

PROTOCOLO: INSERCIÓN DE LÍNEAS MEDIAS EN PACIENTES NEONATALES

**Definición, inserción,
cuidados y mantenimiento**



AUTORAS

Diana Flores Rodriguez
Laura García Velo
Elena Gesto Laguela
Beatriz Iglesias García
María Martínez Alfonso
Dolores Eiriz Barbeito

**Unidad de Neonatología
Hospital Teresa Herrera
A Coruña**

MAQUETACIÓN:



pág. **03**

- ▶ DEFINICIÓN
- ▶ VENTAJAS
- ▶ DESVENTAJAS

pág. **04**

- ▶ TÉCNICA DE
INSERCIÓN

pág. **05**

- ▶ TÉCNICA DE
INSERCIÓN
- ▶ CUIDADOS Y
MANTENIMIENTO



DEFINICIÓN

Seldipur Smartmidline es un **catéter venoso periférico largo** de una luz en **poliuretano** para acceso periférico a corto y medio plazo (hasta 29 días) introducido por **la técnica convencional de Seldinger**

- Compatible con la inyección a alta presión de medios de contraste
- La punta ha de quedar fuera de la cavidad torácica o abdominal



VENTAJAS

- Buena alternativa a los dispositivos periféricos cortos, con mayor duración y menos complicaciones, especialmente flebitis química
- Se pueden administrar tratamientos más prolongados que con los catéteres periféricos
- Menor riesgo de bacteriemia que los PICCs
- Menor incidencia de trombosis
- No hay riesgo de arritmias ni complicaciones cardíacas
- No precisa Rx de tórax







DESVENTAJAS

- Tiene riesgo de extravasación difícil de detectar al estar alojado en el extremo distal de un vaso profundo
- No permite extracciones sanguíneas ni administración de hemoderivados, de manera habitual
- Uso limitado de fármacos y perfusiones (las mismas recomendaciones que para vía periférica)
- Si se utiliza un epicutáneo cava como midline existe riesgo de confusión y de utilizarlo como PICC. Es imprescindible identificarlo correctamente
- Limita la movilidad del miembro canalizado



TÉCNICA DE INSERCIÓN



- **Seleccionar la vena** que vamos a puncionar
 - Preparar el personal, el campo y la piel del paciente (protocolo de zero)
 - **Medir la distancia desde el punto de inserción hasta el lugar donde se alojará la punta del catéter**
 - **Retirar la guía metálica** que está introducida en el catéter
 - Comprobar la **permeabilidad e integridad del catéter al tiempo que se purga**, infundiendo a través de él una pequeña cantidad de suero.
 - **Lubricar la guía** humedeciéndola con suero para facilitar su deslizamiento
 - La enfermera que ayuda en la canalización debe **mantener inmovilizada la zona de punción**. Si se trata de una extremidad debe, al mismo tiempo, **comprimir a modo de torniquete**
 - Realizar la punción de la vena con la **aguja con cánula** (en nuestro caso catéter corto 24G)
 - **Retirar la aguja y dejar colocada la cánula**
 - **Introducir suavemente el extremo de la guía a través de la cánula**. Se puede realizar la técnica de dos modos diferentes:
 - Por el extremo en "J", utilizando el dispositivo introductor que trae el kit, conectándolo a la cánula canalizada en la vena
 - Por el extremo recto, directamente, sin necesidad de dispositivo
 - **La guía debe avanzar sin resistencias**. Si hay resistencias hay que retirarla. Observar que no se haga "bucle" dentro del vaso
 - Siempre debe quedar **guía fuera de la cánula, de la piel y del catéter**
 - **Retirar la cánula asegurando la posición de la guía** (presionar suavemente por encima de la punta de la cánula) para que no se salga
 - **Introducir el otro extremo de la guía metálica en el catéter y avanzar el catéter por la guía**
 - Introducirlo dentro del vaso **realizando un ligero movimiento de giro y empujándolo hacia dentro** a través de la piel
- 
- 
- 
- 

- **Mantener siempre suficiente longitud de la guía fuera del catéter** para asegurar su extracción
- Avanzar el catéter hasta la posición deseada
- **Retirar la guía**



- Limpiar cualquier resto de sangre, que pueda haber quedado sobre la piel o el catéter, con suero salino
- **Realizar antisepsia del punto de inserción con clorhexidina** (concentración según tipo de paciente, ver protocolo de Bacteriemia Zero).
- **Asegurar el catéter** con cinta adhesiva (steri-strip) a pocos milímetros del punto de inserción
- **Colocar apósito protector (hidrocoloide) debajo de la mariposa de fijación del catéter** para evitar la aparición de UPP
- Cubrir con **apósito transparente semipermeable**
- El tamaño del apósito estará proporcionado con el peso del neonato y el lugar de inserción del acceso venoso.
- Vigilar que las cintas adhesivas o el apósito transparente que rodea la extremidad **no provoquen presión** en forma de torniquete que **congestione el miembro**

CUIDADOS Y MANTENIMIENTO

- Curas del punto de inserción, cambios de apósito y de líneas de administración según **protocolo de Bacteriemia Zero**
- **Medidas de asepsia** igual que para PICC
- En catéteres en reposo, **se recomienda mantenerlos permeables** con lavados con suero salino c/6h y anticoagulación con Fibrilín
- **Comprobar la permeabilidad en cada uso** y tras la administración de la medicación, **lavar con suero salino y anticoagular** con Fibrilín
- Siempre que sea posible **no usar jeringas de menos de 5ml**
- Con jeringas más pequeñas infundir con el método de flujo turbulento (**push-stop-push**).