|  |
| --- |
| **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 |
|
|