



Mi Universidad

Nombre del Alumno: ESTEBAN CONTRERAS HUERTA

Nombre del tema: Ensayo.

Parcial: 3° PARCIAL

Nombre de la Materia: Enfermería Medico Quirúrgica I.

Nombre del profesor: MARIA CECILIA ZAMORANO.

Nombre de la Licenciatura: ENFERMERIA.

Cuatrimestre: 5° CUATRIMESTRE.

Lugar y Fecha de elaboración: 08/03/22

Cateterización venosa central de acceso periférico

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es la descripción de la técnica de enfermería para canalización de vía venosa central de acceso antecubital de dos o tres luces hasta vena cava superior, a través de una cánula corta, en condiciones de esterilidad, para la extracción de muestras, administración de medicación endovenosa, nutrición, hemoderivados y monitorización hemodinámica. De este modo, garantizamos la permeabilidad de una vía de acceso, evitando con ello el sufrimiento del paciente por venopunciones continuas. Para ello, se realizó una revisión y estudio de la bibliografía existente de fuentes de enfermería de urgencias, unidades de intensivos y reanimación. Así como de los protocolos de enfermería de urgencias del Hospital de Cruces.

Introducción

La canalización de una vía central es un procedimiento clave en el abordaje del enfermo crítico, por lo que, en un intento de minimizar el tiempo de actuación sobre estos pacientes, se ha iniciado su progresiva implantación en el servicio de urgencias.

Como alternativa al catéter de acceso periférico tipo DRUM, que precisa venas de grueso calibre para su canalización, para disminuir los riesgos respecto a la inserción de otros catéteres centrales y teniendo en cuenta el elevado porcentaje de éxito de esta técnica y la comodidad del paciente, nos parece interesante explicar el procedimiento y los cuidados de enfermería que conlleva.

• **Definición**(2)

Técnica de canalización percutánea de vía venosa central, a través de un acceso periférico mediante un catéter de doble o triple luz de poliuretano radio opaco, utilizando la técnica de Seldinger modificada, que nos permite:

- Administrar: grandes volúmenes de líquidos, soluciones hipertónicas, soluciones incompatibles a través de luces separadas o varias perfusiones simultáneamente.
- Monitorización hemodinámica.
- Extracción muestras sanguíneas.

• **Personal necesario**(1)

1 enfermera y 1 auxiliar

• **Ámbito de aplicación**(1)

Un box de urgencias.

• **Material necesario**(2)(5)(8)

- Mesa auxiliar
- Cepillo con antiséptico
- Empapador
- Compresor
- Antiséptico al uso: povidona iodada o clorhexidina 2%.
- Gasas estériles
- 1 paño estéril y 1 paño fenestrado
- Bata y guantes estériles
- Gorro y mascarilla
- Anestésico tópico (EMLA[®] o Cloretilo[®])
- 2 jeringas de 10 ml
- Abocath[®] n° 18
- Catéter de doble/triple luz(Arrow[®] de 60 cm)
- 2 sueros, sistemas y llaves de 3 vías.
- Adhesivo para fijar el catéter (steri-strip[®])
- Apósito estéril transparente

Descripción de la técnica (2)(4)(6)

● Preparación del paciente

> Informar adecuadamente al paciente de la técnica que se le va a realizar. Esto nos ayudará a lograr su colaboración durante la realización de la misma.

> Monitorizar el electrocardiograma antes, durante y después del procedimiento. Es muy importante una adecuada visualización, ya que durante la introducción, tanto de la guía como del catéter, se debe vigilar la aparición de arritmias. Registrar constantes vitales.

> Colocar al paciente en posición decúbito supino o Trendelemburg, según nos permita la patología del paciente.

> Valorar las venas de ambas extremidades superiores en la fosa antecubital. Se elegirá preferentemente el brazo derecho y las venas basílica, mediana y cefálica, en este orden, puesto que la vena basílica del brazo derecho es la de acceso más directo anatómicamente a la aurícula derecha, y por tanto, la introducción del catéter será presumiblemente más sencilla.

> Se pueden emplear dos tipos de anestésicos locales, EMLA[®] o Cloretilo[®]. El Cloretilo[®] es de acción inmediata, pero si se elige EMLA[®], se debe aplicar la pomada sobre la zona seleccionada entre 30 y 60 minutos antes de la venopunción, retirándola justo antes de aplicar el antiséptico.

> Aplicar el antiséptico de forma circular de dentro hacia fuera. La Clorhexidina 2%[®] tarda medio minuto en secarse, y la povidona

yodada 2 minutos. En caso de tener que actuar con celeridad, se puede secar con gasas estériles, para evitar que el antiséptico penetre en el torrente sanguíneo.

- **Preparación del personal**

- > Utilizar técnica estéril en todo momento. Esto implica que la enfermera/o responsable del procedimiento realizará lavado quirúrgico de sus manos, previa colocación de mascarilla y gorro. El secado de las manos se hará con compresas estériles y se colocará bata estéril.

- **Realización de la técnica**

- > Colocar un empapador bajo el brazo elegido.

- > Preparar una mesa auxiliar con paños estériles y todo el material necesario. Aprovechar para revisar que no falta nada en el equipo de vía central.

Colocar paño fenestrado sobre el brazo y ampliar el campo estéril con otro paño, puesto que la longitud del catéter y de la guía hace que sea más complicado que no se salgan del campo.

- > Canalizar vena mediante un Abocath[®]. El mínimo será del nº 18, ya que si es de menor grosor, no pasará la guía a través de su luz. Al contrario, si es un nº 14 o 16, facilitarán la posterior introducción del catéter, ya que actuarán como dilatadores.

Retirar el compresor para permitir la progresión de la guía (personal no estéril)

- > Pedir la colaboración del paciente, haciendo que gire la cabeza hacia el lado de la punción, y empezar a introducir la guía a través del angiocatéter. La guía se presenta con la punta blanda, de forma curva, fuera de su introductor, por lo que se moviliza con el pulgar hasta que el final de la guía coincida con el extremo de plástico que se adaptará al angiocatéter. Después se introducirá con suavidad. Si se nota dificultad, se retrocede unos centímetros, se moviliza el brazo y se reintenta.

- > Retirar el dilatador y aplicar presión con una gasa sobre el punto de inserción.

- > Retirar el tapón de la luz distal del catéter, ya que la guía saldrá por ese punto, y empezar a introducir el catéter deslizándolo por la guía. No introducir el catéter en la vena hasta que la guía salga unos centímetros por la luz distal.

- > Mantener siempre sujeta la guía mientras se introduce el catéter suavemente.

- > Introducir hasta 40-45 cm, y teniendo en cuenta que si el brazo es el izquierdo, unos centímetros más. El catéter tiene medidas en su longitud final

> Retirar la guía con cuidado y comprobar el reflujo de sangre en las dos luces con jeringas de 10 ml, conectando después los equipos de suero previamente purgados en cada luz.

• **Fijación del catéter**

> Retirar la sangre del brazo y zona de punción con suero fisiológico, y posteriormente aplicar el antiséptico seleccionado, clorhexidina 2% o povidona yodada.

> Para fijar el catéter se puede emplear Steri-strip[®], colocando una corbata alrededor del catéter, sin tapar el punto de inserción, más un apósito oclusivo estéril.



[Figura 4, fijación del catéter]

> Retirar el material punzante y depositarlo en el contenedor adecuado.

> Quitar el campo estéril, dejar al paciente en la posición más cómoda posible, y lavarse las manos.

Complicaciones potenciales(2) (7)

• **Registro y observaciones de enfermería (1)**

Registro de todos los datos relacionados con el acceso y catéter en la gráfica de enfermería de urgencias:

> Tipo de catéter y nº luces

> Extremidad y vena de acceso

> Fecha de acceso

> Incidencias que surjan durante la inserción en el evolutivo de enfermería

Bibliografía

1. antología de medico quirúrgica I UDS.

2. Cateterización venosa central a través de acceso periférico antecubital. Recomendaciones para UCI y Urgencias del Hospital de Cruces. Osakidetza. Versión: enero 2008.



