

COLOCACION, CUIDADO, MANEJO Y RETIRADA DE CATETERES INTRAVENOSOS

VIA DE ACCESO Y COLOCACION:

Periférico

- Vías que se colocan en venas de extremidades y que su extremo distal no llega a vena cava.
- Cambiar el apósito cada 48-72 horas, para minimizar el riesgo de flebitis. De forma preferente se usaran las situadas en las extremidades superiores.
- Lavado de manos quirúrgico
- Material de asépsia: guantes y paños estériles incluyendo uno con ojo; no es necesario el uso de mascarilla y bata.
- Lavar la zona de punción con alcohol 70° o con tintura yodada al 2%, dejándolo en contacto hasta que seque. Se desaconseja la palpación de la zona de inserción después de la limpieza.
- Se realiza la extensión del campo estéril y se punciona con el catéter siguiendo las indicaciones de la casa suministradora.
- Cerciorarse de la correcta colocación intravascular de la vía, conectando la perfusión y comprobando la existencia de reflujo.
- Fijar el catéter con cinta de sutura adhesiva, evitando los vendajes circulares que impiden la inspección rápida del catéter, y tapar con apósito estéril (gasas o apósito comercial).
- Poner la fecha de colocación en lugar visible.

Central

El extremo distal del catéter tiene acceso a vena cava y normalmente se sitúa a nivel intratorácico. Esta situación en un torrente de alto flujo permite la administración de todo tipo de fármacos y de fluidos, incluida la nutrición parenteral. Se deben distinguir dos subgrupos de catéteres atendiendo a su colocación:

Acceso periférico: Catéteres colocados a través de las venas de la flexura del codo (cefálica y basílica) y cuya técnica de punción, aunque sencilla, debe ser practicada por un ATS entrenado.

- Seguir las mismas indicaciones de asépsia del apartado anterior, siendo en este caso recomendable el uso de bata, que será condición inexcusable si se trata de un catéter para NPT (ver protocolo específico).
- Confirmar la situación del catéter mediante Rx de tórax, siendo el emplazamiento ideal 2 cm. por debajo del borde inferior de las clavículas.

Acceso central: Son aquellas venas de grueso calibre tributarias directas de las venas cavas (subclavias, yugular interna y femorales). Por sus relaciones anatómicas la cateterización conlleva un riesgo potencial de lesiones yatrogénicas secundarias, por lo que únicamente deben ser colocadas por facultativos entrenados o bajo la supervisión directa de los mismos.

- La técnica se ha de realizar en una zona lo suficientemente espaciosa como para que su práctica sea cómoda y donde pueda extenderse un campo estéril en condiciones; en el caso de ser necesaria la tunelización de la zona exterior del catéter la colocación ha de realizarse en quirófano.
- Lavado de manos quirúrgico.
- Material de asépsia: Imprescindible el uso de mascarilla, gorro, bata y guantes estériles.
- Hacer una limpieza extensa de la piel con una solución de povidona yodada que se deja en contacto hasta que seque.
- Una vez introducido el catéter, según la técnica de la vena a cateterizar, se pintará la zona del punto de inserción del catéter con povidona yodada al 10% o clorhexedina al 2%; posteriormente se tapaná con un apósito estéril.
- Comprobar posición mediante Rx.

NORMAS DE MANTENIMIENTO DE LAS VIAS:

- Es obligatorio el lavado de manos antes y después de cualquier manipulación de un catéter.
- Como norma, se cambiarán los apósitos cuando el catéter se retire o reemplace, y cuando el apósito se ensucie, humedezca o suelte. El recambio se hará más frecuentemente en aquellos pacientes que tengan una sudoración elevada. Siempre se usaran guantes durante el cambio del apósito.
- Diariamente se revisará la zona de colocación, sin movilizar el apósito, extremando la vigilancia en la aparición de signos de infección: dolor espontáneo y a la compresión del lugar de punción, aparición de cordón flebítico, mal funcionamiento del catéter, y fiebre sin otra posible zona de infección, que obligará a la revisión visual del lugar de punción.
- Nunca reinsertar zonas del catéter que hallan estado en contacto con el exterior.
- La limpieza de la zona de inserción se hará con povidona iodada líquida.
- Colocar apósito estéril y fijación habitual anotando la fecha del cambio en zona visible.
- En caso de conexión para NPT seguir estrictamente el protocolo específico.
- Los sistemas de perfusión se cambiarán según sea su uso:
 - En perfusión de líquidos claros se cambiarán cada 72 horas.
 - En transfusiones se retirará una vez haya finalizado, o como máximo cada 24 horas.
 - En NPT se procurará no sobrepasar la perfusión de 24 h.
 - Cánulas arteriales:
 - usar transductores desechables
 - cambiar transductores y equipo de perfusión cada 96 horas
 - minimizar el número de manipulaciones a las imprescindibles.

NORMAS DE RETIRADA:

Unicamente se procesarán aquellos catéteres en los que se sospeche puedan ser el origen del cuadro séptico.

Hemocultivos periféricos (2 en 20 minutos). Opcionalmente se puede complementar con hemocultivos extraídos a través del catéter, pero nunca para sustituir a los primeros.

Limpieza del orificio de entrada con povidona iodada líquida, previa a la extracción del catéter y esperar 4 minutos. A continuación se retirará o recambiará mediante procedimiento aséptico, colocando los 4 cm distales en un frasco estéril; en caso de catéteres multiluz se englobará en el segmento todos los orificios de salida.

Imprescindible el procesamiento rápido de las muestras.

NORMAS GENERALES:

Preferentemente se realizarán los cultivos en horario laboral, lo que permitirá un procesamiento microbiológico más rápido y efectivo.

Los líquidos de infusión sólo se procesarán por orden del facultativo encargado del paciente.