

Tipo de canalización de acceso venoso central: el PORT-A-CATH

Montserrat Prado Rodríguez-Barbero

D.U.E. Servicio de urgencias. Hospital Virgen de Altagracia. Manzanares (C. Real).

resumen

Existen técnicas de invasión venosa como puede ser la técnica de inserción de catéteres de acceso venosos periféricos, cuidados y complicaciones que son bastante conocidos por los profesionales de enfermería, mientras que otras técnicas que tienen la misma finalidad son más desconocidas por parte del profesional debido a que no se realizan con la misma frecuencia y se consideran de una mayor dificultad. Me estoy refiriendo a las canalizaciones de venas centrales, como puede ser las vías centrales propiamente dichas (Hickman), los Drums, o en el caso de este artículo los "Port-a-cath".

Por ello, el objetivo de este artículo es dar a conocer este tipo de catéter: el Port-a-cath; tanto descripción, uso, técnica de canalización, como las posibles complicaciones que puedan surgir derivadas de su uso.

summary

There are techniques of venous invasion such as the technique of insertion of peripheral venous catheters, whose care and complications are well known to professional nursing. While there are other techniques with the same purpose, they are unknown by professionals because they are not used with the same frequency and are considered much more difficult. I am referring to the pipeline from central veins, such as the central roads themselves (Hickman), drums, or in the case of this article, the 'Port-a-cath'.

Therefore, the objective of this article is to release information about this type of catheter: the Port-a-cath; description, use and technique of channeling as well as the potential complications that may arise from their use.

palabras clave

Central; reservorio subcutáneo; canalización ; permanente; aguja de port-a-cath (gripper), esterilidad, heparinizar.



introducción

En ciertas ocasiones, por las características del paciente, del tipo de tratamiento a administrar y de su situación, es necesario evitar continuas punciones venosas para canalizar una vena de manera intermitente y así impedir que el paciente sufra. Para estos casos, se emplean los accesos venosos de mayor duración o permanentes, conocidos como **accesos venosos centrales** (en cuanto a utilidad tienen la misma que pueden tener los periféricos: administrar tratamientos, alimentación parenteral, extracciones sanguíneas, transfusiones, etc...).

Como he hecho referencia anteriormente, existen distintos tipos de catéteres venosos centrales, en este caso me voy a centrar en el en el Port-a-cath (aunque me gustaría reseñar que todos ellos, tanto temporales como permanentes, necesitan un cuidado por parte del personal de enfermería que garantice su buen estado y mantenimiento).



port-a-cath

También conocido como **reservorio venoso subcutáneo**, es un catéter central con un dispositivo de silicona y una

prolongación que llega hasta la aurícula derecha a través de la subclavia y que como su nombre indica se implanta bajo la piel.



Port-a-cath



Insercción del Port-a-cath

Su implantación se realiza de manera quirúrgica, y es necesario vigilar que no exista ningún signo de infección (enrojecimiento de la zona, fiebre), hematoma, seroma, rotación del dispositivo, etc... para ello es necesario observar el lugar de la intervención y

realizar curas diarias hasta la extracción de los puntos de la sutura de la incisión.

Como todo procedimiento, este también tiene sus ventajas e inconvenientes, que expondré a continuación:

VENTAJAS	INCONVENIENTES
Es permanente, preserva vías periféricas.	Su implantación es quirúrgica.
Menor sufrimiento y mayor libertad para el paciente (tratamiento ambulatorios).	Necesita conocer técnica específica.
No se ve alterada su imagen corporal.	Puede que se vea alterada su imagen corporal.
Permite la administración de tratamiento más agresivos con menor riesgo (Ej: quimioterapia)	Que surjan complicaciones como:
Se pueden realizar extracciones sanguíneas.	Obstrucción o rotación del reservorio,
Se producen menos infecciones.	Trombosis venosa,
	Neumotorax,
	Infección,
	Arritmias,
	Rechazo del implante,...



técnica para la punción y el sellado del port-a-cath

MATERIAL NECESARIO:

- Membrana de silicona del port-a-cath.
- Un **gripper** o aguja con un bisel especial y con una deflexión que permite manejarla con facilidad.



Aguja gripper

- Guantes **estériles**.
- Paño de ojos estéril, es decir con orificio central.
- Betadine o clorhexidina para desinfectar la zona.
- Gasas estériles.
- Jeringas de 10 o 5 cc.
- **Solución heparinizada**; la concentración de esta solución puede variar según el protocolo de cada unidad hospitalaria, aunque la más común es la siguiente:
 - 9 cc de suero fisiológico + 1cc de heparina al 1%
 - 9cc de suero fisiológico + 0.2 cc de heparina al 5%
- Suero fisiológico para mantener la vía permeable tras canalizarla.
- Apósito estéril para cubrir el punto de inserción.

procedimiento de punción

Paso 1: Explicar al paciente el procedimiento que se va a realizar.

- Lavarse las manos, ponerse guantes estériles, pintar la zona con el antiséptico y colocar el paño de ojos.

- Localizar mediante la palpación el reservorio y fijarlo mediante el pulgar y el índice de la mano no dominante (no presionar sobre el pecho, causaría dolor al paciente) , mientras que con la dominante sujetas el **gripper**.



Paso 2: Una vez que tienes fijado el dispositivo, puncionar con el **gripper** de la

mano dominante sobre la membrana de manera perpendicular, de tal forma que al



principio se notará la resistencia de la piel, después como atraviesa la membrana de la goma del reservorio y se seguirá

presionando hasta como la aguja hace tope con el suelo metálico del **port-a-cath**.



Paso 3: Comprobar la permeabilidad del catéter insertado. En ocasiones a pesar de la correcta colocación del catéter este no es permeable, esto puede ser debido a distintas razones: la existencia de un coágulo dentro del reservorio (entonces se administrará 3cc de heparina al 5% y esperaremos unos cinco minutos para que

deshaga el coágulo), la aguja del **gripper** hace pared con el tope metálico del reservorio impidiendo la entrada y salida de líquido (para solucionarlo sacar ligeramente el gripper, o indicándole al paciente que tosa, presión es capaz de moverlo levemente).



Paso 4: Cubrir con apósito estéril y realizar la acción que teníamos como objetivo (administrar el tratamiento, extracción sanguínea, etc..)

procedimiento de sellado

Es muy importante tener en cuenta que al ser este un dispositivo especial, requiere un mantenimiento especial por parte del personal de enfermería, de tal forma que para evitar que se obstruya es necesario siempre la **heparinización** de éste después de cada uso sellando así el sistema de la siguiente forma:

- Lavar al menos con 10 cc de suero fisiológico el catéter.
- Introducir de 3-4 cc de **solución heparinizante**,¹ mediante presión positiva, que consiste en clampar el catéter al mismo tiempo que ejercemos la presión con la jeringa con la que administramos la solución.

- Cerrar el sistema o retirar la aguja si no se va a utilizar.

¹ Solución heparinizante: concentración de 9cc de salino + 1 cc de heparina al 1% (mencionado anteriormente, pag. 3)



bibliografía

- Marrero Caballero, M. C. Accesos vasculares. Implantación y cuidados enfermeros. Difusión avances de enfermería. SL.Madrid. 2002.
- Martines, M; Martinez, G; Tordable, A; Sanz E.; Mateos J.; Jiménez C. Recomendaciones para la manipulación y el cuidado del reservorio subcutáneo en la Gerencia de Atención Primaria. Madrid. 2006.
- Grupo Océano / Centrum.. Proceso de atención de enfermería. Manual de la enfermería. Barcelona. 2000.
- Hospital "Verge dels Lliris"Alcoi. Protocolo de dispositivos de perfusión.2002
- Roncero, A; Bannink, H.; Flores, L.; León, C.: Manual de manejo de catéteres intravasculares. Análisi de una encuesta nacional. Servicio de Medicina Intensiva y Urgencias del Hospital Sanitario de Valme (Sevilla). Barcelona:INIBSA, 1998.

