
 SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA	HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS
	Fecha: ENERO 2013	DIRECCION DE ENFERMERIA
	Edición: 05 Código: PTDEN035	

PROTOCOLO PARA LA INSERCIÓN, MANTENIMIENTO Y RETIRADA DEL CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO.

AUTORES Última actualización Emma González Suárez Ana Rosa Argüelles Martínez Blanca Martínez Bueno Comisión de Cuidados de Enfermería	REVISORES Comisión de Cuidados de Enfermería	AUTORIZADO Dirección de Enfermería
Fecha Enero 2013	Fecha Enero 2013	Fecha Enero 2013

 <p>SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS</p>	<p>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA</p>	<p>HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS</p>
	<p>Fecha: ENERO 2013</p>	<p>DIRECCION DE ENFERMERIA</p>
	<p>Edición: 05 Código: PTDEN035</p>	



DEFINICIÓN /OBJETIVOS:

Inserción, mantenimiento y retirada de un catéter venoso de corta longitud en una vena periférica, en condiciones de asepsia, evitando la aparición de efectos no deseados, para la administración de terapia endovenosa, medios de contraste y/o extracción de muestras sanguíneas.

A.- INSERCIÓN DEL CATÉTER



RECURSOS HUMANOS:

Una enfermera y, si es preciso un ayudante.


RECURSOS MATERIALES:

- Catéter
 - Elegir el de menor calibre posible. Seleccionando el catéter en función de:
 - Tamaño de la vena.
 - Objetivo terapéutico.
 - Tiempo de duración prevista del tratamiento.
 - Características de la solución a infundir: Tipo de fluido, volumen y caudal.
- Batea, carro o mesa auxiliar.
- Compresor
- Agua y jabón.
- Guantes.
- Solución antiséptica (Clorhexidina alcohólica al 2%, salvo hipersensibilidad a la misma, en cuyo caso usar povidona yodada o alcohol 70°).
- Gasas estériles.
- Apósito transparente estéril. Usar apósito de gasa sólo en caso de existir exudado.
- Jeringa con suero fisiológico al 0.9% para el lavado de la vía.
- Bioconector.
- Bolsa para desechar para el material fungible.
- Contenedor para material punzante.



INFORMACION Y PREPARACION DEL PACIENTE

- Comprobar la identidad del paciente.
- Informar al enfermo y/o familia del procedimiento a realizar y procurar su colaboración.
- Favorecer un ambiente tranquilo.
- Colocar al paciente en posición adecuada y cómoda.
- Retirar cualquier objeto que comprometa la circulación y obstaculice el mantenimiento de la vía (reloj, pulsera...).
- Preparar la piel: lave con agua y jabón, aclare y seque.


 <p>SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS</p>	<p>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA</p>	<p>HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS IV</p>
	<p>Fecha: ENERO 2013</p>	<p>DIRECCION DE ENFERMERIA</p>
	<p>Edición: 05 Código: PTDEN035</p>	



TECNICA DE REALIZACION

- Higiene de manos.
- **Seleccionar la vena adecuada** valorando los siguientes factores:
 - Edad, estado de conciencia y colaboración del paciente.
 - Estado de las venas, ideal rectas, palpables y con buen llenado.
 - Relación con el calibre del catéter.
 - Características del tratamiento endovenoso.
 - Elegir preferentemente venas en el antebrazo de miembros superiores, (Basilíca, Cubital media o Cefálica) dando preferencia al brazo no dominante, evitando a ser posible la flexura, (fosa antecubital, muñeca) y zonas con afectación de la integridad de la piel o sometidas a procedimientos quirúrgicos recientes.
 - Evitar la punción en miembros pléjicos, con fístula A-V y en pacientes mastectomizadas el brazo del mismo lado.
 - Elegir la vena empezando por las más distales del brazo, por encima de los puntos de punción previos, reservando el resto para posibles futuras canalizaciones.
 - En los pacientes pediátricos se pueden usar con preferencia ubicaciones en mano, dorso del pie o cuero cabelludo.
- Colocar el compresor a 10 - 15 cm. por encima del punto de punción.
- Localice la vena a canalizar. Masajear sobre la zona a puncionar para favorecer el llenado venoso. La colocación de la extremidad en declive puede favorecerlo también.
- Aplicar el antiséptico en la zona, en círculos, de dentro afuera. Dejar secar.
- Colocarse los guantes.
- Coger el catéter con la mano dominante, retirar el protector.
- Fijar la vena, haciendo tracción de la piel hacia abajo.
- Insertar el catéter con el bisel hacia arriba en ángulo de 15- 30°, según la profundidad de la vena. Puncionar ligeramente por debajo del punto elegido para la venopunción y siguiendo la trayectoria de la vena. Una vez atravesada la piel reducir el ángulo para evitar perforar la vena.
- Cerciórese de que está insertado en la vena por la aparición de sangre. Cuando se perciba reflujo de sangre, avanzar ligeramente el catéter en la vena, manteniendo la tracción de la piel. Hacer avanzar la cánula a la vez que se va retirando parcialmente la aguja-guía o fiador.
- Soltar el compresor.
- Retirar totalmente la aguja-guía o fiador y desechar en el contenedor.
- Conectar el bioconector y lavar el catéter con suero salino verificando la posición intravenosa.
- Limpiar la zona de punción con una gasa impregnada en antiséptico.
- Cubrir el catéter con el apósito transparente. Asegurar su correcta fijación para evitar tracciones.



 <p>SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS</p>	<p>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA</p>	<p>HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS</p>
	<p>Fecha: ENERO 2013</p>	<p>DIRECCION DE ENFERMERIA</p>
	<p>Edición: 05 Código: PTDEN035</p>	

- Recolocar al paciente en posición cómoda y explicar cómo manejarse con la vía:
 - Precauciones para la movilidad, si procede.
 - Evitar mojar durante el aseo
 - No manipulación
 - Signos de alarma: Avisar si dolor, enrojecimiento, picor o hinchazón.
- Retirar y desechar el material fungible en la bolsa de basura. .
- Retirarse los guantes.
- Higiene de manos.
- Registrar el procedimiento, hacer constar fecha y hora, tipo y calibre del catéter y posibles incidentes.



OBSERVACIONES:

- Si fuese necesario eliminar el vello cutáneo no rasurar con cuchilla, usar cortadora o tijeras.
- Se recomienda el uso de guantes limpios y no estériles siempre y cuando se utilice “técnica aséptica” evitando tocar la parte del catéter que entra en vena y el punto de acceso después de la aplicación del antiséptico.
- No realizar anotaciones sobre el apósito.
- Evitar repetir intentos de punción en la misma zona por formación de hematomas

B.- MANTENIMIENTO DEL CATETER


Implica la vigilancia de la zona de inserción, (detección de posibles flebitis, decúbitos, obstrucción y extravasación) cura de la misma y el cambio de apósito.

VIGILANCIA DE LA ZONA DE INSERCCION

TECNICA DE REALIZACION

1. Evaluar cada 24h (y siempre que se considere necesario) el punto de inserción.
2. El apósito transparente permite la visualización* directa. Inspeccionar buscando signos de alarma:
 - Eritema
 - Dolor
 - Supuración
 - Induración palpable

* Si el apósito es de gasa, valorar mediante palpación, en caso de sospecha retirarlo para visualizar.

 <p>SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS</p>	<p>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA</p>	<p>HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS</p>
	<p>Fecha: ENERO 2013</p>	<p>DIRECCION DE ENFERMERIA</p>
<p>Edición: 05 Código: PTDEN035</p>		

ESCALA VISUAL DE VALORACION DE FLEBITIS (ESCALA DE Maddox)		
0	Sin dolor, eritema, hinchazón, ni cordón palpable en la zona de punción	NO signos de flebitis. OBSERVE punto de inserción
1	Zona de punción dolorosa sin eritema, hinchazón, ni cordón palpable en la zona de punción	Posible signo de flebitis. OBSERVE punto de inserción.
2	Zona de punción dolorosa con eritema y/o hinchazón sin cordón palpable en la zona de punción	Inicio de flebitis. RETIRE el catéter.
3	Zona de punción dolorosa con eritema, hinchazón, endurecimiento o cordón venoso palpable <de 6 cm por encima del sitio de inserción.	Etapa media de flebitis. RETIRE catéter y valore tratamiento.
4	Zona de punción sensible con eritema, hinchazón, endurecimiento, cordón venoso palpable >de 6 cm por encima del sitio de inserción y/o purulencia	Avanzado estado de flebitis. RETIRE catéter y valore tratamiento
5	Trombosis venosa franca con todos los signos anteriores y dificultad o detención de la perfusión	Tromboflebitis. RETIRE catéter e inicie tratamiento.

MANTENIMIENTO DE LA PERMEABILIDAD DEL CATETER

TECNICA DE REALIZACION

Lavado del catéter:


- Se realizará con suero salino al 0,9%, aprox. 10cc.
- Como mínimo una vez cada 24h y siempre después de cada uso.

Se desaconseja la utilización de heparina.

CURA DE LA ZONA DE INSERCCION y CAMBIO DE APÓSITO

TECNICA DE REALIZACION

- La cura y cambio de apósito se realizaran cada 7 días (apósito transparente), cada 48 o 72h (apósito de gasa), y siempre que esté húmedo, manchado o despegado.
- Curar la zona de inserción: con suero salino y aplicación de solución antiséptica (clorhexidina alcohólica al 2% o en su defecto povidona yodada).
- Durante la maniobra mantener bien fijado el catéter para evitar tracciones y acodamientos.
- Los bioconectores se cambiaran cada 7 días, o si procede la retirada del catéter o en caso de deterioro.

 SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA	HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS IV
	Fecha: ENERO 2013	DIRECCION DE ENFERMERIA
	Edición: 05 Código: PTDEN035	

C.- RETIRADA DE CATETER

Se retirará el catéter cuando:

- El paciente no precise del acceso venoso.
- Finalice el tratamiento.
- Aparezcan complicaciones en el sistema que porta (dolor y eritema, induración, cordón palpable, exudado, signos de infección u obstrucción del dispositivo)



INFORMACION Y PREPARACION DEL PACIENTE.

Informar al paciente de la retirada de la vía y el motivo por el que lo hacemos.
Colocar en posición cómoda y adecuada.



TECNICA DE REALIZACION:

1. Higiene de manos.
2. Retirar con suavidad el apósito.
3. Retirar lentamente el catéter, paralelamente a la piel, presionando con una gasa estéril para hacer hemostasia, comprobar que está entero.
4. Aplicar presión firme durante 3 minutos, sobre el punto de punción para hacer hemostasia. Comprobar que no se produce hemorragia.
5. Limpiar la zona, aplicar antiséptico y colocar el apósito estéril.
6. Desechar el material fungible utilizado en la bolsa y cerrarla.
7. Desechar el material punzante al contenedor biológico.
8. Quitarse los guantes.
9. Higiene de manos.
10. Registrar el procedimiento, hacer constar fecha, hora de la retirada y motivo de la misma.




OBSERVACIONES:

Todo catéter innecesario debe retirarse lo antes posible. **¡Valorarlo!**
Si presenta signos de infección, valorar si es necesario recoger muestra de exudado (hisopo) para cultivo.

INTERVENCIONES NIC RELACIONADAS:

- 710.- Punción intravenosa.
- 253.- Control de infección
- 792.- Vigilancia de la piel.
- 147.- Administración de medicación i.v.
- 158.- Administración de productos sanguíneos.

 <p>SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS</p>	<p>MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA</p>	<p>HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS</p>
	<p>Fecha: ENERO 2013</p>	<p>DIRECCION DE ENFERMERIA</p>
	<p>Edición: 05 Código: PTDEN035</p>	

BIBLIOGRAFÍA:

1. Carrero MC, Valbuena B. Mantenimiento y cuidado de catéteres intravasculares. La importancia de la heparinización. Rev ROL Enf 2012; 35(6):000.
2. Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter Related Infections. [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention; 2011 [acceso 3 de enero de 2011]. Disponible en: <http://cdc.gov/hicpac/pdf/guidelines/bsi-guidelines>
3. Peinado Barraso MC et al. Prevalencia de flebitis postcateterización. Metas de Enferm. 2010; 13(8): 28-32.
4. Mc Closkey J, Bulechek G. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2009.
5. Smith S F, Duell D, Martin BC. Técnicas de enfermería clínica. De las técnicas básicas a las avanzadas. Vol.2. 7 ed. Madrid: Pearson; 2009. p. 1077-1088.
6. Noci J, Barber L, Lucendo A, Garcia P. Vía venosa periférica. Uso adecuado. En: Carrero Caballero MC. Tratado de administración parenteral. 1ª Ed. Madrid; Difusión avances de enfermería S.L, 2006. p. 103-139.

FECHA DE IMPLANTACION: Enero 1995

FECHA DE ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN: Enero 2013

FECHA DE REVISIÓN: Enero 2014