

IV CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

"La Atención Especializada en la Seguridad del Paciente"

EXPERIENCIA DE ENFERMERÍA EN LA COLOCACIÓN DE RESERVORIO VENOSO SUBCUTANEO

Autor principal JASMIN SÁNCHEZ PERDOMO

CoAutor 1 GISELA GONZÁLEZ MOLINÉ

CoAutor 2 GEORGINA TORRAS CUESTA

Área Temática La Seguridad del Paciente en el área de Enfermería Quirúrgica

Palabras clave Reservorio QUIRÓFANO Enfermería Intraoperatorio

» Resumen

La implantación de reservorios venosos subcutáneos para tratamientos quimioterapéuticos o hematológicos en pacientes con dificultades de cateterización venosa se lleva a término por técnica quirúrgica, la cual requiere una atención segura por parte de enfermería quirúrgica que presta todos los cuidados especializados relacionados con el paciente en estrecha colaboración con el cirujano vascular.

Los objetivos de este estudio es describir el procedimiento, identificar la actuación de enfermería y estandarizar una metodología de trabajo en equipo. Se realiza un estudio descriptivo retrospectivo mediante el seguimiento de la implantación de 281 reservorios en el año 2012, utilizando como recogida de datos el registro de la hoja intraoperatoria de enfermería y el registro de la intervención quirúrgica. Los resultados son unas actividades que se desarrollan en una atención preoperatoria, intraoperatoria: la intervención, situaciones especiales y las recomendaciones hacia el paciente. Conclusiones: La estandarización del procedimiento ayuda a dar una atención especializada y segura para el paciente, como a la hora de trabajar en equipo y saber actuar ante posibles complicaciones. También colabora a transmitir una continuidad en las acciones quirúrgicas necesarias en la formación del personal. Teniendo una base estandarizada primero evaluaremos y luego a partir de los datos

» Contexto de partida. Antecedentes. Experiencias previas. ¿Dónde se realizó el trabajo? ¿En qué tipo de organización o departamento? ¿Cómo surge? ¿Hay experiencias previas en el área desarrollada?

El reservorio o port-a-cath es un sistema implantable de acceso venoso permanente con dispositivo subcutáneo, constituido por una cámara de inyección de material de titanio y polisulfona con una membrana de silicona autosellante en el centro, conectado a un catéter flexible de poliuretano. Estos sistemas son implantables por técnica quirúrgica. (1)

En el año 2002 el Instituto Catalán de Oncología (ICO) implemento la unidad de referencia de hemato-oncología para la región sanitaria de Girona en el Hospital Universitario Dr. Josep Trueta de Girona, (2) aumentando la demanda de implantación de reservorios venosos subcutáneos para tratamientos quimioterapéuticos o hematológicos en pacientes con dificultades de cateterización venosa con la colaboración de la unidad de cirugía vascular del centro.

Para llevar a término dicha técnica, enfermería quirúrgica presta todos los cuidados especializados relacionados con el paciente en estrecha colaboración con el cirujano vascular. Ante esta nueva necesidad, desarrollamos este trabajo para describir el procedimiento, identificando la

» Descripción del problema. ¿Sobre qué necesidades o problemáticas del contexto pretendía actuar el proyecto? ¿Cómo se analizaron las causas de esos problemas? ¿Qué tipo de intervención se realizó? ¿Cómo se cuantificó el problema?

Se realiza un estudio descriptivo retrospectivo mediante el seguimiento en la implantación de 281 reservorios venosos en el año 2012. Utilizando como recogida de datos el registro de la hoja intraoperatoria de enfermería y el registro de la intervención quirúrgica.

Criterios de inclusión: pacientes en tratamiento quimioterapéutico-hematológico durante un periodo prolongado.

Criterios de exclusión: pacientes que necesiten anestesia general.

» Soluciones aportadas / Viabilidad / Aplicabilidad. Coste-Beneficio. ¿Cuáles fueron los efectos y cómo se midieron? ¿Hasta qué punto las soluciones aportadas resolvieron el problema?

Descripción del procedimiento

Atención de enfermería preoperatoria:

La enfermera es la encargada de realizar la petición del instrumental a esterilización, que constara de una caja de marcapasos y implantes de reservorio de los dos tamaños que se tienen en stock, el pequeño y el grande.

Preparar el quirófano con el material necesario a utilizar: una mesa radiopaca vestida con su cobertor, almohada y un empapador a la altura de los hombros, el aparato de fluoroscopia y delantales de plomo.

Verificar lista de pacientes en el ordenador y observar el diagnóstico del implante.

Se avisa al paciente según orden de programación.

Se le conduce al vestidor (puede ir acompañado por un familiar), se le explica que se tiene que colocar un pijama y retirar cualquier objeto metálico, se le da el pijama, un gorro y unas polainas. Se indica que puede guardar la ropa en un casillero con llave que será embolsada en el bolsillo del pijama.

Se confirma la información previa y lateralidad. Por lo general es el lado derecho, excepto: neo de mama derecha o neo de pulmón derecho, porque el tratamiento va acompañado con radioterapia y el catéter puede interferir, o bien porque el paciente expresamente lo pide por razones deportivas.

Se le pide al paciente la hoja de autorización del procedimiento que se la habrán entregado en cita previa de oncología y se verifica que este correctamente firmada.

Al entrar en quirófano:

Se desviste el torso.

Se coloca en decúbito supino.

Se monitoriza con el pulsímetro, electrocardiograma y presión arterial.

Se le coloca la placa del electrobisturí.

>>Intervención

Asepsia y antisepsia de la zona infraclavicular, pintando la piel con clorexidina, colocación del campo quirúrgico. Se coloca anestesia local cargada en una jeringa de 20ml y con una aguja intramuscular, mepivacaína al 2% y bicarbonato. Se forra con funda de mayo la fluoroscopia.

Se abre el implante, se prepara y en una capsula se coloca suero fisiológico con heparina al 1% para purgarlo.

La incisión de la piel se realiza con hoja de bisturí del nº 22 o en su defecto del nº 15 y electrobisturí para coagular, en el surco deltopectoral, se coloca el separador autoestático y se procede a disección de la vena cefálica o subclavia con tijera y pinza de disección. Una vez localizada, se pasa vicryl 3/0 ligadura, se inicia la venotomía y se introduce el catéter o la guía de terumo a través de ella hacia la vena cava superior o la aurícula derecha, vigilar en el electrocardiograma las extrasístoles que se pueden producir si se encuentran muy introducidos. Con el fluoroscopio se comprueba que el catéter está en su sitio (camino del corazón a una altura de la tercera o cuarta costilla, a nivel de la unión de la vena y la aurícula) se le coloca el dispositivo y se verifica que funciona correctamente evacuando sangre y realizando una administración de suero fisiológico. Una vez se verifica que está correctamente colocado y que funciona, se realiza bolsillo y se fija.

Se cierra incisión para el tejido celular subcutáneo con vicryl 2/0 aguja triangular y piel con vicryl 3/0 rápido aguja triangular.

Se le coloca para protección de la herida steri strips® y gasas para hacer un compresivo con mefix®.

>> Situaciones especiales

Si el paciente se llega a marear, por un principio de síndrome vagal: primero se le coloca en posición trendelenburg para aumentar el retorno venoso y subir la tensión arterial (TA), se le coloca oxígeno con las gafas nasales entre 4-8 litros por minuto y se le toma la TA. Se le da a oler gasas con alcohol ya que reduce las náuseas y las ganas de vomitar. Si persiste, se procede a canalizar una vía con ringer lactato para administrar medicación necesaria (bajo orden médica, si es preciso) y se pide ayuda al equipo de quirófanos de urgencia. Se recomienda controlar con atención a pacientes diabéticos, obesos, nerviosos y ansiosos.

Si hay problemas para colocar el catéter, se retira la almohada, se realiza maniobras movilizándolo la cabeza de un lado para otro, se puede colocar la mano en la espalda para ayudar, o tirar de la mano del paciente como en un catéter central.

Si el paciente se queja aún de dolor, se le infiltra más anestesia local con Mepivacaína al 1%.

Finalmente, se procederá a hacer el registro de la hoja intraoperatoria de enfermería.

Al finalizar la intervención si el paciente está estable hemodinámicamente, se acompaña al vestidor, se llama al familiar y se le entrega la hoja de

» Barreras detectadas durante el desarrollo.

La estandarización del procedimiento ayuda a dar una atención especializada y segura para el paciente, como a la hora de trabajar en equipo y saber actuar ante posibles complicaciones. También colabora a transmitir una continuidad en las acciones quirúrgicas necesarias en la formación

» Oportunidad de participación del paciente y familia.

La familia y el paciente participan en los cuidados previos y posteriores a la implantación del catéter respetando llegar con 6 horas de ayunas antes de la intervención, escuchando la información administrada y acatando las recomendaciones

» Propuestas de líneas de investigación.

Teniendo una base estandarizada primero evaluaremos y luego a partir de los datos obtenidos realizaremos propuestas de mejora.

» Bibliografía.

1. Corella Calatayud JM, Fuster Diana C, Vázquez Prado A. Reservorios, acceso venoso de larga duración. Abordaje y complicaciones. 2012
2. Instituto Català d'Oncologia [base de datos en internet] Girona. Generalitat de Catalunya [actualizada diciembre 2012] Disponible en: <http://www20.gencat.cat/portal/site/salut>
3. Aspíaz DA, Cabello R, Tuduri I. Análisis comparativo entre la técnica de Seldinger vs. Disección abierta en la implantación de reservorios intravenosos. Cir Pediatr 2011; 24: 19-22