

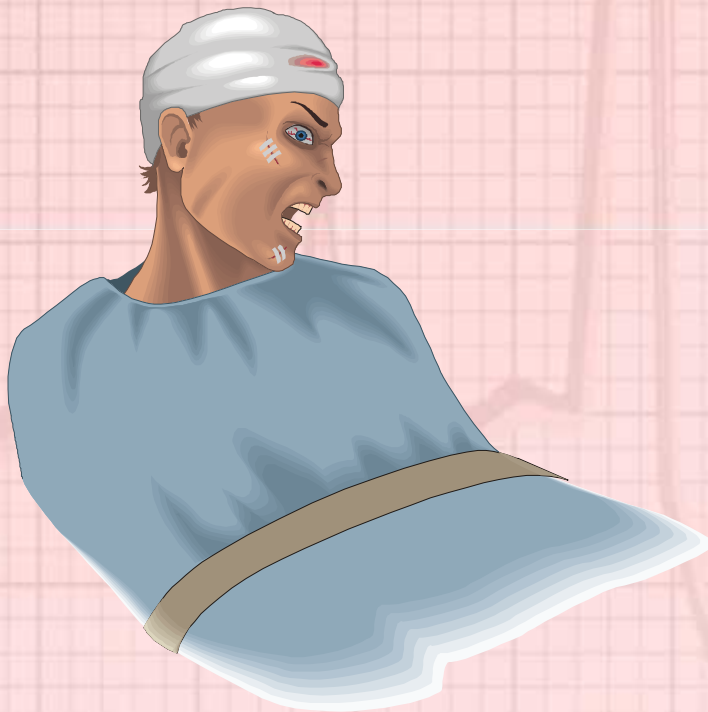
ASISTENCIA EN LA RCP-A

B

ACCESO VENOSO PERIFERICO

VENOPUNCIÓN
FIJACIÓN

PREPARACIÓN



- Informar al paciente lo que se va a hacer.

VENOPUNCIÓN

- Selección de la aguja:
 - Palomilla de plástico.
 - Catéter que recubre aguja.
 - Intraósea.
- No ser más agresivo de lo necesario.

VENOPUNCIÓN

- Selección de catéter:
 - Longitud del bisel.
 - El bisel corto daña menos el endotelio.
 - Calibre del catéter:
 - Inferior al del vaso.
 - Cuanto mayor calibre más flujo.
 - Longitud del catéter.
 - Cuanto más pequeña más flujo.

PUNCIÓN



VENOPUNCIÓN

- Poner gasas estériles debajo del catéter o hacer presión con dos dedos donde finaliza el catéter.
- Retirar el fiador.
- Conectar el catéter a la línea de gotero.

VENOPUNCIÓN

- Permitir que la solución fluya libremente.
- Observar que no se produce extravasación.
- Si se pincha en zona de flexión utilizar férula para inmovilizar el área.

VENOPUNCIÓN

- Si no se ha logrado canalizar la vena al 3º intento o a los 5 minutos:
 - Punción intraósea.
 - Olvidarnos del tema.

FIJACIÓN

- Colocar apósito adhesivo de poliuretano sobre el lugar de la punción o hacer corbata con tiras de aproximación, sobre catéter.

FIJACIÓN

- Fijar el equipo con esparadrapo.
- Hacer vendaje con elastomul® y el "bucle de seguridad" del equipo.
- Comprobar nuevamente la permeabilidad del sistema.



ACCESO VENOSO PERIFERICO

**COMPLICACIONES MÁS
FRECUENTES**

EL LIQUIDO NO CAE

- No hemos soltado el tortor.
- Regulador de flujo cerrado.
- El tubo de goteo está acodado.
- El tubo de goteo está aplastado:
 - Si mantenemos el regulador de flujo mucho tiempo cerrado.

EL LIQUIDO NO CAE

- Obstrucción del catéter:
 - Defecto de fabricación.
 - La punta del catéter está apoyada en la pared o sobre una válvula venosa.
 - El catéter está fuera de la vena.
 - Burbuja de aire.

EL LIQUIDO NO CAE

- La vena está comprimida desde fuera:
 - El sistema de fijación.
 - La posición del brazo.
 - Etc.



CASTILLO DE NEUSCHWANSTEIN EN BAVIERA

Manuel Marín Risco

TRUCOS

- Extraer el aire de la vía I.V.
 - 1º golpear el equipo con un dedo.
 - 2º enrollar al equipo una jeringa.
 - 3º bajar el gotero para que halla reflujo.

TRUCOS

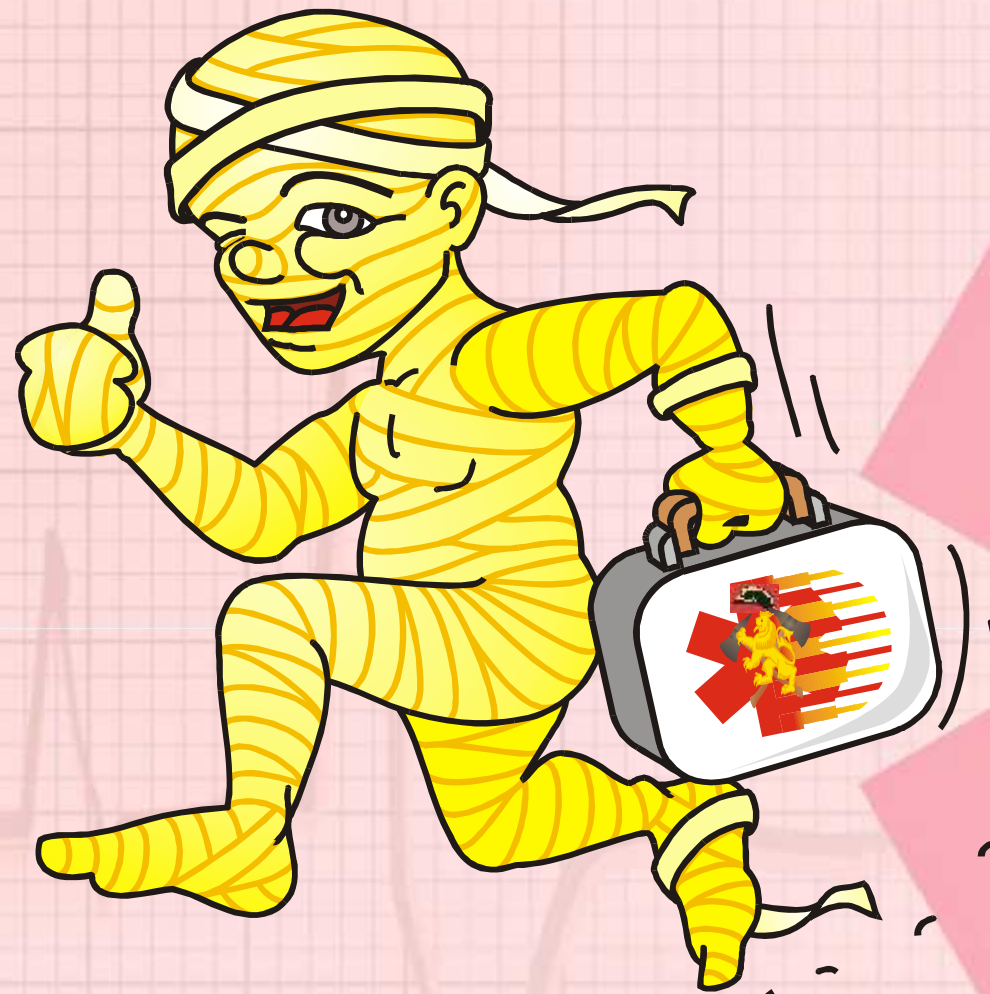
- Extraer el aire de la vía i.V.
 - 4º extraer el aire con una jeringa desde la llave de tres vías.
 - 5º inyectar solución desde la llave de tres vías.
 - 6º purgar el equipo de nuevo.

TRUCOS

- Acelerar el flujo de perfusión.
 - Utilización simultanea de varias vías venosas.
 - Utilización de catéteres cortos y de calibre grueso.
 - Sobre elevación de la bolsa de perfusión.
 - Someter a la bolsa a una presión.

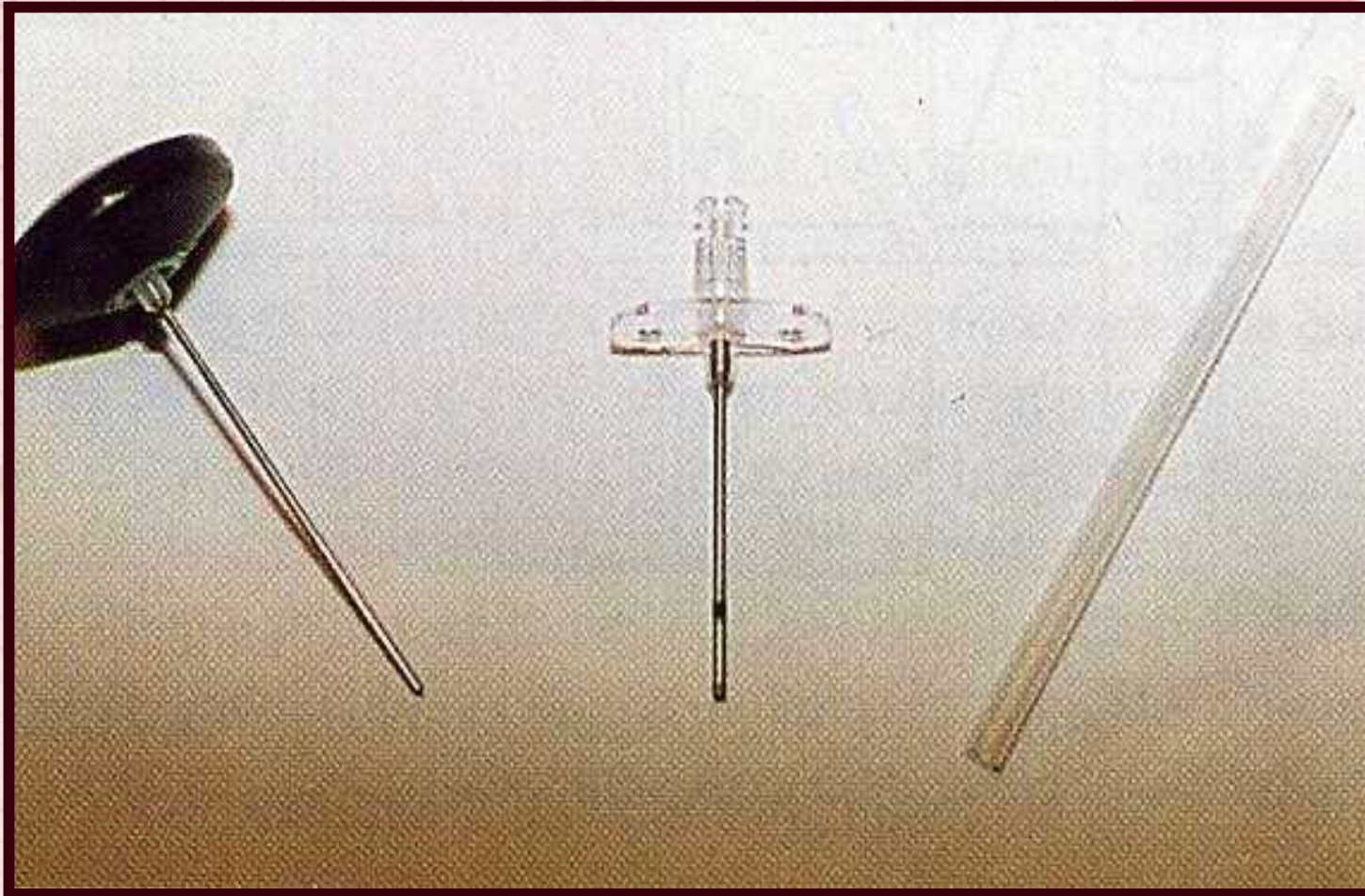
TRUCOS

- Llevar una perfusión en un camilleo largo o difícil.
 - Utilización de un pequeño mosquetón para suspender en el gotero fijándolo al cordino del chaleco.



VÍA INTRAÓSEA

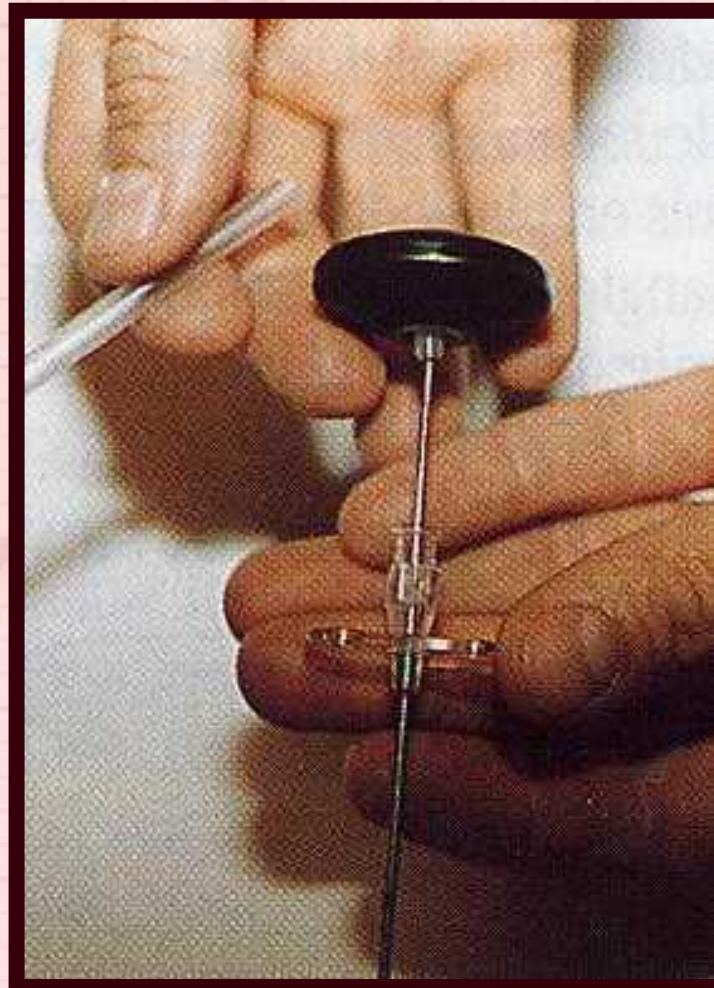
DISPOSITIVO INTRAÓSEO MANUAL



Manuel Marín Risco

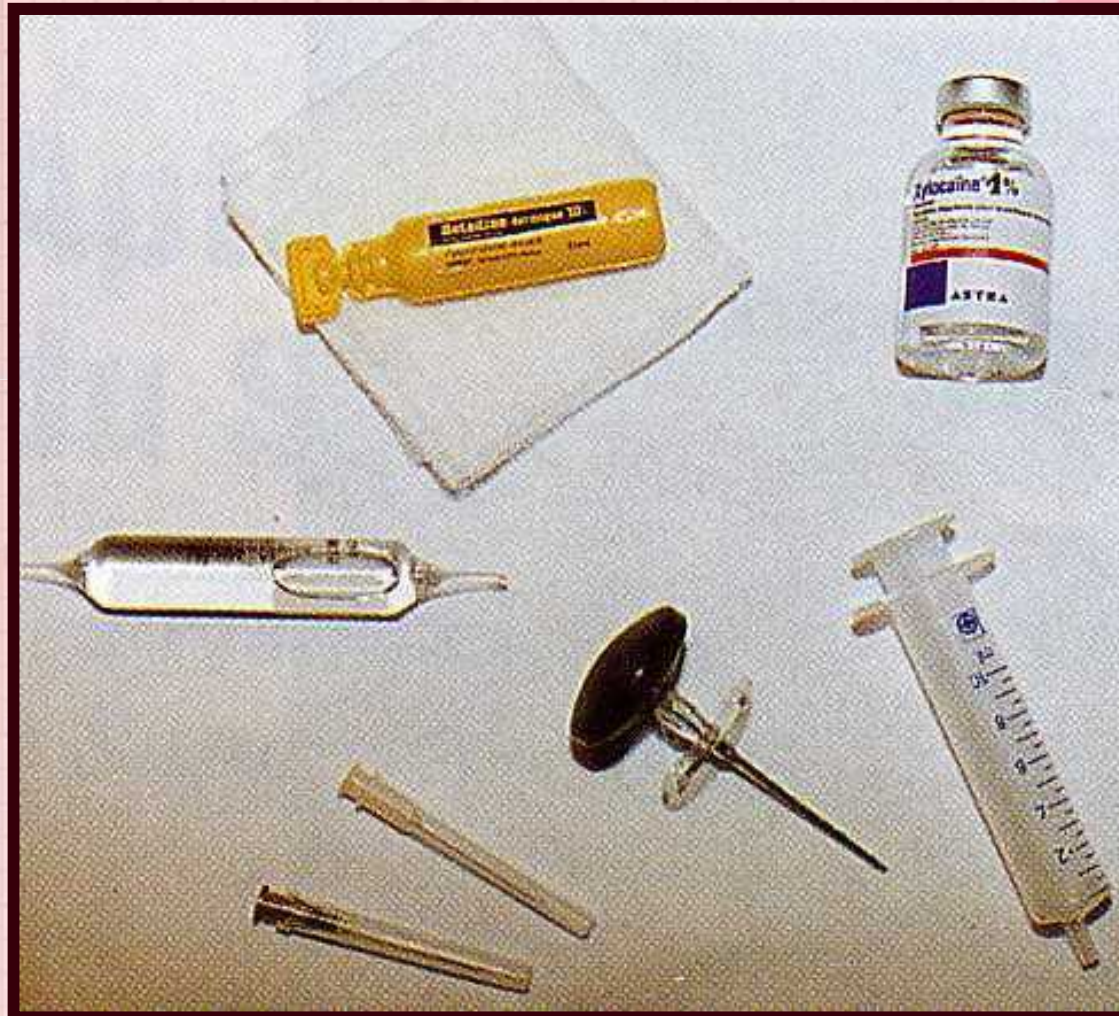
ASISTENCIA EN LA RCP-A 2015

DISPOSITIVO INTRAÓSEO MANUAL



Manuel Marín Risco

DISPOSITIVO INTRAÓSEO MANUAL



Manuel Marín Risco

DISPOSITIVO INTRAÓSEO

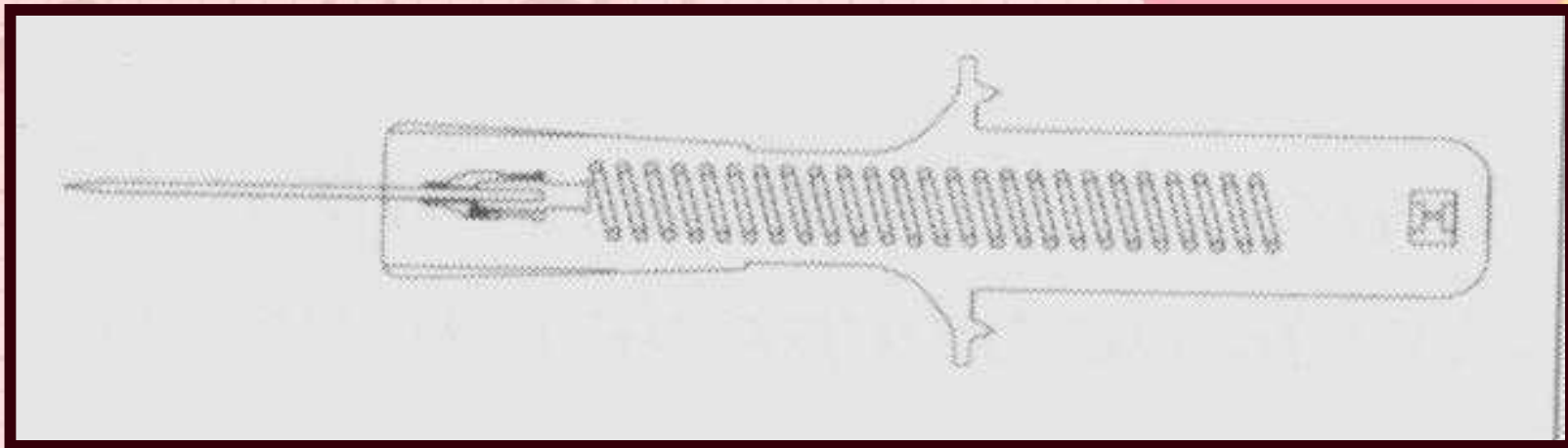
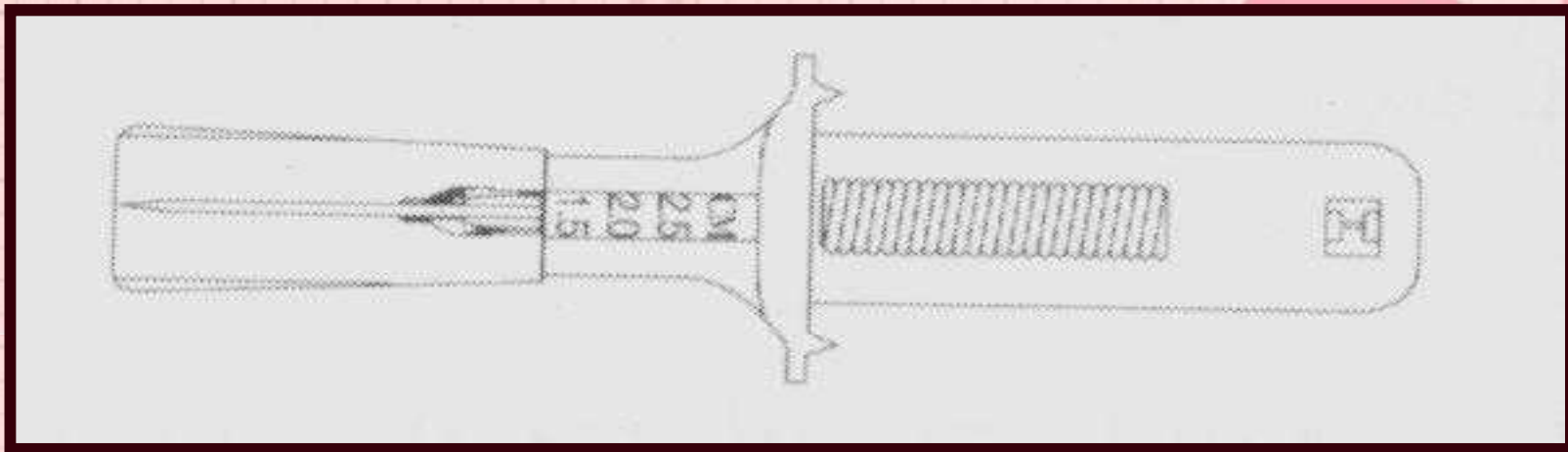
- Es un sistema de acceso intravascular instantáneo.



DISPOSITIVO INTRAÓSEO

- Usado en condiciones críticas:
 - Traumatismos severos.
 - Medicina de emergencia y catástrofes.
 - (Hipovolemias, sepsis, shock tóxicos, R.C.P. Etc.).

DISPOSITIVO INTRAÓSEO



DISPOSITIVO INTRAÓSEO



Manuel Marín Risco

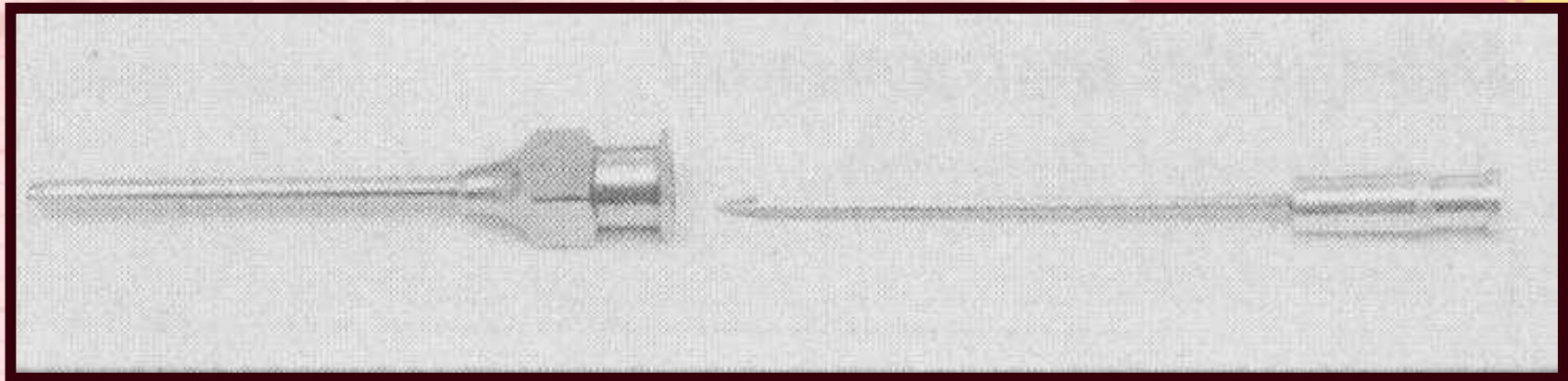
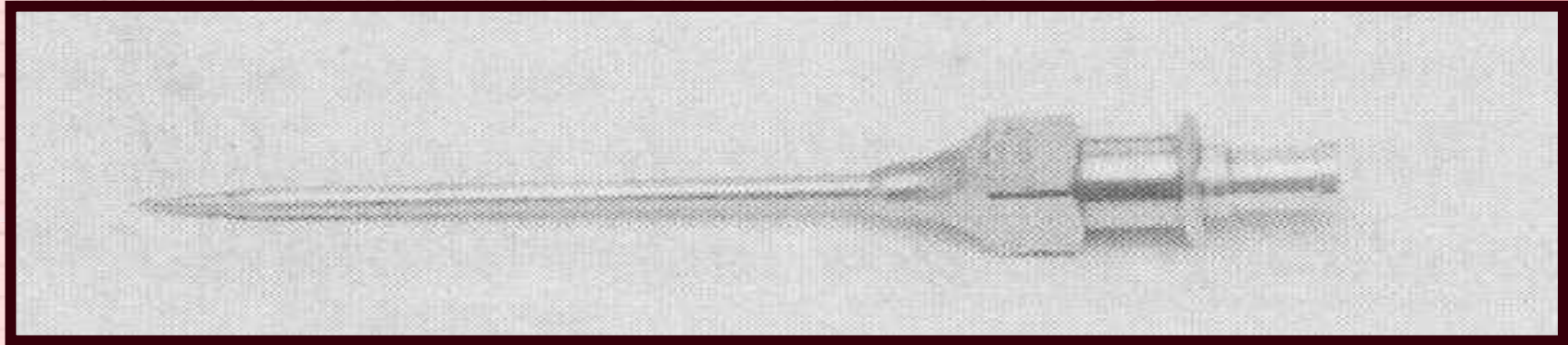
DISPOSITIVO INTRAÓSEO

- También es una alternativa ante el acceso intravenoso fallido en el medio extrahospitalario.
- Tanto en adultos como en pediatría.
- Al tercer intento fallido o a los 5'.

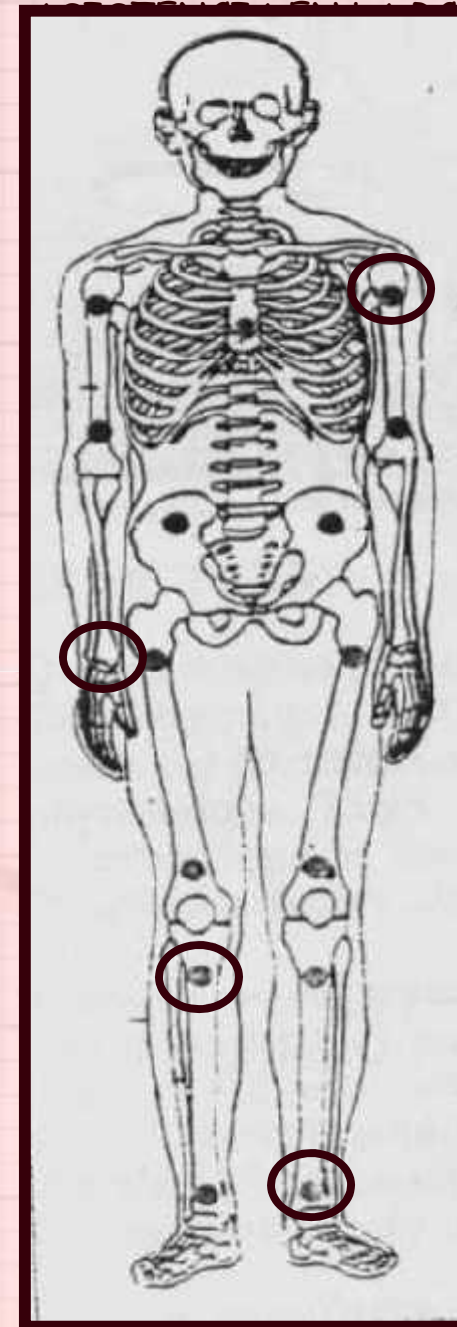
DISPOSITIVO INTRAÓSEO

- En el paciente consciente el impacto de penetración de un pequeño y agudo fiador macizo, reduce al mínimo la sensación de dolor en el hueso.

DISPOSITIVO INTRAÓSEO

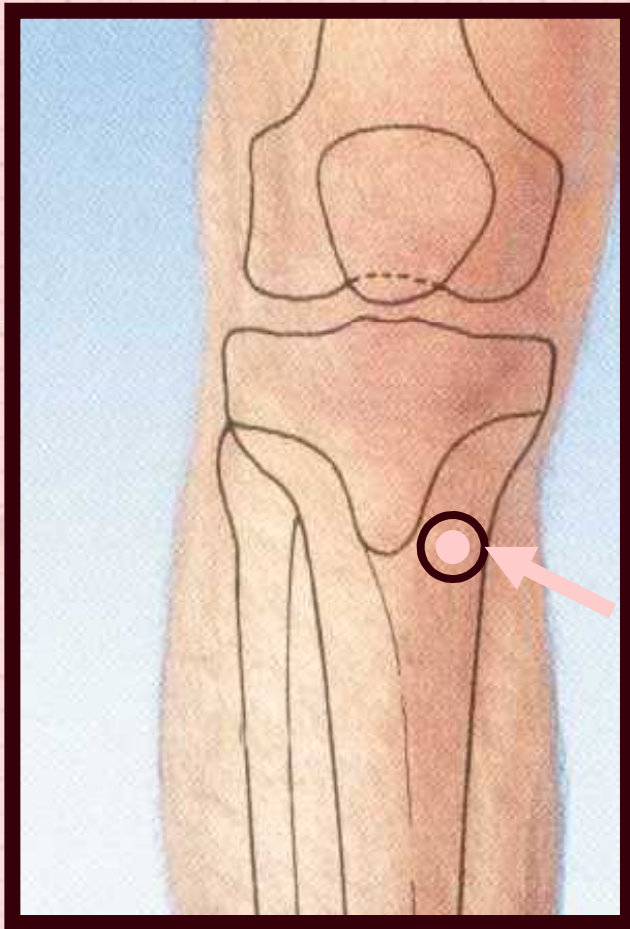


LUGARES RECOMENDADOS PARA LA INYECCIÓN INTRAÓSEA



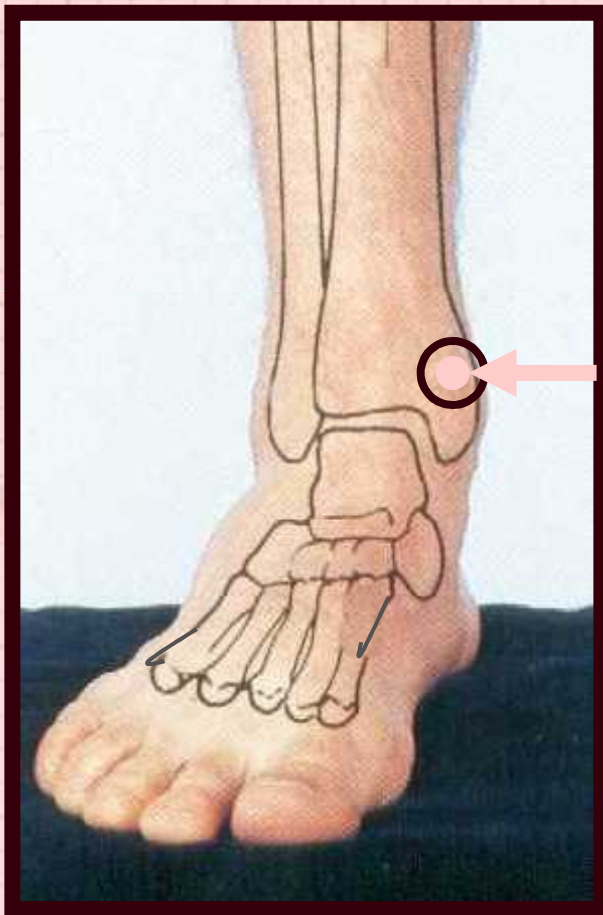
-A 2015

LUGARES RECOMENDADOS PARA LA INYECCIÓN INTRAÓSEA



- 1-2 cm. medial y
1 cm. proximal a
la tuberosidad
tibial.

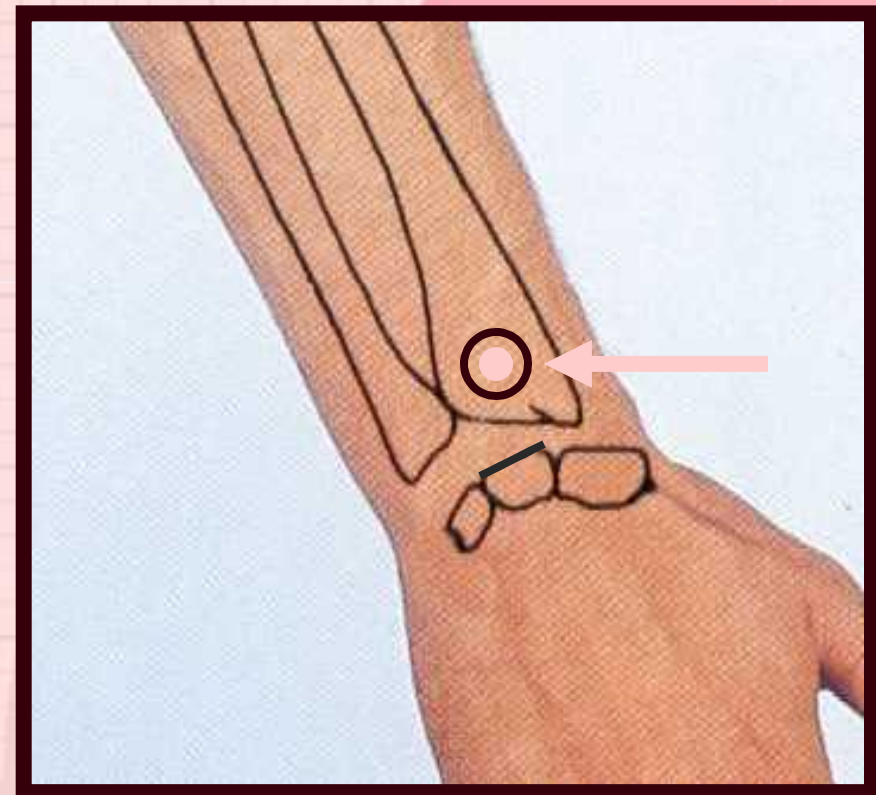
LUGARES RECOMENDADOS PARA LA INYECCIÓN INTRAÓSEA



- 1-2 cm. proximal a la base del maléolo interno.

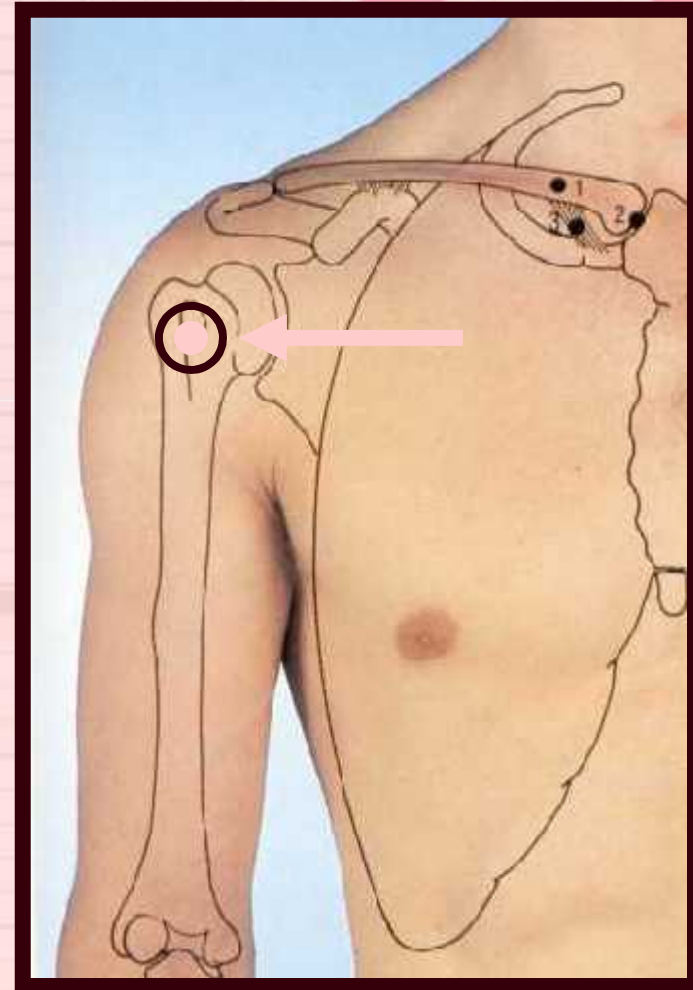
LUGARES RECOMENDADOS PARA LA INYECCIÓN INTRAÓSEA

- Metafisis posterior - distal del radio, (opuesto al área del pulso radial).



LUGARES RECOMENDADOS PARA LA INYECCIÓN INTRAÓSEA

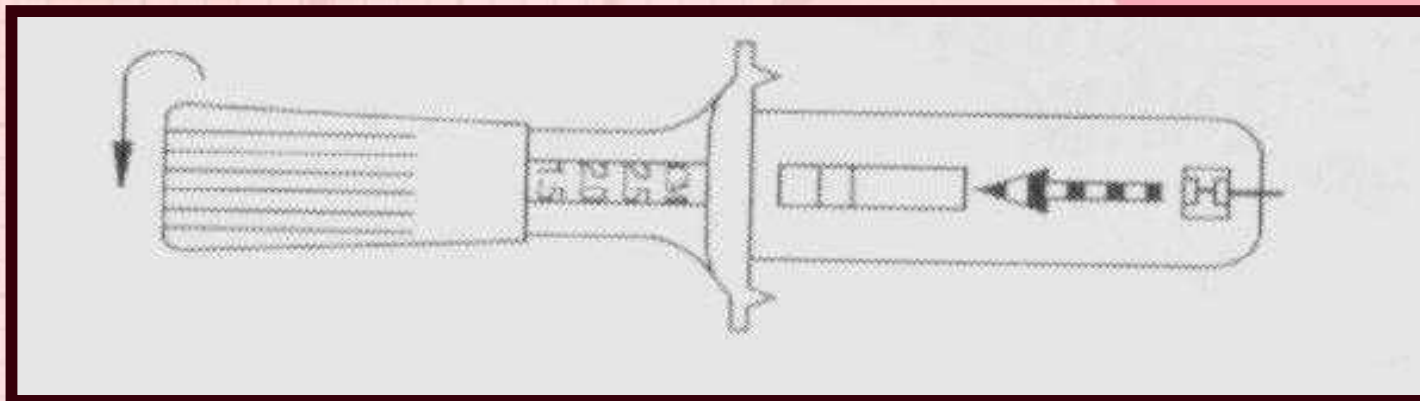
- Cabeza anterior del húmero.





TÉCNICA

- 1/ escoger la profundidad deseada de penetración en la escala desatornillando el mango del receptáculo cilíndrico.



TÉCNICA

- 2/ desinfectar la zona con Povidona yodada y limpiar frotando el sitio seleccionado para la inyección.



TÉCNICA

- 3/ poner en posición, sosteniendo y presionando firmemente la parte frontal de la pistola. En una dirección perpendicular al lugar de la inyección.



Manuel Marín Risco

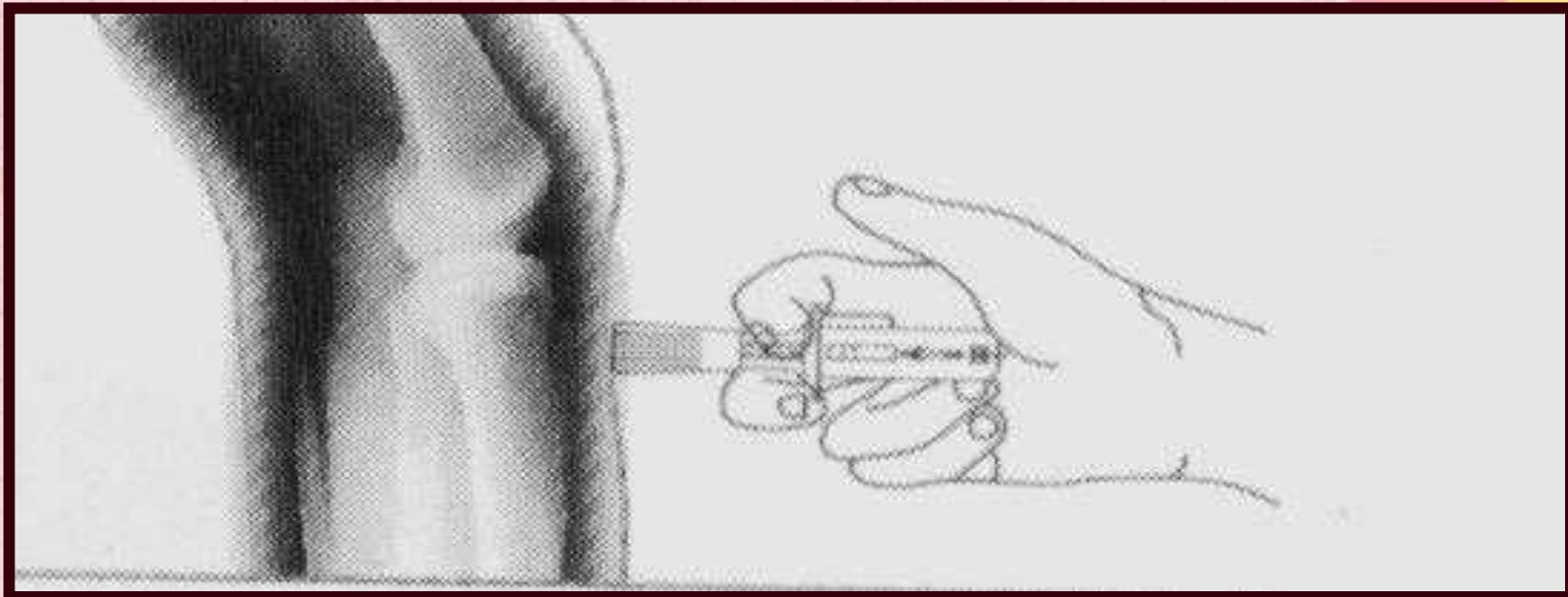
TÉCNICA

- 4/ retirar el pestillo de seguridad, apretando sus dos lados al mismo tiempo.



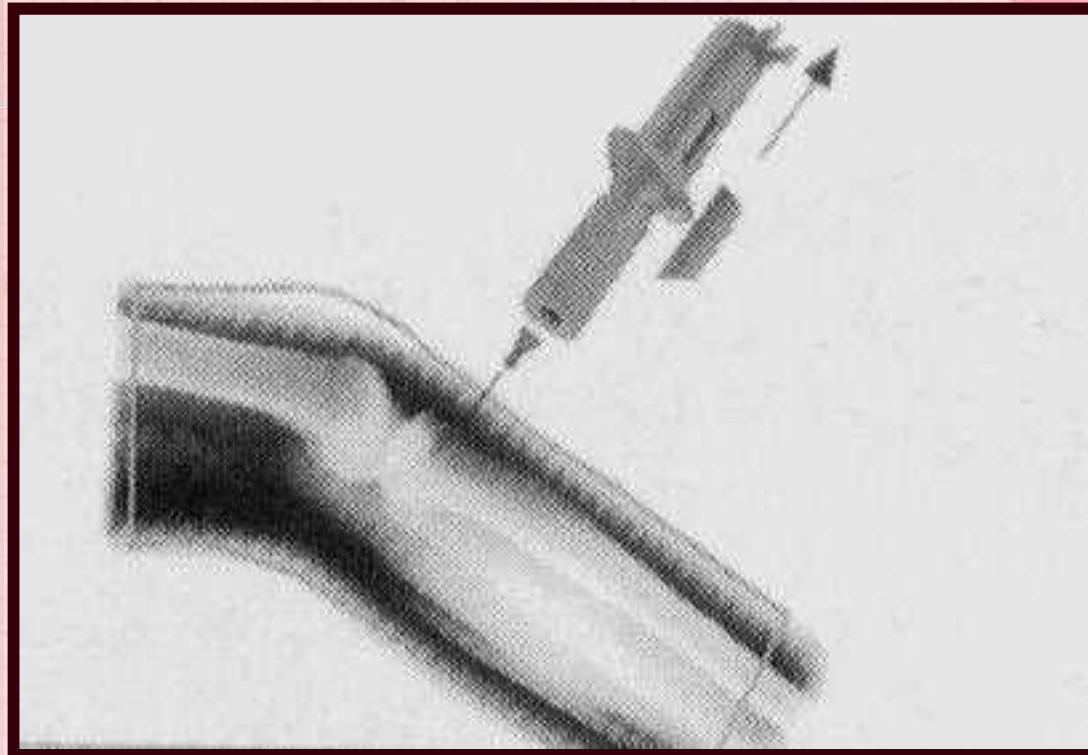
TÉCNICA

- 5/ accionar presionando: la parte trasera contra los salientes del receptáculo.



TÉCNICA

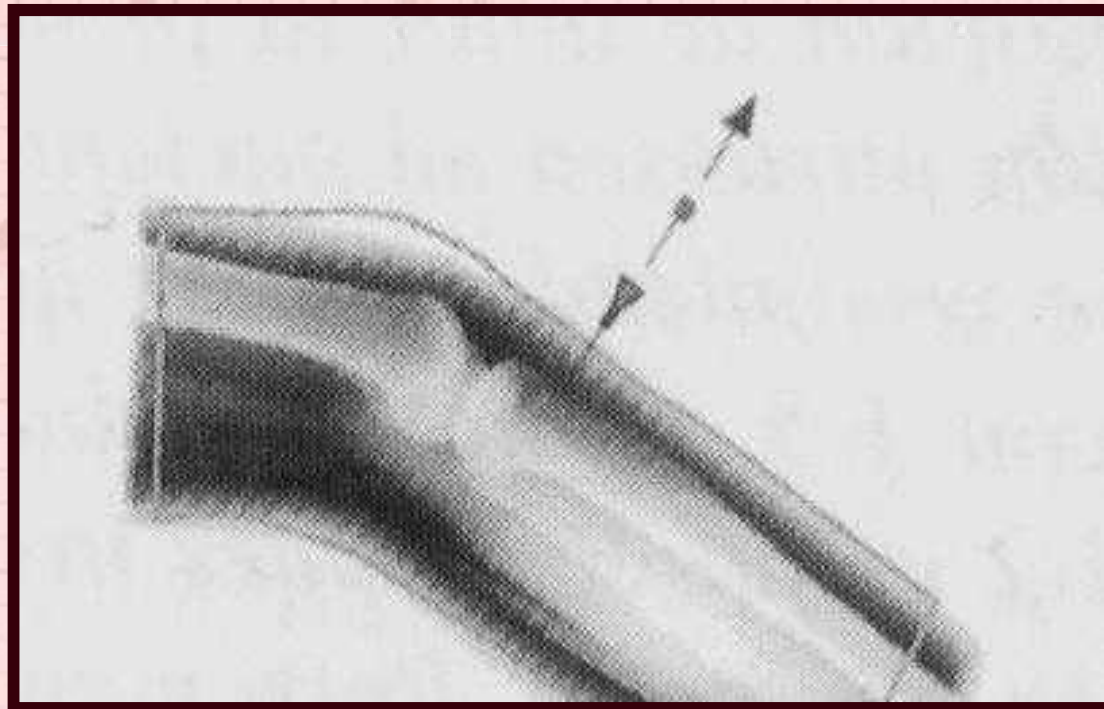
- 6/ retirar la pistola y separar la aguja del trocar del receptáculo.



Manuel Marín Risco

TÉCNICA

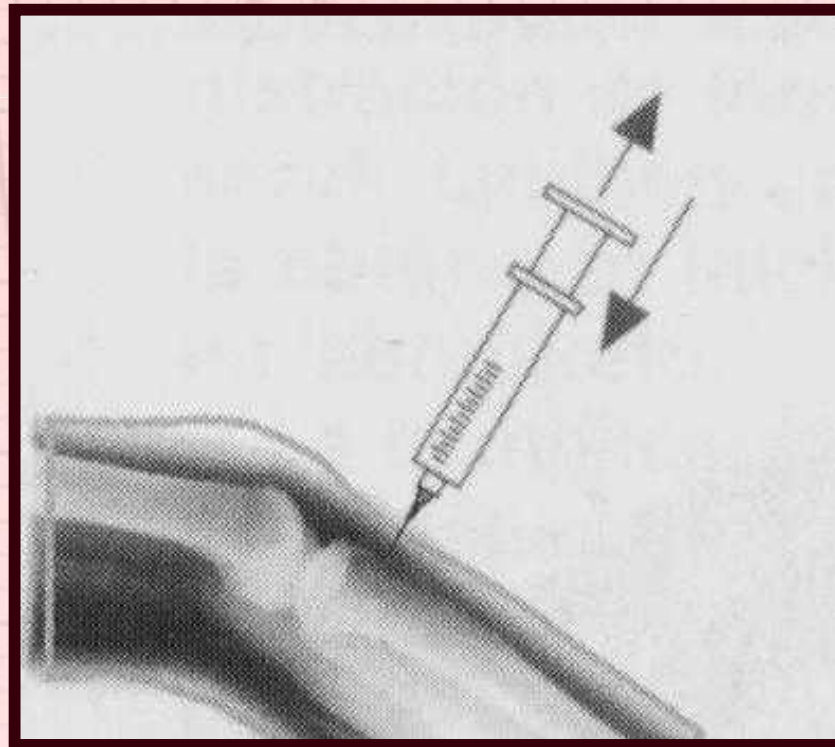
- 7/ retirar el fiador separándolo de la aguja. Sólo la aguja debe permanecer en el hueso.



Manuel Marín Risco

TÉCNICA

- 8/ conectar la jeringa y asegurarse aspirando médula ósea.

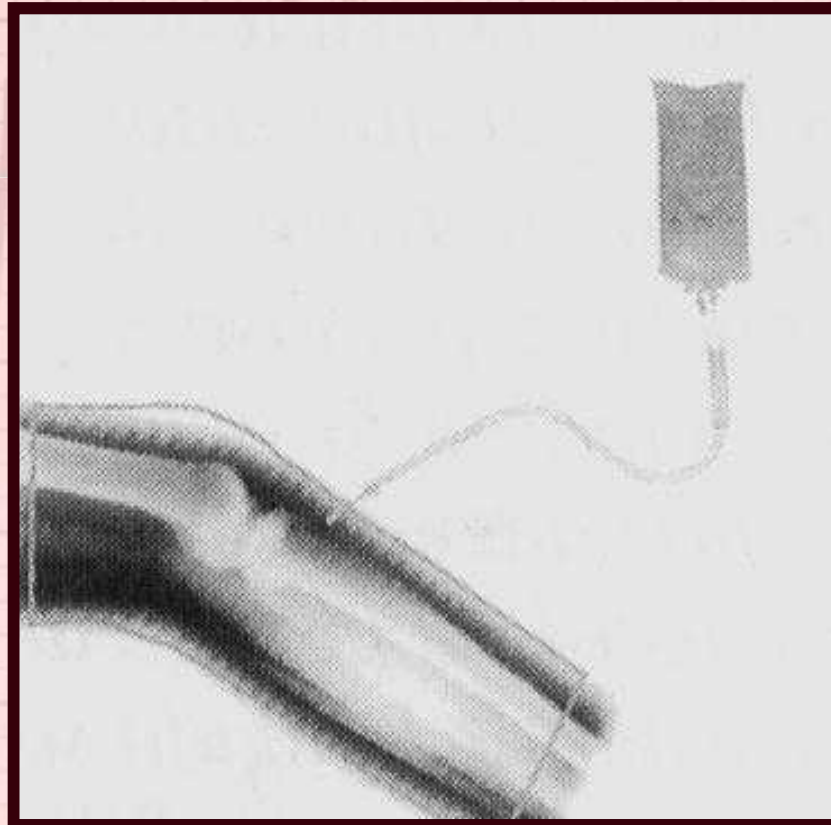


Manuel Marín Risco



TÉCNICA

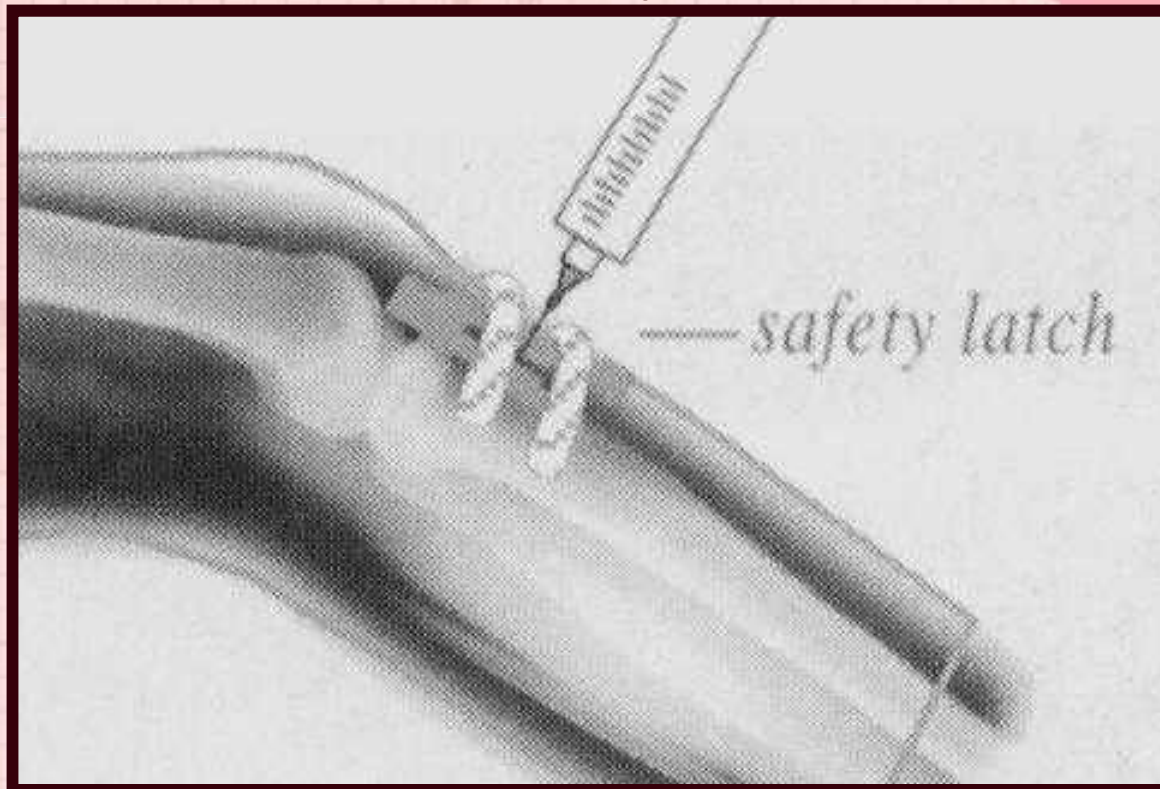
- 9/ conectar el gotero con la aguja.

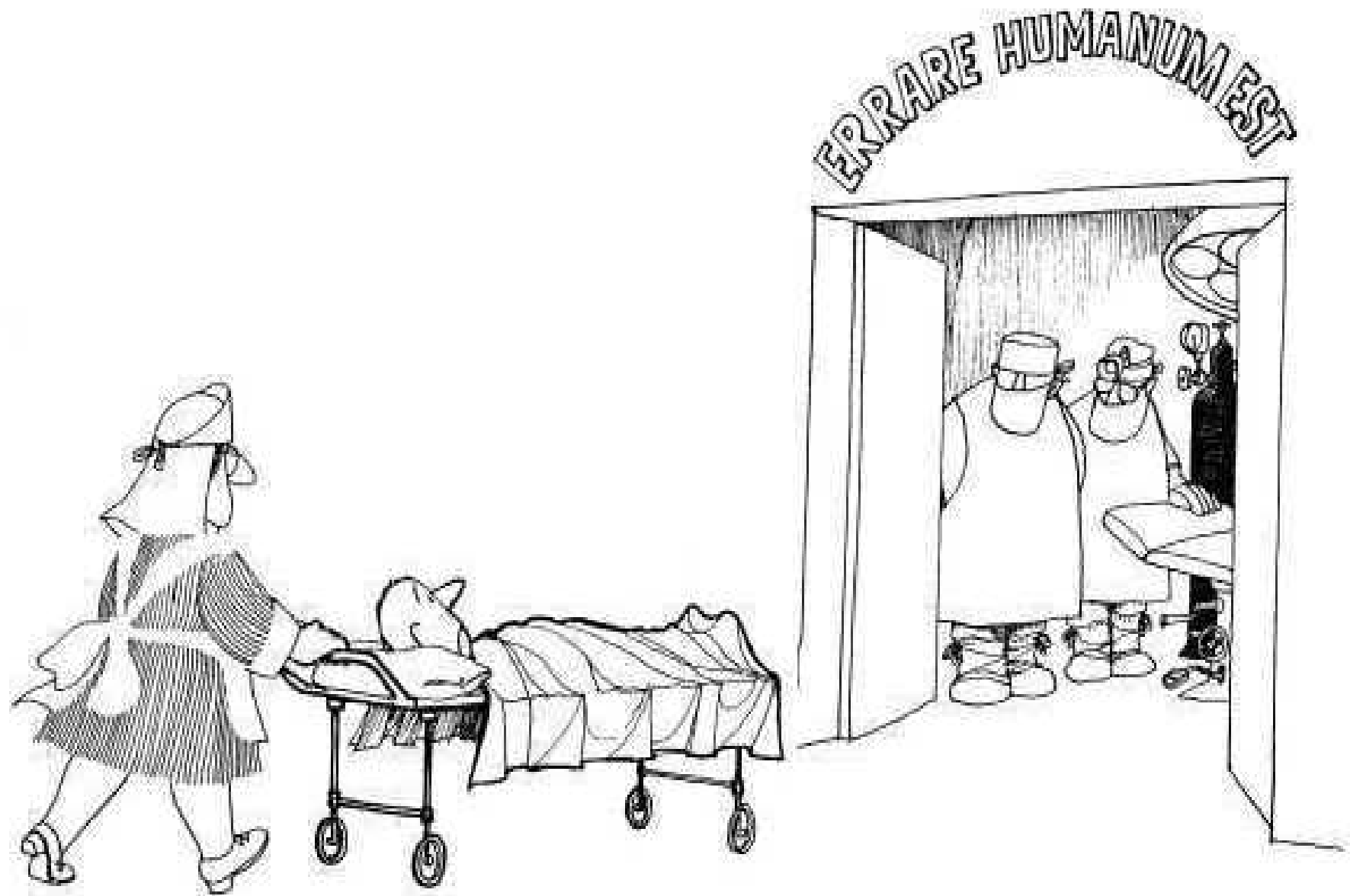


Manuel Marín Risco

TÉCNICA

- 10/ el pestillo de seguridad se fija alrededor de la aguja sobre la piel.





VÍA INTRAÓSEA

- Se puede obtener muestras de:
 - Médula ósea.
 - Sangre.



VÍA INTRAÓSEA

- Para mantener un flujo óptimo, se recomienda una presión mayor de 300 mmhg. para el sistema de infusión.
 - Manguito del esfignomanometro.

DISPOSITIVO INTRAÓSEO

- AZUL:

Adultos y niños desde 6 años.

Aguja del calibre 15.

- ROJA:

Niños pequeños de 0 a 6 años.

Aguja de calibre 18.

DISPOSITIVO INTRAÓSEO

PROFUNDIDAD DE PENETRACIÓN DEL FIADOR EN EL HUESO

ADULTOS

MESETA TIBIAL	2,5 cm:
MALEOLO INTERNO TIBIAL	2 cm.
RADIO DISTAL	1,5 cm.
CABEZA DE HÚMERO	2,5 cm.

DISPOSITIVO INTRAÓSEO

PROFUNDIDAD DE PENETRACIÓN DEL FIADOR EN EL HUESO

NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS

MESETA TIBIAL

1,5 cm:

MALEOLO INTERNO TIBIAL

1 cm.

CABEZA DE HÚMERO.

1,5 cm.

DISPOSITIVO INTRAÓSEO PROFUNDIDAD DE PENETRACIÓN DEL FIADOR EN EL HUESO

NIÑOS DE 0 A 6 AÑOS
Dispositivo tamaño pediátrico

MESETA TIBIAL

1 a 1,5 cm:

MALEOLO INTERNO TIBIAL

0,75 a 1 cm.

CATEDRAL DE COLONIA Y PUENTE DE HOHENZOLLERN



VÍA INTRANASAL

VÍA INTRANASAL

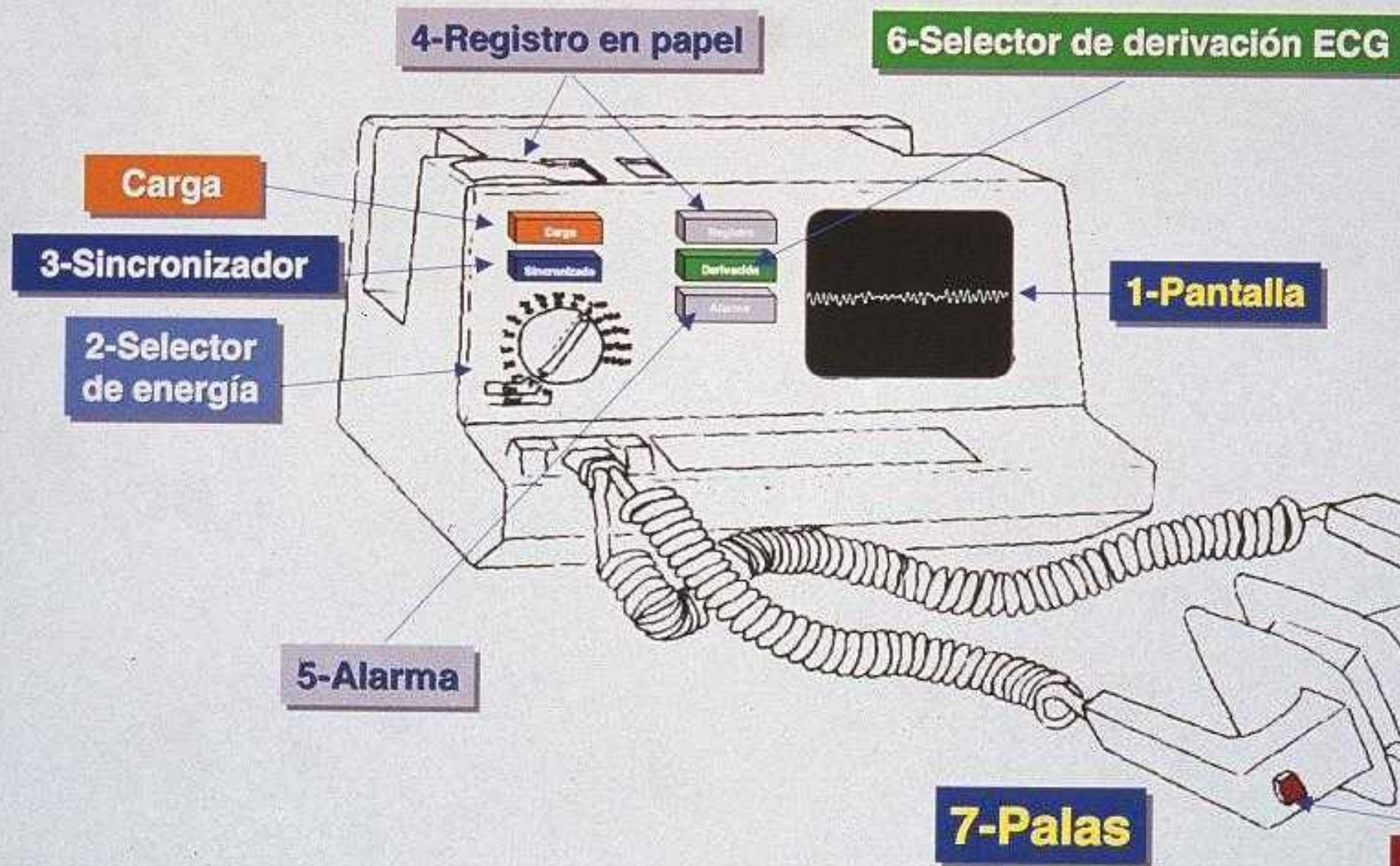
- La ultima alternativa.
- Si hay no vía venosa ni intraósea.
- Si hay buena absorción.
- La dosis depende de los fármacos.

ANALISIS DE ARRITMIAS

- Nunca se valorara un arritmia sólo por las alteraciones electrocardiográficas.
- La situación clínica del paciente es fundamental en la actitud a seguir.

7. Tratamiento Eléctrico de las Arritmias

Monitor – desfibrilador manual



TÉCNICA DE DEFIBRILACIÓN MANUAL

- Despejar el pecho del paciente.
- Conectar el monitor desfibrilador: colocar el interruptor de descarga asincrónica en (emergencias).
- Lubricar las palas o poner parches.
- Comprobar en la pantalla el ritmo.
- Seleccionar la carga de energía.
- Pulsar el botón de carga.

TÉCNICA DE DEFIBRILACIÓN MANUAL

- Esperar mientras se enciende la señal luminosa y acústica de "carga completada".
 - Situar las palas en posición en el tórax, presionando con fuerza de (10-20 Kg).
 - Confirmar el ritmo del monitor.
 - Despejar el área: ¡aviso enérgico de descarga!.

TÉCNICA DE DEFIBRILACIÓN MANUAL

- Confirmar la retirada del personal.
- Pulsar simultáneamente los dos botones de descarga.
- Iniciar rápidamente los 5 ciclos de RPC.

COLOCACIÓN DE LAS PALAS

- Negativa: paraesternal Dcha.
- Positiva: En zona apexiana.

(Aunque en la mayoría de los desfibriladores manuales la posición de las palas es indiferente).



BERLIN, PALACIO DE CHARLOTTENBOURG

Manuel Marín Risco