

Cateterización de vía venosa periférica

INTRODUCCION

La canalización de una vía venosa periférica es un procedimiento de rutina, de fácil ejecución, y en el que los riesgos a correr son mínimos, siempre que se realice de una forma correcta. Todo médico debe conocer su técnica de realización, que queda perfectamente descrita en nuestras ilustraciones.

INDICACIONES

Administración de fármacos.
Administración de fluidos.

CONTRAINDICACIONES

Ninguna.

EQUIPO NECESARIO

Preparación de la piel.

Gasas estériles o algodón.
Solución de Povidona yodada o alcohol al 70 %.

Preparación del campo estéril.

Paños estériles.
Guantes estériles.

Equipo para la intervención.

Batea.
Compresor.
Aguja epicraneana o palomilla.

Angiocatéteres (Abbocath®).
Intracatéteres (Venocath®, Drum®, Vigon®).
Espiradrappo estéril.
Apósito estéril.
Solución a perfundir.
Equipo de infusión.
Llave de tres pasos.
Tapón de látex (si precisa).
Soporte de suero.

Preparación del personal.

Lavado quirúrgico de las manos.
Guantes estériles.

Preparación del paciente.

Colocación en la posición adecuada, buscando la vena más cómoda para el paciente, teniendo en cuenta la duración que deseamos de esa vía.

TECNICA

1. Selección del sitio de punción.

Cuanto más temporal vaya a ser la vía, más distal debe ser la punción. Las venas proximales deben reservarse para cateterización de vía central.

2. Desinfección de la zona.

3. Preparar y colocar el campo.

4. Colocar el compresor.

Unos 20 cm por encima de la vena elegida.

5. Utilizar guantes.

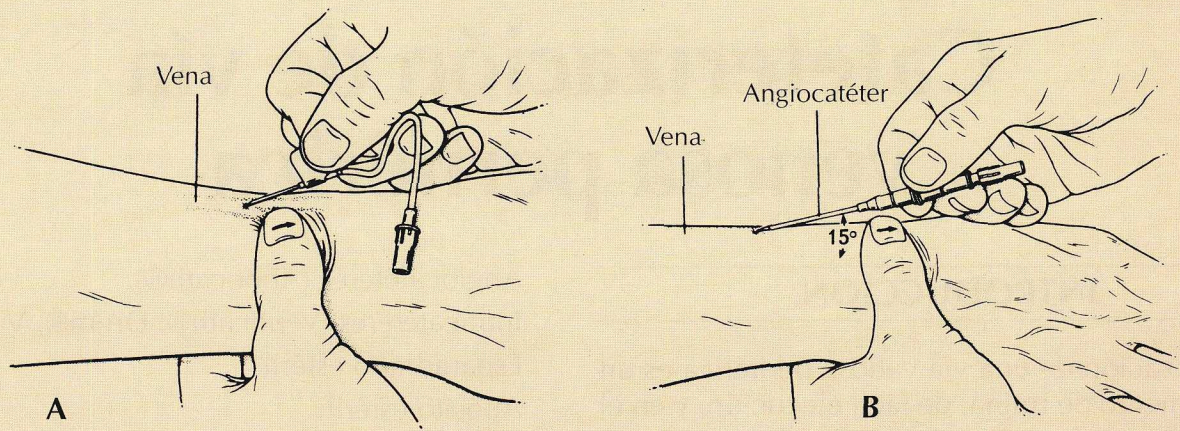


Figura 1.
Estabilización de la vena en el tejido subcutáneo y punción de la piel.
A. Palomilla.
B. Angiocatéter.

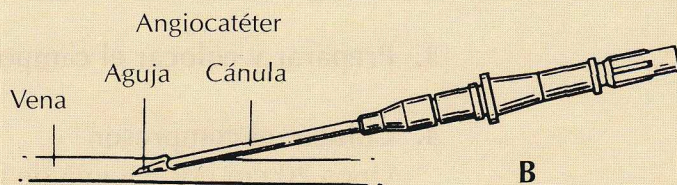
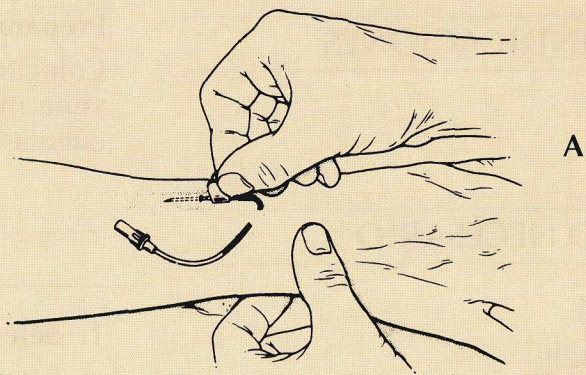


Figura 2.
Punción de la vena.
A. Palomilla.
B. Angiocatéter.

6. Estabilización de la vena (fig. 1).

Traccionar ligeramente la piel suprayacente con el dedo pulgar de la mano izquierda para evitar deslizamientos laterales.

7. Punción y canalización (fig. 2).

Situar la aguja paralela a la vena y puncionar con una inclinación de 10-20° y con el bisel hacia arriba hasta ver refluir la sangre (en catéteres menores de 18G no refluirá).

Si es un angiocatéter o similar, retire fiador. Si utiliza un intracatéter, puncione la vena e introduzca el catéter (que se habrá llenado de sangre), si nota resistencia no fuerce y retroceda e inténtelo de nuevo. Una vez introducido el catéter, retire la aguja y cúbrala con la protección de plástico.

8. Comprobación de la canalización.

Retirar el compresor y conectar el equipo de perfusión adaptándolo a la llave de tres pasos si fuera necesario. Abrir la llave y ajustar el ritmo de goteo. Si se forma un hematoma o hinchazón, retirar el catéter, comprimir y seleccionar otro sitio.

9. Fijación del catéter con esparadrapo estéril en la zona de inserción, cubriéndola con un apósito estéril (fig. 3).

10. Anotar la fecha de colocación.

| Tabla I Técnica para la cateterización de vía venosa periférica | |
|--|----------------------------------|
| 1. | Selección del sitio de punción. |
| 2. | Desinfección de la zona. |
| 3. | Preparar y colocar el campo. |
| 4. | Colocar el compresor. |
| 5. | Utilizar guantes. |
| 6. | Estabilización de la vena. |
| 7. | Punción y canalización. |
| 8. | Comprobación de la canalización. |
| 9. | Fijación del catéter. |
| 10. | Anotar la fecha de colocación. |

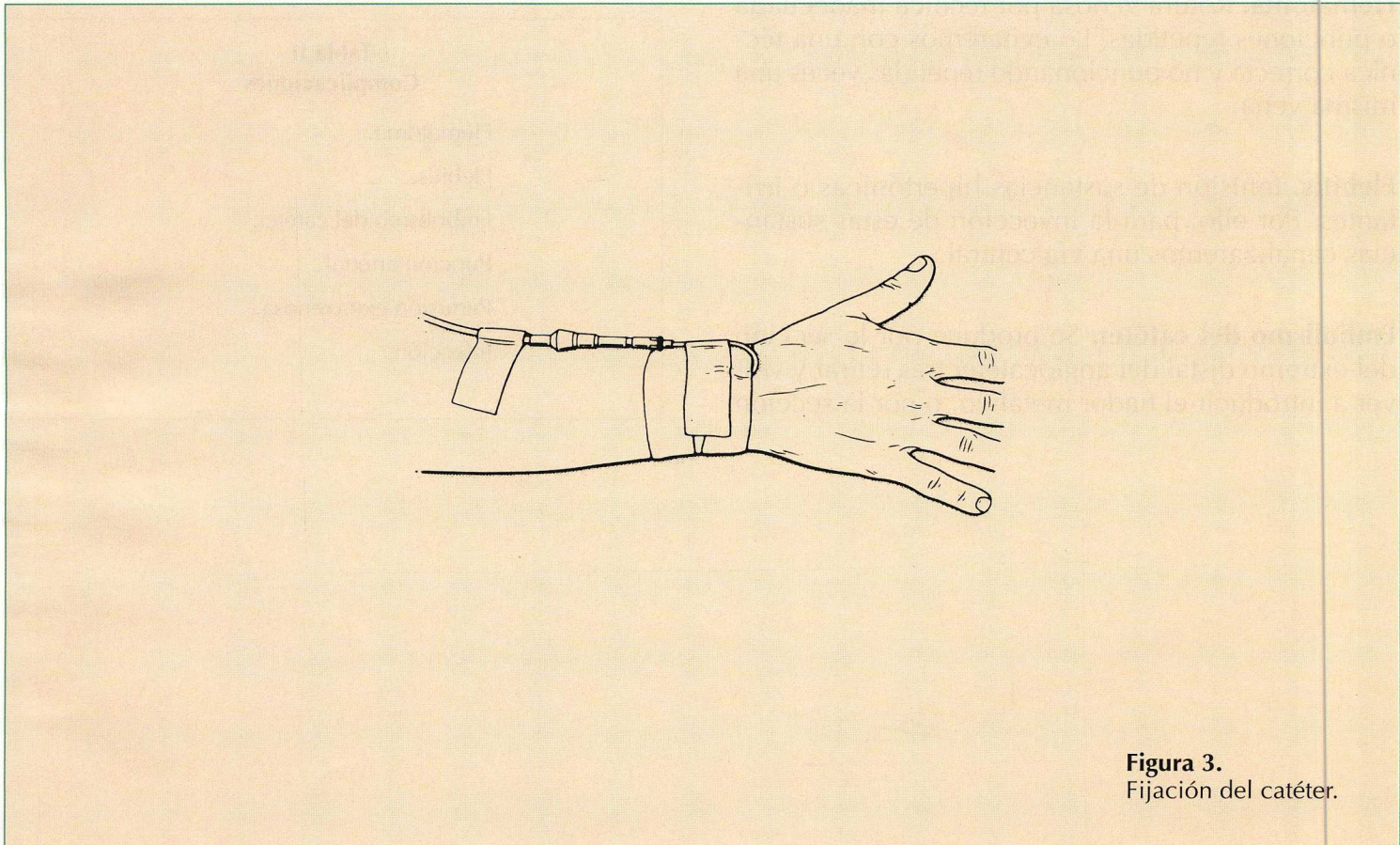


Figura 3.
Fijación del catéter.

PRECAUCIONES

Canalice siempre una vía de las extremidades superiores.

Evite la punción de los miembros inferiores.

Elija preferentemente una vena alejada de la flexura del codo, no por su grosor, sino por el tacto.

Elija el tamaño de la luz de la aguja en consonancia con el grosor de la vena, y en función del volumen y el caudal a perfundir.

Controle la permeabilidad de la vía que se justificará con el reflujo de sangre.

Si las venas son pequeñas o poco aparentes puede mejorarse la dilatación, dando masaje de retorno venoso.

COMPLICACIONES

Hematoma. Rotura venosa por técnica inadecuada o punciones repetidas. Lo evitaremos con una técnica correcta y no puncionando repetidas veces una misma vena.

Flebitis. Infusión de sustancias hipertónicas o irritantes. Por ello, para la inyección de estas sustancias canalizaremos una vía central.

Embolismo del catéter. Se produce por la sección del extremo distal del angiocatéter tras retirar y volver a introducir el fiador metálico, o por la sección

del intracatéter tras retirar el catéter a través de la aguja en posición intravenosa. Nunca debemos retirar el intracatéter con la aguja en posición intravenosa, pues ésta puede desgarrar a aquél, ni reintroducir el fiador en caso de angiocatéteres.

Punción arterial. Tanto la propia punción, como la infusión de ciertos agentes (barbitúricos) puede provocar arterioespasmo. Lo podremos evitar estabilizando la vena para que no se produzcan desplazamientos laterales de la misma durante la punción.

Perfusión extravenosa. Colocación del catéter en el tejido subcutáneo; en general es inocua, pero puede a veces producir necrosis subcutánea. Siempre se debe comprobar la colocación intravenosa del catéter, observando si se forma un hematoma o hinchazón al perfundir el suero, o si refluye la sangre al situar el suero por debajo del nivel de punción.

Infeción. Mala técnica aséptica o canalización de una vena durante demasiado tiempo. Por este motivo, la punción de una vía venosa siempre debe ser aséptica.

Tabla II
Complicaciones

Hematoma.
Flebitis.
Embolismo del catéter.
Punción arterial.
Perfusión extravenosa.
Infeción.