción. >Realice higiene de las manos con solución alcoholada. Abra el equipo de curación. >Coloque el guante estéril en la mano dominante. >Realice la limpieza con el alcohol en dos tiempos: - Primer tiempo. Vierta el alcohol en los hisopos o gasas y limpie a partir del sitio de inserción hasta las suturas. - Segundo tiempo. Abarque el sitio de inserción en forma de círculo hasta aproximadamente un área de 5 a 10 cm. >Posteriormente si utiliza yodopovidona realice la limpieza en tres tiempos o un tiempo si es gluconato de clorhexidina; inicie del centro a la periferia abarcando un diámetro de 5 a 10 cm en forma circular o de elipse. >Deje actuar el antiséptico durante 2 a 3 minutos o hasta que seque perfectamente. >Cubra el sitio de inserción con una gasa seca, sin ejercer presión y retire el exceso del antiséptico que la rodea con otra gasa o hisopo con alcohol en caso de yodopovidona. >Aplique el apósito transparente para fijar el catéter cubriendo el sitio de inserción, sin estirarlo. >El sitio de inserción debe quedar en el centro de la ventana transparente del apósito. >Presione sobre el apósito en toda su extensión del centro a la periferia para que el adhesivo se fije a la piel, evite dejar burbujas por debajo del apósito. >Fije con cinta quirúrgica transparente cada uno de los lúmenes (en su extremo distal) de forma independiente para reducir peso y tensión al apósito y mantener por más tiempo su curación. >Coloque un membrete con fecha y nombre de quien instaló, así como nombre y fecha de quien realizó la curación.

CATÉTER DE INFUSIÓN VENOSA PERIFÉRICO (PICC)

Características

Estos catéteres se insertan habitualmente, en venas cefálicas y basílicas de los miembros superiores, se puede utilizar cualquier acceso periférico con capacidad suficiente para alojarlo.

Las venas utilizadas para la inserción de los PICC incluyen la vena basílica, cefálica, braquial y mediana antecubital.

Datos de que ya no funciona

Debe de retirarse en caso de: disfunción del catéter, estriación o fractura del catéter. O también si se sospecha de infección.

Objetivo

Preservar el capital venoso del paciente, sobre todo cuando a éste se le va a someter a un tratamiento que puede deteriorar de forma irreversible el sistema vascular. La quimioterapia, la nutrición parenteral total y algunos antibióticos son causantes directos de irritación de la íntima de la vena, provocando en ocasiones, flebitis, induraciones y a veces, graves daños tisulares derivados de la extravasación medicamentosa.

Técnica curación

de

1. Limpieza de manos con agua y jabón e hidroalcohol.
2. Retirada de malla, gasas y apósitos.
3. Colocación de guantes estériles.
4. Limpieza de la zona y parte externa del catéter con Suero fisiológico y gasas bien impregnadas en clorhexidina 2%. Ha de quedar totalmente limpia.
5. Es opcional colocar tiras de aproximación, sin tapar la zona de inserción. Esto le ayuda a sujetar más.
6. Dispositivo de fijación si precisa. Mantener 2-3 semanas si están limpios.
7. Colocación de apósito transparente.
8. Comprobación de la permeabilidad, introduce unos c.c. y aspira.
9. IMPORTANTE: Limpieza con S.Fisiológico 20 cc usando la técnica intermitente push-stop-push.
10. Según tipo de PICC: Sellado con heparina y Presión Positiva.
11. Protección del extremo proximal con gasa.
12. Colocación de la malla protectora, dejar al paciente en una posición cómoda.

Duración y disfunción

Puede durar entre de 6 meses a mas dependiendo del material y los cuidados que se le dé, tanto del personal de enfermería y del paciente. Deterioro de la función del catéter, ruptura del catéter

Los datos que podemos ver que el catéter ya no funcionan son: deterioro de la función del catéter, ruptura del catéter

Luz

Luz distal: medición presión (PVC), fluidoterapia, medicación. **Luz medial:** nutrición parenteral (NTP) siempre debe tener una luz para ella sola, si no hay NTP se puede usar para medicación. **Luz proximal:** Medicación, extraer sangre trasfundir sangre y hemoderivados.

Tiempo de curación

La curación se debe de realizar una vez por semana el cambio de apósito trasparente, limpieza de la zona de inserción y zona externa del catéter, esto también se debe de realizar si el apósito está sucio o despegado.