



## CRITERIOS LÓGICOS DE CANALIZACIÓN INTRAVENOSA EN URGENCIAS.

AUTORA:  
CARMEN CARRERO CABALLERO.

### INTRODUCCIÓN

La puerta de entrada de, gran número de patologías, que serán tratadas Intrahospitalariamente, es la Urgencia de estos hospitales.

La consideración del capital venoso del paciente, como patrimonio biológico del mismo y la necesidad de preservarlo desde la primera implantación se hace esencial.

Diremos pues que los administradores indiscutibles de ese capital venoso son los enfermeros y los primeros que necesitarán tener esta consideración son los profesionales de Urgencias.

Entramos pues en la concepción del ser humano, el paciente, que llega a Urgencias con la plena confianza de que lo recibirán unos profesionales, que saben en cada momento qué deben hacer y que van a respetar su integridad física desde las primeras actuaciones.

La evidencia de lo que ocurre, por el contrario nos dice que no es así, la primera consideración sería:

¿Es necesario canalizar una vía siempre?,

¿Por qué nos decidimos por un grosor excesivo, propiciando a veces la destrucción del capital venoso periférico del paciente?



Una vez que la canalización de la vía es necesaria, ¿tenemos el criterio lógico de mantenimiento de esa vía, mientras se necesita, proporcionando los cuidados extra e intraluminales necesarios?

¿Tenemos conciencia de que muchas de las infecciones nosocomiales se producen en el ámbito hospitalario y en Urgencias?

Cuando el enfermo es portador de un Catéter Central de Larga Duración, ¿se tienen los conocimientos, cuidados y el rigor necesarios?

¿O se manejan sin criterio, o se pincha al enfermo por desconocimiento del manejo de los mismos, para proteger el sistema implantado, sin tener en cuenta la iatrogénica que supone al paciente crónico los continuos pinchazos?

¿Se escucha al enfermo portador de un Catéter Central de Larga Duración, en cuanto al cuidado de los mismos, integrando en nuestra experiencia profesional la experiencia del paciente? ¿O más bien se la hace saber quién es el profesional en la situación que le está



# 17 CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS

tocando vivir, delimitando así el campo de actuación del enfermero a veces muy poco profesional?

Son demasiadas preguntas que nos deberíamos hacer los profesionales tanto de Urgencias como de hospitalización. Es necesario tomar conciencia de que el acceso venoso es responsabilidad, sobretodo, de enfermería y que de nosotros va a depender que el Capital Venoso, del que hablábamos al principio, sea preservado, desde la primera implantación.

## CRITERIOS DE ACTUACIÓN

Cuál sería, en mi opinión, el criterio lógico de manejo:



1. Implantar una vía cuando se prevé que se va a necesitar, no rutinariamente. Sería interesante propiciar estudios de investigación, sobre la utilidad de las vías implantadas y qué uso se ha hecho de ellas tras la analítica.

2. Cuando es necesario el abordaje venoso utilizar siempre el menor calibre necesario. Propiciando así la menor destrucción del sistema vascular periférico y menor daño de la íntima, haciendo la implantación más duradera tanto en Urgencias como en hospitalización, favoreciendo la

hemodilución. El cuidado intraluminal comienza en el momento del abordaje. Cuidado intraluminal. (Cta. IA).



3. La zona de selección son los miembros superiores. Evitar la zona de la flexura y articulaciones. Se canalizará siempre la vena que resulte más fácil de abordar en las zonas más distales, pensando siempre en la utilidad de esa vía ante un posible ingreso. (Cat.II).

4. Utilizar siempre que sea posible alargadera en la que se puede insertar la llave de tres vías, si es necesaria, esto supondrá que la manipulación de la vía se realiza desde una

posición distal. La alargadera se considera parte del catéter. La llave de tres pasos, insertada inmediatamente después de la bránula, propicia la aparición de flebitis, pues es fácil moverla dentro de la íntima produciendo irritación de la misma y acúmulos de fibrina por dicha irritación. También el criterio de expertos nos dice que la llave debe ser retirada cuando no existe la necesidad, pues el material IV es el que mayor contaminación genera. Cuidado intra. y extraluminal.



# 17 CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS



5. La fijación de catéter debe realizarse con apósito estéril, transparente o tradicional. El apósito estéril nos debe permitir la visualización de la inserción diariamente, también debe procurar la inmovilidad del catéter por lo expuesto en el apartado anterior Cuidado extraluminal.(Cta. IA)

6. Mantendremos la vía parada, heparinizada, con heparina de baja concentración 20 UI/ml. Utilizar unidosis siempre que sea posible. Siempre que exista un catéter insertado debería asociarse una cierta dosis de heparina, que evita la formación de fibrina tanto en el pericatóter como en el lumen del mismo. La heparinización debe hacerse con la técnica de presión positiva. Cuidado intraluminal. (Cta. II) Utilizar material estéril y medidas asépticas para acceder al vial (Cta. IA)

7. Cuando es necesario instaurar una vía periférica, tener el criterio de continuidad situando la vía en la zona anatómica adecuada, miembros superiores zonas distales. (Cta. IB)

8. Cuando el enfermo es portador de un Catéter Central de Larga Duración, procurar integrar los conocimientos del paciente, cuidador habitual del sistema en domicilio, a nuestro propio bagaje profesional, formarse en este campo. Los pacientes crónicos, portadores de dichos sistemas, suelen tener conocimientos extensos sobre el manejo de los mismos, dice mucho del profesional de enfermería, que lo atiende, si en su contacto con el paciente toma en cuenta los criterios de cuidados que le aporta, ellos suelen valorar mucho su catéter.



## CONCLUSIONES:

Creo que es necesario tomar conciencia de la importancia de nuestras actuaciones y cómo pueden repercutir en la calidad de vida del paciente. Todos los que trabajamos en el medio hospitalario sabemos el problema tan acuciante que supone la pérdida del capital venoso para el paciente y para los profesionales de la sanidad.

En este campo como en otros es importante no perder de vista que el primer protagonista es el paciente y los enfermeros formamos parte de ese protagonismo muy directamente en este terreno que nos toca hoy defender.

Considerar al paciente crónico, tanto adulto como niño, como las personas que mayor esfuerzo profesional nos exigen pero que también nos aportan sus conocimientos y sus experiencias.

En el servicio de Urgencias se debe tener criterios de continuidad, la vía canalizada debe ser eficaz para un posible ingreso del paciente.

También decir que últimamente se están haciendo grandes esfuerzos por parte de la administración y de los profesionales, pero queda mucho por hacer. Defendemos la creación de ETIs Equipos de Terapia Intravenosa en los hospitales, estos son grupos referentes de consenso, atención y formación, creemos que ayudaría mucho a mejorar lo ya expuesto.

Autor M<sup>a</sup> C. Carrero

## Bibliografía

1. Manejo de los criterios de infección y flebitis (¿Cómo prevenir la Infección relacionada con Cateterismo intra vascular?) de Luis Moner Corominas. Departament de Sanitat i Seguretat Social Generalitat de Catalunya. Laboratorios Inibsa. 1997. De la edición original 84-393-3642-X.
2. Infecciones asociadas a catéter producidas por bacilos Gram-Negativos
3. Dr. Fortum Conferencia de Consenso sobre Infección Relacionada con Catéter. Toledo 17 y 18 marzo 2002.
4. Bacteriemia Relacionada con Catéter Dr. José Camacho Montero, Conferencia de Consenso sobre Infección Relacionada con Catéter. Borrador Previo Toledo 17 y 18 marzo 2002.
5. -“Guía de prevención de infecciones relacionadas con catéteres intravasculares”:- CDC.- USA., 2002.
6. Accesos vasculares, implantación y cuidados enfermeros”: Carrero Caballero, M<sup>a</sup> Carmen. Enfermera de la Unidad de Pediatría del Hospital Ramón y Cajal (Madrid). DAE 2002