



**NOMBRE DEL ALUMNO:** BEATRIZ LOURDES  
VELAZQUEZ GONZALEZ

**NOMBRE DEL PROFESOR:** RUBEN EDUARDO  
DOMINGUEZ GARCIA

**LICENCIATURA:** ENFERMERÍA

**MATERIA:** PRACTICA CLINICA DE ENFERMERIA I

**CUATRIMESTRE Y MODALIDAD:** 6to  
CUATRIMESTRE, SEMIESCOLARIZADO

**NOMBRE Y TEMA DEL TRABAJO:** ENSAYO DEL  
TEMA: INSTALACION DE CATETER, INSPIRACION  
DE SECRECION.

Frontera Comalapa, Chiapas a 13 de junio del 2021.

## **Introducción**

Como personal de enfermería es importante llevar a cabo la práctica clínica lo cual son un recurso para homogeneizar la práctica de enfermería. También es de gran importancia ya que permite obtener conocimientos que requieren ser sistematizados para ser utilizados en la práctica diaria, lo cual son una herramienta útil para apoyar al profesional de enfermería en la toma de decisiones, sobre las intervenciones más efectivas en el cuidado del paciente. Como estudiante de enfermería la práctica clínica para enfermería constituye el principal apoyo, y nos permite adquirir conocimientos nuevos, desarrollar habilidades para brindar cuidado de forma holística, de calidad y con calidez a las personas, así mismo durante este proceso los estudiantes son guiados por profesionales de diferentes servicios.

Como personal de enfermería tenemos que tener en cuenta que nuestro desempeño profesional y su estricta disciplina son también la llave de la seguridad para disminuir los riesgos en los pacientes y así poder aumentar el nivel de salud.

De igual manera La enfermería es una profesión de acción, que se aprende haciendo. La práctica en el campo clínico es y ha seguido siendo el recurso más valioso en la preparación de los futuros profesionales, con ella se da la integración de la teoría y la práctica. Por eso en el presente trabajo tiene como objetivo fundamental; conocer más sobre cómo cuidar a un paciente, aprendizaje, el desarrollo de pensamiento crítico y creativo, aprender bien las técnicas para poder hacer bien nuestro trabajo, habilidades para cuidar del paciente durante una canalización, sobre inspiración de secreciones traqueobronqueales con sistema cerrado, también sobre el lavado y esterilización de filtro dializador y de las líneas arterio venosas para hemodiálisis, vigilancia y control del proceso de cambio de bolsas de diálisis peritoneal, lo cual también es importante conocer las diferentes posiciones para proporcionar comodidad o cuidados al paciente y así poder aumentar su nivel de salud durante los días que pase en el hospital.

## **Desarrollo**

### **Instalación de catéter venoso central.**

Para empezar la canalización de una vía central consiste en extraer sangre y administrar tratamientos, como líquidos intravenosos, transfusiones de sangre, lo realiza un enfermero que tenga las prácticas para disminuir los riesgos respecto a la inserción de otros catéteres centrales y teniendo en cuenta el elevado porcentaje de éxito de esta técnica y la comodidad del paciente. Ya que normalmente se utilizan 8 accesos venosos centrales contando por separado que es el lado derecho y la izquierdo.

Como personal de enfermería es nuestro deber prepara al paciente, lo cual es importante empezar por informarlo adecuadamente la técnica que se le va a realizar para que el paciente nos ayude a colaborar durante la realización de la canalización, visualización adecuada en el paciente, ya que durante la introducción del catéter, se debe vigilar la aparición de arritmias y principalmente registrar constantes vitales. Luego colocar al paciente en posición decúbito según la patología del paciente. Valorar las venas de ambas extremidades superiores ya que normalmente se realiza en el brazo derecho ya que la vena basilica del brazo derecho es la de acceso más directo a la aurícula derecha, aplicar la pomada sobre la zona seleccionada entre 30 y 60 minutos antes de la venopunción. Seguido de esto como personal de salud también debemos prepararnos para poder hacer bien nuestro trabajo, ya que somos responsable del trabajo que nosotros realizaremos, lo cual consiste en que debemos hacer una técnica estéril realizando el lavado quirúrgico de nuestras manos, colocar nuestra mascarilla y gorro, el secado de las manos se hará con compresas estériles y se colocará bata estéril. Después de prepararnos seguiremos con la realización de la técnica, en donde nuestro paciente ya está en preparado, y en la posición decúbito, empezaremos en poner un empapador debajo del brazo que se eligió, ya tener listito la mesa auxiliar con paños estériles y todo el material necesario y observar que no haga falta nada en el equipo de vía central, colocar paño funestado, canalizar vena mediante un no14 o 16, facilitarán la introducción del catéter, como personal de enfermería debemos pedir la colaboración de nuestro paciente indicándole que gire la cabeza hacia el lado de la punción para empezar a introducir la guía a través del angiocatéter ya que se moviliza con el pulgar hasta que el final de la guía coincida con el extremo de plástico que se adaptará al angiocatéter, luego de esto se introducirá con suavidad si se nota dificultad, se retrocede unos centímetros donde se moviliza el brazo y se reintenta, también tenemos que vigilar el electrocardiograma en todo momento ya que si aparecen arritmias tenemos que retirar la

guía hasta que vuelva a la situación normal del paciente. Después deslizar el dilatador a través de la guía, se debe ejercer cierta fuerza, luego de esto ahí que retirar el dilatador y aplicar presión con una gasa sobre el punto de inserción, seguido de esto 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. Durante la realización mantener siempre sujeta la guía mientras se introduce el catéter suavemente. Luego retirar la guía con cuidado y comprobar el reflujo de sangre en las dos luces con jeringas de 10 ml, conectando a los equipos de suero previamente purgados en cada luz, ya teniendo todo tenemos que hacer la fijación del catéter, y luego retirar la sangre del brazo y zona de punción con suero fisiológico, y aplicar el antiséptico seleccionado, fijar el catéter se moviliza con el pulgar hasta que el final de la guía coincida con el extremo de plástico que se adaptará al angiocatéter, luego retirar el material punzante y depositarlo en el contenedor adecuado, después quitar el campo estéril, dejar al paciente en la posición más cómoda posible, y lavarse las manos.

Como personal de enfermería debemos estar vigilando al paciente para disminuir la aparición de las complicaciones tomando en cuenta en valorar la indicación de la inserción, los reconocimientos de factores de riesgos que puedan dificultar la canalización tanto como el índice de masa corporal, obesidad, ventilación mecánica, arterioesclerosis grave, sepsis, arritmias ventriculares, EPOC, antecedentes de radioterapia. Los enfermeros deben hacer observaciones sobre todos los datos relacionados con el acceso y catéter en la gráfica de enfermería tanto como: los tipo de catéter y no luces, extremidad y vena de acceso, es de mucha importancia como personal de enfermería tener en cuenta también fecha de acceso e incidencias que surjan durante la inserción en el evolutivo de enfermería.

### **Inspiración de secreciones traqueobronqueales con sistema cerrado**

Para poder comprender más la inspiración de secreciones es un procedimiento donde se introduce un catéter cubierto por un manguito de plástico flexible a la vía aérea traqueal artificial para retirar las secreciones suprimiendo la necesidad de desconectar al paciente del ventilador mecánico para efectuar la aspiración. Lo cual consiste en eliminar las secreciones que puedan obstruir la vía aérea para favorecer la ventilación pulmonar y prevenir las infecciones respiratorias. Ya que esta técnica está diseñada para el paciente no puede por sí mismo expectorar las secreciones.

La aspiración de secreciones se toma en cuenta las condiciones del paciente y bajo criterio de médico. Para poder realizar la aspiración de secreciones primero hay que explicar al paciente sobre el procedimiento que se realizara, luego de eso lo más importante checar signos vitales, corroborar la funcionalidad del equipo para aspiración y del sistema de administración de oxígeno, luego indicar al paciente en la posición de Semi-Fowler, lavarse las manos, luego de eso colocar el material que se utilizara, siempre y cuando llevando acabo las reglas de asepsia que es colocarse el cubrebocas y las gafas protectoras, empezar el proceso con el paciente pidiéndole que haga 5 respiraciones profundas, luego activar el aparato de aspiración, luego de eso el enfermero tiene que colocarse el guante estéril ambas manos, con la mano dominante retirar la sonda de su envoltura, sin rozar los objetos contaminados, empezar con el proceso que sería conectar la sonda de aspiración al tubo del aspirador, protegiendo la sonda de aspiración con la mano dominante y con la otra mano embonar a la parte de la entrada del tubo del aspirador, comprobar su funcionalidad oprimiendo digitalmente la válvula de presión, para que al paciente no le afecte tanto es necesario lubricar la punta de la sonda para introducirla suavemente en una de las fosas nasales, durante la inspiración del paciente. Cuando se tiene resistencia al paso de la sonda por nasofaringe posterior, se rota suavemente hacia abajo, si aún continúa la resistencia intentar por vía oral. Durante el procedimiento no se debe aspirar para evitar la privación de oxígeno al paciente, además de disminuir el traumatismo a las membranas mucosas, decir al paciente que tosa, con el propósito de que facilite el desprendimiento de las secreciones y así facilite a la hora de la aspiración, luego realizar la aspiración del paciente, retirando la sonda 2-3 cm mientras se aplica una aspiración intermitente presionando el dispositivo digital con la mano no dominante ya que se realizan movimientos rotatorios con la sonda tomándola entre los dedos índice y pulgar, el tiempo se tiene que limitar de 10 a 15 al pasar ese tiempo ya se extrae poco a poco la sonda y esperar al menos 5 minutos antes de intentar una nueva aspiración, donde se le pide nuevamente al paciente que realice varias veces respiraciones profundas, luego de eso se tiene que limpiar la sonda con una gasa estéril y lavarla en su interior con solución para irrigación, seguido de eso queda en decirle al paciente que se repetirá el procedimiento mientras el paciente lo tolere, para que el paciente tenga 5 minutos de recuperación en cada episodio de aspiración que se ara, desechar todo los materiales utilizados, como personal de enfermería valorar al paciente los ruidos de la respiración para ver si todo está normal, realizar higiene al paciente, lavar el equipo que se utilizó mandar a desinfectarlo y esterizarlo, como personal de enfermería nuestro trabajo es

documentar en el expediente clínico la fecha, hora y frecuencia de la aspiración de las secreciones y la respuesta del paciente.

**La aspiración traqueal con cánula de traqueotomía**, se debe manejar con técnica estéril, lo cual el procedimiento consiste en evaluar la frecuencia cardiaca, auscultar los ruidos respiratorios, valorar las condiciones del paciente, ya que la aspiración debe suspenderse para administrar oxígeno, tenemos que explicar al paciente el procedimiento que se le va a realizar, comprobar funcionalidad del equipo para aspiración y la del sistema de reanimación manual, al sistema de administración de oxígeno a concentración del 100%, colocar al paciente en posición semi-Fowler, lavarse las manos, tener listo el material que se va a utilizar, colocarse el cubre bocas y las gafas protectoras, activar el aparato de aspiración, colocarse guantes en ambas manos, con la mano dominante enrollar la sonda en la mano dominante, conectar la sonda de aspiración al tubo de aspiración, protegiendo la sonda de aspiración con la mano dominante y con la otra embonar a la parte de entrada del tubo del aspirador, comprobar su funcionalidad oprimiendo digitalmente la válvula depresión, desconectar al paciente del ventilador, poner la conexión del ventilador sobre una compresa de gasa estéril y cubrirla con un extremo para evitar el escurrimiento, luego ventilar y oxigenar al paciente antes de la aspiración para prevenir la hipoxemia, con el ambú de 4 a 5 respiraciones, intentando alcanzar el volumen de ventilación pulmonar del paciente, lubricar la punta de la sonda con la jalea lubricante, introducir la sonda de aspiración en el orificio del tubo de traqueostomía o endotraqueal suavemente, durante la inspiración del paciente, debe estar retirando la sonda 2 - 3 cm, una vez introducida utilizando la mano no dominante, ya que durante la aspiración se realizan movimientos rotatorios con la sonda, el tiempo límite de 10 a 15 segundos que es el tiempo máximo de cada aspiración, realizando de 4 a 5 ventilaciones manuales, se puede inyectar de 3 a 5 cm de solución, oxigenar al paciente con el propósito que al realizar la reanimación manual, con ello se estimula la producción de tos y se distribuye la solución logrando despegar las secreciones, luego se tiene que limpiar la sonda con una gasa estéril y lavar la sonda en su interior con solución para irrigación, continuar con el procedimiento hasta que las vías aéreas queden sin secreciones acumuladas, después de realizar el procedimiento conectar nuevamente al paciente al ventilador al dispositivo de suministro de oxígeno, eliminar todo los materiales utilizados , por último el trabajo de la enfermera es observar y valorar la cifra de los signos vitales en el monitor y realizar la técnica de verificación, que consiste en auscultar el tórax y valorar los ruidos respiratorio, realizar la higiene bucal del paciente, documentar en el expediente clínico.

## **Lavado y esterilización de filtro dializador y de las líneas arterio venosas para hemodiálisis**

Para comprender más sobre este tema la hemodiálisis se dice que son actividades que lleva a cabo el profesional de enfermería para realizar el cambio de la bolsa de diálisis peritoneal de manera eficaz y segura para el paciente con tratamiento sustitutivo de la función renal. Ya que el diálisis desecha los líquidos que provenientes del metabolismo celular que el riñón no puede eliminar.

Como personal de enfermera tenemos que saber los procedimientos que se debe hacer lo más importante es que la enfermera se lava las manos, reúne el material necesario e identifica la bolsa correspondiente, explicamos al paciente el procedimiento que se le va a realizar y le coloca el cubre bocas, verifica que el regulador de flujo se encuentre en posición de cerrado, se coloca cubrebocas y se lava las manos nuevamente, luego se coloca la bolsa en el lado izquierdo de la mesa de trabajo, con la ranura hacia arriba y la fecha de caducidad visible, en el lado derecho coloca la pinza y la solución desinfectante, se tiene que abrir el sobre-envoltura de la bolsa por la parte superior, se tiene que desenrollar de manera independiente identifica la bolsa y la línea de drenado color verde, nota que ambas líneas se unen en "Y", en este extremo identifica el adaptador de ruptura color rojo, el obturador inviolable color azul abierto y el adaptador, después colocar entre el dedo índice y el dedo medio de la mano no dominante la base del adaptador y entre el dedo pulgar e índice la base de la línea de transferencia del paciente, después de esto se enrosca el sello protector del adaptador de la bolsa a colocar con la mano dominante y aplica solución desinfectante, con la misma mano desenrosca y desecha el adaptador con el obturador azul del cambio de bolsa anterior, que se encuentra colocado en la línea de transferencia, sujeta el adaptador de la bolsa a colocar y la línea de transferencia con la mano dominante y con movimiento firme y seguro, realiza la unión enroscando ambos extremos, cuelga la bolsa que contiene la solución dializante en el tripié y cerca de la "Y" obtura con la pinza para diálisis la línea de ingreso, coloca la bolsa de drenado que está vacía sobre la canastilla del Tripié luego ira el regulador de flujo de la línea de transferencia del paciente en posición abierta para iniciar el drenado del líquido dializante, que se encuentra en la cavidad peritoneal, se tiene que verifica la salida y observa las características del líquido dializante de la cavidad peritoneal que fluye hacia la bolsa de drenado., por ultimo observar que la solución pasa momentáneamente de la línea de ingreso hacia la línea de drenado, permitiendo la salida de aire, una vez que termina de pasar el volumen indicado a la cavidad peritoneal, gira el

Regulador de flujo de la línea de transferencia del paciente hacia la posición de cerrado y cierra el obturador inviolable color azul, por último se tiene que retirar ambas bolsas de la unidad del paciente, luego observa las características del líquido, desecha las bolsas de diálisis en los contenedores correspondientes y se retira los guantes, como personal de salud es importante tener en cuenta que tenemos que cuantificar el volumen drenado y realiza las anotaciones correspondientes.

### **Posiciones para proporcionar comodidad o cuidados al paciente.**

Como personal de enfermería tenemos que conocer y saber que existen diversas posiciones que se emplean en diversas situaciones patológicas, esto va dependiendo de cómo se siente cómodo el paciente la posición de la persona, tiene que vigilarse la alineación del cuerpo, asegurando que las distintas partes del mismo mantengan una correcta. Algunas de ellas son: posición de decúbito: posición del cuerpo en estado de reposo sobre un plano horizontal, decúbito dorsal: la persona se encuentra tendida boca arriba las extremidades inferiores extendida, luego el decúbito prono: la persona se encuentra tendida sobre el pecho y el abdomen, con la cabeza girada hacia un lado, sigue el decúbito lateral: la persona se encuentra tendida de lado, con uno u otro costado sobre la superficie, la posición de Fowler: se trata de una posición dorsal en un plano inclinado de tal modo que la espalda forme un ángulo de unos 45, luego la posición genupectoral: la persona se coloca abajo, apoyándose sobre las rodillas y el pecho, con la cabeza ladeada y los muslos perpendiculares a la cama, luego la posición ginecológica: posición de decúbito supino con las piernas flexionadas sobre los muslos y los muslos en abducción y flexión sobre la pelvis, seguimos con la posición de Rose: posición de decúbito supino con la cabeza colgando fuera de la camilla, luego con la posición de Sims: posición de decúbito lateral izquierdo con el brazo y la pierna de este lado extendida y la extremidad inferior derecha flexionada a nivel de la cadera y la rodilla, después sigue la posición de Trendelenburg: posición de decúbito dorsal sobre un plano inclinado de tal modo que la pelvis quede más alta que la cabeza y los muslos más altos que la pelvis, siguiente sería la posición de Trendelenburg invertida: esta es la posición con la persona en decúbito dorsal sobre un plano inclinado de tal modo que la cabeza quede más alta que los pies.



## **Conclusión**

Como bien sabemos la enfermera cumple varias funciones por eso debemos aprender y practicar más para poder cuidar más a nuestros pacientes y poder hacer bien nuestras prácticas ya que así nos permite adquirir conocimientos nuevos, desarrollar habilidades para brindar cuidado de forma holística, de calidad y con calidez a las personas.

Los profesionales de enfermería y demás personal sanitario, debemos saber cómo actuar con los pacientes en este ámbito y valorar la importancia de las funciones de enfermería en este entorno. Desde mi punto de vista, además de adquirir conocimientos técnicos para controlar y manejar los nuevos avances ya que día con día la ciencia se va desarrollando, y como personal de enfermería tenemos que ir aprendiendo más y practicar. De tal forma que la enfermera también debe saber técnicas para poder curar al paciente y tratarlo para mejorar la calidad de vida, para el personal de salud es muy importante ya que nos sirve para las recomendaciones dirigidas a optimizar la atención a los pacientes y que se basan en la revisión sistemática de la evidencia y la valoración de los beneficios y los riesgos de las opciones asistenciales alternativas. El objetivo es establecer un referente nacional para favorecer la toma de decisiones clínicas y gerenciales, basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia posible.

Los temas antes visto como personal de enfermería serán de gran ayuda ya que aprendí a como instalar un catéter venoso central y los materiales que se utiliza y como realizarlo, ya que ese es el trabajo día con día, también pude comprender sobre las posiciones que debe estar en paciente de acuerdo a la patología que presente, para que nuestro paciente se sienta satisfecho y tengo una mejor recuperación

## **Referencia.**

ALAN PEARSON, PRACTICA CLINICA BASADA EN LA EVIDENCIA EN ENFERMERIA MC GRAW HILL (2008).

PERRY POTTER, HABILIDADES Y PROCEDIMIENTOS EN ENFERMERÍA, MC GRAW HILL, (2014).

SORRENTINO, REMMER, FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA PRACTICA, CUARTA EDICION MC GRAW HILLI (2015)

PERRY POTTER, FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA, MC GRAW HILL (2014).