

GATEFER VENOSO PERIFERICO

Es la administración de fármacos diluidos por vía endovenosa mediante un sistema de goteo continuo o intermitente

INFUSIÓN INTERMITENTE

El medicamento que se administra será diluido en una pequeña cantidad de solución fisiológica y será transfundido en 30 min.

INFUSIÓN CONTINUA

Sera administrado en un tiempo mayor de 12 horas, según el volumen de dilución dependa del tipo de medicación desde 100 ml o más.

BOLO ENDOVENOSO

Dosis relativamente alta de una medicación administrada en un corto espacio de tiempo, normalmente entre 1 y 30 min.

INDICACIONES

- La colocación del cateter venoso periferico está indicado en las siguientes situaciones:
 - Administración de tratamiento farmacológico endovenoso.
 - Hidratación endovenosa en pacientes con intolerancia oral.
 - Reanimación con soluciones endovenosas en px en estado de shock.
 - Transfusión de hemoderivados.

MATERIALES

- Rañonera esteril
- Campo esteril
- Torundas de algodón
- Jeringa de 5 ml
- Suero fisiológico
- Cateter venoso periferico
- Tegaderm 6x7 o 10x12 cm
- Guantes esteriles
- Ligadura



PROCEDIMIENTO

- ① Lavado de manos clínico
- ② Colocarse los guantes
- ③ Elegir la vena
- ④ Limpiar el sitio de punción con una torunda con alcohol.
- ⑤ Ligar el brazo elegido.
- ⑥ Con la mano dominante insertar la aguja en la vena elegida en un ángulo de 30° .
- ⑦ Una vez canalizado ingresar solo el abocath sin la aguja.
- ⑧ Soltar la ligadura
- ⑨ Conectar la llave de 3 vías con la extensión de la cual debe estar purgada con suero fisiológico.
- ⑩ Fijar el abocath con tégula.
- ⑪ Escribir la fecha de colocación de la vía y nombre del px.
- ⑫ Administrar tratamiento indicado.
- ⑬ Lavado de manos clínico.
- ⑭ Registrar el procedimiento.

~~15~~ 15

CATETER CENTRAL DE INSERCIÓN PERIFÉRICA (PICC)

Es un cateter largo y flexible que se coloca en una vena de la parte superior de uno de los brazos.

OBJETIVO

Definir y estandarizar las acciones necesarias para la inserción segura del PICC en el adulto.

OBJETIVO ESPECIFICO

Valoración proactiva adecuada para elegir el PICC adecuado a cada paciente.

INDICACIONES

- Necesidad de acceso venoso > 6 días.
- Tratamiento que requiere acceso central por sus características.
- Previsto tratamiento de quimioterapia periférica intermitente de duración > de 3 meses.

CONTRAINDICACIONES

ABSOLUTAS

- Síndrome mediastínico
- Trombosis venosa en la extremidad
- Mastectomía ipsilateral.
- Infección cutánea.

RELATIVAS

- Insuficiencia renal crónica
- Alteraciones de la movilidad de la extremidad.
- Lesión de la zona de inserción.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

- > Posición del paciente elevado unos 30°.
- > Correcto mantenimiento de la vía aérea
- > Control del PICC
- > Control de temperatura
- > Valoración del estado neurológico.

PROCEDIMIENTO

6.4.1 Comprobaciones previas:

1. Comprobar la identidad del paciente, según el procedimiento de aplicación en el Servicio Gallego de Salud.
2. Comprobar que el paciente tenga coagulación óptima para la técnica.
3. Respetar la intimidad del enfermo y guardar confidencialidad de sus datos.
4. Informar al paciente y/o o cuidador principal del procedimiento que se va a realizar y solicitarle su colaboración, si es posible, recalcar su utilidad, usar un lenguaje comprensible y resolver sus dudas y temores.
5. Solicitar su consentimiento de forma escrita, siempre que sea posible (anexo I).
6. Identificar a los profesionales sanitarios que van a intervenir en el procedimiento.
7. Comprobar la existencia de alergias.
8. Realizar la higiene de las manos.
9. Colocar al paciente en la postura adecuada:
 - Postura tradicional: acostado en semi-Fowler, brazo afecto extendido, separado do cuerpo.
 - Postura FERA (flexión y rotación externa del brazo): paciente acostado con el brazo en 90° respecto del cuerpo y el antebrazo en 90° respecto del brazo, rotado externamente $30-45^\circ$

8. Preparación del personal: máscara, gorro, lavado quirúrgico de manos, bata estéril, guantes estériles (CDC 2011, categoría IB).

Todo el personal que participe en el procedimiento debe usar máscara quirúrgica, gorro y bata.

9. Montaje de campo estéril cubriendo todo el cuerpo del paciente, y dejando solo a la vista la zona de trabajo.

10. Aplicar gel al transductor del ecógrafo y colocar la funda estéril.

11. Opcional: administrar el anestésico local bajo control ecográfico.

CANALIZACIÓN DE LA VENA

12. Extraer unos 7-8 cm de la guía de nitinol de su funda, o por lo menos un tramo 2 cm mayor que la longitud de la aguja de micropunción. Reservar cerca de la mano que se usará para pasarla por la aguja en el paso 5.1 o 5.2 según la coloquemos con la mano dominante o no dominante. Atar el compresor si precisa (persona no estéril).

13. Coger el ecógrafo firmemente con la mano no dominante y apoyarlo suavemente en la zona marcada. La mano debe apoyarse en el brazo del paciente para fijar la sonda, y mantenerla en la misma posición aunque se mueva.

14. Con la mano dominante, sujetar la aguja microseldinger. Su angulación se determinará en función de la profundidad de la vena.

15. Hacer una punción en la vena elegida con la aguja microseldinger guiados por la imagen ecográfica hasta que se vea la correcta colocación dentro del vaso y refluya sangre. Es importante la visualización ecográfica de la aguja dentro del vaso puesto que en ocasiones está bien colocado y puede no refluir sangre.

16. Soltar el ecógrafo, y sin perder la posición de la aguja, pasar la guía a través de ella. Reducir el ángulo de inclinación de la aguja para facilitar que la parte rígida de la guía entre en la vena sin erosionar sus paredes.

17. Tras avanzar una longitud aproximada de 2/3 de la guía, retirar la aguja introductora sin perder de vista la guía en ningún momento.

18. Soltar compresor si procede.

PREPARACIÓN DEL CATÉTER

19. Preparar el PICC elegido y el resto del material necesario sobre el campo estéril.

20. Comprobar que se canalizó la vena en la zona marcada. De lo contrario, medir con la cinta métrica estéril a longitud entre la marca y la zona final de inserción y modificar la longitud de los centímetros de catéter que se van a cortar.

21. Extraer la guía del catéter para librar la longitud a la que se va a cortar. Cortar el catéter a la medida adecuada con bisturí apoyando sobre una superficie firme, o con tijeras. Comprobar que el corte se realiza correctamente (corte recto y perpendicular a la luz del catéter). **NO CORTAR EN BISEL!**

22. Colocar de nuevo la guía en el catéter sin exceder su punta. Si se usa como electrodo intracavitario la punta del fiador debe quedar lo más próximo posible a la punta del catéter pero sin pasarla. Doblar la guía a la altura de la unión a la cabeza del catéter para evitar que resbale durante la colocación.

23. Purgar con suero fisiológico las luces del catéter.

24. Si se va a utilizar un sistema de localización de la punta mediante electrodo intracavitario, este debe de ser calibrado antes de comenzar con la inserción del catéter.

INSERCIÓN DEL CATÉTER

25. Aplicar anestésico local subcutáneo, si no se hizo previamente, y realizar, si es precisa, una pequeña incisión horizontal en la piel con el bisturí en plano para facilitar el paso del microintrodutor.

26. Introducir suavemente el dilatador con la cánula pelable sobre la guía, sin perder esta de vista.

27. Retirar la guía.

28. Retirar el dilatador, dejando la cánula pelable.

29. Introducir el catéter al mismo tiempo que se administra suero y avanzar lentamente. No forzar la progresión si es dificultosa. En este caso, reubicar la postura del paciente: movilizar brazo y hombro para alinear la vena del brazo con la subclavia y pedirle que gire la cabeza hacia el lado de la inserción, e intentar tocar el hombro con la barbilla.

30. Si se dispone de sistema de electrocardiograma intracavitario para localizar la punta, seguir el aumento de la onda P hasta que se haga máxima con la precaución de comprobar que si se hace bifásica significa que la punta del catéter ya está dentro de aurícula derecha. Electrodo intracavitario

31. Romper y retirar suavemente la cánula pelable.

32. Insertar el catéter totalmente o hasta el punto donde la P sea máxima, se disponemos de electrodo intracavitario.

33. Retirar el hilador del catéter con suavidad para evitar el efecto Venturi.