

CATETERIZACIÓN VENOSA PERIFÉRICA.

Propósito:

- Canalización de una vena periférica con fines diagnósticos y/o terapéuticos ya sea para la administración de forma intermitente o por goteo continuo de fluidos y/o medicación.
- Unificación de criterios de cuidado y mantenimiento de las vías periféricas.

Recursos materiales:



- Batea.
- Compresor.
- Catéter periférico del calibre y tipo adecuado.
- Guantes (no necesariamente estériles).
- Gasas estériles.
- Tapón con membrana.
- Antiséptico (alcohol de 70°, clorhexidina al 2% o povidona yodada).
- Paño o entremetida.
- Apósito estéril o apósito transparente.
- Esparadrapo hipoalérgico.
- Material de sujeción (vendajes, férula...).
- Contenedor para material punzante.

Si además se persigue un fin diagnóstico:

- Tubos con presión negativa.
- Campana para acoplar tubos con presión negativa.

Si además se persigue un fin terapéutico:

- Llave de tres pasos y alargadera.
- Sistema de perfusión.
- Solución parenteral prescrita.
- Soporte para el gotero.

Si sólo se persigue como fin disponer de una vía canalizada:

- Jeringas estériles.
- Agujas estériles.
- Heparina sódica en presentación monodosis.

Precauciones:

- Comprobar la identidad del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.
- No canalizar venas varicosas, trombosadas, ni utilizadas previamente.
- No canalizar venas en miembros con disfunciones motoras, vasculares, lesiones, fístula arterio-venosa, etc.
- No emplear la extremidad afectada de un paciente al que se la ha practicado una extirpación ganglionar (mastectomía).
- Canalizar preferentemente venas de extremidades superiores evitando zonas de flexión.
- No canalizar venas de extremidades inferiores salvo que no exista otra posibilidad.
- Elegir, siempre que sea posible, las venas de mayor calibre de la zona distal del antebrazo no dominante.
- Si se prevén procedimientos quirúrgicos utilizaremos el brazo contrario a la zona que va a ser intervenida.
- Elegir la vena dependiendo del tratamiento a administrar, la velocidad del flujo y la duración del tratamiento intravenoso.
- El catéter será siempre de un calibre inferior a la vena.
- Para una nueva canalización realizar una rotación de los puntos de inserción desde las zonas distales a las proximales.
- Si al comprobar la permeabilidad de la vía no refluye sangre inyectar lentamente de 2 a 3 cc. de solución salina. Si se nota alguna resistencia o el paciente se queja de dolor suspender la técnica y cambiar la vía.
- No puncionar en la bifurcación de dos venas.

Información al paciente:

- Explicar el procedimiento al paciente y solicitar su colaboración.
- Indicarle que avise a la enfermera/o en caso de picor, dolor, apósito mojado o cese de flujo.
- Responder a las preguntas que haga el paciente con respecto a la técnica.

Técnica:

- Colocar al paciente cómodamente situando la extremidad en la que se vaya a realizar la punción de forma que quede apoyada y permita un fácil acceso.
- Lavarse las manos.
- Preparar el material necesario para la venopunción y la solución prescrita rotulándola con los flujos a que se ha de profundir y si contiene alguna medicación añadida.
- Seleccionar la vena a canalizar.
- Colocar el compresor a una distancia de 8 a 10 cm. por encima de la zona de punción.
- Esperar a que se dilate la vena y palparla (si no es palpable realizar un masaje).
- Ponerse los guantes.
- Limpiar y desinfectar la zona de punción con la gasa impregnada en solución antiséptica y en sentido circular de dentro hacia fuera.
- Dejar actuar el antiséptico, al menos, durante 30 segundos; no tocar la zona de punción salvo que se usen guantes estériles.
- En caso de tener que volver a palpar la vena después de aplicar el antiséptico repetir nuevamente la desinfección de la piel tantas veces como sean necesarias.
- Traccionar de la piel de la zona de punción con la mano no dominante para fijar la vena y evitar el desplazamiento de la misma. La tracción ha de ser distal y lateral al punto de punción para evitar que el dedo con el que traccionamos nos obligue a adoptar un ángulo de abordaje excesivo y/o que roces el catéter en el guante no estéril.
- Coger el catéter de tal manera que no impidamos la visualización del llenado de la cámara de reflujo y que tampoco tengamos que soltarlo para observar este llenado.
- El bisel lo colocaremos hacia arriba y el catéter formará con el plano de la piel del paciente el menor ángulo posible.
- Introducir el catéter en la piel distalmente al punto de la vena que queremos abordar procurando no realizar abordajes laterales ya que esto dificulta la canalización de la vena que es fácil que se desplace lateral o medialmente.
- Una vez que introducimos el catéter en la piel toda nuestra atención se centrará en observar la aparición de sangre en la cámara del reflujo del

catéter y en comprobar que al introducir de forma rápida el catéter unos milímetros más en la vena el llenado de la misma continúa y no se interrumpe. Si el llenado se interrumpe durante una maniobra de canalización de la vena rápida y queda aire en la cámara de reflujo es que hemos atravesado la vena.

- Una vez comprobada la canalización correcta de la vena tirar en sentido contrario del fiador a la vez que se seguimos introduciendo la cánula en la vena hasta que el cono de la misma llega al punto de punción de la piel.
- Presionar sobre la piel del paciente para impedir la entrada de sangre por el extremo distal de la cánula y evitar así que ésta fluya libremente al exterior o colocar gasas debajo del cono de la cánula. Esta presión es únicamente efectiva si conseguimos ocluir la vena en la zona más próxima al extremo distal de la cánula, presionar sobre la cánula no consigue el objetivo ya que no se deforma con la presión ejercida.
- Conectar al cono de la cánula un tapón con membrana.
- Limpiar la piel si se ha manchado de sangre antes de fijar la cánula.
- Fijar la cánula dejando libre la zona de punción para lo cual utilizaremos preferentemente un apósito estéril transparente que nos permita visualizar en todo momento el punto de punción. Si el empleo de este tipo de apósito no fuera posible utilizar un apósito estéril de gasa.
- Conectar al tapón con membrana los elementos necesarios para nuestro objetivo de obtener muestras sanguíneas, administrar medicación y/o profundir soluciones (campana para acoplar tubos con presión negativa, llaves de tres vías, etc.) o heparinizar la vía si su uso va a ser intermitente.
- Soltar el compresor.
- Colocar una férula o inmovilizar el miembro si fuese necesario dada la edad o el estado del paciente (niños pequeños, ancianos no colaboradores, etc.).
- Retirar el material utilizado desechándolo en los contenedores adecuados.
- Acomodar al paciente.
- Quitarse los guantes.
- Lavarse las manos.

Anotaciones y registro:

- Registra en la gráfica y/o hoja de Enfermería del tipo de catéter, calibre del mismo, fecha y hora de inserción y su localización.
- Anotar si se produjo alguna complicación o incidencia durante la canalización de la vena.

Cuidados del material:

- Desechar el material punzante en los contenedores destinados para ello, de igual manera se procederá con el material de un solo uso siguiendo el protocolo de eliminación de residuos vigente.

Cuidados post-procedimiento:

- Evitar manipulaciones innecesarias.
- Utilizar sistemas cerrados de acceso venoso.
- Evitar el acodamiento o desplazamiento de la cánula.
- Vigilar y verificar la permeabilidad de la cánula.
- En caso de flebitis o extravasación cambiar la cánula.
- Revisar diariamente el punto de inserción prestando atención a la presencia de signos inflamatorios, dolor, flebitis, pus o fiebre no filiada, en cuyo caso hay que levantar la cura y valorar la retirada de la cánula. Registrar en el apartado de actividades de enfermería.
- Cambiar la cánula cada 72-96 horas.
- Cambiar el apósito de gasa cada 24 horas o siempre que esté sucio y/o húmedo y aplicar antiséptico sobre el punto de punción en cada cambio. El apósito transparente no es necesario cambiarlo salvo que esté sucio o deteriorado ya que su tiempo de uso es de 7 días.
- No usar pomadas o cremas antibióticas en la zona de inserción (excepto si se usan catéteres de diálisis) por su potencial para facilitar las infecciones fúngicas y seleccionar resistencias antimicrobianas.
- Cambiar los sistemas de infusión y los dispositivos adicionales cada 48-72 horas, o antes si se sospecha o documenta alguna infección relacionada con el catéter. Registrar en el apartado de actividades de enfermería.
- Valorar la permanencia de la cánula procediendo a su retirada cuando no exista necesidad de mantener la misma.

- Dejar siempre puestos tapones luerlock o tapones con válvulas en caso de usar llaves de tres vías.
- Limpiar las membranas de los tapones antes de manipularlos con alcohol d 70° y dejar secar y sustituir los tapones luerlock de las llaves de tres pasos tras cada manipulación.
- Limitar el número de llaves de tres pasos y retirarlas cuando no exista la necesidad de su uso.
- Heparinizar al finalizar el tratamiento con heparina sódica en viales monodosis.

Observaciones:

- Anotar en el registro de actividades de enfermería los cambios de sistemas, los cambios de apósitos, los cambios de vías, revisión del punto de inserción, etc. Un buen registro es una buena herramienta para poder controlar el correcto cuidado de las vías.
- Retirar la cánula en cuanto deje de ser necesario o por obstrucción de la misma, por flebitis o por extravasación de fluidos.
- Para la retirada limpiar la zona de punción con antiséptico y traccionar lentamente a la vez que presionamos sobre el punto de punción con una gasa o algodón que sujetaremos con un esparadrapo.
- Anotar la fecha y retirada de la cánula.
- Se pondrán equipos nuevos cada vez que se canalice una vía nueva.
- Todos los sistemas que estén conectados se cambiarán al mismo tiempo.
- Toda manipulación del equipo de infusión se hará previo lavado de manos y con guantes no estériles.
- Evitar la obstrucción de la cánula mediante la continua observación/control de la perfusión.
- Evitar en lo posible desconexiones de circuito para prevenir el riesgo de infección.
- Evitar el acodamiento o desplazamiento de la cánula.

Revisión:

- Año 2007 por Comisión de Cuidados de Enfermería del Área de Salud de Badajoz.
- Junio 2007 por ECIN (Equipo de control infección nosocomial del Área de Salud de Badajoz).
- Última revisión año 2009 por Comisión de Cuidados de Enfermería del Área de Salud de Badajoz.

Bibliografía consultada:

1. Guía clínica de Enfermería. Perry A. Potter P. 4ª Ed. Madrid. Harcourt-Brace. 1998.
2. Guía de Prevención de infecciones relacionadas con catéteres intravasculares. C.D.C. USA. Versión adaptada 2006.
3. Guía de Procedimientos Prácticos en Enfermería Médico quirúrgica. Lourdes Chacarro González. Carmen Venturi Medina. Elsevier España. SA. 2006.
4. Manual de Procedimientos de Enfermería Del Hospital Infanta Cristina de Badajoz. No publicado.
5. Manual de Protocolos y Procedimientos generales de Enfermería. Hospital Universitario Reina Sofía. 2001.
http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs2/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/publicaciones_enfermeria/manual_protocolos.pdf
6. <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/893/1/Canalizacion-de-cateter-de-infusion-rapida-en-acceso-venoso.html>
7. <http://books.google.es/books?q=guia+de+procedimientos+practicos+en+enfermeria+medico+quirurgica>