

CUIDADOS DEL CATÉTER EPIDURAL.

Propósito:

- Mantener el catéter epidural en condiciones adecuadas de posición, asepsia y permeabilidad para evitar complicaciones después de su colocación en el espacio epidural (cavidad virtual situada entre las dos hojas en que se divide la duramadre, a nivel lumbar L2-L3 O L3-L4 para la administración de un anestésico o un analgésico).

Recursos materiales:

- Material para el cambio de apósito:
 - Guantes no estériles, si precisa.
 - Guantes estériles.
 - Gasas estériles.
 - Antiséptico (Povidona Yodada al 10% o Clorhexidina solución acuosa al 2%).
 - Esparadrapo textil poroso.
 - Apósito adhesivo estéril.
- Material para la Administración de analgesia en bolo:
 - Guantes estériles.
 - Mascarilla
 - Antiséptico.
 - Gases estériles.
 - Paño estéril.
 - Jeringuillas estériles de uso parenteral de 5cc.
 - Suero fisiológico.
- Material para la retirada del catéter.
 - Guantes no estériles, si precisa.
 - Guantes estériles.
 - Gasas estériles.
 - Antiséptico (Povidona Yodada al 10% o Clorhexidina solución acuosa al 2%).
 - Apósito adhesivo estéril.

Precauciones:

- Comprobar la identidad del paciente.
- Verificar la existencia de posibles alergias a los materiales y productos a utilizar.
- Comprobar que el paciente, la medicación, la hora, la vía de administración, la vía y la dosis son los establecidos en la prescripción médica.
- Asegurar una vía venosa.
- Antes de la retirada del catéter comprobar que el paciente no recibe tratamiento con Heparina.

Información al paciente:

- Comprobar la identidad del paciente.
- Informar al paciente del procedimiento que se va a realizar y solicitar su colaboración.
- Proporcionar intimidad.
- Colocar al paciente en decúbito lateral o sentado.
- Para la retirada del catéter, si no hay contraindicación, es conveniente colocar al paciente en la misma posición en que le fue insertado.
- Responder a las preguntas que haga el paciente con respecto a la técnica.
- Enseñar al paciente:
 - Como moverse para evitar desplazamientos del catéter.
 - A comunicar si el apósito esta manchado o la línea de infusión desconectada.
 - A comunicar cualquier variación de sensibilidad, cefaleas, dolor de espalda,...
 - La normalidad de cierto grado de parestesia (hormigueo, acorchamiento).
 - La conveniencia de que camine siempre acompañado, si no existe contraindicación.

Técnica:

- Cambio de apósito:
 - Higiene de manos.
 - Comprobar inmediatamente antes de la administración, que el paciente, la medicación, la hora, la vía de administración y la dosis son los establecidos en la prescripción médica.
 - Colocarse los guantes no estériles, si precisa.
 - Retirar el apósito, pero no retirar las tiras adhesivas estériles si no es necesario.
 - Retirar los guantes no estériles y cambiarlos por unos estériles.
 - Aplicar el antiséptico en la zona de inserción realizando círculos de dentro a fuera y dejar secar.
 - Fijar el catéter con tiras adhesivas estériles si estas se hubieran retirado. Colocarlas en sentido perpendicular al catéter, nunca longitudinal ni en corbata, dejando libre el punto de inserción.
 - Cubrir la zona con un apósito adhesivo estéril.
 - Enrollar una porción del catéter sobre si mismo, cubrirlo con una gasa y fijarlo con esparadrapo. Evitar que quede sobre el punto de inserción.
 - Dirigir la parte distal del catéter a lo largo de la espalda hacia uno de los hombros, fijándolo con esparadrapo en sentido longitudinal, dejando libre y visible el filtro antibacteriano.
 - Dejar al paciente cómodamente instalado.
 - Recoger el material utilizado y proceder a su limpieza o eliminación.
- Administración de analgesia en bolo:
 - Higiene de mano.
 - Preparar un campo estéril.
 - Aplicar antiséptico sobre la conexión.
 - Colocarse los guantes estériles.
 - Retirar el tapón o desconectar el sistema de infusión.

- Comprobar la correcta situación del catéter aspirando con una jeringa vacía. No debe salir nada.
 - Si es necesario, comprobar la permeabilidad del catéter mediante la inyección de 2 cc de suero fisiológico.
 - Administrar la medicación lentamente.
 - Lavar el catéter mediante inyección de 2 cc de suero fisiológico.
 - Colocar un tapón estéril o conectar el sistema de infusión.
 - Recoger el material utilizado y proceder a su limpieza o eliminación.
- Retirada de catéter:
 - Facilitar al facultativo el material para la retirada del catéter.
 - Aplicar antiséptico y cubrir la zona con un apósito adhesivo estéril.

Anotaciones y registro

- Registrar en el plan de cuidado:
 - Fecha de colocación del catéter.
 - Planificación y realización de las curas.
 - Fecha de retirada del catéter.
- En la hoja de medicación.
 - Fármaco, dosis y vía de administración.
 - Fecha, hora e iniciales del nombre y apellidos de la enfermera/o.
- En las observaciones de enfermería las incidencias si las hubiera.

Cuidados del material

- Desechar el material punzante en los contenedores destinados para ello, de igual manera se procederá con el material de un solo uso, siguiendo el protocolo de eliminación de residuos vigente.

Cuidados post-procedimiento.

- Vigilar el apósito, al menos una vez por turno, por si estuviera manchado, deteriorado o levantado.
- Vigilar las constantes vitales del paciente durante las dos horas siguientes a su inserción.
- Realizar valoración neurológica (movilidad, sensibilidad y dolor de espalda) durante las 8 horas siguientes a la retirada del catéter y avisar al facultativo si aparecen alteraciones.
- Cambiar el apósito cada 72 horas o antes en caso de estar manchado o deteriorado.
- Observar la aparición de posibles efectos secundarios de los fármacos utilizados.

Observaciones:

- Utilizar técnicas estériles para cualquier manipulación del catéter epidural.
- Evitar manipulación innecesaria del catéter y sus conexiones.
- Valorar la presencia de signos de infección o hemorragia en la zona de inserción. Se considera normal la presencia de una pequeña induración o edema localizados en la zona de punción.
- Ante la sospecha del desplazamiento del catéter, fijar con tiras adhesivas estériles y llamar al facultativo responsable.

- Administrar la medicación a través del filtro.
- No conectar llaves de tres pasos al catéter.
- Durante la administración del bolo de medicación el paciente puede sentir parestesias.
- En caso de desconexión accidental del filtro:
 - Higiene de manos y colocación de guantes estériles.
 - Proteger el extremo del catéter epidural con gasas estériles.
 - Aplicar en la porción final de catéter antiséptico no alcohólico.
 - Avisar al facultativo responsable.
- Si se va a retirar el catéter y el paciente esta en tratamiento con heparina avisar al facultativo y tener en cuenta que:
 - En paciente con heparina de bajo peso molecular deben pasar 12 horas desde la última dosis de heparina antes de retirar el catéter y se deben esperar 12 horas antes de administrar la dosis siguiente.
 - En paciente con heparina sódica intravenosa en bolos o en perfusión continua, deben haber pasado 3 horas desde la última dosis o desde la suspensión de la perfusión, y no debe reanudarse la administración de heparina hasta una hora después de retirar el catéter.

Complicaciones debidas a la técnica:

- Los escalofríos y temblores pueden darse con casi cualquier agente, pero sobre todo con los anestésicos locales, debido a que la vasodilatación hace perder calor con rapidez al paciente. Si el periodo de mantenimiento de la analgesia es largo, y no se tiene la precaución de tener abrigado al paciente, puede aparecer una hipotermia progresiva, y la consiguiente reacción defensiva.
- Si la punción ha sido dificultosa, pueden aparecer posteriormente raquialgias, posiblemente por la distensión prolongada de los ligamentos de las articulaciones intervertebrales.

Motivos de fracaso del catéter:

- El más frecuente es la imposibilidad de hacer una punción con localización adecuada del espacio epidural.
- El segundo motivo en incidencia de fracasos, parece ser la flexión del catéter o su salida a través de uno de los orificios de conjunción.
- Otra causa de fracaso, es el alojamiento de la punta del catéter en una vena de los plexos epidurales, lo que hace que, con las habitualmente bajas dosis de fármacos que se utilizan no aparezca efecto suficiente.

Complicaciones relacionadas con el agente:

- Con los anestésicos locales, son muy raras las reacciones alérgicas.
- Hipotensión, que aparece en su mayor parte debido a un bloqueo del simpático torácico. La hipotensión es una causa importante de movilidad, por lo que apenas aparezca debe ser combatida.

Complicaciones relacionadas con el catéter:

- Las reacciones adversas relacionadas con el catéter epidural son raras. La inserción inadvertida en el espacio intratecal o en una de las venas que drenan la sangre de la medula es inmediatamente advertida.
- La perforación de la duramadre ocasiona una cefalea espinal intensa. Esta cefalea suele resolverse por si misma en pocos días, y puede aliviarse con una abundante ingesta de líquidos, manteniendo al enfermo en posición de cubito, y mediante el empleo de mezcla de analgésicos como paracetamol-codeína.

- o La infección localizada del catéter es poco frecuente y cuando ocurre, suele ser debida a una contaminación hematológica que anida en el catéter. No obstante, hay que tomar todas las precauciones posibles para impedir la contaminación. Hay que infundir el analgésico a través de un filtro bacteriano. Dado que las soluciones de opiáceos y anestésicos utilizados vía epidural debieran estar exentas de conservantes, si se utilizan infusiones prolongadas, una vez preparadas, deben ser desechadas y sustituidas por otras de reciente preparación, lo más tardar a las 24 horas. Cualquier signo de infección sistémica en un paciente con catéter epidural la indicación es su retirada y cultivo.

Bibliografía:

1. Estrada Fernández J. Dolor y analgesia, Servicio de Anestesiología-reanimación. Unidad del dolor. Hospital Universitario de Getafe. Madrid. 2001.
2. Enferpro. La enfermería profesional (página web) Sociedad Española de Informática e Internet. Sevilla.
3. Protocolo de retirada del catéter epidural para pacientes heparinizados. Unidad del dolor agudo. Servicio de Anestesiología-reanimación y Terapia del Dolor. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.