



Mi Universidad

RESUMEN

Nombre del alumno: Anyeli Guadalupe Ordoñez López

Nombre del trabajo: Resumen de PICC

Nombre del profesor: María del Carmen López Silva

Parcial: 3er parcial

Grado: 6to Cuatrimestre

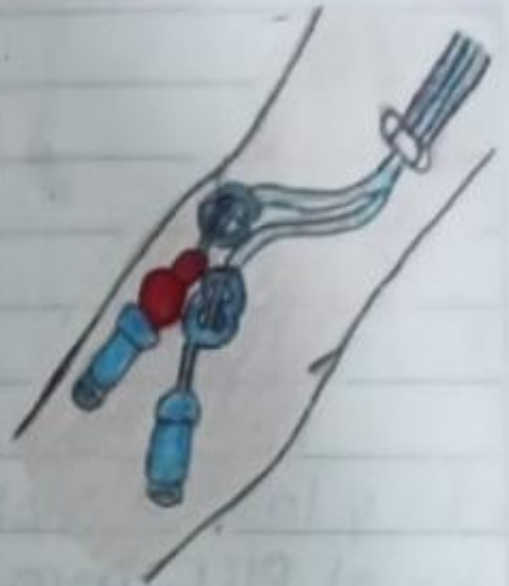
Licenciatura: Enfermería

Lugar y fecha de elaboración:

Comitan de Domínguez, Chiapas, México, A 15 de julio del 2022

CATÉTER CENTRAL DE INSERCIÓN PERIFÉRICA (PICC)

Estos catéteres se insertan habitualmente, en venas cefálicas y basilicas de los miembros superiores, se puede utilizar cualquier acceso periférico con capacidad suficiente para alojarlo.

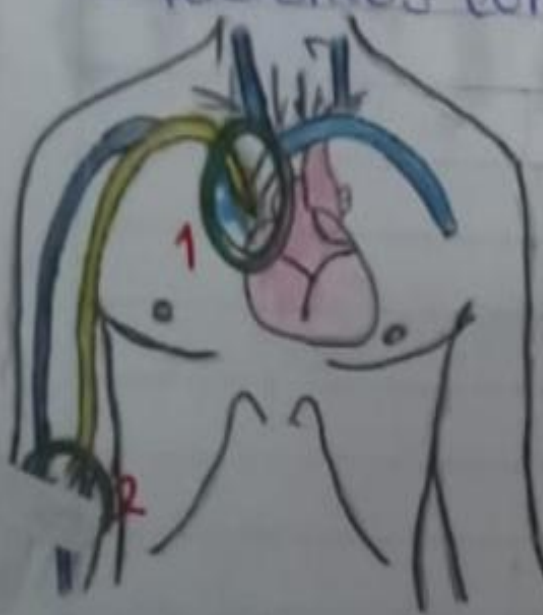


La instalación la realiza personal de enfermería, con técnica estandarizada para corta estancia (tipo Drum), estancia media (material de poliuretano) y si precisa larga duración, con material de silicona. La punta se queda en el tercio inferior de la vena cava superior, disponiendo así de una vía central de larga duración, pueden tener entre 1-3 lúmenes.

OBJETIVO:

El objetivo fundamental de este tipo de acceso es preservar el capital venoso del paciente, sobre todo cuando a este se le va a someter a un tratamiento que pueda deteriorar de forma irreversible el sistema vascular. Además, los PICCs ofrecen la posibilidad de realizar extracciones sanguíneas con

seguridad, ya que no se necesita ningún material punzante. Esto a su vez proporciona gran confort a pacientes con mal acceso venoso.



El catéter PICC es una vía:

1. La punta del catéter ha de estar en el tercio inferior de la vena cava superior, a unos 2 cm de la unión atrio-caval.

2. **Acceso periférico.** El brazo derecho y la vena basilíca es la primera opción para insertar el PICC, pero, no se descarta la posibilidad de otros puntos de inserción (brazo izquierdo o vena cefálica) dependiendo de cada caso.

¿Quién coloca el PICC?

Debido a que se trata de un acceso venoso, la prescripción de su implantación y retirada ha de ser médica. Pero como profesionales de la salud, la enfermera ha de saber aconsejar su implantación cuando el sistema vascular del paciente lo requiera evitando su deterioro, ya que el PICC puede aportar confort y seguridad en la terapia intravenosa.

El profesional de enfermería está capacitado para su colocación. Es preciso que quien coloque un PICC, haya sido adiestrado de manera competente, para saber

enfrentarse a las situaciones que se pueden dar tras su inserción.

MATERIAL Y EQUIPO:

- Paño fenestrado estéril.
- Paño estéril.
- Bata y guantes estériles.
- Mascarilla y gorro.
- Clorhexidina acuosa al 2%.
- Gasas y compresas estériles.
- 3 jeringas de 10 cc.
- Jeringa 1 cc (para anestesia s.c.).
- Compresor.
- Suero fisiológico de 50 cc estéril.
- Bisturí recto nº 11.
- Mepivacaina al 2%.
- PICC + Micropunción Seldinger.
- Apósitos transparentes.
- Tiras de sujeción (steri-strip).
- Película protectora.
- Malla de sujeción.
- Ecógrafo con kit estéril.



TECNICA DE INSTALACION DE PICC

1. Preparación de la zona con material estéril y campo estéril en el paciente.
 - > Elección de la vena por ecografía.
 - > Ningún catéter ha de sobrepasar el 50% de la luz del vaso.
 - > Punción de la vena con aguja micro seldinger.
2. Introducir la guía corta por la aguja.
 - > Retirar la aguja, dejando la guía.
3. Teniendo solo la guía, se procede a la inyección de anestésico y a hacer el corte con bisturí en la piel.
4. Se enzarza el dilatador por la guía.
5. Introducción del dilatador en la vena, se retira la guía corta y se extrae el dilatador dejando el introductor.
6. Introducción del PICC (previamente medido y cortado).
7. Retirado del dilatador pelable.
8. Retirado del fijador del PICC.
9. Colocación de bioconector.

10. Aspirar y comprobar refluido
11. Lavado con 20 cc s. Fisiológica con técnica push-stop-push.
12. Heparinizado si precisa
13. Limpieza de la zona de inserción.
14. Colocación de dispositivo de fijación, cubierta con gasas estériles del tapón y zona proximal.
15. Protección con malla.

* Push-stop-push: Inyección de arrastre, con la jeringa conectada infundir el suero haciendo: Introducir - parar - introducir - parar cada 2-3 cc. Así se crea una turbulencia dentro de la luz del catéter arrastrando con mayor efectividad los depósitos acumulados.

Se precisa de comprobación de punto de catéter por radiografía o uso de transductores de onda P, para asegurar que la punta se encuentre situada en el tercio inferior de la Vena Cava Superior que coincide entre 4 y 5 espacio intercostal. De esta forma la medicación vierte en un torrente sanguíneo alto, siendo menos posible a la formación de trombas de fibrina en la punta, o que se adhiera a la pared venosa.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Todo enfermero que trabaje con pacientes portadores de PICC, ha de manejar correctamente el dispositivo, con el fin de minimizar riesgos y complicaciones. Debido a que es una vía central, hay que hacer una limpieza y manipulación aseptica, por lo que se recomienda la cura de forma estéril.

- Mantener libro de patógenos (cura estéril)
- Mantener el catéter fijo
- Mantener el catéter permeable y detectar si está obstruido (10 ml SF con la técnica push-stop-push)
- Curar c/7d (uso precoz película protectora)

COMPLICACIONES:



Infección: En puntos de entrada (hematológica, puntos de inserción y conexión), existen microorganismos causantes de estas infecciones, tales como: Estafilococos coagulasa negativos (60%), staphylococcus aureus (30%)

Embolismo aéreo: Como complicación de proceso invasivo (muy poco probable)

Trombosis: No debe superar el 45% del calibre de la vena, se ha de elegir la vena más grande y catéter menor.

Flebotomía:

- Mecánica (reacción del endotelio en el lugar de inserción de la cánula)
- Química (composición química de la medicación infundida)
- Bacteriana.

Rotura o deterioro:

- Complaje repetido (Cambiar la zona)
- Usar jeringas de 10 cc (+ pequeñas + presión)
- Tener en cuenta si es flujo normal o alto flujo.

Extracción total o parcial:

- Usar fijación sin sutura
- Importante valorar el estado del apósito para detectar salida accidental.

Oclusión:

- Acúmulos de fibrina (asegurar torrente sanguíneo de gran calibre y que no toque la pared vascular)
- Lípidos (NPZ)
- Microcristales de medicación, importante diluir la medicación y hacer lavados antes y después con SF y técnica push-stop-push.



CURACIÓN DE PICC:

1. Limpieza de manos con agua y jabón e hidroalcohol.
2. Retirar la malla y apósitos.
3. Colocación de guantes estériles.
4. Limpieza de la zona y parte externa del catéter con S.F. y gasas bien impregnadas en clorhexidina.
Deja secar bien la zona.
5. Es opcional colocar tiras de aproximadamente 1 cm, sin tapar la zona de inserción. Esto ayudará a sujetar más.
6. Dispositivo de fijación si precisa. (Mantener 2-3 semanas si están limpios)
7. Colocación de apósito transparente.
8. Comprobar la permeabilidad, introducir cc y aspirar.
9. **IMPORTANTE:** Limpieza con SF 20 cc. usando la técnica intermitente push-stop-push.
10. según tipo de PICC: sellado con heparina y presión positiva
11. Protección al extremo proximal con gasa
12. Colocación de malla protectora.

* Dejar el catéter de la forma más cómoda para el paciente.

BIBLIOGRAFIA:

ANTOLOGIA DE PRACTICAS CLINICAS DE ENFERMERÍA I

