



**UNIVERSIDAD DEL SURESTE
MEDICINA HUMANA
CAMPUS COMITAN**



TEMA:
REPORTE DE PRACTICA CANALIZACIÓN

MATERIA:
MEDICINA INTERNA

ALUMNOS:
XOCHITL MONSERRATH JIMÉNEZ DEL AGUA Y CULEBRO.
ORLANDO GAMALIEL MÉNDEZ VELAZCO.

GRADO Y GRUPO:
5° "A"

DOCENTE:
DR. JORGR ARTURO LÓPEZ CADENAS

ÍNDICE

OBJETIVOS.....	3
INTRODUCCIÓN.....	4
MATERIALES.....	5
PROCEDIMIENTOS.....	6
ANEXOS	8
CONCLUSIÓN	10
BIBLIOGRAFÍA	11

OBJETIVOS

Objetivo general:

El objetivo general de la práctica se dirige que el alumno realice de manera adecuada la técnica de la instalación de venoclisis.

Objetivos específicos:

El objetivo específico de la práctica se basa en conocer la anatomía venosa periférica para llevar adecuadamente la realización de la técnica, así evitando complicaciones.

De la misma forma identificar el equipo para su respectiva utilización.

INTRODUCCION

La colocación de un equipo de venoclisis es fundamental en el ámbito médico para administrar medicamentos y líquidos de manera efectiva. Este procedimiento garantiza que los pacientes reciban tratamiento de forma segura y eficiente. Consiste en la inserción de una aguja en una vena para establecer un acceso intravenoso, permitiendo la administración directa al torrente sanguíneo. Es crucial en situaciones de emergencia, cuidados intensivos y tratamientos prolongados, asegurando que los pacientes reciban la atención necesaria sin complicaciones.

Los puntos mas importantes a destacar para nuestro reporte de práctica: durante la práctica de venoclisis, es esencial seguir un protocolo meticuloso para asegurar la seguridad del paciente y la efectividad del procedimiento para esto se tomo de referencia la NOM 022. Se comienza preparando los materiales necesarios, incluyendo guantes estériles, equipo de venoclisis, solución fisiológica y apósitos o material para fijar. Luego, se selecciona una vena adecuada, generalmente en el antebrazo, y se procede con la asepsia requerida. La inserción de la aguja se realiza con cuidado, aplicando una presión suave para evitar complicaciones como hematomas. Una vez confirmado el acceso venoso, se conecta el equipo de infusión y se ajusta la velocidad según las indicaciones médicas pertinentes.

MATERIALES

1. Solución salina de 100 ml.
2. catéter #22.
3. Equipo de venoclisis.
4. Tela adhesiva y apósito transparente (tegadet).
5. Ligadura.
6. Torundas.

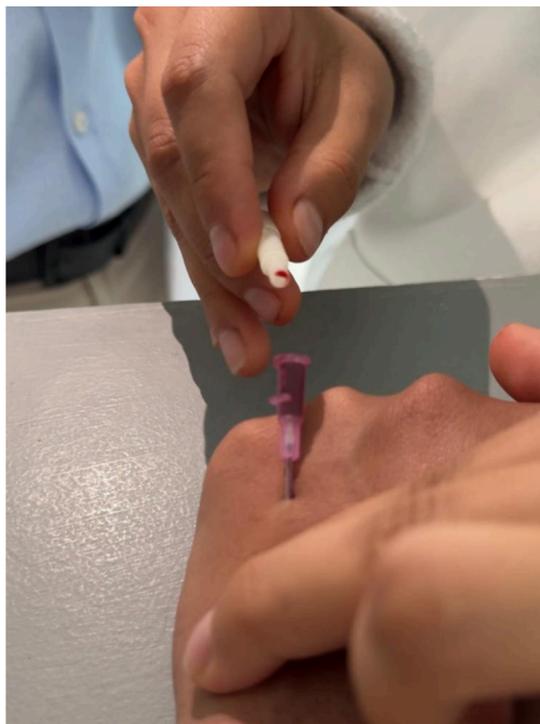
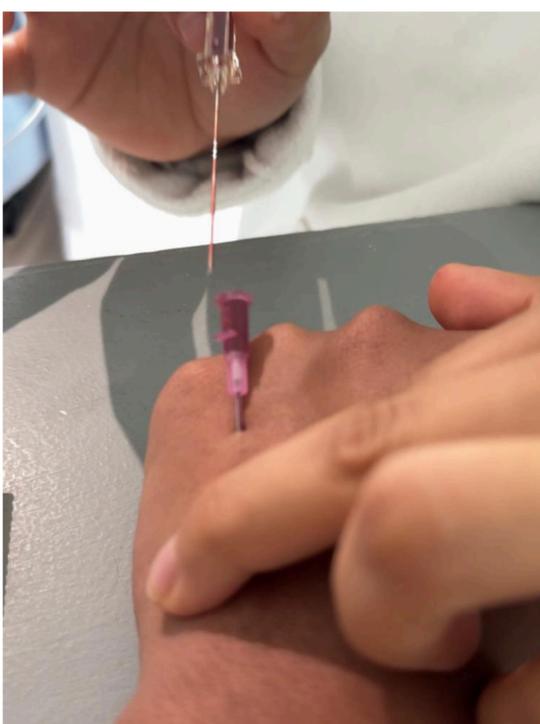
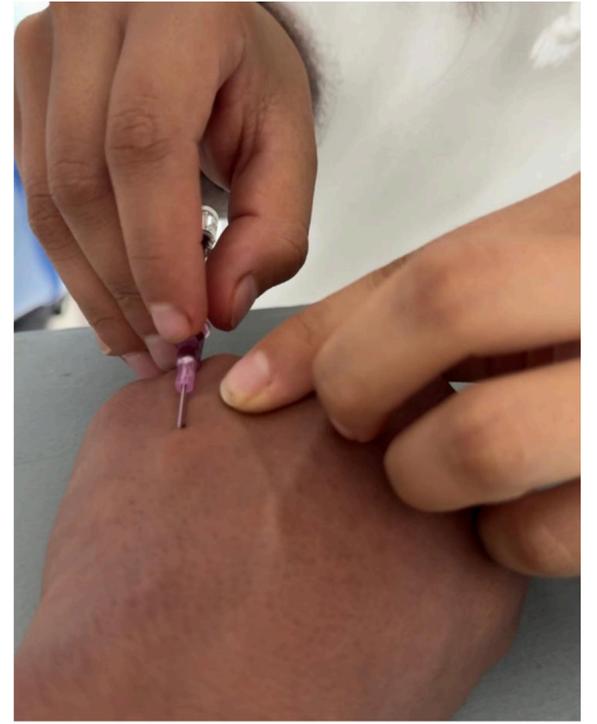
PROCEDIMIENTO

- Presentarse con el paciente.
- Explicar el procedimiento y la justificación de este.
- Solicitar consentimiento informado verbal.
- Mostrar que el catéter que se usará es nuevo.
- Sacar el equipo de venoclisis del empaque sin contaminar el conector, ni el punzón.
- Cerrar las llaves reguladoras.
- Retirar el capuchón del punzón.
- Retirar la tapa protectora de la solución
- Insertar el punzón de la venoclisis en el tapón de goma de la solución.
- Colgar la solución en el tripié del lado en que será canalizado el paciente, procurar la asepsia del conector del equipo de venoclisis.
- Llenar la cámara de goteo a un tercio de su capacidad.
- Retirar la tapa del conector, purgar la solución para eliminar el aire a lo largo de toda la longitud de tubo flexible, tapar nuevamente el conector con técnica aséptica.
- Verificar el sellado del empaque que asegure esterilidad.
- Abrir el empaque del catéter con técnica aséptica sin retirar el protector de la aguja
- Posicionar al paciente, en sedestación.
- Colocar el antebrazo en una superficie plana y firme.
- Seleccionar la vena a canalizar.
- Realizar higiene de manos.
- Colocar ligadura de 6 a 10cm proximal al sitio de punción.
- Realizar antisepsia en el área de punción.

PROCEDIMIENTO

- Sujetar el catéter y retirar el protector de la aguja.
- Tomar el catéter con el dedo índice y pulgar.
- Orientar el bisel de la aguja hacia arriba.
- Ejercer tracción mínima sobre la piel en el área de punción.
- Puncionar la vena en ángulo agudo hasta visualizar retorno venoso.
- Introducir el catéter empujando el cono de conexión siguiendo el trayecto de la vena, en su totalidad hasta el contacto con la piel.
- Retirar la aguja y presionar la punta del catéter para evitar retorno venoso.
- Introducir el conector de la venoclisis en la conexión del catéter.
- Retirar la ligadura.
- Verificar: Permeabilidad de la vía venosa, al observar goteo continuo de solución en la cámara de goteo del equipo de venoclisis.
- Verificar: Ausencia de infiltración en el tejido contiguo en el sitio de punción.
- Ajustar el goteo de infusión por medio de la llave reguladora del equipo para venoclisis.
- Fijar el catéter con un apósito transparente adherible.
- Desechar los punzocortante en el contenedor de RPBI, el resto de material en el contenedor asignado.

ANEXOS



ANEXOS



CONCLUSIÓN

La practica realizada en clínica sobre el cateterismo venoso periférico o mejor conocido venoclisis, hace referencia a un procedimiento médico quirúrgico, que como estudiantes de medicina debe ser llevado a la practica con frecuencia, acompañada de la norma oficial mexicana nom-045-ssa2-2005, para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales que nos indican las técnicas de asepsia y antisepsia para el control de otras complicaciones nosocomiales, así como la técnica de inserción del catéter venoso, para la obtención de una vía permeable y es de gran importancia mencionar la NORMA Oficial Mexicana NOM-022-SSA3-2012, que instituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión en los Estados Unidos Mexicanos; en la cual estamos regidas para el buen procedimiento del cateterismo venoso.

BIBLIOGRAFÍA

Norma Oficial Mexicana NOM-022-SSA3. (2012). Instituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión en los Estados Unidos Mexicanos

Ramos A.P., Carrasco J.A., González A.H., (2019). Técnica de cateterismo venoso periférico.

Poli miogitis: → In inflamación del musc. estriado.

- ▷ Aislada
- ▷ Asociada a otras enfermedades:
 - Autoinmunes sist.
 - Neoplasia.
 - Infección.

* Cuadro Clínico:

- ▷ Debilidad muscular.
 - Proximal, simétrica y progresiva.
 - Mialgias
 - hipersensibilidad musc.
 - Exantema heliotropo.
 - Signo de Gottron.

* Diagnóstico:

- crit. de Bohan A y Peter J.
- Presencia de anticuerpos
- EMG.
- Ultrasonido.
- RM.
- Biopsia muscular.

* Tratamiento no farmacol.

- Mejorar fuerza musc.
- Lograr Remisión
- Disminuir secuelas y evitar manifest. extramusc.
- Mejorar vía aérea.

* Tratamiento farmacológico:

- Esteroides (Primera línea).
 - (Prednisona 1 mg/kg/d).
 - Metilprednisona
 - (30 mg/kg/dosis. max 1g diario por 3 días.
- Inmunosupresores:
 - Metotrexato y azatioprina.
 - (2-3 mg/kg).
- Ig IV.

Med. física y Rehabilitación.



Poli; neuropatía

Trastorno nervioso periférico de cualquier causa.

P. Metabólica → trastornos nerviosos que ocurren con enfermedades que interrumpen los procesos químicos en el cuerpo.

► Etiología:

- Diabetes M.
- Deficit. Nutricional.
- N. alcohólica.
- hipoglucemia.
- Enf. tiroidea.
- Enf. Hepática.
- Deficit. de Vit. (B12, B6, E y B1).

► Cuadro Clínico:

- hipalgesia
- Disautonomía.
- Limit. de usar extremidades.
- neuralgia.
- Debilidad facial.

► Tratamiento:

- Corregir prob. metabólico.
- Fisioterapia.

► Dx:

- BH
- EGO
- EMG.
- Biopsia de tej. nervioso.

P. Infecciosa: → Daño nervioso por infecciones.

► Etiología:

- Bacterias (Lyme).
- Virus (herpes simple).
- Espiroquetas.

► Cuadro Clínico:

- Parestesia
- Debilidad y dolor en extremidades.
- Parálisis progresiva.

M. Física y de Rehabilitación

19/06/24

DRA. MERITXELL VELÁZQUEZ
CASTAÑEDA
MÉDICO GENERAL
C.A.M. 13774971

Diastrématomelia → División de la médula en 2 hemimédulas, simétricas o asimétricas.
↳ más frecuente en mujeres.

Factores de Riesgo:

- Deficit de ácido fólico.
- farmacoes (a. valproico).
- Alcoholismo.
- Tabaquismo.

• Interrupción del desarrollo embrionario:
↳ fallo en el cierre del tubo neural.

Diagnóstico:

- RMN.
- TAC.
- USG → 1^{er} trimestre.

Tratamiento:

- Quirúrgico

Etiología:

- Multifactorial.
- + Predisposición genética.

Cuadro clínico:

- Hemangiomas
- manchas aislada color vino oparto.
- Hoyuelo
- Pedículo
- hidrocefalia.
- lesiones dérmicas.

Tipos:

- tipo I = doble canal espinal.
- tipo II = doble saco dural.
Dos hemimédulas.
Tabique óseo extradural.
- ↓
Diplomelia.
- Canal espinal único
- Saco dural único.
- Dos hemimédulas.
- Tabique fibroso intradural.