



**DOUBLE LUMEN CATHETER
TEMPORARY HEMODIALYSIS
INSTRUCTIONS FOR USE**

**CATÉTERES DE DOBLE LUMEN
HEMODIÁLISIS TEMPORAL
INSTRUCCIONES DE USO**

**CATETER DE DUPLO LÚMEN
HEMODIÁLISE TEMPORÁRIA
INSTRUÇÕES DE USO**

TABLE OF CONTENTS

ENGLISH.....	1
LATIN AMERICAN SPANISH.....	8
LATIN AMERICAN PORTUGUESE.....	15

INDICATIONS FOR USE:

- The Double Lumen Catheter is indicated for use in attaining Short-Term vascular access for Hemodialysis, Hemofiltration, and Apheresis.
- It may be inserted percutaneously and is primarily placed in the internal jugular vein of an adult patient.
- Alternate insertion sites include the subclavian and femoral veins as required.
- This catheter is indicated for a duration less than (30) days. For femoral placement, monitor catheter condition closely.

CONTRAINDICATIONS:

- This catheter is intended for Short-Term vascular access only and should not be used for any purpose other than indicated in these instructions.

DESCRIPTION:

- The Double Lumen Catheter lumens are manufactured from soft radiopaque polyurethane material which provides increased patient comfort while providing excellent biocompatibility.



POTENTIAL COMPLICATIONS

- Air Embolism
 - Bacteremia
 - Brachial Plexus Injury
 - Cardiac Arrhythmia
 - Cardiac Tamponade
 - Central Venous Thrombosis
 - Endocarditis
 - Exit Site Infection
 - Exsanguination
 - Femoral Artery Bleed
 - Femoral Nerve Damage
 - Hematoma
 - Hemorrhage
 - Hemothorax
 - Inferior Vena Cava Puncture
 - Laceration of the Vessel
 - Lumen Thrombosis
 - Mediastinal Injury
 - Perforation of the Vessel
 - Pleural Injury
 - Pneumothorax
 - Retroperitoneal Bleed
 - Right Atrial Puncture
 - Septicemia
 - Subclavian Artery Puncture
 - Subcutaneous Hematoma
 - Superior Vena Cava Puncture
 - Thoracic Duct Laceration
 - Vascular Thrombosis
 - Venous Stenosis
- Before attempting the insertion, ensure that you are familiar with the above complications and their emergency treatment should any of them occur.

WARNINGS:

- In the rare event that a hub or connector separates from any component during insertion or use, take all necessary steps and precautions to prevent blood loss or air embolism and remove the catheter.
- Do not advance the guidewire or catheter if unusual resistance is encountered.
- Do not insert or withdraw the guidewire forcibly from any component. The wire may break or unravel. If the guidewire becomes damaged, the catheter and guidewire must be removed together.
- Federal Law (USA) restricts the device to sale by or on the order of a physician.

- This catheter is for Single Use Only. 
- Do not re-sterilize the catheter or accessories by any method.
- Re-Use may lead to infection or illness/injury.
- The manufacturer shall not be liable for any damages caused by reuse or re-sterilization of this catheter or accessories.
- Contents sterile and non-pyrogenic in unopened, undamaged package. STERILIZED BY ETHYLENE OXIDE

STERILE	EO
---------	----
- Do not use catheter or accessories if package is opened or damaged.
- Do not use catheter or accessories if any sign of product damage is visible.

CATHETER PRECAUTIONS:

- Do not use sharp instruments near the extension tubing or catheter lumen.
- Do not use scissors to remove dressing.
- Catheter will be damaged if clamps other than what is provided with this kit are used.
- Clamping of the tubing repeatedly in the same location may weaken tubing. Avoid clamping near the luers and hub of the catheter.
- Examine catheter lumen and extensions before and after each treatment for damage.
- To prevent accidents, assure the security of all caps and bloodline connections prior to and between treatments.
- Use only Luer Lock (threaded) Connectors with this catheter.
- Repeated over tightening of bloodlines, syringes, and caps will reduce connector life and could lead to potential connector failure.
- Never straighten or twist lumen of IJ catheter, as this will kink internal lumen inhibiting flow during treatment.

INSERTION SITES:

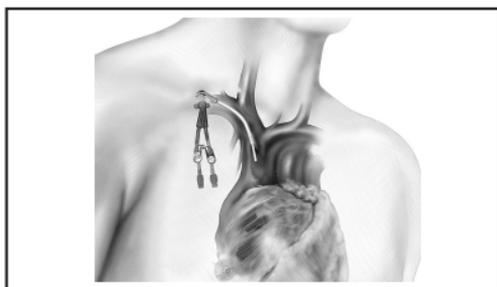
- The patient should be in a modified Trendelenburg position, with the upper chest exposed and the head turned slightly to the side opposite the insertion area. A small rolled towel may be inserted between the shoulder blades to facilitate the extension of the chest area.

Internal Jugular Vein



- Have patient lift his/her head from the bed to define the sternomastoid muscle. Catheterization will be performed at the apex of a triangle formed between the two heads of the sternomastoid muscle. The apex should be approximately three finger breadths above the clavicle. The carotid artery should be palpated medial to the point of catheter insertion.

Subclavian Vein

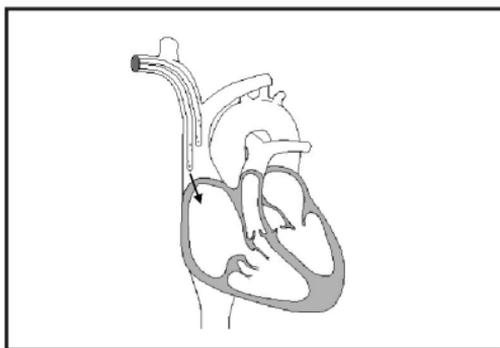


- Note the position of the subclavian vein, which is posterior to the clavicle, superior to the first rib, and anterior to the subclavian artery. (At a point just lateral to the angle made by the clavicle and the first rib.)

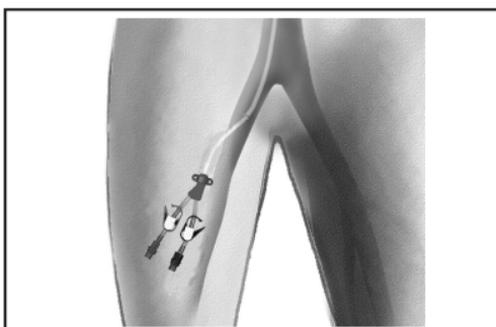
WARNINGS:

- Patients requiring ventilator support are at increased risk of pneumothorax during subclavian vein cannulation, which may cause complications.
- Extended use of the subclavian vein may be associated with subclavian vein stenosis.

Tip Placement



Femoral Vein



- The patient should lie completely on his/her back. Both femoral veins should be palpated for site selection and consequence assessment. The knee on the same side of the insertion site should be flexed and the thigh abducted. Place the foot across the opposite leg. The femoral vein is then posterior/medial to the artery.

Note: For femoral placement monitor patient closely for thrombosis, infection, and bleeding.

- Confirm final position of catheter with chest x-ray. Routine x-ray should always follow the initial insertion of this catheter to confirm proper tip placement prior to use.

DIRECTIONS FOR SELDINGER INSERTION

- Read instructions carefully before using this device. The catheter should be inserted, manipulated, and removed by a qualified, licensed physician or other qualified health care professional under the direction of a physician.
 - The medical techniques and procedures described in these instructions for use do not represent all medically acceptable protocols, nor are they intended as a substitute for the physician's experience and judgment in treating any specific patient.
 - Use standard hospital protocols when applicable.
1. Strict aseptic technique must be used during insertion, maintenance, and catheter removal procedures. Provide a sterile operative field. The Operating Room is the preferred location for catheter placement. Use sterile drapes, instruments, and accessories. Shave the skin above and below the insertion site. Perform surgical scrub. Wear gown, cap, gloves, and mask. Have patient wear mask.
 2. The selection of the appropriate catheter length is at the sole discretion of the physician. To achieve proper tip placement, proper catheter length selection is important. Routine x-ray should always follow the initial insertion of this catheter to confirm proper placement prior to use.
 3. Administer sufficient local anesthetic to completely anesthetize the insertion site.
 4. Insert the introducer needle with attached syringe into target vein. Aspirate to insure proper placement.
 5. Remove the syringe and place thumb over the end of the needle to prevent blood loss or air embolism. Draw flexible end of guidewire back into advancer so that only the end of the guidewire is visible. Insert advancer's distal end into the needle hub. Advance guidewire with forward motion into and past the needle hub into the target vein.

Caution: The length of the wire inserted is determined by the size of the patient. Monitor patient for arrhythmia throughout this procedure. The patient should be placed on a cardiac monitor during this procedure. Cardiac arrhythmias may result if guidewire is allowed to pass into the right atrium. The guidewire should be held securely during this procedure.

Caution: When introducer needle is used, do not withdraw guidewire against needle bevel to avoid possible severing of guidewire.

6. Remove the needle, leaving guidewire in the vessel. Enlarge cutaneous puncture site with scalpel.

7. Thread the dilator over the proximal end of the guidewire. Dilate subcutaneous tissue and vein wall to allow easy passage of catheter into target vein.

Caution: Insufficient tissue dilation can cause compression of the catheter lumen against the guidewire causing difficulty in the insertion and removal of the guidewire from the catheter. This can lead to bending of the guidewire.

8. Remove the dilator leaving the guidewire in place.

Caution: Do not leave vessel dilator in place as an indwelling catheter to avoid possible vessel wall perforation.

9. Irrigate catheter with saline, then clamp arterial extension. Use clamps provided. Do not clamp the venous extension as this will kink the stylet.

Caution: Do not clamp the dual lumen portion of the catheter. Clamp only the extensions. Do not use serrated forceps, use only the in-line clamps provided.

10. Thread the catheter over proximal end of the guidewire.
11. Ease the catheter through the subcutaneous tissue and into the target vein.
12. Make any adjustments to catheter under fluoroscopy. The distal tip should be located just before the junction of the superior vena cava and the right atrium. Femoral tip placement to be determined by physician.
13. Once proper placement is confirmed, remove guidewire and stylet leaving catheter in place.
14. Attach syringes to both extensions and open clamps. Blood should aspirate easily from both arterial and venous sides. If either side exhibits excessive resistance to blood aspiration, the catheter may need to be rotated or repositioned to obtain adequate blood flows.
15. Once adequate aspiration has been achieved, both lumens should be irrigated with saline filled syringes using quick bolus technique. Assure that extension clamps are open during irrigation procedure.
16. Close the extension clamps, remove the syringes, and place an injection cap on each luer lock connector. Avoid air embolism by keeping extension tubing clamped at all times when not in use and by aspirating then irrigating the catheter with saline prior to each use. With each change in tubing connections, purge air from the catheter and all connecting tubing and caps.
17. To maintain patency, a heparin lock must be created in both lumens. Refer to hospital heparinization guidelines.

Caution: Assure that all air has been aspirated from the catheter and extensions. Failure to do so may result in air embolism.

18. Once the catheter is locked with heparin, close the clamps and install injection caps onto the extensions' female luers.
19. Confirm proper tip placement with fluoroscopy. The distal venous tip should be located just before the junction of the superior vena cava and the right atrium. Femoral tip placement to be determined by physician.

Caution: Failure to verify catheter placement may result in serious trauma or fatal complications.

CATHETER SECUREMENT AND WOUND DRESSING:

20. Suture the catheter to the skin using the suture wing. Do not suture the catheter tubing.

Caution: Care must be taken when using sharp objects or needles in close proximity to catheter lumen. Contact from sharp objects may cause catheter failure.

21. Cover the insertion site with an occlusive dressing.
22. Catheter must be secured/sutured for entire duration of implantation.
23. Record catheter length and catheter lot number on patient's chart.

HEMODIALYSIS TREATMENT

- The heparin solution must be removed from each lumen prior to treatment to prevent systemic heparinization of the patient. Aspiration should be based on dialysis unit protocol.
- Before dialysis begins all connections to catheter and extracorporeal circuits should be examined carefully.
- Frequent visual inspection should be conducted to detect leaks to prevent blood loss or air embolism.
- If a leak is found, the catheter should be clamped immediately.

Caution: Only clamp catheter with in-line clamps provided.

- Necessary remedial action must be taken prior to the continuation of the dialysis treatment.

Note: Excessive blood loss may lead to patient shock.

- Hemodialysis should be performed under physician's instructions.

HEPARINIZATION

- If the catheter is not to be used immediately for treatment, follow the suggested catheter patency guidelines.
 - To maintain patency between treatments, a heparin lock must be created in each lumen of the catheter.
 - Follow hospital protocol for heparin concentration.
1. Draw heparin into two syringes, corresponding to the amount designated on the arterial and venous extensions. Assure that the syringes are free of air.
 2. Remove injection caps from the extensions.
 3. Attach a syringe containing heparin solution to the female luer of each extension.
 4. Open extension clamps.
 5. Aspirate to insure that no air will be forced into the patient.
 6. Inject heparin into each lumen using quick bolus technique.

Note: Each lumen should be completely filled with heparin to ensure effectiveness.

7. Close extension clamps.

Caution: Extension clamps should only be open for aspiration, flushing, and dialysis treatment.

8. Remove syringes.
 9. Attach a sterile injection cap onto the female luers of the extensions.
- In most instances, no further heparin is necessary for 48-72 hours, provided the lumens have not been aspirated or flushed.

SITE CARE

- Clean skin around catheter. Chlorhexidine gluconate solutions are recommended. Iodine solutions may also be used.
- Cover the exit site with occlusive dressing and leave extensions, clamps, and caps exposed for access by staff.
- Wound dressings must be kept clean and dry.

Caution: Patients must not swim, shower, or soak dressing while bathing.

- If profuse perspiration or accidental wetting compromises adhesion of dressing, the medical or nursing staff must change the dressing under sterile conditions.

CATHETER PERFORMANCE

Caution: Always review hospital or unit protocol, potential complications and their treatment, warnings, and precautions prior to undertaking any type of mechanical or chemical intervention in response to catheter performance problems.

Warning: Only a physician familiar with the appropriate techniques should attempt the following procedures.

INSUFFICIENT FLOWS:

The following may cause insufficient blood flows:

- Occluded arterial holes due to clotting or fibrin sheath.
- Occlusion of the arterial side holes due to contact with vein wall.

Solutions include:

- Chemical intervention utilizing a thrombolytic agent.

MANAGEMENT OF ONE-WAY OBSTRUCTIONS:

One-way obstructions exist when a lumen can be flushed easily but blood cannot be aspirated. This is usually caused by tip malposition.

One of the following adjustments may resolve the obstruction:

- Reposition catheter.
- Reposition patient.
- Have patient cough.

- Provided there is no resistance, flush the catheter vigorously with sterile normal saline to try to move the tip away from the vessel wall.

INFECTION:

Caution: Due to the risk of exposure to HIV (Human Immunodeficiency Virus) or other blood borne pathogens, health care professionals should always use Universal Blood and Body Fluid Precautions in the care of all patients.

- Sterile technique should always be strictly adhered to.
- Clinically recognized infection at a catheter exit site should be treated promptly with the appropriate antibiotic therapy.
- If a fever occurs in a patient with a catheter in place, take a minimum of two blood cultures from a site distant from catheter exit site. If blood culture is positive, the catheter must be removed immediately and the appropriate antibiotic therapy initiated. Wait 48 hours before catheter replacement. Insertion should be made on opposite side of original catheter exit site, if possible.

CATHETER REMOVAL

Warning: Only a physician familiar with the appropriate techniques should attempt the following procedures.

Caution: Always review hospital or unit protocol, potential complications and their treatment, warnings, and precautions prior to catheter removal.

1. Cut sutures from suture wing. Follow hospital protocol for removal of skin sutures.
2. Withdraw catheter through the exit site.
3. Apply pressure to exit site for approximately 10-15 minutes or until bleeding stops.
4. Apply dressing in a manner to promote optimal healing.

WARRANTY

Medcomp® WARRANTS THAT THIS PRODUCT WAS MANUFACTURED ACCORDING TO APPLICABLE STANDARDS AND SPECIFICATIONS. PATIENT CONDITION, CLINICAL TREATMENT, AND PRODUCT MAINTENANCE MAY EFFECT THE PERFORMANCE OF THIS PRODUCT. USE OF THIS PRODUCT SHOULD BE IN ACCORDANCE WITH THE INSTRUCTIONS PROVIDED AND AS DIRECTED BY THE PRESCRIBING PHYSICIAN.

Because of continuing product improvement, prices, specifications, and model availability are subject to change without notice, Medcomp® reserves the right to modify its products or contents without notice.

Medcomp® is a registered trademark of Medical Components, Inc.

INDICACIONES DE USO:

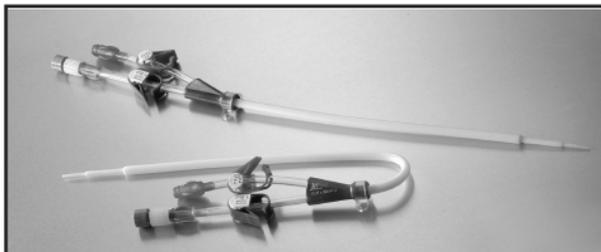
- El catéter de doble lumen está indicado para conseguir acceso vascular durante un período reducido para realizar hemodiálisis, hemofiltración y aféresis.
- Se puede insertar de forma percutánea y se coloca, principalmente, en la vena yugular interna (VYI) de un paciente adulto.
- Si es necesario, se pueden utilizar puntos de inserción alternativos, tales como las venas femoral y subclavia.
- Este catéter está indicado para una duración inferior a (30) días. Si se opta por la inserción femoral, es necesario supervisar el estado del catéter de cerca.

CONTRAINDICACIONES:

- Este catéter está indicado solo para conseguir acceso vascular durante un período reducido y no se debe utilizar con un propósito distinto de los detallados en estas instrucciones.

DESCRIPCIÓN:

- Los catéteres de doble lumen están fabricados con poliuretano radiopaco blando, un material más cómodo para el paciente y con una biocompatibilidad excelente.



POSIBLES COMPLICACIONES:

- Embolia gaseosa
 - Bacteriemia
 - Lesión del plexo braquial
 - Arritmia cardíaca
 - Taponamiento cardíaco
 - Trombosis venosa central
 - Endocarditis
 - Infección en el punto de salida
 - Desangramiento
 - Sangrado de la arteria femoral
 - Daños en el nervio femoral
 - Hematoma
 - Hemorragia
 - Hemotórax
 - Punción de la vena cava inferior
 - Laceración del vaso
 - Trombosis en el lumen
 - Lesión mediastínica
 - Perforación del vaso
 - Lesión pleural
 - Neumotórax
 - Sangrado retroperitoneal
 - Punción de la aurícula derecha
 - Septicemia
 - Punción de la arteria subclavia
 - Hematoma subcutáneo
 - Punción de la vena cava superior
 - Laceración del conducto torácico
 - Trombosis vascular
 - Estenosis venosa
- Antes de intentar realizar la inserción, asegúrese de conocer las complicaciones indicadas anteriormente y el tratamiento de emergencia pertinente en caso de que se produzca alguna de ellas.

ADVERTENCIAS:

- En el caso excepcional de que un conector se separe de algún componente durante la inserción o la utilización del catéter, se deberá retirar el catéter y adoptar todas las precauciones y medidas necesarias para evitar embolias gaseosas o pérdidas de sangre.
- No introduzca la guía o el catéter si detecta una resistencia inusual.
- No fuerce la inserción de la guía en ningún componente ni la extracción de la guía de ningún componente. Podría provocar la rotura o el desgarro de la guía. Si la guía resulta dañada, se deberá extraer junto con el catéter.
- La legislación federal de EE. UU. restringe la venta del dispositivo a médicos o por prescripción médica.

- Este catéter es de un solo uso. 
- No vuelva a esterilizar el catéter ni los accesorios de ninguna manera.
- Su reutilización puede provocar infecciones, enfermedades o lesiones.
- El fabricante no se responsabiliza de ningún daño causado por la reutilización o la reesterilización de este catéter o de sus accesorios.
- El contenido es estéril y apirógeno si el embalaje está cerrado y sin daños. ESTERILIZADO POR ÓXIDO DE ETILENO **STERILE EO**
- No utilice el catéter ni los accesorios si el embalaje está abierto o dañado.
- No utilice el catéter ni los accesorios si observa algún signo de que el producto pueda estar dañado.

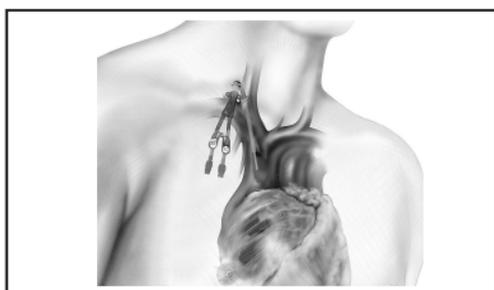
PRECAUCIONES CON EL CATÉTER:

- No utilice instrumentos afilados o punzantes en las proximidades de los tubos de extensión ni de los lúmenes del catéter.
- No utilice tijeras para retirar vendajes.
- El catéter puede resultar dañado si se utilizan otras pinzas (*clamps*) que no sean las incluidas en este kit.
- Si se colocan las pinzas repetidamente en el mismo lugar del tubo, este se puede debilitar. Evite colocar las pinzas cerca de los conectores luer y del conector del catéter.
- Antes y después de cada tratamiento, examine los lúmenes del catéter y las extensiones para comprobar que no haya daños.
- Para evitar accidentes, compruebe la seguridad de todos los tapones y de las conexiones de los tubos sanguíneos antes de realizar el tratamiento y en el período entre tratamientos.
- Utilice solo conectores de tipo luer lock (con rosca) con este catéter.
- Si se aprietan, de manera excesiva y repetida, las vías sanguíneas, las jeringas y los tapones, se acortará la vida del conector y se podrían producir fallos en él.
- Nunca enderece o gire el lumen del catéter de la VVI, ya que esto hará que se tuerza el lumen interno e inhibirá el flujo durante el tratamiento.

PUNTOS DE INSERCIÓN:

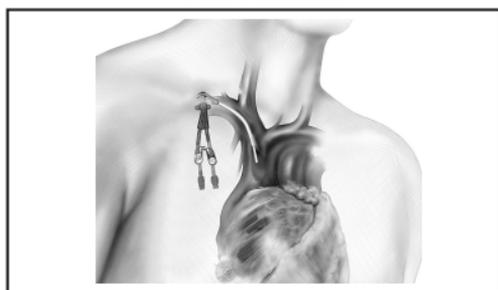
- El paciente debe estar en posición de Trendelenburg modificada, con la la parte superior del pecho expuesta y la cabeza ligeramente inclinada hacia el lado opuesto al punto de inserción. Se puede colocar una pequeña toalla enrollada entre los omóplatos para facilitar la extensión de la zona del pecho.

Vena yugular interna



- Pida al paciente que levante la cabeza de la camilla para poder identificar el músculo esternocleidomastoideo. La cateterización se realizará en el vértice del triángulo formado entre las dos inserciones de origen (esternón y clavícula) del músculo esternocleidomastoideo. El vértice debe estar a una distancia de unos tres dedos por encima de la clavícula. La arteria carótida se debe palpar medial al punto de inserción del catéter.

Vena subclavia

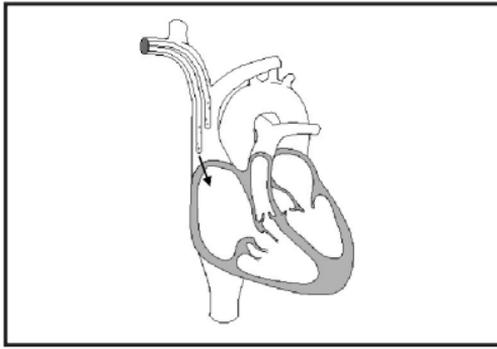


- Determine la posición de la vena subclavia, que es posterior a la clavícula, superior a la primera costilla y anterior a la arteria subclavia. (En un punto situado justo en el lateral del ángulo formado por la clavícula y la primera costilla).

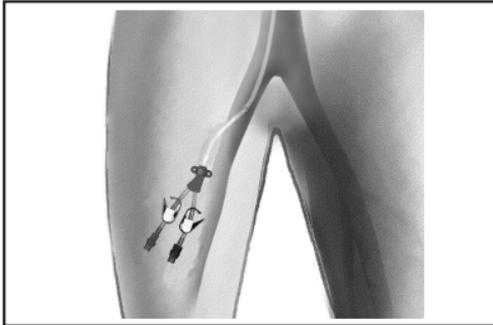
ADVERTENCIAS:

- Los pacientes que requieran respiración asistida presentan un mayor riesgo de sufrir un neumotórax durante la canulación de la vena subclavia, lo que puede ocasionar complicaciones.
- El uso prolongado de la vena subclavia se puede asociar a estenosis de la vena subclavia.

Sugerencia de colocación



Vena femoral



- El paciente debe estar acostado con toda la espalda apoyada en la camilla. Para la selección y consiguiente valoración del punto, se deben palpar ambas venas femorales. La rodilla del lado del punto de inserción debe estar flexionada y el muslo abducido. Cruce el pie y colóquelo sobre la otra pierna. La vena femoral se encuentra en situación posterior/medial a la arteria.

Nota: Si se opta por la inserción femoral, supervise al paciente para detectar posibles casos de trombosis, infección o sangrado.

- Confirme la posición final del catéter mediante radiografía de tórax. Tras la inserción inicial del catéter, se debe realizar una radiografía de rutina para confirmar que el extremo esté colocado correctamente antes de proceder a la utilización.

INDICACIONES PARA INSERCIÓN MEDIANTE LA TÉCNICA DE SELDINGER

- Antes de utilizar este dispositivo, lea atentamente las instrucciones. La inserción, la manipulación y la extracción de este catéter deben estar a cargo de un médico autorizado cualificado u otro profesional sanitario cualificado, bajo la dirección de un médico.
 - Las técnicas y los procedimientos médicos descritos en estas instrucciones de uso no representan todos los protocolos aceptables desde el punto de vista médico ni pretenden reemplazar la experiencia ni el criterio del médico en el tratamiento de un paciente determinado.
 - Utilice los protocolos estándar del hospital cuando corresponda.
1. Durante los procedimientos de inserción, mantenimiento y extracción de catéteres, se debe emplear una técnica aséptica estricta. La zona debe estar esterilizada. El quirófano es el lugar preferido para la colocación de catéteres. Utilice vendas, instrumentos y accesorios estériles. Afeite la piel de la parte de arriba y de abajo del punto de inserción. Realice un lavado quirúrgico. Lleve bata, gorro, guantes y mascarilla. El paciente también debe utilizar una mascarilla.
 2. La elección de la longitud adecuada del catéter depende únicamente del criterio del médico. Para colocar correctamente el extremo, es importante elegir la longitud adecuada del catéter. Tras la inserción inicial de este catéter, se debe realizar una radiografía de rutina para confirmar que esté bien colocado antes de proceder a la utilización.
 3. Administre suficiente anestesia local para insensibilizar por completo el punto de inserción.
 4. Inserte en la vena seleccionada la aguja de introducción con la jeringa conectada. Realice una aspiración para comprobar que esté bien colocada.
 5. Extraiga la jeringa y coloque el pulgar sobre el extremo de la aguja para evitar embolias gaseosas o pérdidas de sangre. Tire del extremo flexible de la guía hacia atrás para introducirlo en el avanzador, de forma que solo se vea el extremo de la guía. Inserte el extremo distal del avanzador en el conector de la aguja. Haga avanzar la guía hasta pasar la conexión de la aguja por la vena seleccionada.

Precaución: La longitud de la guía insertada dependerá del tamaño del paciente. Durante este procedimiento, se debe monitorizar al paciente para detectar arritmias. El paciente debe estar conectado a un monitor cardíaco durante este procedimiento. Si se deja que la guía pase al interior de la aurícula derecha, se podrían producir arritmias cardíacas. Durante este procedimiento, se deberá sujetar firmemente la guía.

Precaución: Cuando se utilice la aguja de introducción, no tire de la guía de forma que roce el canto de la aguja para evitar posibles cortes en la guía.

6. Retire la aguja, pero deje la guía en el vaso. Agrande el punto de punción cutánea con un bisturí.

7. Introduzca el dilatador en el extremo proximal de la guía. Dilate el tejido subcutáneo y la pared de la vena para facilitar el paso del catéter por la vena seleccionada.

Precaución: Si la dilatación del tejido es insuficiente, se pueden comprimir los lúmenes del catéter contra la guía y dificultar la inserción y la extracción de la guía del catéter. Esto puede hacer que la guía se doble.

8. Retire el dilatador de tejido y deje la guía en su sitio.

Precaución: No deje insertado el dilatador en forma de catéter permanente para evitar posibles perforaciones de la pared de la vena.

9. Irrigue el catéter con solución salina, luego pince la extensión arterial. Utilice las pinzas que se proporcionan. No pince la extensión venosa, ya que esto hará que se tuerza el estilete.

Precaución: No pince la parte del lumen doble del catéter. Coloque las pinzas solo en las extensiones. No utilice fórceps dentados; utilice solo las pinzas proporcionadas.

10. Introduzca el catéter en el extremo proximal de la guía.
11. Introduzca el catéter a través del tejido subcutáneo hacia la vena seleccionada.
12. Realice los ajustes del catéter que sean necesarios mediante fluoroscopia. El extremo distal se debe colocar justo antes de la unión de la vena cava superior con la aurícula derecha. Un médico deberá determinar la colocación del extremo femoral.
13. Una vez que se confirme la colocación correcta, extraiga la guía y el estilete, y deje el catéter en su sitio.
14. Conecte las jeringas a ambas extensiones y abra las pinzas. La sangre se debería aspirar fácilmente tanto del lado arterial como del lado venoso. Si alguno de los lados ofrece una resistencia excesiva a la aspiración de sangre, es posible que deba girar o volver a colocar el catéter hasta que los flujos de sangre sean los adecuados.
15. Una vez que se haya conseguido realizar la aspiración correctamente, se deberán irrigar ambos lúmenes con jeringas cargadas con solución salina mediante la técnica del bolo rápido. Compruebe que las pinzas de extensión estén abiertas durante el procedimiento de irrigación.
16. Cierre las pinzas de extensión, extraiga las jeringas y coloque un tapón de inyección en cada conector de tipo luer lock. Para evitar que se produzcan embolias gaseosas, mantenga siempre pinzados los tubos de extensión cuando no se utilicen, y aspire e irrigue el catéter con solución salina antes de cada uso. Cada vez que se realice un cambio en las conexiones de los tubos, purgue el aire del catéter y de todos los tapones y tubos de conexión.
17. Para mantener la permeabilidad, se debe crear un cierre de heparina en ambos lúmenes. Consulte las pautas de heparinización del hospital.

Precaución: Compruebe que se haya aspirado todo el aire del catéter y de las extensiones. Si no lo hace, se pueden producir embolias gaseosas.

18. Una vez que el catéter esté sellado con heparina, cierre las pinzas y coloque los tapones de inyección en los conectores luer hembra de las extensiones.
19. Confirme que el extremo esté bien colocado mediante fluoroscopia. El extremo venoso distal se debe colocar justo antes de la unión de la vena cava superior con la aurícula derecha. Un médico deberá determinar la colocación del extremo femoral.

Precaución: Si no se verifica la colocación del catéter, se pueden producir traumatismos graves o complicaciones mortales.

FIJACIÓN DEL CATÉTER Y VENDAJE DE LA HERIDA:

20. Utilice la pestaña de sutura para coser el catéter y sujetarlo a la piel. No suture los tubos del catéter.

Precaución: Se debe tener cuidado al utilizar objetos afilados o agujas en las proximidades de los lúmenes del catéter. Si el catéter entra en contacto con objetos afilados, puede resultar dañado.

21. Cubra el punto de inserción con un vendaje oclusivo.
22. El catéter debe estar suturado y fijado durante todo el procedimiento de implantación.
23. Anote la longitud y el número de lote del catéter en el historial del paciente.

TRATAMIENTO DE HEMODIÁLISIS

- Antes de comenzar el tratamiento, se debe extraer la solución de heparina de cada lumen para evitar la heparinización sistémica del paciente. La aspiración se debe realizar según el protocolo de la unidad de diálisis.
- Antes de comenzar la diálisis, se deben examinar exhaustivamente todas las conexiones del catéter y los circuitos extracorporales.
- Se deben realizar inspecciones visuales con frecuencia para detectar fugas y evitar pérdidas de sangre o embolias gaseosas.
- Si se detecta una fuga, se debe colocar una pinza para cerrar el catéter inmediatamente.

Precaución: Utilice solo las pinzas proporcionadas con el catéter.

- Se deben adoptar las medidas correctivas necesarias antes de continuar el tratamiento de diálisis.

Nota: Una pérdida de sangre excesiva puede provocar un *shock* al paciente.

- La hemodiálisis se debe realizar conforme a las instrucciones del médico.

HEPARINIZACIÓN

- Si el catéter no se va a utilizar inmediatamente para tratamiento, siga las indicaciones de permeabilidad del catéter sugeridas.
 - Para mantener la permeabilidad entre tratamientos, se debe realizar un sellado con heparina en cada lumen del catéter.
 - Siga el protocolo del hospital respecto a la concentración de heparina.
1. Cargue heparina en dos jeringas, con la cantidad designada para las extensiones arterial y venosa. Compruebe que no haya aire en las jeringas.
 2. Retire los tapones de inyección de las extensiones.
 3. Conecte una jeringa con solución de heparina al conector luer hembra de cada extensión.
 4. Abra las pinzas de las extensiones.
 5. Realice una aspiración para asegurarse de que no se introduzca aire en el paciente.
 6. Inyecte heparina en cada lumen mediante la técnica del bolo rápido.

Nota: Ambos lúmenes se deben llenar completamente con heparina para asegurar la efectividad.

7. Cierre las pinzas de las extensiones.

Precaución: Las pinzas de las extensiones solo se deben abrir para realizar las tareas de aspiración, purgado y tratamiento de diálisis.

8. Extraiga las jeringas.
 9. Conecte un tapón de inyección estéril a los conectores luer hembra de las extensiones.
- En la mayoría de los casos, no se necesita más heparina durante un período de 48 a 72 horas, siempre que no se haya realizado una aspiración o una purga de los lúmenes.

CUIDADO DEL PUNTO DE INSERCIÓN

- Limpie la piel alrededor del catéter. Se recomienda utilizar solución de gluconato de clorhexidina. También se pueden utilizar soluciones de yodo.
- Cubra el punto de salida con un vendaje oclusivo y deje las extensiones, las pinzas y los tapones descubiertos para que el personal pueda acceder a ellos.
- Los vendajes de la herida se deben mantener limpios y secos.

Precaución: Los pacientes no deben nadar, ducharse ni mojar el vendaje si se bañan.

- Si la adherencia del vendaje se pone en peligro porque el paciente transpira de manera excesiva o el vendaje se moja accidentalmente, el personal sanitario debe cambiarlo en condiciones estériles.

RENDIMIENTO DEL CATÉTER

Precaución: Siempre revise el protocolo del hospital o de la unidad, las posibles complicaciones y el tratamiento pertinente, las advertencias y las precauciones antes de realizar cualquier tipo de intervención mecánica o química como respuesta a problemas de rendimiento del catéter.

Advertencia: Solo un médico que esté familiarizado con las técnicas adecuadas debe intentar realizar los siguientes procedimientos.

FLUJOS INSUFICIENTES:

Los flujos insuficientes pueden deberse a las siguientes causas:

- Cavidades arteriales obstruidas debido a la formación de coágulos o a la formación de una capa de fibrina.
- Oclusión de las cavidades laterales de la arteria debido al contacto con la pared de la vena.

Entre las posibles soluciones se incluyen las siguientes:

- Intervención química con un agente trombolítico.

TRATAMIENTO DE LAS OBSTRUCCIONES UNIDIRECCIONALES:

Las obstrucciones unidireccionales se producen cuando un lumen se puede purgar fácilmente, pero no se puede aspirar la sangre. Normalmente, se deben a una mala colocación del extremo.

Se puede resolver la obstrucción de una de las siguientes maneras:

- Volviendo a colocar el catéter.
- Cambiando la posición del paciente.
- Haciendo toser al paciente.

- En caso de que no haya resistencia, purgue enérgicamente el catéter con solución salina estéril normal para intentar alejar el extremo de la pared del vaso.

INFECCIÓN:

Precaución: Debido al riesgo de exposición al VIH (virus de la inmunodeficiencia humana) y a otros patógenos de transmisión hemática, los profesionales sanitarios deben seguir siempre las precauciones universales para la manipulación de líquidos corporales y sangre en el tratamiento de todos los pacientes.

- En todo momento, se debe seguir estrictamente una técnica estéril.
- Las infecciones detectadas clínicamente en el punto de salida del catéter se deben abordar de inmediato con el tratamiento antibiótico adecuado.
- Si un paciente que tenga un catéter colocado presenta fiebre, se deben tomar al menos dos hemocultivos de un sitio alejado del punto de salida del catéter. Si el hemocultivo es positivo, se debe retirar inmediatamente el catéter y se debe iniciar el tratamiento antibiótico adecuado. Espere 48 horas antes de sustituir el catéter. Si es posible, la inserción se debe realizar en el lado opuesto al punto de salida inicial del catéter.

EXTRACCIÓN DEL CATÉTER

Advertencia: Solo un médico que esté familiarizado con las técnicas adecuadas debe intentar realizar los siguientes procedimientos.

Precaución: Revise siempre el protocolo del hospital o de la unidad, las posibles complicaciones y el tratamiento pertinente, las advertencias y las precauciones antes de extraer el catéter.

1. Corte las suturas de la pestaña de sutura. Siga el protocolo del hospital para quitar las suturas de la piel.
2. Retire el catéter por el punto de salida.
3. Aplique presión al punto de salida durante un período de 10 a 15 minutos o hasta que deje de sangrar.
4. Coloque un vendaje que favorezca una óptima cicatrización.

GARANTÍA

Medcomp® GARANTIZA QUE ESTE PRODUCTO SE HA FABRICADO SEGÚN LOS ESTÁNDARES Y LAS ESPECIFICACIONES APLICABLES. EL ESTADO DEL PACIENTE, EL TRATAMIENTO CLÍNICO Y EL MANTENIMIENTO DEL PRODUCTO PUEDEN AFECTAR EL RENDIMIENTO DEL PRODUCTO. ESTE SE DEBE UTILIZAR SEGÚN LAS INSTRUCCIONES PROPORCIONADAS Y DE LA FORMA INDICADA POR EL MÉDICO QUE REALICE LA PRESCRIPCIÓN.

Debido a las continuas mejoras realizadas en el producto, los precios, las especificaciones y la disponibilidad de los modelos pueden variar sin previo aviso.

Medcomp® es una marca comercial registrada de Medical Components, Inc.

INDICAÇÕES DE USO:

- O cateter de duplo lúmen é indicado para uso na obtenção de acesso vascular de curto prazo para hemodiálise, hemofiltração e aférese.
- Pode ser introduzido percutaneamente, sendo usado principalmente na veia jugular interna de pacientes adultos.
- Locais de introdução alternativos incluem as veias subclávia e femoral, conforme o caso.
- Este cateter é indicado para uma duração de menos de (30) dias. Para introdução femoral, monitore com atenção as condições do cateter.

CONTRAINDICAÇÕES:

- Este cateter se destina apenas ao acesso vascular de curto prazo, não devendo ser usado para nenhum outro propósito diferente do indicado nestas instruções.

DESCRIÇÃO:

- Os lúmens do cateter de duplo lúmen são fabricados em material de poliuretano radiopaco macio, que proporciona maior conforto ao paciente e, ao mesmo tempo, excelente biocompatibilidade.



POSSÍVEIS COMPLICAÇÕES

- Embolia aérea
 - Bacteriemia
 - Lesão do plexo braquial
 - Arritmia cardíaca
 - Tamponamento cardíaco
 - Trombose venosa central
 - Endocardite
 - Infecção do local de saída
 - Exsanguinação
 - Hemorragia da artéria femoral
 - Lesão do nervo femoral
 - Hematoma
 - Hemorragia
 - Hemotórax
 - Punção da veia cava inferior
 - Laceração do vaso
 - Trombose do lúmen
 - Lesão mediastinal
 - Perfuração do vaso
 - Lesão pleural
 - Pneumotórax
 - Hemorragia retroperitoneal
 - Punção atrial direita
 - Septicemia
 - Punção da artéria subclávia
 - Hematoma subcutâneo
 - Punção da veia cava superior
 - Laceração do duto torácico
 - Trombose vascular
 - Estenose venosa
- Antes de tentar a introdução, verifique se você está familiarizado com as complicações acima descritas e respectivos tratamentos de emergência, caso necessário.

AVISOS:

- No caso raro de um hub ou conector se separar de qualquer componente durante a introdução ou o uso, adote todas as medidas e precauções necessárias para evitar perda de sangue ou embolia aérea, e remova o cateter.
- Não force a introdução do fio-guia ou do cateter caso uma resistência incomum seja encontrada.
- Não introduza ou remova o fio-guia a força de nenhum componente. O fio pode se romper ou começar a desfiar. Se o fio-guia for danificado, o cateter e o fio-guia devem ser removidos ao mesmo tempo.
- A legislação federal (dos EUA) restringe o dispositivo à venda somente por médicos ou por solicitação formal de um médico.

- Este cateter é para uso único. 
- Não reesterilize o cateter ou os acessórios utilizados por qualquer método que seja.
- A reutilização pode levar a infecção e/ou doenças/lesões.
- O fabricante não se responsabilizará por eventuais danos causados pela reutilização ou reesterilização deste cateter ou dos acessórios.
- Conteúdo estéril e não pirogênico em embalagem fechada e não violada. ESTERILIZADO POR ÓXIDO DE ETILENO **STERILE EO**
- Não use o cateter ou os acessórios se a embalagem estiver violada ou tiver sido aberta.
- Não use o cateter ou os acessórios se houver algum sinal de dano visível no produto.

PRECAUÇÕES COM O CATETER:

- Não use instrumentos afiados próximo dos tubos de extensão ou do lúmen do cateter.
- Não use tesoura para remover curativos.
- O cateter poderá ser danificado se forem usados grampos diferentes daqueles fornecidos com este kit.
- Prender o tubo com grampo várias vezes no mesmo local pode enfraquecer o tubo. Evite prender com grampo próximo dos luers e do hub do cateter.
- Examine o lúmen e as extensões do cateter antes e depois de cada tratamento para identificar eventuais danos.
- Para evitar acidentes, verifique a conexão adequada de todas as tampas e da linha de sangue antes e entre os tratamentos.
- Use somente conectores de bloqueio luer (com rosca) com este cateter.
- O aperto excessivo frequente das linhas de sangue, seringas e tampas reduzirá a vida útil do conector e poderá levar à falha do mesmo.
- Nunca endireite ou torça o lúmen de um cateter IJ, pois isso dobrará o lúmen interno, inibindo o fluxo durante o tratamento.

LOCAIS DE INTRODUÇÃO:

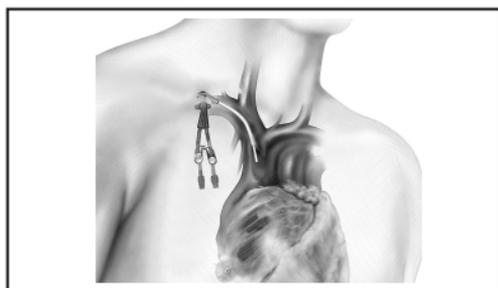
- O paciente deve estar em uma posição Trendelenburg modificada, com a parte superior do tórax exposta e a cabeça ligeiramente virada para o lado oposto ao local de introdução. Uma pequena toalha enrolada pode ser inserida entre os ombros para facilitar a extensão da área do tórax.

Veia jugular interna



- Peça ao paciente que levante a cabeça da cama para que possa identificar o músculo esternomastóideo. A cateterização será realizada no ápice do triângulo formado entre as duas cabeças do músculo esternomastóideo. O ápice deve estar localizado aproximadamente três dedos acima da clavícula. A artéria carótida deve ser palpada medialmente com relação ao ponto de introdução do cateter.

Veia subclávia

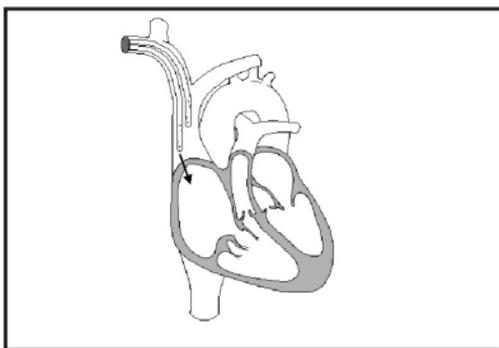


- Observe a posição da veia subclávia, que é posterior à clavícula, superior à primeira costela e anterior à artéria subclávia. (Em um ponto imediatamente lateral ao ângulo formado pela clavícula e a primeira costela).

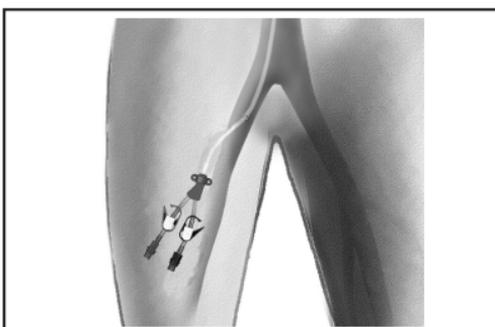
AVISOS:

- Pacientes que necessitam de suporte respiratório correm maior risco de pneumotórax durante a canulação da veia subclávia, o que pode causar complicações.
- O uso prolongado da veia subclávia pode estar associado ao desenvolvimento de estenose da veia subclávia.

Posicionamento da ponta



Veia femoral



- O paciente deve estar completamente deitado de costas. Ambas as veias femorais devem ser palpadas para seleção do local e avaliação de consequências. O joelho do mesmo lado do local de introdução deve estar flexionado, e a coxa em abdução. Coloque o pé cruzado na outra perna. Então, a veia femoral estará em posição posterior/medial à artéria.

Nota: Para introdução femoral, verifique com cuidado se o paciente apresenta quadro de trombose, infecção ou sangramento.

- Confirme a posição final do cateter com um raio-x do tórax. Um raio-x de rotina deve ser sempre realizado após a introdução inicial desse cateter para confirmar, antes do uso, se o posicionamento da ponta está correto.

INSTRUÇÕES PARA A INTRODUÇÃO DE SELDINGER

- Leia atentamente as instruções antes de usar este dispositivo. O cateter deve ser introduzido, manipulado e removido por médicos qualificados e licenciados, ou por outros profissionais de saúde qualificados sob a supervisão de um médico.
 - As técnicas e procedimentos médicos descritos nessas instruções não representam a totalidade de protocolos médicos aceitáveis, nem se destinam a substituir a experiência e o julgamento do médico no tratamento de pacientes específicos.
 - Utilize protocolos hospitalares padrão, se aplicável.
1. Deve-se empregar técnica asséptica rigorosa durante os procedimentos de introdução, manutenção e remoção do cateter. Providencie um campo operacional estéril. A sala de operação é o local ideal para a introdução do cateter. Use campos cirúrgicos, instrumentos e acessórios esterilizados. Raspe a pele acima e abaixo do local de introdução. Faça a higienização cirúrgica das mãos. Vista roupão, touca, luvas e máscara. Faça o paciente usar máscara.
 2. A seleção do comprimento de cateter adequado fica a critério exclusivo do médico. Para alcançar um posicionamento adequado da ponta, é muito importante a correta seleção do comprimento do cateter. Um raio-x de rotina deve ser sempre realizado após a introdução inicial desse cateter para confirmar, antes do uso, se o posicionamento está correto.
 3. Administre uma dose suficiente de anestesia local para anestesiá-lo completamente o local de introdução.
 4. Insira a agulha de introdução com a seringa anexada na veia pretendida. Aspire para garantir o correto posicionamento.
 5. Remova a seringa e coloque o polegar na extremidade da agulha para evitar perda de sangue ou embolia aérea. Insira a extremidade flexível do fio-guia de volta no introdutor, de modo que apenas a extremidade final do fio-guia esteja visível. Insira a extremidade distal do introdutor no hub da agulha. Empurre o fio-guia com movimentos para a frente até ultrapassar o hub da agulha e ingressar na veia pretendida.

Cuidado: o comprimento do fio introduzido deve ser determinado com base no tamanho do paciente. Monitore o paciente para identificar qualquer sinal de arritmia ao longo deste procedimento. O paciente deve estar conectado a um monitor cardíaco durante este procedimento. Arritmias cardíacas podem ocorrer se o fio-guia for introduzido no átrio direito. O fio-guia deve ser segurado com firmeza durante este procedimento.

Cuidado: sempre que a agulha de introdução for utilizada, não retire o fio-guia no sentido contrário ao chanfro da agulha para evitar possíveis danos ao fio-guia.

6. Remova a agulha, deixando o fio-guia no vaso. Amplie o local da punção cutânea com bisturi.

7. Rosqueie o dilatador sobre a extremidade proximal do fio-guia. Dilate o tecido subcutâneo e a parede da veia para facilitar a passagem do cateter dentro da veia pretendida.

Cuidado: uma dilatação de tecido insuficiente pode causar a compressão do lúmen do cateter contra o fio-guia, dificultando a introdução e a remoção do fio-guia no cateter. Isso pode levar à flexão do fio-guia.

8. Remova o dilatador, deixando o fio-guia no lugar.

Cuidado: não deixe o dilatador de vaso no lugar como um cateter permanente para evitar possíveis perfurações na parede do vaso.

9. Irrigue o cateter com soro fisiológico, depois prenda com grampo a extensão arterial. Use os grampos fornecidos. Não prenda com grampo a extensão venosa, pois isso torcerá a sonda.

Cuidado: não prenda a parte do duplo lúmen do cateter. Prenda somente as extensões. Não use pinças serrilhadas, use apenas os grampos em linha fornecidos.

10. Rosqueie o cateter sobre a extremidade proximal do fio-guia.
11. Introduza delicadamente o cateter, através do tecido subcutâneo, na veia pretendida.
12. Realize eventuais ajustes no cateter por meio de fluoroscopia. A ponta distal deve estar posicionada pouco antes da junção da veia cava superior com o átrio direito. O posicionamento da ponta femoral deve ser determinado pelo médico.
13. Após confirmado o posicionamento correto, remova o fio-guia e a sonda deixando o cateter no lugar.
14. Conecte as seringas em ambas as extensões e abra os grampos. O sangue deve ser aspirado com facilidade, tanto do lado arterial como do venoso. Se qualquer um dos lados apresentar resistência excessiva à aspiração sanguínea, o cateter pode precisar ser girado ou reposicionado para alcançar fluxos sanguíneos adequados.
15. Uma vez alcançado um nível de aspiração adequado, ambos os lúmens devem ser irrigados com seringas preenchidas com soro fisiológico, usando a técnica do bolus rápido. Certifique-se de que os grampos de extensão estejam abertos durante o procedimento de irrigação.
16. Feche os grampos de extensão, remova as seringas e coloque uma tampa de injeção em cada conector de bloqueio luer. Evite embolia aérea mantendo o tubo de extensão preso com grampo durante todo o tempo em que não estiver em uso, e aspirando, depois irrigando o cateter com soro fisiológico antes de cada utilização. A cada mudança nas conexões do tubo, purgue o ar de dentro do cateter e de todos os tubos e tampas conectados ao sistema.
17. Para manter a patência, deve-se criar um bloqueio de heparina em ambos os lúmens. Consulte as diretrizes de heparinização hospitalar.

Cuidado: certifique-se de que todo o ar tenha sido aspirado do cateter e das extensões. Do contrário, pode ocorrer embolia aérea.

18. Depois que o cateter for bloqueado com heparina, feche os grampos e instale tampas de injeção nas luers fêmeas das extensões.
19. Confirme o posicionamento adequado da ponta com fluoroscopia. A ponta venosa distal deve estar posicionada imediatamente antes da junção da veia cava superior com o átrio direito. O posicionamento da ponta femoral deve ser determinado pelo médico.

Cuidado: não verificar o posicionamento do cateter pode resultar em traumas graves ou complicações fatais.

FIXAÇÃO DO CATETER E CURATIVO DE FERIDAS:

20. Suture o cateter na pele usando a asa de sutura. Não suture o tubo do cateter.

Cuidado: deve-se tomar cuidado ao usar objetos afiados ou agulhas nas proximidades do lúmen do cateter. O contato com objetos afiados pode causar a falha do cateter.

21. Cubra o local de introdução com um curativo oclusivo.
22. O cateter deve permanecer preso/sutado durante todo o período de implantação.
23. Registre o comprimento e o número de lote do cateter no prontuário do paciente.

TRATAMENTO DE HEMODIÁLISE

- A solução de heparina deve ser removida de cada lúmen antes do tratamento, para evitar a heparinização sistêmica do paciente. A aspiração deve ser baseada no protocolo da unidade de diálise.
- Antes do início da diálise, todas as conexões com o cateter e o circuito extracorpóreo devem ser verificadas com atenção.
- É necessário realizar inspeções visuais frequentes para identificar eventuais vazamentos e evitar a perda de sangue ou a embolia aérea.
- Caso um vazamento seja identificado, o cateter deve ser imediatamente preso com o grampo.

Cuidado: prenda o cateter apenas com os grampos em linha fornecidos.

- As devidas medidas corretivas devem ser adotadas antes da continuação do tratamento de diálise.

Nota: a perda de sangue em excesso pode levar o paciente ao estado de choque.

- A hemodiálise deve ser realizada mediante instruções do médico.

HEPARINIZAÇÃO

- Se o cateter não for utilizado imediatamente no tratamento do paciente, siga as diretrizes sugeridas de patência do cateter.
 - Para manter a patência entre tratamentos, deve-se criar um bloqueio de heparina em cada lúmen do cateter.
 - Siga o protocolo hospitalar com relação à concentração de heparina.
1. Preencha duas seringas com heparina, correspondendo à quantidade designada nas extensões arterial e venosa. Certifique-se de que as seringas estejam livres de ar.
 2. Remova as tampas de injeção das extensões.
 3. Anexe uma seringa contendo solução de heparina ao luer fêmea de cada extensão.
 4. Abra os grampos de extensão.
 5. Aspire para se certificar de que nenhum ar seja inserido no paciente.
 6. Injete heparina em cada lúmen usando a técnica do bolus rápido.

Nota: cada lúmen deve ser completamente preenchido com heparina para garantir a eficácia.

7. Feche os grampos de extensão.

Cuidado: os grampos de extensão só devem ser abertos para aspiração, lavagem e tratamento de diálise.

8. Remova as seringas.
 9. Anexe uma tampa de injeção estéril aos luers fêmeas das extensões.
- Na maioria dos casos, não é necessário injetar mais heparina pelas próximas 48 a 72 horas, contanto que os lúmens não sejam aspirados ou lavados.

CUIDADOS COM O LOCAL

- Limpe a pele ao redor do cateter. Soluções de gluconato de clorexidina são recomendadas. Também podem ser usadas soluções de iodo.
- Cubra o local de saída com curativo oclusivo e deixe as extensões, os grampos e as tampas expostos para serem acessados pela equipe.
- Os curativos das feridas devem ser mantidos limpos e secos.

Cuidado: os pacientes não devem molhar, lavar ou encharcar o curativo durante o banho.

- Caso transpiração profusa ou contato acidental com a água comprometam a adesão do curativo, ele deve ser substituído pela equipe médica ou de enfermagem, sob condições estéreis.

DESEMPENHO DO CATETER

Cuidado: sempre consulte o protocolo do hospital ou da unidade em questão, bem como as possíveis complicações e seus respectivos tratamentos, avisos e precauções antes de adotar qualquer tipo de intervenção mecânica ou química em resposta a eventuais problema de desempenho do cateter.

Aviso: somente médicos familiarizados com as técnicas apropriadas devem tentar os procedimentos a seguir.

FLUXOS INSUFICIENTES:

As seguintes situações podem resultar em fluxos sanguíneos insuficientes:

- Orifícios arteriais oclusos devido à coagulação e/ou revestimento de fibrina.
- Oclusão dos orifícios arteriais laterais devido ao contato com a parede da veia.

As soluções incluem:

- Intervenção química utilizando um agente trombolítico.

GERENCIAMENTO DE OBSTRUÇÕES UNIDIRECIONAIS:

Obstruções unidirecionais ocorrem quando um lúmen pode ser lavado com facilidade, mas não é possível aspirar o sangue. Isso geralmente é causado pelo posicionamento incorreto da ponta.

Um dos seguintes ajustes pode solucionar a obstrução:

- Reposicionar o cateter.
- Reposicionar o paciente.
- Fazer o paciente tossir.

- Contanto que não haja resistência, lave o cateter rigorosamente com soro fisiológico normal estéril para tentar mover a ponta para longe da parede do vaso.

INFEÇÃO:

Cuidado: devido ao risco de exposição ao HIV (vírus da imunodeficiência humana) ou a outros agentes patogênicos transmitidos pelo sangue, os profissionais da saúde devem sempre adotar as precauções universais para manuseio de sangue e fluidos corporais ao cuidar de todos os pacientes.

- A técnica estéril deve ser sempre rigorosamente respeitada.
- Infecções clinicamente reconhecidas no local de saída do cateter devem ser tratadas imediatamente com a terapia de antibióticos apropriada.
- Se um paciente com o cateter introduzido no local apresentar quadro de febre, extraia pelo menos duas amostras de sangue de outro local, distante do local do de saída do cateter. Se a amostra de sangue for identificada como positiva, o cateter deve ser removido imediatamente, e um tratamento adequado com antibióticos deve ser iniciado. Aguarde 48 horas antes de introduzir outro cateter. A introdução deve ser feita do lado oposto do local original de saída do cateter, se possível.

REMOÇÃO DO CATETER

Aviso: somente médicos familiarizados com as técnicas apropriadas devem tentar os procedimentos a seguir.

Cuidado: sempre consulte o protocolo do hospital ou da unidade em questão, bem como as possíveis complicações e seus respectivos tratamentos, avisos e precauções antes da remoção do cateter.

1. Corte as suturas da asa de sutura. Siga o protocolo hospitalar para a remoção de suturas da pele.
2. Retire o cateter através do local de saída.
3. Aplique pressão no local de saída por cerca de 10 a 15 minutos, ou até a cessação do sangramento.
4. Faça um curativo de forma a auxiliar na cura otimizada do local.

GARANTIA

A Medcomp® GARANTE QUE ESTE PRODUTO FOI FABRICADO DE ACORDO COM AS NORMAS E ESPECIFICAÇÕES VIGENTES. A CONDIÇÃO DO PACIENTE, O TRATAMENTO CLÍNICO EMPREGADO E A MANUTENÇÃO DO PRODUTO PODEM AFETAR O DESEMPENHO DESTES PRODUTOS. O USO DESTES PRODUTOS DEVE SER REALIZADO DE ACORDO COM AS INSTRUÇÕES FORNECIDAS, E CONFORME AS ORIENTAÇÕES DO MÉDICO QUE O PRESCREVEU.

Para melhoria contínua do produto, os preços, as especificações e a disponibilidade dos modelos estão sujeitos a alterações sem aviso prévio. A Medcomp® se reserva o direito de modificar seus produtos e/ou conteúdos sem aviso prévio.

Medcomp® é uma marca registrada da Medical Components, Inc.



Medical Components, Inc.

1499 Delp Drive

Harleysville, PA 19438 U.S.A.

Tel:215-256-4201

Fax:215-256-1787

www.medcompnet.com

SYMBOL TABLE

5.1.1		Manufacturer *
5.3.4		Keep Dry *
5.4.2		Do Not Re-use *
5.6.3		Non-pyrogenic *
5.3.2		Keep Away from Sunlight *
5.2.3		Sterilized Using Ethylene Oxide *
5.2.8		Do Not Use if Package is Damaged *
5.1.4		Use-by Date *
5.2.6		Do Not Resterilize *
5.1.5		Batch/Lot Number *
5.1.6		Catalogue Number *
5.4.4		Caution, consult Accompanying Documents *
5.4.3		Consult Instructions for Use *
		Prescription Use Only ***
5.3.7		Upper and Lower Temperature Limits *

* This symbol is in accordance with ISO 15223-1.

*** FDA guidance Use of Symbols in Labeling.

Note: Temperature symbols : "This symbol only applies to kits with drugs".