

(ENSAYO)

(Instalación de catéter venoso central)

(Rubén Eduardo Domínguez García)

Presenta El Alumno: (Yudiel Méndez Vázquez)

Grupo, Semestre Y Modalidad: (Grupo B, 6 Cuatrimestre, Semiescolarizado)

Lugar: Frontera Comalapa Chiapas

Fecha: 14 De junio Del 2020

Instalación de catéter venoso central

La canalización de una vía central es hoy en día un procedimiento de frecuente ejecución en los centros Hospitalarios, debido al incremento de pacientes graves o que requieren terapéutica intravenosa durante largo tiempo, los riesgos a correr son mínimos si se guardan rigurosamente las indicaciones y se respetan las claras contraindicaciones. Debe realizarse siempre en perfectas condiciones de asepsia, en general se usa la vena yugular interna o la vena subclavia, y rara vez la femoral, se elegirá aquella con la que se esté más familiarizado, tanto con la propia punción venosa como con sus complicaciones. Para algunos autores la vía central de elección es la vena yugular debido al menor número de complicaciones que conlleva, sin embargo, es una vía más incómoda para el paciente que la subclavia, la colocación percutánea de accesos venosos centrales con control de imagen se define como la colocación de un catéter con su punta ubicada en la región cavo-atrial o en la aurícula derecha utilizando el control de imagen en tiempo real para su colocación.

Es necesario tener en cuenta las contraindicaciones a cada procediendo o acción a realizar en este caso es la precaución en caso de alteraciones importantes de la coagulación, sobre todo con la vena subclavia por la incapacidad de hacer hemostasia por compresión, la manera más concreta de realizar dicha acción es tener las herramientas útiles al alcance tales como: Catéter de subclavia de 14G o venocath u otros catéteres específicos de gran calibre, 6-8G o catéteres de 2 o 3 luces, guía metálica, dilatador aguja de punción. Anestesia local (Lidocaína) sin vasoconstrictor, dos jeringas de 10 CC estériles dos agujas estériles, gasas estériles, bisturí desechable o tijera estéril, equipo de curas estéril, Seda a traumática, esparadrapo estéril. La decisión de colocar un acceso venoso central debe realizarse después de considerar el riesgo y beneficio en cada paciente, si bien, la mayor parte de las contraindicaciones puedan ser subsanadas o tratadas, en aquellos pacientes donde no pueda ser posible eliminarlas, podría continuar encontrándose indicadas si el riesgo es inferior al beneficio de la colocación, las indicaciones terapéuticas son: Administración de quimioterapia, administración de nutrición parenteral, administración de productos sanguíneos, administración de medicación intravenosa, administración de fluido terapia, plasmaféresis, Hemodiálisis, para las indicación diagnósticas: Establecer o confirmar un diagnóstico, establecer un pronóstico, monitorizar respuestas al tratamiento, obtención de muestras sanguíneas repetidas, las contraindicaciones es la única es la imposibilidad de colocación del catéter central por oclusión de todos los troncos venosos centrales supra e infra cardiacos e imposibilidad de recanalización.

Los catéteres centrales de inserción periférica (PICC) pueden ser insertados por personal de enfermería altamente cualificado con conocimientos en técnicas radiológicas y siempre bajo la supervisión de un personal médico cualificado, la inserción de catéteres centrales en vías venosas centrales siempre debe ser realizada por un Médico Especialista.

La colocación de un catéter venoso central (CVC) mediante la punción de una vena central periférica es un acto médico invasivo complejo que debe ser llevado a cabo por un profesional médico con experiencia tanto en la realización de la técnica como en las técnicas de imagen necesarias para su colocación. El profesional que dirija este tipo de procedimientos deberá mantener su competencia en su realización practicando al menos 30 procedimientos anuales, en caso de perder práctica deberá realizar un periodo de reciclaje realizando la técnica con supervisión. En procedimientos de gran complejidad la colaboración de un segundo médico puede ser necesaria. Igualmente, es pertinente la presencia de otros médicos para cumplir con los requisitos de la formación de residentes o de otros especialistas, En todos los procedimientos es imprescindible contar al menos: Dos enfermero/as con alta cualificación y formación en procedimientos intervencionistas endo vasculares y en la canalización de accesos venosos centrales. Uno de los enfermero/as actuará de enfermero ayudante y el otro de enfermero circulante, un Técnico Especialista en Radiodiagnóstico con formación en técnicas intervencionistas y con amplio conocimiento en técnicas de imagen especialmente en Fluoroscopio Digital y Ecografía.

Las complicaciones derivadas del procedimiento suelen consistir en daños a las estructuras vitales subyacentes y a mal posicionamientos del catéter, la incidencia de complicaciones inmediatas es inferior en los procedimientos guiados por imagen que los que son realizados con técnicas guiadas por marcas externas algunas complicaciones asociadas son: mal posicionamiento, punción arterial, perforación cardiaca, infección de herida quirúrgica, sangrado por herida quirúrgica. Algunos de los temas relevantes a resolver y cuidar son los siguientes: El paciente debe encontrarse monitorizado en todo momento, controlándose su estado y bienestar, siendo esta función realiza fundamentalmente por el enfermero circulante, aunque debiendo existir una comunicación activa y continua entre todos los miembros del equipo, tanto el catéter como el reservorio deben cubrirse con un vendaje, preferiblemente plástico y adherente que permita la visualización de complicaciones (sangrados locales) y prevenga las infecciones, permitiendo el baño o ducha del paciente.

En caso de presencia o sospecha de sepsis o bacteriemia estas deben ser constatadas mediante hemocultivos y hallazgos clínicos o analíticos debiendo posponerse el procedimiento hasta que se encuentre corregido el cuadro clínico.

Bishop L, Dougherty L, Bodenheim A, Mansi J, Crowe P, et al. Guidelines on the insertion and management of central venous access devices in adults. *Int J Lab Hematology*. 2007; 29:261-78.

2. Bauchi D, Dámelio M, Grosoli A, Bareli A and Capelin G. Vascular access for hemodialysis: from surgical procedure to an integrated therapeutic approach. *Nephron Dial Transplant*. 1998;13 Suppl 7:78-81.

3. Dariushnia SR, Wallace MJ, Siddiqui NH, Towing RB, Wojak JC, et al. Quality improvement guidelines for central venous access. *J Vasc Inter. Radiol* 2010; 21:976-981

4. Feller-Kopman D. Ultrasound-guided internal jugular access: a proposed standardized approach and implications for training and practice. *Chest* 2007; 132; 302-309.