

MANIPULACIÓN Y SELLADO DE CATÉTER PORT A CATH EN UNIDAD DE URGENCIAS

AUTORÍA

INMACULADA MARTÍNEZ RECHE*
MAGDALENA INMACULADA ROJO CÁNOVAS*

*ENFERMERAS DEL SERVICIO DE
URGENCIAS, HOSPITAL RAFAEL MENDEZ DE LORCA
(MURCIA)

RESUMEN

En el servicio de urgencias de un hospital comarcal, a menudo nos encontramos con pacientes portadores de reservorio más conocido como Port a Cath, debido a que el acceso venoso para catéter periférico es muy dificultoso, por lo que el manejo, mantenimiento y sellado es muy importante para que no surjan complicaciones y siga siendo permeable para su utilización.

MATERIAL Y METODOS: Se lleva a cabo una revisión bibliográfica de artículos en base de datos de pubmed, medline y dialnet, libros relacionados y protocolos de varios hospitales para conocer los procedimientos estandarizados para información del personal sanitario.

CONCLUSION: Según la bibliografía revisada, la educación sanitaria tanto al paciente como al personal sanitario es necesario para evitar posibles complicaciones del reservorio subcutáneo.

PALABRAS CLAVE

reservorio, port a cath, acceso vascular

TITLE

HANDLING AND SEALING OF PORT A CATH
CATHETER IN EMERGENCY UNIT

ABSTRACT

In the emergency department of a community hospital, we often encounter patients reservoir known as Port a Cath, because peripheral venous access catheter is very difficult, so the operation, maintenance and sealing is important so that no complications arise and remains permeable for use.

MATERIAL AND METHODS : It conducts a literature review of articles on pubmed database, Medline and Dialnet, related books and several hospitals protocols for standardized procedures for health workforce information.

CONCLUSION : According to the literature review, health education, both the patient and medical personnel is necessary to avoid possible complications of subcutaneous reservoir.

KEY WORDS

reservoir port a cath, vascular access

INTRODUCCIÓN

Trabajamos en servicio de urgencias y en muchas ocasiones nos encontramos con pacientes portadores de reservorio. La necesidad de infundir sustancias terapéuticas de manera continuada, a grandes dosis, de forma repetitiva, de administrar fármacos muy irritantes, de realizar extracciones de muestras de sangre frecuentes, es decir, de acceder al sistema venoso de forma habitual y prolongada, es lo que ha llevado a buscar la forma de conseguirlo sin lesionar de forma reiterada al paciente ni a su sistema venoso.1 Esto se ha logrado hoy día mediante la instauración de sistemas de acceso venoso prolongado, comúnmente denominados “reservorios”, por ser unos dispositivos que tiene una cámara que actúa como tal. Su implante es quirúrgico, bajo anestesia local (en pacientes adultos). Pueden ser con cámara única o doble, con dos cámaras independientes. Posee puntos para sutura en los laterales de su base que permiten su anclaje, para evitar de este modo su torsión o desplazamiento. La cámara o reservorio generalmente se introduce subcutáneamente en la parte anterior del hemitórax, aunque pueden situarse en otras localizaciones anatómicas. A ella está conectado un catéter flexible, radiopaco, de silicona o poliuretano, de una o doble luz, que, tras un pequeño trayecto subcutáneo, se introduce en la vena, quedando su extremo distal alojado a nivel de la unión de la vena cava superior con la aurícula derecha.6 Los reservorios de doble vía son utilizados en general para:

- La administración simultánea de productos incompatibles
- Una vía para infusión continua y otra para administración en “bolus”
- Administración de volúmenes elevados en ambas vías a la vez
- Alternancia en los puntos de infusión 1

El Reservorio Venoso subcutáneo es un instrumento diseñado para permitir accesos repetidos al sistema vascular.

Consiste en términos generales, en un portal, parecido a un reloj de pulsera, que puede ser de acero inoxidable, titanio o poliéster.2

Normalmente se colocan en zona infraclavicular derecha o izquierda, en zona hipogástrica o antebrazo derecho o izquierdo3

Están indicados para pacientes:

- Administración de tratamientos citostáticos y otras medicaciones intravenosas. Sueroterapia.
- Transfusión de hemoderivados.
- Administración de Nutrición Parenteral Total.
- También están diseñados para extracciones sanguíneas, medición de PVC o en pacientes con acceso venoso periférico dificultoso.3

USO DEL RESERVORIO SUBCUTÁNEO

Tenemos que preparar el material necesario para la manipulación del reservorio, para lo que vamos a utilizar:

- Guantes estériles
- Gasas estériles
- Paño estéril
- Antiséptico (povidona yodada)
- Esparadrapo
- Jeringas: 10 cc
- Agujas: 25x8 IV y Gripper o Huber
- Suero Fisiológico: de 10cc ó 100cc
- Heparina Na. al 1%
- Apósitos estériles
- Obturador (con o sin látex)

Una vez todo preparado informamos al paciente del procedimiento que vamos a llevar a cabo, lo colocamos en posición correcta, decúbito supino, le decimos que se descubra la zona donde lleva reservorio y retire cualquier prenda u objeto que pueda interferir en el campo estéril que montaremos.

Realizamos lavado de manos (agua, jabón y cepillo), preparamos campo y material estéril, localizamos y palpamos la zona de punción y finalmente nos colocamos guantes estériles para comenzar la punción de reservorio.⁴

Procedimiento:

- 1. Desinfectar la zona de punción (en sentido circular de dentro hacia fuera)
- 2. Esperar a que se seque la zona
- 3. Purgar el equipo de extensión y la aguja Gripper
- 4. Inmovilizar el reservorio con los dedos de la mano no dominante
- 5. Introducir la aguja a través de la piel y perpendicular al reservorio, hasta tocar el fondo de la cámara
- 6. Comprobar permeabilidad, aspirando
- 7. Si es permeable, lavar con 10cc. de suero fisiológico heparinizado
- 8. Clampar el equipo de extensión y conectar el obturador
- 9. Asegurar la aguja Gripper a la piel con apósito estéril

Tenemos que examinar y palpar el reservorio y el conducto del catéter, y vigilar los síntomas de eritema, hinchazón o hipersensibilidad (indicación de fugas).

Conectamos el sistema de administración del fluido, y fijamos con esparadrapo y gasas las conexiones.^{6,7}

Cuando iniciamos la infusión de medicación, hay que irrigar minuciosamente con una solución adecuada, antes y después de cada infusión. para mantener la permeabilidad.

Al terminar la infusión, clampamos el equipo de extensión, desconectamos el sistema y colocamos

obturador. Colocamos jeringa, abrimos pinza e irrigamos con 5cc de suero fisiológico y después 10cc. de solución heparinizada. Cerramos la pinza del equipo de extensión mientras inyecta los últimos 0,5 ml, para establecer una barrera de heparina (presión positiva)

Cambiar aguja Gripper o Huber semanalmente y el apósito según protocolo, y si está sucio o húmedo.^{4,6}

MANTENIMIENTO Y SELLADO

Para llevar a cabo el sellado del reservorio procederemos al lavado de manos y retirada de gasas de protección. Preparamos suero heparinizado: 9cc de suero fisiológico y 1cc de heparina Na. al 1%. Nos ponemos guantes estériles y limpiamos con povidona yodada el obturador o el terminal del catéter. Introducimos 5cc de la solución de salino heparinizado por cada vía del catéter. Antes de retirar la aguja del tapón, pinzar el catéter para prevenir el reflujo sanguíneo y la formación de coágulos. Extraemos la aguja del tapón y protegemos con apósito estéril. El sellado se realizará tras ser utilizado, y si no va a ser usado durante un tiempo. Si la vía sellada no se utiliza, repetir el «sellado» semanalmente. En el caso de tratarse de un reservorio bicameral, se repetirá el procedimiento con la segunda cámara.³ Anotar procedimiento realizado en registro de enfermería.

ANOTACIONES CURIOSAS

- Si están solicitados hemocultivos, se extraerán muestras de cada cámara y de vía periférica, señalando en la muestra a que vía pertenece. No es necesario desechar los 10 cc. aunque la sangre vaya diluida.³
- Comprobar que el catéter refluye antes de comenzar la perfusión de soluciones, sobre todo en el caso de ser muy irritantes, (por ejemplo: citostáticos).³
- En casos de obstrucción, aspirar hasta resolver el problema, “NUNCA” presionar hacia dentro.²
- Es importante tener en cuenta que la heparina evita que la sangre se coagule, pero no disuelve los coágulos que ya se han producido.²
- Si la obstrucción es por un coágulo y no se resuelve se puede utilizar una solución de UROKINASA_ (5.000 a 10.000 U.I./cc) siempre bajo prescripción médica y hospital.^{2,5}
- En niños el sellado consiste en la inyección de 3 ml. suero salino heparinizado a una concentración de 20 U.I./ml. (1 ml. de Hep Na 1% en 50 ml. de SSF) previo lavado con 3 ml. de SSF.

BIBLIOGRAFÍA

1. Corella Calatayud, J.M. Fuster Diana, C. Vázquez Prado, A. Corella Mas, J.M. Galbis Caravajal, J.M. Mas Vila, T. Rabadán Hontangas, R. Corella Mas, L. Roig Vila, J.V. Rodríguez Miquel, V. Silvestre Alcaide, M. Vázquez Tarragón, A. Roig Revert, P.

Canelles Corell, E. Hernández Sanruperto, F. Carrillo de Albornoz, G. Reservorios, acceso venoso de larga duracion. Abordaje y complicaciones. Con la colaboracion del Hospital General Universitario de Valencia.

2. Protocolo reservorio venoso, uso y mantenimiento "port a cath". Comision de calidad de enfermeria. Distrito metropolitano de Granada. Servicio andaluz de salud. Julio 2008.

3. C.C. Rafael; D.C. Graciela, F.C. Ana; M.M. Rosana; D.R. M^oRosa; Q.G. Carmen. C ateter venoso central con reservorio subcutaneo. Caracterisicas, cuidados, manejo y mantenimiento.

4. Accesos venosos centrales , Guía Hospital Universitario Reina Sofía. Guía de Cuidados Accesos venosos centrales. Córdoba: Servicio Andaluz de Salud; 1999.

5. <http://www.asociaciondeenfermeriaeti.com>