

PROTOCOLO DE CANALIZACIÓN, MANEJO, VIGILANCIA Y RETIRADA DE LA VÍA VENOSA PERIFÉRICA

Ana M^a Torres Romero, Ana Vidal Salcedo, Beatriz Barea Peña: DUE.
Universidad de Granada (Facultad Ciencias de la Salud y Campus Ceuta)



INTRODUCCION

La canalización de una Vía Venosa Periférica (VVP) es una de las técnicas más básicas en Enfermería, por eso, el objetivo de este protocolo es estandarizar (ya que existen diversas tendencias) el procedimiento de manejo y vigilancia de VVP con el propósito de evitar complicaciones potenciales y minimizar la morbi-mortalidad acortando los plazos de hospitalización y costos asociados al proceso asegurando así la seguridad del paciente.



MATERIAL NECESARIO:

Gasas estériles y no estériles, guantes, solución antiséptica, compresor, catéter (utilizar el menor calibre necesario), medicación o SF, sistema de goteo, llave de tres pasos, alargadera, cinta adhesiva, apósito transparente, jeringa con SF o Heparina, tapón/es.



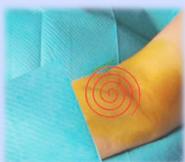
PROCEDIMIENTO:

A) CANALIZACION VIA VENOSA PERIFERICA

1. Preparación del paciente de la infusión: Explicar procedimiento y elegir una postura adecuada. Se conectan: el suero, el sistema de goteo, la llave de tres pasos y la alargadera y se purga.

2. Lavado higiénico de manos (preferiblemente con solución alcohólica.) y colocación de guantes.

3. Selección y preparación de la zona de punción: Previa colocación del compresor y palpación debe elegirse la zona más distal, que limite menos el movimiento (miembro no dominante) y que evite variaciones del flujo según posición. Desinfección de la piel con una gasa estéril, desde el centro hacia la periferia: los antisépticos a elegir según efectividad y rapidez de actuación son: solución alcohólica de clorhexidina al 0,5%, solución alcohólica de povidona yodada al 5% o alcohol de 70°.



4. Realizar la punción venosa: Fijar la piel y con ello el trayecto venoso, introducir la cánula y deslizar el catéter. Posteriormente retirar la aguja y comprobar si existe reflujo sanguíneo.



5. Fijación del catéter y conexión: con una única cinta adhesiva en la zona más distal del catéter, evitando la técnica de «*corbata*». Conectar con sistema de infusión.



6. Colocación del apósito: Debe permitir: visualizar el punto de inserción, la transpiración de la piel; ser impermeable, hipoalérgico y de fácil retirada. El apósito de elección es el transparente donde se anotará la fecha.



7. Eliminación de inmediatos residuos y registro: fecha de canalización de la vía, calibre de catéter, lugar de punción, complicaciones (si han existido), fecha de cambio de vía, apósito y/o sistema y causas de retirada.



B) MANEJO Y VIGILANCIA.

1. Lavado higiénico de manos y uso de guantes para la manipulación.

2. Mantener siempre conectados los equipos de infusión, aunque sean de administración intermitente.

3. Desinfecte con alcohol 70° las puertas de entrada del catéter, (tapas, llaves de tres pasos), antes de acceder a ellas.

4. En caso de terapia intermitente permeabilice vía venosa con solución fisiológica o heparina sódica al menos 5cc posterior a cada administración.



5. Realizar la evaluación cada vez que se cambia la infusión o al menos cada 12 horas y si no hay reacción local, las gasas o apósitos transparentes se pueden cambiar junto con el catéter y los equipos de perfusión cada 72 horas.

6. Vigilar en el sitio de punción la aparición de: signos de infección, deterioro de la integridad cutánea, extravasación por desplazamiento del catéter, oclusión del catéter, cordón venoso palpable y sangrado (si es leve limpiarlo con gasa impregnada en antiséptico). Se deberá retirar el catéter y el sistema de perfusión, cambiar por uno estéril en otro sitio de punción alejado y registrar.



7. Son de uso exclusivo los equipos de administración de sangre, hemoderivados, emulsiones de lípidos y/o nutrición parenteral y deben retirarse cada 24 horas de iniciada la infusión.

8. La administración de medicamentos se realizará respetando las disoluciones recomendadas y el ritmo de infusión, evitando las hiperconcentraciones o hiperosmolaridad y deben ser identificadas con una etiqueta que consigne: tipo de preparación, nombre de la persona que prepara y nombre del paciente.



9. Valorar diariamente la necesidad de utilización de un catéter colocado, retirándolo lo antes posible.

C) RETIRADA DEL CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO

1. Informar al paciente, lavado de manos y colocación de guantes

2. Retirar fijación con delicadeza y colocar gasa seca sobre el sitio de punción y retire el catéter, comprimiendo un minuto el sitio de inserción. En caso de que el paciente esté en tratamiento con anticoagulante, se deberá comprimir 5 minutos.

3. Elimine el catéter en el contenedor y registre el procedimiento en Hoja de Enfermería y la razón de su retirada.



CONCLUSIONES:

Tras la revisión bibliográfica de artículos científicos basados en la experiencia se ha observado que ciertas tendencias deben de quedarse en desuso, tales como: la utilización de «*corbata*» para fijar el catéter, la *no utilización de guantes*, la *hiperconcentración* de la medicación a infundir, *no permeabilizar* con solución fisiológica o heparina sódica en los tratamientos intermitentes, y el uso de *apósitos que impiden la visión del punto de punción*. Si se estandarizan las pautas arriba citadas se optimiza la utilización de esta vía de administración de medicamentos evitando complicaciones futuras y potenciando la seguridad del paciente. Ha de recalcarse que hay que potenciar la participación del paciente y/o de la familia en su tratamiento, informándole en cada momento de medicación administrada y del buen funcionamiento de la *vvp*; para así, nos pueda notificar cualquier anomalía de la misma.

BIBLIOGRAFIA

- Zaragoza A. M. Antisepsia y desinfección. Rev ROL de Enf 2006; 29(2): 120-126
- Nogales Cortés MD, Pérez Tirado L. Complicaciones de la terapia intravenosa y prevención. Rev ROL Enf 2008; 31(10):686-688
- García Bachiller P. Decálogo de cuidados de la vía periférica. Rev ROL Enf 2006; 29(9):601-602