

EXTRACCIÓN DE SANGRE A TRAVÉS DE RESERVORIO: TÉCNICA ENFERMERA POR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

AUTORES: *Autor Principal:* Juan Diego Díaz Valero
(13001403)

Primer Coautor: Miguel Ángel Gutiérrez Delgado
(13000571)

Segundo Coautor: Víctor M. Nárvaez Argent
(13006976)

DIRECCIÓN DE CONTACTO: jddv@outlook.com

INTRODUCCIÓN: El reservorio venoso subcutáneo (RVS) es un dispositivo implantado quirúrgicamente para acceso venoso central. De material generalmente en acero quirúrgico, titanio o poliéster plástico, consta de una membrana de silicona autosellable. Al reservorio está conectado un catéter flexible que se aloja en la vena subclavia. (Foto 1.)

OBJETIVOS:

- Lograr una unificación en la manipulación de estos dispositivos.
- Acceso de la medicación al torrente sanguíneo

METODOLOGÍA:

Elaboración de protocolo y cartelería informativa dirigida a los profesionales de enfermería para divulgación de la técnica correcta de uso de estos dispositivos.

MATERIAL:

- ❖ Guantes estériles
- ❖ Paño estéril
- ❖ Aguja tipo Gripper®
- ❖ Dos jeringas de 10ml
- ❖ Fibrilin (heparina sódica 20U/ml)
- ❖ Suero fisiológico
- ❖ Agujas
- ❖ Tubos de analíticas
- ❖ Cuerpo de vacutainer
- ❖ Gasas estériles
- ❖ Povidona yodada, clorhexidina (en caso de niños)
- ❖ Apósito estéril
- ❖ Etiquetas identificadoras para tubos

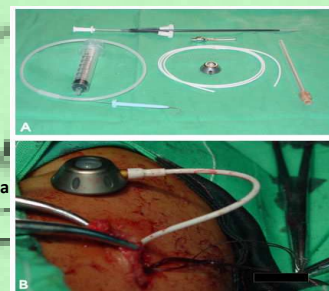


Foto 1: Reservorio venoso subcutáneo



Foto 2: Aguja Hubber



Foto 3: Sistema Gripper.

TÉCNICA:

- Informar al paciente de la técnica a realizar.
- Colocar al paciente en posición de semi-fowler.
- Lavado higiénico de manos.
- Localizar y palpar la zona del reservorio.
- Administrar anestésico tópico según la decisión del paciente.
- Desinfectar la zona de punción con gasas y antiséptico en sentido circular desde dentro hacia fuera en un área de 5 cm aproximadamente. Desechar la gasa y repetir el procedimiento. Dejar actuar 2 minutos si se utiliza povidona yodada, 30 segundos en el caso de clorhexidina o hasta su secado.
- Lavado de manos quirúrgico con antiséptico jabonoso y colocación de guantes estériles.
- Conectar la aguja Hubber (Foto 2) a una alargadera a y la llave de tres pasos o bien utilizar sistema Gripper®. (Foto 3)
- Inmovilizar el reservorio con los dedos pulgar e índice de la mano no dominante y palpar la membrana. Esta inmovilización debe ser delicada evitando presionar el portal sobre el plano muscular del paciente, para evitar el dolor.
- Introducir la aguja con el sistema pinzado perpendicularmente al reservorio (90°) atravesando piel, tejido subcutáneo y membrana hasta notar un tope metálico que se corresponde con la pared posterior del reservorio. Evitar girar e inclinar la aguja para no deteriorar la membrana.
- Conectar la jeringa de 10 ml a la llave de tres pasos, despinzar y aspirar para comprobar la salida de sangre.
- Aspirar de 5-10 ml de sangre con una jeringa de 10 ml vacía. Desecharla.
- Conectar una jeringa nueva y extraer el volumen de sangre necesario para la analítica solicitada. (Foto 4)
- Lavar con 5 ml de SSF para limpiar posibles restos sanguíneos. Si se queda en reposo con 10 ml de suero heparinizado. Si no se volverá a utilizar la aguja o Gripper® se retirará con presión positiva, sujetando el dispositivo para evitar movilizarlo.



Foto 4: Conexión y extracción con jeringa.

CONCLUSIONES:

- Aumentar el bienestar del paciente consiguiendo:
 - Reducir el número de venopunciones traumáticas.
 - Disminuir el dolor y la ansiedad del paciente en la venopunción.
 - Evitar aparición de infecciones, coagulación y extravasaciones.
 - Evitar desplazamientos repetidos al hospital.

BIBLIOGRAFÍA

1. www.carloshaya.net
2. www.centrosaludzaidinsur.es
3. Galán MJ, Del Pino M, Reina V. Terapia intravenosa: Port-A-Cath. Boletín de Enfermería de Atención Primaria 2005; 3 (2); 1- 12.
4. Chocarro L, Venturini C. Procedimiento y Cuidados en enfermería médico quirúrgica. Madrid. Elsevier, 2006.
5. García-Velasco S, Sánchez MD. Reducción del dolor de las punciones vasculares. Una intervención enfermera. Metas de Enfermería 2007; 10 (5): 64-70.
6. Romero A, Gómez J. Seguridad del paciente en la transfusión sanguínea. Metas de Enfermería 2009; 11 (10); 28- 32.