



Mi Universidad

ENSAYO

NOMBRE DEL ALUMNO: maría José hidalgo Roblero.

TEMA: tercera y cuarta unidad.

PARCIAL: I

MATERIA: prácticas clínicas de enfermería.

NOMBRE DEL PROFESOR: Eduardo García.

LICENCIATURA: Enfermería.

CUATRIMESTRE: 6

Instalación de catéter venoso periférico.

La venoclisis se trata de la administración de fármacos diluidos por vía endovenosa mediante el sistema de goteo continuo o intermitente.

La infusión intermitente es el medicamento que se administra que será diluido en una pequeña cantidad de solución fisiológica o dextrosa y será transfundido entre 30 minutos o más esto depende del medicamento.

La infusión continúa es el medicamento que se administra en un tiempo mayor de 12 horas, el volumen de dilución depende del tipo de medicamento desde 100 ml o más.

Bolo endovenoso es la dosis relativamente alta de una medicación administrada por la vía endovenosa en un corto espacio de tiempo, normalmente entre 1 y 20 minutos.

Para la colocación de un catéter venoso periférico están las siguientes indicaciones:

- * Administración de tratamiento farmacológico endovenoso.
- *Hidratación endovenosa en paciente con intolerancia oral.
- *Reanimación con soluciones endovenosas en pacientes en estado de shock.
- *Transfusión de hemoderivados.
- *Procedimiento de colocación de catéter venoso periférico

Materiales: Riñonera o bandeja estéril, Campo estéril, Torundas de algodón, Jeringas de 5ml, Suero fisiológico, Catéter venoso periférico de varios calibres (24, 22, 20, 18, 16), Llave de triple vía con extensión, Tegaderm de 6 x 7 o 10 x 12 cm, Guantes estériles, ligadura, Alcohol, medicinal al 70°, también puede usarse alcohol yodado.

El procedimiento inicia con el lavado de manos clínico, se colocan los guantes estériles y se elige la vena a punzar, se limpia el sitio de punción con una torunda embebida en alcohol y se liga el brazo elegido en la zona más próxima al paciente, con la mano dominante se inserta la aguja en la vena que se eligió en un ángulo de 30 a 40 grados, una vez canalizado progresa unos mm, para posteriormente ingresar solo el abocat sin la aguja, se quita la ligadura y se conecta la llave de 3 vías con extensión la cual debe estar purgada con suero fisiológico, se fija el abocat con cinta de tela en forma prolija, se escribe la fecha de colocación y el nombre de la enfermera. Se administra el tratamiento

médico que se indica se realiza nuevamente el lavado de manos clínicos y se registra el procedimiento.

Instalación de catéter venoso central.

En un hospital las infecciones del torrente sanguíneo son unas de las complicaciones a ocurrir durante la atención de un paciente con el progreso de la medicina y el aumento de la tecnología se ha desarrollado una enorme cantidad de dispositivos para ser usados en la vía endovenosa, cada uno con sus propias complicaciones. Hay diferentes tipos de catéter venoso central, de acuerdo al tiempo de duración, números de lúmenes y su uso terapéutico, por lo cual se hace necesario conocer sus ventajas y riesgos como como sus indicaciones cómo manejo y mantención.

Su propósito es estandarizar los cuidados de enfermería en la instalación y el manejo de las vías venosas centrales, con el propósito de evitar los riesgos relacionados con la seguridad del paciente.

Sus objetivos son: unificar criterios en el equipo de salud para la instalación y el manejo de los pacientes con vías venosas centrales. Realizar una valoración adecuada del paciente, dirigida a pesquisar complicaciones reales o potenciales en el manejo de vías venosas centrales. Minimizar las complicaciones relacionadas con la presencia de dispositivos centrales, mediante un correcto manejo.

Un catéter venoso central se utiliza en los siguientes casos: cuándo se administran líquidos, cuándo se administran drogas que no pueden administrarse periféricamente, nutrición parenteral de alta osmolaridad, monitorización invasiva, acceso para hemodiálisis.

Procedimiento: el médico o el enfermero le explica al paciente el procedimiento que se va a realizar, se realiza el lavado de manos quirúrgico ya que esté procedimiento se debe realizar con técnica aséptica y estéril. Para la instalación de este se requiere de control radiográfico para su evaluación antes de utilizar el acceso. Se debe colocar gorro al paciente si se requiere se lavan las manos cómo se colocan guantes de procedimiento y se prepara el sitio de punción. Se recorta el vello si esto es necesario y se realiza aseo de ambas zonas regulares y subclavias, femorales y extremidades con jabón de clorhexidina, procediendo finalmente a enjuagar y secar con apósito estéril punto se retiran los guantes y se realiza el lavado clínico de manos se ofrece un gorro y una mascarilla al profesional a

cargo de la instalación. Se abre el paquete de ropa estéril como y ofrecen guantes estériles, equipo de cvc, riñón estéril, suero fisiológico como jeringas con lidocaína, clorhexidina para pincelar. Debe estar presente durante todo el proceso de instalación del cvc y debe supervisar el cumplimiento de la técnica aséptica. Al finalizar la instalación se realiza lavado clínico de mano se pone guantes estériles y procede realizar curación plana del sitio de inserción como con flores y dina de uso tópico según corresponda, se deja cubierto con bases estériles o apósito transparente. Se conecta la llave de tres pasos en las ramas de cvc y se deja acceso directo para administrar medicamento en unas de estas, colocando tapa anti reflujo o tapón de goma se eliminan los desechos cómo se retira guantes y realiza el lavado de manos clínico se registra la hoja de enfermería: vía de acceso, fecha instalación, día cero del cvc y a cuántos cm queda instalado.

Se coloca el gorro y la mascarilla se lleva a cabo el lavado de manos quirúrgico se seca con compresa estéril y se coloca el delantal y los guantes estériles se montan los campos estériles y se prepara el material estéril en la mesa auxiliar, ambos profesionales. Se realiza la medición con cinta métrica desde el sitio de inserción al punto objetivo. Se recibe se monta y se purga el catéter epicutáneo con suero fisiológico y sin que queden burbujas en el trayecto. Se liga la extremidad a puncionar punto pincelar piel con clorhexidina punto se punciona con la mariposa del set para cateterizar y se observa la salida del flujo sanguíneo y se retira la ligadura se introduce el catéter con la pinza anatómica, el catéter debe progresar sin ofrecer resistencia. Ya alcanza a la distancia previa medida, se comprueba que refluye a fácilmente, se administra el bolo de suero fisiológico para limpiar y verificar la permeabilidad del catéter se retira la mariposa como aplicando una leve presión con gasa estéril en el sitio de punción. El profesional enfermera o matrona ayudante, para la desconexión y reconexión del catéter, para sacar la mariposa punto se hace hemostasia una vez que se comprueba que no sangra se fija de manera que el sitio de punción se pueda se pueda visualizar y se cierra el circuito se realiza el control radiológico ya que se confirma su correcta localización, se termina de fijar de modo definitivo para evitar desplazamiento y se cubre con apósito transparente y se inicia la infusión se registra en la hoja de enfermería y de vigilancia el día y la hora de la canalización, la vía de acceso a, localización del catéter, centímetros introducidos, y las complicaciones que hubo durante la técnica.

Materiales: - Paquete de ropa estéril (2 sábanas y 2 delantales). - Gorros y mascarillas - Lidocaína. - Heparina (para Catéter de Diálisis). - Agujas de 25 g. - Jeringa de 3, 5 y 10

cc. - Catéter venoso central. - Guantes quirúrgicos estériles. - Clorhexidina al 2% o >0.5%
- Tela adhesiva. - Plumón permanente. - Parches o apósito Transparente estéril. - Suero Fisiológico. - Equipo de fleboclisis - Ligadura estéril (CVCP). - Gasas y torundas estériles.
- Llaves de tres pasos. - Alargadores de bajada de fleboclisis, en caso necesario. - Tapas antirreflujos o tapón de goma - Portasueros. - Bomba de infusión continua. - Equipo de curación. - 2 apósitos medianos. - Ampollas de suero fisiológico de 20 ml-10ml - Alcohol al 70%. - Caja cortopunzante. - Pinza anatómica para manipular MCP. - Equipo y material de sutura o CVC. - Alargadores de bajada de fleboclisis, en caso necesario. - Cinta o tela adhesiva estéril (uso en UPCP).

Aspiración de secreciones traqueo bronquiales con sistema abierto.

La aspiración de las secreciones es un procedimiento común en los pacientes generalmente postrados, neurológicos, con respirador artificial o con traqueostomía.

Cuenta con un objetivo de extraer las secreciones bronquiales que se han acumulado por incapacidad de eliminar las mantener la permeabilidad de las vías aéreas como favorecer la ventilación respiratoria y prevenir las infecciones que se ocasionan por la acumulación de secreciones.

Circuito abierto: este método es el clásico, donde se desconecta el paciente del respirador artificial para poder utilizar una sonda de aspiración descartable. de un solo uso.

Procedimiento: se enciende el aspirador, y se regula la presión negativa de 80 a 120 mmhg. Se conecta el tubo de aspiración a la sonda de aspiración. Se lava las manos, se coloca mascarilla, gafas y guantes estériles. Se humidifica la sonda de aspiración con el agua estéril. Primero se debe aspirar la boca del paciente si esto no se hace las partes de las secreciones podrían pasar al pulmón puntos se introducen una nueva sonda estéril por la traqueostomía una vez que se encuentre resistencia se retira un centímetro y se procede a aspirar ocluyendo el orificio proximal que tiene la sonda. Se retira rotando de un lado al otro la sonda para obtener todo tipo de secreciones, luego se limpia la sonda con una gasa estéril. Se vuelve aspirar con el agua estéril para limpiar el interior de la sonda de aspiración el tiempo a realizar la aspiración no debe superar los 15 segundos porque a más tiempo se puede provocar hipoxemia en el paciente es recomendable aumentar el oxígeno momentáneamente antes de aspirar.

Materiales: Aspirador de vacío. Recipiente para la recolección de secreciones. Sondas de aspiración estériles. Tubo o goma de aspiración. Guantes estériles. Ambú con reservorio conectado a fuente de oxígeno. Tubo de mayo. Jeringa de 10 ml. Suero fisiológico. Botella de agua bidestilada.

Aspiración de secreciones traqueobronquiales con sistema cerrado.

El circuito cerrado es donde el paciente tiene una sonda de circuito cerrado acoplado a las tubuladuras de respirador entre el corrugado y la traqueostomía, por lo que no es necesario desconectar al paciente de respirador artificial para poder aspirar, se usa varias veces al día la misma sonda, pero esta debe descartarse pasadas las 24 horas del día.

Procedimiento: se introducen la sonda de circuito cerrado a través del tubo de la traqueostomía, hasta que se encuentre resistencia cómo se retira un centímetro y se procede a aspirar rotando la sonda. Una vez que se retira la sonda, se acopla la jeringa de 20mm cargada con solución salina estéril al orificio de irrigación y se aspira presionando la válvula de aspiración se verifica que el paciente ya no tenga secreciones, respire mejor, y la saturación de oxígeno está dentro del parámetro aceptable punto después de todo el procedimiento se debe desechar los guantes y lavarse las manos. No se debe olvidar desechar los residuos que quedan en el frasco recolector después del procedimiento se coloca la etiqueta identificativa para indicar cuándo se debe cambiar el sistema punto dicho sistema dura 24 horas después de su conexión.

Materiales circuito cerrado Aspirador de vacío Recipiente para la recolección de secreciones Tubo de aspiración Sonda de aspiración de circuito cerrado Gasas estériles de 7.5 x 7.5 o 10x10 cm Guantes estériles Agua estéril Máscara de protección Gafas Ambú con reservorio conectado a fuente de oxígeno a 15 litros por minuto Tubo de Mayo Jeringa de 20 cc Suero fisiológico estéril Botella de agua bidestilada

Signos que indican presencia de secreciones visibles en el TET: Sonidos respiratorios tubulares, gorgoteantes. Disnea súbita. Crepitantes a la auscultación. Aumento de presión pico. Caída del volumen minuto. Caída de la saturación de oxígeno y aumento de la presión del CO₂.

Díálisis peritoneal.

La diálisis peritoneal es el tratamiento para la insuficiencia renal que se utiliza el revestimiento del abdomen o el vientre del paciente para filtrar la sangre dentro del organismo. Los proveedores de atención médica llaman este revestimiento el peritoneo.

Pocas semanas antes de comenzar la diálisis peritoneal, un cirujano le coloca al paciente un tubo blando, llamado catéter en el abdomen.

Al comienzo del tratamiento, la solución de diálisis fluye desde la bolsa a través del catéter hasta el abdomen. Cuando está bolsa se vacía se desconecta el catéter de la bolsa y se tapa para que el paciente se pueda mover y pueda realizar sus actividades normales. Mientras la solución de diálisis está dentro del abdomen, este absorbe las toxinas y el exceso de líquido del organismo.

Después de unas horas cómo se drenan la solución y la y las toxinas del abdomen a la bolsa vacía. Se puede desechar la solución usada en un inodoro o en una tina. Se vuelve a comenzar con una nueva bolsa de solución para diálisis. Cuando la solución está fresca cómo está absorbe las toxinas rápidamente.

El paciente puede elegir qué tipo de diálisis peritoneal se ajusta mejor a su vida:

- diálisis peritoneal continua ambulatoria
- diálisis peritoneal automatizada

Las principales diferencias entre los dos tipos de diálisis peritoneal son:

- la programación de los intercambios
- uno usa una máquina y el otro se hace manualmente.

Si algún tipo de diálisis peritoneal no le conviene, el paciente debe hablar con el médico para probar otro tipo.

se pueden realizar los intercambios manualmente en cualquier lugar limpio y bien iluminado. Entre cada cambio se toma el rededor de 30 40 minutos. Durante un intercambio, el paciente puede leer cómo hablar como a ver televisión o dormir junto con la diálisis peritoneal ambulatoria continua se mantiene la solución en el abdomen durante 4 a 6 horas o más. El tiempo que la solución de diálisis está en el abdomen se denomina tiempo de permanencia o de retención.

Usualmente el paciente cambia la solución al menos 4 veces al día y duerme con la solución en el abdomen durante la noche.

Con la diálisis peritoneal automatizada como una máquina llamada cicladora llena y vacía el abdomen de 3 a 5 veces durante la noche. Por la mañana, el paciente comienza el día con una solución fresca en el abdomen. Puede dejarse esta solución en el abdomen todo el día o se puede hacer un intercambio a media tarde sin la máquina. Las personas a veces llaman a este tratamiento diálisis peritoneal continua asistida con cicladora.