

INSTRUCCIONES DE USO PARA BLOQUEO NERVIOSO

Indicaciones:

Aguja de punta biselada 25° destinada al bloqueo de plexos y nervios periféricos, mediante neuroestimulación eléctrica y/o ultrasonidos. Proporcionando anestesia y analgesia en procedimientos quirúrgicos de extremidades superiores, inferiores, mama y abdomen. Aguja útil para técnicas de bloqueo nervioso, en procedimientos de dolor agudo y crónico.

El uso de este tipo de agujas, queda restringido a personal médico con la formación y experiencia suficiente, necesarias para la realización de las técnicas de bloqueo nervioso.

Instrucciones de uso:

1. Antes de realizar la técnica informar al paciente y pedir su consentimiento por escrito.
2. Antes de realizar la punción, descartar infecciones y lesiones de la zona corporal donde se va a realizar la técnica.
3. Colóquese al paciente en la posición adecuada al bloqueo a realizar. Proceda a la desinfección correcta de dicha zona, móntese un campo estéril previo a la técnica. Inyecte un habón cutáneo de anestésico local en el lugar de punción.
4. Observar el material atentamente, asegurándose el correcto embalaje y esterilidad de la aguja. En caso de desperfecto, o pérdida de esterilidad, desear inmediatamente.
5. Conecte el cable transparente (para administración de medicación, a través de la aguja) en la conexión Luer-Lock situada en la parte posterior del cuerpo de la aguja, purgue el sistema con suero fisiológico al 0,9%, o con la propia solución anestésica, hasta llegar el líquido a la punta de la aguja.
6. Si se va a realizar la técnica con neuroestimulador, debe colocarse la conexión metálica del cable eléctrico en uno de los dos orificios que se encuentran en el cuerpo de la aguja. La conexión, se puede realizar en el lado derecho o izquierdo, dependiendo de la posición del paciente, y/o de la preferencia del anestesiólogo, facilitando la conexión del cable al neuroestimulador. Conecte el otro extremo del cable eléctrico al neuroestimulador, así como el cable del neuroestimulador al electrodo cutáneo, y colóquelo en la zona corporal cercana al nervio a bloquear. Seleccione un corriente inicial de 0,5 a 2 mA con una amplitud de pulso de 0,1 a 0,3 ms. Realice la punción en la piel y haga avanzar la aguja lentamente, hacia el nervio seleccionado. Cuando se observen contracciones musculares evidentes, en la zona del nervio correspondiente, disminuya la corriente eléctrica hasta que desaparezca la contracción. Si el nivel en la que ésta desaparece está situado entre 0,3 y 0,5 mA la aguja de estimulación se encuentra a una distancia adecuada del nervio. Si se produjeran contracciones musculares con una corriente inferior a 0,2, separe ligeramente la aguja, pues la punta se encuentra muy próxima, o dentro, del fascículo nervioso, pudiendo producirse lesiones.
7. Si se desea realizar la técnica con ultrasonidos, la aguja AKUS™ incorpora un sistema de entalladura específica, situado en el último centímetro distal, el cual proporciona una visualización rápida y óptima de la punta. Así mismo, la empuñadura ergonómica permite suaves desplazamientos circunferenciales, que hacen más eficaz el destello ultrasónico de la punta. Esto permite desarrollar la técnica de forma segura y eficaz, controlando continuamente la localización de la punta y el nervio. Realice la punción en la piel y haga avanzar la aguja lentamente, utilizando el equipo de ultrasonido para localizar el nervio, o tronco nervioso deseado.
8. En ambas técnicas, una vez situada en la posición correcta, y antes de suministrar la solución de anestésico local, se debe realizar una aspiración con la jeringa, para evitar la proximidad a un vaso sanguíneo. El cuerpo de la aguja de plexo AKUS™ es transparente, lo cual facilita una detección muy rápida de sangre. Si esto sucede, se debe proceder a la retirada y recolocación de la aguja.
9. Suministre al paciente la solución anestésica deseada, considerando aspiraciones cada 5 ml de solución anestésica.
10. Si se desea se pueden combinar las dos técnicas de localización nerviosa: ultrasonido y estimulación.
11. La aguja de bloqueo nervioso AKUS™ tiene marcas de longitud cada 1 cm. Solamente el centímetro distal tiene el entallado de ultrasonido.
12. Retirar la aguja, desinfectar la piel, y colocación de apósito

Accesorios del kit:

- Aguja de punta biselada 25° destinada al bloqueo de plexos y nervios periféricos.

Contraindicaciones:

- Negativa del paciente a la técnica.
- Trastornos graves de coagulación, tratamiento con anticoagulantes,
- Infección de la piel en el punto de punción.
- Septicemia
- Alergia a los anestésicos locales.
- Hipertensión intracraneal severa.
- Alteraciones leves de la coagulación.
- Hipersensibilidad conocida a los materiales utilizados.
- Anomalías anatómicas que dificulten la localización de la aguja, con estimulación nerviosa y ultrasonidos.
- Pacientes portadores de marcapasos o desfibriladores internos, se recomienda no utilizar localización de nervios con estimulación eléctrica, escoger ultrasonidos.

Complicaciones de la técnica:

- Toxicidad con anestésicos locales por inyección intravascular inadvertida, con afectación neurológica y/o cardíaca.
- Lesiones nerviosas por inyección intrafascicular de anestésicos locales.
- Hematoma en el lugar de punción.
- Neumotórax
- Bloqueo central completo por punción inadvertida de espacio epidural o intratecal, con depresión respiratoria grave.
- Bloqueo parcial o incompleto con fallo de la técnica anestésica, por mala realización de la técnica.
- Infección (sepsis)
- Parada cardíaca
- Muerte

Advertencias:

- Todas las agujas y accesorios AKUS™ han sido esterilizadas con óxido de etileno.
- Aguja y cables de un solo uso, no se deben reutilizar una vez usados.
- La aguja AKUS™ no contiene ftalatos.
- No usar si el embalaje si se encuentra dañado.
- Dispóngase del material necesario para anestesia general, y reanimación cardiopulmonar.

AKUS®

KIT DE ANESTESIA LOCOREGIONAL

Instrucciones de uso

ES

INSTRUCCIONES DE USO PARA KIT DE ANESTESIA LOCO REGIONAL

Descripción:

Aplicación de un solo uso para realización de anestesia loco regional en sus vertientes de espinal, epidural, bloqueos nerviosos y canalización de vías centrales.

Contenido:

los kits contendrán la aguja indicada según la zona de aplicación y los elementos necesarios para la realización de la técnica. Los elementos generales que pueden incorporar para facilitar dicha práctica son:

1. PAÑO PROTECTOR DEL MATERIAL,
2. PAÑO DE CAMPO ADHESIVO,
3. BANDEJA PORTA KIT,
4. JERINGUILLA TRES CUERPOS,
5. ESPONJA CON MANGO ANATÓMICO PARA DESINFECCIÓN DE LA PIEL,
6. CUBETA PARA LIQUIDO DESINFECCIÓN,
7. GASA DESINFECCIÓN SIN BANDA PLOMADA,
8. AGUJA HIPORDEMICAS,
9. AGUJA CARGADORA Y PERFORADORA DE PIEL,
10. FILTRO CARGADOR DE PARTÍCULAS,
11. TOALLA SECAMANOS,
12. GUANTES, BISTURI,
13. PINZAS,
14. TIJERAS,
15. DISPOSITIVO DE SEGURIDAD ANTI-PUNCIÓN (AKUS SAFETY),
16. ELECTRODOS,
17. AGUJA ACCESO VENOSO

Advertencias

los componentes de este KIT han sido esterilizados con óxido de etileno. KIT de un solo uso, no se debe reutilizar una vez utilizado.

Según la técnica a desarrollar:

INSTRUCCIONES DE USO PARA AGUJA ESPINAL TIPO WHITACRE, SPROTTE O QUINCKE

Indicaciones:

Agujas espinales destinadas a la realización de anestesia raquídea y punción lumbar para extracción de líquido cefalorraquídeo. Las agujas espinales Whitacre y Sprotte son las llamadas "punta de lápiz", y están diseñadas para minimizar las lesiones de la dura madre, evitando la pérdida de líquido cefalorraquídeo, que es la causante del PDPH (Post Dura Punction Headache) – cefalea post punción lumbar.

La aguja espinal tipo Quincke presenta una punta tipo bisel, y su uso en la actualidad se aconseja en punciones lumbares para extracción de líquido cefalorraquídeo (LCR). El uso de este tipo de agujas, queda restringido a personal médico con la formación y experiencia suficiente, necesarias para la realización de las técnicas de raquianestesia y punción lumbar.

Instrucciones de uso:

1. Antes de realizar la técnica informar al paciente y pedir su consentimiento por escrito.
2. Antes de realizar la punción, descartar infecciones y lesiones de la zona corporal donde se va a realizar la técnica.
3. En caso de tatuaje de la zona: valuar y explicar al paciente de los riesgos.
4. Desinfección correcta de la zona de punción, y montar campo estéril previo a la técnica.
5. Observar el material atentamente, asegurándose el correcto embalaje y esterilidad de la aguja. En caso de desperfecto, o pérdida de esterilidad, desechar inmediatamente.
6. Las agujas de espinal AKUS™ vienen acompañadas con un introductor. El cual posee una punta de 15° tri-biselada, que facilita su introducción en la piel. Pudiéndose

así, evitar la realización de habón subcutáneo con anestésico local. El uso de este introductor facilita la posterior introducción de la aguja, y evita el arrastre de células epidérmicas dentro del espacio intra-raquídeo.

7. La empuñadura anatómica de la aguja AKUS™, facilita la precisión de introducción de la misma, detectándose con facilidad las estructuras óseas, intramusculares y cartilaginosas. Lo que proporcionará una correcta localización del espacio subaracnoideo, evitando deformaciones en la punta. En caso de punción ósea con desperfecto de la punta, retirar inmediatamente de la misma, y utilizar una nueva.
8. Una vez localizado el espacio subaracnoideo, retirar estilete y esperar el reflujo de LCR. El pabellón transparente de AKUS™, presenta una lupa, que facilita la visión inmediata de LCR. Es la única aguja que posee este dispositivo. La lupa, y el tamaño del cuerpo de la aguja, facilitan la correcta inspección de un LCR normal. Si el LCR no es transparente, y presenta turbidez o tinción hemática, valorar abortar la técnica, o realizar punción en distinto espacio medular.
9. La aguja de AKUS™ permite el uso de jeringas de cono LUER y LUER-Lock. Una vez ajustada la jeringa, con el anestésico local, presionar suavemente e introducirlo en el espacio intratecal. Si se desea, se puede realizar una ligera aspiración de la jeringa, para evidenciar la correcta colocación de la aguja en el espacio intratecal, "técnica de barbotage".
10. 1Así mismo, la prolongación anterior de la aguja AKUS™ permite un mayor control y agarre con los dedos, evitando movimientos antero-posteriores que pudieran hacer fallar la técnica.
11. Retirar la aguja y el introductor, desinfección de la piel, y colocación de apósito.

Accesorios del kit:

Aguja espinal tipo Whitacre, Sprotte o Quincke destinadas a la realización de anestesia raquídea y punción lumbar.

Contraindicaciones:

1. Absolutas:
 - Negativa del paciente a la técnica.
 - Trastornos graves de coagulación, tratamiento con anticoagulantes,
 - Infección de la piel en el punto de punción.
 - Septicemia
 - Alergia a los anestésicos locales.
 - Hipertensión intracraneal severa.

2. Relativas:
 - Malformación anatómica
 - Tatuajes de la piel.
 - Infecciones de la piel lejanas al punto de punción.
 - Alteraciones leves de la coagulación.
 - Déficit de volumen sanguíneo no corregido
 - Deshidratación.

Complicaciones de la técnica:

- PDPH (Post Dura Punction Headache) – cefalea post punción lumbar
- Hipotensión
- Retención urinaria
- Lumbalgia
- Parestesia
- Parálisis parcial
- Parálisis total
- Hematoma subdural o epidural
- Meningitis
- Reacción tóxica sistémica
- Bloqueo central
- Infección (absceso epidural)
- Depresión respiratoria
- Parada cardíaca
- Muerte

INSTRUCCIONES DE USO PARA AGUJA EPIDURAL

Indicaciones:

Localización y colocación de un catéter en espacio epidural para la realización de anestesia y/o analgesia epidural.

El uso de este tipo de agujas, queda restringido a personal médico con la formación y experiencia suficiente, necesarias para la realización de las técnicas de anestesia y/o analgesia epidural.

Indicaciones de uso:

1. 1Antes de realizar la técnica informar al paciente y pedir su consentimiento por escrito.
2. Antes de realizar la punción, descartar infecciones y lesiones de la zona corporal donde se va a realizar la técnica.
3. En caso de tatuaje de la zona: valuar y explicar al paciente de los riesgos.
4. Colóquese al paciente en la posición adecuada a la técnica a realizar. Proceda a la desinfección correcta de dicha zona, móntese un campo estéril previo a la técnica. Inyecte un habón cutáneo de anestésico local en el lugar de punción.
5. Observar el material atentamente, asegurándose el correcto embalaje y esterilidad de la aguja. En caso de desperfecto, o pérdida de esterilidad, desechar inmediatamente.
6. La aguja epidural debe introducirse con el estilete colocado en su interior, puede emplearse con o sin aletas. Las aletas AKUS™ de gran tamaño y ergonomía permiten una mayor precisión en la introducción de la cánula metálica. Introducida 2-3 cms guiándose de las marcas centimetradas en la cánula, se retira el estilete y se procede a la colocación de la jeringa de baja resistencia, que puede ser utilizada con 3 ó 4 centímetros de aire o suero fisiológico 0,9%. "técnica de la pérdida de resistencia".
7. Introducir la aguja lentamente hasta conseguir la localización del espacio epidural mediante la pérdida de resistencia con aire o suero.
8. Una vez colocada la aguja en su posición correcta, coger el catéter epidural, e introducirlo a través de la misma. Deberá emplearse para este proceso de la ayuda del pequeño conector de introducción montado en dicho catéter. Para colocación más sencilla, quitar las piezas plásticas que sujetan el catéter.
9. La introducción correcta del catéter viene determinada por la silicona blanda situada en un extremo. Dicha punta soft está diseñada para evitar la perforación de la duramadre. La cánula presenta 3 orificios de salida situados en las posiciones circunferenciales del catéter, e incorpora una banda radio opaca en toda su longitud.
10. La posición del catéter en el espacio epidural, se calcula siguiendo las marcas del mismo. La primera marca está situada a 5cms, la marca doble está a 10cms, la triple a 15 cms, y la cuádruple a 20cms. La separación entre marcas es de 1 centímetro.
11. Tras colocar el catéter en la posición deseada, se retira la aguja sin modificar la posición del catéter. Está terminantemente prohibido retirar el catéter a través de la cánula de acero, pues el bisel afilado puede dañar y cortar dicho catéter.
12. Retirada la aguja, se puede seguir controlando la posición del catéter, utilizando las marcas el mismo.
13. Una vez situado el catéter en la posición corregida, introducir el extremo del catéter en el adaptador, previamente desenroscado. Una vez introducido, se debe enroscar hasta que la pieza apriete firmemente el catéter.
14. Tras la aplicación del adaptador, efectuar una prueba de aspiración, con la finalidad de evitar la posición del catéter en el espacio intratecal, o dentro de un vaso sanguíneo.
15. Es recomendable la aplicación del filtro bacteriano. Inyectar 2ml de suero fisiológico 0,9%, o solución de anestésico local, para comprobar la permeabilidad del catéter.
16. Desinfección de la piel, colocación de apósito y fijación del catéter a la espalda del paciente.
17. Introducción de solución de anestésico local, a través del catéter, utilizando la técnica de bolos, o perfusión continua con bomba.

Accesorios del kit:

- Agua epidural punta Tuohy
- Aletas
- Catéter con conector
- Adaptador
- Filtro plano bacteriano
- Jeringa de baja resistencia para localización de espacio epidural LOR.
- Pegatina amarilla para correcta señalización de la técnica epidural.
- Pegatina roja para advertencia de colocación de catéter intratecal si se desea.
- Fijador de catéter a la piel.

Contraindicaciones:

1. Absolutas:
 - Negativa del paciente a la técnica.
 - Trastornos graves de coagulación, tratamiento con anticoagulantes,
 - Infección de la piel en el punto de punción.
 - Septicemia
 - Alergia a los anestésicos locales.
 - Hipertensión intracraneal severa.
2. Relativas:
 - Malformación anatómica
 - Tatuajes de la piel.
 - Infecciones de la piel lejanas al punto de punción.
 - Alteraciones leves de la coagulación.
 - Déficit de volumen sanguíneo no corregido
 - Deshidratación.

Complicaciones de la técnica:

- Punción inadvertida del espacio intratecal.
- PDPH (Post Dura Punction Headache) – cefalea post punción lumbar
- Hipotensión
- Retención urinaria
- Lumbalgia
- Parestesia
- Parálisis parcial
- Parálisis total
- Hematoma subdural o epidural
- Meningitis
- Reacción tóxica sistémica
- Bloqueo central
- Infección (absceso epidural)
- Depresión respiratoria
- Parada cardíaca
- Muerte