

Prevenir la extravasación en una vía central

LYNN C. HADAWAY, RN, C, CRNI, MED

SIEMPRE QUE SEA POSIBLE, los fármacos vesicantes deberían administrarse a través de un dispositivo venoso central, como por ejemplo un catéter central insertado de forma periférica (CCIP), un catéter percutáneo tunelizado o no tunelizado, o un reservorio implantado. Comparado con una vena periférica, una vena central proporciona más flujo sanguíneo en la punta del catéter, reduciendo el riesgo de lesionar la vena. No obstante, en caso de que se produzca una extravasación vesicante, el tejido dañado resultante puede ser extenso.

El líquido puede filtrarse por estos catéteres a consecuencia de una ruptura o fractura del mismo, del flujo retrógrado de líquido causado por una vaina de fibrina o por la presencia de un trombo alrededor del catéter, o debido al acceso inapropiado de un reservorio implantado.

En un número anterior de la revista explicaba cómo prevenir y tratar la extravasación en un catéter periférico; en este artículo describiré cómo prevenir la extravasación en un catéter central y cómo intervenir en caso de que se presente dicha complicación.

Prevenir la extravasación

Siga estos consejos para prevenir los problemas cuando perfunda un vesicante a través de un dispositivo venoso central.

- Debe conocer el tipo de catéter utilizado y saber en qué vena se ha insertado. Si se trata de un CCIP, normalmente se habrá insertado en la vena basilica en el brazo. La vena subclavia y la yugular interna suelen ser las de elección para otros catéteres venosos centrales. La inserción del catéter en la vena

subclavia implica que el catéter sea más propenso a romperse por la compresión de la clavícula y la primera costilla.

- Confirme la localización de la punta del catéter documentando los resultados de la radiografía de tórax realizada con posterioridad a la inserción del catéter. Si el

paciente se queja de oír una corriente o borboteos, debe sospecharse que la punta del catéter se ha desplazado de su posición original y hay que obtener una radiografía de tórax para determinar la posición actual. No utilice el catéter hasta que se confirme que está en la posición adecuada.

- Valore la longitud de la parte externa del catéter. El desplazamiento –cuando el catéter se mueve de su posición original fuera de la vena– cambiará la longitud externa y la localización de la punta. Aplique un apósito transparente de manera que pueda valorar si existe exceso de longitud del catéter exterior sin tener que retirar el apósito cada vez que proceda a la administración de una dosis de medicamento.

- Valore el punto de inserción para detectar drenaje, edema o eritema.
- Valore la extremidad, el tórax y el cuello para detectar signos de trombosis venosa.

- Aspire suavemente por el catéter para obtener un retorno venoso energético y flujo libre. No tire rápida y bruscamente del émbolo de

Si sospecha que una vaina de fibrina o un trombo están ocluyendo el catéter, obtenga un orden médica para realizar un procedimiento de descoagulación utilizando una pequeña dosis de un agente fibrinolítico.

la jeringa, porque dicha técnica puede impedir el retorno de la sangre. En caso de que no pueda aspirar sangre fácilmente, lave el catéter con 5 o 10 ml de solución de cloruro sódico al 0,9% y cambie la posición del paciente. Si aún no puede obtener retorno de la sangre, explíquelo

a su paciente que el tratamiento se deberá retrasar. No administre un fármaco vesicante a través del catéter hasta que se haya identificado y resuelto el problema.

- Sospeche siempre que puede haber compresión del catéter entre la clavícula y la primera costilla si el catéter se insertó por la vena subclavia, y si el paciente cambia de posición libera la obstrucción. Obtenga una radiografía de tórax para valorar si existe compresión del catéter.

- Asegúrese de informar al servicio de radiología sobre el motivo de la prueba, de manera que puedan colocar al paciente en una posición adecuada.

- En el caso de los puertos implantados, utilice una aguja con sistema antirreflujo del tamaño y longitud adecuadas para el acceso al dispositivo. Inspeccione la zona por si existe fuga de líquido y edema u otros signos de desplazamiento de la aguja. Retírela e introduzca una nueva aguja si lo considera necesario.

- Si sospecha que una vaina de fibrina o un trombo están ocluyendo

el catéter, obtenga una orden médica para realizar un procedimiento de descoagulación utilizando una pequeña dosis de un agente fibrinolítico. Si el procedimiento permite eliminar la obstrucción y obtiene reflujo de sangre, proceda a la administración del vesicante. En caso de que no pueda obtener reflujo de sangre, prepare al paciente para una prueba radiológica con contraste.

- Utilice un apósito transparente para mantener visible el punto de inserción.
- Después de confirmar la posición correcta del catéter, inicie la perfusión del vesicante. Si lo administra en bolo, utilice la conexión en "Y" de la vía por la que se está perfundiendo solución de cloruro sódico al 0,9%.
- Observe con frecuencia el punto de inserción por si presenta fugas, eritema y edema. Explique al paciente que debe informar de cualquier tipo de molestia durante la perfusión.
- Después de haber completado la perfusión, perfunda o inyecte varios mililitros de solución de cloruro sódico al 0,9% para eliminar los restos de medicación del catéter.

Tratar la extravasación

La extravasación en el lugar en el que se ha insertado un catéter central puede resultar en una afectación extensa y grave con necesidad de cirugía reconstructiva. Siga estas guías si observa o sospecha extravasación.

- Detenga de inmediato la perfusión si detecta el primer signo de un problema.
- Desconecte el equipo de la conexión del catéter y retire todo el líquido de la luz del catéter aspirando.
- Puede ser necesario un examen radiológico de contraste para determinar la naturaleza exacta del problema (p. ej., flujo retrógrado del líquido perfundido o rotura del catéter).
- Si el examen confirma uno de estos problemas, deberá retirarse de inmediato.
- Si está utilizando un puerto implantado, aspire el fármaco residual con la aguja de acceso. Utilice esta aguja para inyectar el antídoto si así está indicado en el protocolo de su institución.
- Si el paciente es portador de un puerto implantado y no puede aspirar el fármaco residual del acceso del puerto, retire la aguja. Inserte

una aguja normal estéril en el acceso para aspirar la cantidad residual.

- Para otro tipo de catéter venoso central, inserte la aguja en el tejido subcutáneo que rodea el punto de inserción y aspire la cantidad residual de fármaco de dicha zona.
- Inyecte el antídoto en la zona subcutánea si está indicado.
- Aplique calor o frío siguiendo las indicaciones del fármaco vesicante. La aplicación de calor está indicada para los alcaloides de la vinca y para las epipodofilotoxinas. En el caso de líquidos hipertónicos es preferible la aplicación de frío.
- Valore la necesidad de un acceso vascular en el paciente. Prepare al paciente para la inserción de un nuevo catéter si está indicado.

Al comprender el proceso de extravasación, usted puede actuar de forma apropiada para minimizar la lesión tisular o, aún mejor, para prevenir que se produzca. **U**

BIBLIOGRAFÍA SELECCIONADA

Brown K, et al: *Chemotherapy and Biotherapy: Guidelines and Recommendations for Practice*, Pittsburgh, Pa., Oncology Nursing Society, 2001.

Hadaway L. "I.V. Infiltration: Not Just a Pheripheral Problem", *Nursing* 2002. 32(8):36-42, agosto 2002.

Lynn C. Hadaway es presidente de Hadaway Associates, Inc., en Milner, Ga., Estados Unidos.

Enfermería Clínica

La publicación de referencia en investigación
y más útil para la práctica cotidiana



Infórmese de las ofertas vigentes en el teléfono **900 345 345** (llamada gratuita)

www.doyma.es/enfermeriaclinica