|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO** | | | | | | | |
| **SERVICIO DE NEFROLOGÍA** | | | | | | | |
| **LISTA DE VERIFICACIÓN Y PROTOCOLO DE COLOCACIÓN DE CVC PARA HEMODIÁLISIS** | | | | | | | |
| **Nombres y Apellidos:** | | | | | **Historia Clínica:** | | |
| **Operador:** | | | | | **Habitación:** | | |
| **Asistente:** | | | | | **Fecha:** | | |
| **Indicación del procedimiento:** | | | | | **Hora:** | | |
| **Lugar de realización:** | | | | | **Electivo o de Emergencia:** | | |
| **Diagnóstico del paciente:** | | | | | | | |
| **CVC previos:** | **Número:** | **Tipo:** | | | **Localización:** | | |
| **Complicaciones:** | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **Material necesario:** | | | | **Antes del procedimiento:** | | | |
| Ropa estéril | | |  | Certifica identificación de paciente | | |  |
| Campos estériles | | |  | Se cuenta con Historia clínica de paciente | | |  |
| Set de acceso venoso central completo y estéril | | |  | Se evalúa indicación, contraindicaciones, comorbilidades | | |  |
| Guantes estériles | | |  | Se revisan exámenes de laboratorio | | |  |
| Botas estériles | | |  | Se explica procedimiento a paciente y familiar | | |  |
| Gorro descartable | | |  | Se firma consentimiento informado | | |  |
| Barbijo descartable | | |  | Lavado de manos | | |  |
| Antiséptico | Iodopovidona | |  | Colocación de gorra y barbijo estéril al paciente | | |  |
| Clorhexidina | |  | Toma de funciones vitales | | |  |
| Anestésico local: xilocaína 2% | | |  | Decúbito de paciente | | Tolera |  |
| Jeringas 10 cc | | |  | No tolera |  |
| Jeringas 20 cc | | |  | Colocación de oxímetro de pulso | | |  |
| Gasas estériles | | |  | Segundo lavado de manos | | |  |
| Sutura irreabsorbible | | |  | Colocación de ropa estéril personal | | |  |
| Solución fisiológica | | |  | Colocación de barbijo, botas y gorra al personal | | |  |
| Heparina 5000 UI | | |  | Reconocimiento anatómico | | |  |
| Equipo de 3 piezas | | |  | Limpieza del sitio de punción | | |  |
| Esparadrapo | | |  | Colocación de campos estériles | | |  |
|  | | | | | | | |
| **Durante el procedimiento:** | | | | **Luego del procedimiento:** | | | |
| Sitio de inserción | Yugular posterior | D | I | Verifica funciones vitales | | |  |
| Yugular anterior | D | I | Evaluación del área en busca de complicaciones | | |  |
| Subclavio | D | I | Complicaciones con respecto al material | | |  |
| Supraclavicular | D | I | Realiza Radiografía para verificar ubicación y/o complicaciones | | |  |
| Femoral | D | I |
| Número de intentos | | |  | Registro de procedimiento en Historia clínica | | |  |
| Anestesia local | | |  | Recambio de apósitos | | |  |
| Guía ecográfica | | |  | Toma de cultivos | | |  |
| Técnica de Seldinger | | |  |  | | | |
| Comprobación de acceso venoso previa dilatación | | |  |  | | |  |
| Incisión en sitio de punción | | |  | Retiro de catéter | Mal funcionamiento | |  |
| Tipo de Catéter | | T | LP | Falla asepsia | |  |
| Corrobora retorno y permeabilidad | | |  |  | | | |
| Heparinización de luces | | |  |
| Verificación de clampaje | | |  |  |  |  |  |
| Fijación a piel con sutura | | |  | Recambio de catéter | Mismo sitio | |  |
| Curación con antiséptico | | |  | Nuevo acceso | |  |
| Apósito de gasas estériles | | |  |  | | | |
|  | | | | | | | |
| Complicaciones: | | | | | | | |
| Observaciones: | | | | | | | |
| OPERADOR | | | | ASISTENTE | | | |
|
|