



Catalina Barceló
Infermera UPCH (UH2B). Impulsora de BPSO



CONSELLERIA
O SALUT
I HOSPITAL
B MANACOR

BPSO Manacor. Informa

L'evidència posada a disposició dels pacients

Les claus en el manteniment dels dispositius d'accés venós

En aquesta ocasió tenim el plaer de parlar amb **Cati Barceló**, infermera de la Unitat del Pacient Crònic Hospitalitzat (UH2B) sobre les cures més rellevants en el manteniment dels dispositius d'accés venós (DAV). Aprofitant l'oportunitat, ens agradaria que ens fessis una descripció general de l'abordatge que es realitza sobre el maneig dels DAV en una unitat com és la teva, centrada en la cura del pacient crònic complex.

“En general el nostre equip s'ha adaptat molt bé a les recomanacions que ens indiquen la retirada preventiva d'un DAV. El nostre tipus de pacient, com en moltes altres unitats, es un **pacient fràgil, pluripatològic, molts d'ells amb demència** (el que suposa un risc de lesió).

El primer punt que valoram a l'hora d'elegir un DAV és el tipus de tractament, la durada i les característiques del pacient.

Un cop finalitzat el tractament es determina a la **reunió interdisciplinària** la necessitat de mantenir el DAV, ja que les complicacions de mantenir-ho sense cap tractament actiu intravenós en moltes ocasions poder dur a complicacions innecessàries i greus per al pacient”



Centrant-nos en el manteniment, quin és el tipus d'apòsit més apropiat a utilitzar?

“L'apòsit indicat és un apòsit **adhesiu transparent** amb un disseny idoni per la fixació de la via.

Es pot mantenir fins 7 dies si està correctament col·locat.

Els motius de canvi són:

- Brut o amb restes hemàtics
- Desferrat
- Humit”



El motiu de que l'apòsit sigui transparent ens ha de fer conscients de que el seu principal objectiu és el de permetre un senzill control visual. Quines són les consideracions que s'han de tenir a l'hora de la col·locació d'un apòsit?

“L'objectiu de que el **punt d'insecció sigui visible és el de poder detectar les complicacions de seguida**, es important que quan col·locam les tires adhesives MAI tapin el punt de punció i que si col·locam una malla protectora posar-la de tal manera que amb un simple cop d'ull es pugui valorar el DAV”

Quin és l'antisèptic d'elecció per realitzar la neteja del punt d'insecció i dels ports d'entrada dels sistemes (claus o bioconnectors)?

“L'antisèptic per l'elecció és la **Clorhexidina Alcohòlica al 2%**.

Abans de la seva aplicació, quan volem canviar un apòsit, previamente és necessari una neteja amb SF. Una vegada aplicat el desinfectant l'hem de deixar actuar uns 30” i, després podem col·locar l'apòsit.

Si el que volem fer és netejar un port (un bioconector) el que feim és **desinfectar el bioconector amb una gassa impregnada amb**

Clorhexidina alcohòlica i deixam actuar 30 segons”

És necessari utilitzar guants estèrils pel canvi d'apòsit?

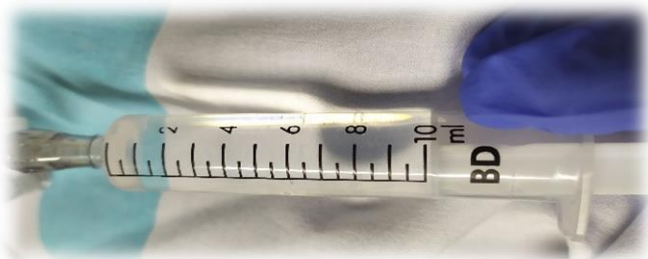
“**El canvi d'apòsit s'hauria de realitzar amb guants estèrils o extremant al màxim l'asèpsia.** A forma de consell puc dir que, si es preveu un canvi d'apòsit amb molta manipulació no dubteu en utilitzar guants estèrils per assegurar la millor tècnica possible”

En què consisteix el salinitzat d'un DAV?

“La tècnica de salinitzar **consisteix en netejar l'interior de la llum** del catèter després d'una medicació o bé per mantenir la permeabilitat.

La indicació és la d'infondre el doble de volum del que seria necessari per deixar el dispositiu venós totalment salinitzat, utilitzant una **xeringa de 10cc** per obtenir la pressió idònia. Si utilitzem 10cc de SF en xeringa de 10cc encertarem pel que fa a volum i pressions.

Ho feim després de cada finalització d'un fàrmac o al menys cada 24 hores si el DAV no s'ha emprat. És recomanable utilitzar la tècnica **push-stop** per aconseguir **turbulències** dins la llum del catèter i netejar millor l'interior”



Per als sistemes utilitzats per a l'administració de tractament, quines recomanacions hem d'aplicar?

“En cas d'un **tractament intermitent el sistema es canvia cada vegada** que es retira i es salinitza la llum.

No es poden fer desconexions dels sistemes perquè el pacient es pugui dutxar amb major comoditat, això augmenta clarament el risc d'infecció ja que facilita l'entrada de gèrmens.

En el cas del **sistemes de STP** s'han de canviar cada vegada que es **canvi la via perifèrica** (per flebitis, obstrucció, extravasació....) o si no cada vegada que sigui necessari per estar **brut o cada 96h”**

No hi ha dubte que hem d'introduir al pacient (sempre que sigui possible) en les tasques de manteniment dels DAV ja que són ells els portadors d'aquests. Què és el que han de saber?

“Sempre que les condicions del pacient ho permetin i siguin òptimes l'instruïrem amb l'educació del seu dispositiu:

1. De la necessitat de **mantenir el DAV net** i de canviar l'apòsit si s'embruta o es banya durant la higiene.
2. Sobre la importància de **consultar amb infermeria si presenta: dolor, vermellor i/o eritema a la zona d'inserció** del DAV, sigui l'hora que sigui, amb el objectius d'evitar complicacions importants”

Per concloure, de 0 a 10, quina puntuació li donaries a la correcta aplicació de les recomanacions en el manteniment dels DAV, sent 0 cap i 10 la màxima importància?

“**Me resulta difícil posar un nombre** en concret però puc assegurar que la puntuació és alta.

Hem de tenir en compte que a la unitat cada parell de mesos tenim rodatge de gent nova, que malgrat siguin nous a la unitat s'adapten de seguida a les recomanacions ja que quan explicam els motius entenen la importància d'adaptar-se. Està clar que les coses sempre es poden millorar però en general estic **ben orgullosa de sa feina que es fa i de la capacitat d'adaptar-nos al canvi”**



Moltes gràcies Cati per compartir el teu coneixement amb nosaltres.

Fdo. L Moreno