



MANEJO DE ACCESOS VASCULARES

ALYDA M. GINÉS SANTIAGO

RN BSN CON BCCN

AEOHPRI

23 DE MAYO 2026

OBJETIVOS

- Conocer diferentes accesos vasculares.
- Conocer el uso y las ventajas de los accesos vasculares.
- Identificará las posibles complicaciones relacionadas a los accesos vasculares.
- Realizará el procedimiento para la canalización de los accesos vasculares periferales, Centrales y *Chemoport*.
- Conocer equipo a utilizar para el manejo de los accesos vasculares.
- Conocerá las técnicas para la remoción de la aguja del *Chemoport*.

INTRODUCCIÓN

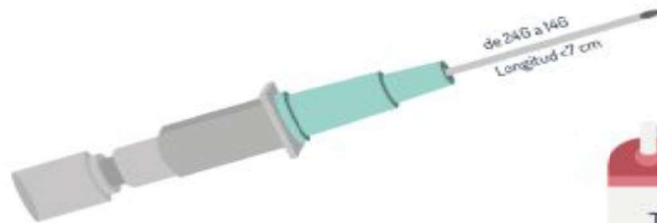
La seguridad en el manejo de pacientes oncológicos con accesos vasculares es fundamental para prevenir infecciones y complicaciones. Se deben seguir protocolos estandarizados y se debe realizar una formación continua para el personal de enfermería y otros profesionales involucrados en el cuidado de estos pacientes. La elección de dispositivos de accesos venosos adecuados y la implantación de estrategias para garantizar la seguridad del paciente y mejorar la calidad del cuidado. En la actualidad existen múltiples dispositivos vasculares, que como enfermeras debemos conocer, por ello he realizado esta educación con una breve clasificación de estos dispositivos.

Tipos De Catéteres Venosos @Creative_Nurse

Catéter Venoso Periférico

Catéter periférico corto

Venopunción percutánea en una vena periférica.



Para sustancias no vesicantes o irritantes con Ph entre 5-9 y osmolaridad inferior a 500 mOsm/l.

Terapia IV
< 7 días

Línea media

Inserción periférica cuya punta queda alojada fuera de la anatomía central (no vena cava superior).



Midline = entre 20cm-30cm, punta en vena subclavia o axilar torácica.

Minimidline = superior a 7 cm, punta en el tramo braquial de la vena axilar.

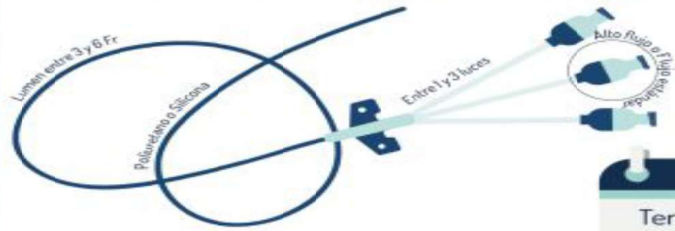
Abordaje ante el mal acceso venoso.

Terapia IV
> 6 días

Catéter Venoso Central

PICC Catéter Central de Inserción Periférica

Inserción en vena del brazo y la punta queda alojada en la vena cava superior, cerca de la unión con la aurícula derecha.



Tratamientos irritantes y/o hiperosmolares, además del manejo del mal acceso venoso.

Terapia IV de larga duración

CICC no tunelizado Catéter Central de Inserción Central

Inserción en vena subclavia o yugular interna y externa.

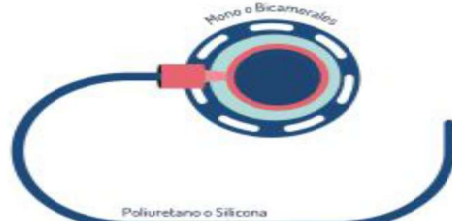


Uso en UCI para diagnóstico y tratamiento.

Terapia IV no >4 semanas

RESERVORIO (RVS)

Catéter venoso central totalmente implantado con técnica tunelizada (a nivel subcutáneo).



Acceso vascular de larga duración de frecuencia intermitente y que pueden presentar o no acceso venoso dificultoso.

Terapia IV de larga duración

CICC tunelizado

Generalmente están colocados en tórax con acceso a vena subclavia/yugular.



DACRON: genera fibrosis fisiológica a su alrededor que fija el catéter.

Hemodiálisis, quimioterapias, nutrición parenteral, reposición hidroelectrolítica, obtención o reinfusión de precursores hematopoyéticos.

Terapia IV de larga duración

FICC

Catéteres centrales que se abordan desde la vena femoral.

Sólo se emplean cuando no se puede acceder al acceso vascular superior y/o situaciones de emergencia.

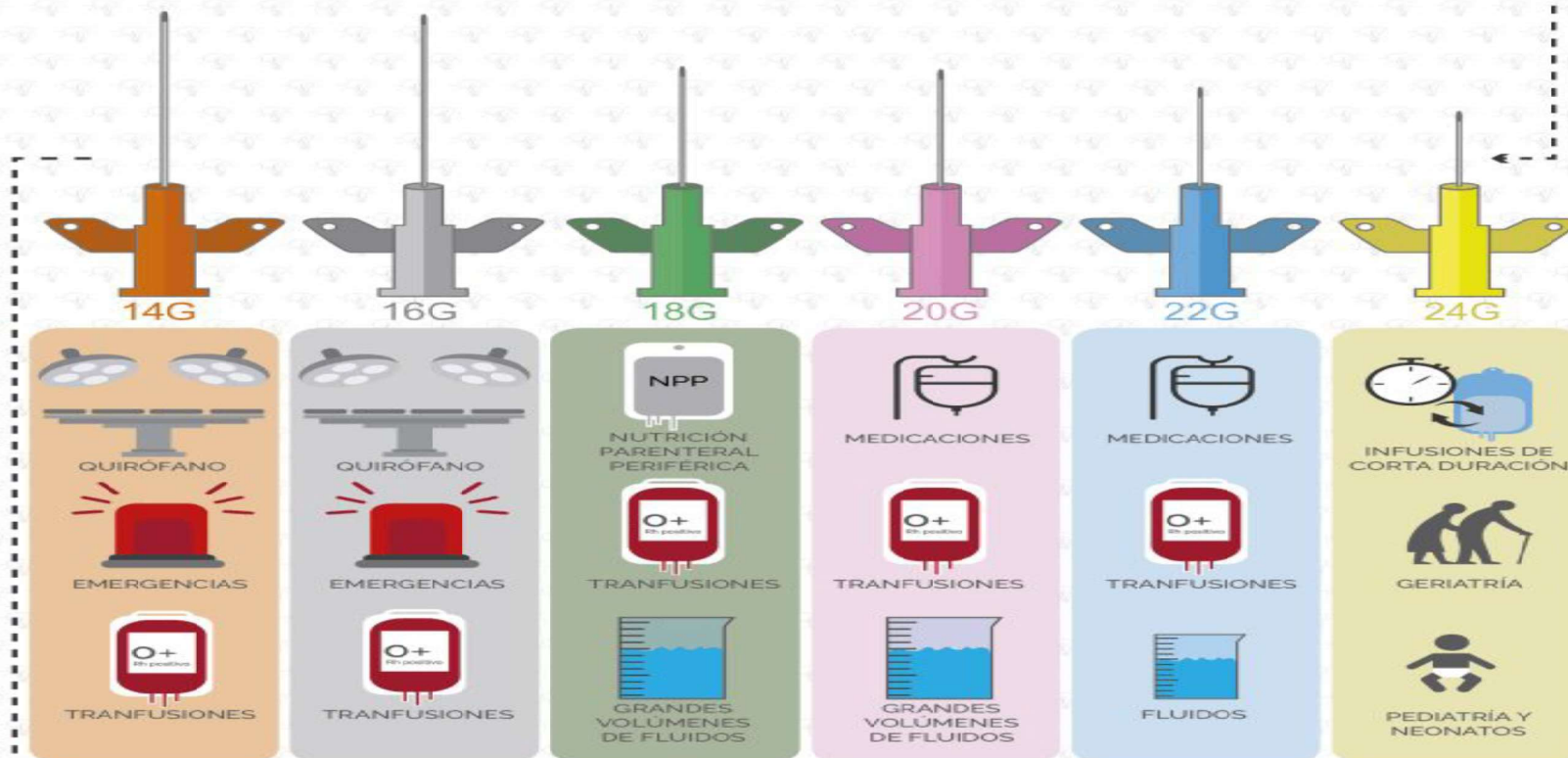
Catéteres venosos periferales

Catéter periferal corto: Habitualmente es el usado en cualquier servicio de hospitalización. Su longitud no debe superar los 7cm. Existen varios tamaños, desde 24G a 14G, con un código de color. La terapia intravenosa no debería superar los 7 días.* Sirve para infundir sustancias no vesicantes o irritantes.

CÓMO ELEGIR EL CATÉTER ADECUADO



Elegir el catéter adecuado puede prevenir **complicaciones** como la **FLEBITIS**.
 Si el **tratamiento dura < 6 días** utilizar un catéter corto
 Según el tratamiento elige el catéter más adecuado



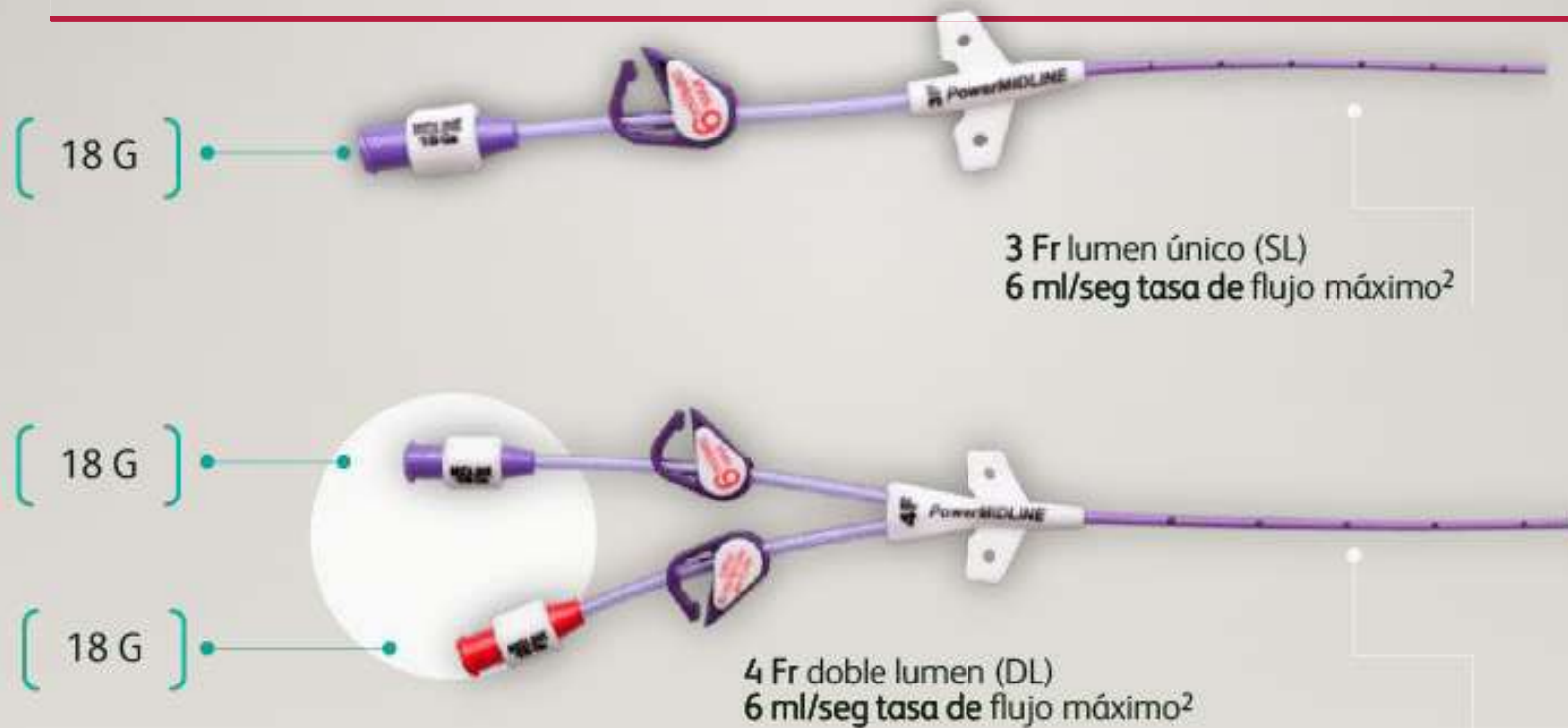
Recuerda la higiene de manos y la manipulación aséptica de los catéteres para evitar complicaciones



Continuación

Línea media: Estos dispositivos superan los 7 cm, suelen ser de poliuretano o silicona. Su inserción es periférica, pero la punta queda alojada fuera de la anatomía central. La terapia intravenosa debe durar más de 6 días. Existen varios modelos, *midline* o *minimidline*.

Catéteres venosos periferal:

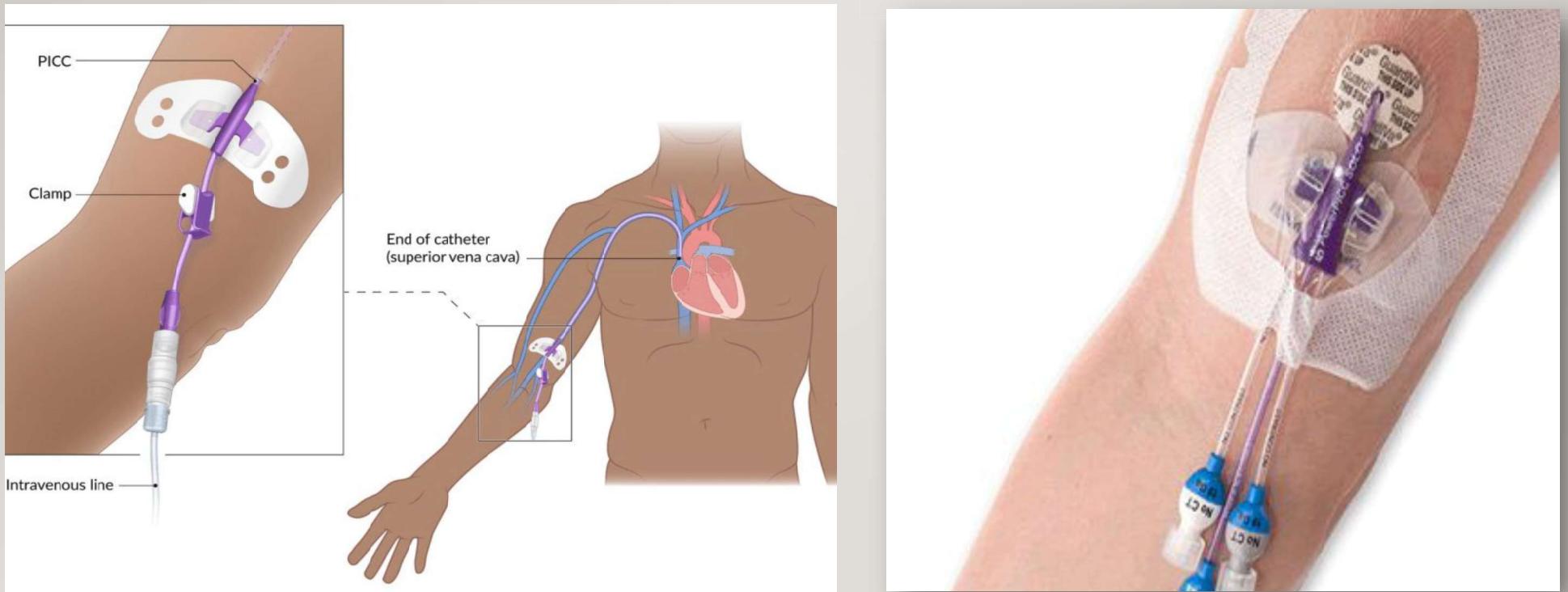


Catéteres venosos centrales



PICC = Catéter Central de Inserción Periférica. La inserción se lleva a cabo en una vena del brazo (cefalica, mediana, axilar y basílica) y la punta queda alojada en la vena cava superior, cerca de la unión con la aurícula derecha. Sirve para terapia intravenosa de larga duración perfecta para tratamientos irritantes y/o hiperosmolares, además del manejo acceso venoso difícil.

PICC LINE



CICC

CICC no tunelizado = Catéter Central de Inserción Central. Se realiza la inserción en venas subclavia o yugular, tanto interna como externa y podría usarse en caso de emergencia o imposibilidad de las anteriores en vena femoral.* Muy habitual en ICU para diagnóstico y tratamiento. La terapia no puede superar las 4 semanas.

CICC

CICC tunelizado. Generalmente están colocados en tórax con acceso a vena subclavia/yugular. Son para tratamientos de larga duración como hemodiálisis, quimioterapias entre otros. Ej. Hickman o Broviac fabricados hace más de 3 décadas y Groshong más recientes.



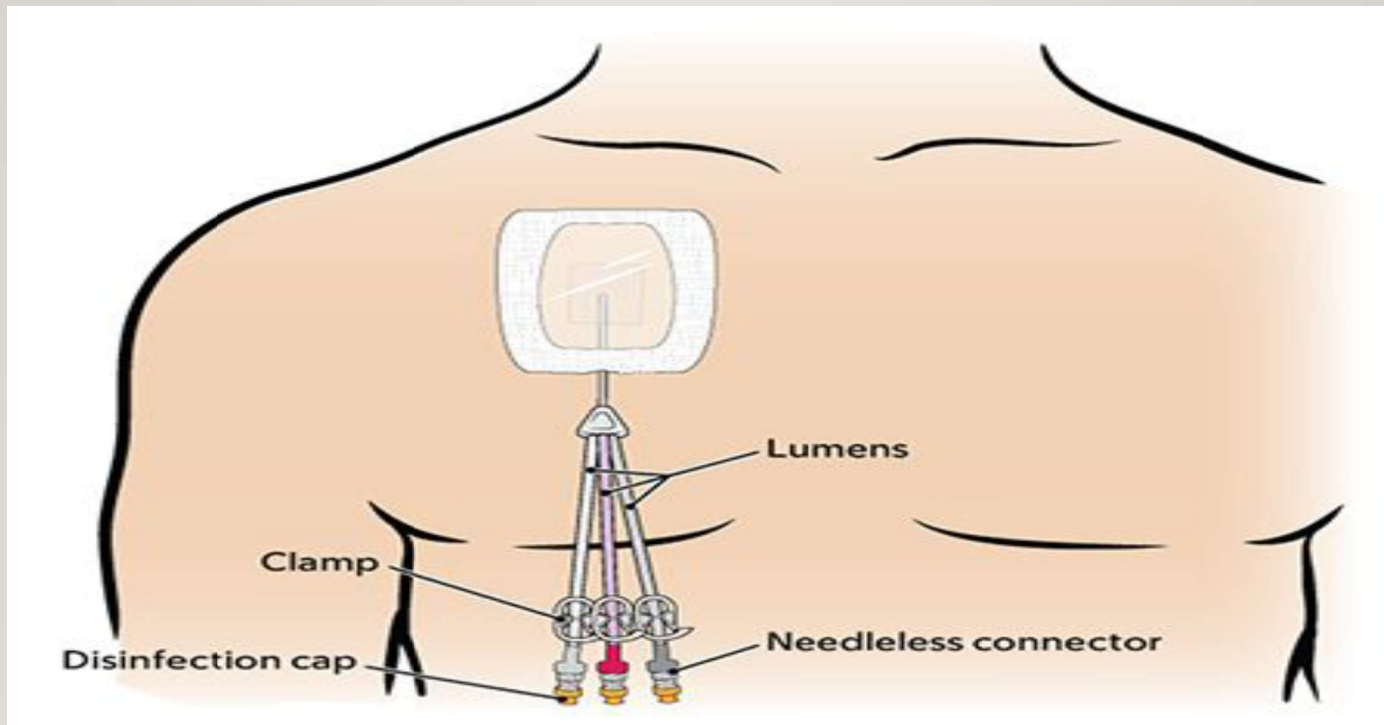
Catéter venoso central
transitorio



Catéter venoso central
tunelizado

La principal diferencia radica en la duración y el método de inserción: el **catéter tunelizado** se inserta bajo la piel para uso a largo plazo (meses/años) y tiene menor riesgo de infección, mientras que el no tunelizado se inserta directamente en la vena para uso a corto plazo (días/semanas).

Tunelizado



HICKMAN LINE TUNELIZADO



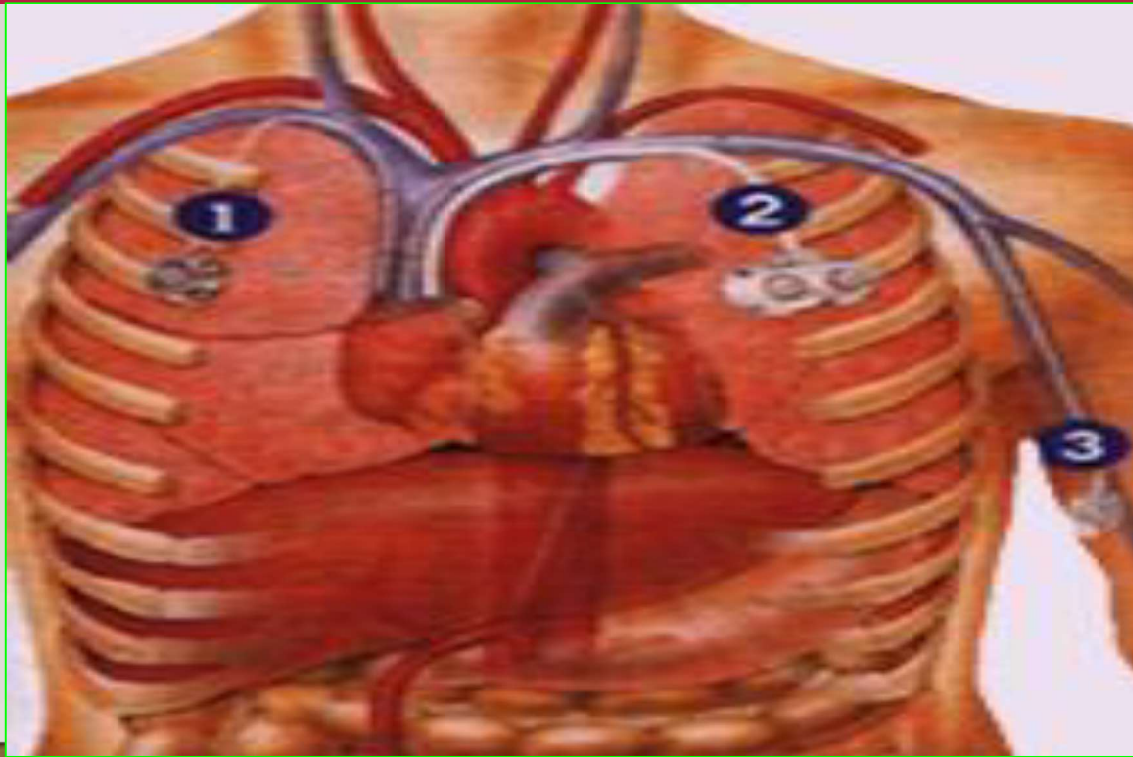
BROVIAC LINE



PORT CATHETER

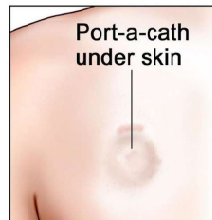
Es un catéter venoso central totalmente implantado con técnicas tunelizada (a nivel subcutáneo). Son para tratamiento de larga duración con frecuencia intermitente como una quimioterapia. Esta inserción se realiza bajo los servicios de Radiología Intervencional o en sala de operaciones. Este dispositivo está compuesto por una cámara de titanio o acero inoxidable, cubierta en su parte superior por una membrana de silicona auto-sellable, y que lleva unido un catéter de silicona que va desde la cámara a una vena de gran calibre. Por ejemplo vena subclavia o yugular.

AREAS DE IMPLANTACION



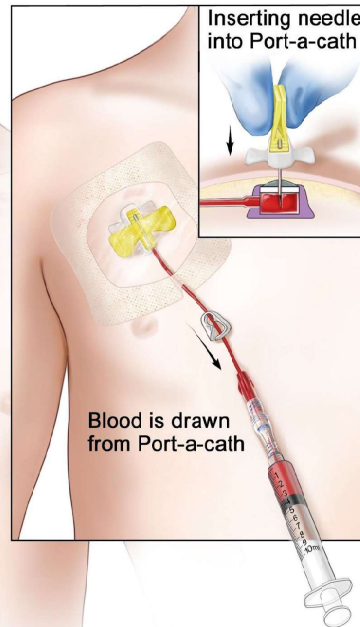
PORT

Port-a-cath (Port)



Port-a-cath

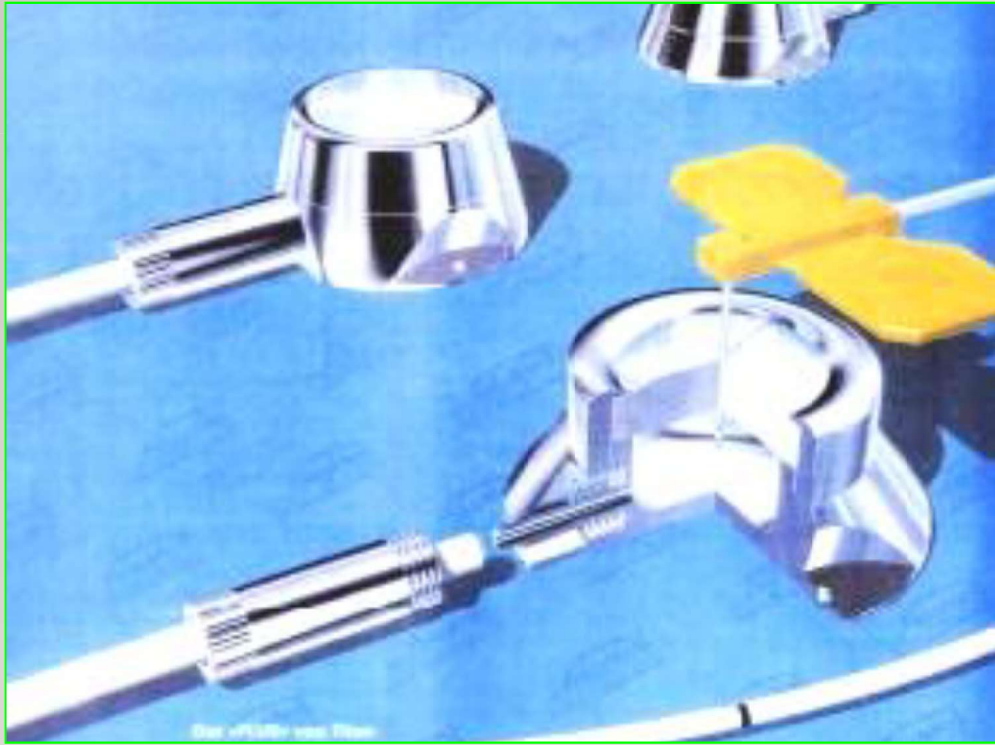
Superior vena cava
Heart



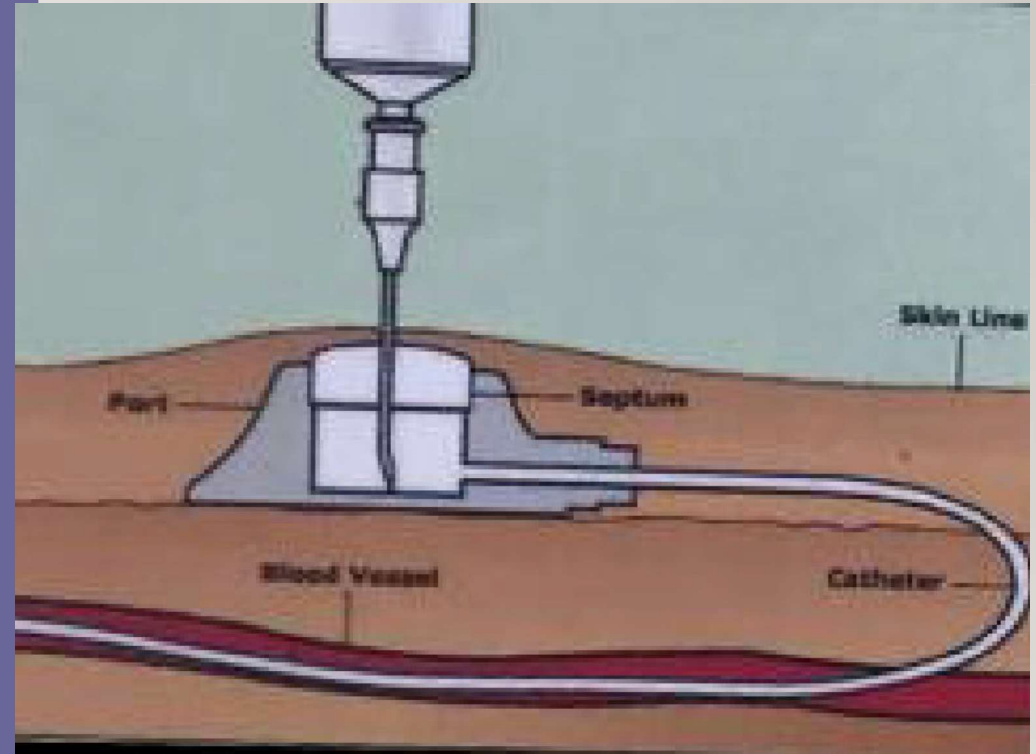
© 2019 Terese Winslow LLC
U.S. Govt. has certain rights



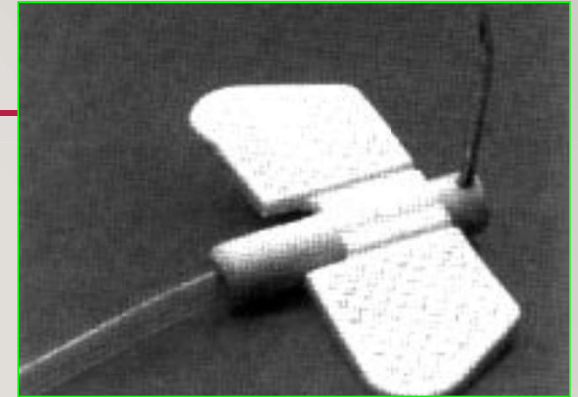
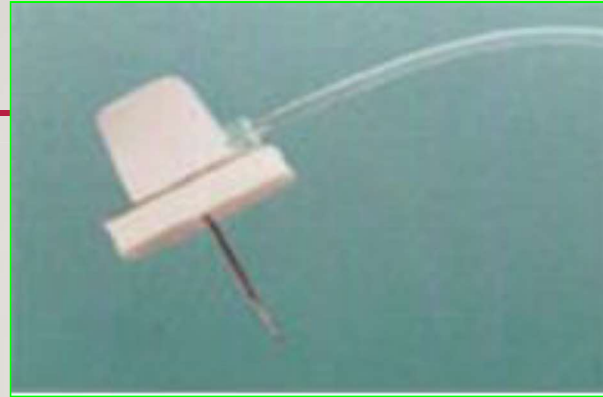
TIPOS DE PORT



TIPOS DE PORT



AGUJAS TIPO HUBER



RECOMENDACIONES DESPUÉS DE IMPLANTAR PORT

- Este acceso vascular puede utilizarse inmediatamente luego del implante.
- Edema y sensibilidad puede persistir por 72 hrs.
- Utilizando técnicas estéril, inspeccionar el área alrededor del Puerto por signos y síntomas de infección y rompimiento de la piel.
- Colocar bolsas de hielo por varios minutos puede aliviar la incomodidad del área.*

UTILIDAD

- Extracción de muestras de sangre.
- Administración de medicamentos (bolos o perfusiones).
- Administración de líquidos intravenosos.
- Administración de hemoderivados.
- Administración de nutrición parenteral.
- Administración de agentes quimioterapéuticos.
- Administración de agentes inmunoterapéuticos .

VENTAJAS DEL PORT

- Disponer de un acceso venoso rápido, seguro y eficaz
- Reducir el número de venopunciones traumáticas
- Mantener el estado de las venas periféricas
- Disminuir el dolor y la ansiedad del paciente durante la canalización
- Facilitar el tratamiento y comodidad del paciente
- Evitar la aparición de extravasaciones

POSIBLES COMPLICACIONES

- Trombosis
- Embolismo
- Infección
- Neumotórax
- Síncope Vasovagal
- Shock Cardiogénico

EQUIPO A UTILIZAR

- Guantes de examen (no estériles)
- Guantes estériles.
- Gasas estériles.
- Solución antiséptica (ChloroPrep) o disponibilidad.
- Aguja de punción Huber ó Gripper (según disponibilidad).
- Jeringa de 10 mL con solución salina al 0.9%.
- Apósito adhesivo estéril.
- BioPatch (para canalización mas de 5 días)

PROCEDIMIENTO

- Preparar el material a utilizar; “Central Line Dressing ” en la mesa
- Se irriga aguja con normal salina para verificar patenticidad .
- Colocar mascarilla quirúrgica a paciente.
- Remover los guantes y descartar en zafacón correcto (desperdicios biomédicos).
- Se realiza lavado de manos y se colocan guantes limpios.

CONTINUACION

- Se estima la condición del chemoport antes de realizar el procedimiento de canalización.
- Si es un paciente previamente canalizado se remueve el vendaje de forma aséptica, se descartan en el zafacón de los desperdicios biomédicos y la aguja en el Sharp container.
- Luego se procede al lavado de manos y se prepara el campo estéril.

CONTINUACION

- Se abre el paquete de central line dressing.
- Se coloca mascarilla.
- Se coloca los guantes estériles en el área desinfectada.
- Colocar aguja huber ya lista dentro del área esteril.
- Utilizar Biopatch si se utiliza por uso prolongado (hospital).

CONTINUACION

- Realizar lavado de manos.
- Colocarse guantes esteriles.
- Limpiar area con Chloraprep, Betadine y alcohol lo que tengan disponible en su área de trabajo.
- Se coloca la fenestrada al paciente sobre el área de acceso al chemoport.

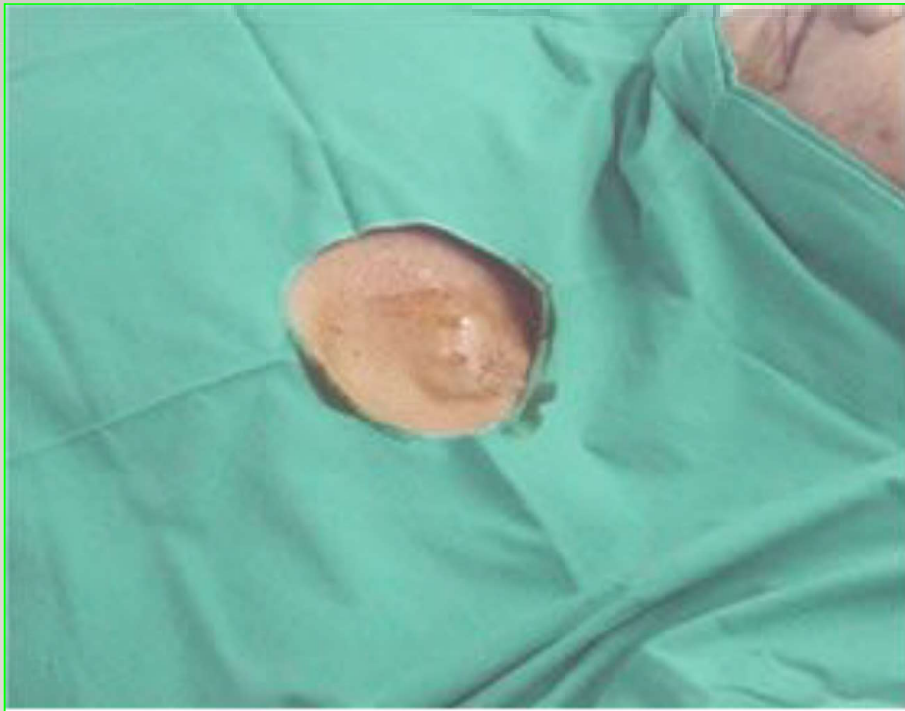
CONTINUACION

- Se fija el *chemoport* con dos dedos insertando la aguja en dirección recta.
- Se aspira e irriga con 10 mL de normal salina para comprobar que el *chemoport* este patente y que no haya oclusión.
- Luego se cierran los clamps de la línea.
- Se aplica el biopatch, el apósito transparente y se identifica correctamente (fecha, hora, firma y número de licencia).

CONTINUACION

- Fijar la línea de la aguja al cuerpo del paciente para evitar halones.
- Se conecta la línea intravenosa a la línea de la aguja (Huber o Clipper) y se comienza la infusión ordenada.
- Importante el lavado de manos luego que se descarte el equipo protector en el zafacón para los desperdicios biomédicos.
- Al finalizar el procedimiento el mismo debe ser documentado en el expediente clínico del paciente.

PROCEDIMIENTO









MANEJO

- El manejo de accesos vasculares requiere selección adecuada del catéter, técnica estéril de inserción, cuidados continuos y vigilancia para prevenir complicaciones como infecciones y trombosis.
- La técnica será rigurosamente estéril en cada manipulación, tanto en la administración de medicamentos como en la extracción de muestras sanguíneas.

CONTINUACION

- Irrigar la vía después la toma de muestras sanguíneas y evitar dejar sangre en las vías que pueden obstruir el catéter o contaminarse.
- Informar y educar al paciente y la familia sobre los cuidados del catéter.
- Instruir al paciente y familia para identificar los signos y síntomas de las complicaciones, así como su autocuidado.

CONTINUACION

- Realizar la primera curación: al día siguiente de su implantación (24 horas), eliminando todos los restos hematológicos para evitar posibles infecciones.*
- Cambiar el apósito y realizar curación cada 72 horas o antes en presencia de sangrado, diaforesis, o alteración en la integridad del apósito.*

CONTINUACION

- Proteger de la presión del agua en el momento del baño del paciente el sitio de inserción del catéter para evitar desprendimiento del apósito transparente.
- En lo posible limitar las manipulaciones del sistema de infusión.

CONTINUACIÓN

- Usar la totalidad de las vías del catéter a fin de evitar interacciones entre medicamentos no compatibles y disminuir las posibilidades de infección.
- Mantener sistema cerrado en casos de traslado de paciente a exámenes, al baño .etc.
- Limitar el número de llaves de tres vías y retirarlas cuando no exista la necesidad.
- Cambiar el sistema completo de infusión cada 72 horas.
- Registrar la fecha de inserción, las curaciones y la fecha de retiro.

INTERVENCION DE ENFERMERIA

- Mantener el área limpia libre de humedad y secreciones.
- Limpiar el área cada vez que sea necesario.
- Cambiar aguja cada 5 días.
- Mantener patente irrigando cada vez que sea necesario.
- Orientar a paciente y familia del cuidado y mantenimiento del medport en su hogar.

CONCLUSIÓN

El manejo seguro de accesos vasculares combina selección correcta del catéter, técnica estéril de inserción, cuidados continuos y educación del personal paciente familia y cuidador. La adherencia a protocolos estandarizados disminuye significativamente las complicaciones y mejora la seguridad y efectividad de la terapia intravenosa.

REFERENCIAS

<https://www.medigraphic.com>

https://www.revista_portalesmedicos.com

<https://ajibarra.org/D/post/capitulo-reservorio-venoso-subcutaneo/>

[Medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions](https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions)

[Otto, S. \(2002\). Enfermería oncológica. Barcelona: Harcourt, Oceano.](#)

http://www.clinicalascondes.cl/clcprod/media/contenidos/pdf/MED_17_3/ AccesoProlongado

[PacienteOncologico.pdf](#)



Gracias
por su
atención



¿Preguntas?

