

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

PLANTEL OCOSINGO

LICENCIATURA EN ENFERMERIA

**TÉCNICAS PARA LA TOMA DE PVC
TECNICAS Y MATERIAS PARA LA ASPIRACION DE
SECRECIONES.**

ALUMNA:

LESLIE SANDOVAL GARCIA

DOCENTE:

LIC. HILARIA HERNANDEZ

1° GRUPO "A"

OCOSINGO, CHIAPAS

02/12/2020

INDICE

Introducción.....	3
Desarrollo.....	4
Técnicas para la toma de pvc.....	4
Técnicas para la aspiración de secreciones.....	5
Conclusión.....	10

La toma de presión venosa central consiste en la medición de la presión que existe en la aurícula derecha, con la finalidad de valorar la volemia y el tono vascular del paciente,

(PVC) es la presión venosa central, y esta es medida a través de la punta de un catéter que se suele colar dentro de la aurícula derecha, la presión se puede medir de tres formas:

- 1- A través de la luz proximal de un catéter colocado en la arteria pulmonar
- 2- Manómetro de agua a un catéter central
- 3- Por una vía colocada dentro de la AD y conectada a un sistema de transductor de presión

Material y equipo

- Manómetro de PVC.
- Llave de tres vías.
- Solución intravenosa. (o glucosada al 5%)
- Sistema de administración IV. (purgar el equipo)
- Tripié. (fijar el manómetro al tripié, colocando el cero a nivel del eje flebotático)

Procedimiento para la instalación del equipo

- Lavarse las manos y ponerse cubrebocas
- Conectar las tres partes del equipo de medición de la PVC.
 - a) Conectar el equipo para infusión a la solución (insertar la bayoneta) y éste a su vez al sistema tubular que contiene la llave de tres vías asegurando la

conexión con el conector lock.

b) El sistema tubular de medición se inserta a la escala manométrica.

c) Colocar el sistema tubular que va a la parte terminal del catéter central.

- Purgar el sistema de medición de la PVC.
- Explicar al paciente sobre el procedimiento a realizar.
- Conectar el sistema para medición de la PVC (ya purgado) al catéter central.
- Fijar el manómetro de la PVC al soporte de la solución. En el punto cero del manómetro, el cual debe estar a nivel de la aurícula derecha del paciente.

Procedimiento para la medición de la presión venosa central

1. Colocar al paciente en decúbito supino, con la cama dispuesta horizontalmente, en caso de algún estado respiratorio, bajar la cabecera de la cama tanto como pueda tolerar y medir la PVC. Anotando el ángulo de la cama en el expediente, para que la medición siempre se realice en la misma posición.
2. Localizar el punto flebostático (colocar el punto cero del manómetro a la altura de la aurícula derecha del paciente, la cual se localiza en la línea axilar media en el cuarto espacio intercostal).
3. Llenar las tuberías del equipo con solución, expulsando todas las burbujas del sistema.
4. Girar la llave de vías siguiendo las manecillas del reloj, de tal manera que la solución llegue al manómetro a una altura de 20 cm de H₂O, o a dos tercios de su capacidad.
5. Girar nuevamente la llave para que la solución contenida en el manómetro, fluya hacia el paciente.
6. Observar el descenso de la solución a través del manómetro. El líquido debe fluctuar con cada fase de la respiración. En el nivel en que se detiene el descenso de la solución, es la cifra que se registra la presión venosa central.
7. Colocar la llave de tres vías en la posición que permita el paso de la solución intravenosa al paciente, controlando la permeabilidad y la velocidad del flujo.
8. Lavarse las manos.

9. Registrar la cifra obtenida de la PVC en cm de H₂O y la hora de la verificación.
10. Vigilar constantemente el sitio de inserción y conservar una técnica aséptica.
11. Mantener el equipo y conexiones limpios, para prevenir infecciones.
12. Realizar la curación del catéter de acuerdo al protocolo institucional.

TÉCNICAS Y MATERIALES PARA LA ASPIRACIÓN DE SECRECIONES

- Aspiración abierta: se refiere a la aspiración en la que, para realizar la técnica, se precisa desconectar el circuito del respirador. Se utilizan sondas de aspiración de un solo uso.
- Aspiración cerrada: aspiración de secreciones en pacientes sometidos a ventilación mecánica, en la que no se precisa desconectar el circuito del respirador. Facilitando la ventilación mecánica y la oxigenación continua durante la aspiración y evita la pérdida de presión positiva.
- Preparación del material de aspiración de secreciones
- El material necesario para realizar la aspiración de secreciones de vía aérea es:
 - Regulador de potencia de aspiración.
 - Sondas de aspiración estériles, atraumáticas, desechables de calibre adecuado (en el caso de aspiración por tubo orotraqueal o traqueostomía, la sonda ha de tener un diámetro no superior a la mitad del diámetro interno del tubo o cánula traqueal).
 - Envase de agua estéril para lavado del sistema.
 - Guantes estériles en la aspiración abierta y limpios en la aspiración cerrada.
 - Mascarilla, bata desechable y gafas de protección ocular, cuando sea necesario.
 - Bolsa de plástico para residuos.

- Resucitador manual con bolsa reservorio.
- Cánula orofaríngea.
- Fuente de oxígeno y caudalímetro.
- Si se precisa, contenedor para toma de muestras.

Lubricante hidrosoluble.

Depresor lingual

PREPARACIÓN DEL PACIENTE

- Proporcionar intimidad.
- Informar al paciente sobre el procedimiento que se le va a realizar.
- Solicitar la colaboración del paciente.
- Colocarle en posición adecuada:
 - Si está consciente, y tiene reflejo nauseoso, colocar en semifowler, con el cuello en hiperextensión para la aspiración nasal, y con la cabeza girada hacia un lado en la aspiración vía oral.
- Si está inconsciente, colocarle en decúbito lateral, mirando hacia nosotros para evitar la caída de la lengua hacia atrás de forma que pueda obstruir la vía aérea.

TECNICAS PARA LA ASPIRACIÓN

Técnica abierta:

- Higiene de manos según PD-GEN-105.
- Ponerse mascarilla, gafas de protección ocular y bata.
- Comprobar la presión negativa de la unidad ocluyendo el extremo de los tubos de succión antes de conectar la sonda de aspiración.

- Se recomienda una presión negativa de 120-150 mm de Hg en adultos, 80-120 mm de Hg en adolescentes, 80-100 mm de Hg en niños y 60-80 mm de Hg en neonatos (7).
- En pacientes con ventilación mecánica oxigenar con O₂ al 100% (excepto en neonatos) durante 30-60 segundos, ajustar la FiO₂ en el respirador o usar un programa de enriquecimiento de oxígeno disponible en muchos respiradores con microprocesador (1,7,8).
- Colocarse los guantes estériles.
- Mantener la mano dominante (la que vaya a introducir la sonda en el tubo endotraqueal) totalmente estéril, pudiendo usar la otra para coger todo aquello que precise (3).
- Conectar la sonda a la unidad de aspiración sin perder la esterilidad. Retirar la funda y coger la sonda por la parte proximal, evitando tocar el extremo distal.
- Introducir la sonda suavemente, sin aspirar. En pacientes con ventilación mecánica se puede introducir la sonda a través del swivel o conexión, quitando el tapón del mismo, o bien desconectarlo del sistema de ventilación, en ambos casos con la mano no dominante (3).
- Cuando la sonda alcance la carina, se notará resistencia y el paciente toserá, retirar la sonda 1 cm antes de comenzar a aspirar (3,6).
- Realizar la aspiración: para ello aplicar el dedo pulgar sobre el orificio de control de la aspiración, o desclampar la sonda.
- No prolongar la aspiración durante más de 15 segundos para evitar trauma

en la mucosa e hipoxia.

- Extraer la sonda sin rotación y aspirando de forma continua
- Desde la inserción de la sonda hasta su retirada no deben transcurrir más de 15 segundos. En niños y adolescentes, menos de 10 segundos; en neonatos, menos de 5 segundos (7).
- Aspirar la orofaringe antes de terminar el procedimiento (3).
- Administrar oxígeno al 100% durante 30-60 segundos (9).
- Desechar la sonda utilizada y limpiar el tubo colector con agua estéril.
- En caso de necesitar otra aspiración, dejar descansar al paciente 20-30 segundos antes de introducir una nueva sonda(2,6). No realizar más de 3 aspiraciones(3).
- Realizar higiene de manos.
- Dejar al paciente en una posición cómoda.
- Asegurarse de que el equipo siempre quede disponible para una próxima aspiración.

Técnica de aspiración cerrada:

- Higiene de manos
- Conectar el catéter de aspiración cerrada al swivel y por el otro extremo, al aspirador.
- Regular la presión de aspiración.
- Oxigenar al paciente mediante un

mecanismo manual existente en el ventilador mecánico, de tiempo autolimitado.

- Colocar una jeringa con suero salino en la entrada para el suero (para lavar la sonda al terminar la aspiración)
- Activar el aspirador.
- Introducir el catéter dentro del tubo: realizar una maniobra repetida de empujar el catéter y deslizar la funda de plástico que recubre la sonda hacia atrás, con el pulgar y el índice, hasta que se note resistencia o el paciente presente tos.
- Aplicar la aspiración mientras se retira el catéter.
- Asegurarse de retirar completamente la sonda en el interior de la funda de plástico de modo que no obstruya el flujo aéreo. Verificar que la línea indicadora coloreada en el catéter es visible en el interior de la funda.
- Valorar al paciente para determinar la necesidad de una nueva aspiración o la aparición de complicaciones.
- Permitir al menos 1 minuto entre cada aspiración para permitir la ventilación y oxigenación.
- Inyectar la jeringa de suero en el catéter mientras se aplica aspiración para limpiar la luz interna
- Oxigenar al paciente

Son técnicas para poder medir la presión central venosa, que consiste en la medición y registro de la pvc, con el objetivo de una medición correcta de la presión venosa central, que nos informe de las presiones en las cavidades cardiacas derechas.

las aspiraciones de secreciones son generalmente en casos más simples, se suelen hacer en pacientes entubados o traqueostomizado, recordemos que la finalidad de aspirar las secreciones de un paciente tienen como finalidad limpiar el área donde se oxigena para que no se puedan obstruir la vías aéreas, donde se favorece la ventilación pulmonar y de esta forma poder prevenir posibles infecciones respiratorias, así mismo debemos recordar los tiempos en que se deben realizar y evitar lastimar o secar el área.