

CATÉTER VENOSO CENTRAL DE INSERCIÓN PERIFÉRICA (PICC)

Protocolo	B21-7.1.3-PRT-004-V1
Servicio	UCI Hospital Universitario Infanta Cristina
Fecha de entrega	26/12/2019
Destinatario	Personal de enfermería del HUIC

Control de modificaciones		
Descripción	Nº de versión	Fecha de edición
Creación: Rubén Benavente Sánchez	1	12/06/2019
Modificación:		

Revisado:	Nicolás Quesada Pérez	Aprobado	Paloma Pérez Serrano
Fecha:	12/06/2019	Fecha:	16/12/2019

Este documento es propiedad del Hospital Universitario Infanta Cristina.

Queda prohibida su copia o reproducción, tanto total como parcial, sin el consentimiento expreso del propietario.

ATENCIÓN: Toda copia NO CONTROLADA de este documento puede estar OBSOLETA

Índice del contenido

1	OBJETIVO	3
2	ALCANCE.....	3
3	DEFINICIONES.....	4
4	REALIZACIÓN	5
5	REGISTROS	13
6	DOCUMENTACIÓN ADICIONAL	17
7	ANEXOS.....	17
9	CONTROL DE CAMBIOS.....	19

Este documento es propiedad del Hospital Universitario Infanta Cristina.

Queda prohibida su copia o reproducción, tanto total como parcial, sin el consentimiento expreso del propietario.

ATENCIÓN: Toda copia NO CONTROLADA de este documento puede estar OBSOLETA

1 OBJETIVO

Describir las normas de implantación y mantenimiento de un catéter en vena cava superior a través de una vena periférica, para la administración de medicamentos, nutrición parenteral, sustancias hiperosmolares y sustancias vesicantes.

Seguridad de un acceso venoso para administrar tratamiento intravenoso prolongado.
Evitar el sufrimiento del enfermo crónico por las continuas venopunciones.

2 ALCANCE

El destinatario de estos catéteres debe ser toda la población de pacientes crónicos, dependientes de un catéter venoso central (CVC), con tratamientos intravenosos prolongados o vesicantes, por encima de seis días de necesidad de vía venosa (criterio CDC categoría IB)(Centres for Disease Control and Prevention, 2002-2011).

Este documento es propiedad del Hospital Universitario Infanta Cristina.

Queda prohibida su copia o reproducción, tanto total como parcial, sin el consentimiento expreso del propietario.

ATENCIÓN: Toda copia NO CONTROLADA de este documento puede estar OBSOLETA

Ante todo, su finalidad es preservar el capital venoso del paciente y evitar el sufrimiento del mismo manejando su anatomía vascular con la seguridad que el paciente precisa.

3 DEFINICIONES

Descripción del PICC:

- Cabeza: es la parte Terminal del catéter; con cono hembra Luerlock.
- Una zona engrosada para soportar la pinza de clampado.
- Una pieza incorporada de sujeción.
- Catéter.
- Los catéteres de última generación poseen la zona proximal del mismo cono invertido en V, es decir, la zona proximal más gruesa que la zona distal; esto es importante ante el sangrado posterior a la implantación y el potencial de manejo del catéter.
- El grosor o lumen del catéter oscila entre 2Fr y 7Fr. También pueden ser de dos o tres lúmenes.

Flebitis: Inflamación de la vena canalizada que cursa con rubor y dolor.

I.R.C.: Infección relacionada con catéter.

C.D.C.: Son las recomendaciones generales para todos los catéteres intravasculares de pacientes adultos y pediátricos, traducidas de "Draftguidelineforthe prevention of intravascular catheter-related". Septiembre2001".

Este documento es propiedad del Hospital Universitario Infanta Cristina.

Queda prohibida su copia o reproducción, tanto total como parcial, sin el consentimiento expreso del propietario.

ATENCIÓN: Toda copia NO CONTROLADA de este documento puede estar OBSOLETA

4 REALIZACIÓN

PROCEDIMIENTO DE PREIMPLANTACIÓN.

Personal necesario: Enfermera y Auxiliar de enfermería

- Proporcionar un entorno adecuado.
- Informar al paciente explicándole en qué consiste la técnica de implantación del catéter; sus ventajas e inconvenientes.
- Firmar el consentimiento informado por el enfermo o familiar; aunque la legislación española aún no contempla esta necesidad.
- Preparación del paciente:
 - o Comprobar si el paciente es portador de MPD, DAI, si tiene fístula arteriovenosa en algún miembro superior o si ha sido mastectomizado.
 - o Saber si el paciente está anti-coagulado.
 - o Pedir colaboración (si su situación lo permite).
 - o Colocar al paciente en posición de decúbito supino, con brazo en ángulo de 90° en relación al tórax para facilitar la trayectoria del catéter y con la cabecera de la cama en un ángulo de 30°.
 - o Se coloca compresor. Se localiza con la técnica ecoguiada la vena a abordar; preferentemente en el brazo tercio medio y si es posible brazo derecho, en vena basílica. Si esto no es posible, se localizará otra vena con el suficiente grosor para alojar el catéter; esto es el triple del grosor del catéter, evitando zonas de flexura. Las vena a abordar principalmente son en la zona media del antebrazo (cuatro dedos por encima de la flexura cuatro por debajo de la axila) la Basílica, Braquial o Cefálica en ese orden salvo que el paciente sea obeso que se será en orden contrario (ver imagen 2).Se retira compresor.

Este documento es propiedad del Hospital Universitario Infanta Cristina.

Queda prohibida su copia o reproducción, tanto total como parcial, sin el consentimiento expreso del propietario.

ATENCIÓN: Toda copia NO CONTROLADA de este documento puede estar OBSOLETA

- Medir la zona de implantación desde el punto de inserción seleccionado hasta el tercer espacio intercostal derecho de la siguiente forma: zona de inserción, zona final de la clavícula (por debajo de ella), tercer espacio paresternal.
- Dejar al descubierto la zona de inserción.
- Cubrir con paño estéril zona desinfectada hasta empezar el procedimiento.
- Elección del catéter adecuado a las necesidades del paciente y a la anatomía vascular del mismo.

Lista de verificación (Checklist) para la implantación:

- Mesa portátil
- Bolsa de basura
- Empapadores
- Ecógrafo
- Cinta métrica
- Esponja jabonosa quirúrgica.
- Paño estéril para cubrir mesa
- Sábana esterilfenestrada.
- Guantes estériles, dos pares.
- Gasas estériles
- Clorhexidrina 2%.
- Ampollas de suero fisiológico
- Aguja de cargar, aguja subcutánea y dos jeringas de 10ml.
- Compresor Mepivacaina 2%.
- Set con PICC.
- Funda ecógrafo estéril, gel y ecógrafo.
- Tapón LuerLock®
- Apósito estéril.



Este documento es propiedad del Hospital Universitario Infanta Cristina.

Queda prohibida su copia o reproducción, tanto total como parcial, sin el consentimiento expreso del propietario.

ATENCIÓN: Toda copia NO CONTROLADA de este documento puede estar OBSOLETA

- Contenedor de agujas.

PROCEDIMIENTO DE IMPLANTACIÓN.

Personal necesario: Enfermería y Auxiliar de Enfermería.

- Con el brazo del enfermo situado formando un ángulo de 90°, siempre que sea posible, se realizará el recorrido anatómico con el ecógrafo seleccionando la vena adecuada.
- Medir la zona de implantación desde el punto de inserción seleccionado hasta el tercer espacio intercostal derecho de la siguiente forma: zona de inserción, zona final de la clavícula (por debajo de ella), tercer espacio parasternal (Ver imagen 4).
- Comprobar la higiene adecuada del paciente, lavar si es necesario y desinfectar la piel con clorhexidina al 2%, preferiblemente y alcohol 70% (Categoría IA).
- Si el miembro donde se quiere insertar el catéter ofrece dificultad por vasoconstricción producida por estrés se aconseja calentar previamente la zona de inserción con calor húmedo (agua caliente) que genera dilatación vascular.
- Lavado de manos, preparación del campo estéril, colocarse gorro, mascarilla, bata y guantes estériles (Categoría IA)
- Preparar un campo estéril, dejando solo libre la zona de inserción (Categoría IA).
- Es importante utilizar agujas de micropunción oncogénicas, es decir, de pequeño grosor y que provoca una reflexión que produce una imagen más brillante en el ecógrafo y más visible.
- Se coloca el compresor (ayudante).
- Con el ecógrafo protegido con funda de sonda estéril, visualizar la vena elegida para observar la punta de la aguja durante la inserción. Identificar el nervio mediano y arteria braquial. Punción eco guiada (Ver imagen 3)
 - Bisel de la aguja hacia arriba
 - Sonda con la mano no dominante

Este documento es propiedad del Hospital Universitario Infanta Cristina.

Queda prohibida su copia o reproducción, tanto total como parcial, sin el consentimiento expreso del propietario.

ATENCIÓN: Toda copia NO CONTROLADA de este documento puede estar OBSOLETA

- No ejercer presión con la sonda
- Ajustar el ángulo de entrada de la aguja dependiendo de la profundidad de la vena
- Indicar al paciente que incline la cabeza haciendo que la barbilla toque la clavícula hacia el lado de inserción del catéter en el momento que introduzcas la guía.
- Se realiza la punción y se verifica el retorno venoso.
- Se inserta la guía, preferentemente de nitinol, que evite el daño de la íntima.

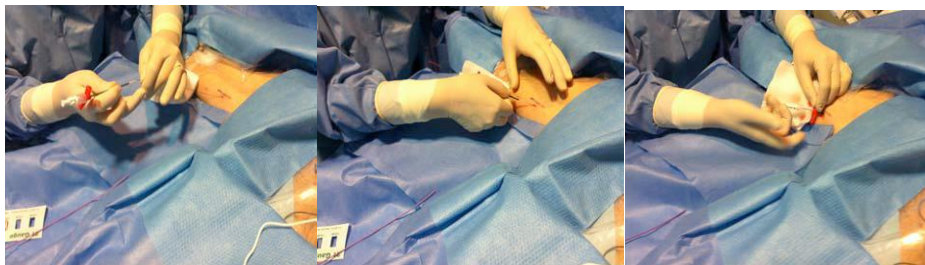


- Se retira el compresor (ayudante).
- Se administra una pequeña dosis de anestésico subcutáneo, mepivacaína 2% en la zona de punción, y se deja actuar mientras se prepara el catéter.
- Preparar el catéter irrigándolo con suero salino. En este punto hacer girar el fiador por si estuviese pegado al catéter. Si es necesario, se cortará el catéter con bisturí en ángulo de 90° a la medida del paciente, haciendo retroceder el fiador 1 cm por detrás de la punta del catéter y siempre que el tipo de catéter permita cortarlo.
- Se realiza una pequeña incisión con el bisturí. Se implanta el introductor del catéter tipo pelable a lo largo de la guía.

Este documento es propiedad del Hospital Universitario Infanta Cristina.

Queda prohibida su copia o reproducción, tanto total como parcial, sin el consentimiento expreso del propietario.

ATENCIÓN: Toda copia NO CONTROLADA de este documento puede estar OBSOLETA



- Se retira la guía y el dilatador del introducir quedando la cánula pelable por la que se introduce lentamente el catéter.



- Se retira la cánula pelable. Procura hacerlo fuera de la piel, para hacerlo menos doloroso.
- Durante la inserción del catéter, conviene visualizar ecográficamente la vena yugular interna homolateral y comprimirla con la sonda ecográfica con el fin de facilitar el paso del catéter a la vena innominada. Durante la maniobra se recomienda verificar con la sonda ecográfica que el catéter no ha entrado en la vena yugular.
- Fijación de catéter:
 - o Lavar la zona y desinfectar con clorhexidina acuosa al 2%.
 - o Colocar el sistema de fijación (Statlock®).
 - o Poner gasa estéril o Espongostan® si fuera necesario.
 - o Colocar apósito transparente abarcando el punto de inserción y el sistema de fijación.
 - o Anotar en él la fecha de colocación y longitud total del catéter introducido.



Este documento es propiedad del Hospital Universitario Infanta Cristina.

Queda prohibida su copia o reproducción, tanto total como parcial, sin el consentimiento expreso del propietario.

ATENCIÓN: Toda copia NO CONTROLADA de este documento puede estar OBSOLETA

- Si se dispone de aparataje adecuado comprobación con electrodo intracavitario o radiografía de control.

MANTENIMIENTO Y CUIDADOS

Personal necesario: Enfermería

Consiste en una serie de maniobras sobre el PICC para mantenerlo permeable y aséptico, siguiendo las normas de los CDC y Protocolo de Bacteriemia Zero. De esta forma se alarga su permanencia en las mejores condiciones posibles, pudiendo detectar las complicaciones derivadas de la terapia intravenosa para evitar las complicaciones debidas a la inadecuada manipulación del catéter, conexiones y accesorios.

- Cura cada siete días si se utilizan apósitos transparentes semipermeables o cada dos días si son apósitos de gasa.
- Diariamente hay que palpar el punto de inserción a través de la cura. En caso de dolor y/o fiebre no filiada y apósito sucio, húmedo o despegado, levantar la cura.
- Cambiar los sistemas de fluidoterapia y llaves de tres pasos cada 96 horas. En sangre, derivados o lípidos en cada infusión, si la infusión es continua, y en la nutrición parenteral cada 24 horas.
- Lavar tapones antes y después de la administración de cualquier fluido con clorhexidina alcohólica.
- Evitar el uso de sistemas innecesarios que puedan favorecer a infección (uso de llaves de 3 pasos...)
- Si se cambia el catéter cambiar todos los equipos.
- El cambio de piezas de sujeción tipo Statlock®-PICC se realiza si se despega o el paciente refiere molestias en la zona donde está colocada. Debería cambiarse semanalmente; se

Este documento es propiedad del Hospital Universitario Infanta Cristina.

Queda prohibida su copia o reproducción, tanto total como parcial, sin el consentimiento expreso del propietario.

ATENCIÓN: Toda copia NO CONTROLADA de este documento puede estar OBSOLETA

ha demostrado que con sujeción externa, apósito transparente y venda adhesiva la sujeción es muy segura. El no recambio del Statlock®-PICC con la frecuencia requerida puede ser causa de celulitis.

- La cura debe ser estéril.
- **Heparinizar** las luces que no se usen y las utilizadas (salvo perfusión continua) en los catéteres multilumen cada 24 horas con solución de heparina en monodosis (20 UI/ml) con 2 ml suficiente. Utilizar la técnica de presión positiva, que consiste en inyectar la solución y clampar mientras se realiza esta acción.
- Salinizar luces después de su uso para lavar con técnica PUSH-STOP-PUSH y técnica de presión positiva.

RETIRADA DE CATÉTER

Consiste en la extracción del PICC ya sea por:

- Fin de tratamiento.
- Fiebre que no se puede atribuir a otras causas. En tal caso se debe realizar cultivo de la punta del catéter mediante la técnica de Maki.
- Flebitis grado 3-4 (ver cuadro 1)

La retirada del catéter se realizará de la siguiente forma:

- Proporcionar un entorno adecuado.
- Informar al paciente de lo que se le va a hacer.
- Preparar el material y situarlo al alcance.
- Lavarse las manos.
- Ponerse los guantes no estériles y retirar los apósitos.
- Observar punto de inserción buscando signos de infección.
- Cambiar los guantes por unos estériles.

Este documento es propiedad del Hospital Universitario Infanta Cristina.

Queda prohibida su copia o reproducción, tanto total como parcial, sin el consentimiento expreso del propietario.

ATENCIÓN: Toda copia NO CONTROLADA de este documento puede estar OBSOLETA

- Limpiar primero con suero fisiológico y luego con antiséptico la piel de alrededor del catéter.
- Colocar una gasa estéril sobre la zona de inserción.
- Retirar el catéter de forma suave y continua, manteniendo presión en el lugar de punción unos cinco minutos hasta que cese la hemorragia.
- Aplicar antiséptico y colocar un apósito estéril.
- Observar la punta del catéter para comprobar su integridad y longitud. Si se considera necesario, se puede cultivar la punta. Si se observa exudado purulento en el punto de punción se remitirá también un hisopo.
- Retirar los guantes y lavarse las manos.
- Registrar los cuidados en la historia de enfermería.

COMPLICACIONES

- Localización de la punta del catéter: la localización ideal de la punta del catéter es aproximadamente a unos 3-5cm de la unión cava-aurícula. La migración de la punta del catéter puede producir perforaciones venosas y arritmias por irritación mecánica, por lo que es necesario vigilar su correcta posición mediante radiografía de tórax seriadas.
- Obstrucción: generalmente es debida a una mala heparinización o salinización del catéter.
- Flebitis: si es de origen mecánico aparece de forma precoz a los 2-3 días de la inserción. (Ver tabla 1) En el caso de los grados +3 y +4 es preciso la retirada del catéter.
- Erosiones vasculares: se pueden producir cuando el catéter lleva más de siete días de inserción. La aspiración de sangre no descarta por sí misma la perforación.
- Embolismo aéreo: se produce con el paso de aire en el torrente sanguíneo. Es una complicación poco frecuente, originándose tras la inserción, sobre todo en pacientes muy agitados que flexionan con fuerza el brazo.

Este documento es propiedad del Hospital Universitario Infanta Cristina.

Queda prohibida su copia o reproducción, tanto total como parcial, sin el consentimiento expreso del propietario.

ATENCIÓN: Toda copia NO CONTROLADA de este documento puede estar OBSOLETA

- Celulitis cutánea: es debida a una infección localizada en la zona de inserción infiltrada en el tejido subcutáneo y que cursa con dolor y tumefacción. El tratamiento es antibioterapia oral y local, esmerando el nivel de los cuidados de la vía.
- Infección: el uso de los catéteres intravasculares es una de las principales causas de infección nosocomial, siendo uno de los factores que aumentan la morbimortalidad de los pacientes hospitalizados. Aumenta el riesgo de infección el uso de nutrición parenteral, los días de hospitalización, la inserción con técnica no aséptica y la inadecuada manipulación posterior. Las bacteriemias relacionadas con PICC son menos habituales que las relacionadas con catéteres venosos centrales.

5 REGISTROS

Cumplimentar el Procedimiento en Selene, indicando fecha y lugar de inserción, centímetros de catéter introducido, marca y modelo y anestésico utilizado.

Consentimiento Informado

Hoja de seguimiento



REGISTRO DE SEGUIMIENTO DEL PICC

Nombre			
Apellidos			
Edad			Nº Historia
DIAGNÓSTICO			
Diagnóstico			
FECHAS DEL CATERET			
Fecha de implantación	Localización		
Tipo de catéter	Longitud		
Fecha de retirada	Permeabilidad		
MEDICACION			
Transmisión	Parenteral		
CUIDADOS DEL CATERET			
Curas	SI/NO	C/48h	C/7 días
Heparinización	SI/NO	C/48h	C/7 días
Urbinaza	SI/NO	C/30 días	
COMPLICACIONES			
Problemas implantación	SI/NO	Post-implantación	SI/NO Fecha de inicio
Días de duración			
Etiología: fecha de inicio	Microorganismo		
Tratamiento			
Evolución			
ROTURA DE CATERET			
Causación			
OBSERVACIONES			
RETIRADA DEL CATERET			
Fin de tratamiento			Obstrucción
Septis	SI/NO	Calivo	SI/NO Microorganismos

Este documento es propiedad del Hospital Universitario Infanta Cristina.

Queda prohibida su copia o reproducción, tanto total como parcial, sin el consentimiento expreso del propietario.

ATENCIÓN: Toda copia NO CONTROLADA de este documento puede estar OBSOLETA

 <p>Hospital Universitario Infanta Cristina SaludMadrid Comunidad de Madrid</p> <p>Avda. 9 de junio, n.º 2 28981 - Parla</p>	N.H.C.:	
	Nombre y apellidos:	
	Fecha de nacimiento:	Sexo:
	Dirección:	
	CIP:	
CONSENTIMIENTO INFORMADO CANALIZACION DE VIA VENOSA CENTRAL DE INSERCIÓN PERIFÉRICA		

-INFORMACION-

D./Dña.: <\$Paciente.nombre\$> <\$Paciente.apellido1\$> <\$Paciente.apellido2\$>, con DNI/Pasaporte nº <\$Paciente.nif\$> en calidad de paciente o, en su defecto D./Dña con DNI/Pasaporte nº como Representante y/o Tutor del paciente, mayor de edad, en pleno uso de mis facultades mentales manifiesto que:

He sido informado de forma satisfactoria por el Dr/Dra <\$Autor informe.nombre\$> <\$Autor informe.apellido1\$> <\$Autor informe.apellido2\$> adscrito a la unidad de Cuidados Intensivos de los siguientes puntos: qué es, como se realiza, para qué sirve, los riesgos existentes, posibles molestias o complicaciones y alternativas al procedimiento.

¿QUÉ ES LA CANALIZACIÓN DE UNA VÍA VENOSA CENTRAL?

Llamamos **vía venosa central** a aquellos **catéteres venosos cuyo extremo se localiza en una vena del tórax o del abdomen**. En ocasiones es necesario la canalización de una de estas venas de gran calibre para poder administrar un tratamiento (medicamentos, líquidos, nutrición, sangre) o para medir determinados parámetros que son de interés en el manejo de su enfermedad.

¿CÓMO SE CANALIZA UNA CATÉTER VENOSO CENTRAL DE INSERCIÓN PERIFÉRICA (PICC)?

El abordaje de una vena central de acceso periférico se realiza en la cama del enfermo estando tumbado boca arriba. Las venas que se canalizan son venas periféricas que están situadas en el brazo. A través de una aguja se anestesia de forma local la zona que se va a puncionar y se introduce un catéter por la vena a través de la piel (cuya punta llega generalmente cerca del corazón). Una vez introducido el catéter se fija a la piel para que no se mueva. Posteriormente se realiza una radiografía de tórax para ver la localización de la punta del catéter y evidenciar que no han existido complicaciones.

¿EXISTEN ALTERNATIVAS?

La alternativa a la canalización de un PICC es la canalización directamente a nivel de la vía central (femoral, yugular o subclavia), una técnica con mayores riesgos. En caso de que no sea posible canalizar un acceso a través de vena periférica se planteará la canalización de estas venas centrales y se entregará consentimiento informado de dicho procedimiento. **En su situación actual, los beneficios derivados de la realización de este procedimiento superan los posibles riesgos.**

¿QUE RIESGOS TIENE LA CANALIZACIÓN DE UNA VENA CENTRAL?

La elección del lugar donde colocar el acceso vascular se realiza mediante ecografía. Es frecuente que durante el procedimiento se intenten varias localizaciones distintas. La mayoría de los pacientes no presenta ningún tipo de complicación. Sin embargo, a pesar de una adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden producirse algunas complicaciones:

1) Derivadas de la punción venosa:

- Riesgos frecuentes: La mayoría de estas complicaciones son leves:
 - Dolor local, generalmente pasajero, que suele controlarse con medicación.
 - Reacción vagal tras punción.
 - Sangrado venoso (hemorragia), que puede causar hematoma y que suele controlarse con compresión de la zona pinchada.
 - Punción accidental y sangrado de la arteria próxima a la vena. La hemorragia suele ser mayor pero se puede comprimir al igual que la vena.
 - Infección del punto de acceso o del catéter. Suele controlarse con la retirada del catéter y tratamiento antibiótico.

Parla, a Firma del Paciente / Representante y/o Tutor	Parla, a Identificación y firma del médico que informa
--	---

 <p>Hospital Universitario Infanta Cristina SaludMadrid Comunidad de Madrid</p> <p>Avda. 9 de junio, nº.2 28981 - Parla</p>	N.H.C.:	
	Nombre y apellidos:	
	Fecha de nacimiento:	Sexo:
	Dirección:	
	CIP:	
CONSENTIMIENTO INFORMADO CANALIZACION DE VIA VENOSA CENTRAL DE INSERCIÓN PERIFÉRICA		

- Otros riesgos poco frecuentes pero más graves:
 - Perforación de vaso sanguíneo.
 - Trombosis venosa profunda que requiera anticoagulación prolongada.
 - Fistula arterio-venosa (comunicación entre la arteria y la vena). Puede abocar a un pseudoaneurisma que precise cirugía de reparación.
 - Complicaciones derivadas de punción de nervios próximos.
 - Atrapamiento o rotura de la guía del catéter.
 - Infección a distancia y generalizada de origen en catéter.
 - Arritmias, perforación cardíaca e incluso el fallecimiento (aunque se considera absolutamente excepcional).

2) Derivadas del agente anestésico local: anafilaxia, vómitos, broncoaspiración, arritmias, parada cardiorrespiratoria.

RIESGOS PERSONALIZADOS

.....



DECLARACIONES Y FIRMAS

Declaro haber sido suficientemente informado de la técnica que se me va a realizar, explicándome sus riesgos, complicaciones y alternativas. Estoy satisfecho con la información recibida, he podido formular todas las preguntas que he creído convenientes y me han aclarado todas las dudas planteadas. Mi aceptación es voluntaria y puedo retirar mi consentimiento cuando lo crea oportuno.

Doy mi consentimiento para que en la intervención participen profesionales sanitarios en formación.

Doy mi consentimiento para que se puedan realizar fotografías y/o grabar la realización de la técnica para su utilización con fines didácticos, científicos o docentes. Nunca se identificará el nombre del paciente o sus familiares en las grabaciones.

Entiendo que éste consentimiento puede ser revocado en cualquier momento y si lo necesito puedo requerir más información.

<p><i>Parla, a</i> Firma del Paciente / Representante y/o Tutor</p>	<p><i>Parla, a</i> Identificación y firma del médico que informa</p>	
 <p>CONSEJERÍA DE SANIDAD Comunidad de Madrid</p>	 <p>Red H's H Hospitales sin Humo</p>	<p>Página 2 de 3</p>

 <p>Hospital Universitario Infanta Cristina</p> <p>SaludMadrid  Comunidad de Madrid</p> <p>Avda. 9 de junio, nº.2 28981 - Parla</p>	N.H.C.:	
	Nombre y apellidos:	
	Fecha de nacimiento:	Sexo:
	Dirección:	
	CIP:	
CONSENTIMIENTO INFORMADO		
CANALIZACION DE VIA VENOSA CENTRAL DE INSERCIÓN PERIFÉRICA		

REVOCACIÓN

Dn/Dña.....de.....años de edad.
(Nombre y dos apellidos del paciente)

Con domicilio en.....y D.N.I nº.....

Dn/Dña.....de.....años de edad.
(Nombre y dos apellidos)

Con domicilio en.....y D.N.I nº.....

En calidad de.....de.....
(Representante legal, familiar o allegado) (Nombre y dos apellidos del paciente)

REVOCO el consentimiento prestado en fecha..... y no deseo proseguir el tratamiento, que doy con esta fecha por finalizado.

Fdo: El/la Médico

Fdo: El Paciente

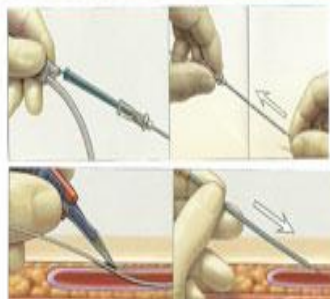
Fdo: El representante legal, familiar o allegado

Parla, a
Firma del Paciente / Representante y/o Tutor

Parla, a
Identificación y firma del médico que informa

6 DOCUMENTACIÓN ADICIONAL

DA. 1. Técnica Seldinger



1. Se introduce la aguja en la luz vaso sanguíneo
2. A través de la aguja se avanza la guía dentro del vaso
3. Se retira la aguja dejando la guía dentro de la luz del vaso
4. Opcionalmente se agranda el sitio de la punción con un bisturí
5. Se desplaza sobre la guía el catéter girándolo mientras se desliza hacia la luz del vaso

6. Se retira la guía a través del catéter dejando éste en la luz del vaso.

7 ANEXOS

Cuadro 1. Valoración del grado de Flebitis.

CUADRO DE CONTROL DE LA FLEBITIS	
Grado	Criterio
0	No: dolor, eritema, tumefacción ni induración de un cordón venoso.
1+	Dolor en el punto de inserción, pero sin signos de eritema, tumefacción, ni palpación de un cordón venoso.
2+	Cierto grado de eritema, tumefacción ó ambos a la vez. No induración ni cordón venoso.
3+	Eritema, tumefacción en el punto de inserción y cordón venoso palpable, de 5-6 cm por encima del punto de inserción. Fiebre.

Este documento es propiedad del Hospital Universitario Infanta Cristina.

Queda prohibida su copia o reproducción, tanto total como parcial, sin el consentimiento expreso del propietario.

ATENCIÓN: Toda copia NO CONTROLADA de este documento puede estar OBSOLETA

4+	Eritema, tumefacción en la zona de inserción y cordón venoso palpable en la zona, superior a 5-6 cm. Fiebre.
-----------	---

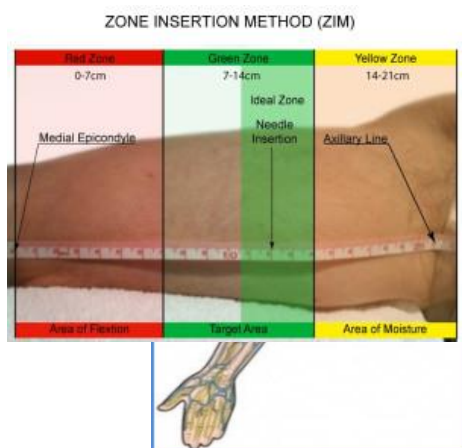
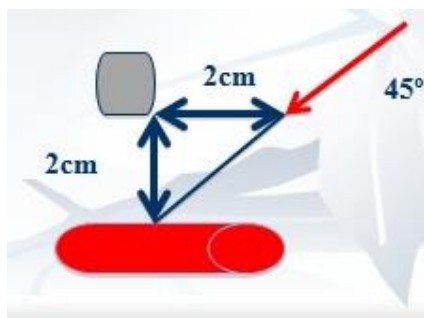


Imagen 2. Zona de inserción del PICC
Imagen 4. Medición de longitud catéter a introducir

Imagen 3. Punción eco guiada



Este documento es propiedad del Hospital Universitario Infanta Cristina.

Queda prohibida su copia o reproducción, tanto total como parcial, sin el consentimiento expreso del propietario.

ATENCIÓN: Toda copia NO CONTROLADA de este documento puede estar OBSOLETA

8 BIBLIOGRAFÍA

- <http://www.asociaciondeenfermeriaeti.com>
- https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Calidad%20y%20Sistemas/AS_Calidad/SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE/Catéter%20PICC.pdf
- "Jornada de Formación sobre catéteres PICCs e implantación ecoguiada" de Braun Marzo 2017
- Recomendaciones para la prevención de infecciones relacionadas con dispositivos intravasculares, "DraftGuidelineforthe prevention of intravascularcatheter-related". CDC septiembre, 2001.
- <https://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/7b72ed75007c5aec6820db82cb7a41fe.pdf>

9 CONTROL DE CAMBIOS

CUADRO DE CONTROL DE CAMBIOS				
CÓDIGO	VERSIÓN	FECHA 1ª ED.	FECHA ÚLTIMA ED.	DESCRIPCIÓN DE CAMBIOS
B21-7.1.3-PRT-004-V1	1	12/06/2019		Elaboración inicial del documento

Este documento es propiedad del Hospital Universitario Infanta Cristina.

Queda prohibida su copia o reproducción, tanto total como parcial, sin el consentimiento expreso del propietario.

ATENCIÓN: Toda copia NO CONTROLADA de este documento puede estar OBSOLETA