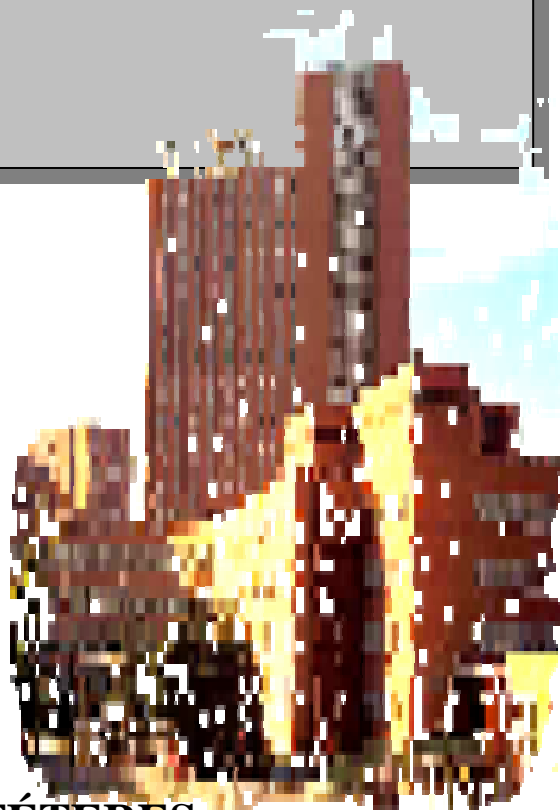


**PROTOCOLO
VIAS CENTRALES
DE
ACCESO PERIFÉRICO
EN
PREMATUROS Y RN ENFERMOS**



**GRUPO DE TRABAJO DE CATÉTERES
INTRAVASCULARES. Año 2004**



PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA

TÍTULO: PROTOCOLO VIAS CENTRALES

PERSONAL QUE INTERVIENE: Médicos y enfermeras

INTRODUCCIÓN:

Establecer un acceso vascular seguro es importante para el tratamiento de prematuros y RN enfermos en la UCIN. Los catéteres centrales de acceso periférico ofrecen una alternativa a la colocación quirúrgica de catéteres centrales.

OBJETIVOS:

- ⇒ Mantener una vía venosa para terapias prolongadas y soluciones hiperosmolares.
- ⇒ Posibilidad de medir PVC.

INDICACIONES:

- ⇒ RN gran inmaduro.
- ⇒ Alimentación parenteral.
- ⇒ Patología digestiva.
- ⇒ Hipoglucemias severas.
- ⇒ Otras circunstancias.

MATERIAL:

- ⇒ Mesa auxiliar (donde colocaremos el campo estéril).
- ⇒ Paño estéril fenestrado y no fenestrado.
- ⇒ Guantes y bata estéril, mascarilla y gorro.
- ⇒ Si el niño está en cuna pondremos doble colchón para que la canalización sea más accesible.

REVISIONES

¿Qué se revisa?: Todo el procedimiento según recomendaciones de ls CDC.

¿Quién lo revisa?: Grupo de trabajo de catéteres intravasculares.

FECHA: 6 Mayo 2004



PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA

TÍTULO: PROTOCOLO VIAS CENTRALES

- ⇒ Compresas y gasas estériles.
- ⇒ Jeringas de 2 y 5 cc y agujas estériles.
- ⇒ Suero salino heparinizado.
- ⇒ Clorhexidina al 0,5% como desinfectante de la piel.
- ⇒ Para epicutáneo:
 - Catéter silástico epicutáneo de tamaño adecuado.
 - Caja de material estéril para epicutáneo.
 - Puntos de aproximación, apósito(s) transparente(s) y si fuera necesario apósito hemostático absorbible.
- ⇒ Para canalización umbilical:
 - Catéter umbilical de tamaño adecuado.
 - Caja de material estéril para canalización.
 - Seda 4/0, sujeción para el catéter.

PREPARACIÓN DEL PACIENTE:

- ⇒ Elección de una vena adecuada, preferentemente en extremidades superiores (basílica, cefálica, axilar).
- ⇒ Colocación adecuada del paciente. Medidas de confort: rodillo, chupete...
- ⇒ Analgesia previa al procedimiento, consultando al neonatólogo (vía IV u oral)
- ⇒ Medir correctamente para evitar manipulaciones. Se debe medir la longitud del catéter que quedará insertado en VCS (vena cava superior) o VCI (vena cava inferior), utilizando una cinta métrica para seguir el recorrido de la vena elegida, desde el punto de punción hasta el tercer o cuarto espacio intercostal (vena elegida en extremidad superior) o apéndice xifoides (vena elegida en extremidad inferior). Los niños suelen mantener cierto grado de aducción del brazo y flexión del codo, como la medida se suele realizar con el antebrazo extendido y el brazo en 90º de abducción, puede constituir

REVISIONES

¿Qué se revisa?: Todo el procedimiento según recomendaciones de ls CDC.

¿Quién lo revisa?: Grupo de trabajo de catéteres intravasculares.

FECHA: 6 Mayo 2004



PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA

TÍTULO: PROTOCOLO VIAS CENTRALES

una sobrevaloración en el caso de catéteres a insertar en la vena basílica (veasé Tabla 1).

- ⇒ Se debe evitar la colocación de la punta del catéter en aurícula derecha y porción intrapericárdica de la vena cava inferior o superior, para prevenir el derrame pericárdico y el taponamiento letal secundario a la perforación miocárdica.
- ⇒ Monitorización del paciente durante la técnica.

TÉCNICA:

La técnica debe ser rigurosamente estéril.

1. Son necesarios dos miembros del equipo de enfermería.
2. Una/un enfermera/o procederá a ponerse estéril según el siguiente orden:
 - a) Colocación de gorro y mascarilla.
 - b) Lavado de manos durante 2-3 minutos con jabón antiséptico.
 - c) Secado de manos con compresas estériles.
 - d) Colocación de bata estéril.
 - e) Colocación de guantes estériles.
3. Una vez elegida la vena adecuada, la/el enfermera/o o auxiliar de enfermería que no está estéril se encargará de desinfectar la zona, con gasas impregnadas en clorhexidina al 0,5% durante 2-3 minutos y dejar secar. La zona de punción es la primera ruta de infección. Posteriormente tapaná la zona con otra gasa estéril y sujetará el miembro de forma que no esté en contacto con ninguna superficie contaminante y lo reciba quien ya está estéril, colocando un paño fenestrado para aislar la extremidad elegida.

REVISIONES

¿Qué se revisa?: Todo el procedimiento según recomendaciones de ls CDC.

¿Quién lo revisa?: Grupo de trabajo de catéteres intravasculares.

FECHA: 6 Mayo 2004



PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA

TÍTULO: PROTOCOLO VIAS CENTRALES

4. Comprobación del catéter epicutáneo:
 - a) Desenroscar un poco, no del todo, la conexión azul.
 - b) Introducir la parte rígida del silástico por la conexión azul y volver a enroscar.
 - c) Purgar el sistema con suero fisiológico heparinizado, comprobando que no hay fuga por ninguna de sus conexiones ni a lo largo de su recorrido (si hay fuga en la conexión azul, volver a desenroscar e introducir un poco más la parte rígida).
 - d) Purgar la palomilla.

5. La/el enfermera/o que vaya a realizar la canalización cogerá del campo estéril:
 - a) Gasas.
 - b) Epicutáneo.
 - c) Palomilla.
 - d) Pinzas (curvas o rectas) sin dientes.

6. La/el compañera/o (que también ha tenido que vestirse de forma estéril) inmovilizará al RN para facilitar la técnica. En accesos vasculares de miembros superiores, mantener la cabeza del niño girada hacia el mismo lado de la extremidad donde se vaya a realizar la punción.

7. Puncionar la vena elegida con la palomilla del silástico hasta que refluya. En las venas de gran calibre presionar para evitar un sangrado abundante que nos impida progresar el silástico.

8. Introducir el silástico a través de la palomilla hasta la distancia requerida, mediante la pinza de disección sin dientes.

REVISIONES

¿Qué se revisa?: Todo el procedimiento según recomendaciones de ls CDC.

¿Quién lo revisa?: Grupo de trabajo de catéteres intravasculares.

FECHA: 6 Mayo 2004



PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA

TÍTULO: PROTOCOLO VIAS CENTRALES

9. El catéter deberá avanzar suavemente sin resistencia. En caso de que esto no ocurra, puede ayudar la rotación de la extremidad, masaje, etc.

10. Una vez alcanzada la distancia antes medida, presionar el catéter a través de la piel y retirar cuidadosamente la palomilla, presionando el punto de punción hasta que deje de sangrar.

La palomilla se retirará desenroscando la conexión azul, para sacar el silástico y poder extraer la palomilla. Posteriormente volver a conectar y perfundir un poco de suero heparinizado para comprobar la permeabilidad.

Es aconsejable hacer pequeños lavados durante la técnica para evitar que se coagule. Esto facilita también la progresión del catéter.

11. Fijar el silástico a piel mediante sutura cutánea estéril, con un sistema de corbata, asegurándose que esté sobre piel seca. Si continúa el sangrado, colocaremos apósito hemostático. En espera de control radiológico fijar con gasa estéril y sutura cutánea o puntos de aproximación de forma provisional.

12. Se realizará Rx de control para comprobar la localización exacta del silástico. No es necesario el contraste. En algún caso de duda y por indicación médica se realizará Rx con contraste. En este caso la/el enfermera/o manipulará el catéter de forma estéril. La conexión del epicutáneo también se protegerá de forma estéril (compresa estéril, paño...)

13. Una vez confirmada la localización del catéter se realizará la fijación definitiva con apósito transparente. No colocar gasas en el punto de punción. Si hubiera que retocar el catéter porque estuviera mal localizado, se hará siempre de forma estéril.

14. El catéter epicutáneo queda preparado para iniciar NP, sueroterapia...

REVISIONES

¿Qué se revisa?: Todo el procedimiento según recomendaciones de ls CDC.

¿Quién lo revisa?: Grupo de trabajo de catéteres intravasculares.

FECHA: 6 Mayo 2004



PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA

TÍTULO: PROTOCOLO VIAS CENTRALES

CUIDADO Y MANTENIMIENTO DE VÍAS CENTRALES

- 1- Anotar en gráfica día y hora de la inserción y localización de la punta del catéter. Se hará en la parte posterior de la gráfica en el apartado de canalización.
- 2- En los catéteres umbilicales lavar por turno con clorhexidina la zona de inserción (ombligo).
- 3- Proteger las conexiones, llaves de tres pasos y filtros, así como la doble luz de los catéteres umbilicales, con compresa estéril verde seca y pañito verde con corchetes, que se cambiará cada 24 horas.
- 4- Mantener asepsia rigurosa ante cualquier manipulación:
 - ⇒ abrir un paquete de gasas estériles e impregnarlas con alcohol al 70%.
 - ⇒ abrir el paño y dejar visible la o las conexiones a manipular.
 - ⇒ colocar guantes estériles.
 - ⇒ con estas gasas desinfectar las llaves o conexiones que se vayan a manipular.
 - ⇒ proceder a la manipulación.

A) Cambio de sueroterapia y NPT:

- ⇒ cada 24 horas de forma estéril.
- ⇒ utilizar el menor número de conexiones posibles.
- ⇒ no manipular la bolsa de la NP con los guantes estériles, nos podemos ayudar con una compresa estéril.

REVISIONES

¿Qué se revisa?: Todo el procedimiento según recomendaciones de ls CDC.

¿Quién lo revisa?: Grupo de trabajo de catéteres intravasculares.

FECHA: 6 Mayo 2004



PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA

TÍTULO: PROTOCOLO VIAS CENTRALES

B) Extracciones sanguíneas (catéter umbilical).

⇒ Siempre son necesarias dos personas: una estará estéril para realizar la extracción, y otra para dar el material y recoger las muestras.

Hay que evitar que los conos de las jeringas que se utilicen toquen cualquier superficie.

C) Administración de medicación: lo ideal, preparar la medicación de forma estéril (lavado de manos, guantes...) Intentar evitar que los conos de las jeringas que van a entrar en contacto con el catéter entren en contacto con cualquier superficie que pueda contaminarlos (mantenerlos protegidos).

5- Vigilar signos de infección en el punto de punción, así como posibles flebitis en el recorrido del catéter.

6- Vigilar posibles desconexiones accidentales.

7- No utilizar heparina sódica 1/1000 en las soluciones a infundir, salvo arteria umbilical ó por indicación médica .

8- La cura del orificio de entrada de punción y el cambio de apósito se realizará cada 7 días de manera estéril con clorhexidina al 0,5%. Al colocar el nuevo apósito tener la precaución de no tapar la zona de punción.

9- La retirada del catéter se realizará cuando ya no sea necesaria su utilidad, o ante cualquier signo de infección y/o flebitis.

10-Una vez retirado el catéter, si es posible, mandar la punta a microbiología para cultivo.

REVISIONES

¿Qué se revisa?: Todo el procedimiento según recomendaciones de ls CDC.

¿Quién lo revisa?: Grupo de trabajo de catéteres intravasculares.

FECHA: 6 Mayo 2004



PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA

TÍTULO: PROTOCOLO VIAS CENTRALES

11- Todo lo referente a la manipulación del catéter epicutáneo, es aplicable a los catéteres umbilicales.

⇒ En situaciones especiales y de forma individualizada se puede valorar la colocación de un catéter intermedio (epicutáneo en vía periférica) en aquellos neonatos que por diferentes causas tengan un dificultoso acceso venoso.

⇒ Los cambios de posición de la extremidad superior provoca la migración de los catéteres centrales de inserción periférica según la siguiente tabla:

TABLA 1

MOVIMIENTO DEL HOMBRO Y DEL CODO	VENA DE INSERCIÓN DEL CATÉTER		
	Basílica	Cefálica	Axilar
Aducción del brazo	Se acerca al corazón	Se aleja del corazón	Se acerca al corazón
Abducción del brazo	Se aleja del corazón	Se acerca al corazón	Se aleja del corazón
Flexión del codo	Se acerca al corazón	Se acerca al corazón	Sin efecto
Extensión del codo	Se aleja del corazón	Se aleja del corazón	Sin efecto

Dependiendo de cual haya sido la vena elegida, debemos tener la precaución de colocar la extremidad en la posición más adecuada para efectuar la radiografía de tórax:

VENA BASÍLICA: aducción del brazo y flexión del codo.

VENA CEFÁLICA: abducción del brazo y flexión del codo.

VENA AXILAR: aducción del brazo, indiferente la posición del codo.

REVISIONES

¿Qué se revisa?: Todo el procedimiento según recomendaciones de la CDC.

¿Quién lo revisa?: Grupo de trabajo de catéteres intravasculares.

FECHA: 6 Mayo 2004



PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA

TÍTULO: PROTOCOLO VIAS CENTRALES

NOES

- ⇒ No utilizar epicutáneo para extracciones ni transfusiones. Sí, se puede utilizar el catéter umbilical, si éste, es de grosor y localización adecuada.
- ⇒ No levantar el apósito antes de 7 días si no es necesario (rotura del catéter, desprendimiento del apósito...) realizarlo de forma estéril.
- ⇒ No desconectar el epicutáneo para el baño o aseo del niño.
- ⇒ No sumergir la zona de punción durante el baño.
- ⇒ NO MANIPULAR SIN GUANTES ESTÉRILES.

“ Debemos concienciarnos individual y colectivamente, de la importancia de manejar los catéteres centrales de forma estéril.”

BIBLIOGRAFIA:

- ☰ Carrero Caballero, M^a Carmen. Accesos vasculares. Implantación y cuidados enfermeros. DAE S.L. (Difusión avances de Enfermería). 2002.
- ☰ CDC. (Centros Nacionales de Enfermedades Infecciosas). Guía para la prevención de infecciones relacionadas con catéteres intravasculares. 2002.
- ☰ Nadroo MA, et al. Los cambios de posición de la extremidad superior provocan la migración de los catéteres centrales de inserción periférica en los neonatos. Pediatrics /Ed esp) 2002;54(1):25-30

REVISIONES

¿Qué se revisa?: Todo el procedimiento según recomendaciones de ls CDC.

¿Quién lo revisa?: Grupo de trabajo de catéteres intravasculares.

FECHA: 6 Mayo 2004