

CATETERISMO VENOSO PERIFERICO

DOMINIO XI: MEDIDA DE SEGURIDAD

Libre de peligros, lesiones físicas o daños al sistema inmunológico; preservación de pérdidas; y protección de la seguridad y la protección

CLASE 1: INFECCIÓN

Respuestas del hospedador después de una invasión patógena

RIESGO DE INFECCIÓN.

Susceptible a la invasión y multiplicación de organismos patógenos, que pueden comprometer la salud

INTERVENCIÓN: PUNCIÓN VENOSA.

GUÍA DE PROCEDIMIENTOS BÁSICOS DE ENFERMERÍA: CATETERISMO VENOSO PERIFÉRICO.

OBJETIVO:

Lograr que el estudiante de enfermería de UNISANGIL realice el procedimiento de enfermería cateterismo venoso periférico con apoyo del simulador y el fundamento científico que soporta la intervención

PROPOSITO:

Mediante prácticas seguras:

- Restaurar y/o mantener el volumen circulatorio reemplazando la pérdida de líquidos intracelular o extracelular.
- Administrar fármacos, sangre y sus derivados.
- Suplir déficit nutricional

DEFINICIÓN:

Es la inserción de un catéter con técnica aséptica, en una vena periférica del sistema circulatorio, Los vasos más adecuados para la venopunción son: el plexo venoso dorsal y venas metacarpianas dorsales de la mano, vena cefálica, vena basílica y vena mediana del brazo.

INDICACIONES

- Administración fármacos y sustancias con fines terapéuticos.
- Administrar sangre y hemoderivados.
- Restaurar y mantener el volumen circulatorio y el balance hidroelectrolítico.
- Suplir el déficit nutricional.
- Reposición de líquidos y electrolitos.
- Obtención de muestras de sangre
- Mantenimiento de acceso venoso permeable para casos de emergencia.
- Realización de estudios diagnósticos

CONTRAINDICACIONES

- Presencia de infección local en el sitio de la punción.
- Presencia de flebitis en el sitio de la punción.
- Dificultad sensitiva y motora
- Fístula arterio-venosa
- Exploración axilar por mastectomía radical
- Alteraciones locales de la piel: edema, dolor, sensibilidad, equimosis, infección

PRECAUCIONES

- Tener en cuenta el tipo de solución a administrar (quimioterapia, concentrados de hematíes, soluciones irritantes, etc.) para la elección de la vía y el calibre del catéter
- Como norma general debe seleccionarse el catéter de calibre más pequeño, según el tipo de terapia a administrar, para evitar la flebitis mecánica.
- Deben seleccionarse venas con buen flujo sanguíneo cuando vayan a infundirse soluciones hipertónicas o soluciones que contengan fármacos irritantes; estos fármacos incluyen antibióticos como cefalosporinas, metronidazol, vancomicina y eritromicina.
- Valorar la actividad del paciente, movilidad, agitación, alteración del nivel de conciencia, eligiendo la zona más adecuada.
- Realizar la inserción del catéter preferentemente en las extremidades superiores, evitando zonas de flexión y si es posible en el brazo no dominante.
- Si es posible, elegir para la inserción las venas distales. Evitar la inserción en extremidades edematosas o incapacitadas, en zonas con heridas, quemaduras, inflamaciones, infiltraciones previas o en venas esclerosadas.
- No rasurar la zona porque puede causar abrasión, en lugar de esto cortar el vello con una tijera si es necesario.
- No tardar más de 25 minutos desde la primera punción para canalizar vía venosa.
- En caso de apósito transparente semipermeable se debe cambiar siempre que este sucio, deteriorado o húmedo, en caso de sangrado o supuración utilizar un apósito de gasa.
- Evaluar el catéter y el sitio de inserción para detectar áreas de enrojecimiento, sensibilidad mediante la inspección visual, palpación y la percepción de paciente.

- No fijar con demasiada presión el inmovilizador
- Mantener la asepsia y antisepsia durante todo el procedimiento

PROCESOS INTERRELACIONADOS:

- Protocolo de lavado de manos
- Protocolo de manejo de líquidos y electrolitos
- Normas universales de bioseguridad
- Clasificación inicial de residuos de riesgo biológico
- Protocolo de registros de enfermería
- Protocolo de administración de medicamentos
- Protocolo de transfusiones sanguíneas

INSTRUMENTAL

- Catéter venoso de calibre 16, 18, 20, 22, 24, según la necesidad.
- Torundas estériles.
- Guantes limpios
- Solución parenteral debidamente marcada y conectada al equipo de venoclisis purgado.
- Catéter salinizado, jeringa de 5cc y solución salina, si es necesario
- Alcohol etílico al 70%
- Clorhexidina
- Esparadrapo o micropore
- Torniquete
- Tijeras
- Inmovilizador si es necesario

- Riñonera
- Bolsa para desechos y el guardián.
- Grafo o marcador permanente

PROCEDIMIENTO

- Verifique la orden de la terapia intravenosa.
- Identifique al paciente
- Explique el procedimiento a la persona y a la familia enumerándole las posibles molestias y complicaciones, resolviendo las preguntas y dudas que la persona tenga.
- Solicita el consentimiento verbal.
- Organice y confirme que el equipo esté completo
- Realice lavado de manos aplicando protocolo.
- Utilice todos los EPP (tapabocas, gorro, guantes, protección ocular)
- Coloque al paciente en una posición cómoda para los dos, paciente y enfermero
- Prepare la solución según prescripción médica, conecte el buretrol y el equipo y purgue. Para finalizar marque con fecha y hora.
- Seleccione sitio de venopunción palpando la vena (verificando su calibre, estado y forma), sitio que debe estar libre de suciedad, grasa o materia orgánica. Debe ser una vena visible y palpable de la parte distal a la proximal.
- Coloque el torniquete para visualizar la vena que va a puncionar, retírelo cuando la identifique.
- Seleccione bránula adecuada según la edad, contextura de la persona y calibre de la vena.
- Realice el cambio de los guantes
- Limpie el área a puncionar, aplique alcohol con movimientos de rotación y fricción del centro a la periferia, deje secar y no vuelva a tocar
- Coloque torniquete 5-10 cm por encima del presunto sitio de punción.
- Realice la punción de la piel colocando la guía del catéter en ángulo de 15 y 30° grados (dependiendo de la profundidad de la vena) con bisel hacia arriba e

introduzca hasta perforar la vena. Cuando la venopunción es fallida en dos oportunidades deseche la bránula y solicite ayuda.

- Cuando obtenga retorno de sangre retire parcialmente la guía y al mismo tiempo avance el catéter hasta introducirlo completamente en la vena, en ángulo de 15 grados.
- Suelte el torniquete
- Aplique presión digital suave por encima de la piel, a nivel de la punta del catéter, mientras retira totalmente la guía, evitando la salida de sangre.
- Conecte el equipo de venoclisis previamente purgado o el catéter heparinizado y verifique permeabilidad de la vena.
- Limpie y seque por completo los residuos de solución o sangre que hayan quedado en la unión del catéter y la piel de la persona.
- Coloque el micropore debajo de la unión del catéter con el equipo para evitar lesionar la piel con el borde del mismo, fije el catéter y coloque el inmovilizador según necesidad.
- Rotule el sitio, con fecha y hora, calibre del catéter y nombre de quien realiza el procedimiento.
- Ajuste la velocidad de los líquidos parenterales según orden médica.
- Observe si el paciente presenta alguna reacción local de extravasación o general de hipersensibilidad a la sustancia administrada. Vigilar frecuentemente el sitio de inserción en busca de complicaciones.
- Si coloca el catéter heparinizado salinícelo con 10 cc de solución salina.
- Educar al paciente: sobre la importancia de su colaboración. Indicarle las posibles molestias que puede sentir. Pedirle que avise en caso de observar cualquier alteración en la zona de punción. Informar al paciente de que se mueva con precaución para evitar desconexiones y acodamientos del sistema. Explicarle que no debe mojar la zona de la venopunción.
- Descartar residuos de acuerdo al código de colores establecido en la institución.
- Lave el torniquete que uso con abundante agua y jabón o límpielo con algodón impregnado de alcohol.

- Realice el lavado de manos según protocolo.
- Realice en las anotaciones de enfermería: fecha y hora de procedimiento realizado, lugar donde se realiza venopunción, calibre del catéter, intentos, tipo y cantidad de solución instalada, goteo nombre completo y firma de la persona que realizó el procedimiento y nombre de quien lo acompañó en el mismo.

COMPLICACIONES

- Infiltración.
- Extravasación.
- Trombosis.
- Tromboflebitis.
- Flebitis nosocomial.
- Flebitis mecánica.
- Flebitis química.
- Flebitis bacteriana.
- Infección
- Hematomas
- Obstrucción del catéter.
- Discomfort (cambio en la localización catéter, limitación de movimiento)
- Síndrome compartimental

BIBLIOGRAFIA:

GOMEZ R, Rocío. Protocolo Cateterismo Venoso Periférico. ESE Hospital Universitario de Santander. Bucaramanga: Escuela de Enfermería.UIS, 2007.

DIAZ. M. Guía de Manejo Venopuncion. Sociedad Medico Quirúrgica la Cien. S.A. Santa Fe de Bogotá D.C.

ACOFAEN, El profesional de Enfermería en la vigilancia epidemiológica de las infecciones intrahospitalarias, 1998

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTÁ. Guía para la prevención, control y vigilancia epidemiológica de infecciones intrahospitalarias: 3 dispositivos intravasculares. Bogotá, Colombia 2004.

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. (2014). Manejo de catéteres venosos periféricos. Disponible en:

http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3Dmanejo_de_cat%C3%A9teres_venosos_peif%C3%A9ricos.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DHospitalGregorioMaranon&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352862946346&ssbinary=true

Fundación cardiovascular de Colombia. (2019) Guía de Venopunción periférica.

CONTROL DE CAMBIOS

VERSION	FECHA DE REVISIÓN	ELABORADO POR	REVISADO POR
1		Hernando Parra Reyes. Enfermero PDA. Unisangil	Enf. Eulalia Medina Díaz. Directora del programa de Enfermería.
2	2009	Mónica Marcela Tamayo Ramírez. Enfermera PDA Unisangil.	Enf. Eulalia Medina Díaz. Directora del programa de Enfermería.
3	2011-1	Graciela Olarte Rueda. Estudiante de gerencia en los servicios de salud I	Enf. Consuelo González. Coordinadora Proceso Básico 2011-1
4	2017-2	Tania Melisa Arguello P. Estudiante cuidado en los servicios de salud I.	Enf. Graciela Olarte Rueda. Docente Proceso Básico
5	2019-1	Laura M. Perez, Eliana Mancilla, enfermera PDS	Enf. Graciela Olarte Rueda. Asesora

6	2021-2	Julieth Paola Cala, Nicolás Pereira Buenahora. Estudiantes cuidado en los servicios de salud II	Enf. Luisa Fernanda Barrera Medina. Directora Programa de Enfermería, Asesora
7	2022-2	Laura Daniela Sánchez Rondón, Lizeth Daniela Calderón Rodríguez. Estudiantes cuidado en los servicios de salud II	Enf. Luisa Fernanda Barrera Medina. Directora Programa de Enfermería, Asesora

LISTA DE CHEQUO PARA LA GUÍA DE PROCEDIMIENTOS BÁSICOS DE ENFERMERÍA NO 11: CATETERISMO VENOSO PERIFÉRICO.

OBJETIVO:

Lograr que el estudiante de enfermería de UNISANGIL realice el procedimiento de enfermería cateterismo venoso periférico con apoyo del simulador y el fundamento científico que soporta la intervención.

DEFINICIÓN:

Es la inserción de un catéter con técnica aséptica, en una vena periférica del sistema circulatorio.

En el listado de parámetros presentado a continuación, señale con un “SÍ” cuando el estudiante realiza totalmente y sin dificultad lo descrito en cada paso y con “NO” cuando olvida total o parcialmente lo descrito, lo realiza con dificultad o necesita ayuda.

PARÁMETROS	SI	NO
<ul style="list-style-type: none"> • Verifica la orden de la terapia intravenosa. • Identifica el paciente • Explica el procedimiento a la persona. • Solicita el consentimiento verbal. • Prepara todos los insumos para el procedimiento. • Realiza lavado de manos. • Utiliza todos los EPP (guantes, gafas, bata, gorro) • Coloca al paciente en una posición cómoda. 		

- Prepara la solución según prescripción, conecta el equipo al buretrol y purga. Marca el equipo de venoclisis, el buretrol y de la solución.
- Selecciona el sitio de venopunción, teniendo en cuenta ir de la parte distal a la parte proximal de la extremidad.
- Coloca el torniquete para visualizar la vena que va a puncionar, retírelo cuando la identifique.
- Seleccione bránula adecuada según la edad, contextura de la persona y calibre de la vena.
- Realiza el cambio de los guantes
- Limpia el área a puncionar, aplique alcohol con movimientos de rotación y fricción del centro a la periferia, deje secar y no vuelva a tocar
- Coloca torniquete 5-10 cm por encima del presunto sitio de punción.
- Realiza la punción de la piel colocando la guía del catéter en ángulo de 15 y 30° grados (dependiendo de la profundidad de la vena) con bisel hacia arriba e introduzca hasta perforar la vena. Cuando la venopunción es fallida en dos oportunidades deseche la bránula y solicite ayuda.
- Cuando obtenga retorno de sangre retire parcialmente la guía y al mismo tiempo avance el catéter hasta introducirlo completamente en la vena, en ángulo de 15 grados.
- Suelta el torniquete
- Aplica presión digital suave por encima de la piel, a nivel de la punta del catéter, mientras retira totalmente la guía, evitando la salida de sangre.
- Conecta el equipo de venoclisis previamente purgado o el catéter heparinizado y verifica permeabilidad de la vena.

- Limpia y seque por completo los residuos de solución o sangre que hayan quedado en la unión del catéter y la piel de la persona.
- Coloca un esparadrapo debajo de la unión del catéter con el equipo para evitar lesionar la piel con el borde del mismo, fije el catéter y coloque el inmovilizador según necesidad.
- Rotula o marca el sitio, con fecha y hora, calibre del catéter y nombre de quien realiza el procedimiento.
- Ajusta la velocidad de los líquidos parenterales según orden médica.
- Observa si el paciente presenta alguna reacción local de extravasación o general de hipersensibilidad a la sustancia administrada. Vigila frecuentemente el sitio de inserción en busca de complicaciones.
- Si coloca el catéter heparinizado salinícelo con 2cc de solución salina.
- Explica a la persona los cuidados que debe tener con su vía venosa.
Da educación al paciente
- Descartar residuos de acuerdo al código de colores establecido en la institución.
- Deja el sitio ordenado y limpio.
- Lava el torniquete que usó con abundante agua y jabón, límpielo con alcohol etílico al 70%.
- Realiza lavado de manos
- Registra en la nota de enfermería.

OBSERVACIONES:

FIRMA DEL ESTUDIANTE:

FIRMA DEL DOCENTE EVALUADOR:

CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA DE REVISIÓN	ELABORADO POR	REVISADO POR
1		Hernando Parra Reyes. Enfermero PDA. Unisangil	Enf. Eulalia Medina Díaz. Directora del programa de Enfermería.
2	2009	Mónica Marcela Tamayo Ramírez. Enfermera PDA Unisangil.	Enf. Eulalia Medina Díaz. Directora del programa de Enfermería.
3	2011-1	Graciela Olarte Rueda. Estudiante de gerencia en los servicios de salud I	Enf. Consuelo González. Coordinadora Proceso Básico 2011-1
4	2017-2	Tania Melisa Arguello P. Estudiante cuidado en los servicios de salud I.	Enf. Graciela Olarte Rueda. Docente Proceso Básico
5	2019-1	Laura M. Perez, Eliana Mancilla, enfermera PDS	Enf. Graciela Olarte Rueda. Asesora
6	2021-2	Julieth Paola Cala, Nicolás Pereira Buenahora. Estudiantes cuidado en los servicios de salud II	Enf. Luisa Fernanda Barrera Medina. Directora Programa de Enfermería, Asesora
7	2022-2	Laura Daniela Sánchez Rondón, Lizeth Daniela Calderón Rodríguez. Estudiantes cuidado en los servicios de salud II	Enf. Luisa Fernanda Barrera Medina. Directora Programa de Enfermería, Asesora
8	2024-1	Edgar Esneider Arenas Anaya – Laura Jimena Castro Enfermeros PDS 2024- 1.	Enf. Rosa Ernestina Villarreal Pérez. Directora Programa de Enfermería (e).