







GESTIÓN Y MANEJO DE DISPOSITIVOS DE ACCESOS

VASCULARES

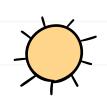








Dolorés del Pilar Alfonso Pérez. Supervisora de MI HU JRJ Huelva









VÍA SUBCUTÁNEA EN CUIDADOS PALIATIVOS







INTRODUCCION



La OMS expone que la meta de los cuidados paliativos es conseguir la mejor calidad de vida de los pacientes y familias que se enfrentan al problema de una enfermedad avanzada que amenaza la vida.

La vía de elección para tratar los síntomas en cuidados paliativos es la vía oral.

Cuando esta no pueda utilizarse o bien resulte inefectiva :

intolerancia gástrica, imposibilidad de deglución, náuseas y vómitos persistentes, intolerancia a opioides orales y necesidad de dosis más altas, malabsorción, debilidad extrema, estados confusionales, agonía, disminución de consciencia, obstrucción intestinal

INTRODUCCION



Vía intravenosa: Uso en el control inicial del dolor

INCONVENIENTES

Necesidad de personal adiestrado para su empleo.

Dificultad para el acceso venoso así como para su mantenimiento debido a la caquexia que presenta el paciente, la dificultad de su administración en domicilio, las complicaciones (infecciones) y limitaciones que supone su uso.

Menor autonomía.

Mayor coste.

INTRODUCCION



Vía intramuscular: inconveniente de ser muy dolorosa , además, a veces no existe suficiente masa muscular para su empleo (caquexia).

Vía sublingual: útiles ciertos medicamentos como el lorazepam y diazepam, pero tampoco existen muchos fármacos que se puedan administrar por esta vía.

Vía transdérmica: retraso de hasta 12-24 horas en alcanzar la situación de estado estacionario, lleva un difícil control del dolor en las primeras 72 horas en pacientes de cuidados paliativos. Además, presenta un período de continuación del efecto tras su retirada y variabilidad individual.

DURANTE LAS ÚLTIMAS 48 HORAS DE VIDA SE PUEDE PRESCINDIR DE CIERTOS MEDICAMENTOS, PERO NO DE OTROS, COMO: ANALGÉSICOS, ANTIEMÉTICOS, SEDANTES Y ANTICONVULSIVANTES.



LA VÍA SUBCUTÁNEA ES UNA BUENA ALTERNATIVA FRENTE A OTRAS VÍAS COMO LA INTRAMUSCULAR O LA INTRAVENOSA DEBIDO A SU EFECTIVIDAD, COMODIDAD, SENCILLEZ DE MANEJO, ESCASAS COMPLICACIONES Y BAJO COSTE



SE CONSIDERA COMPARABLE LA ABSORCIÓN DE FLUIDOS POR VÍA SUBCUTÁNEA A LA INTRAVENOSA, SIEMPRE QUE LA VELOCIDAD, CANTIDAD Y EL TIPO DE FLUIDO SEA EL APROPIADO 18.EL SISTEMA LINFÁTICO DEVUELVE A LA CIRCULACIÓN GENERAL ENTRE DOS Y CUATRO LITROS DE LINFA AL DÍA; SI SE PRETENDE AUMENTAR ESTA CAPACIDAD, SE PRODUCIRÁ EDEMA.





TEJIDO SUBCUTÁNEO

LA HIPODERMOCLISIS TAMBIÉN SE CONOCE CON EL NOMBRE DE CLISIS O HIDRATACIÓN SUBCUTÁNEA



INDICACIONES DE LA VÍA SUBCUTANEA

REHIDRATACIÓN

- Disminución volumen introvosculor
- Acumulación de opióides
- ulceros

ALTERNATIVA A LA VÍA ORAL O INTRAVENOSA

- Disminución del nivel cognitivo
- ■Problemática de cumplimiento
- ■Disfagia , náuseas , vómitos diarreas. Etc
- ■Paciente DIVA

DOLOR

Cuando se
requieren niveles
plasmáticos
elevados de forma
rápida debido a una
exacerbación del
dolor, la vía oral no
es útil

INDICACIONES DE LA VÍA SUBCUTÁNEA

SÍNTOMAS QUE SE PUEDEN TRATAR

Dolor, agitación, náuseas, vómitos, secreciones excesivas, convulsiones, disnea, tos, diarrea, hipertensión intracraneal, fiebre, sudoración

iioto!!

Es frecuente que los medicamentos utilizados en medicina paliativa no tengan autorizadas en las fichas técnicas las indicaciones, dosis o vías de administración por las que son usados

CONTRAINDICACIONES

Incisión quirúrgica en la zona.

Disección de ganglios inguinales.

Superficies irradiadas.

Sobrecarga hídrica.

Coagulopatía.

Shock o condiciones que requieran administración rápida de fluidos y en grandes cantidades(mayores de 3L/24h).

Zonas de la piel dañadas (infección ...).

Hipoalbuminemia con edemas (presión oncótica baja → edemas).

Lugares próximos a una articulación.

Prominencias óseas.

En domicilio son: la mala adaptación del paciente, la claudicación de los familiares o la situación social





Diferencias entre infusión continua e infusión intermitente

Infusión continua	Infusión intermitente
Concentración del fármaco en plasma uniforme. Mejor para tratamientos prolongados.	Efecto discontinuo de los fármacos
Volúmenes grandes	Sólo permite pequeños volúmenes
Peor efecto en dolor agudo	Mejor efecto en dolor agudo
Menor manipulación	Mayor manipulación
Posibilidad de mezclar diferentes fármacos	
Coste elevado	Menor coste









ZONAS DE INSERCIÓN

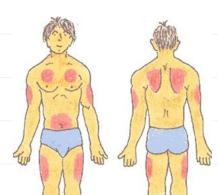


Las utilizadas para la administración de insulina Comprobar previamente la integridad de la piel en esa zona

Elegir zonas de punción accesibles para el paciente y cuidador cuando se considere la autoadministración y consultar las preferencias del paciente.

Se debe evitar el ombligo, las zonas de pliegues o con vello excesivo y las próximas a las articulaciones o las prominencias óseas.









MATERIAL NECESARIO

- Guantes no estériles.
- Solución antiséptica (povidona yodada o clorhexidina 2%).
- Gasas estériles.
- Palomita metálica de 23-25G, catéter de teflón 24G o, mejor, catéter de vialón 22-24G (BD Saf-T-Intima™).
- Tira adhesiva y apósito transparente (Tegaderm™).
- Suero fisiológico o agua para inyección (API).
- Jeringas pequeñas (2-10 ml) para administrar bolus y jeringas grandes (60 ml) con conexión luerlock para cargar las bombas de infusión elastoméricas.
- Bomba de infusión (si se dispone).





MATERIAL NECESARIO







TÉCNICA

Pasos de la técnica de inserción	Observaciones
Explicar el procedimiento al paciente y cuidador.	Resolver dudas y solicitar consentimiento.
Lavar las manos y colocar guantes no estériles.	
Elegir la zona de punción y desinfectarla con antiséptico.	Zona de piel íntegra y sin vello.
Purgar la línea de infusión con suero fisiológico o API.	
Pellizcar la piel e insertar la palomita metálica con el bisel hacia arriba en la base del pliegue cutáneo en un ángulo de unos 45°.	Bisel hacia abajo en hipodermoclisis. No insertar en ángulo los catéteres de plástico.
Comprobar que no refluye sangre.	Cambiar palomita y de zona de punción.
Fijar la palomita o catéter a la piel con una tira adhesiva, hacer un bucle con la línea de infusión y cubrir todo con un apósito adhesivo transparente.	Para prevenir desinserción accidental y observar la zona de punción.
Cerrar la conexión con un tapón o conectarla a la línea de la bomba de infusión.	Infusión intermitente o continua.





POSIBLES COMPLICACIONES

Complicaciones	Prevención y solución
Salida accidental del catéter.	Cambiar la zona de inserción.
Dolor.	Reducir el volumen (bolo ≤2 ml) y la velocidad de infusión.
Eritema, edema, induración.	Evitar fármacos irritantes y las mezclas de múltiples fármacos. Aumentar la dilución.
Hematoma, absceso.	Cambiar la zona de inserción.

Las soluciones neutras o isotónicas son menos irritantes

las oleosas pueden producir absceso las de mayor peso molecular o muy concentradas son más irritantes



MEDICACIÓN MÁS UTILIZADA

CLORURO MÓRFICO

MIDAZOLAN

ESCOPOLAMINA

METOCLOPRAMIDA

HALOPERIDOL

LEVOMEPROMACINA

DEXAMETASONA









MANEJO DE DISPOSITIVOS DE ACCESOS

VASCULARES









ACCESO VENOSO



PROCEDIMIENTO DENTRO DEL ÁMBITO SANITARIO, QUE PERMITE

ESTABLECER UNA COMUNICACIÓN,

ENTRE UNA ESTRUCTURA VENOSA

SUPERFICIAL O PROFUNDA Y EL

EXTERIOR DEL CUERPO, MEDIANTE

PUNCION PERCUTÁNEA O

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO.



CAPITAL VENOSO

- > CONJUNTO DE VASOS DEL SISTEMA CIRCULATORIO (CENTRAL, PERIFERICO), CON FINES TERAPEUTICOS O DIAGNOSTICOS
- ►ÚNICO, LIMITADO E IRREMPLAZABLE, (SU ESTADO INFLUYE EN LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE)
- ► LA GESTION ADECUADA DEL MISMO RESULTA IMPRESCINDIBLE PARA OPTIMIZAR LA ATENCION SANITARIA
- MÁS DEL 70% DE LAS PERSONAS HOSPITALIZADAS SON PORTADORAS DE ALGÚN TIPO DE ACCESO VENOSO
- ► LA ENFERMERA ES LA PRINCIPAL GESTORA DEL CAPITAL VENOSO, (
 ELEGIR EL CATÉTER ADECUADO, EN EL SITIO ADECUADO, PARA LA
 MEDICACION ADECUADAY DURANTE EL TIEMPO ADECUADO, CON
 APOYO DE LA EVIDENCIA Y LOS ALGORITMOS DE DECISIÓN), NOS
 ASEGURA LA PRESERVACIÓN DEL CAPITAL VENOSO, Y EL ÉXITO EN
 LOS CUIDADOS DEL ACCESO VASCULAR.

SIGLAS

CPC CATETER PERIFERICO CORTO

LM LINEA MEDIA

PICC CATETER CENTRAL DE ACCESO PERIFERICO

CICC CATETER CENTRAL DE ACCESO CENTRAL

FICC CATETER CENTRAL DE ACCESO FEMORAL

RVS RESERVORIO VEVOSO SUBCUTANEO

DAV DISPOSITIVO DE ACCESO VENOSO

CC CATETER CENTRAL

CT APTO PARA INYECCION DE CONTRASTE

NO CT NO APTO PARA INYECCION DE CONTRATE

CATÉTERES VENOSOS PERIFÉRICOS

CATÉTERES VENOSOS CENTRALES

► CATÉTER PERIFÉRICO CORTO► LÍNEA MEDIA

► CENTRAL DE ACCESO
PERIFÉRICO (PICC)

► CENTRAL DE ACCESO

CENTRAL (CICC)

-MINIMIDLINE -LÍNEA

-TUNELIZADO:
• C.HICKMAN

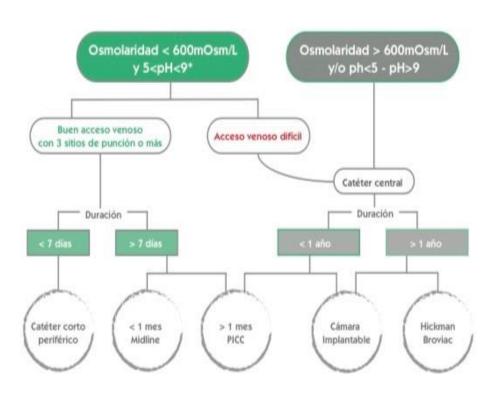
-LÍNEA MEDIOCLAVICULAR

C.HICKMAN
 C. DE HEMODIÁLISIS
 NO TUNELIZADO

► CENTRAL DE ACCESO FEMORAL (FICC) ► RESERVORIO VENOSO

RESERVORIO VENOSO SUBCUTÁNEO

El paciente necesita TERAPIA IV



CUIDADOS GENERALES DE TODOS LOS CATETERES

- > EL USO DE GUANTES NO REEMPLZARÁ NUNCA LA HIGIENE DE MANOS
- > CAMBIO DEL BIOCONECTOR SIEMPRE QUE SE CAMBIE EL CATETER Y C/7
 DIAS
- > CAMBIO DEL APÓSITO:
 - SI ES DE POLIVRETANO O SEMIPERMEABLE C/7 DIAS SI ES DE GASA /OPACO C/48H.
- > LIMPIAR SIEMPRE EL BIOCONECTOR, POR FRICCIÓN, CON SOLUCION DE CLORHEXIDINA > 0,5% O ALCOHOL ISOPROPÍLICO AL 70%, ANTES DE CONECTAR JERINGA O SISTEMAS
- > COMPROBAR FIJACIÓN Y PERMEABILIDAD ANTES DE LA ADMINISTRACIÓN
- > EVITAR MANIPULACIONES INNECESARIAS
- DESINFECCIÓN DE PIEL CON CLORHEXIDINA>0,5% O ALCOHOL ISOPROPÍLICO 70%, SI EXISTE ALERGIA O INTOLERANCIA USAR ANTISEPTICO PROPUESTO POR MEDICINA PREVENTIVA DEL CENTRO.
- > SI SE SALE EL CATÉTER NO REINTRODUCIR.
- > ASEGURAR LA REGLA DE LAS 4 C; FÁRMACO CORRECTO, DOSIS CORRECTA,, MOMENTO CORRECTO Y PACIENTE CORRECTO.
- > VALORAR POSIBLES INTERACCIONES CON OTROS FÁRMACOS
- > OBSERVAR PUNTO DE INSERCIÓN AL MENOS C/TURNO
- > CONTROL DE LA HIGIENE Y LA INTEGRIDAD DEL APÓSITO.

CUIDADOS GENERALES DE TODOS LOS CATÉTERES

- > Insertar CPC preferiblemente en antebrazos de mmss, evitando Zonas de flexión y extremidad s dominante
- > EVITAR MÁS DE 2 INTENTOS POR PROFESIONAL, LIMITANDO LOS INTENTOS TOTALES A 4
- > FECHA DE COLOCACIÓN EN ZONA PRÓXIMA
- VSAR SVERO FISIOLÓGICO (JERINGA PRECARGADA)
- > EVITAR LAS CONEXIONES ADIOCIONALES INNECESARIAS
- > TÉCNICA ASÉPTICA EN LA ADIMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN
- > CUMPLIMENTAR LOS REGISTROS DE ENFERMERÍA











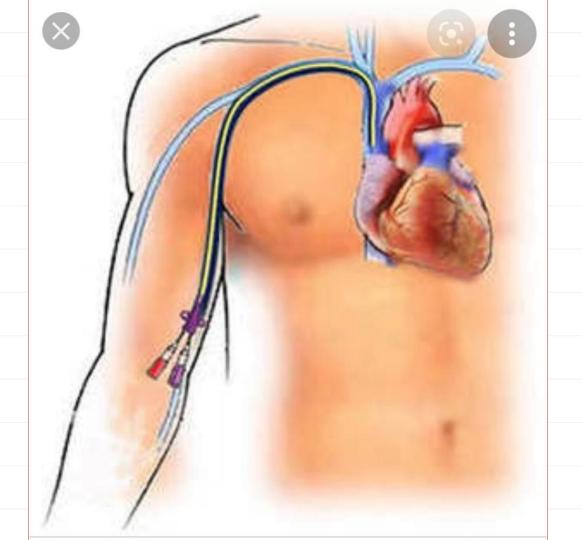
PICC; SE INSERTA EN UNA VENA PROFUNDA DEL BRAZO, LA PUNTA QUEDA ALOJADA EN VENA CAVA SUPERIOR (DESMBOCADURA UNIÓN CAVOATRIAL)











PUEDEN SER:

- > POLIURETANO, GRAN RESISTENCIA
- > SILICONA, MAS FLEXIBLES
- PDE 2 0 3 LUCES





INDICACIONES

UTRATAMIENTOS DE LARGA DURACIÓN

TRATAMIENTOS IRRITANTES Y/O HIPEROSMOLARES(OSMOLARIDAD>600 MOSML/L Y/O PH <5 O >9)

-MANEJO DEL MAL ACCESO VENOSO

-MEDICIONES DE LA PVC



SE RECOMIENDA MEDIR EL DIÁMETRO DE LA VENA POR ULTRASONIDO ANTES DE LA INSERCION, Y ELEGIR UN CATÉTER QUE OCUPE LA LUZ DEL VASO < DEL 45% O RELACIÓN ENTRE DIÁMETRO CATÉTER/VASO < 1:3, CON EL FIN DE ASEGURAR EL FLUJO; POR PROFESIONAL CON DESTREZA AVANZADA.











LÍNEA MEDIA, SON

CATETERES PERIFERICOS DE

LONGITUD > A 7 CM, CUYA

PUNTA QUEDA ALOJADA FUERA

DE LA ANATOMIA CENTRAL

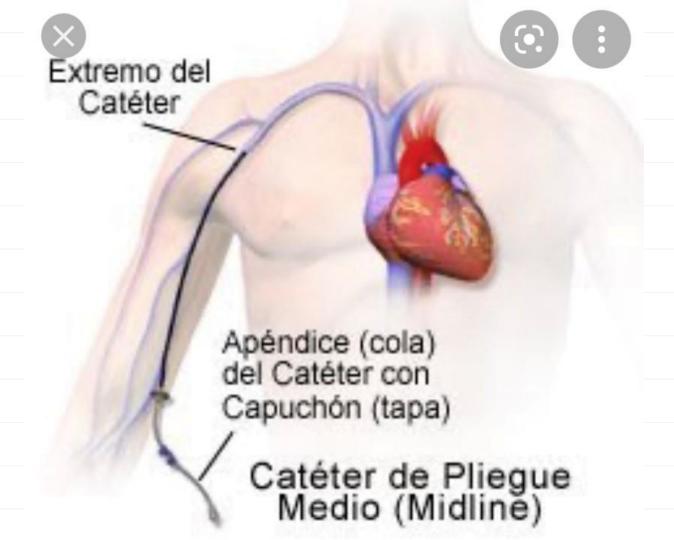






11





INDICACIONES; >TTOS CON + DE 6 DIAS DE DURACIÓN >ABORDAJE ANTE EL MAL ACCESO VENOSO



PUEDEN SER:

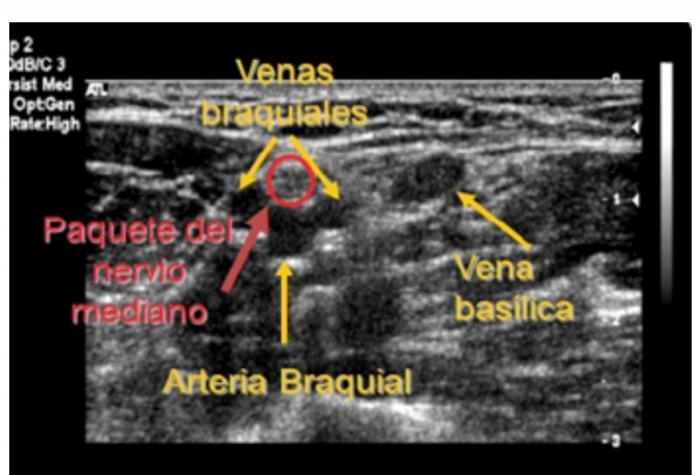
- POLIURETANO, GRAN RESISTENCIA
- > SILICONA, MAS FLEXIBLES
- > SUELEN SER UNA LUZ

LOCALIZACIÓN

LA VENA AXILAR

*LINEA MEDIA (MIDLINE), 20 0 30 CM PUNTA ALOJADA, EN VENA SUBCLAVIA (MEDIOCLAVICULAR) O AXILAR TORÁCICA *MINIMIDLINE O CPLARGO, > A 7 CM, PUNTA ALOJADA EN TRAMO BRAQUIAL DE





CUIDADOS DEL PICC Y LINEA MEDIA

- > USAR LA ESCALA DE VALORACIÓN DE FLEBITIS MADDOX
- > PROTEGER EL APÓSITO Y LAS CONEXIONES DURANTE LA HIGIENE
- DESINFECTAR LOS PUNTOS DE INYECCIÓN CON ALCOHOL AL 70%, 15" ANTES DEL USO
- > PROTEGER TODOS LOS ACCESOS CON TAPON CUANDO NO SE ESTEN USANDO
- > CAMBIO DE LLAVES,CONECTORES,Y SISTEMAS C/1-7 DIAS Y SI PRECISA ,REGISTRANDO FECHA DE CAMBIO.
- > CAMBIAR LOS SISTEMAS DE EMULSIONES LIPIDICAS, CON AMINOACIDOS Y GLUCOSA C/24H., PARA INFUSIONES DE PROPOFOL C/6-12H.
- > USO DE TÉCNICA DE LAVADO PULSATIL (PUSH-STOP-PUSH) Y PARA
 SELLAR CON TÉCNICA DE PRESIÓN +, LAVAR SIEMPRE CON ZOCC DE SF
 ANTES Y DESPUES DE EXTRACIONES SANGUINEAS, ADMINISTRACIONES DE
 MEDICAMENTOS Y/O AL MENOS C/ ZYH.
- > SE ACONSEJA EL SELLADO CON SF, SOLUCIÓN DE HEPARINA IOUI/ML, O JERINGA PRECARGADA DE CITRATO, NO HAY EVIDENCIAS QUE DEMUESTREN MAYOR EFECTIVIDAD DE UNOS SOBRE OTROS.
- > no administrar profilaxis antibiótica de forma rutinaria
- > TÉCNICA ASÉPTICA EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN
- DETENER LA INFUSIÓN SI; DOLOR, ARDOR, ESCOZOR, O PRESIÓN EN EL LUGAR DE INSERCIÓN, LA PUNTA O ALREDEDOR.
- > CUMPLIMENTAR REGISTRO DE ENFERMERÍA.

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS A PORTADORES DE PICC O LM

DIAGNOSTICO	NOC	NIC
RIESGO DE INFECCIÓN	INTEGRIDAD TISULAR:PIEL Y MUCOSAS	CUIDADOS DEL PICC Y LM
	>ERITEMA >INDURACIÓN >INTEGRIDAD DE LA PIEL	➤CAMBIAR LOS SISTEMAS YTAPONES (C/7 DIAS) ➤INSTRUIR AL APCIENTE/FAMILIA SOBRE EL CUIDADO DEL CATETER ➤LAVAR Y SELLAR SEGÚN PROTOCOLO DEL CENTRO, COMPROBANDO LA PERMEALIDAD ➤OBSERVAR SIGNOS Y SÍNTOMAS DE INFECCIÓN ➤CURA DE VIA C/7 DIAS Y SI PRECISA Y C/48 H.SI EL APÓSITO ES OCLUSIVO

RETIRADA PICC Y LINEA MEDIA

- PNO CAMBIAR DE FORMA PROGRAMADA
- NO ENVIAR A CULTIVO DE FORMA
 RUTINARIA
- > 505PECHA DE INFECCIÓN RELACIONADA CON PICC
- PANTE UNA OCLUSION: IDENTIFICAR LA CAUSA, SI ES TROMBOTICA, MEDICACIÓN ESPECÍFICA
- PREGISTRAR FECHA Y MOTIVO
- > TVP SECUNDARIA NO RETIRAR SI EL
- C. ES FUNCIONANTE Y ESTA BIEN SITUADO.

COMPLICACIONES DE PICC Y LINEA MEDIA

- •TROMBOSIS
 - •FLEBITIS
- INFECCIÓN **DEL PUNTO DE**
- **INSERCIÓN**

- •LESIÓN **DÉRMICA**
- SANGRADO **POR PUNTO DE PUNCIÓN**
 - •EXTRACCIÓN **TOTAL O PARCIAL DEL PICC**

- OBTRUCCIÓN
 - ROTURA O **DETERIORO**
 - EMBOLISMO **AÉREO**
- BACTERIEMIA

ARBOL DE DECISION

LINEA MEDIA

- TTO CON +DE 6 DIAS DE DURACIÓN (QUE SE PUEDAN ADMINISTRAR POR CPC)
- ABORDAJE A PTE DIVA

PICC O CICC

- OSMOLOLARIDAD > 600 mOsm/l Y/O PH < 5 O > 9
- SUSTANCIAS IRRITANTES O NUTRICIÓN P.T
- MEDICIONES DE PVC
- TTO CON + DE 1 MES DE DURACIÓN









CCIC TUNELIZADO, (C. HICKMAN)











TIPOS Y CARACTERÍSTICAS

- SON CATÉTERES CENTRALES DE LARGA DURACIÓN, PARCIALMENTE IMPLANTADOS (ASEGURAN VÍAS DE GRAN FLUJO)
- SILICONA, (3-14FR) EL + UTILIZADO DE 9FR
- GENERALMENTE EN TÓRAX CON ACCESO A
 VENA SUBCLAVIA/YUGULAR-
- OUNA PARTE DEL CATÉTER SE SITÚA SUBCUTÁNEAMENTE ENTRE LA VENA CANALIZADA Y LA SALIDA A LA PIEL (TUNELIZADO)
- •MANGUITO DACRON (TÚNEL SUBCUTÁNEO), GENERANDO UNA FIBROSIS FISIOLÓGICA (FIJACIÓN Y AISLAMIENTO DE ENTRADA DE PATÓGENOS DEL EXTERIOR)

fotos cateter hickman

>INDICACIONES; ■ HEMODIÁLISIS ■ QUIMIOTERAPIA ■ NUTRICIÓN PARENTERAL TOTAL



PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS PARA PORTADORES DE CATÉTER TUNELIZADO (HOSP. AP, CCEE, HDM)

DIAGNÓSTICO	NOC	NIC
RIESGO DE INFECCIÓN	INTEGRIDAD TISULAR PIEL Y MUCOSAS	MANTENIMIENTO DE DAV
	>ERITEMA >INDURACIÓN	➤ CAMBIAR LOS SISTEMAS Y TAPONES C/7 DIAS ➤ LAVAR Y SELLAR SEGÚN PROTOCOLO DEL CENTRO, COMPROBANDO PERMEABILIDAD ➤ OBSERVAR SIGNOS Y SÍNTOMAS DE INFECCIÓN LOCAL O SISTÉMICA ➤ CURA DE PUNTO DE PUNCIÓN (C/7 DÍAS)





>SIMILARES A LOS DEL PICC

PRECIEN COLOCADO EL CATÉTER ESTA SUTURADO A PIEL, HASTA QUE EL DACRON HAGA SU FUNCIÓN (TEJIDO FIBRÓTICO) (ENTRE 20-40 DÍAS)







»NO REALIZAR ACTIVIDADES DE RIESGO O DEPORTES QUE PUEDAN OCASIONAR GOLTES EN LA ZONA DE INSERCIÓN O MIGRACIÓN DEL C.

PIEL LIMPIA CUIDADA Y VIGILADA

>DUCHA CON DISPOSITOVO PROTECTOR

COMPLICACIONES EN LOS CICC TUNELIZADOS

- **■**OBSTUCCIÓN
- **■TROMBOSIS**
- **■INFECCIÓN**
- **DEL PUNTO DE INSERCIÓN**
- **■ROTURA DEL** CATÉTER
- **TUNELITIS**
- **■BACTERIEMIA**
- **■MIGRACIÓN**

- **■EXTRACCIÓN ACCIDENTAL(D** ACRON FUERA DE SU SITIO)
- **■EMBOLIA**
- **■NEUMOTORAX**

RETIRADA DEL CICC TUNELIZADO

- >BAJO PRESCRIPCIÓN MÉDICA, EN QUIRÓFANO, SALA RVI.
- > PROFESIONAL CON DESTREZA AVANZADA (PRESIÓN SOBRE LA ZONA Y REPOSO DE 30 MIN.)
- PREGISTRO FECHA Y MOTIVO, Y CULTIVO DE PUNTA SI PRECISA









RESERVORIO SUBCUTANEO (RVS)











CVC IMPLANTADOS CON TÉCNICA TUNELIZADA A NIVEL SUBCUTÁNEO DE LARGA DURACIÓN, QUE PRECISAN TTOS **INTERMITENTES**

MATERIAL

► SILICONA



PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS PARA PORTADORES DE RVS CANALIZADOS

DIAGNÓSTICO	NOC	NIC
RIESGO DE INFECCIÓN	INTEGRIDAD TISULAR PIEL Y MUCOSAS	MANTENIMIENTO DE DAV
	>ERITEMA >LESIONES CUTÁNEAS	➤ CAMBIAR LOS SISTEMAS Y TAPONES C/7 DIAS ➤ CAMBIO DE AGUJA DE RESERVORIO ➤ LAVAR Y SELLAR SEGÚN PROTOCOLO DEL CENTRO, COMPROBANDO PERMEABILIDAD ➤ OBSERVAR SIGNOS Y SÍNTOMAS DE INFECCIÓN LOCAL O SISTÉMICA

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS A PORTADORES DE RVS NO CANALIZADO

DIAGNÓSTICO	NOC	NIC
RIESGO DE INFECCIÓN	INTEGRIDAD TISULAR PIEL Y MUCOSAS	MANTENIMIENTO DE DAV
	➤ ERITEMA ➤ LESIONES CUTÁNEAS	➤INSTUIR AL PTE/FAMILIA EN EL MANTENIMIENTO Y CUIDADO DEL DISPOSITIVO ➤LAVAR Y SELLAR LA VÍA SEGÚN PROTOCOLO DEL CENTRO, COMPROBANDO PERMEABILIDAD. ➤OBSERVAR SI HAY SIGNOS Y SÍNTOMAS DE INFECCION LOCAL O SISTÉMICA

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO A PORTADORES DE RVS EN AP CCEE Y HDM

DIAGNOSTICO	NOC	NIC
RIESGO DE INFECCIÓN	INTEGRIDAD TISULAR:PIEL Y MUCOSAS	MANTENIMIENTO DE DAV
	➤ ERITEMA ➤ LESIONES CUTÁNEAS	➤ CAMBIO AGUJA DE RESERVORIO ➤ INSTRUIR AL PTE/FAMILIA EN EL MANTENIMIENTO Y CUIDADO DEL DISPOSITIVO ➤ LAVAR Y SELLAR SEGÚN PROTOCOLO DEL CENTRO, COMPROBANDO PERMEABILIDAD ➤ OBSERVAR SIGNOS Y SÍNTOMAS DE INFECCIÓN LOCAL O SISTÉMICA

MANEJO DE RVS

MATERIAL NECESARIO

- AGUJA PARA RVS TIPO HUBER
- JERINGA PRECARGADA SF
- APOSITO TRANSPARENTE
- BIOCONECTOR
- SOLUCION DE HEPARINA EN MONODOSIS
- MASCARILLA PARA EL PTE Y PROFESIONAL
- PAÑO, GUANTES Y GASA ESTÉRILES
- CLORHEXIDINA ALCOHOLICA >0,5%



MANEJO DE RVS

>LOCALIZAR Y PALPAR EL PORTAL (ENTRE LOS DEDOS ÍNDICE Y CORAZÓN) PARA ELEGIR TAMAÑO DE LA AGUJA-

- >LAVADO DE MANOS Y SOLUCIÓN
- HIDROALCOHÓLICA
- >PREPARACIÓN CAMPO ESTERIL Y MATERIAL
- > DESINFECCIÓN DE LA PIEL (
- CLORHEXIDINA),DEJAR SECAR
- >PURGAR AGUJA Y BIOCONECTOR
- >LOCALIZAR Y FIJAR EL PORTAL CON LA MANO NO DOMINANTE
- >SOLICITAR AL PTE INSPIRACIÓN FORZADA
- >PUNCIONAR PERPENDICULARMENTE HASTA

rozar con la pared posterior de la

CÁMARA

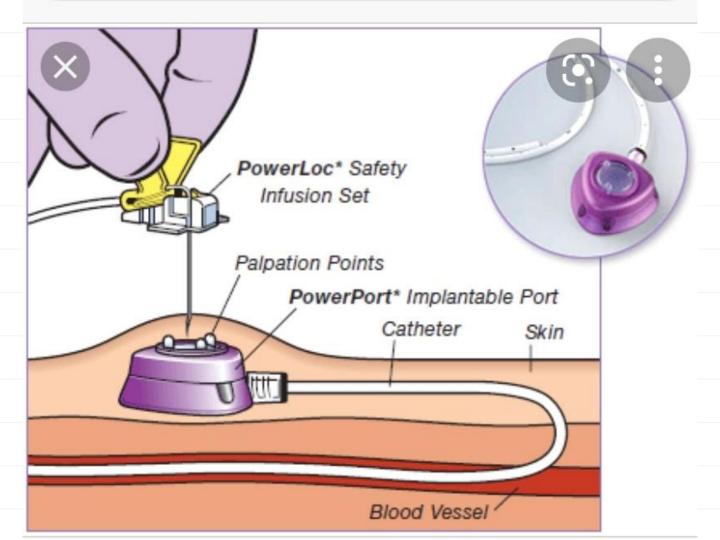
>DESCLAMPAR Y ASPIRAR SUAVE, COMPROBAR

REFLUTO DE SANGRE

>LAVAR CON TÉCNICA PUSH-STOP-PUSH

MANEJO DE RVS

- > FIJAR AGUJA Y CUBRIR CON APOSITO DE POLIURETANO TRANSPARENTE
- >ADECUAR LA LONGITUD DE LA AGUJA A LA PROFUNDIDAD DEL RV5
- >LA RETIRADA DE LA AGUJA (TÉCNICA ASÉPTICA) FIJAR CON LA MANO NO DOMINANTE EL PORTAL, PARA EVITAR LESIONES EN EL TEJIDO SUBCUTÁNEO, ACTIVANDO EL DISPOSITIVO DE SEGURIDAD
- >5E RECOMIENDA CAMBIO DE LA AGUJA C/7 DIAS



COMPLICACIONES

OBSTRUCCIÓN

TROMBOSIS

INFECCIÓN

HEMATOMA

DEHISCENCIA DE SUTURA

ROTACIÓN DEL PUERTO EXTRAVASACIÓN

COMPLICACIONES

NEUMOTORAX

NECROSIS

BACTERIEMIA

HEMORRAGIA

MIGRACIÓN DE LA CÁMARA

> embolismo Aéreo

EXCONEXIÓN DEL CATETER



Dolorés del Pilar Alfonso Pérez. Supervisora de MI HU JRJ Huelva