



Terapia intravenosa

Catéteres periféricos

Montserrat Fabra Gensana

Enfermera. Profesora de Médico-Quirúrgica. E.U.E. Universidad de Barcelona.

INTRODUCCIÓN

Cuidar a un enfermo sometido a terapia intravenosa implica una serie de actividades de enfermería que, al ser cotidianas, no solemos valorar con la adecuada importancia.

Reflexionemos sobre ellas, planteémonos todos los problemas que pueden surgir y los enfermos a nuestro cargo correrán menos riesgos.

A través del sistema vascular y por medio de diferentes dispositivos se pueden realizar diferentes tratamientos a una gran diversidad de pacientes, desde recién nacidos hasta ancianos.

Por vía intravenosa podemos administrar: líquidos, antibióticos, nutrición parenteral, quimioterapia, componentes sanguíneos, vasopresores, anticoagulantes, fármacos inmunosupresores, narcóticos, analgésicos no narcóticos y todo ello a través de diferentes dispositivos: palomita, cánulas cortas, cánulas intermedias o catéter central periférico (ccp).

Nos centraremos en los cuidados de Enfermería que precisa toda persona portadora de un dispositivo intravenoso.

Los cuidados siempre deben encaminarse a impedir la aparición de complicaciones, siendo las infecciosas las que pueden comportar mayores riesgos para el paciente. Las normas de asepsia deben ser lo más estrictas posibles tanto en la inserción como en los cuidados de mantenimiento. Sin embargo, no debemos olvidarnos de los problemas de movilidad, confort y ansiedad que pueden aparecer en las personas portadoras de un dispositivo intravenoso.

Complicaciones potenciales

Para globalizar todos los cuidados realizaremos el seguimiento de la Sra. J.S.P. (véase caso).

Los problemas o complicaciones potenciales derivadas de la inserción y permanencia de un catéter venoso que más frecuentemente podemos encontrar son los siguientes:

- CP: Flebitis.
- CP: Extravasación.
- CP: Obstrucción.
- CP: Hematoma.

1. Flebitis

Constituye el principal riesgo de una terapia endovenosa a corto plazo.

Debemos valorar: dolor en la zona, eritema o edema, calor en la zona, formación de una línea enrojecida, induración de la vena (cordón venoso).

Tratamiento

Puede variar según el grado de flebitis. **IMPRESINDIBLE:** retirada de la vía!!!

Debe seguirse el protocolo de cada centro; normalmente consiste en la aplicación de una solución antiinflamatoria y una pomada heparinizante.

2. Extravasación

Debemos valorar: dolor en la zona, edema, frialdad o palidez de la zona, enlentecimiento del ritmo de perfusión (véase cuadro 1).

Tratamiento

Retirada de la vía. En algunos casos, y si la extravasación ha sido muy cuantiosa, puede realizarse un vendaje compresivo para favorecer la reabsorción del líquido.

3. Obstrucción

Debemos valorar la interrupción del flujo de perfusión (véase cuadro 1).

Tratamiento

Retirada de la vía. No irrigar el catéter ya que podría liberarse el coágulo (si lo hay). Algunos autores consideran la posibilidad de aspirar con una jeringa para extraer el coágulo y evitar así la retirada de la vía.

4. Hematoma

Para prevenir esta complicación es necesario una correcta técnica en el momento de la inserción.

Consejos (fig. 1)

1. Mantener el dispositivo de inserción del catéter horizontalmente con la mano sobre el extremo del dispositivo.
2. Utilice la flexibilidad de su muñeca para asegurar un ángulo de entrada adecuado.
3. El bisel debe estar siempre hacia arriba.
4. Retirar el mandril o aguja introductora que punciona la piel cuando la vena esté correctamente canalizada.
5. Coloque los dedos uniformemente a lo largo del catéter.
6. No sostenga el dispositivo como un dardo, ya que incrementa el riesgo de atravesar la vena con el dispositivo, provocando hematoma.

Tratamiento

Pomada heparinizante.

Si bien es preciso contemplar las complicaciones potenciales al cuidar a un paciente portador de una vía endovenosa, los cuidados de mantenimiento de dicha vía deben ser considerados con las máximas medidas de asepsia. Para ello tendremos en cuenta cómo se realizan los cambios del apósito de la vía venosa.

Cambio de apósito de un catéter intravenoso por vía periférica

Actualmente la mayoría de centros disponen de protocolos dirigidos a los profesionales de enfermería que desarrollan el mantenimiento y cambio de apósitos de los catéteres intravenosos.

Teniendo en cuenta esta indicación se resaltan unas normas generales para llevar a cabo dichos cambios:

- Se sustituye el apósito de un catéter i.v. cada 24 h si no existen indicaciones contrarias al respecto. La técnica debe ser estéril y el lavado de manos higiénico.
- Colocación de guantes estériles o, en su defecto, utilización de pinzas estériles.
- Retirar el apósito observando y anotando las características del mismo.
- Limpiar el punto de punción con una gasa estéril y con suero fisiológico o solución afín, realizando un movimiento en espiral. Secarlo con otra gasa estéril.
- Colocar en el punto de inserción el antiséptico recomendado por el centro, dejándolo en contacto con la piel durante 30 segundos.
- El catéter se fijará en la zona con tira adhesiva estéril.
- Colocar el apósito para proteger la zona.
- El apósito tiene que ser transpirable para permitir un fácil acceso a la zona de inserción y resultar estético.
- Todo apósito, si no existe una orden contraria, se sustituye siempre que se encuentre despegado, sucio o mojado.

Documentación

Es imprescindible documentar detalladamente tanto la inserción como cualquier intervención en una vía venosa.

CUADRO 1. ¿Qué hacer cuando se enlentece o interrumpe el flujo de una solución?

1. Compruebe la zona de la punción: si está roja, es dolorosa al tacto, edematosa, caliente debe retirarse el catéter.
2. Compruebe si el equipo se encuentra acodado o pinzado.
3. Pida al paciente que mueva el brazo; si el líquido fluye a la frecuencia adecuada se trata de un problema postural. Utilice una férula si es necesario.
4. Observe la altura de la bolsa, la medida ideal es de más o menos un metro desde el punto de inserción. Si levanta la bolsa aumenta la frecuencia del flujo.
5. Desconecte el equipo del catéter; si el líquido fluye el problema estriba en el catéter. Retire la vía.
6. Controle la perfusión a menudo durante las primeras horas para asegurarse de que la frecuencia de administración es la correcta.

Registraremos:

En la inserción:

- Fecha y hora de inserción.
- Nombre anatómico del acceso venoso.
- Marca, calibre, tamaño, longitud del dispositivo.
- Localización de la punta del catéter (para un catéter central).
- Longitud del segmento externo (para un catéter central).
- Número de intentos de venopunción.
- Educación sanitaria impartida al paciente.
- Los comentarios del paciente.
- La firma.

En los cuidados:

- Valoración del punto de inserción.
- Fechas de los cambios de apósitos y del equipo de suero.
- Datos específicos de las soluciones que se perfunden (tipo, cantidad, frecuencia). Si se utiliza bomba de perfusión indicar el modelo.
- Problemas en la perfusión e intervenciones llevadas a cabo.

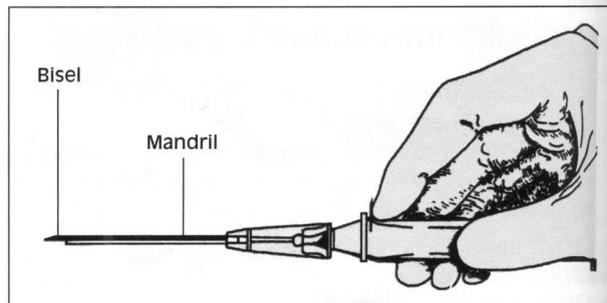


Figura 1.

CUADRO 2. Clasificación de los datos obtenidos.

Necesidad	Manifestaciones de independencia	Manifestaciones de dependencia	Datos a considerar
Respirar	No hay evidencia de trabajo respiratorio		
Comer y beber	Buena relación peso-talla. Comenta que en casa come de todo y le gusta todo.		Sueroterapia de mantenimiento.
Eliminación	Eliminación urinaria normal de aspecto y cantidad 1000 cc). Eliminación intestinal una vez cada 24 horas de aspecto y consistencia normales.		
Moverse, mantener buena postura	Activa, realiza sus obligaciones sin dificultad. Actualmente se levanta mañana y tarde.		Incomodidad debido a la vía e.v. Dolor en el punto de inserción. Tiene miedo de moverse para que no se le despinche la vía.
Reposo y sueño	Duerme sin dificultad.		Necesita ayuda debido a los sueros.
Usar prendas vestir	Ropa adecuada para su edad.		Actualmente se despierta por incomodidad de la vía.
Mantener temperatura adecuada			Temperatura de 37.7 °C.
Higiene protección piel	Aspecto pulcro y limpio. Higiene bucal adecuada.		Zona inserción catéter: roja y dolorosa.
Evitar peligros	Consciente y orientada en espacio y tiempo. Buen funcionamiento de los sentidos.		
Comunicarse	Refiere no tener dificultad en relacionarse con la gente. Tiene amigos y está a gusto y bien con su familia.		
Creencias valores	Cree en Dios y su fe le sirve de apoyo.		
Trabajo	Cumple con su trabajo y está contenta con el cuidado de la casa y sus hijas.		
Ocio	Sale con sus amigas una vez a la semana. Le gusta ir al cine y leer.		
Aprender	Tiene interés en su entorno. Nivel socio-cultural medio-alto.		

CASO

La Sra. J.S.P. de 38 años de edad, casada, con dos hijas de 10 y 8 años de edad, de profesión ama de casa, ingresa para ser intervenida de un quiste ovárico.

La enfermera realiza la recogida de datos sobre los hábitos de vida y situación actual para determinar el nivel de satisfacción de las 14 necesidades siguiendo el modelo de Virginia Henderson.

Realiza control de los signos vitales: TA; 120/60; FC: 86 l/m; FR, 20 r/m; T.^a 36,5 °C.

Los datos valorados se clasifican por manifestaciones de independencia, de dependencia y otros a considerar.

Las manifestaciones de independencia se refieren a conductas o manifestaciones de conductas, que inciden favorablemente en la satisfacción de las necesidades. Las manifestaciones de dependencia son conductas o manifestaciones de la conducta de las personas, que inciden negativamente en la satisfacción de las necesidades. Los datos a considerar ayudan a valorar la situación y a planificar intervenciones, pero al no ser conductas no pueden considerarse ni manifestaciones de independencia ni de dependencia.

La intervención se realizó hace tres días y la enferma espera ser dada de alta dos días después.

Debido a que la enferma presenta una temperatura de 37,7 grados, se encuentra en observación y se le mantiene la vía

CUADRO 3. Formulación de los problemas interdependientes.

Problemas interdependientes	Objetivos	Actividades	Resultados esperados
Flebitis secundaria a la vía venosa.	Disminución de los signos de flebitis.	1. Retirar la vía. 2. Valorar el grado de flebitis. 3. Aplicar pomada de heparina o similar 4. Controlar y vigilar los signos de flebitis.	La enfermedad manifestará que ha disminuido el dolor. La temperatura se normalizará. Disminuirán los signos de flebitis.
CP: Extravasación.	Detectar precozmente la aparición de señales de extravasación	Comprobar regularmente el flujo de perfusión. Comprobar el punto de inserción. Cambio de apósito según protocolo del centro.	El ritmo de perfusión es el ritmo adecuado. No hay signos de extravasación.
CP: Obstrucción.	Detectar lo antes posible una obstrucción.	Comprobar regularmente el flujo de perfusión.	La perfusión sigue el ritmo adecuado. La vía se mantiene permeable.

CUADRO 4.

Diagnósticos enfermeros	Objetivos	Actividades	Resultados esperados
No existen datos suficientes para llegar a la confección de un diagnóstico enfermero. Esto no descarta que en una situación real y valorando los datos con más profundidad pudiéramos formular uno o más diagnósticos enfermeros.			

venosa: un catéter corto, de calibre 18, insertado en el antebrazo derecho por el que se le administra antibiótico; la herida quirúrgica no presenta signos de inflamación.

Consejos a tener en cuenta para realizar un plan de curas

- Valoración de la enfermera.
- Realizar valoraciones frecuentes focalizadas para controlar al paciente y detectar complicaciones posibles y potenciales.
- Consultar el caso al médico cuando existan signos o síntomas de complicaciones potenciales.
- Tener en cuenta que:
 - Tanto los diagnósticos de enfermería como los problemas interdependientes afectan a todos los pasos del proceso de enfermería:
 - Valoración, diagnóstico, planificación, actuación o implementación y evaluación, pero cada uno requiere un enfoque diferente por parte de la enfermera.
 - La valoración de los problemas interdependientes se centra en la determinación del estado del problema.
 - La enfermera identifica un problema interdependiente cuando existen ciertas situaciones que aumentan la

vulnerabilidad del cliente para la complicación o cuando el cliente ha sufrido dicha complicación.

Síntesis

La enfermera, después de analizar los datos, llegó a las siguientes conclusiones:

La Sra. J.S.F presenta una evolución en su post-operatorio adecuada excepto en lo referente a la vía venosa, donde se presentan algunas dificultades.

Todas sus necesidades se encuentran en una situación correcta de satisfacción en función de su contexto.

Plan de cuidados (véanse cuadros 3 y 4).

Conclusiones

Para realizar un plan de curas es preciso valorar a la persona enferma en su globalidad. Unificando en el plan de curas los Diagnósticos de Enfermería y los Problemas Interdependientes nuestros cuidados serán más completos.

Esta propuesta fue efectuada por Carpenito en el año 1983. El modelo bifocal de práctica clínica.

BIBLIOGRAFÍA

- VVAA. Recomanacions per a la prevenció de la infecció als centres sanitaris. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. 2.ª edición. Barcelona, 1991.
- Córcoles Jiménez P, et al. Flebitis post-punción. Estudio en un Área de Cirugía de Enfermería. Revista ROL de Enfermería 1996; 217:13-16.
- Getino Canseco M. Pericarditis aguda. Estudio de un caso clínico. Revista ROL de Enfermería 1996; 217:13-16.
- Alfaro-Lefevre R. Aplicación del proceso de enfermería. 3.ª edición. Mosby, 1996.
- Henderson V. Principios básicos de los cuidados de enfermería. París: CIE Basel-Munchen, 1971.
- Luis MT. Diagnósticos enfermeros. 2.ª edición. Madrid: Mosby-Doyma, 1996.
- Marín Vivó G, Mateo Marín E. Catéteres venosos de acceso periférico. Revista ROL de Enfermería 1993; 229:67-72.