

PROTOCOLO DE RETIRADA DEL CATÉTER DE AURÍCULA IZQUIERDA

Sonia López Castillo – Araceli Porras López – Concepción González Castillo
Servicio de Cuidados Críticos. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

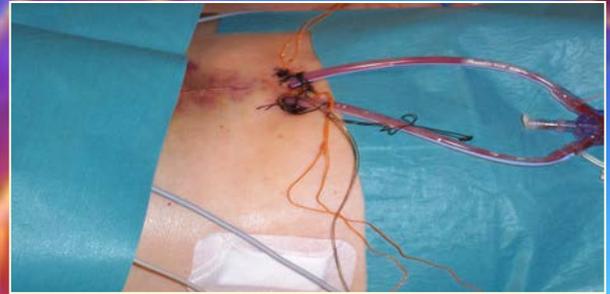


Introducción

En el post-operatorio de la cirugía cardíaca, se realiza la medición de la Presión de Aurícula izquierda (PAI), a través de un catéter transtorácico, colocado durante la cirugía generalmente, a través de la vena pulmonar superior derecha. La retirada del catéter, debe realizarse de forma temprana, para evitar posibles complicaciones de infección, sangrado, arritmias, eventos tromboembólicos así como, el síndrome de catéter retenido. Es importante establecer unos criterios, que nos ayuden a determinar, en qué momento debemos realizar dicha retirada. En nuestra unidad, la retirada del mismo la realiza el personal de enfermería.

Objetivos

Realización de, un protocolo para la retirada, de forma segura y precoz, del catéter de aurícula izquierda, en los pacientes post-operados de cirugía cardíaca.



Material y método

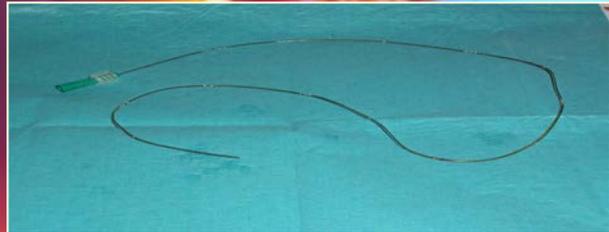
Nuestra unidad atiende a pacientes pos-operados de cirugía cardíaca, ya sea valvular o de revascularización coronaria.

Revisión bibliográfica y recopilación de información a través de bases de datos : CUIDEN, MEDLINE PLUS, PUBMED, COCHRANE PLUS.

Resultados

La retirada del catéter, se debe realizar transcurridas, las primeras 24 horas de ingreso en UCI, siguiendo los protocolos, de retirada de catéteres centrales y, si se cumplen los siguientes criterios:

- Ausencia de fármacos vaso-activos.
- Estabilidad hemodinámica:
 - .Diuresis mayor de 1 ml/Kg. peso y hora
 - .Presión arterial media mayor 60 mm Hg.
- Débito por drenajes mediastínicos, inferior a 100 ml en las últimas 3 horas.
- Analítica sin alteraciones significativas.
- Previo a la retirada, se realizará control de la coagulación, ya que la principal complicación, en la retirada de estos catéteres es, el sangrado por el punto de inserción, por ello se retirarán siempre como mínimo 2-3 horas antes que los drenajes mediastínicos.



Conclusiones

Tras el consenso con, el personal médico y de enfermería, si se cumplen los criterios anteriores, podemos retirar el catéter de aurícula izquierda a primera hora del turno de mañana del día siguiente al ingreso del paciente en nuestra unidad, y una vez vistos los resultados de la analítica que, de forma rutinaria se realiza en las primeras 12 horas.

Bibliografía

1. Principios de Urgencias, Emergencias y Cuidados Críticos. Barranco F, Blasco J, Mérida A, Muñoz MA, Jareño A, Cozar J, et al. Sociedad Andaluza Medicina Intensiva, Urgencias y Coronarias.
2. Tratado de Enfermería de Cuidados Críticos Pediátricos y Neonatales. H.U. Gregorio Marañón-Madrid. 2006
3. Cuidados en los trasplantes de órganos. Sánchez D.
4. Barrington K, Brion LP. Dopamina versus ningún tratamiento para prevenir la disfunción renal en recién nacidos prematuros tratados con indometacina . La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4
5. Revista cubana de enfermería. Enero-Abril 2002. Cirugía cardíaca: cuidados iniciales de enfermería en el ingreso en la UCI. Carmona JV.
6. Guías de práctica clínica 2010. Seguridad del paciente en el SNS. Ministerio de Sanidad . ED. Ministerio de Ciencia e Innovación.