



Mi Universidad

Evidencia de practica

Gabriela Montserrath Pulido Padilla

Canalización

Parcial 4

Medicina física y de rehabilitación

Dr. Jorge Arturo López Cadenas

Medicina Humana

5to Semestre

Comitán de Domínguez, chis a 01 de julio del 2024

CANALIZACIÓN

Materiales:

- Guantes desechables
- Gasas estériles
- Antiséptico: Clorhexidina alcohólica 2%
- Catéteres cortos de calibres 20, 22 y 24G
- Compresor
- Tiras adhesivas estériles
- Apósito transparente de fijación
- Férulas de inmovilización
- Venda autoadhesiva
- Jeringas
- Suero fisiológico
- Llave de tres pasos con alargadera
- Solución de sacarosa como analgesia no farmacológica en neonatos y lactantes
- Contenedor de residuos cortopunzantes.
- Si extracción de muestra sanguínea, preparar los tubos necesarios

Procedimiento:

1. Asepsia del personal:

- Lavado higiénico de manos con agua y jabón antiséptico, al menos durante 20 s. Secar con toalla de papel desechable y cerrar el grifo usando la misma toalla, evitando el contacto de las manos con el grifo.
- Cuando no es posible acceder a lavado de manos higiénico, se puede sustituir por la aplicación de solución hidroalcohólica.
- Colocarse los guantes no estériles

2. Selección del catéter: Se deberá elegir el catéter de menor calibre posible, en función de su propósito. En cualquier caso, el calibre del catéter debería

ser inferior al de la vena elegida, para permitir el paso de sangre en el vaso y la hemodilución de los preparados que se infundan.

Los más utilizados en adultos son el 18 G y el 20 G, y en niños el 22 G y 24 G. Tener en cuenta las características de la solución a perfundir. En el caso de sangre o hemoderivados se necesita un catéter de mayor calibre. En el caso de soluciones hipertónicas o irritantes se necesitan venas con buen flujo.

3. **Elección del punto de inserción:**

- a. En adultos priorizar las extremidades superiores a las inferiores.
- b. Priorizar venas distales sobre proximales, en el orden siguiente: mano, antebrazo y brazo. Evitar la zona interna de la muñeca al menos en 5 cm para evitar daño en el nervio radial, así como las zonas de flexión.
- c. En caso de presencia de flebitis la elección se hará: en primer lugar, el otro miembro y en segundo lugar en el mismo miembro en una zona más proximal. No canalizar venas varicosas, trombosadas ni utilizadas previamente
- d. Si se prevén procedimientos intervencionistas, utilizar el brazo contrario a la zona donde se va a actuar.
- e. No emplear la extremidad afectada de un paciente al que se le ha practicado una extirpación ganglionar axilar.
- f. Tener en cuenta procesos previos: emplear la extremidad no afectada por ACV, por una FAV, por quemaduras, por implantación de marcapasos, etc..
- g. Elección del miembro no dominante (diestro – zurdo). En todo caso atender en lo posible las consideraciones del propio paciente.

4. **Ejecución:**

- Colocarse los guantes no estériles.
- Lavar la piel de la zona de punción con agua y jabón, y secar (los antisépticos no son efectivos en presencia de materia orgánica). Colocar el compresor entre 10 y 15 cm. por encima del punto elegido para punción.

- Utilizar los dedos índice y medio de la mano no dominante para palpar la vena.
- Aplicar la solución antiséptica elegida en la zona, realizando círculos de dentro a fuera. Dejar secar el tiempo indicado según el tipo de antiséptico. Usar preferentemente clorhexidina acuosa al 2%, y en su defecto povidona yodada o alcohol al 70%.
- No volver a palpar el punto de punción tras la desinfección. Si fuera necesario volver a palpar, se usarán guantes estériles
- Coger el catéter con la mano dominante. Fijar la piel con la mano no dominante para evitar desplazamiento de la vena. Insertar el catéter con el bisel hacia arriba y con un ángulo entre 15° y 30° (dependiendo de la profundidad de la vena), ligeramente por debajo del punto elegido para la venopunción y en dirección a la vena. Una vez atravesada la piel, se disminuirá el ángulo para no atravesar la vena.
- Introducir el catéter hasta que se observe el reflujo de sangre. Cuando esto ocurra, avanzar un poco el catéter e ir introduciendo la cánula a la vez que se va retirando la aguja o guía, hasta insertar completamente la cánula en la luz de la vena. Una vez iniciada la retirada del fiador, no reintroducirlo, por el peligro de perforar el catéter. Activar el sistema de seguridad y desechar la aguja en el contenedor de punzantes
- Retirar el compresor.
- Conectar al catéter la válvula de seguridad o llave de tres pasos (ya purgada).
- Si el catéter es para sueroterapia continua, conectar el equipo de infusión, previamente purgado, a la válvula de seguridad, abrir la llave de goteo y comprobar el correcto flujo de la perfusión y la correcta situación del catéter.
- Si el catéter es para uso intermitente, irrigarlo con suero fisiológico.
- Si el catéter es para extracción de muestras, irrigarlo con solución heparinizada 20 ui/ml (1 cc de un vial monodosis).
- Fijar el catéter con tira adhesiva (esparadrapo), de manera que no caiga sobre el punto de inserción.

- Cubrir con apósito estéril el catéter fijado. La tira de esparadrapo deberá sobresalir del apósito, para permitir su cambio sin peligro de arrancar la vía. El apósito no cubrirá la válvula para facilitar su manejo. Si es necesario ésta se sujetará con otra tira de esparadrapo.
- Fijar equipo de infusión con esparadrapo a la piel para evitar tracciones e iniciar perfusión al ritmo indicado.
- Recoger el material sobrante
- Retirarse los guantes y lavarse las manos.
- Registrar la actividad en la hoja de registros.

Anexos



