

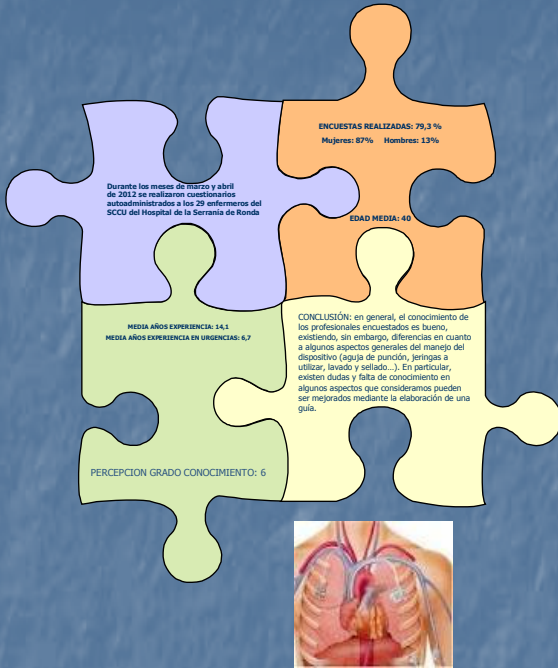


MANEJO DE RESERVORIOS VENOSOS SUBCUTÁNEOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS



García Gil, M. Belén; Moreno Montilla, M. Rosario; Enfermeras SCCU del Hospital de la Serranía de Ronda, Málaga

En los servicios de urgencias hospitalarios, una de las actividades enfermeras más frecuentes es la canalización de vías periféricas, debido a la necesidad de obtener un acceso venoso rápido y eficaz. Determinados pacientes son portadores de reservorios venosos subcutáneos porque necesitan tener un acceso venoso mantenido para el tratamiento intravenoso prolongado y porque el acceso venoso periférico suele ser más dificultoso (entre otras cosas por la flebotoxicidad de los tratamientos que reciben). Por ello, es fundamental que los enfermeros de urgencias tengan conocimiento y manejen de forma segura de estos dispositivos, aumentando su durabilidad y proporcionando seguridad al paciente.



DISPOSITIVO SUBCUTÁNEO IMPLANTABLE QUIRÚRGICAMENTE DE FORMA TUNELIZADA, PARA CONSEGUIR UN ACCESO VENOSO CENTRAL DE LARGA DURACIÓN

CONSTA DE:

- **PORTAL** o cámara de acero quirúrgico, titanio o políéster plástico (poliuretano) de 1 o 2 lúmenes con **MEMBRANA** de silicona autosellable (que permite hasta 2500 punciones) al que se conecta un



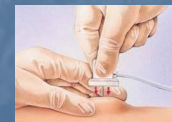
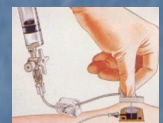
- **CATÉTER** flexible radiopaco de silicona o poliuretano

| VENTAJAS | INCONVENIENTES |
|---|---|
| Reduce el riesgo de infección | Hay que pinchar la piel del paciente |
| permite elevado número de punciones | contraindicado si TMO |
| Comodidad para el paciente | necesidad de aguja especial para su punción |
| No afecta a la imagen corporal del paciente, no necesita apósitos | requiere sellado periódico |



GUÍA PARA MANEJO SEGURO DE RESERVORIO VENOSO SUBCUTÁNEO

- Preparar material, lavado de manos, identificación de paciente, explicar procedimiento, colocación en decúbito supino o sentado, con cabeza lateralizada al lado contrario.
- Valorar aspecto de piel que cubre la cámara subcutánea, LOCALIZAR dispositivo mediante palpación
- Colocarse guantes estériles y hacer campo estéril (desinfección con povidona yodada)
- Purgar sistema de punción con SSF, y clampar la pinza del sistema de punción.
- SUJETAR reservorio con 2 dedos de la mano no dominante e INSERTAR aguja firmemente a través de la piel en ANGULO 90º con la otra mano en la zona central de la cámara hasta notar el impacto con el fondo de la cámara. Puede pedirse al paciente que realice inspiración, lo cual minimizará la molestia de la punción y acercará el reservorio a la superficie.
- Tras conectar jeringa y desclampar, ASPIRAR y comprobar permeabilidad (refluje sangre):
 - SI VAMOS A REALIZAR EXTRACCIÓN DE MUESTRA DE SANGRE: desechar aproximadamente 5 cc., extraer muestra según técnica habitual (utilizar jeringas de no menos de 10 cc). Al finalizar, lavar con SSF y clampar.
 - SI SE VA A REALIZAR ADMINISTRACIÓN DE FLUIDOS, FÁRMACOS O PRODUCTOS SANGUÍNEOS: lavar con 10 cc suero fisiológico y proceder a administrar fluidos, fármacos o productos sanguíneos
- FIJACIÓN: Se realizará fijación firme con apósito realizado con esparadrapo y gasas estériles (se colocará alguna gase entre la piel y la aguja) y de forma que la aguja no se mueva ni migre mientras esté conectada al dispositivo.
- LAVADO Y SELLADO: se realizará con 10-20 cc suero fisiológico para retirar restos de fármacos que pudieran precipitar con la heparina, y a continuación 5 cc de solución de heparina diluida. La inyección de ambos se realizará ejerciendo PRESIÓN POSITIVA, es decir, se clampará el sistema cuando, estando inyectando, aún queden 0.5 cc de líquido en la jeringa.
- RETIRADA: extraiga la aguja de manera suave pero firme mientras sujeta con la otra mano el reservorio. Presione el punto de punción con gasa y coloque apósito plano estéril.



PRECAUCIONES

- Usar solamente agujas con bisel especial (tipo gripper o hubber) que aumentan durabilidad de membrana del dispositivo
- Utilizar jeringas de 10 cc o más (evitando ejercer presión excesiva)
- Siempre lavar con 10-20 cc SSF tras cualquier manipulación del sistema (retirar restos fármacos)
- Cuando no vaya a utilizarse durante un tiempo, heparinizar con 5 cc solución de heparina sódica diluida tras el lavado
- Mantener cerrado el sistema SIEMPRE (tapones, sistemas de suero...)
- Ante cualquier complicación que no pueda ser resuelta, enviar a servicio de referencia
- Puede utilizarse pasadas 72 h desde implantación

BIBLIOGRAFÍA: Fernández Rodríguez C. Cuidados de enfermería en pacientes con reservorio subcutáneo. Revista Enfermería Científica 2002; 244-245: 63-66 / Cotilla JM, Prieto J, Frigollet P. Protocolo de uso y mantenimiento del reservorio subcutáneo. Enfermería Global (en línea) Junio 2008; 1(3): 1-8, consultado el 21-9-2012. Disponible en www.enfermeriaglobal.com/index.php?option=com_content&view=article&id=105&Itemid=27
 González E. Protocolo de uso del reservorio en una unidad de ginecología oncológica. Enfermería Clínica julio-agosto 2011; 21 (4): 223-226 / Guía de cuidados-Acceso venoso central. Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba. Mantenimiento de catéter central con reservorio subcutáneo. Disponible en www.hospitalreinasofia.com/medicina/actualizacion/enfermeria/en%20accesos%20vasculares%20y%20terapia%20intravenosa. P. 123-146 Ed. 2008 Editorial DAE / Protocolo de extracción de sangre venosa a través del reservorio venoso tipo port-a-cath. Hospital Regional Universitario Caños Haya de Málaga. Manual de calidad. Laboratorio Clínico / Sociedad Española de Urgencias y Emergencias (SEU). Cuidados intravenosos de acceso venoso. Recomendación científica 3 (02/07 de 9 de octubre de 2013). Disponible en www.seu.es/revista/ver?idarticulo=154012027
 Reservorios venosos subcutáneos y demás catéteres venosos de larga duración. Disponible en www.seu.es/revista/ver?idarticulo=154012027 / Quisasa Ramo C.