

Cuidados del catéter central de acceso periférico en un paciente onco-hematológico. Apropósito de un caso.

María Baz Codesal *, **Carolina Calvo Álvarez ****, **Alba Vázquez Blanco *****, **Tomas Pérez Montejo¹***

* *Graduada en Enfermería. Servicio de Hospital de Día- Oncohematología. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España).*

** *Graduada en Enfermería. Servicio de Cirugía-Ginecología. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España).*

*** *Graduada en Enfermería. Servicio de Unidad de Cuidados Intensivos. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España).*

¹ *Enfermera. Servicio de Cardiología. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España).*

Correspondencia: María Baz Codesal: mbazc@saludcastillayleon.es

RESUMEN

Introducción: El catéter central de acceso periférico (PICC) se utiliza para la administración de tratamientos intravenosos a largo o corto plazo y extracción de pruebas sanguíneas. La canalización es mínimamente invasiva se realiza mediante inserción eco-guiada siguiendo la técnica Seldinger modificada.

Exposición del caso: Paciente de 75 años diagnosticado de leucemia aguda promielocítica de bajo grado, al que se colocó un catéter PICC.

Se realizó una cura semanal de forma estéril siguiendo unas pautas en las que se hace una desinfección con clorhexidina acuosa al 2%, se emplea un dispositivo de estabilización de catéter y un sellado de la luz del catéter con TauroLock™ U25000.

Diagnóstico y discusión: Se establecen los correspondientes diagnósticos de enfermería utilizando la taxonomía NANDA, NOC Y NIC. Realizando la cura según las pautas establecidas se consiguió un buen funcionamiento del catéter y el paciente no presentó signos de infección en el punto de inserción.

PALABRAS CLAVE

Catéteres venosos centrales, cuidados de enfermería, catéter periférico, PICC.

CASO CLÍNICO

INTRODUCCIÓN

El uso de catéteres venosos centrales de inserción periférica (PICC) es una técnica habitual en nuestro sistema sanitario para la administración de tratamientos intravenosos a largo o corto plazo y extracción de pruebas sanguíneas. La duración del catéter puede ser de entre 3 y 12 meses [1]. La técnica de canalización de la vía PICC la realizan los profesionales de enfermería, los cuales deben conocer la implantación y cuidados.

La canalización es mínimamente invasiva, se realiza mediante inserción eco-guiada siguiendo la técnica Seldinger modificada. Las venas de elección son basílica, braquial y cefálica (BBC) preferiblemente del brazo derecho por su acceso directo a cava superior [2]. Este procedimiento está indicado en pacientes que vayan a recibir tratamientos de larga o corta duración con fármacos cuyo pH sea < 5 o > 9 , osmolaridad mayor a 500 mOsm/L, administración de fármacos irritantes y vesicantes, pacientes ingresados con mal acceso venoso y necesidad de tratamiento endovenoso y pacientes ambulatorios que requieran tratamiento de larga duración [3].

EXPOSICIÓN DEL CASO:

Paciente de 75 años que acude a Urgencias del Hospital Virgen de la Concha por hematuria, ingresa en el Servicio de Neuro-Hematología; y es diagnosticado de leucemia aguda promielocítica de bajo grado. Tras el alta hospitalaria se deriva al

Servicio de Hospital de Día Onco-Hematológico para la administración del tratamiento correspondiente.

Se decidió tratamiento endovenoso con trióxido de arsénico en la fase de consolidación, que consistía en 20 dosis que se administran 5 días a la semana seguidos de 2 días de descanso, durante 4 semanas seguidas interrumpiendo el tratamiento 4 semanas. Con una duración del tratamiento de 28 semanas.

Dada la duración y la necesidad de extracción sanguínea frecuente se planteó la colocación de un catéter PICC. Los facultativos a cargo realizaron una interconsulta al equipo de enfermería del Servicio de Hospital de Día Onco-Hematológico, quienes realizaron una valoración del paciente y explicaron el procedimiento, la duración, el mantenimiento y cuidados de la vía PICC. El paciente firmó el consentimiento informado y se concretó una cita para la canalización del catéter. La colocación se realizó el día 17 de agosto de 2020 y el tratamiento se inició el 31 de agosto de 2020.

El procedimiento de inserción del catéter PICC es una técnica estéril, se prepara un campo estéril donde se coloca todo el material necesario que se vaya a utilizar. Existen kits completos con el material necesario; kit de ecógrafo, catéter y micro introducción.

Se procede a la canalización de la vía PICC por personal de enfermería adiestrado en esta técnica y un técnico en cuidados de enfermería. Tras la canalización es necesario comprobar su colocación mediante una radiografía de tórax. Una vez confirmado que el catéter se encuentra perfectamente colocado, se puede utilizar para la administración del tratamiento correspondiente y se registra.

Los cuidados del catéter PICC los realiza el personal de enfermería. La primera cura se realiza a las 24 horas tras su colocación para valorar el estado del catéter y el punto de inserción. Las curas posteriores se realizan cada 7 días.

Material necesario para la cura del catéter, (figura 1):

- Clorhexidina acuosa al 2%.
- Guantes no estériles.
- Dos paños estériles.
- Guantes estériles.
- Dos paquetes de gasas estériles.
- Dispositivo de estabilización de catéter.
- Suero fisiológico estéril.

- Jeringas de 10ml.
- Aguja de carga estéril.
- Apósito transparente.
- Un tapón bioconector por cada luz del catéter.
- Solución de sellado TauroLockTMU25.000.
- Venda cohesiva.

Realización de la cura:

- Se coloca al paciente de cúbito supino.
- Lavado de manos y colocación de guantes no estériles.
- Se comprueba con una jeringa de 10ml que la vía refluye correctamente, una vez que comprobamos que refluye podemos continuar con la cura.
- Se retira cuidadosamente el apósito transparente, siempre de la zona distal a la proximal. Y posteriormente se retira el dispositivo de estabilización del catéter. Se valora el punto de inserción y se comprueba que no haya ningún tipo de complicación como eritema, posibles edemas, signos de infección, etc.
- Una vez retirado el apósito y el dispositivo se aplica Clorhexidina acuosa al 2% por toda la zona.
- Se utilizan dos paños estériles uno para colocar debajo del brazo del paciente y otro para preparar el campo estéril.
- Se desinfecta la zona de dentro hacia fuera en espiral y con las gasas bien impregnadas en clorhexidina.
- Una vez la zona limpia, secar con gasas y colocar el dispositivo de estabilización del catéter. La posición del dispositivo se debe alternar cada vez que se cura para evitar lesiones en la piel. Estos dispositivos vienen con unas toallitas monodosis que se pueden aplicar sobre la piel, debiendo esperar a que la piel este bien seca para que el apósito transparente se adhiera correctamente (figuras 2, 3 y 4).
- Se cubre el punto de inserción con el apósito transparente, si el punto de inserción sangra colocaremos antes del apósito transparente un apósito hemostático y si tiene signos de infección un apósito de plata específico para este tipo de catéter, que en este caso no fue necesario (figura 5 y 6).
- Se retira el bioconector previo, se desinfecta el cabezal con la solución antiséptica y se coloca un nuevo bioconector (figura 7, 8 y 9).

- Se lava con suero fisiológico mediante la técnica push-stop-push, consiste en realizar pequeñas pausas para garantizar la limpieza de las paredes y evitar la acumulación de fibrina u otras sustancias. Siempre se realizará con jeringas de 10ml introduciendo 20ml por cada luz (figura 10).

- Para finalizar se realiza el sellado con TauroLock™. El vial contiene 5ml introduciendo 2.5ml por cada luz, siempre con jeringas de 10ml.

- Cubrir el extremo proximal con una gasa y nunca dejarlo directamente sobre la piel para prevenir una úlcera por decúbito (figura 11).

- Se cubre la zona con venda cohesiva (figura 12).

- Cada cura se registra en la hoja de curas que tiene el paciente.

DIAGNÓSTICOS Y DISCUSIÓN.

Se estableció el plan de cuidados de enfermería empleando las taxonomías NANDA, NIC, NOC, para determinar los correspondientes diagnósticos, intervenciones y resultados [4].

Diagnósticos de enfermería:

00004 Riesgo de infección r/c alteración de la continuidad cutánea y lesiones tisulares y mayor exposición ambiental.

NOC:

1102 Curación de la herida: intención primaria.

NIC:

3440 Cuidado del sitio de incisión.

Actividades:

Vigilar el punto de incisión para evitar complicaciones e infecciones posteriores.

3660 Cuidado de las heridas.

Actividades:

Curas cada 7 días estériles para evitar posibles reacciones adversas.

00047 Deterioro de la integridad cutánea r/c factores inmunológicos.

NOC:

0602 Hidratación.

1101 Integridad tisular: Membranas cutáneas y mucosas.

NIC:

3540 Prevención de las úlceras por presión.

Actividades:

Nunca apoyar el extremo proximal del catéter sobre la piel para evitar posibles úlceras por presión.

3590 Vigilancia de la piel.

Actividades:

Observar siempre el punto de inserción y la piel contigua. La posición del dispositivo se debe alternar cada vez que se cura para evitar lesiones en la piel.

00206 Riesgo de sangrado r/c efectos secundarios relacionados con el tratamiento

NOC:

1803 Conocimiento: proceso de la enfermedad

NIC:

6650 Vigilancia.

Actividades:

Advertir siempre a los pacientes que si observan sangre abundante en el punto de inserción acudan a la unidad.

Se realizaron las curas según se describe en el caso cada 7 días como dicta el protocolo desde la canalización de la vía PICC. Finalizado el caso clínico el 30 de diciembre de 2020, no se observaron signos de infección, flebitis, eritema ni obstrucción de la luz del catéter.

Aplicando estos cuidados del catéter PICC podemos decir que hemos conseguido un buen funcionamiento del dispositivo y una mejora en la calidad de vida del paciente, evitándole múltiples punciones venosas para la administración de su tratamiento. El paciente manifestó no haber sentido dolor ni molestias durante la cura del catéter y encontrarse cómodo con él.

BIBLIOGRAFÍA

1. Macías Gálvez MN, Zorrilla Delgado ME, Martín Fontalba M. Técnica de inserción de un Catéter Venoso Central de Inserción Periférica (PICC). Revista Enfermería Docente [internet]. 2015[consultado 20 noviembre 2020]; enero-junio (103): 25-32. Disponible en: <http://www.huvv.es/servicioandaluzdesalud/huvv/sites/default/files/revistas/ED-103-07.pdf>

2. Cortés N, Fuertes MJ, Mayo N, Porteiro M, Rodríguez M, Vecino S et al. Procedimiento, cuidado y manejo del catéter central de inserción periférica (PICC) en adultos. Servicio Gallego de Salud. 2019. Disponible en: <https://femora.sergas.es/Cuidados-das-vias-sondas-e-drenaxes/DocumentosCP/CAS.%20Cuidados%20PICC%20correxido%20PL.pdf>

3. Moraza-Dulanto MI, Garate-Echenique L, Miranda-Serrano E, Armenteros-Yeguas V, Tomás-López MA, Benítez-Delgado B. Inserción eco-guiada de catéteres centrales de inserción periférica (PICC) en pacientes oncológicos y hematológicos: éxito en la inserción, supervivencia y complicaciones. *Enferm Clin* [internet]. 2012 [consultado 18 noviembre 2020]; may-jun (3): 135-43. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862112000496>

4. Arribas Cachá AA, Amezcua Sánchez A, Sellán Soto C, Santamaría García JM, Díaz Martínez ML, López Plaza D. Diagnósticos enfermeros normalizados. Edición 2012. Madrid: Fuden; 2012.

TABLAS Y FIGURAS



Figura 1. Material necesario para la realización de la cura



Fig. 2,3 y 4. Desinfección de la zona y colocación del dispositivo



Fig. 5 y 6. Colocación de apósito transparente.



Figura. 7, 8 y 9. Cambio de bioconector.



Fig. 10. Técnica push-stop-push



Fig.11.Extremo distal con gasa



Fig.12. Cubrir con venda cohesiva izquierdo. (Servicio de Radiodiagnóstico. Complejo Asistencial de Zamora).