

Protocolo de Canalización Vía Periférica en Neonatos

Protocolo	B24-7.1-PRT-002-V2
Servicio	Neonatos
Fecha de entrega	21/05/2018
Destinatario	Unidad de Neonatología y Urgencias pediátricas

Control de modificaciones		
Descripción	Nº de versión	Fecha de edición
Creación: MARIA LUISA VILLAR LUJÁN MARIA CARMEN ÁLVAREZ ANGUITA VIRGINIA GALLEGO PEREA	(1)	30/04/2010
Modificación: COMISIÓN DE INFECCIONES MARIA CARMEN ÁLVAREZ ANGUITA	(2)	8/02/2018

Revisado:	Comisión de Infecciones	Aprobado	Paloma Pérez Serrano
Fecha:	09/04/2018	Fecha:	14/05/2018

Este documento es propiedad del Hospital Universitario Infanta Cristina.
Queda prohibida su copia o reproducción, tanto total como parcial, sin el consentimiento expreso del propietario.
ATENCIÓN: Toda copia NO CONTROLADA de este documento puede estar OBSOLETA

Índice del contenido

1	OBJETIVO.....	3
2	ALCANCE	3
3	DEFINICIONES.....	3
4	REALIZACIÓN.....	4
5	REGISTROS.....	8
6	DOCUMENTACIÓN ADICIONAL.....	8
7	ANEXOS.....	10
8	CONTROL DE CAMBIOS	17

Este documento es propiedad del Hospital Universitario Infanta Cristina.
Queda prohibida su copia o reproducción, tanto total como parcial, sin el consentimiento expreso del propietario.
ATENCIÓN: Toda copia NO CONTROLADA de este documento puede estar OBSOLETA

1 OBJETIVO

La cateterización venosa periférica consiste en la inserción de un catéter de corta longitud en una vena superficial con fines diagnósticos y/o terapéuticos.

Se trata de una técnica con la que los enfermeros están muy familiarizados ya que se utiliza con mucha frecuencia en cualquier unidad de hospitalización.

Los catéteres periféricos cortos (Abbocath) más utilizados en neonatología son los nº 24 y 26.

Está indicado entre otras en las siguientes situaciones.

Situaciones Diagnósticas:

- Obtención de muestras de sangre.

Situaciones Terapéuticas:

- RNT sin patología de riesgo importante.
 - Perfusión que se prevea de muy corta duración.
 - Transfusiones.
 - Administración de medicación.
 - Infusión de soluciones con osmolaridad menor de 600-800 miliosmoles por litro (nutrición parenteral, dextrosas...)
- Dotar a los profesionales de enfermería de una guía de estrategias para la canalización y mantenimiento de una vía venosa periférica, unificando los criterios de actuación.
 - Disponer de un CVP con fines terapéuticos y/o diagnósticos y en caso de emergencia.
 - Disminuir la infección nosocomial y las complicaciones derivadas de la cateterización venosa periférica.
 - Mejorar la seguridad del paciente portador de CVP
 - Disminuir la ansiedad del paciente y/o familia.

2 ALCANCE

Todo el personal sanitario de la unidad de neonatos, urgencias pediátricas y unidad de hospitalización de maternidad y pediatría implicado en la atención directa de pacientes neonatos (0-28días)

3 DEFINICIONES

Caterización venosa periférica consiste en la inserción de un catéter de corta longitud en una vena superficial con fines diagnósticos y/o terapéuticos.

Cateter periférico corto es un tubo delgado y flexible que se inserta en una vena periférica. Normalmente, se inserta en la parte inferior del brazo o la parte posterior de la mano. Se usa para

Este documento es propiedad del Hospital Universitario Infanta Cristina.

Queda prohibida su copia o reproducción, tanto total como parcial, sin el consentimiento expreso del propietario.

ATENCIÓN: Toda copia NO CONTROLADA de este documento puede estar OBSOLETA

administrar líquidos, transfusiones de sangre, quimioterapia y otros medicamentos por vía intravenosa.

Técnica de presión positiva: que consiste en cerrar la llave de tres pasos o pinza de alargadera mientras se introduce el suero para evitar restos sanguíneos en la punta del catéter.

Escala de Maddox Escala visual de valoración de flebitis (anexo VII)

4 REALIZACIÓN

-El procedimiento se realizará bajo una buena iluminación y con el equipo adecuado. Si se precisa, se puede utilizar un transluminador (**anexo IV**).

-Es importante mantener caliente al recién nacido, realizando la técnica dentro de la incubadora o en una cuna térmica si es posible.

-Hay que procurar colocar al RN en una postura cómoda y que no le produzca excesivas molestias.

-Si se realiza la canalización después de la toma, es probable que el RN se muestre menos irritable que si tiene hambre.

-Se recomienda utilizar la succión no nutritiva (dedo) junto con una dilución de sacarosa (azúcar común) al 24% como analgesia (**anexos V y VI**).

RECURSOS HUMANOS

1 Enfermera de la unidad de Neonatos.

1 Auxiliar de enfermería de la unidad de Neonatos.

RECURSOS MATERIALES

- Mesa auxiliar.
- Guantes no estériles.
- Antiséptico: Clorhexidina alcohólica o acuosa al 2 % en RNT o al 0,5% en RNPT \leq 32 semanas de gestación.
- Gasas no estériles.
- Compresor.
- Catéter venoso periférico nº 24-26.
- Apósito transparente estéril.
- Tiras adhesivas estériles de 60mm x 100mm
- Celulosa para almohadillar.
- Alargadera.
- Tapón antirreflujo.
- Jeringas de 1 ml y 2 ml.
- Sacarosa diluida al 24% (**un sobre de 8gr en 33cc de agua estéril**)(anexo V).
- Transluminador.
- Férula adecuada si precisa.

Este documento es propiedad del Hospital Universitario Infanta Cristina.

Queda prohibida su copia o reproducción, tanto total como parcial, sin el consentimiento expreso del propietario.

ATENCIÓN: Toda copia NO CONTROLADA de este documento puede estar OBSOLETA

- Material de rasurado (maquinilla) si precisa.
- Suero Fisiológico en monodosis.
- Suero prescrito, si precisa.
- Tubos de analítica y etiquetas de identificación, si precisa.
- Contenedor de material punzante.

PROCEDIMIENTO

La técnica se realizará en la propia unidad.

1. Identificar al RN. Informar a los padres del procedimiento y de su necesidad. Si los padres son colaboradores y la situación no lo impide, pueden permanecer junto al neonato durante el procedimiento.
2. Preparar el material y ponerlo al alcance.
3. Colocar al neonato en cuna térmica en posición cómoda y con contención adecuada, y con buena iluminación.
4. Localizar la vena a puncionar, preferentemente en extremidades superiores, de distal a proximal. Evitar las flexuras por mayor riesgo de flebitis mecánicas (**anexo II**). Si la vena fuese del cuero cabelludo se rasurará con maquinilla eléctrica, previo consentimiento de los padres. Usar el transluminador si fuese necesario
5. Administrar sacarosa diluida por vía oral o sonda enteral, según el peso de RN 2 minutos antes (**anexo VI**).
6. Lavado higiénico de manos las manos con jabón antiséptico o clorhexidina alcohólica 2% (**categoría IA de CDC**). (**Anexo I**)
7. Colocarse los guantes no estériles
8. Desinfectar la piel con el antiséptico elegido (**anexo IX**) realizando círculos de dentro a fuera y dejándolo actuar el tiempo necesario (**categoría IA**).
9. Colocar el compresor por encima de la vena elegida. En las venas del cuello y de la cabeza que se ingurgitarán cuando llora el lactante
10. Estirar la piel para fijar la vena. No volver a palpar el punto de punción tras la desinfección, si fuese necesario palpar de nuevo hay que desinfectar y esperar el tiempo de actuación nuevamente o bien palpar con guantes estériles
11. Introducir un catéter del tamaño adecuado (menor tamaño posible) con el bisel hacia arriba, al refluir la sangre, retirar el fiador y desechar.
12. Debe usarse una aguja o catéter nuevo por cada intento de venopunción.
13. Extraer muestras para laboratorio si procede.
14. Retirar el compresor.
15. Colocar alargadera purgada con suero fisiológico y cerrada con tapón antirreflujo.
16. Comprobar la permeabilidad del catéter inyectando suero fisiológico despacio y con una jeringa de 2.5 ml.
17. Fijar el catéter con varias tiras adhesivas cortadas a medida y sin tapar el punto de punción y sin realizar corbata (**anexo III**).
18. Colocar una almohadilla de celulosa bajo el cono del catéter para evitar lesiones (**anexo III**).
19. Cubrir el lugar de inserción con apósito transparente estéril (**anexo III**).

Este documento es propiedad del Hospital Universitario Infanta Cristina.

Queda prohibida su copia o reproducción, tanto total como parcial, sin el consentimiento expreso del propietario.

ATENCIÓN: Toda copia NO CONTROLADA de este documento puede estar OBSOLETA

20. Conectar el sistema de suero purgado previamente si requiere perfusión continua usando para ello bombas de perfusión con límites de presión (70-150mmhg) o bien salinizar con ssf realizando la TÉCNICA DE PRESIÓN POSITIVA que consiste en cerrar la llave de tres pasos o pinzar de alargadera mientras se introduce el suero para evitar restos sanguíneos en la punta del catéter.
21. Colocar la fecha de inserción en el apósito de manera visible.
22. Colocar férula con malla o venda elástica si precisa.
23. Recoger el material sobrante
24. Retirarse los guantes y lavarse las manos.
25. Registrar la actividad en el formulario de Selene (Fecha de inserción del catéter. • Lugar de inserción. • Tipo de catéter y calibre del mismo. • Incidencias en la inserción, si procede).

CUIDADOS DE ENFERMERÍA / MANTENIMIENTO

- Lavar el catéter siempre después de cada uso. Si no se usa por un espacio de tiempo, irrigar cada 8 horas (1 vez en el turno). Usar 1 ó 2 cc de suero salino de ampolla monodosis (según alargaderas y llaves de 3 pasos que porte)(categoría IB). Realizar TECNICA DE PRESIÓN POSITIVA: Cerrar la llave de tres pasos o pinza de alargadera mientras se introduce el suero para evitar restos sanguíneos en la punta del catéter
- Evaluar el sitio de inserción del catéter en cada turno por inspección visual si se utiliza un apósito transparente (categoría II) ESCALA DE MADDOX (**Anexo VII**)
Si hay signos de flebitis se retira el catéter.
En cualquier caso, el apósito estéril transparente completo se cambiará cada 7 días y el de gasa cada 2 días desinfectando el punto de inserción. También habrá que cambiar el apósito si está mojado, levantado o visiblemente sucio (categoría IB).
- Cambiar los sistemas de infusión, tapones o válvulas, llave de tres pasos y alargaderas cada 96 h (categoría IA) y, en el caso de infusión de Propofol cada 6 – 12 h(categoría IA). NPT o soluciones lipídicas c/ 24h, y sistemas de hemoderivados un sólo uso (categoría IB).
- Desinfección de las válvulas con solución antiséptica (clorhexidina alcohólica o acuosa 2 %, alcohol al 70 % o povidona yodada al 10 %) SIEMPRE antes de acceder al sistema, para minimizar el riesgo de infección (Categoría IA) Povidona yodada contraindicada de forma habitual en pediatría por su toxicidad
- Evitar desconexiones innecesarias, para prevenir el riesgo de infección.
- Según las últimas recomendaciones NO se contempla la necesidad del recambio de catéteres periféricos de forma sistematizada, salvo síntomas de flebitis o extravasación (Cat. IB).
- Retirar el catéter venoso tan pronto como deje de ser necesario (categoría IA).

Este documento es propiedad del Hospital Universitario Infanta Cristina.

Queda prohibida su copia o reproducción, tanto total como parcial, sin el consentimiento expreso del propietario.

ATENCIÓN: Toda copia NO CONTROLADA de este documento puede estar OBSOLETA

- Si el catéter venoso ha sido canalizado sin seguir el protocolo, por una situación de emergencia, retirar en un tiempo máximo de 24 h. (categoría II).
- En caso de obstrucción, no empujar el coágulo al torrente sanguíneo. Aspirar suavemente con una jeringa de 2 cc con suero salino, y en caso de no resolverse, cambiar el catéter.
- Para la retirada del catéter aplicar antiséptico, dejándolo secar y colocando apósito oclusivo.

COMPLICACIONES

Pueden ser locales o sistémicas:

- **Flebitis química o mecánica.** Inflamación de la vena, con dolor, rubor y tumefacción de la zona canalizada. Reacción del tejido venoso a una lesión, irritación o colonización bacteriana. Se evitará eligiendo venas del calibre adecuado y evitando zonas de fricción. Tratamiento: frío local y elevación de I miembro.
- **Obstrucción.** Desaparición de la luz del conducto intraluminal del catéter por adherencias en la pared del mismo. Se evitará irrigando rutinariamente el catéter en la forma indicada con la técnica de presión positiva.
- **Extravasación.** Produce tumefacción, dolor, edema y se define como la salida de líquido profundido hacia los tejidos periféricos de la vena canalizada. Se evitará manteniendo un flujo de goteo adecuado al calibre de la vena y vigilando el punto de inserción. Además se fijaran límites en la bomba de infusión. Tratamiento: aspiración a través del catéter y elevación del miembro, evitar vendaje.
- **Salida del catéter.** Se evitará fijando firmemente el catéter y colocando férulas, sobre todo en pacientes poco colaboradores, con agitación o niños pequeños.
- **Perforación del catéter.** Pérdida de continuidad del catéter provocando la salida del líquido a profundir al exterior.
- **Rotura del catéter.** Se produce normalmente por una deficiente manipulación del sistema en la canalización. Para evitarlo, una vez retirada la aguja de la cánula no debe volverse a introducir.
- **Necrosis tisular o quemadura** producidas por el uso de algunas sustancias (gluconato cálcico al 10% por ej.) o de líquidos con una osmolaridad inadecuada para una vía periférica. Para evitar esta complicación, será imprescindible tener en cuenta la normas básicas de los “5 correctos”:

Este documento es propiedad del Hospital Universitario Infanta Cristina.

Queda prohibida su copia o reproducción, tanto total como parcial, sin el consentimiento expreso del propietario.

ATENCIÓN: Toda copia NO CONTROLADA de este documento puede estar OBSOLETA

1. **Fármaco correcto.**
2. **Dosis correcta.**
3. **Ritmo correcto.**
4. **Vía correcta.**
5. **Paciente correcto**

- **Infección local o generalizada (sepsis).** Invasión con éxito, establecimiento y crecimiento de microorganismos en los tejidos del huésped. Se evitará desinfectando convenientemente la piel en el momento de la inserción y manteniendo en todo momento la asepsia en los procedimientos relacionados. No descuidar el lavado de manos y el uso de guantes en cada manipulación.

5 REGISTROS

- Registrar realización de la actividad en el formulario de Selene: fecha de inserción del catéter, lugar de inserción , tipo de catéter y calibre del mismo, incidencias en la inserción.
- Registrar escala de MADDOX POR TURNO

6 DOCUMENTACIÓN ADICIONAL: BIBLIOGRAFÍA

- Protocolo de canalización de VVP en pediatría, año 2009, Hospital Infanta Cristina de Parla.
- Protocolo de accesos vasculares, Revisión 2007, Hospital Severo Ochoa de Leganés.
- Pastor Rodríguez, JD., Cotes Teruel, MI., Mellado, JE., López García, V., Jara Cárcelos, J., Ortiz González, MJ.: Gluconato cálcico 10% endovenoso: Cuidados de las vías de infusión en prematuros.
- Revista electrónica “Enfermería global” Febrero 2009, Unidad de cuidados intensivos neonatales Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.
-
- JBI Manejo de los dispositivos intravasculares periféricos Best Practice 12 (5) 2008.
-
- Stevens B, Yamada J, Ohlsson A. Sucrosa para la analgesia en recién nacidos sometidos a procedimientos dolorosos (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)
-
- Cateterización intravenosa periférica, www.enferurg.com

Este documento es propiedad del Hospital Universitario Infanta Cristina.

Queda prohibida su copia o reproducción, tanto total como parcial, sin el consentimiento expreso del propietario.

ATENCIÓN: Toda copia NO CONTROLADA de este documento puede estar OBSOLETA

- www.garrahan.gov.ar/PDFS/gap_historico/GAP2009-USO-DE-BOMBAS-VERSION-IMPRESA.pdf Página 25
- Actualización Enfermera en Accesos Vasculares y Terapia Intravenosa. http://www.asociaciondeenfermeriaeti.com/pdfs/manual_completo.pdf
- Recomendaciones para la prevención de infecciones intravasculares relacionadas con catéter. 2011. Disponible en: <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/guidelines/bsi-guidelines-2011.pdf>
- Curso de formación de Ciudadanos de Enfermería en Accesos Venosos.
- Protocolo CODEM Cuidados en la inserción, mantenimiento y retirada del catéter venoso periférico 2017
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA PREVENTIVA, SALUD PUBLICA E HIGIENE. GUIA UTILIZACION DE ANTISEPTICOS. <http://www.sempsph.com/es/documentos-sempsph/higiene-hospitalaria/article/117080-guia-de-utilizacion-de-antisepticos>
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA PREVENTIVA, SALUD PUBLICA E HIGIENE. GUIA UTILIZACION DE ANTISEPTICOS. <http://www.sempsph.com/es/documentos-sempsph/higiene-hospitalaria/article/117080-guia-de-utilizacion-de-antisepticos>
- <http://laenfermerianeonatal.blogspot.com.es/2013/06/la-clorhexidina-como-antiseptico.html>
- http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752017000100012

Este documento es propiedad del Hospital Universitario Infanta Cristina.
Queda prohibida su copia o reproducción, tanto total como parcial, sin el consentimiento expreso del propietario.
ATENCIÓN: Toda copia NO CONTROLADA de este documento puede estar OBSOLETA

Cartel expuesto en unidades de hospitalización

Cuidados y mantenimiento de la vía periférica




- 1.- Higiene de manos adecuada y uso de guantes
- 2.- Elegir menor calibre del catéter posible, preferentemente en MMSS y brazo no dominante **evitando flexuras**
- 3.- Apósito **transparente** si limpio mantener 7 días o s/p. De **gasa** cambiar c/48h o s/p
- 4.- Cambio de vía si flebitis, extravasación o s/p. Vigilar el punto de punción en cada turno
5. Siempre utilizar **llaves de 3 pasos con alargadera y tapones antirreflujo**
- 6.- Cambiar sistemas, tapones y llaves no antes de **96h** ni después de **7días**
- 7.- No realizar corbatas, manteniendo siempre **visible** el punto de punción
- 8.- Limpiar conexiones con **clorhexidina alcohólica 2%** antes de cada uso
- 9.- Lavar con suero fisiológico tras cada uso o por turno con **Técnica de presión Positiva**
- 10.- Retirar vías innecesarias y aplicar antiséptico en la retirada
- 11.- Registrar en SELENE (inserción y en cada turno-MADDOX)

7 ANEXOS

ANEXO I

RECOMENDACIONES DEL CDC PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES ASOCIADA A CATÉTERES

El Center for Disease Control and Prevention (CDC) es el centro de control e investigación de Atlanta que tiene gran relevancia a nivel internacional, ya que marca las pautas a seguir en lo referente al uso adecuado de accesos vasculares y la prevención de complicaciones potenciales. Sus recomendaciones tienen varias categorías dependiendo de la evidencia científica en la que se basen.

CATEGORÍA IA. Fuertemente recomendada para la implantación y fuertemente sustentada por estudios experimentales, clínicos o epidemiológicos bien diseñados.

Este documento es propiedad del Hospital Universitario Infanta Cristina.
Queda prohibida su copia o reproducción, tanto total como parcial, sin el consentimiento expreso del propietario.
ATENCIÓN: Toda copia NO CONTROLADA de este documento puede estar OBSOLETA

CATEGORÍA IB. Fuertemente recomendada para la implantación y sustentada por algunos estudios experimentales, clínicos o epidemiológicos, así como por un sólido razonamiento teórico.

CATEGORÍA IC. Requerida por las reglamentaciones, normas o estándares estatales o federales en USA.

CATEGORÍA II. Sugerida para la implantación y sustentada por estudios sugestivos clínicos o epidemiológicos, o por algún razonamiento teórico.

SIN RECOMENDACIÓN. Representa un punto controvertido, en el que no existen pruebas suficientes, ni consenso en cuanto a la eficacia.

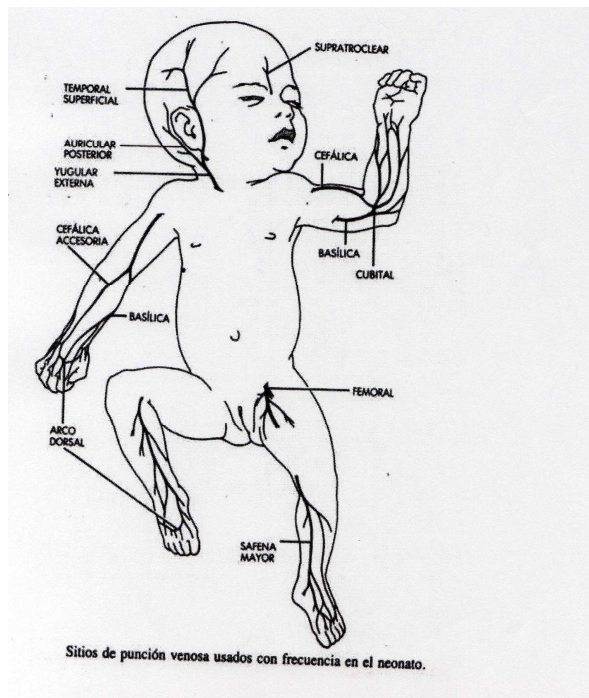
ANEXO II

Vías de acceso más frecuentes en neonatos:

- Venas del dorso de la mano y del dorso del pie.
- Venas de la fosa antecubital:
 - basílica.
 - cefálica.
 - Cubital media

- Vena axilar.
- Venas temporales superficiales y retroauriculares.
- Vena safena interna.
- Vena maleolar.
- Vena yugular externa (como última alternativa).

Este documento es propiedad del Hospital Universitario Infanta Cristina.
Queda prohibida su copia o reproducción, tanto total como parcial, sin el consentimiento expreso del propietario.
ATENCIÓN: Toda copia NO CONTROLADA de este documento puede estar OBSOLETA



ANEXO III

Material



Este documento es propiedad del Hospital Universitario Infanta Cristina.
Queda prohibida su copia o reproducción, tanto total como parcial, sin el consentimiento expreso del propietario.
ATENCIÓN: Toda copia NO CONTROLADA de este documento puede estar OBSOLETA

Fijación



ANEXO IV

En nuestra unidad disponemos del transiluminador WEE SIGHT de Children's Medical Ventures. Es un aparato que produce una luz LED que ayuda a ver las venas más pequeñas de las extremidades de un recién nacido.

No produce calor por lo que es seguro aún para las pieles más delicadas.

Además, su forma y pequeño tamaño permiten un apoyo fácil de la extremidad sobre el aparato para una buena visualización de las venas.

Este documento es propiedad del Hospital Universitario Infanta Cristina.

Queda prohibida su copia o reproducción, tanto total como parcial, sin el consentimiento expreso del propietario.

ATENCIÓN: Toda copia NO CONTROLADA de este documento puede estar OBSOLETA



ANEXO V

CONCLUSIONES DE LOS AUTORES DE UN ESTUDIO SOBRE LA SUCROSA (AZUCAR COMÚN) PARA LA ANALGESIA EN RECIÉN NACIDOS SOMETIDOS A PROCEDIMIENTOS (Biblioteca Cochrane Plus)

Esta revisión indica que la sucrosa reduce el dolor producido por procedimientos como el pinchazo con lanceta en el talón y la venopunción en neonatos, con efectos secundarios mínimos o bien nulos.

Se ha publicado que el uso de dosis muy bajas de sucrosa al 24% (de 0,01 a 0,02 g) es eficaz para la reducción del dolor en recién nacidos de muy bajo peso al nacer, aunque el uso de dosis más elevadas (de 0,24 a 0,50 g) reduce la proporción del tiempo de llanto en recién nacidos a término sometidos a un procedimiento doloroso.

El rango de dosis para aliviar el dolor debido a procedimientos en los recién nacidos se identificó entre 0,012 y 0,12 g (de 0,05 ml a 0,5 de solución al 24%) de sucrosa.

Sobre la base de estos resultados, se recomienda el uso sistemático de sucrosa (entre 0,012 y 0,12 g administrados aproximadamente dos minutos antes de un único pinchazo en el talón con lanceta y una única venopunción) para el alivio del dolor en los recién nacidos.

Sin embargo, dado que las puntuaciones compuestas sobre dolor sólo se redujeron en un promedio del 20%, también se recomendaría que se tenga en cuenta la administración de sucrosa combinada con otros métodos para reducir significativamente o eliminar el dolor en esta población.

El artículo se puede ver en su totalidad en el siguiente enlace:

<http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD001069>

Este documento es propiedad del Hospital Universitario Infanta Cristina.

Queda prohibida su copia o reproducción, tanto total como parcial, sin el consentimiento expreso del propietario.

ATENCIÓN: Toda copia NO CONTROLADA de este documento puede estar OBSOLETA

ANEXO VI

UTILIZACIÓN DE LA SACAROSA COMO ANALGÉSICO EN RECIÉN NACIDOS

INTRODUCCION

La administración de sacarosa, asociada a una succión no nutritiva (chupete) por vía oral o sonda nasogástrica en neonatos, es el método de sedoanalgesia no farmacológico más estudiado en la actualidad.

Se piensa que su efecto analgésico está mediado por la liberación de neurotransmisores opioides endógenos como las betaendorfinas.

Se considera eficaz en recién nacidos hasta los 6 meses.

OBJETIVOS

Disminuir el dolor producido por procedimientos menores habituales en neonatología tales como: punciones venosas, arteriales, lumbares, del talón..., colocación de sondas, examen de fondo de ojo...

No olvidar que el dolor no tratado y el estrés pueden tener efectos perjudiciales a corto y largo plazo.

RECURSOS MATERIALES:

- 8gr de sacarosa
- 33ml de agua destilada

Con esto se obtiene una solución al 24 %.

ADMINISTRACIÓN

Dar 2min antes de iniciar el procedimiento. Se recomienda asociar a succión no nutritiva.

No utilizar como apaciguador del hambre.

Registrar siempre en la gráfica.

DOSIS RECOMENDADA

Se calcula según el peso:

< 1000gr	⇒	0,05ml
1000gr - 1500gr	⇒	0,1ml
> 1500gr	⇒	0,2ml hasta 0,5m

Se pueden repetir varias dosis a lo largo del día.

CONSERVACIÓN

Conservar en nevera y desechar al cabo de 24h.

Este documento es propiedad del Hospital Universitario Infanta Cristina.

Queda prohibida su copia o reproducción, tanto total como parcial, sin el consentimiento expreso del propietario.

ATENCIÓN: Toda copia NO CONTROLADA de este documento puede estar OBSOLETA

ANEXO VI:

Lavado higiénico de manos. Lavado de manos con agua y jabón antiséptico, al menos durante 20 seg. Secar con toalla de papel desechable y cerrar el grifo usando la misma toalla, evitando el contacto de las manos con el grifo. Cuando no es posible acceder a lavado de manos higiénico, se puede sustituir por la aplicación de solución hidroalcohólica.

El uso de guantes no significa que no se deban lavar las manos (Cat. IA).



ANEXO VII: ESCALA DE MADDOX

0	Sin dolor, sin eritema, hinchazón, ni cordón palpable en la zona de punción	NO signos de flebitis OBSERVE punto de inserción
1	Zona de punción dolorosa sin eritema, hinchazón, ni cordón palpable en la zona de punción	Posible signo de flebitis. OBSERVE punto de inserción
2	Zona de punción dolorosa con eritema y/o hinchazón sin cordón palpable en la zona de punción	Inicio de flebitis. RETIRE el catéter.
3	Zona de punción dolorosa con eritema, hinchazón, endurecimiento o cordón venoso palpable <de 6 cm por encima del sitio de inserción.	Etapa media de flebitis. RETIRE catéter y valore tratamiento.
4	Zona de punción sensible con eritema, hinchazón, endurecimiento, cordón venoso palpable >de 6 cm por encima del sitio de inserción y/o purulencia	Avanzado estado de flebitis. RETIRE catéter y valore tratamiento
5	Trombosis venosa franca con todos los signos anteriores y dificultad o detención de la perfusión	Trombolebitis. RETIRE catéter e inicie tratamiento.

Este documento es propiedad del Hospital Universitario Infanta Cristina.

Queda prohibida su copia o reproducción, tanto total como parcial, sin el consentimiento expreso del propietario.

ATENCIÓN: Toda copia NO CONTROLADA de este documento puede estar OBSOLETA

ANEXO VIII

Selección de apósito

- Utilizar apósito estéril de gasa o transparente (Categoría IA) (5).
- Utilizar apósito de gasa, preferiblemente, si el paciente presenta exceso de sudoración o sangrado (Categoría II) (5).
- Los apósitos transparentes permiten una inspección visual continua de la zona de inserción (4).
- No hay evidencia de que el riesgo de infección asociado al catéter sea diferente entre ambos tipos de apósitos (6)

ANEXO IX

- Solución alcohólica de clorhexidina 2% 30 segundos
- Solución acuosa de clorhexidina 2 minutos
- Povidona yodada 10% 2 minutos
- Alcohol al 70% Seca rápidamente. Bactericida solo al aplicarlo. Puede secar excesivamente la piel.

8 CONTROL DE CAMBIOS

CUADRO DE CONTROL DE CAMBIOS				
CÓDIGO	VERSIÓN	FECHA 1ª ED.	FECHA ÚLTIMA ED.	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS
PCE PT 079	1	1/4/2010		Elaboración inicial del documento
B24-7.1-PRT-002-V2	2	8/02/2018		Actualización del protocolo

Este documento es propiedad del Hospital Universitario Infanta Cristina.
Queda prohibida su copia o reproducción, tanto total como parcial, sin el consentimiento expreso del propietario.
ATENCIÓN: Toda copia NO CONTROLADA de este documento puede estar OBSOLETA