



HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO
"LOZANO BLESA"

**Procedimiento de Cuidados del
Reservorio Venoso Subcutáneo**

PO-46_Z3(E)C
Revisión: A
Página 1 de 17

Procedimiento de Cuidados del Reservorio Subcutáneo

Elaborado por:	Revisado por:	Aprobado por:
Fecha: Febrero 2018	Fecha: Octubre 2018.	Fecha: 6 de noviembre 2018
Amparo Vallejo López Enfermera. HCULZ Fernando Salvador Sánchez Enfermero. HCULZ Olga Navarro Julvez Enfermera. HCULZ M^a José Royo Pérez Enfermera. HCULZ M^a Pilar Grajera Sanchez Enfermera. C.S. Utebo Francisca Voces Combarros Enfermera. C.E Ejea Ana Longas Gaspar Enfermera. C.E. Ejea	Coordinadores Unidad de Calidad. Dr. Julián Mozota Duarte Enfermera: M ^a Pilar Cascán Herreros	Firma: Comisión de Dirección



HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO
"LOZANO BLESA"

**Procedimiento de Cuidados del
Reservorio Venoso Subcutáneo**

PO-46_Z3(E)C
Revisión: A
Página 2 de 17

HISTORIAL DE REVISIONES

Rev. Nº	CONTENIDO	Fecha de la revisión



ÍNDICE:

HISTORIAL DE REVISIONES	2
1. OBJETIVOS	4
2. ALCANCE.....	4
3. DEFINICIONES	4
4. INDICACIONES	5
4.1. VENTAJAS.....	5
4.2. INCONVENIENTES.....	6
5. DESARROLLO	6
6. MATERIAL PARA LA MANIPULACIÓN DEL RESERVORIO/ EQUIPAMIENTO NECESARIO	7
7. CUIDADOS / MANEJO DEL RESERVORIO.....	8
7.1. COLOCACIÓN DEL SISTEMA GRIPPER O DE LA AGUJA TIPO HUBER.....	8
7.2. ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN	8
7.3. EXTRACCIÓN DE SANGRE	9
7.4. LAVADO Y HEPARINIZACIÓN (sellado del reservorio).....	9
8. RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS	10
8.1. Obstrucción.....	10
8.2. Extravasación.....	11
8.3. Infección	11
8.4. Necrosis cutánea	12
8.5. Humedad en el sitio de inserción o en sus alrededores	12
8.6. Migración interna del catéter*	12
8.7. Embolización del catéter*	13
8.8. Desconexión del catéter.....	13
8.9. Rotación del reservorio	13
9. RESPONSABILIDADES	13
10. BIBLIOGRAFIA	13
11. ANEXO	17

Procedimiento de Cuidados del Reservorio Venoso Subcutáneo

1. OBJETIVOS

Conocer los cuidados y manejo del catéter venoso permanente de larga duración, para mantener su ubicación, permeabilidad y prevenir complicaciones. ¹

2. ALCANCE

De aplicación para todo el personal de enfermería, facultativos del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Área III de Atención Primaria y Centro Especialidades Cinco Villas, que cumpla funciones de atención a los pacientes portadores de Accesos Venosos Subcutáneos.

Población diana: Pacientes que sean portadores de catéteres venosos centrales con puertos subcutáneos permanentes. ¹⁻²

3. DEFINICIONES

El **Reservorio Venoso Subcutáneo (RVS)** es un dispositivo que consiste en un catéter de silicona o poliuretano que se inserta canalizando una vena central (yugular o subclavia) y conectado a una cámara subcutánea o reservorio de titanio que dispone de una membrana de silicona autosellante. ¹⁻³⁻⁴⁻⁵⁻⁶

Su implantación y retirada es quirúrgica y ambulatoria, habitualmente en Radiología Intervencionista o en quirófano.

Puede tener distintas localizaciones, aunque lo más frecuente es que se encuentre alojado en un bolsillo debajo piel, en fosa infraclavicular (3ª o 4ª costilla). Situándose sobre plano muscular. ⁵

Reservorios de alto flujo. La inyección de contraste radiológico con bomba, se realiza a alta presión alcanzando valores de 325 psi*. Actualmente existen reservorios y sistemas de infusión que resisten esta presión. Se puede visualizar por medio de Rx una marca en el reservorio que indica CT o mediante la tarjeta que todo paciente debe portar en donde se indique si su reservorio es de alta presión.



* Psi (libras por pulgada cuadrada) unidad de presión

Los sistemas Gripper también están identificados como Gripper Plus® Power P.A.C. (Alta Presión)



Los **catéteres centrales** son aquellos cuyo extremo se alojan en el interior de grandes vasos venosos (cava superior, cava inferior). El acceso venoso se realiza a través de la vena yugular o subclavia.⁵⁻⁶⁻⁷

Los reservorios se componen de catéter de silicona o poliuretano, portal doble o único y el septum es de silicona, es radio opaco.

Lavado en pulsos: introducimos centímetro a centímetro suero con la jeringa de 10 cc parando y volviendo a introducir de forma ágil, hasta acabar la jeringa de suero. De esta forma se genera turbulencia dentro del catéter, lo que favorece el mantenimiento del mismo en buen estado.¹⁻²⁻⁶⁻¹¹⁻¹⁶

4. INDICACIONES

- Administración: soluciones hiperosmolares, NTP, sustancias fleboagresivas (irritantes, vesicantes...), hemoderivados, sueroterapia...
- Administración tratamientos endovenosos intermitentes y/o prolongados en el tiempo oncológicos, hematológicos, VIH y síndromes de malabsorción intestinal tanto en Hospitalización como ambulatoria.
- Pruebas diagnósticas: extracciones de sangre, administración contraste (sólo si son de alto flujo, descripción que consta en tarjeta identificativa del implante) ¹⁻³⁻⁴⁻⁵⁻⁷

4.1. VENTAJAS

- Preservar las vías periféricas.
- Disponibilidad de una vía venosa central permanente.
- Permite administrar fármacos exclusivos de la vía central, agresivos y con menor riesgo.
- Disminuir el sufrimiento.
- Disminución del riesgo de infección (sistema cerrado bajo piel).
- Permite la administración de tratamientos domiciliarios.



- Acceso venoso fácil y seguro.
- Técnica de punción sencilla.
- Evitan múltiples venopunciones en pacientes con difícil acceso venoso periférico, preservando el capital venoso.
- Los cuidados de mantenimiento son mínimos, aunque complejos
- Mejora la calidad de vida de los pacientes, permite la realización de actividades cotidianas¹⁻⁵

4.2. INCONVENIENTES

- La implantación es quirúrgica.
- Precisa adiestramiento específico para el manejo.
- Alteración de la imagen corporal.
- Pueden surgir complicaciones: Hematoma de la herida, neumotórax, infección, arritmia, endocarditis etc.
- Hay que pinchar la piel para acceder al reservorio. Aunque con el tiempo, la piel que recubre membrana se hace menos sensible a punciones.
- La infusión de un fluido viscoso y a alta presión puede producir rotura, desconexión o migración del catéter. Poco frecuente en los reservorios de última generación. ⁵⁻⁸

5. DESARROLLO

El mantenimiento y manipulación de estos tipos de dispositivos requieren una técnica **estéril** siempre.¹⁻⁵⁻¹¹

Por criterios de seguridad, por si se producen desconexiones accidentales o en la manipulación, se utilizarán (cuando corresponda) válvulas de seguridad tipo Luerlock y pinzas.¹

La primera punción tras implantación se realizará preferentemente a partir de los siete días⁵ o más, tendremos en cuenta que la situación de los pacientes puede indicar aumentar el tiempo de cicatrización. Si fuera necesario se puede utilizar a partir de las 24 o 48 horas.⁵

Si se debiera utilizar de forma inmediata es mejor se coloque el Gripper justo en el momento de la implantación para evitar su manipulación.

Se evitará forzar la línea de sutura. Se realizará cura a los siete días con observación diaria y palpación si no hubiera línea visual.

Tras la cicatrización, cuando se utilice un sistema de infusión en el reservorio, el apósito de elección será transparente de vía central o doble periférico, los cambios se realizarán cada 7 ⁹ días mientras se esté utilizando o cuando precise por deterioro. Si hubiera exudado utilizar apósito de gasa, cambiándolo cada 48 horas.⁷⁻⁹⁻¹⁰⁻¹²

Cambio siempre que este deteriorado. Se observará diariamente, si es de gasa se palpará, dando garantía de prevención de infecciones y ofreciendo una fijación segura.

Procedimiento de Cuidados del Reservorio Venoso Subcutáneo

Observaremos sistemáticamente los signos y síntomas de infección local, rojeces tumefacción, fiebre, malestar, signos de oclusión del catéter...

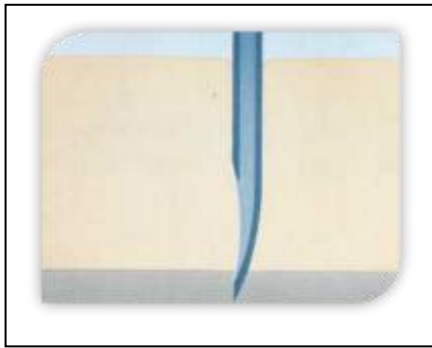
Evaluar la integridad del reservorio antes de su manipulación, edema, inflamación, aumento de la sensibilidad. ¹⁻⁵⁻⁹⁻¹⁰

6. MATERIAL PARA LA MANIPULACIÓN DEL RESERVORIO/ EQUIPAMIENTO NECESARIO

El Gripper es un sistema que consta de una aguja tipo Huber unida a una alargadera sencilla o doble. Este tipo de aguja presenta un bisel especial que minimiza la agresión de la membrana del reservorio. Los calibres van del 19G 20G y 22G pudiendo ser rectas, acodadas y acodada montada en una placa de sujeción la cual se usa para administrar tratamientos durante un periodo de tiempo y posee una alargadera. **La utilización de agujas convencionales daña la membrana de silicona del reservorio.**¹¹



Agujas Huber



Bisel agujas Huber



Gripper

Material⁴⁻¹⁰:

- Solución alcohólica desinfectante de manos
- Guantes estériles y No estériles.
- Gasas estériles
- 2 paños estériles.
- Válvulas de seguridad para administrar tratamientos y en periodos de medicación intermitente. (Opcional)
- Povidona Yodada o Clorhexidina acuosa o alcohólica 2% (en piel íntegra)²⁻⁷⁻⁹⁻¹²⁻¹³⁻¹⁴. La alcohólica se recomienda para prevenir infecciones de catéter con mayor eficacia que la povidona yodada.
- Aguja tipo Huber o sistema Gripper. Solo se puede acceder al reservorio con ellas. Estas agujas poseen un bisel especial que no muerde la silicona, ni produce erosión del material.
- Aguja de carga.

Procedimiento de Cuidados del Reservorio Venoso Subcutáneo

- Jeringas de 10 y 20 cc No utilizar de menor capacidad pues generan mayor presión y pueden separar el catéter de la cámara. ⁶⁻¹¹⁻¹⁵
- Suero salino fisiológico 0,9%. Envases monodosis 10 ml.
- Solución de Heparina sódica 20 UI/ml en envases monodosis de 5 ml (Fibrilín® 5ml).
- Apósito estéril transparente o de gasa ⁷⁻⁹⁻¹⁰⁻¹²
- Contenedor de punzantes.

7. CUIDADOS / MANEJO DEL RESERVORIO

7.1. COLOCACIÓN DEL SISTEMA GRIPPER O DE LA AGUJA TIPO HUBER

1. Se informa al paciente del procedimiento
2. Posición del paciente: preferentemente **Semifowler** con la cabeza girada hacia el lado contrario al que se encuentre el reservorio⁴
3. Lavado de manos y guantes NO estériles para retirar apósito (si lo llevara) ⁹⁻¹⁰
4. Se limpia la zona con suero salino fisiológico
5. Retirada de guantes no estériles, lavado de manos y colocación de guantes estériles. Preparación del campo estéril, se purga el equipo de punción con suero fisiológico, con jeringa de 10cc, mantener el equipo con jeringa y pinzado. La válvula de seguridad es recomendable.¹
6. Desinfectar la piel y dejar secar. Si se desinfecta con Clorexidina Alcohólica al 2%, dejar secar 30 segundos. Si se desinfecta con Povidona Yodada o Clorhexidina Acuosa, dejar secar 2 minutos. Localizar por palpación el reservorio, fijar **el reservorio** con el dedo índice y pulgar de una mano y sin presionar mucho con la mano libre sujetamos el equipo.¹⁻²⁻¹⁶
7. Indicamos al paciente que inspire, manteniendo el tórax hinchado, en el momento de la punción.¹
8. Puncionamos el reservorio en el centro en ángulo recto con la base hasta notar que la aguja toca el fondo de reservorio. El terminal del sistema ha de situarse por debajo de la punción.⁷⁻¹¹
9. Verificamos la posición de la aguja. Extraemos y desecharmos 5 cc de sangre en **jeringa de 10 cc** para limpiar el suero heparinizado del reservorio y catéter.
10. Lavar con 10 o 20 cc de suero salino fisiológico en pulsos. ²⁻⁶⁻¹⁰⁻¹¹⁻¹⁵⁻¹⁶
11. Tras lavar, conectar la perfusión en el caso de administrar medicación.
12. Si lo que se precisa es sellar hacerlo con Fibrilín® 5ml.
13. No movilizaremos ni manipularemos la aguja una vez colocada ya que podría provocar fugas que dañan la membrana.
14. El apósito de elección será transparente de vía central o doble periférico, los cambios se realizarán cada 7 días ⁹⁻¹² mientras se esté utilizando o cuando precise por deterioro. Si hubiera exudado utilizar apósito de gasa, cambiándolo cada 48 horas.⁷⁻¹⁰

7.2. ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN

- Se informa al paciente del procedimiento

- Proceder con lo reseñado anteriormente de colocación del sistema GRIPPER o de la aguja tipo HUBER, (hasta el punto 10)
- Tras lavar el reservorio con suero salino fisiológico, conectar la perfusión, administrar medicación.
- Si se utiliza para administrar más de una medicación en bolo, lavar entre una y otra con 10 o 20 cc de suero fisiológico en pulsos*.²⁻¹¹
- Se adoptarán medidas de clampaje para evitar desconexiones cuando sea necesario.
- No movilizaremos ni manipularemos la aguja una vez colocada ya que podría provocar fugas que dañan la membrana.
- En el caso de uso continuado, el cambio de Gripper se realizará semanalmente.⁹⁻¹⁰⁻¹¹
- Si se utilizan las válvulas sin aguja, estas se limpiarán frotando con alcohol durante 30" dejando secar otros 30". Nunca se colocarán en ellas tapones no específicos de las mismas.⁹⁻¹⁷
- No se deben de administrar antibióticos tópicos o cremas en el lugar de inserción ya que puede provocar resistencia microbiana e infecciones por hongos.²⁻⁷⁻⁹⁻¹⁰
- Es recomendable el uso de bombas de perfusión en fluidoterapia.
- Antes de retirar el Gripper lavaremos con 10cc de suero salino fisiológico en pulsos. A continuación, sellaremos el reservorio con Fibrilín® 5ml en jeringa de 10 cc. Para finalizar, clamparemos el sistema durante la introducción del último cc de Fibrilín®, retiraremos la aguja utilizando el sistema de seguridad.¹⁻²⁻¹⁰
- El apósito de elección será transparente de vía central o doble periférico, los cambios se realizarán cada 7 días, mientras se esté utilizando o cuando precise por deterioro. Si hubiera exudado utilizar apósito de gasa, cambiándolo cada 48 horas.⁷⁻⁹⁻¹⁰⁻¹²
- Tras retirar la aguja o Gripper, Colocar un apósito de gasa estéril sobre la zona
- Hacer presión sobre el punto de punción durante 2 minutos.
- Retirar apósito a las 24 horas.

7.3. EXTRACCIÓN DE SANGRE

- Se informa al paciente del procedimiento
- Proceder con lo reseñado anteriormente en el apartado de colocación del sistema GRIPPER o de la aguja tipo HUBER. (Hasta el punto 9)
- Una vez puncionado, desecharemos los primeros 5 cc de sangre, 10cc si se va a realizar estudio de coagulación, posteriormente extraeremos la sangre necesaria.
- Lavamos tras la extracción con 10cc de suero salino 0,9% en pulsos*. Si no se va a utilizar más, heparinizar con 5 cc de Fibrilín®, con presión positiva final.¹⁻²⁻⁴⁻⁶⁻¹¹⁻¹⁶
- Colocar un apósito de gasa estéril sobre la zona tras retirar la aguja o Gripper.
- Hacer presión sobre el punto de punción durante 2 minutos.
- Retirar apósito a las 24 horas.

7.4 LAVADO Y HEPARINIZACIÓN (sellado del reservorio)

Esta indicado después de cada uso, cuando NO se va a utilizar en los 5 minutos siguientes, y cada 6 semanas.

- Se informa al paciente del procedimiento
- Proceder con lo reseñado anteriormente de colocación del sistema GRIPPER o de la aguja tipo HUBER
- Una vez puncionado, extraer 5cc de sangre con jeringa de 10cc. Desechar la jeringa.
- Lavar con una jeringa con suero salino fisiológico en pulsos ya que muchos medicamentos precipitan con la heparina y pueden obstruirlo permanentemente (10 cc mínimo)¹⁻²⁻⁶⁻¹⁰⁻¹¹⁻¹⁶
- Cargar una jeringa de 10cc con 5cc de Fibrilín® para sellar con presión positiva final, clampando al introducir el último cc.¹⁻²⁻⁴⁻⁶⁻¹¹⁻¹⁶
- Hacer presión en el punto de punción dos minutos para evitar la formación de un hematoma sobre el reservorio.
- Si se trata de un portal con doble cámara, el procedimiento se realizará para cada una de ellas
- Poner un apósito estéril 24 horas.

8. RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

8.1 Obstrucción

Se detecta por las características que se describen según sea una obstrucción parcial o total

- Parcial: no se puede extraer sangre, pero si se pueden infundir fluidos o al contrario, no se pueden infundir fluidos, pero se puede extraer sangre.
- Total: no se puede extraer sangre, ni infundir fluidos. ¹⁻⁵⁻⁶⁻⁸⁻¹⁶

Causas:

- Las pinzas del sistema están cerradas.
- Alguna parte del sistema de infusión está doblado.
- El catéter esta atorado en la pared de un vaso.
- El catéter se ha doblado.
- La aguja es muy corta y no penetra hasta del fondo reservorio.
- El catéter está obstruido por la precipitación de medicación.
- Hay un acúmulo de fibrina en la punta del catéter que provoca un efecto válvula en el funcionamiento del catéter.

Actuación:

- Abrir las llaves que están cerradas.
- Observar que no está acodado el sistema.
- Colocar la cabeza y los hombros del paciente en otra posición.¹
- Introducir una aguja de tamaño adecuado y sentir el fondo metálico.
- Con una jeringa de 10cc. o mayor capacidad, irrigar suavemente y aspirar.¹
- Cambiar el Gripper.

- En caso de no poder solucionar el problema, de la obstrucción parcial o total **"NO UTILIZAR"** avisar al médico del paciente que si lo considera solicitará colaboración con el Servicio de Radiología **Intervencionista. En el caso de Atención Primaria y del Centro de Especialidades Ejea - Cinco Villas se pondrán en contacto con Radiología Intervencionista. tfno.162982**

8.2. Extravasación

Es la infusión del fármaco en el tejido subcutáneo. ⁵⁻⁶

Se detecta por descenso en la velocidad de infusión, aparece dolor, prurito o quemazón, enrojecimiento o palidez de la piel, hinchazón y piel fría o caliente.

Causas:

- Colocación incorrecta de la aguja.
- Desplazamiento de la aguja.
- Retroceso de la medicación por trombosis vascular.
- Separación del catéter del puerto o reservorio.
- Exceso de presión en el sistema de infusión.

Actuación:

- Parar la infusión.
- Avisar al médico.
- Aplicación de frío o calor local según protocolo del centro.
- Antídotos locales (según protocolo del centro).¹
- Cirugía e incluso injerto si es necesario.

8.3. Infección

Puede ser local (en el punto de punción o alrededor del reservorio) o sistémica.

Síntomas de infección local: eritema, calor, dolor a la palpación, inflamación alrededor del catéter. ¹⁻⁵⁻⁶⁻⁸⁻¹⁶

Causas:

- Manipulación inadecuada del sistema.
- Contaminación del sistema.
- Estado de inmunosupresión del paciente.

Actuación ante sospecha de infección local:

- No pinchar el reservorio.
- Avisar al médico.

Actuación ante sospecha de infección sistémica:

- Aplicar el tratamiento médico.
- Es posible que se realice hemocultivo (si se realiza hemocultivo cambiar aguja al finalizar la extracción). Siempre se extraerá uno del reservorio y otro de la extremidad. Marcando en ellos la procedencia. La diferencia entre los dos hemocultivos determinará si el origen de la infección es el reservorio

- Avisar al médico del paciente que si lo considera solicitará colaboración con el Servicio de Radiología Intervencionista. En el caso del Centro de Especialidades Cinco Villas se pondrán en contacto con Radiología Intervencionista

8.4. Necrosis cutánea

Se puede producir la muerte celular de una porción de tejido, por la extravasación de citotóxicos u otras causas⁵⁻⁶

Causas:

- Empleo de agujas excesivamente cortas que presionan la piel sobre el portal y la necrosan.
- Cambio de aguja con menos frecuencia de la recomendada.
- Sutura encima del portal.
- Desgarro en la membrana del portal e infusión de sustancias vesicantes.

Actuación:

- Emplear agujas de longitud y tamaño adecuado.
- Cambiar la aguja con la frecuencia recomendada.

Tratar la extravasación según protocolo.

8.5. Humedad en el sitio de inserción o en sus alrededores

El vendaje o apósito esta húmedo o saturado. Se produce hinchazón debajo del apósito. Fuga de líquido desde el sitio del portal con la palpación. ⁶

Causas:

- Exposición del apósito a un grado excesivo de humedad.
- Alguna conexión luer puede estar floja.
- La aguja se ha desplazado.
- La aguja está mal asentada.
- Alteración en la integridad del septum del portal.

Actuación:

- Preguntar sobre actividades recientes del paciente.
- Apretar las conexiones
- Siempre insertar la aguja hasta sentir la parte inferior del portal.
- Acceder de nuevo utilizando una aguja de la longitud adecuada.
- Aspirar sangre para comprobar el emplazamiento correcto de la aguja.

8.6. Migración interna del catéter*

Los catéteres situados en vena cava superior pueden migrar espontáneamente hacia la vena subclavia o la yugular.

Esta complicación puede producir mal funcionamiento del dispositivo y se diagnostica mediante radiografía torácica. ⁵⁻⁶



8.7. Embolización del catéter*

Esto supone que el catéter se ha roto y puede desplazarse hasta aurícula derecha, ventrículo derecho y arteria pulmonar.

Requiere la actuación médica y del servicio de Radiología Intervencionista. ⁶

*** Tanto en la migración como en la embolización del catéter:** Podemos detectar síntomas de disnea, taquicardia, angor o solamente falta de retorno venoso.

8.8. Desconexión del catéter

Puede ser debido a fatiga del catéter o a exceso de presión sobre el sistema.

Nos damos cuenta por la falta de retorno venoso o extravasación (tumor, rubor, dolor) o humedad. Esta complicación impide el uso del reservorio y requiere actuación médica en Radiología Intervencionista. ⁶

8.9. Rotación del reservorio

También llamado síndrome de Twiddler.

Nos damos cuenta porque al pinchar notamos directamente una placa metálica sin atravesar previamente una capa de silicona. Esta complicación impide el uso del reservorio y requiere actuación médica en Radiología Intervencionista. ⁶

9. RESPONSABILIDADES

Enfermeras/os, tanto de Atención Primaria como de Especializada.

10. BIBLIOGRAFIA

1. Sofía Ávila Pinillos, María José Arias Ruiz, M^a Ángeles Fera Tavira. Manejo de accesos venosos centrales subcutáneos. Procedimiento operativo estandarizado (POE). Hospital Universitario Reina Sofía. Junio 2016. (Consultado Enero 2018). Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/cuidados_reservorio_subcutaneo.pdf
2. Rafael de Fresno Cerezo. Manejo de catéteres venosos centrales de larga duración. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Documentación de Enfermería. Enero 2014 Procedimiento: PD-GEN-93. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DManejo_de_cat%C3%A9teres_venosos_centrales_temporales.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site



HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO
"LOZANO BLESA"

**Procedimiento de Cuidados del
Reservorio Venoso Subcutáneo**

PO-46_Z3(E)C
Revisión: A
Página 14 de 17

[%3DHospitalGregorioMaranon&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352844111597&ssbinary=true](#)

3. Ernesto Sánchez Gómez Coordinador. Guía para la administración segura de medicamentos vía parenteral. Mayo 2011. Servicio de Farmacia. Unidad de Formación continua. Hospital "Juan Ramón Jiménez". Huelva. (Consultado Enero 2018). Disponible en: <http://www.enfermeriaaps.com/portal/download/FARMACOLOGIA/Guia%20de%20administracion%20segura%20de%20medicamentos%20via%20parenteral%202011.pdf>
4. Manual de procedimientos generales de enfermería. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Servicio Andaluz de Salud. Junio 2012 pag 102-107. (Consultado Enero 2018). Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorioseguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/recursos_compartidos/procedimientos_generales_enfermeria_HUVR.pdf
5. Milagros Estefani Oré Pérez. Cuidados de enfermería en pacientes oncológicos, que reciban quimioterapia a través de un Port-a-cath o de un PICC. Sant Cugat del Vallès, Junio de 2016. Trabajo Final de Grado. Escuela Universitaria de Enfermería Gimbernat. (Consultado Enero 2018). Disponible en: <http://eugdSPACE.eug.es/xmlui/bitstream/handle/123456789/394/Cuidados%20de%20enfermer%C3%ADa%20en%20pacientes%20oncol%C3%B3gicos%2C%20quimioterapia%20a%20trav%C3%A9s%20de%20un%20Port-a-cath%20o%20de%20un%20PICC.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
6. M^aCarmen Rubio, Ana Belén Martínez, M^a José Martínez, Carmen Moreno. PROCEDIMIENTO DE ENFERMERIA SOBRE CUIDADOS Y MANTENIMIENTO DEL PORT-A-CATH. Servicio Andaluz de Salud. Hospital "La Inmaculada" & Distrito A. P. "Levante Alto Almanzora". 2^a Edición. Julio 2014. (Consultado Enero 2018). Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hinmaculada/web/servicios/mi/FICHEROS/documentos%20de%20interes/Enfermeria/PROCEEDIMIENTO%20CUIDADOS%20PORT-CATH.pdf>
7. M^a Zahara Urien Pérez, Blanca Rodríguez García, Aranzazu Velayos Velayos, Nuria Galán Martín, M^a Blanca García García, .Cuidados de enfermería dirigidos a pacientes portadores de reservorio venoso subcutáneo (Port -a- Cath®) en atención primaria. Revisión bibliográfica.Rev. enferm. CyL Vol 9-Nº 1 (2017). (Consultado Enero 2018). Disponible en : <http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/view/188/162>
8. Dr. Rodrigo Rivas T. Complicaciones mecánicas de los accesos venosos centrales. [REV. MED.CLIN. CONDES-2011;22(3)350-360]. (Consultado Enero 2018). Disponible en: http://www.clc.cl/clcprod/media/contenidos/pdf/MED_22_3/350-360-dr-rivas.pdf
9. Lucía Garate Echenique, María Victoria García Domínguez, Inmaculada Valdivia Chacón, María Camino del Rio Pisabarro, María Angeles Cidoncha Moreno. Recomendaciones basadas

en la evidencia para el cuidado del acceso vascular. Osakidetza. Febrero 2015. (Consultado Enero 2018). Disponible en: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osteoba_publicaciones/es_osteoba/adjuntos/2_recomendaciones_acceso_vascular.pdf

10. Naomi P. O'Grady, Mary Alexander, Lillian A. Burns, E. Patchen Dellinger, Jeffery Garland, Stephen O. Heard, Pamela A. Lipsett, Henry Masur, Leonard A. Mermel, Michele L. Pearson, Issam I. Raad, Adrienne Randolph, Mark E. Rupp, Sanjay Saint, y Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections, 2011. Department of Health & Human Services-USA 2011 (Consultado 30 Enero 2018). Disponible en : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3106269/>
11. Ana M^a Alonso Noval, Esther Fernández Fernández, Ángeles González Fernández, Eulalia Gutiérrez García, Teresa Velasco González, Ana M^a López Lalín. Guía para Enfermería. Catéteres Venosos centrale (CVC). Servicio de Salud del Principado de Asturias 2011. (Consultado 30 enero 2018). Disponible en: https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Calidad%20y%20Sistemas/AS_Calidad/SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE/guia%20cateteres%2028%20marzo%202011.pdf
12. Bernatchez S. Care of Peripheral Venous Catheter Sites: Advantages of Transparent Film Dressing Over Tape and Gauze. Journal of the Association for Vascular Access.2014; 19(4): 256-261. (Consultado 30 Enero 2018). Disponible en: [http://www.avajournal.com/article/S1552-8855\(14\)00161-5/pdf](http://www.avajournal.com/article/S1552-8855(14)00161-5/pdf)
13. Yamamoto N, Kimura H, Misao H, Matsumoto H, Imafuku Y, Watanabe A, et all. Efficacy of 1.0% chlorhexidine-gluconate ethanol compared with 10% povidone-iodine for long-term central venous catheter care in heatology departments: a prospective study. Am J Infect Control. 2014 May; 42 (5): 574-6. (Consultado 30 Enero 2018). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24655901>
14. Mimos O, Lucet JC, Kerforne T, Pascal J, Souweine B, Goudet V, et all. Skin antisepsis with chlorhexidine-alcohol versus povidone iodine-alcohol, with and without skin scrubbing, for prevention of intravascular-catheter-related infection (CLEAN): an open-label, multicentre, randomised, controlled, two-by-two factorial trial. Lancet. 2015 Nov 21;386(10008):2069-77. (Consultado 30 enero 2018). Disponible en : [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(15\)00244-5.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(15)00244-5.pdf)
15. Cotilla JM, Prieto J, Frigolet P. Protocolo de uso y mantenimiento del reservorio venosos subcutáneo. Enfermería Global [internet]. 2008 [citado 22 julio 2017]; 7(2):1-8. (Consultado 30 enero 2018). Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/19601/18971>



HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO
"LOZANO BLESA"

**Procedimiento de Cuidados del
Reservorio Venoso Subcutáneo**

PO-46_Z3(E)C
Revisión: A
Página 16 de 17

16. José Fernandez De Maya. Variabilidad de la práctica clínica en la manipulación del reservorio subcutáneo en los hospitales de día de España. Tesis Universidad de Alicante. Octubre 2015 (Consultado 30 enero 2018). Disponible en:
http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/53476/1/tesis_fernandez_de_maya.pdf
17. José Manuel Lomas Cabezas, Rafael Luque Márquez, Coordinadores. Documento de consenso sobre infecciones relacionadas con cateteres centrales. Publicado por la Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas (<http://www.saei.org/>) Volumen 12, suplemento 1 2011. (Consultado enero 2018). Disponible en: www.saei.org/biblioteca/descargar/id/208
18. Dr. José Pérez Heredia, Dr. Farid Doumet Miranda. Sistemas Implantables: Colocación, indicadores y cuidado. ONCOLOGÍA 2003; Vol 13 (3-4): 168-171. (Consultado enero 2018). Disponible en: seo.com.ec/old_site/revista/index.php/RevOncolEcu/article/view/318/312
19. Guia para el paciente. Reservorio venoso subcutaneo. Instituto Donostia de Oncohematología. Hospital Donostia 2011. (Consultado Enero 2018). Disponible en: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/hd_publicaciones/es_hdon/adjuntos/Guia_Reservorio_Venoso_C.pdf
20. Jaén Toro, Mercedes; Ramos Martos, Manuel Jesús; Gómez Manzano, Rafael. Guía de salud: recomendaciones para personas con catéter Reservorio subcutáneo elaborada con metodología de guía de práctica clínica. Rev Paraninfo Digital, 2008; 5. Consultado el 30 de Enero del 2018 Disponible en:
<http://www.index-f.com/para/n5/p038.php>
21. La quimioterapia y usted. National Cancer Institute. U.S. Department of Health and Human Services. 2007. (Consultado el 30 de Enero del 2018) Disponible en:
<https://www.cancer.gov/espanol/cancer/quimioterapia-y-usted.pdf>
22. Manejo y Cuidado del Reservorio Venoso Subcutáneo. Clinica IMQ Zorrotzaurre (Consultado el 30 de Enero del 2018). Disponible en :
<http://www.clinicaimqzorrotzaurre.es/estaticoswemdel/contenidos/Zorrotzaurre/LaClinica/Prensa/Reservorio%20venoso%20subcut%C3%A1neo%20cast.pdf>

Enlaces con videos de interés:

Cateter. Por-a-Cath

<https://youtu.be/2TM7PA9eJo0>

Inserción Huber Gripper plus

<https://youtu.be/4uTeHdnOLTs>

	<p>HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLESA"</p> <p>Procedimiento de Cuidados del Reservorio Venoso Subcutáneo</p>	<p>PO-46_Z3(E)C Revisión: A Página 17 de 17</p>
---	---	---

11. ANEXO



HIP-RADG.10-05



HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE

RECOMENDACIONES PARA EL PACIENTE PORTADOR DE RESERVORIO

Es usted portador de un reservorio venoso subcutáneo. Está insertado en el tórax por debajo de la piel y se accede a él por medio de una aguja especial.

Este catéter permite que se le realicen extracciones sanguíneas, así como la administración de toda la terapia intravenosa que usted precise.

Requiere una serie de precauciones por su parte:

- Mientras lleve el sistema, no debe manipularlo
- La piel se debe mantener limpia e hidratada
- En periodos de descanso, hay que hacer un mantenimiento del mismo cada 6-8 semanas para asegurar su funcionamiento. Para ello, deberá acudir a su centro de salud y ponerse en contacto con su enfermera
- Puede realizar ejercicio físico, pero deberá evitar aquellos deportes que impliquen contacto físico, golpes, riesgo de lesiones o sobre esfuerzo tales como: cazar, tiro con arco, pesas, rugby, boxeo...

Signos de alerta

Acudirá al hospital Si:

- Tiene fiebre superior a 38° C sin foco aparente
- Tiene un cordón rojo a lo largo del recorrido del catéter
- Notara el brazo del lado en el que tiene colocado el catéter inflamado
- Nota dolor en la zona de inserción, enrojecimiento o inflamación
- Tiene dificultad para respirar
- Nota palpitations en el corazón