

7 CLAVES CANALIZACIÓN ARTERIAL EN NEONATOLOGÍA



- ▶ Menor tiempo de trabajo final.
- ▶ Disminución del número de intentos.
- ▶ Reducción de las tasas de yatrogenia y morbimortalidad.
- ▶ Previa a la canalización para valorar la anatomía vascular, durante la técnica y tras la canalización para valorar la correcta colocación de la punta del catéter.
- ▶ Sondas de alta frecuencia (10-12 MHz)



- ▶ El acceso arterial periférico más recomendado será la arteria radial.
- ▶ El acceso arterial central más recomendado será la arteria femoral.



- ▶ Decúbito supino con el brazo en abducción parcial.
- ▶ Ligera extensión de la mano.
- ▶ No pinchar en una zona muy distal para permitir una mayor movilidad y comodidad del paciente.



- ▶ Si el operador es diestro: lado izquierdo del paciente mirando hacia la cabeza del mismo.
- ▶ Mano hábil para canular la arteria radial y mano izquierda sostiene la sonda ecográfica.
- ▶ Arteria derecha: el operador se posicionará a la cabecera del paciente para poder realizar el procedimiento con su mano hábil.
- ▶ Lo opuesto en el caso de operador zurdo.



- ▶ La vena subclavia es la más utilizada para controlar la infección, aunque hay que considerar más factores como las posibles complicaciones mecánicas. Cuando la vía subclavia está contraindicada, la elección entre la vena femoral o yugular interna deberá realizarse en función de la masa corporal del paciente.



- ▶ Edad, capital venoso o estado de las venas, comorbilidades (fístula A-V, mastectomía, etc.) y confort (lateralidad).



- ▶ Siempre que sea posible, realizar la punción ecoguiada, esto nos permitirá reducir el número de intentos de inserción, así como las posibles complicaciones mecánicas.