



Mi Universidad

Cuadro sinóptico

Nombre del Alumno: Ana Karen Tolentino Martínez

Nombre del tema: Vías intravenosas

Parcial: 2

Nombre de la Materia: Practica clínica

Nombre del profesor: Marcos Jhodany Arguello Galvez

Nombre de la Licenciatura: Enfermería

Cuatrimestre: 5

VIAS INTRAVENOSAS

CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO (CVP)

Se utilizan para el abordaje de la vía venosa periférica. Los catéteres venosos periféricos son los dispositivos más utilizados en la administración endovenosa de fluidos. Su uso está recomendado cuando la administración farmacológica no supera los seis días de tratamiento.

CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO DE LÍNEA MEDIA (CVPM)

Está indicado para tratamientos con fármacos poco irritantes, pero de mediana duración. Permiten mantener el acceso intravascular, sin repetidas venopunciones.

Indicaciones:

- Administración de líquidos intravenosos (hidratación con soluciones cristaloideas como solución salina o Ringer lactato).
- Administración de medicamentos no irritantes (como antibióticos, analgésicos, antipiréticos).
- Transfusión de hemoderivados (sangre o plaquetas).
- Accesos de corta duración (generalmente menos de 5 días).
- Acceso venoso rápido en situaciones de urgencia.
- Toma de muestras de sangre en pacientes sin acceso central.

Técnica:

1. Lavado de manos y colocación de guantes limpios o estériles según el protocolo.
2. Selección del sitio de punción: preferentemente en el dorso de la mano, antebrazo o fosa antecubital.
3. Aplicar torniquete unos 10 cm por encima del sitio elegido para distender la vena.
4. Desinfección del área con solución antiséptica y dejar secar.

1. Inserción del catéter con aguja en un ángulo de 15° a 30°, bisel hacia arriba.
2. Observar el retorno de sangre, avanzar el catéter suavemente dentro de la vena.
3. Retirar la aguja, conectar al equipo de infusión o sellar con tapón estéril.
4. Fijar el catéter con apósito transparente estéril.
5. Registrar el procedimiento (fecha, calibre, sitio de punción, firma del profesional).

Cuidados:

- Inspección del sitio cada 8 horas: buscar signos de flebitis (enrojecimiento, calor, dolor, cordón venoso), infiltración (hinchazón, palidez, frialdad) o infección (pus, fiebre).
- Cambio del sitio de punción cada 72-96 horas o antes si hay signos de complicación o si el catéter se desplaza.

- Mantenimiento de la permeabilidad: lavar con suero fisiológico antes y después de administrar medicamentos si no hay infusión continua.
- Uso de técnica aséptica en toda manipulación (conexiones, cambios de apósito).
- Educación al paciente: informar signos de alarma y evitar manipulación o movimientos bruscos del brazo con el catéter.
- Retiro inmediato si hay signos de complicación.

Indicaciones:

- Administración intravenosa de medicamentos de uso prolongado (más de 6 días y hasta 4 semanas), cuando no se justifica un acceso venoso central.
- Terapia con antibióticos, hidratación continua, analgésicos, o medicamentos que no sean excesivamente irritantes o vesicantes.
- Pacientes con difícil acceso venoso periférico.

- Alternativa al catéter central en pacientes que no toleran un PICC o no requieren acceso hasta la vena cava.
- Administración de nutrición parenteral moderadamente hiperosmolar (según valoración clínica).

VIAS INTRAVENOSAS

CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO DE LÍNEA MEDIA (CVPM)

- Técnica:
- Lavado de manos, colocación de guantes estériles y campo estéril.
- Selección del sitio de inserción: preferiblemente en la vena basilíca, cefálica o braquial del brazo (usualmente brazo no dominante).
- Evaluación con ecografía para elegir una vena con buen calibre y trayectoria.
- Antisepsia rigurosa del área con clorhexidina al 2% y dejar secar.
- Colocar campo estéril y anestesiarse localmente con lidocaína si es necesario.

- Punción venosa bajo guía ecográfica con aguja estéril.
- Verificar retorno venoso e insertar guía metálica (técnica de Seldinger).
- Pasar dilatador y luego el catéter a través del trayecto venoso hasta una profundidad media (el extremo del catéter debe quedar en la vena axilar o subclavia proximal, no llegar a la vena cava).
- Retirar la guía, verificar permeabilidad, fijar con dispositivo de anclaje sin sutura y cubrir con apósito estéril transparente.
- Documentar fecha, calibre, longitud insertada, sitio de punción, nombre del profesional.

Cuidados:

- Cambio de apósito cada 7 días si está seco y limpio, o antes si está húmedo, sucio o despegado.
- Lavado del catéter con suero fisiológico cada 8-12 horas si no se utiliza de forma continua, y siempre antes y después de administrar medicamentos.
- Evitar uso de medicamentos vesicantes o hiperosmolares (>900 mOsm/L), salvo si está indicado y supervisado.
- Evaluación del sitio de inserción diariamente: signos de flebitis, infiltración, eritema, secreción, dolor o dificultad para infundir líquidos.

CATÉTER CENTRAL DE INSERCIÓN PERIFÉRICA (PICC)

Estos catéteres se insertan habitualmente, en venas cefálicas y basilícas de los miembros superiores, se puede utilizar cualquier acceso periférico con capacidad suficiente para alojarlo.

Indicaciones:

- Necesidad de acceso venoso central por mediana o larga duración (desde 7 días hasta varios meses).
- Administración de medicamentos vesicantes o irritantes como quimioterapia.
- Infusión de nutrición parenteral total (alta osmolaridad).
- Tratamientos antibióticos prolongados o administración frecuente de fármacos intravenosos.
- Terapias ambulatorias que requieren acceso venoso estable y seguro.
- Alternativa en pacientes con acceso venoso central difícil o contraindicación para vías centrales tradicionales (subclavia, yugular).

- Lavado de manos, colocación de guantes estériles, gorro, mascarilla, bata y campo estéril.
- Selección de vena del brazo, preferiblemente la vena basilíca, o alternativamente la cefálica o braquial, usando ecografía para guiar la punción.
- Antisepsia exhaustiva con clorhexidina al 2% y colocación de campo estéril.
- Aplicar anestesia local en el sitio de inserción.
- Punción venosa guiada por ecografía, inserción de guía metálica (técnica de Seldinger).

- Avance del catéter a través de la guía hasta alcanzar la vena cava superior o unión cavo-auricular (ubicación central).
- Retirar la guía, verificar retorno venoso y permeabilidad.
- Fijación del catéter mediante sistema de anclaje sin sutura y colocación de apósito estéril transparente.
- Confirmar la posición final con radiografía de tórax.
- Documentar fecha, calibre, longitud insertada, sitio, técnica utilizada y firma del profesional.

VIAS INTRAVENOSAS

CATÉTER CENTRAL DE INSERCIÓN PERIFÉRICA (PICC)

Cuidados:

- Cambiar apósito estéril cada 7 días si está limpio y seco, o antes si se observa humedad, suciedad o se despega.
- Lavado del catéter con suero fisiológico antes y después de cada uso. Si no se utiliza de forma continua, lavar con suero y solución heparinizada (según protocolo institucional) cada 24 a 48 horas para mantener permeabilidad.
- Técnica estéril estricta al manipular el catéter (administración de medicamentos, cambio de llaves o conectores, aspiración).
- Revisar diariamente el sitio de inserción: enrojecimiento, calor, dolor, edema, secreción purulenta o sangrado.

Indicaciones:

- Administración de medicamentos irritantes, vesicantes o hiperosmolares, como quimioterapia o nutrición parenteral total.
- Necesidad de monitorización hemodinámica: medición de la presión venosa central (PVC).
- Infusión de líquidos en gran volumen o múltiples terapias simultáneas mediante lúmenes múltiples.

- Acceso venoso prolongado (días a semanas) en pacientes críticos o quirúrgicos.
- Realización de procedimientos como hemodiálisis, plasmaféresis o uso de dispositivos de asistencia ventricular.
- Falta de acceso venoso periférico o contraindicación para PICC/línea media.

CATÉTER VENOSO CENTRAL (CVC).

Consiste en canalizar el vaso venoso con un catéter o cánula larga. Se considera CVC cuando el extremo distal del mismo se ubica en vena cava superior, vena cava inferior o cualquier zona de la anatomía cardíaca.

Técnica:

1. Lavado de manos, colocación de gorro, bata, guantes estériles, mascarilla y campo estéril.
2. Colocación del paciente en posición de Trendelenburg (15° a 30° con cabeza hacia abajo) para distender las venas y disminuir riesgo de embolia aérea.
3. Elección del sitio de inserción:
 - Vena subclavia
 - Vena yugular interna
 - Vena femoral (menos frecuente por mayor riesgo infeccioso)

- Antisepsia con clorhexidina al 2% en el sitio de punción, cubrir con campos estériles.
- Punción venosa con aguja estéril, guiada por referencias anatómicas o ecografía.
- Verificación de retorno venoso, inserción de guía metálica (técnica de Seldinger).
- Dilatación del trayecto con dilatador estéril.
- Inserción del catéter venoso central sobre la guía, avance hasta su posición (longitud según acceso y paciente).
- Retiro de la guía metálica, conexión a sistema de infusión o sellado con llaves de tres vías.
- Fijación del catéter con suturas y colocación de apósito estéril transparente.

Cuidados:

- Vigilancia diaria del sitio de inserción por signos de infección (eritema, secreción purulenta, dolor, calor) o complicaciones mecánicas (sangrado, desplazamiento, edema).
- Cambio del apósito estéril cada 48 a 72 horas (si es gasa), o cada 7 días (si es apósito transparente), o antes si se encuentra sucio, húmedo o despegado.
- Lavado del catéter con suero fisiológico antes y después de cada uso; en algunos casos, solución heparinizada para mantener permeabilidad (según protocolo).
- Manipulación estrictamente estéril al administrar medicamentos, conectar soluciones o cambiar sistemas.