

Nombre del alumno:

Erlinda Roblero Morales

Nombre del profesor:

Lic. Rubén Eduardo Domínguez García

Licenciatura:

En enfermería

Materia:

Práctica clínica

Nombre del trabajo:

Ensayo de la:

“Unidad II”

Introducción

En este tema se habla acerca de temas importantes que nos ayuda a nosotros como profesionales a mejorar nuestro trabajo en el ámbito hospitalario como es la instalación de catéter venoso central ya que este procedimiento es de suma importancia porque es un procedimiento clave 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, esto nos ayuda a nosotros la forma en como se debe de hacer utilidad este procedimiento ya que nos permite administrar líquidos, soluciones hipertónicas y soluciones incompatibles y monitorización hemodinámica y extracción de muestras sanguíneas .

Por otro lado se aborda el tema de aspiración de secreciones traqueobronqueales con sistema cerrado, este tema es vital ya que muchos de nuestro pacientes tengan esta dificultad en expulsar estas secreciones más sin embargo es por ello que se realiza este procedimiento para que nuestro paciente este estable. Asi como también nos encontramos con el tema de lavado y esterilización de filtro dializador y de las líneas arterio venosas para hemodiálisis, ya que este procedimiento se realiza porque es lo que nos alcanza para hacer útil en los pacientes ya que es muy caro es por ello que el personal hace esta reutilización y menciona que si es eficaz si esto se realiza de manera correcta, siguiendo los pasos necesarios, así como está el tema de control y cambio de diálisis es un tema de hoy en día que ha aumentado un número de pacientes con este problema es por ello que es importante seguir los pasos para hacer un procedimiento correcto por ultimo presenta las posiciones que debemos tomar en cuenta para que nuestro paciente este estable y que disminuya las complicaciones.

UNIDAD III

3.1.- Instalación de catéter venoso central.

Es un tema de suma importancia ya que es lo más que se utiliza en urgencias se comprende que es un procedimiento clave 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, así mismo para hacer este procedimiento existe ocho posibilidades de acceso venoso periférico como son; yugular posterior, yugular anterior y subclavio.

Esta técnica de canalización percutánea de vía venosa central, mediante un acceso periférico, esto nos ayuda a nosotros a administrar grandes volúmenes de líquidos, soluciones en desacordes a través

de luces separadas, y la monitorización hemodinámica, muestra de sangre para realizar diferentes estudios, tomando en cuenta el personal para hacer este tipo de instalación de catéter es necesario contar con la presencia de una enfermera, un auxiliar, y tomar en cuenta el ámbito de aplicación como el box de urgencias, se



debe de tener el material necesario para hacer este tipo de técnicas y que sea de la mejor manera para no tener complicaciones o haya un infección, hacer utilidad de la protección ya que se tiene contacto con los fluidos del paciente, hacer uso de los siguientes materiales como es; cepillo con antiséptico, empapador, compresor, antiséptico al uso povidona iodada o clorhexidina 2%, gasas estériles, un paño estéril y uno fenestrado, bata y guantes estériles, gorro, mascarilla, anestésico tópico, dos jeringas de 10, abocath 18, catéter de doble, dos sueros, sistemas y llaves de tres vías, adhesivo para fijar, apósito estéril transparente.

Para realizar esta técnica y sea la más viable se necesita seguir los pasos y hacerlo correctamente desde la preparación del paciente dando indicaciones del procedimiento, se debe tener en observación el electrocardiograma antes, durante y después del procedimiento, colocarlo en posición decúbito supino, hacer la valoración de las venas de ambas extremidades, hacer la utilidad del antiséptico de forma circular. Para el personal debe de utilizar la asepsia en todo momento del procedimiento, iniciar con colocar un empapador bajo el brazo, elegido, preparar una mesa auxiliar con paños estériles y todo el material necesario, colocar paño fenestrado sobre el brazo y ampliar el campo estéril con otro paño, puesto que la longitud del catéter, canalizar vena mediante

un abocath que sea número 18 ya que si es más pequeño no pasa, se dice que es mucho mejor si esto sea de mayor grosor como el número 16, y se debe retirar compresor para permitir la compresión del guía, pedir la colaboración del paciente, haciendo que gire la cabeza hacia el lado de la punción, y empezar a introducir la guía a través del angiocatéter, estar al pendiente de la electrocardiograma, se debe de dejar suficiente porción de guía, de igual forma deslizar el dilatador a través de la guía y después retirar y aplicar presión con una gasa sobre el punto de inserción, como retirar el tapón de la luz distal del catéter, mantener siempre sujeta la guía mientras se introduce el catéter suavemente a uno 40 o 45 cm, se debe retirar la guía y comprobar el reflujo de sangre en las dos luces con jeringas de 10 cm.

Para realizar la fijación del catéter es necesario colocar una corbata alrededor del catéter sin tapar el punto de inserción más un apósito oclusivo estéril, así como los materiales punzantes hay que depositarlo en el contenedor adecuado y que el paciente este en posición adecuada. Es de suma importancia llevar el control de todo el proceso así como los factores de riesgo que pueden dificultar la canalización, supervisar por personal experto, elección del sitio de inserción, así como también no realizar más de dos o tres venopunciones, que no haya cambios rutinarios de cambio de catéter, verificar que la colocación y la retirada sea en trendelenburg, se debe estar al pendiente de cualquier complicaciones, por ultimo hacer el registro del procedimiento como es el tipo de catéter, extremidad y vena de acceso y fecha e incidencias que haya presentado.

3.2.- Inspiración de secreciones traqueobronqueales con sistema cerrado.

La inspiración de secreciones se comprende como el procedimiento efectivo cuando el paciente no puede expulsar las secreciones ya sea a nivel nasotraqueal y orotraqueal, o también la aspiración traqueal en pacientes con vía aérea artificial, donde es realizado mediante la succión de secreciones a través de un catéter conectado a una toma de succión por lo cual es de suma importancia ya que esto ayuda a que los pacientes mantengan la permeabilidad de las vías aéreas, donde se puede favorecer la ventilación respiratoria, nos ayuda prevenir las infecciones y atelectacias ocasionadas por el acumulo de secreciones, esta técnica se realiza únicamente cuando el paciente no puede expulsar las secreciones por sí mismo, el medico valora las condiciones del paciente, como son las varices esofágicas, cirugía traqueal, cirugía gástrica con anastomosis alta, infarto al miocardio

Se debe tener muy en cuenta los materiales y el equipo que se debe utilizar para la instalación de este sistema como son el aparato de aspiración, guantes desechables estériles, guantes desechables estériles, una solución para irrigación, una jeringa de 10ml, sondas para aspiración de secreciones, solución antiséptica, riño estéril, jalea lubricante, gafas de protección, cubrebocas y ambu.

Durante el proceso del procedimiento se necesita explicar al paciente que es lo que se va a realizar, verificar los signos vitales, comprobar si el equipo funciona muy bien y el sistema de oxigenación y poner al paciente en posición Semi-Fowler, no se debe de olvidar el lavado de manos, colocar la gafas y cubrebocas, colocar el aparato de aspiración correspondiente haciendo utilidad de los guantes de la mano más dominante y conectar la sonda de aspiración al tubo del aspirador, protegiendo la sonda de aspiración con la mano dominante antes se debe de lubricar la punta de la sonda sucesivamente introducir en la fosa nasal suavemente y cuando notamos que se tiene resistencia el paso empujamos hacia abajo, se debe pedir la paciente que genere toser para que las secreciones pueden desprenderse y ser expulsadas mediante este técnica, realizar la aspiración del paciente retirando la sonda de 2-3 cm y así mismo volver a realizarla si esta es necesaria, pedir al paciente que realice respiraciones profundas, se debe limpiar la sonda con una gasa estéril y lavar en su interior con solución por irrigación, se debe dar un tiempo de 5 minutos para su recuperación después de debe de seguir con el episodio de la respiración. Se debe desechar los materiales que ya se hayan utilizados, de debe de auscultar el tórax y valorar los ruidos respiratorios, lavar los dientes del paciente, lavar equipo y mandarlo a esterilización por último se debe documentar en el expediente clínico la fecha, hora y frecuencia de la aspiración de las secreciones y la respuesta del paciente.

Aspiración traqueal con cánula de traqueotomía; en este procedimiento se debe manejar con técnica estéril se debe de realizar en consideración de que ya haya acumulación de secreciones en la vía aérea artificial o árbol traqueal puede causar estrechamiento de las mismas, insuficiencia respiratoria y estasis de secreciones. Se debe de seguir en revisión de la auscultación de los ruidos respiratorios, indicar al paciente lo que se va a realizar, así como corroborar la funcionalidad del sistema de reanimación manual, se debe de colocar al paciente en posición semi-Fowler, con el cuello en hiperextensión, si no existe contraindicación, se debe de lavar las manos , los materiales que se deben de utilizar deben de estar listos y en reglas de la asepsia, colocarse las gafas y el cubrebocas para el cuidado, se debe de activar el aparato de aspiración, con la mano dominante enrollar la sonda en la mano dominante, y sucesivamente se debe colocar 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, no olvidar desconectar al paciente del ventilador, del orificio de entrada del tubo endotraqueal, dispositivo de CPAP u otra fuente de oxigenación, se debe 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, se debe lubricar la punta de la sonda e introducir la sonda de aspiración en el orificio del tubo de traqueostomía o endotraqueal suavemente hasta encontrar la resistencia esta se debe de realizar la aspiración del paciente, retirando la sonda 2 - 3 cm, una vez introducida, no olvidando oxigenar al paciente utilizando el ambú conectado al sistema de administración de oxígeno al 100%, realizando de 4 a 5 ventilaciones manuales, es el momento donde se puede administrar en la tráquea la solución para irrigación estéril a través de la vía aérea artificial si las secreciones son espesas y así mismo seguir en las sesiones anteriores, se debe limpiar la sonda con una gasa estéril y lavar la sonda en su interior con solución para irrigación, esto se hace hasta que las secreciones haya sido expulsadas todas, se vuelve a conectar al ventilador, no olvidar valorar los signos vitales en el monitor donde se debe de auscultar el tórax y los ruidos respiratorios, finaliza con hacer limpieza bucal y hacer las anotaciones en el expediente.

3.3.- Lavado y esterilización de filtro dializador y de las líneas arteriovenosas para hemodiálisis

En este tema comprendí la gran importancia del lavado y la esterilización de filtro dializador ya que es un procedimiento extracorpóreo y sustituto de la función renal, mediante el cual la composición de solutos de una solución A es modificada al ser expuesta a una segunda solución B, a través de una membrana semipermeable, este mecanismo se lleva a cabo por el transporte de solutos mediante la difusión y ultrafiltración, el sistema contiene un equipo dializador, filtro dializador, solución dializante y unas líneas para conducir la sangre y la máquina dializadora, ya que este equipo dializador se encuentra constituido por un filtro dializador formado por un recipiente que contiene dos compartimentos de conducción por los cuales circulan la sangre y el líquido de diálisis separado entre sí por una membrana semipermeable, la cual está constituida por miles de capilares de fibra hueca, en donde circula la sangre internamente y por la parte externa son bañados por el líquido de diálisis; esta membrana se caracteriza por ser hidrofóbica, tener gran permeabilidad selectiva, mejor transporte de moléculas de gran peso, mejor biocompatibilidad y ser resistente a grandes presiones en el circuito sanguíneo que está constituido por una membrana de polisulfona de origen sintético, la cual ofrece una hemodiálisis de alta eficiencia.

En este apartado pude comprender que es de suma importante mencionar el tratamiento del agua para hemodiálisis que incluye diferentes etapas como es la primera que consiste en eliminar la mayoría de las partículas en suspensión mediante filtros y la segunda consiste en eliminar el mayor número de partículas de cloraminas, materia orgánica y disminución de cationes, a través de un filtro de carbón activado seguido de microfiltros para partículas y serie de descalcificadores y esto se lleva a cabo por osmosis inversa, se puede utilizar también un desionizador que proporciona pureza al agua y es distribuida por una bomba de presión a través del circuito de distribución hasta las máquinas de hemodiálisis, este circuito debe ser cerrado ya que el agua constantemente se encuentra circulando y el agua no utilizada regresa al reservorio de agua tratada, menciona que esto se realiza en cuatro etapas como primer paso es el enjuague, lavado, pruebas de integridad, esterilización, donde para el para el lavado se utiliza cloro diluido al 1% que diluye los depósitos proteináceos que pueden ocluir las fibras y para la esterilización se lleva a cabo con formol al 5%, lo cual se considera un proceso químico que inactiva todos los microorganismos vivos.

Comprendí que la reutilización del dializador se comprende como a la práctica mediante la cual usted, el paciente, utiliza el mismo dializador para múltiples tratamientos, donde los dializadores no son simplemente reutilizados, sino que son reprocesados, los dializadores son reutilizados porque el tratamiento por diálisis es caro, así como este se considera segura a la reutilización de los dializadores, siempre y cuando el proceso sea llevado a cabo correctamente, tomando en cuenta que esta sea de una buena calidad de agua, el reprocesamiento de agua, inspección del dializador rotulado del dializador, un buen almacenamiento, una buena comprobación del dializador, un buen monitoreo durante su tratamiento y un buen aseguramiento en las actividades.

3.4 Vigilancia y control del proceso de cambio de bolsas de diálisis peritoneal.

Como bien sabemos es considerado al conjunto de 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, el objetivo es que sea realizado de manera segura y eficaz donde nos a promover la extracción de líquidos y productos de desecho provenientes del metabolismo celular que el riñón no puede eliminar, se debe de preparar el material necesario como es la utilidad de una mesa, tripie con canastilla, solución

desinfectante de hipoclorito de sodio al 50% y lienzo limpio, bolsa de diálisis peritoneal sistema bolsa gemela o sistema Beny, pinza para diálisis, tijeras, guantes, tapón minicap, formato de registro de diálisis peritoneal y horno de microondas

para el procedimiento se debe iniciar lavando las manos, verificar si ya está los materiales reunidos y empezar a calentar la bolsa de diálisis peritoneal, así como ponerse el cubrebocas, lavarse la manos y hacer limpieza de la mesa de izquierda a derecha, se abre el sobre-envoltura de la bolsa por la parte superior, la retira y la desecha y esta se desenrolla y separa las líneas e identifica: 1) la bolsa de ingreso que es la que contiene la solución dializante y el puerto de inyección de medicamentos, 2) la línea de ingreso y el segmento de ruptura color verde, coloca 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, seguidamente desenrolla el sello protector del adaptador de la bolsa a colocar con la mano dominante y aplica solución desinfectante y 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, seguidamente cuelga la bolsa que contiene la solución dializante en el tripié y cerca de la "Y", colocar la bolsa de drenado que está vacía sobre la canastilla del tripié así mismo gira el regulador de flujo de la línea de transferencia del paciente en posición abierta para iniciar el drenado del líquido dializante, 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, se rompe el adaptador de ruptura color rojo dejando conectado el adaptador con el obturador inviolable color azul a la línea de transferencia del paciente, para retirar es necesario ponerse los guantes y se retira las bolsas del paciente

3.5. Posiciones para proporcionar comodidad o cuidados al paciente,

En este apartado es necesario verificar que tipo de problema tiene el paciente ya que de acuerdo a ello es necesario aplicar los tipos de posiciones, donde se debe aprobar que no se obstaculice la respiración, la circulación y que no se ejerza ninguna presión ni tracción sobre nervio alguno, se reduzca al máximo la presión sobre la pie, que se tenga la máxima accesibilidad al sitio de actuación, están las siguientes posiciones; la posición de cubito que es toda posición del cuerpo en estado de reposo sobre un plano horizontal, el decúbito supino o dorsal se aplica en la persona que se encuentra tendida



boca arriba, en posición horizontal, con la espalda en contacto con la superficie y las extremidades inferiores extendidas, decúbito prono, ventral donde la persona se encuentra tendida sobre el pecho y el abdomen, con la cabeza girada hacia un lado, las extremidades superiores extendidas junto al cuerpo o flexionadas a nivel del codo y los miembros inferiores extendidos, está el decúbito lateral, 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 grados con la horizontal, Posición genupectoral es cuando la persona se coloca abajo, apoyándose sobre las rodillas y el pecho, con la cabeza ladeada y los muslos perpendiculares a la cama, posición ginecológica es una persona cuando se coloca en una posición de decúbito supino con las piernas flexionadas sobre los muslos y los muslos en abducción y flexión sobre la pelvis y posición de Rose es una posición de decúbito supino con la cabeza colgando fuera de la camilla o mesa de operaciones, es posición de Sims donde es una 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, así como nos encontramos con la posición de trendelenburg donde es una 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, está también la anterior que se llama trendelenburg invertida, es necesario conocer esto ya que esto nos llevara colocar en una buena posición a nuestro paciente.

Conclusión

En este tema comprendí la gran importancia de estudiar a profundidad el tema de instalación de catéter venoso central, ya que es una técnica de canalización percutánea de vía venosa central, a través de un acceso periférico mediante un catéter de doble o triple luz de poliuretano radio opaco, utilizando la técnica de Seldinger modificada, ya que este es uno de los procedimientos que más se utiliza el nivel hospitalario en urgencias, este procedimiento se realiza para administrar líquidos, soluciones, y medicamentos para la mejora del paciente así como también se realiza para muestras de sangre, así como también comprendí los pasos para hacer este procedimiento de canalización, de igual forma comprendí y me gustó mucho que volviéramos a ver el tema de aspiración de secreciones traqueobronqueales con sistema cerrado ya que nos ayuda a mejorar la técnica de aspiración de secreciones ya que como bien sabemos es lo que nos permite 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 nasotraqueal y orotraqueal, o bien la aspiración traqueal en pacientes con vía aérea artificial.

En el tema de lavado y esterilización de filtro dializador y de las líneas arteriales venosas para hemodiálisis, esto es necesario ya que los dializadores no son simplemente reutilizados, sino que son reprocesados lo que el procedimiento de reprocesamiento conlleva la limpieza, comprobación, llenado de su dializador con un germicida ya que es uno de los cuales siempre ha sido eficaz mientras se realiza de la manera correcta, mismo que me interesó el tema de control y cambio de bolsa de diálisis ya que es necesario seguir los pasos que sea de manera eficaz para tener buenos resultados y este tema nos ayuda a mejorar nuestra práctica y poder llevar un buen control de estos pacientes ya que hay muchos pacientes con estos problemas, y otro de los temas es las posiciones que hay dentro de este tema ya que es imprescindible de saberlo para que no haya complicaciones de pacientes y que estén estables durante la estancia en el hospital.

Bibliografía

Alan Pearson Practica Clinica Basada en Evidencia en Enfermeria : MC GRAW HILL, 2008.