

TÍTULO:

VIA CENTRAL ANTECUBITAL MULTILUMEN MEDIANTE TÉCNICA DE SELDINGER

AUTOR:

Jesús Serrano Martínez (Enfermero del servicio de Observación de Urgencias y Reanimación).
Hospital General de Tomelloso (G.A.I.T.).

PALABRAS CLAVE:

Catéteres venosos centrales, protocolos clínicos, dispositivos de acceso vascular, fluidoterapia, nutrición parenteral.

RESUMEN/INTRODUCCION:

La canalización de una vía central en pacientes críticos es muy importante y en servicios como en UCI en los que a los pacientes se le administra, aparte de la sueroterapia, drogas vasoactivas, nutrición parenteral, etc... se hace imprescindible. Una buena alternativa a la canalización de una vía central en subclavia o yugular es la vía central de acceso periférico (vena basilica, antecubital media o cefálica). Esta técnica puede ser realizada por el personal de enfermería y con ella se consigue un acceso central para administrar sueros, medicación irritante, hipertónica, nutrición parenteral, medición de la PCV.

La colocación del catéter multilúmen antecubital se realiza mediante la técnica de Seldinger, que consiste en la punción con una aguja por la cual se introduce una guía metálica. Posteriormente se retira la aguja y se deja la guía que servirá para la introducción del catéter. Una vez colocado éste, se podrá retirar la guía.

OBJETIVOS:

- El objetivo principal es conocer el procedimiento y cuidados de enfermería en cuanto a la inserción y mantenimiento del catéter multilúmen de acceso periférico intentando disminuir los riesgos durante la colocación y evitando la infección nosocomial.

La colocación de una vía central multilúmen de acceso periférico al igual que las demás vías centrales tiene los siguientes objetivos:

- Administración de soluciones irritantes, hipertónicas, nutrición parenteral, drogas vasoactivas, antibioterapia y hemoderivados.
- Monitorización de la PVC (siempre que la punta del catéter se encuentre en vena cava a la entrada en aurícula derecha).
- Tratamientos de larga duración, evitando punción reiterada de catéteres periféricos.

METODOLOGIA:

La realización de esta técnica se realiza en servicios especiales (UCI, quirófano,...) donde el paciente se encuentre monitorizado y siempre que exista una orden facultativa. La técnica la realizara una enfermera con ayuda de la auxiliar.

Material necesario:

- Bata y guantes estériles, mascarilla, gorro.
- Compresas estériles.
- 3 paños estériles + Sabana fenestrada estéril para montaje del campo
- Gasas estériles.
- Compresor.
- Antiséptico (el indicado es la clorhexidina).
- Set de canalización de vía central de 60 cm multilúmen.
- Seda recta de 2/0.
- Apósito estéril.
- Bisturí nº11.

Técnica:

- Explicar al paciente, si está consciente, el procedimiento que se le va a realizar.
- Monitorización de constantes vitales durante la técnica (FC, TA, pulsioximetría, así como monitorizar el ECG del paciente para poder registrar posibles arritmias cardíacas).
- Se le colocará el compresor por encima de la flexura del brazo para seleccionar la vena adecuada. Aunque puede ser tanto basilica como cubital media o cefálica, la basilica será la de elección ya que tiene mayor calibre y el acceso es más fácil. Además, la cefálica tiene más válvulas en su recorrido lo que dificulta la progresión del catéter.
- Una vez elegida la vena, se retira el compresor. La enfermera se colocara gorro y mascarilla y se realizara el lavado quirúrgico de manos. Mientras tanto, la auxiliar preparara la piel realizando lavado con agua y jabón, secando con gasas estériles y pintando la zona con antiséptico mediante la técnica en diana (en círculos desde la zona de punción hacia fuera).
- La enfermera se colocará bata y guantes estériles y pedirá a la auxiliar de enfermería que coloque de nuevo el compresor. Montará el campo estéril (3 paños y por encima sabana fenestrada estéril).
- La auxiliar le abrirá el set de vía central y un paquete de gasas estériles.
- Primeramente se comprobara la permeabilidad e integridad del catéter purgando todas las luces con suero fisiológico.

- Se canaliza la vena elegida con un catéter periférico de 18 GA incluido en el set de vía central, se retira la aguja guía y a través del catéter se introduce la guía metálica. Al llegar a la altura del compresor se pedirá a la auxiliar que lo retire para seguir avanzando la guía. Se irá controlando el monitor por si se producen extrasístoles, en cuyo caso se retirará la guía unos centímetros.
- Para facilitar el avance de la guía de forma correcta y que no ascienda por la vena yugular, se puede separar el brazo del cuerpo y girar la cabeza del paciente hacia el brazo donde estamos canalizando la vía. Se retira el catéter periférico y a través de la guía se introduce el dilatador avanzándolo por la piel y tejido subcutáneo. Si el dilatador no avanza, será necesario hacer una pequeña incisión con un bisturí del nº 11 en la piel junto a la guía metálica para que pueda pasar el dilatador.
- Se retira el dilatador y a través de la guía se introduce el catéter multilúmen. Se quita el tapón de la luz distal y antes de introducir el catéter por la piel hay que extraer la guía hasta observar que sale por la luz distal.
- Una vez introducido el catéter, extraer la guía metálica.
- Comprobar el reflujo de sangre y permeabilidad de las 3 luces nuevamente con una jeringa con 10 cc de suero fisiológico.
- Fijar el catéter a la piel con seda de 2/0 y realizar cura con suero fisiológico, clorhexidina y cubrir con apósito estéril.
- Se retiran los paños, la sabana, y se realiza limpieza del brazo de restos de sangre.
- Posteriormente se procederá a comprobar la correcta colocación del catéter mediante radiografía de control.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:

El paciente crítico precisa en muchas ocasiones la canalización de vasos sanguíneos de gran calibre para la administración de medicación, hemoderivados, nutrición parenteral, medición de PVC, extracción de analíticas... Se hace necesario el uso de vías multilúmen centrales que eviten la continua punción de catéteres periféricos. El uso de la vía central multilúmen de acceso periférico es una buena alternativa a la vía central colocada en yugular y subclavia. El uso de esta vía tiene pocas complicaciones y de fácil resolución:

- Extrasístoles al colocar la guía, que ceden al retirarla.
- Mala colocación del catéter, que se puede observar tras radiografía de control.
- Otras complicaciones comunes con las otras vías centrales: infección, trombosis, hematoma, embolismo gaseoso (por no haber purgado bien el catéter).

Los cuidados posteriores de estas vías son los mismos que los del resto de vías centrales (revisión de apósito y curas cuando sea necesario, comprobación de permeabilidad de las luces, control de las llaves y sistemas y educación sanitaria al paciente si es posible para obtener su colaboración en el mantenimiento de la vía central)

BIBLIOGRAFIA:

- Carrero Caballero M.C. Tratado de Administración Parenteral. DAE. 2006
- Manual de terapia intravenosa. Cuidados enfermeros (Curso impartido en Hospital La Mancha Centro. Alcázar de San Juan. Noviembre 2007)
- FortumAbete J. Protocolo del Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.
- Panadero Carlavilla E, Cobos Hinojal S. Tratado de Enfermería en Cuidados Críticos Pediátricos y neonatales (Cap. 46) 2007.
- González Pérez M, Díaz Alonso Y, Sánchez Gutiérrez C. Tratado de Enfermería en Cuidados Críticos y Neonatales (Cap. 44) 2007