



UNCUYO
UNIVERSIDAD
NACIONAL DE CUYO



FACULTAD DE
CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE
ENFERMERÍA

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

TALLER DE TESIS

TEMA:

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO TIENEN LOS ENFERMEROS DEL SERVICIO
DE NEONATOLOGÍA SOBRE LA INSTALACIÓN DE PICC (CATÉTER
VENOSO CENTRAL DE INSERCIÓN PERIFÉRICA) Y SUS CUIDADOS
EN LOS RECIÉN NACIDOS PREMATUROS
DEL HOSPITAL LUIS LAGOMAGGIORE”**

Director de cátedra:

Lic.: Michel, Jorge.

JTP:

Bioq.: Gaii, Marcos.

Lic.: Fernández, Ana Inés.

Lic.: Franco, Estela

Autor:

Yareca Ocampo, Jaime

Mendoza, diciembre del 2022

El presente estudio de investigación es propiedad de la Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo, y no puede ser publicado, copiado ni citado, en todo o en parte, sin el previo consentimiento de la citada Escuela o del autor o los autores”.

Acta de Aprobación:

Incluirá una preforma a utilizar por el tribunal examinador:

Presidente: Lic. Patricia TORRES

Vocal1: ~~Prof.~~ Marcos GIL I

Vocal2: Lic. Estela FRANCO

Trabajo Aprobado el: 20/07/2023



Nota: 10 (diez)

AGRADECIMIENTO

Primeramente, agradecemos a Dios por permitirnos llegar hasta el día de hoy y sonreír ante todos los logros que son resultado de su ayuda, que cuando caemos y nos pone a prueba, aprendemos de nuestros errores y nos damos cuenta que los pone frente nuestro para que mejoremos como ser humano, y así poder crecer de diversas maneras.

Segundo agradecer infinitamente a nuestra familia por el apoyo incondicional durante toda la realización de nuestra carrera, porque han sido el principal apoyo en momentos de flaqueza y debilidad ya que con sus consejos, enseñanza y tolerancia nos han brindado ese respaldo para culminar esta etapa en nuestras vidas.

Tercero agradecer a nuestra Universidad por habernos permitido formarnos en ella, gracias a todos nuestros maestros, tutores, compañeros y a todas las personas que fueron participe de este proceso y que el día de hoy se ve reflejado en la culminación de nuestro paso por la universidad.

Finalmente, Muchas Gracias...

Prefacio

Se llevo a cabo el presente trabajo de investigación proporcionando el nivel de conocimiento de los 30 enfermera/os que se encuentran en el servicio de neonatología del Hospital Luis C. Lagomaggiore, distribuido en los tres turnos sobre la importancia del funcionamiento del PICC (catéter venoso central de inserción periférica); previo a la encuesta se le pidió el consentimiento al jefe del servicio y a los 30 participantes que realizaron la encuesta, de dicho modo la respuesta quedó en forma anónima.

Como herramienta de investigación en la recolección de datos con el fin de un análisis estadístico se utilizó una encuesta de 27 preguntas con múltiple opción.

La elaboración de la encuesta se realizó en base de los objetivos propuestos en esta investigación y sustentando con el marco teórico.

INDICE

CAPÍTULO I	1
INTRODUCCIÓN	2
SITUACION PROBLEMÁTICA.....	4
PREGUNTA DE INVESTIGACION	5
OBJETIVO GENERAL	6
OBJETIVOS ESPECIFICOS	6
MARCO TEÓRICO.....	7
APARTADO I.....	7
RECIEEN NACIDO PREMATURO:.....	7
CARACTERISTICAS GENERALES DEL RECIEEN NACIDO PREMATURO:...	10
COMPLICACIONES.....	11
Cardíaco	11
Trastorno del sistema nervioso central	12
APARTADO II	18
SISTEMA CIRCULATORIO:.....	18
VENTAJAS E INCONVENIENTES DE LAS VIAS CENTRALES:	20
COMPLICACIONES:.....	24
APARTADO III	26
ENFERMERÍA PRINCIPAL RESPONSABLE TERAPIA INTRAVENOSA.....	26
CAPITULO II	30
DISEÑO METODOLÓGICO.....	31
VARIABLE: nivel de conocimiento de los enfermeros sobre la instalación de PICC (catéter venoso central de inserción periférica).....	32
DISCUSIÓN-CONCLUSIÓN	63
PROPUESTAS.....	66
BIBLIOGRAFÍA.....	67
ANEXOS	68

INDICE DE TABLA

Tabla 1 distribución de la muestra según edad	33
Tabla 2 distribución de la muestra según sexo	34
Tabla 3 distribución de la muestra según nivel de formación	35
Tabla 4 distribución de la muestra según antigüedad en el servicio	36
Tabla 5 distribución de la muestra según si han sido capacitados en la colocación de PICC	37
Tabla 6 distribución de la muestra si han tenido capacitación. ¿cuanto hace realizó?	38
Tabla 7 distribución de la muestra según servicio de enfermería ¿El PICC es?	39
Tabla 8 distribución de la muestra según que condiciones debe tener en cuenta antes de colocar un PICC	41
Tabla 9 distribución de la muestra según en que casos está indicada la implantación de un PICC	43
Tabla 10 distribución de la muestra según quien es el responsable de colocar los PICC	45
Tabla 11 distribución de la muestra según cuantos profesionales participan en colocación de PICC	47
Tabla 12 distribución de la muestra según que técnica y material se usa en la colocación de PICC	49
Tabla 13 distribución de la muestra según en que casos hay contraindicaciones para la colocación de PICC	51
Tabla 14 distribución de la muestra según que complicaciones puede existir durante la inserción del PICC	52
Tabla 15 distribución de la muestra según conducta en caso que personal ajeno realizara la PICC	53
Tabla 16 distribución de la muestra según las venas más comunes que se utilizan para la inserción del PICC	54
Tabla 17 distribución de la muestra según ubicación de la punta del catéter venoso central de inserción periférica	55
Tabla 18 distribución de la muestra según en la cura del PICC, el cambio de apósito transparente de realizarse	56

Tabla 19 distribucion de la muestra segun antiseptico/s se puede utilizar para la curacion del PICC.	57
Tabla 20 distribucion de la muestra segun que complicaciones puede existir posteriores a la inserciones del cateter.	58
Tabla 21 distribucion de la muestra segun en que situacion se deben reinstalarse el cateter venoso central de insercion periferica.	59
Tabla 22 distribucion de la muestra segun lavado del PICC, correcto.	60
Tabla 23 distribucion de la muestra segun características del lugar donde se realiza la implantacion del PICC.	61
Tabla 24 distribucion de la muestra segun; Se hepariniza los cateteres o solo se realiza el lavado con suero fisiologico.	62

INDICE DE GRAFICOS

Grafico 1 edad.....	33
Grafico 2 sexo	34
Grafico 3 nivel de formacion.....	35
Grafico 4 antigüedad en el servicio	36
Grafico 5 capacitación	37
Grafico 6 tiempo de capacitacion	38
Grafico 7 concepto PICC.....	39
Grafico 8 condiciones antes de colocar una PICC	41
Grafico 9 casos esta indicada la implantacion del PICC	43
Grafico 10 responsable de colocar los PICC.....	45
Grafico 11 cantidad de enfermeras participan en la colocacion de una PICC..	47
Grafico 12 tecnica y material se utiliza en la colocacion PICC	49
Grafico 13 contraindicaciones para la colocacion del PICC	51
Grafico 14 complicaciones pueden existir durante la insercion del PICC.....	52
Grafico 15 en caso personal ajeno al servicion, se encarga de explicar al resto de enfermeros los cuidados especificos.....	53
Grafico 16 venas mas comunes que se utilizan para la insercion del PICC.....	54
Grafico 17 ubicacion de la punta del cateter venoso central de insercion periferica.....	55
Grafico 18 en la cura del PICC, el cambio de aposito transparente debe realizarse.....	56
Grafico 19 antiséptico (s) se pueden utilizar para la curacion del PICC.....	57
Grafico 20 complicaciones pueden existir posteriores a la insercion del cateter	58
Grafico 21 situacion se deben reinstalarse el cateter venoso central de insercion periferica	59
Grafico 22 lavado del PICC, correcto.	60
Grafico 23 características del lugar donde se realiza la implantacion del PICC61	
Grafico 24 se hipariniza los cateteres o solo se realiza el lavado con suero fisiologico.....	62

Resumen

Tema: nivel de conocimiento tienen los enfermeros del servicio de neonatología sobre la instalación de PICC (catéter venoso central de inserción periférica) y sus cuidados en los recién nacidos prematuros del hospital Luis Lagomaggiore

Autor: Jaime, Yareca Ocampo

Lugar: las encuestas se realizaron en servicio de neonatología, del hospital Luis lagomaggiore en la provincia de Mendoza, Argentina.

Introducción: El siguiente trabajo de investigación cuyo tema principal es el "nivel de conocimiento de los enfermeros sobre la instalación del catéter venoso central de inserción periférica en los recién nacidos pre términos en el Hospital Luis Lagomaggiore durante el segundo semestre del año 2022. Se indago sobre el conocimiento y cuidados que posee como herramienta para brindar un cuidado optimo al recién nacido pre termino.

Objetivo:Determinar el nivel de conocimiento tienen los enfermeros del servicio de neonatología sobre la instalación de PICC (catéter venoso central de inserción periférica) y sus cuidados en los recién nacidos prematuros del Hospital Luis Lagomaggiore de Mendoza durante 2022.

Método: Es un estudio cuantitativo con diseño transversal y descriptivo que se inicia con recolección de datos y análisis estadísticos finalizando con una interpretación en los resultados de enfoque cuantitativo a través de tablas y gráficos.

Resultado: En cuanto a los conocimientos teóricos sobre el PICC que posee, se constata que el 60% señala de forma incorrecta del concepto de PICC siendo el turno noche el que mayor acierto ha tenido, 60% respondieron correctamente, sobre las condiciones antes de colocar el PICC, el turno mañana y tarde lo hizo con el 70%, el 90% respondieron correctamente sobre caso donde se implanta el PICC, siendo turno tarde, mañana y noche en alto porcentaje (90% de cada grupo). El 90% respondieron correctamente sobre los responsables de colocar el Catéter venoso periférico 100% de los tres turnos señala correctamente profesionales participan en colocación de PICC, como técnica y material se usa en la colocación de PICC.

Palabras claves: (catéter venoso central de inserción periférico) PICC, Neonatología, Enfermería, destrezas.

Abstract:

Topic: level of knowledge of the nurses of the neonatology service about the installation of PICC (peripherally inserted central venous catheter) and its care in premature newborns at the Luis Lagomaggiore hospital.

Author: Jaime, Yareca Ocampo.

Place: the surveys were carried out in the neonatology service of the Luis Lagomaggiore Hospital in the province of Mendoza, Argentina.

Introduction: The following research work whose main theme is the "level of knowledge of nurses about the installation of the peripherally inserted central venous catheter in preterm newborns at the Luis Lagomaggiore Hospital during the second semester of 2022. It was investigated about the knowledge and care that it possesses as a tool to provide optimal care to the preterm newborn.

Objective: To determine the level of knowledge nurses from the neonatology service have about the installation of PICC (peripherally inserted central venous catheter) and its care in premature newborns at the Luis Lagomaggiore Hospital in Mendoza during 2022.

Method: It is a quantitative study with a cross-sectional and descriptive design that begins with data collection and statistical analysis, ending with an interpretation of the results of a quantitative approach through tables and graphs.

Result: Regarding the theoretical knowledge about the PICC that they have, it is verified that 60% incorrectly indicate the concept of PICC, being the night shift the one that has had the greatest success, 60% answered correctly, about the conditions before placing the PICC, the morning and afternoon shift did it with 70%, 90% answered correctly on the case where the PICC is implanted, with a high percentage of afternoon, morning and night shifts (90% of each group). 90% answered correctly about those responsible for placing the peripheral venous catheter. 100% of the three shifts indicated correctly that professionals participate in PICC placement, as technique and material is used in PICC placement.

Keywords: (peripherally inserted central venous catheter) PICC, Neonatology, Nursing, skills.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

El Catéter Central de Inserción Periférica (PICC) utilizado en neonatología en general es de único lumen debido al pequeño calibre, siendo el más común de 1,9 french existiendo (1 - 2 Fr) y longitud variable (20 – 50 cm) en cuanto al material puede estar constituido de poliuretano o elastómeros de silicona, que son materiales biocompatibles, menos trombogénicos y que dificultan la agregación de microorganismos en su pared.¹ (Jiménez, 2012).

La inserción, el mantenimiento y el retiro del catéter central de inserción periférica (PICC) son procedimientos especializados del profesional de enfermería, siendo este el único responsable de su manipulación garantizando el desarrollo de estas con técnicas adecuadas, dependiendo del tipo de procedimiento a realizar se requerirá de uno o dos enfermeras expertas

Es importante que la enfermera tenga conocimiento y debe estar preparada en el cuidado y mantenimiento del catéter percutáneo, al ser un método invasivo de vía central, identificando los riesgos y manteniendo una secuencia de procedimientos. El mantenimiento de los catéteres venosos centrales de inserción periférica (PICC) consta de la curación y el cambio de sistema y accesorios, la primera curación se debe realizar a las 24 horas de la inserción, las posteriores curaciones se realizarán cada siete días, pero si el apósito se despega, se moja o se evidencia sangrado en el sitio de inserción se realiza antes y el respectivo registro. El cambio de la nutrición parenteral (NPT), sistemas y llaves se realizará cada 24 horas y las demás líneas de infusión se realiza cada 72 horas² (Alcántara y Gonzales, 2018).

El siguiente trabajo de investigación cuyo tema principal es el “nivel de conocimiento de los enfermeros sobre la instalación del catéter venoso central de inserción periférica en los recién nacidos pre términos en el Hospital Luis Lagomaggiore durante el segundo semestre del año 2022. Se indaga sobre el

¹ Jiménez Sanz M, Ordóñez González J. (2012). Complicaciones asociadas a la nutrición parenteral: prevención y tratamiento. Monitorización del paciente con nutrición parenteral. Especificaciones para su administración domiciliaria. En: Conceptos prácticos en nutrición enteral y parenteral. Planas M. Edita: Mayo, 2008:155-179.

² Alcántara Guerrero, L; Gonzales Arellano, L; Granda Jaramillo, P. (2018), en su estudio transversal, adherencia a la guía de procedimiento de enfermería en la curación del catéter venoso central de inserción periférica en recién nacidos de la UCIN [Posgrado] Lima, UPCH, 2018

conocimiento y cuidados que posee como herramienta para brindar un cuidado optimo al recién nacido pre termino.

Con este trabajo se quiso demostrar la importancia de los conocimientos con base científica que un profesional de enfermería debe tener para realizar su trabajo de forma eficaz.

SITUACION PROBLEMÁTICA

El Hospital Luis Lagomaggiore cuenta con la maternidad más grande de Mendoza. La misma cuenta con la neonatología de categoría nivel 3B. su lema es "maternidad segura centrada en la familia". Son 130 los profesionales de enfermería que se desempeñan en neonatología.

El servicio de neonatología cuenta con lo necesario para brindar atención a pacientes críticos dispone de:

- ✚ 4 sectores de terapia intensiva con 4 unidades por terapia.
- ✚ 5 sectores de cuidados intermedio con 4 unidades cada una.
- ✚ Quirófano (para cirugías de ductus o para aislamiento de recién nacidos).
- ✚ Sector de lavado de manos en la entrada del servicio y en cada uno de los sectores del servicio.

Al ser la única maternidad estatal de Mendoza que recibe pacientes desde las 24 semanas de edad gestacional y de 500 gramos de peso es que la misma debe hacer frente y estar preparado para recibir a los recién nacidos.

Debemos como enfermeros demostrar nuestros conocimientos y fundamentar científicamente todas las acciones que se realizan y es por ello que debemos conocer todo sobre la PICC, desde los efectos secundarios y los cuidados.

Indagar sobre los conocimientos de los enfermeros nos permitirá saber cuáles son los puntos en que está fallando o aquello que nos falta hacer un refuerzo en conocimiento para evitar que los recién nacidos prematuros no sean afectados por factores que se puede evitar.

Este trabajo es dirigido directamente al sector de terapia intensiva donde cuenta con 4 sectores cada una con 4 unidades de terapia intensiva en donde se desempeñan un enfermero para dos pacientes. Por ende, está el turno de mañana, tarde y noche se requiere 30 enfermera/os.

La instalación de PICC) (catéter venoso central de inserción periférica) es habitual ya que así se previene de no estar alterando o haciendo una invasión continua a los recién nacidos prematuros.

Podemos observar que uno de los problemas con el personal de enfermería en cuanto a sus destrezas y conocimiento es la falta de capacitación continua.

PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuál es el nivel de conocimiento de los enfermeros sobre la instalación de PICC (catéter venoso central de inserción periférica) en los recién nacidos pre - términos en una unidad de cuidado intensivo neonatal del Hospital Luis Lagomaggiore de Mendoza durante 2022?

OBJETIVO GENERAL

Determinar el nivel de conocimiento tienen los enfermeros del servicio de neonatología sobre la instalación de PICC (catéter venoso central de inserción periférica) y sus cuidados en los recién nacidos prematuros del Hospital Luis Lagomaggiore de Mendoza durante 2022.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Identificar el perfil sociodemográfico de los enfermeros del servicio.

Determinar los usos de la vía PICC (catéter venoso central de inserción periférica) en recién nacidos pretérminos.

Describir la ventaja y desventaja tiene un PICC (catéter venoso central de inserción periférica) en recién nacidos pretérminos.

Identificar las complicaciones tiene un PICC (catéter venoso central de inserción periférica) en recién nacidos pretérminos.

MARCO TEÓRICO

APARTADO I

Fisiopatología:

En Mendoza, el Hospital Luis Lagomaggiore es la más importante se ingresa pacientes prematuros de entre 24 y 36 semanas de edad gestacional y con un peso no menor a 500 gramos, dichos pacientes son los que más consecuencias padecen por la larga estancia en el hospital por tratamientos de largo plazo por ende es muy demandante las instalaciones de PICC (catéter venoso central de inserción periférica)

RECIÉN NACIDO PREMATURO:

La prematurez es definida por la edad gestacional del recién nacido. Previamente, se denominaba prematuro a cualquier recién nacido que pesara < 2,5 kg. Aunque los recién nacidos prematuros tienden a ser pequeños, esta definición basada en el peso es incorrecta, porque muchos recién nacidos que pesan < 2,5 kg son maduros o postérmino y posmaduros y pequeños para la edad gestacional; su aspecto y sus problemas son diferentes.³

La edad gestacional se define de manera imprecisa como el número de semanas entre el primer día del último período menstrual normal de la madre y el día del parto. Más exactamente, la edad gestacional es la diferencia entre 14 días antes de la fecha de concepción y la fecha del parto. La edad gestacional no es la edad embriológica real del feto, pero es el valor estándar universal entre los obstetras y los neonatólogos para evaluar la maduración fetal.⁴

El nacimiento antes de las 37 semanas de edad gestacional se considera prematuro. Los recién nacidos prematuros pueden clasificarse también como

Extremadamente prematuro: < 28 semanas

Muy pretérmino: 28 a 31 6/7 semanas

Moderadamente pretérmino: 32 a 33 6/7 semanas

³ Manual MSD, Prematurez (2018). disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-ar/professional/pediatr%C3%ADa/problemas-perinatales/reci%C3%A9n-nacidos-prematuros>

⁴ Martin JA, Hamilton BE, Osterman MJ, et al: Births in the United States, 2018. NCHS Data Brief, no 346. Hyattsville, MD. National Center for Health Statistics. 2019.

Pretérmino tardío: 34 a < 36 6/7 semanas

Estos pacientes presentan inmadurez de todos sus órganos el cual los coloca en un lugar de alto riesgo para su supervivencia. Lo cual es necesario diferentes terapias y tratamientos específicos para lograr la madurez de sus sistemas. Son pacientes que requieren un cuidado de calidad y eficacia.

Al momento de nacimiento de estos pacientes, se realiza una valoración del recién nacido para determinar qué edad gestacional le corresponde al mismo teniendo en cuenta diferentes parámetros y características.

El método utilizado es el test de CAPURRO el cual tiene las características para determinar: la forma de la oreja, tamaño de la glándula mamaria, formación del pezón, textura de la piel y pliegues plantares.

TEST DE CAPURRO

MÉTODO DE CAPURRO PARA DETERMINAR LA EDAD GESTACIONAL EN EL RECIÉN NACIDO

Forma de la OREJA																																																																																																				
Tamaño de GLÁNDULA MAMARIA																																																																																																				
Formación del PEZÓN																																																																																																				
TEXTURA de la PIEL																																																																																																				
PLIEGUES PLANTARES																																																																																																				

Postmaduro	42 Semanas o más
A término	37 a 41 semanas
Prematuro Leve	35 a 36 semanas
Prematuro Moderado	32 a 34 semanas
Prematuro Extremo	28 a 31 semanas

Se suma 204 = Puntaje Final y se divide entre 7

Ministerio de Salud. Sistema Único de Salud para la atención integral de salud comunitaria.
 Lima, 2017. Distribuido digitalmente en <http://bit.ly/2xwvz9p> (versión impresa: 17A1.pdf)

Fuente: https://www.google.com/search?q=test+de+capurro&client=firefox-b-d&source=Inms&tbn=isch&sa=X&ved=2ahUKEwih3f3uw6r4AhVvpZUCHWYTDdsQ_AUoAXoECAIQAw&biw=1366&bih=643#imgrc=U8hpg9y6Glr_eM

Se basa en 5 criterios clínicos (nombrados anteriormente) y 2 neurológicos como lo son el signo de la bufanda y caída de la cabeza. Al puntaje obtenido se suma la constante 204 y allí se obtiene la edad gestacional del recién nacido. La valoración no debe superar los 6 minutos al cabo de nacimiento.

RNPT	CLASIFICACION SEGÚN SU EDAD GESTACIONAL
Prematuro extremo	Menor de 28 semanas
Prematuro muy extremo	Entre 28 y 32 semanas
prematuro	Entre 32 y 36 semanas

Los recién nacidos prematuros tienden a ser más pequeños que los recién nacidos de término. Las tablas de crecimiento de Fenton proporcionan una evaluación más precisa del crecimiento vs edad gestacional. (Martin JA, Hamilton BE, Osterman MJ, et al: 2019)

Los recién nacidos prematuros se clasifican según el peso al nacer:

< 1000 g: peso extremadamente bajo al nacer (PEBN)

1000 a 1499 g: muy bajo peso al nacer (MBPN)

1500 a 2500 g: bajo peso al nacer (BPN)

El proceso del nacimiento se acompaña de grandes cambios fisiológicos, que en ocasiones revelan alteraciones que no planteaban ningún problema durante la vida intrauterina. Por ese motivo, en todo parto debe haber una persona experta en reanimación neonatal. La edad gestacional y los parámetros de crecimiento ayudan a identificar el riesgo de patología neonatal.

Alrededor del 10% de los recién nacidos requieren cierta asistencia respiratoria en el momento del nacimiento. Menos del 1% necesita una extensa reanimación. Existen numerosas causas de depresión que requieren reanimación al nacer. La necesidad de reanimación aumenta de manera significativa si el peso al nacer es < 1.500 g.

Test de APGAR

Este se realiza al minuto de vida y se repite a los 5 minutos, se utiliza para valorar como el recién nacido se adapta o no al ambiente extrauterino.

La puntuación de Apgar se usa para describir la condición cardiorrespiratoria y neurológica de un recién nacido al nacer. La puntuación no es una herramienta que sirva para guiar la reanimación o el tratamiento posterior y no determina el pronóstico de un paciente individual.

La puntuación de Apgar asigna de 0 a 2 puntos a cada uno de los 5 parámetros de salud neonatal (Aspecto, Pulso, Gesticulación, Actividad, Respiración). Las puntuaciones dependen de la madurez fisiológica y el peso al nacer, el tratamiento materno perinatal y las condiciones cardiorrespiratorias y neurológicas del feto. Se considera normal una puntuación de 7 a 10 a los 5 minutos, intermedia de 4 a 6, baja de 0 a 3.

Existen múltiples causas posibles de puntuaciones de Apgar bajas (0 a 3), incluidos problemas graves y crónicos que tienen un pronóstico desfavorable y problemas agudos que pueden resolverse rápidamente y tienen un buen pronóstico. Una puntuación de Apgar baja es un hallazgo clínico y no un diagnóstico⁵. (Arcangela Lattari Balest, 2022)

A mayor puntuación mejor adaptación del recién nacido al ambiente exterior por el contrario nos demuestra que el recién nacido necesitara internación en sala de neonatología.

Evalúa los siguientes aspectos:

- 1) **Apariencia:** color de la piel
- 2) **Pulso:** frecuencia cardíaca
- 3) **Gesticulación:** reflejos
- 4) **Actividad:** tono muscular
- 5) **Respiración:** esfuerzo respiratorio.

CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL RECIEN NACIDO PREMATURO:

- La piel del RNPT se presenta más fina en relación a la edad gestacional del mismo llegando a ser transparente en aquellos prematuros extremos menores de 28 semanas, lo que lo hace susceptible de infecciones y lesiones.
- El manejo de la termorregulación se ve alterado ya que este recién nacido posee escaso tejido adiposo, su piel fina provoca gran pérdida de calor y si a esto le sumamos que el recién nacido no puede movilizarse por sus propios medios para modificar su postura y además su masa corporal es de menor tamaño en relación a la superficie que ocupa.

⁵ Arcangela Lattari Balest, (2022). Hipotermia en recién nacidos, MD, University of Pittsburgh, School of Medicine. Revisado médicamente Disponible en <https://www.msdmanuals.com/es-ar/professional/pediatr%C3%ADa/problemas-perinatales/hipotermia-en-reci%C3%A9n-nacidos>

- La cabeza del recién nacido es de mayor tamaño en relación al resto del cuerpo.
- Extremidades delgadas y presentan mayor nivel de hipotonía en prematuros extremos.
- En cuanto al aparato reproductor en varones se observan testículos no descendidos y en las niñas se puede observar que los labios mayores no cubren los labios menores.
- Estos pacientes tienen mayor probabilidad de padecer ductus arterioso permeable.
- El recién nacido pretérmino tiene los reflejos de succión y deglución disminuidos o ausentes por lo que se los debe alimentar por sonda orogástrica o nasogástrica y en casos de intolerancia oral recibirán el aporte por vía parenteral.

COMPLICACIONES

Como se mencionó anteriormente, se sabe que el recién nacido pretérmino posee características fisiológicas que lo hacen vulnerable a diferentes enfermedades por tener todos sus órganos inmaduros.

La incidencia y la gravedad de las complicaciones de la prematurez aumentan con la reducción de la edad gestacional y el peso al nacer. Algunas de las complicaciones (p. ej., enterocolitis necrosante, retinopatía del prematuro, displasia broncopulmonar, hemorragia intraventricular) son infrecuentes en los recién nacidos pretérminos tardíos.

La mayoría de las complicaciones se relacionan con disfunción de sistemas orgánicos inmaduros. En algunos casos, las complicaciones se resuelven completamente; en otros, hay disfunción orgánica residual.

Cardíaco

La incidencia global de cardiopatías congénitas estructurales entre los recién nacidos prematuros es baja. La complicación cardíaca más común es

Conducto arterioso permeable

En los recién nacidos prematuros, es más probable que el conducto arterioso no se cierre después del nacimiento. La incidencia de conducto arterioso permeable aumenta cuanto mayor es la prematurez; se oblativo conducto

arterioso permeable en casi la mitad de los recién nacidos cuyo peso al nacer es < 1.750 g y en alrededor del 80% de aquellos con peso al nacer < 1.000 g. Aproximadamente de un tercio a la mitad de los lactantes con conducto arterioso permeable presentan cierto grado de insuficiencia cardíaca. Los recién nacidos prematuros ≤ 29 semanas de gestación que presentan síndrome de dificultad respiratoria tienen un riesgo del 65 al 88% de conducto arterioso permeable sintomático. Si los niños tienen ≥ 30 semanas de gestación al nacer, el conducto se cierra de forma espontánea en el 98% en el momento del alta hospitalaria.

Trastorno del sistema nervioso central

Las complicaciones del sistema nervioso central incluyen

- Pobres reflejos de succión y deglución
- Episodios apneicos
- Hemorragia intraventricular
- Retrasos en el desarrollo o cognitivos

Los recién nacidos de menos de 34 semanas de gestación presentan coordinación inadecuada de los reflejos de succión y deglución, y deben ser alimentados por vía intravenosa o por sonda nasogástrica.

La inmadurez del centro respiratorio del tronco encefálico provoca episodios de apnea (apnea central). La apnea también puede deberse a obstrucción hipofaríngeo sola (apnea obstructiva). Pueden estar presentes ambos tipos (apnea mixta).

La matriz germinal periventricular (una masa altamente celular de células embrionarias localizada por encima del núcleo caudado sobre la pared lateral de los ventrículos laterales en el feto) es proclive a la hemorragia, que puede extenderse a los ventrículos cerebrales (hemorragia intraventricular).

El infarto de la sustancia blanca periventricular (leucomalacia periventricular) también puede deberse a motivos no totalmente conocidos.

La hipotensión, la perfusión cerebral inadecuada o inestable y los picos de presión arterial (p. ej., cuando se administra líquido o coloide IV en forma rápida) pueden contribuir al infarto o la hemorragia cerebral.

La lesión de la sustancia blanca periventricular es un factor de riesgo importante de parálisis cerebral y retraso neuro madurativo.

Los recién nacidos prematuros, en particular aquellos con antecedentes de sepsis, enterocolitis necrosante, hipoxia y hemorragias intraventriculares y/o periventriculares, están expuestos a retrasos madurativos y cognitivos (véase también Desarrollo infantil). Estos lactantes requieren un seguimiento cuidadoso durante el primer año de vida para detectar retrasos auditivos, visuales y neuro madurativos. Hay que prestar cuidadosa atención a las pautas de desarrollo, el tono muscular, las aptitudes de lenguaje y el crecimiento (peso, longitud, perímetro cefálico).

Los lactantes con retrasos identificados de las aptitudes visuales deben ser derivados a un oftalmólogo infantil. Aquellos con retrasos auditivos y neuro madurativos (como mayor tono muscular y reflejos protectores anormales) son derivados a programas de intervención temprana que suministran terapia física, ocupacional y del lenguaje. Los lactantes con problemas neuro madurativos graves pueden requerir una derivación a un neurólogo infantil.

Ojos

Las complicaciones oculares incluyen

- Retinopatía del prematuro
- Miopía y/o estrabismo

La vascularización retiniana no se completa hasta cerca del término. El parto pretérmino puede interferir con el proceso de vascularización normal, lo que determina un desarrollo vascular anormal y, en ocasiones, defectos de la visión que incluyen la ceguera (retinopatía de la prematurez). La incidencia de retinopatía de la prematurez es inversamente proporcional a la edad gestacional. La enfermedad se manifiesta generalmente entre 32 y 34 semanas de edad gestacional.

La incidencia de miopía y estrabismo aumenta independientemente de la retinopatía del prematuro.

Tubo digestivo

Las complicaciones digestivas incluyen

- Intolerancia alimentaria, con un aumento del riesgo de aspiración

➤ Enterocolitis necrosante

La intolerancia alimentaria es muy frecuente porque los lactantes prematuros tienen un estómago pequeño, reflejos de succión y deglución inmaduros, y una motilidad gástrica e intestinal insuficiente. Estos factores dificultan la capacidad para tolerar tanto la alimentación oral como por intubación nasogástrica y generan un riesgo de aspiración. La tolerancia a la alimentación aumenta con el tiempo, sobre todo cuando los niños son capaces de recibir cierta alimentación enteral.

Por lo general, la enterocolitis necrosante se manifiesta por deposiciones sanguinolentas, intolerancia alimentaria y abdomen distendido, doloroso a la palpación. Es la urgencia quirúrgica más frecuente en el recién nacido prematuro. Las complicaciones de la enterocolitis necrosante neonatal son perforación intestinal con neumoperitoneo, formación de abscesos intraabdominales, formación de estenosis, síndrome del intestino corto, sepsis y muerte.

Infección

Las complicaciones infecciosas incluyen

- Sepsis
- Meningitis

La sepsis o la meningitis son alrededor de 4 veces más probables en el recién nacido prematuro y ocurren en casi el 25% de los lactantes con muy bajo peso al nacer. La mayor probabilidad se debe a catéteres intravasculares permanentes y tubos endotraqueales, zonas de solución de continuidad de la piel y concentraciones notoriamente reducidas de inmunoglobulinas (ver Función inmunitaria neonatal).

Riñones

Las complicaciones renales incluyen

- Acidosis metabólica
- Retraso del crecimiento

La función renal es limitada, de manera que hay disminución de la capacidad de concentración y dilución de la orina. La incapacidad de los riñones inmaduros de excretar ácidos fijos, que se acumulan cuando se administran

fórmulas ricas en proteínas y como consecuencia del crecimiento óseo, puede causar acidosis metabólica tardía. Se pierde sodio y bicarbonato por la orina.

Pulmones

Las complicaciones pulmonares incluyen

- Síndrome de dificultad respiratoria
- Insuficiencia respiratoria de la prematurez
- Enfermedad pulmonar crónica (displasia broncopulmonar)

A menudo, la producción de agente tensioactivo es inadecuada para prevenir el colapso alveolar y las atelectasias, que causan síndrome de dificultad respiratoria (enfermedad de la membrana hialina). Muchos otros factores pueden contribuir a la dificultad respiratoria en la primera semana de vida. Independientemente de la causa, muchos recién nacidos extremadamente prematuros y muy prematuros tienen dificultad respiratoria persistente y una necesidad continua de soporte respiratorio (denominado enfermedad de Wilson-Mikity, insuficiencia pulmonar crónica del prematuro o insuficiencia respiratoria del prematuro). Algunos lactantes se desconectan con éxito del soporte durante unas pocas semanas; otros desarrollan enfermedad pulmonar crónica (displasia broncopulmonar) con necesidad de soporte respiratorio prolongado utilizando una cánula nasal de alto flujo, presión positiva continúa en la vía aérea (CPAP) u otra asistencia ventilatoria no invasiva, o ventilación mecánica. El soporte respiratorio se puede administrar con aire ambiente o con oxígeno suplementario. Si se requiere oxígeno suplementario, se debe utilizar la concentración de oxígeno más baja que pueda mantener niveles de saturación de oxígeno objetivo de 90 a 95% (ver Objetivos de la saturación de oxígeno neonatal).

La profilaxis con palivizumab del virus sincitial respiratorio es importante en lactantes con enfermedad pulmonar crónica.

Problemas metabólicos

Las complicaciones metabólicas incluyen

- Hipoglucemia
- Hiperbilirrubinemia
- Enfermedad ósea metabólica (osteopenia de la prematurez)

La hipoglucemia neonatal y la hiperglucemia neonatal se analizan en otro apartado.

La hiperbilirrubinemia es más frecuente en el prematuro que en el recién nacido de término, y puede producirse kernícterus (daño encefálico causado por la hiperbilirrubinemia) con concentraciones séricas de bilirrubina de tan solo 10 mg/dL (170 micromol/L) en recién nacidos prematuros pequeños y enfermos. Los niveles más altos de bilirrubina pueden deberse en parte a los mecanismos de excreción hepática que no se han desarrollados por completo para la vida extrauterina, incluidas las deficiencias en la captación de bilirrubina del suero, su conjugación hepática con diglucurónido de bilirrubina y su excreción en el árbol biliar. La disminución de la motilidad intestinal posibilita mayor desconjugación del diglucurónido de bilirrubina dentro de la luz intestinal por la enzima luminal beta-glucuronidasa, lo que permite mayor reabsorción de bilirrubina no conjugada (circulación enterohepática de bilirrubina). Por el contrario, la alimentación temprana aumenta la motilidad intestinal y reduce la reabsorción de bilirrubina, lo que puede reducir de manera significativa la incidencia y la intensidad de la ictericia fisiológica. En casos infrecuentes, la demora en el pinzamiento del cordón umbilical (que produce varios beneficios y en general se recomienda) puede aumentar el riesgo de hiperbilirrubinemia significativa al permitir la transfusión de eritrocitos, con el consiguiente incremento de su degradación y de la producción de bilirrubina.

La enfermedad ósea metabólica con osteopenia es común, particularmente en recién nacidos extremadamente prematuros. Es causada por la ingesta inadecuada de calcio, fósforo y vitamina D y se ve agravada por la administración de diuréticos y corticosteroides. La leche materna tampoco tiene suficiente calcio y fósforo y debe ser fortificada. La vitamina D complementaria es necesaria para optimizar la absorción intestinal de calcio y controlar la excreción urinaria.

El hipotiroidismo congénito, caracterizado por niveles bajos de tiroxina (T4) y niveles elevados de hormona tiroideoestimulante (TSH), es mucho más común entre los recién nacidos prematuros que en los de término. En los recién nacidos con un peso al nacer de < 1500 g, el aumento de la TSH puede

retrasarse durante varias semanas, lo que exige una evaluación repetida para su detección. La hipotiroxinemia transitoria, caracterizada por niveles bajos de T4 y niveles normales de TSH, es muy común entre los bebés extremadamente prematuros; el tratamiento con L-tiroxina no es beneficioso⁶. (Clark RH, Kelleher AS, Chace DH, Spitzer AR, 2014).

La capacitación con el personal de enfermería debe ser importante para brindar cuidados de calidad. Que al tener una capacitación continua los enfermeros aumentan el nivel de conocimiento y así podrán mejorar las intervenciones que realizan.

⁶ Clark RH, Kelleher AS, Chace DH, Spitzer AR (2014). La edad gestacional y la edad en el momento del muestreo influyen en los perfiles metabólicos de los bebés prematuros. *Pediatría* 134 (1): e37-e46, 2014. doi: 10.1542/peds.2014-0329

APARTADO II

SISTEMA CIRCULATORIO:

Vena basílica: es la más gruesa de todas, asciende por el lado interno del antebrazo y llega a la cara anterior de la extremidad un poco por debajo del codo. En el pliegue del codo recibe la comunicación con la cefálica. La vena basílica es una de las venas más grandes del cuerpo, extendiéndose hacia arriba a lo largo del borde interno del antebrazo hasta el codo, continúa hasta el medio del brazo y se une a la vena braquial. La vena basílica y la vena braquial se unen y continúan como la vena axilar.

Vena cefálica: comienza a nivel de la muñeca y pasa a la cara anterior, asciende en el lado extremo hasta llegar finalmente al surco delto -pectoral, entre los deltoides y el pectoral mayor, y desemboca en la vena axilar. La mayor parte de la vena cefálica suele ser visible en el sujeto vivo.

La vena cefálica se extiende a lo largo del bíceps hasta el hombro, donde se une con la vena axilar, justo debajo de la clavícula. En algunas personas esta vena conecta con la vena yugular externa o vena subclavia mediante una ramificación que se extiende delante de la clavícula.

Vena axilar: la vena axilar o de la axila, es una continuación de la vena basílica de los brazos. Es grande y se extiende a lo largo del tórax hasta la primera costilla, donde se convierte en la vena subclavia. La cefálica se une con ésta justo antes de convertirse en la vena subclavia.

SITIOS DE PUNCION:

✚ Miembros Superiores:

- Vena basílica.
- Vena cefálica.
- Venas axilares.

✚ Cabeza y cuello:

- Venas peri craneales
- Temporal superficial
- Auricular posterior y
- Venas yugulares externas.

✚ Venas del tórax

- La vena cava: es una vena grande que está situada paralela a la arteria aorta. Está dividida en dos partes, la vena cava superior y la vena cava inferior:
- La vena cava superior: es una vena grande que devuelve la sangre de la cabeza, los brazos y la parte superior del cuerpo a la aurícula derecha del corazón. Los troncos venosos braquiocefálicos derechos e izquierdos se unen para formar la vena cava superior.

✚ Venas de los miembros inferiores

- Vena femoral: se extiende hasta el interior del muslo paralela a la arteria femoral hacia la ingle, donde se une con la vena safena y se convierte en la vena ilíaca externa. La vena femoral recibe la mayor parte de la sangre de las piernas y tiene cuatro o cinco válvulas que ayudan en el proceso de transporte de la sangre. Las válvulas se abren para permitir que pase la sangre y se cierran para evitar el reflujo de ésta.
- La vena cava inferior: que es más grande que la vena cava superior, devuelve la sangre de la parte inferior del cuerpo y las piernas.
- La vena cava inferior es corta en el tórax, pues drena en la aurícula derecha, después de atravesar el tendón central del diafragma.
- Venas safenas: están situadas en la pierna. La vena safena corta comienza en el arco externo de la parte superior del pie y asciende a lo largo del tendón de Aquiles hasta la vena poplítea. Recibe muchos ramos venosos de la parte posterior de la pierna y la parte posterior de los pies. La vena safena larga o gran vena safena, comienza a lo largo del arco interno de la parte superior del pie y asciende a lo largo del borde interno de la pierna a través del muslo hasta la vena femoral. Ambas tienen válvulas que ayudan en el proceso de transporte de la sangre. Hay más

válvulas situadas en el muslo. En cirugía de bypass, la vena safena se extrae de la pierna y se utiliza como injerto.

- Vena ilíaca externa, interna y vena ilíaca común primitiva: la vena ilíaca externa es una continuación de la vena femoral. Se extiende hacia arriba a lo largo de la pelvis y finalmente se une con la ilíaca interna para formar la vena ilíaca común. La vena ilíaca común izquierda y la derecha convergen para formar la vena cava inferior. Las venas ilíacas reciben sangre de las extremidades inferiores y la pelvis. La ilíaca externa contiene una o dos válvulas, mientras que las venas ilíacas interna y externa no tienen ninguna.

VENTAJAS E INCONVENIENTES DE LAS VIAS CENTRALES:

TERRITORIO	VENTAJAS	DESVENTAJA
Vena subclavia	De elección de nutrición parenteral. Vaso de gran calibre. Tolera altos flujos. Fácil curación y mantenimiento. Baja tasa de infección.	Situada del vértice pulmonar y de la arteria subclavia. Difícil control en casos de sangrado. Alto riesgo de neumotórax. La vena subclavia izquierda está cerca del conducto torácico.
Venas yugulares	Vaso de gran calibre. Fácil visualización y colocación. Más seguras en los pacientes con coagulopatías. Bajo riesgo de neumotórax. Corto trayecto a la vena cava superior.	Difícil de puncionar. Mayor posibilidad de pasar el catéter al brazo hemo lateral. Incómoda para el paciente. Difícil curación y mantenimiento. Cerca de la arteria carótida. Fácil contaminación.
Vena femoral	Fácil acceso. Vaso de gran calibre. Buena vía en la reanimación.	Movilidad disminuida del paciente. Riesgo aumento de flebitis,

		trombosis e infección. Cerca de la arteria femoral. Difícil mantenimiento y curación.
Venas superficiales del brazo: vena basílica y vena cefálica	Pueden ser abordadas por el personal de enfermería. Baja tasa de complicaciones e infecciones.	Corta duración del acceso venoso. Riesgo de flebitis y pérdida del catéter.
Braquial	Fácil acceso.	Aumento de la incidencia de la flebitis. Mayor tiempo del acceso a la circulación central para medicamentos. Movimientos de la punta del catéter por movimientos del brazo.
Basílica	Ruta directa al sistema nervioso central con el brazo en ángulo de 90°.	Aumento de la incidencia de flebitis. Movimientos de la punta del catéter por movimientos del brazo.
Cefálica	Fácil acceso.	Más complicado con la vena basílica. Mayor incidencia con la flebitis. Puede estar comprimida con la clavícula por la posición anatómica. Movimientos de la punta del catéter por movimientos del brazo.
Femoral	Fácil acceso, vaso grande y	Disminuye la movilidad del

	fácil de localizar.	paciente. Aumenta la posibilidad de trombosis, flebitis y de infección. Riesgo de punción de la arteria femoral. La curación puede ser complicada.
Yugular	Vaso grande, fácil de localizar, fácil acceso, camino corto a la vena cava izquierdo.	Incómodo para el paciente. Gran proximidad a la vena carótida. Alta probabilidad de infección del sitio de inserción.
Yugular externa	Fácil de localizar, visible.	Dificultad para canular (pliegue, válvulas, trayectoria difícil). Alta posibilidad de Complicaciones (mayor que en otros lugares).
Subclavia	Vaso grande con alta velocidad de flujo. Menor posibilidad de infecciones. Fácil de curar y mantener. Pocas restricciones para el paciente.	Cercanía con el ápice pulmonar por lo que existe riesgo de neumotórax. Cercanía a la arteria subclavia. Dificultad para el control de hemorragias (vaso no comprimible).

El catéter percutáneo en la unidad de cuidados intensivos neonatales: una tecnología del cuidado de enfermería

Es importante resaltar que la terapia intravenosa consiste en un importante recurso terapéutico ⁷(Silva, LD; Tinoco, FO. 2007), utilizado en niños con

⁷ Silva, LD; Tinoco, FO. (2007). Recomendaciones para el empleo de solución salina 0,9% em catéteres venosos periféricos. Enfermería Global, v.11, p. 1-7, 2007.

diagnóstico crítico, representando una condición primordial en el tratamiento, y precisa ser administrada durante muchos días, necesitando de un acceso venoso prolongado.

Utilizar accesos vasculares seguros fue y sigue siendo uno de los cambios más importantes en el cuidado y tratamiento de los RN complejos de forma a asegurar la eficacia del tratamiento y la calidad de la asistencia, además de proporcionar al RN menor exposición al dolor, al estrés y a las complicaciones mecánicas e infecciosas⁸. (Bernardo, CL., 2002)

Además de eso, el niño en estado crítico, al ser admitido en la UCI neonatal, tiene sus órganos y sistemas evaluados sistemáticamente, incluyendo la necesidad de la obtención de un acceso venoso seguro y prolongado, que permita infundir líquidos con flujos mayores y constantes, como es el caso de la nutrición parenteral total (NPT) que presenta alto índice de osmolaridad; aminas; hidratación venosa (HV) con alta tasa de infusión de glucosa (TIG) y muchas otras drogas que presentan en su composición propiedades irritantes y vesicantes para la capa íntima de la vena.⁹ (Santos, A.C , 2002)

La elección del catéter y el momento de colocación dependerán de algunas variables y de diferentes criterios de valoración. Lo importante es comprender la necesidad y la importancia de los cuidados para evitar posibles complicaciones

Utilizar accesos vasculares seguros fue y sigue siendo uno de los cambios más importantes en el cuidado y tratamiento de los RN complejos, (Martínez R. 2012).

La elección del catéter y el momento de colocación dependerán de algunas variables y de diferentes criterios de valoración. Lo importante es comprender la necesidad y la importancia de los cuidados para evitar posibles complicaciones¹⁰. (Franceschi AT, da Cunha ML. 2010).

⁸ Bernardo, CL. (1988). Dolor en Niños en Cuidados Intensivos. En: Enfermería en el CTIP. San Pablo: Roca, 1998.

⁹ Santos, A.C. (2002). El catéter percutáneo en T en el cuidado cotidiano de enfermería del niño crítico: Límites y Desafíos para una práctica autónoma. Río de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2002

¹⁰ Franceschi AT, da Cunha ML. (2010). Adverse events related to the use of central venous catheters in hospitalized newborns. Rev Lat Am Enfermagem. 2010 Mar-Apr; 18(2):196-202.

El primer acceso venoso central que se utiliza al ingreso del paciente a la UCIN es el catéter venoso central (CVC) en los vasos umbilicales. Se coloca en aquellos RN que presentan compromiso respiratorio o requieren un plan de hidratación parenteral o medicación endovenosa.

Uno de los beneficios que presenta, es que facilita el acceso a una vía central segura y rápida para la administración de fluidos, tanto para la reanimación como para el tratamiento prolongado.

La colocación de los CVC es una actividad médica y los cuidados de enfermería se centran en la asistencia al procedimiento de colocación, en el mantenimiento de los catéteres y en su manejo, con el objetivo de disminuir el riesgo de potenciales infecciones.

Una vez transcurridas las primeras 48 h después del nacimiento, se recomienda la colocación de un catéter central de inserción periférica (PICC) para continuar con el tratamiento nutricional del RN.

La colocación de un PICC es un procedimiento sencillo que consiste en la introducción de un catéter a través de la punción de una vena periférica, hasta un vaso central, habitualmente la vena cava superior, donde la punta del catéter queda ubicada a nivel central, en la entrada de la aurícula derecha.

Tiene menos riesgo que la colocación de un catéter central, sobre todo si este se coloca cerca del área torácica (subclavio o yugular); estas complicaciones están relacionadas al mayor riesgo de eventos mecánicos como neumotórax o trombosis.¹¹ (Arimany Marcela, 2017)

COMPLICACIONES:

Los CC (Catéteres Centrales) se asocia a diferentes complicaciones, como salida accidental, oclusión, flebitis, trombosis, infecciones, extravasación, además de otras menos frecuentes, como derrames pleural y pericárdico, ascitis o incluso la muerte.

Se ha demostrado que la localización incorrecta de la punta está relacionada con mayor morbilidad, recomendándose que la punta de los catéteres se

¹¹ Arimany Marcela. (2017). Catéteres centrales de inserción periférica de doble lumen: desafíos en el cuidado. Revista Enfermería Neonatal Fundasamin – Nº 22 - Octubre 2017

localice a nivel central. Esta situación, que debería ser la habitual, no siempre se consigue y lleva a manejar a niños con catéteres que no están por definición en vías centrales.

Neumotórax:

Consiste en la presencia de aire en la cavidad pleural; entre el pulmón y la pared torácica y es causado por la punción o pérdida de continuidad accidental de la membrana pleural con pérdida de su integridad dejando comunicados, a través de la vía aérea, la atmósfera con el espacio pleural y por la subsecuente pasada de aire de la atmósfera hacia la cavidad pleural de menor presión. Lo que trae como consecuencia colapso respiratorio.

El neumotórax como complicación secundaria después del abordaje venoso central se puede detectar de manera inmediata por lo que se hace necesario los controles radiológicos posteriores al procedimiento. La punta del catéter debe localizarse a nivel del extremo distal de vena cava superior (VCS), vena cava inferior (VCI) o extremo proximal de la aurícula derecha. Si no se encuentra situada en una de estas zonas se considera el catéter como periférico. Una posición inadecuada ya que se pueden traducirse en efectos adversos.

Hidrotórax:

En este caso lo que se introduce en la cavidad pleural no es aire sino líquido lo que ocasiona los mismos efectos contraproducentes que el Neumotórax.

Este líquido puede ser: Alimentación Parenteral o Solución Indicada ya que al realizar la Toracocentesis se han encontrado los líquidos mencionados.

Hemotórax:

En este caso lo que se encuentra limitando la correcta funcionalidad del pulmón es el derrame de sangre en la cavidad pleural.

PIIC en neonatos de cuidados en terapia intensiva:

Conocimiento de los enfermero/as post instalación de PICC.

APARTADO III

ENFERMERÍA PRINCIPAL RESPONSABLE TERAPIA INTRAVENOSA

La terapia intravenosa, es una práctica habitual y frecuente en la atención enfermera. Por terapia intravenosa se entiende el procedimiento que utiliza una vía de acceso venoso con fines terapéuticos, limitando complicaciones sobre el paciente y obteniendo el máximo rendimiento curativo para mantener la salud.

La terapia intravenosa puede definirse como aquel procedimiento que tiene por finalidad utilizar una vía venosa con fines terapéuticos, limitando las complicaciones sobre el enfermo y obteniendo el máximo rendimiento curativo.

Es un procedimiento enfermero cuyas intervenciones al respecto quedan reflejadas en la Clasificación de Intervenciones de Enfermería -NIC-.

Con objeto de reducir las complicaciones asociadas a la terapia intravenosa y de conseguir el mayor beneficio terapéutico, Enfermería debe tener en cuenta algunas consideraciones:

En primer lugar, que para administrar cualquier tipo de tratamiento intravenoso es necesario puncionar una vena, mediante aguja, en una determinada zona anatómica; dicha región debe ser seleccionada en función del estado del enfermo y del tratamiento indicado.

En segundo lugar, que la terapia intravenosa implica la correcta administración de las soluciones o fármacos prescritos por el médico.

En tercer lugar, que las complicaciones asociadas a la terapia intravenosa pueden reducirse considerablemente aplicando cuidados de calidad sobre el punto de inserción, sobre la piel, sobre el catéter y sobre los equipos de infusión.

Por último, que la terapia intravenosa también lleva asociada la observancia estricta de cuidados destinados no sólo a controlar la infección sino también a proteger al enfermo frente a la misma

La terapia por vía intravenosa (TIV) se utiliza ampliamente en la práctica clínica diaria de enfermería. La mayoría de los pacientes ingresados reciben TIV y/o son portadores de vías periféricas cortas.

La terapia por vía intravenosa (TIV) se utiliza ampliamente en la práctica clínica diaria de enfermería.

La mayoría de los pacientes ingresados reciben TIV y/o son portadores de vías periféricas cortas. En varias ocasiones, con motivo del estudio de prevalencia de flebitis, realizado para la Comisión de Calidad del Hospital Central de la Defensa, se observó disparidad de criterios en el mantenimiento y uso de la vía periférica, junto con la inquietud y deseos de los profesionales de trabajar con criterios comunes, evidenciándose la necesidad de su estandarización. En consecuencia, se elaboraron unas recomendaciones sencillas que, de forma gráfica, ayudaran a establecer puntos comunes en el cuidado de los pacientes portadores de vías periféricas cortas.

Se plantearon, entre otros, estos objetivos:

•Difusión de normas sencillas de fácil cumplimiento, actualizadas y basadas en criterios con evidencia científica. Se han utilizado como referente las normas dadas por los Centers for Disease Control (CDC) de Atlanta (EEUU):

Guía para la Prevención de Infección y Mantenimiento de los Dispositivos Intravasculares.

- Facilitar el manejo y mantenimiento de las vías periféricas cortas.
- Mejorar la calidad asistencial.
- Disminuir cargas de trabajo, evitando duplicación de cuidados y ahorrando tiempo enfermero.
- Minimizar molestias y problemas para el paciente.
- Disminuir la posibilidad de infecciones relacionadas con catéteres.
- Ayudar en la planificación y registro de cuidados.
- Valorar de forma continuada la vía canalizada.
- Destacar el rol de los cuidados enfermeros.

El resultado ha sido la elaboración de un decálogo de cuidados, distribuido en el hospital por la Comisión de Calidad y apoyado por la Asociación de Equipos de Terapia Intravenosa.

El decálogo ha sido, en general, muy bien aceptado y su utilidad reconocida tanto por el personal de planta como por el de nueva incorporación y por los alumnos de enfermería, siendo valorado como algo útil y positivo para la práctica clínica diaria.

1. Realizar lavado de manos cuando:

- Insertes, cures, desconectes o manipules.
2. Utilizar guantes limpios en:
 - Inserción, curas y desconexiones.
 - Seguir Norma de asepsia.
 3. Limpiar y realizar antisepsia de la zona de punción antes de la inserción con:
 - Clorhexidina al 2%, alcohol al 70%, o povidona yodada.
 4. Inspeccionar la zona de punción cada 24 horas, por palpación, a través de cura intacta:
 - No levantar el apósito si no es necesario.
 - Renovar el apósito siempre que esté levantado, sucio o mojado.
 - Cambiar el apósito de gasa estéril cada 48-72 horas y, semanalmente, el apósito transparente.
 - No es recomendable fijar el dispositivo IV con adhesivos en forma de lazo o corbata.
 5. Utilizar alargadera y fijar bien para evitar movilizaciones.
 6. Retirar la vía cuando no sea necesaria y siempre ante signos de flebitis.
 7. Cambiar el equipo de infusión cada 72-96 horas. NPT (nutrición parenteral total) cada 24 horas. Sangre y derivados con cada perfusión.
 - Reducir al mínimo el número de desconexiones.
 - Realizar asepsia siempre de los puntos de inyección con alcohol al 70% antes de acceder a ellos.
 8. Lavar la vía antes y después de cada uso (suero salino o heparina a bajas dosis, 20 ud/ml).
 - Lavar siempre con presión positiva.
 - Utilizar envases monodosis.
 9. Utilizar llave de tres pasos sólo cuando sea necesario y mantener las entradas tapadas.
 10. Registrar:
 - Fecha de canalización de la vía.
 - Calibre de catéter (utilizar el menor calibre necesario).
 - Lugar de punción.
 - Complicaciones (si han existido).

- Fecha de cambio de vía, apósito y/o sistema.
- Causas de retirada.

En varias ocasiones, con motivo del estudio de prevalencia de flebitis, se observó disparidad de criterios en el mantenimiento y uso de la vía periférica, junto con la inquietud y deseos de los profesionales de trabajar con criterios comunes, evidenciándose la necesidad de su estandarización.

En consecuencia, se elaboraron unas recomendaciones sencillas que, de forma gráfica, ayudaran a establecer puntos comunes en el cuidado de los pacientes portadores de vías periféricas cortas.¹² (Montse Carballo Álvarez, Pilar García Bachiller 2015)

Se plantearon, entre otros, estos objetivos:

- Difusión de normas sencillas de fácil cumplimiento, actualizadas y basadas en criterios con evidencia científica. Se han utilizado como referente las normas dadas por los Centers for Disease Control (CDC) de Atlanta (EEUU):

Guía para la Prevención de Infección y Mantenimiento de los Dispositivos Intravasculares.

- Facilitar el manejo y mantenimiento de las vías periféricas cortas.
- Mejorar la calidad asistencial.
- Disminuir cargas de trabajo, evitando duplicación de cuidados y ahorrando tiempo enfermero.
- Minimizar molestias y problemas para el paciente.
- Disminuir la posibilidad de infecciones relacionadas con catéteres.
- Ayudar en la planificación y registro de cuidados.
- Valorar de forma continuada la vía canalizada.
- Destacar el rol de los cuidados enfermeros.

El resultado ha sido la elaboración de un decálogo de cuidados, distribuido en el hospital por la Comisión de Calidad y apoyado por la Asociación de Equipos de Terapia Intravenosa.

¹² Montse Carballo Álvarez (2015), Pilar García Bachiller Catéteres venosos periféricos en Curso Actualización de Conocimientos en Terapia Intravenosa; Asociación de Equipos de Terapia Intravenosa (2015), Madrid. pág. 15 a 20. Disponible en: https://www.vygon.es/wp-content/uploads/sites/4/2015/08/terapia_intravenosa1.pdf

CAPITULO II

DISEÑO METODOLÓGICO

Esta investigación tiene un enfoque cuantitativo ya que se tuvo en cuenta la recolección de datos teniendo como base la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin establecer pautas de comportamiento de los enfermeros de Unidad de cuidados intensivos Neonatal del Hospital Luis Carlos Lagomaggiore.¹³ (Sampieri, 2014)

En esta investigación el tipo de estudio es:

Descriptiva: por qué al realizar relevamiento de datos de las unidades de análisis, incorporamos aspectos de percepción de estos con la variable; nivel de conocimiento de los enfermeros sobre la instalación de PICC (catéter venoso central de inserción periférica)

Periodo del estudio de investigación, es durante año 2022.

Lugar: El presente estudio se realizó en el servicio de neonatología del Hospital Luis C. Lagomaggiore.

Universo: La población que se va a tomar como referencia para esta investigación son los enfermeros de la unidad de cuidado intensivo neonatal. Un total de 130 enfermeros.

Muestra: es un subgrupo de la población que tiene las mismas características del universo

El tipo de muestra es aleatoria porque todos los enfermeros de neonatología tienen la misma posibilidad de ser seleccionados. El investigador decide en base a los conocimientos de la población quienes son los que deben tomar parte de la muestra. Para que sea representativa se trabajara con la totalidad del universo los 30 enfermeros.

Criterio de inclusión;

- a) enfermeros que cumplan funciones en la unidad de cuidado intensivo neonatal
- b) que estén presentes el día en que se realiza el estudio.
- c) que deseen participar del estudio

¹³ Hernández Sampieri, Roberto, Fernández Collado, Carlos y Baptista Lucio, Pilar, (2014). "Capítulo 1. Definiciones de los enfoques cuantitativo y cualitativo, sus similitudes y diferencias" en Metodología de la investigación, sexta edición, McGraw Hill Education, México, 2014, pp.2-21

Criterio de exclusión

- a) Que estén de vacaciones o con parte médico.
- b) Que no deseen participar del estudio

Se seleccionaron 30 Enfermeros

La fuente utilizada durante el estudio es primaria porque los datos se recolectarán a través del contacto directo con los sujetos de estudio.

Técnica E Instrumento de Recolección de Datos:

Se elabora una encuesta con preguntas cerradas de múltiples opciones

Aspectos éticos legales.

Para la realización del presente estudio se solicita un consentimiento expreso a los enfermeros que participan del estudio, para ello, se les informa previamente el fin del estudio y las características del cuestionario autorregulado y anónimo con el fin de obtener su consentimiento.

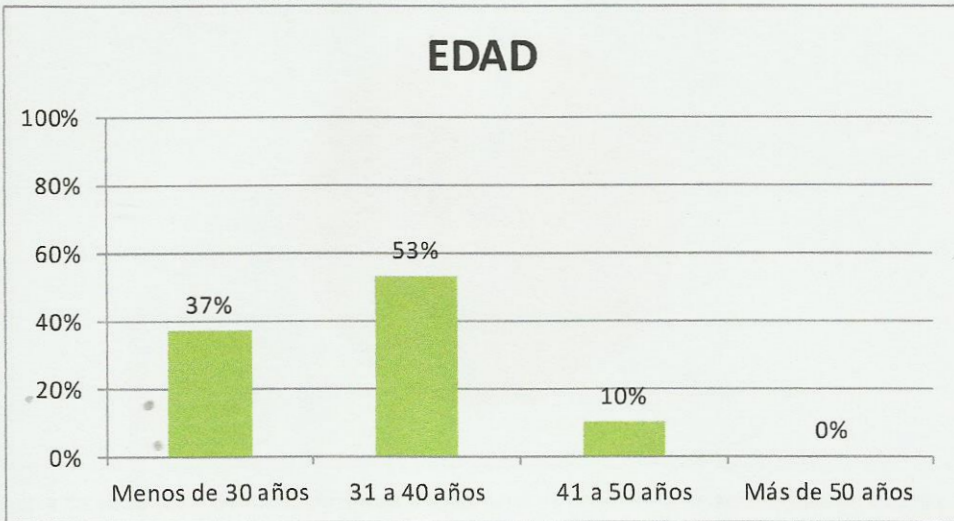
VARIABLE: nivel de conocimiento de los enfermeros sobre la instalación de PICC (catéter venoso central de inserción periférica)

Tabla 1 distribución de la muestra según edad

Edad:	FA	FR
Menos de 30 años	11	37%
31 a 40 años	16	53%
41 a 50 años	3	10%
Más de 50 años	0	0%
TOTAL	30	100%

Fuente propia de elaboración de encuesta aplicada a personal de Enfermería de área unidad de cuidados intensivos servicio neonatología, del hospital Luis C. Lagomaggiore del segundo semestre de 2022.

Gráfico 1 edad



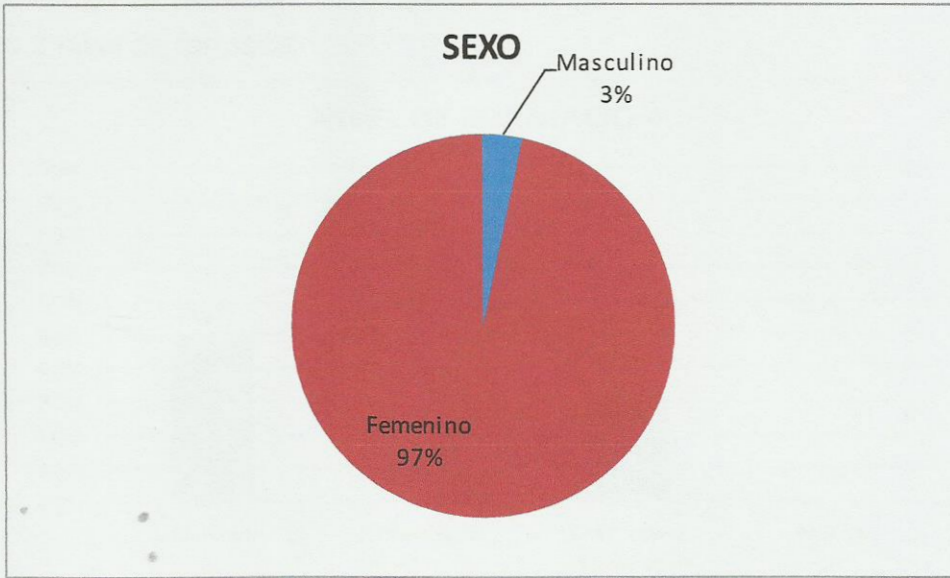
COMENTARIO: el presente grafico indica que la población de enfermería; como señalan los datos el 53% tienen la edad de 31 a 40 años, 37% son menores de 30 años y el 10% tienen entre 41 a 50 años.

Tabla 2 distribución de la muestra según sexo

Sexo:	FA	FR
Masculino	1	3%
Femenino	29	97%
TOTAL	30	100%

Fuente propia de elaboración de encuesta aplicada a personal de Enfermería de área unidad de cuidados intensivos servicio neonatología, del hospital Luis C. Lagomaggiore del segundo semestre de 2022.

Gráfico 2 sexo



Fuente propia de elaboración de encuesta aplicada a personal de Enfermería de área unidad de cuidados intensivos servicio neonatología, del hospital Luis C. Lagomaggiore del segundo semestre de 2022.

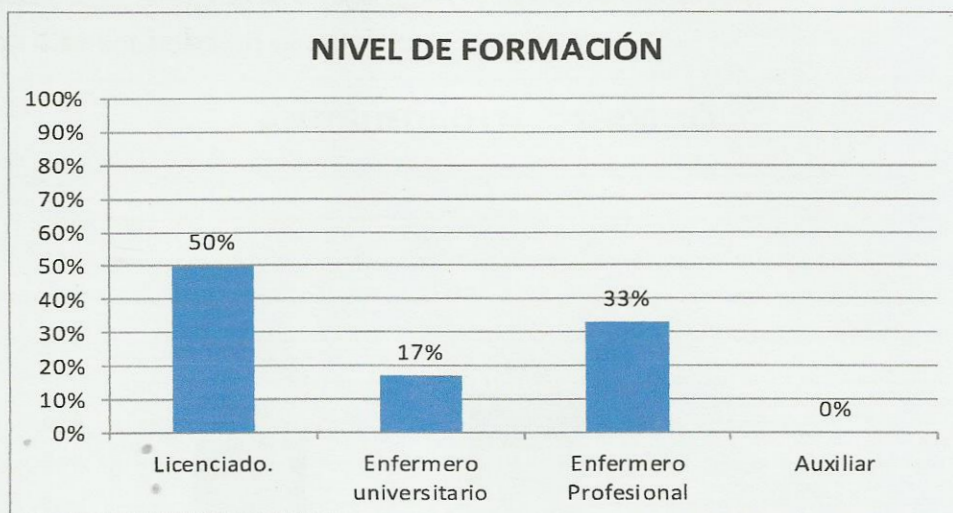
COMENTARIO: el presente grafico indica que la población es más enfermeras el 97% son de sexo femenino y el 3% masculino.

Tabla 3 distribución de la muestra según nivel de formación

Nivel académico	FA	FR
Licenciado.	15	50%
Enfermero universitario	5	17%
Enfermero Profesional	10	33%
Auxiliar	0	0%
TOTAL	30	100%

Fuente propia de elaboración de encuesta aplicada a personal de Enfermería de área unidad de cuidados intensivos servicio neonatología, del hospital Luis C. Lagomaggiore del segundo semestre de 2022.

Gráfico 3 nivel de formación.



Fuente propia de elaboración de encuesta aplicada a personal de Enfermería de área unidad de cuidados intensivos servicio neonatología, del hospital Luis C. Lagomaggiore del segundo semestre de 2022.

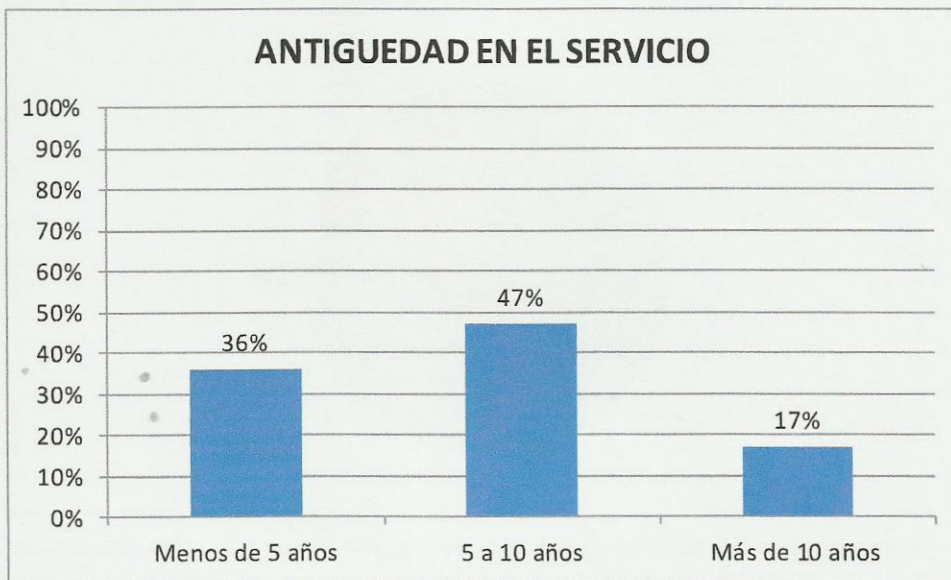
COMENTARIO: el siguiente gráfico presenta la población de enfermero/as según la formación académica el cual presenta el 50% son Licenciados el 33% es de Enfermero profesional y un 17% Enfermero universitario.

Tabla 4 distribución de la muestra según antigüedad en el servicio

Antigüedad en el servicio	FA	FR
Menos de 5 años	11	36%
5 a 10 años	14	47%
Más de 10 años	5	17%
TOTAL	30	100%

Fuente propia de elaboración de encuesta aplicada a personal de Enfermería de área unidad de cuidados intensivos servicio neonatología, del hospital Luis C. Lagomaggiore del segundo semestre de 2022.

Gráfico 4 antigüedad en el servicio



Fuente propia de elaboración de encuesta aplicada a personal de Enfermería de área unidad de cuidados intensivos servicio neonatología, del hospital Luis C. Lagomaggiore del segundo semestre de 2022.

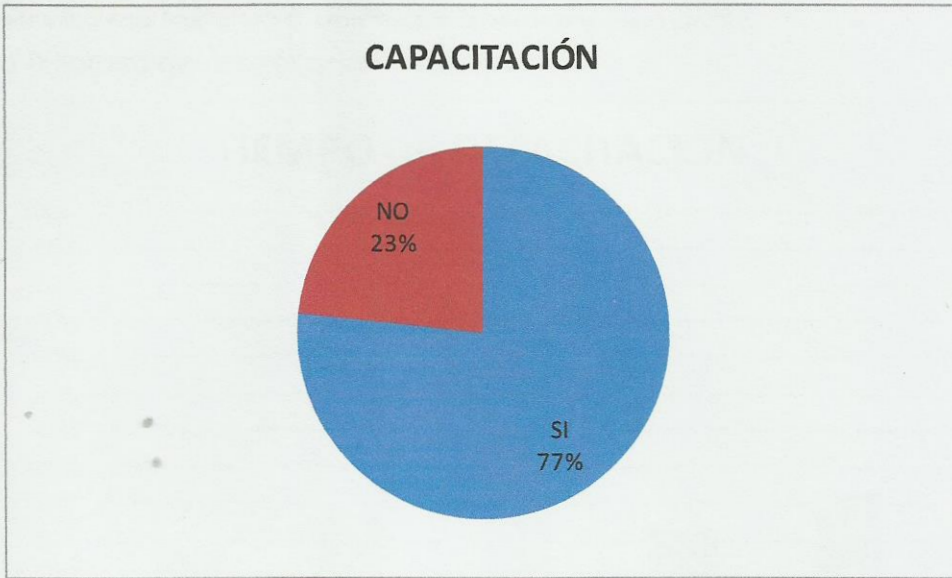
COMENTARIO: el presente gráfico indica que la población de la antigüedad en el servicio el 47% trabaja entre 5 a 10 años, 36% trabaja menos de 5 años y 17% más de 10 años.

Tabla 5 distribución de la muestra según si han sido capacitados en la colocación de PICC

Capacitación en la colocación PICC	FA	FR
SI	23	77%
NO	7	23%
TOTAL	30	100%

Fuente propia de elaboración de encuesta aplicada a personal de Enfermería de área unidad de cuidados intensivos servicio neonatología, del hospital Luis C. Lagomaggiore del segundo semestre de 2022.

Gráfico 5 capacitación



Fuente propia de elaboración de encuesta aplicada a personal de Enfermería de área unidad de cuidados intensivos servicio neonatología, del hospital Luis C. Lagomaggiore del segundo semestre de 2022.

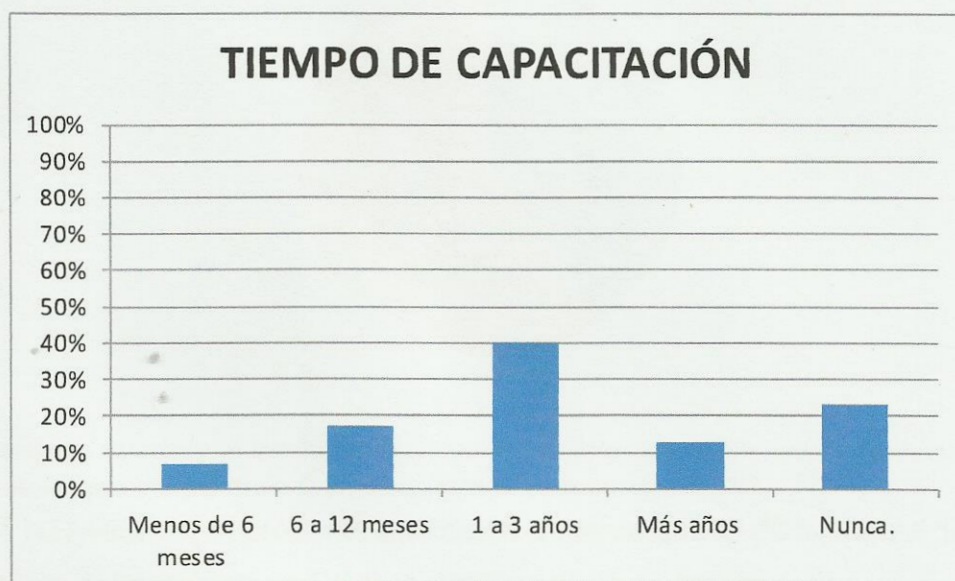
COMENTARIO: el presente grafico presenta una población de enfermeras el 77% indica que han sido capacitados y el 23% no recibieron capacitación.

Tabla 6 distribución de la muestra si han tenido capacitación. ¿cuánto hace realizo?

Tiempo de la última capacitación	FA	FR
Menos de 6 meses	2	7%
6 a 12 meses	5	17%
1 a 3 años	12	40%
Más años	4	13%
Nunca.	7	23%
TOTAL	30	100%

Fuente propia de elaboración de encuesta aplicada a personal de Enfermería de área unidad de cuidados intensivos servicio neonatología, del hospital Luis C. Lagomaggiore del segundo semestre de 2022.

Gráfico 6 tiempo de capacitación



Fuente propia de elaboración de encuesta aplicada a personal de Enfermería de área unidad de cuidados intensivos servicio neonatología, del hospital Luis C. Lagomaggiore del segundo semestre de 2022.

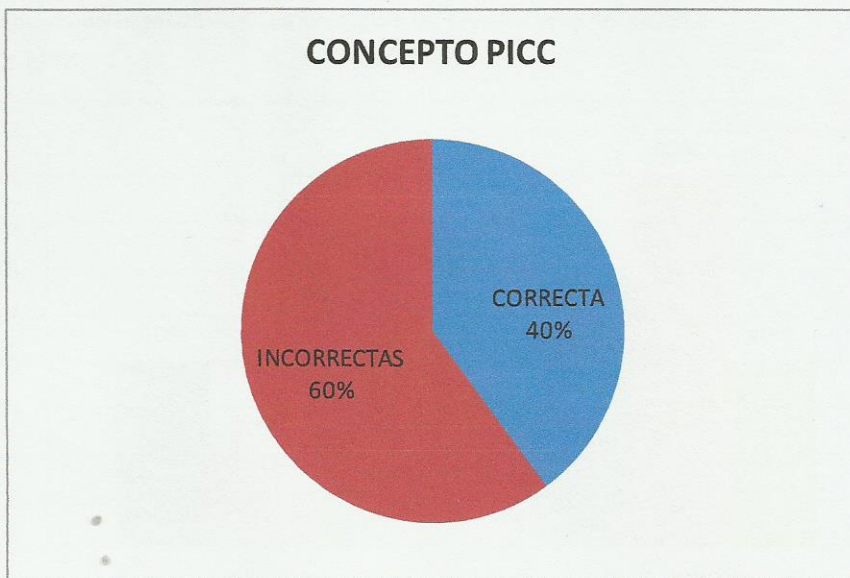
COMENTARIO: como se observa en el grafico que el 40% señala que se capacitaron hace 1 a 3 años, 23% nunca recibieron capacitación, 17% indica que se capacitaron entre 6 a 12 meses, 13% indica que se capacitaron hace años, y el 7% indicaron que se capacitaron hace menos de 6 meses.

Tabla 7 distribución de la muestra según servicio de enfermería ¿El PICC es?

CONCEPTO PICC	FA	FR
CORRECTA	12	40%
INCORRECTAS	18	60%
TOTAL	30	100%

Fuente propia de elaboración de encuesta aplicada a personal de Enfermería de área unidad de cuidados intensivos servicio neonatología, del hospital Luis C. Lagomaggiore del segundo semestre de 2022.

Gráfico 7 concepto PICC



Fuente propia de elaboración de encuesta aplicada a personal de Enfermería de área unidad de cuidados intensivos servicio neonatología, del hospital Luis C. Lagomaggiore del segundo semestre de 2022.

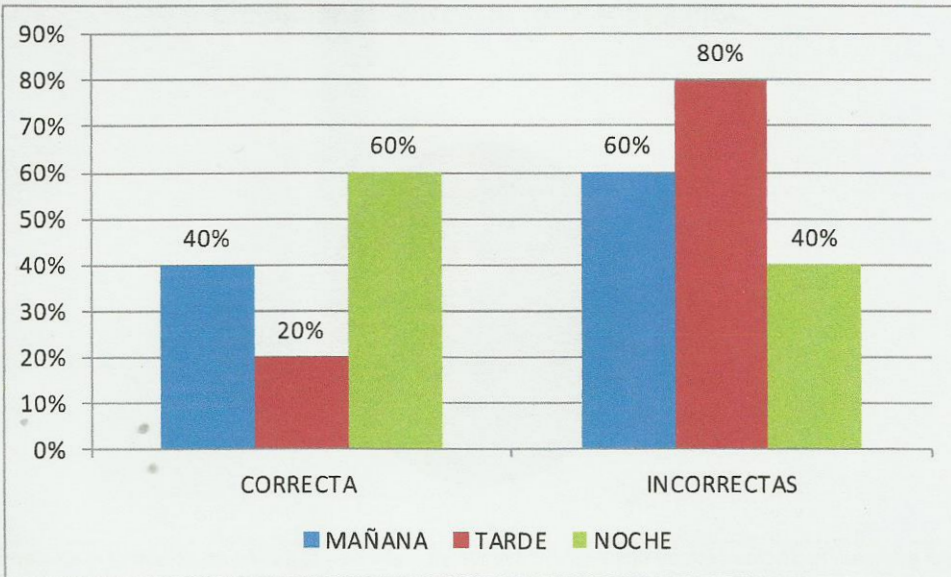
COMENTARIO: en el presente grafico se observa que el 60% señala de forma incorrecta del concepto de PICC y el 40% señala correctamente.

TABLA N°7: Distribución de la muestra según Servicio de enfermería SEGÚN TURNO ¿el PICC es?

CONCEPTO PICC	MAÑANA		TARDE		NOCHE	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR
CORRECTA	4	40%	2	20%	6	60%
INCORRECTAS	6	60%	8	80%	4	40%
TOTAL	10	100%	10	100%	10	100%

Fuente propia de elaboración de encuesta aplicada a personal de Enfermería de área unidad de cuidados intensivos servicio neonatología, del hospital Luis C. Lagomaggiore del segundo semestre de 2022.

GRAFICO N°7.



Fuente propia de elaboración de encuesta aplicada a personal de Enfermería de área unidad de cuidados intensivos servicio neonatología, del hospital Luis C. Lagomaggiore del segundo semestre de 2022.

COMENTARIO:

Cómo se observa en este grafico que el 60% respondieron correctamente los de turno noche, 40% de turno mañana y 20% de turno tarde.

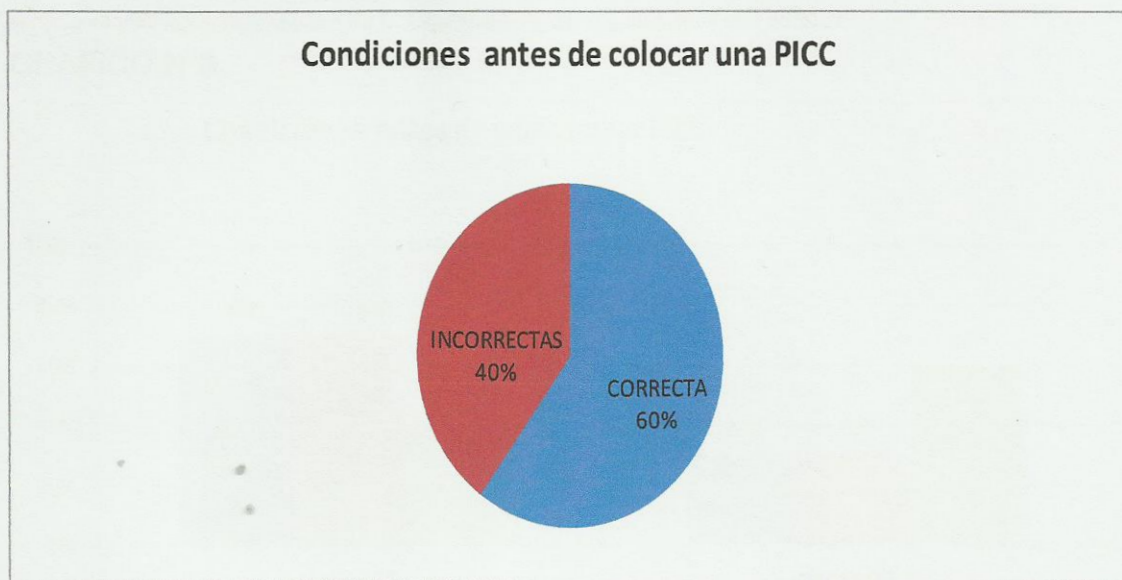
Como se observa que el 80% respondieron incorrectamente los de turno tarde, 60% los de turno mañana y 40% los de turno noche.

Tabla 8 distribución de la muestra según que condiciones debe tener en cuenta antes de colocar un PICC

Condiciones antes de colocar un PICC	FA	FR
CORRECTA	18	60%
INCORRECTAS	12	40%
TOTAL	30	100%

Fuente propia de elaboración de encuesta aplicada a personal de Enfermería de área unidad de cuidados intensivos servicio neonatología, del hospital Luis C. Lagomaggiore del segundo semestre de 2022.

Gráfico 8 condiciones antes de colocar una PICC



Fuente propia de elaboración de encuesta aplicada a personal de Enfermería de área unidad de cuidados intensivos servicio neonatología, del hospital Luis C. Lagomaggiore del segundo semestre de 2022.

COMENTARIO:

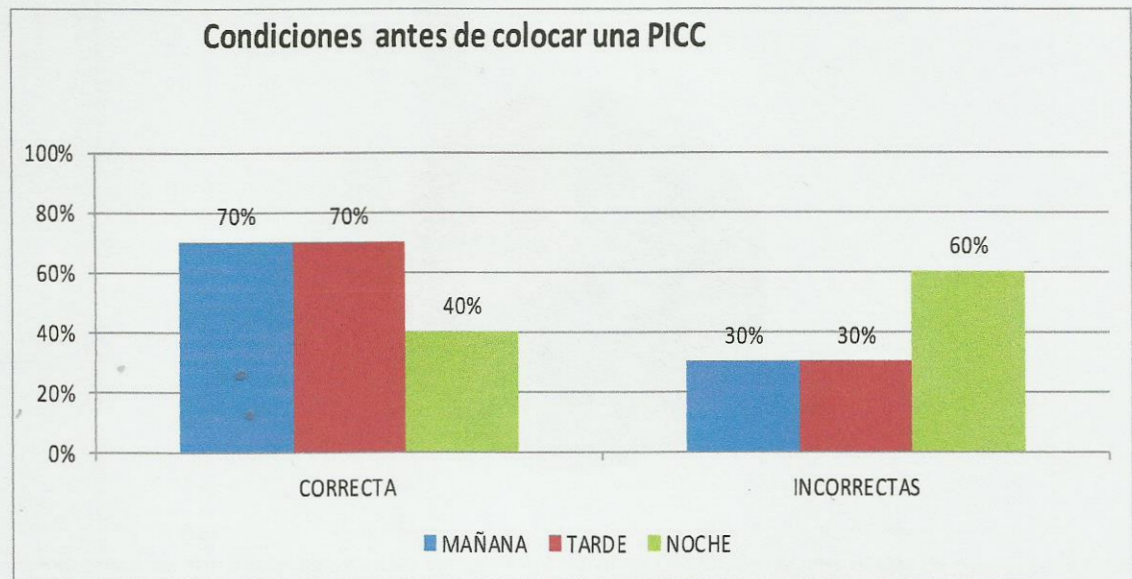
En el siguiente grafico se observa que el 60% respondieron correctamente, 40% respondieron de forma incorrecta.

TABLA N°8: Distribución de la muestra según cada turno que condiciones debe tener en cuenta antes de colocar un PICC.

Condiciones antes de colocar un PICC	MAÑANA		TARDE		NOCHE	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR
CORRECTA	7	70%	7	70%	4	40%
INCORRECTAS	3	30%	3	30%	6	60%
TOTAL	10	100%	10	100%	10	100%

Fuente propia de elaboración de encuesta aplicada a personal de Enfermería de área unidad de cuidados intensivos servicio neonatología, del hospital Luis C. Lagomaggiore del segundo semestre de 2022.

GRAFICO N°8.



Fuente propia de elaboración de encuesta aplicada a personal de Enfermería de área unidad de cuidados intensivos servicio neonatología, del hospital Luis C. Lagomaggiore del segundo semestre de 2022.

COMENTARIO:

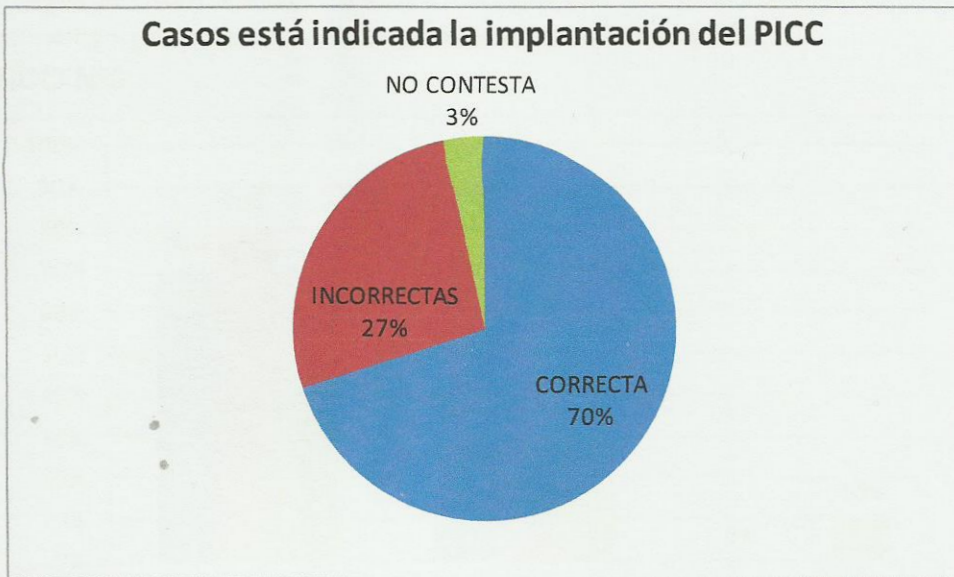
Cómo se observa en el siguiente gráfico que el 70% respondieron correctamente los de turno mañana, 70% de turno tarde y 40% de turno noche. Como se observa que el 60% respondieron incorrectamente los de turno noche, 30% los de turno mañana y 30% los de turno tarde.

Tabla 9 distribución de la muestra según en qué casos está indicada la implantación de un PICC

Casos está indicada la implantación del PICC	FA	FR
CORRECTA	21	70%
INCORRECTAS	8	27%
NO CONTESTA	1	3%
TOTAL	30	100%

Fuente propia de elaboración de encuesta aplicada a personal de Enfermería de área unidad de cuidados intensivos servicio neonatología, del hospital Luis C. Lagomaggiore del segundo semestre de 2022.

Gráfico 9 casos está indicada la implantación del PICC



Fuente propia de elaboración de encuesta aplicada a personal de Enfermería de área unidad de cuidados intensivos servicio neonatología, del hospital Luis C. Lagomaggiore del segundo semestre de 2022.

COMENTARIO:

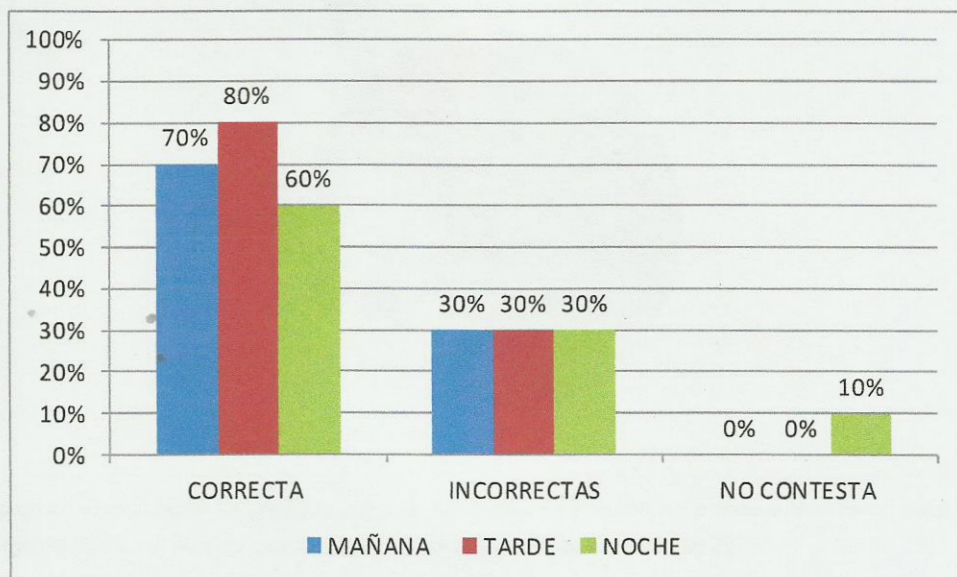
El presente grafico indica que el 70% respondieron correctamente, 27% respondieron de forma incorrecta y el 3% no respondieron.

TABLA N°9: Distribución de la muestra según en qué casos está indicada la implantación de un PICC.

Casos está indicada la implantación del PICC	MAÑANA		TARDE		NOCHE	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR
CORRECTA	7	70%	8	80%	6	60%
INCORRECTAS	3	30%	2	30%	3	30%
NO CONTESTA	0	0%	0	0%	1	10%
TOTAL	10	100%	10	100%	9	100%

Fuente propia de elaboración de encuesta aplicada a personal de Enfermería de área unidad de cuidados intensivos servicio neonatología, del hospital Luis C. Lagomaggiore del segundo semestre de 2022.

GRAFICO N°9.



Fuente propia de elaboración de encuesta aplicada a personal de Enfermería de área unidad de cuidados intensivos servicio neonatología, del hospital Luis C. Lagomaggiore del segundo semestre de 2022.

COMENTARIO:

El presente gráfico indica que el 80% respondieron correctamente los de turno tarde, 70% de turno mañana y 60% de turno noche.

Como se observa que el 30% respondieron incorrectamente los de turno noche, 30% los de turno mañana y 30% los de turno tarde.

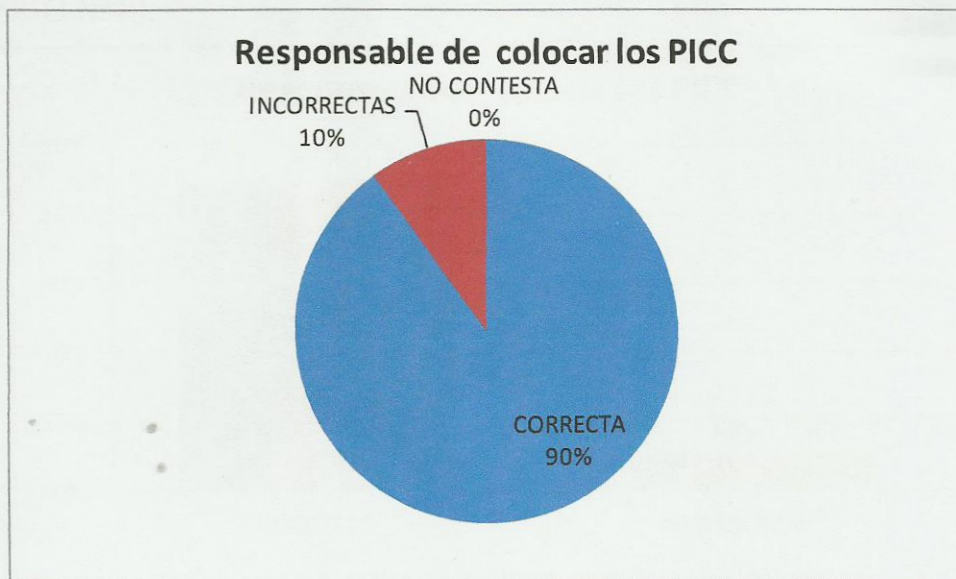
NO RESPONDIERON el 10% de turno noche.

Tabla 10 distribución de la muestra según quien es el responsable de colocar los PICC

Responsable de colocar los PICC	FA	FR
CORRECTA	9	90%
INCORRECTAS	1	10%
NO CONTESTA	0	0%
TOTAL	30	100%

Fuente propia de elaboración de encuesta aplicada a personal de Enfermería de área unidad de cuidados intensivos servicio neonatología, del hospital Luis C. Lagomaggiore del segundo semestre de 2022.

Gráfico 10 responsable de colocar los PICC



Fuente propia de elaboración de encuesta aplicada a personal de Enfermería de área unidad de cuidados intensivos servicio neonatología, del hospital Luis C. Lagomaggiore del segundo semestre de 2022.

COMENTARIO:

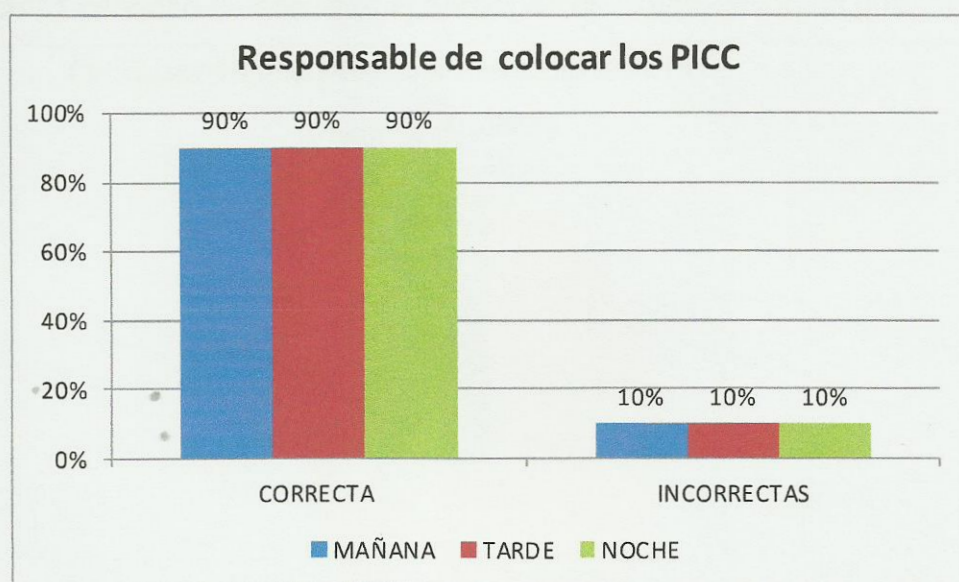
Cómo se observa en el grafico que el 90% respondieron correctamente y 10% de forma incorrecta.

TABLA N°10: Distribución de la muestra según quien es el responsable de colocar los PICC.

Responsable de colocar los PICC	MAÑANA		TARDE		NOCHE	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR
CORRECTA	9	90%	9	90%	9	90%
INCORRECTAS	1	10%	1	10%	1	10%
TOTAL	10	100%	10	100%	10	100%

Fuente propia de elaboración de encuesta aplicada a personal de Enfermería de área unidad de cuidados intensivos servicio neonatología, del hospital Luis C. Lagomaggiore del segundo semestre de 2022.

GRAFICO N°10.



Fuente propia de elaboración de encuesta aplicada a personal de Enfermería de área unidad de cuidados intensivos servicio neonatología, del hospital Luis C. Lagomaggiore del segundo semestre de 2022.

COMENTARIO:

Cómo se observa en el gráfico que el 90% respondieron correctamente los de turno mañana, 90% de turno tarde y 90% de turno noche.

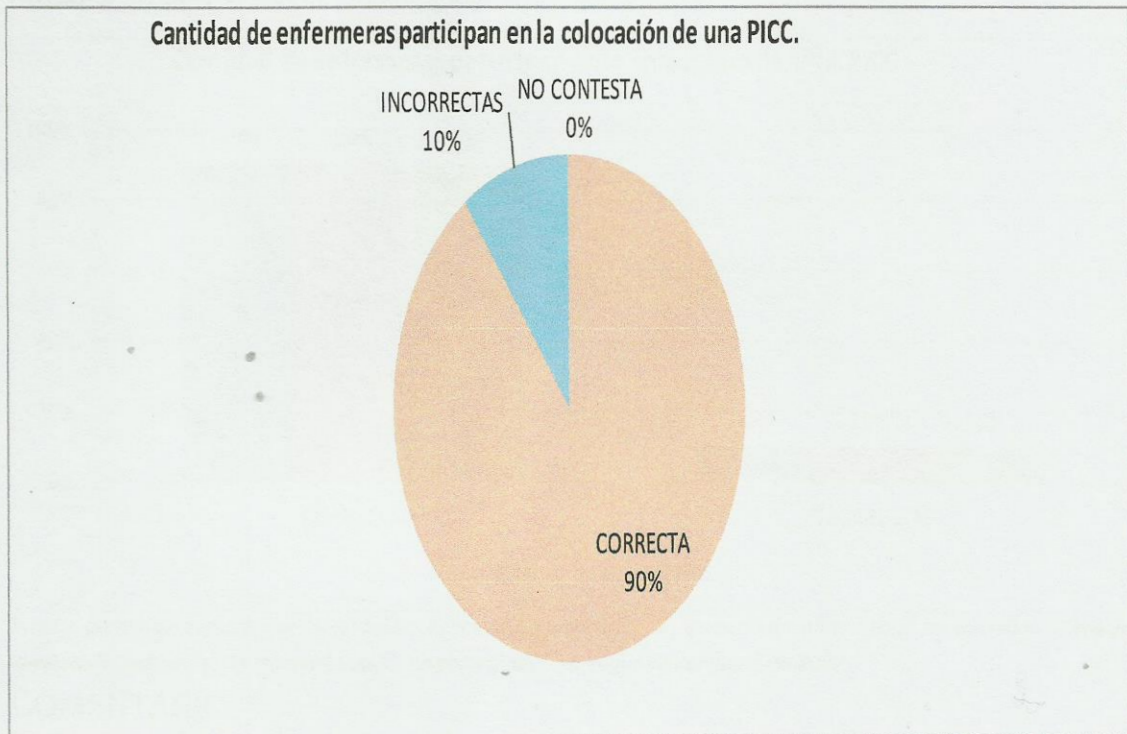
Como se observa que el 10% respondieron incorrectamente los de turno mañana, 10% los de turno tarde y 10% los de turno noche.

Tabla 11 distribución de la muestra según cuantos profesionales participan en colocación de PICC

Cantidad de enfermeras participan en la colocación de una PICC	FA	FR
CORRECTA	9	90%
INCORRECTAS	1	10%
NO CONTESTA	0	0%
TOTAL	30	100%

Fuente propia de elaboración de encuesta aplicada a personal de Enfermería de área unidad de cuidados intensivos servicio neonatología, del hospital Luis C. Lagomaggiore del segundo semestre de 2022.

Gráfico 11 cantidad de enfermeras participan en la colocación de una PICC.



Fuente propia de elaboración de encuesta aplicada a personal de Enfermería de área unidad de cuidados intensivos servicio neonatología, del hospital Luis C. Lagomaggiore del segundo semestre de 2022.

COMENTARIO:

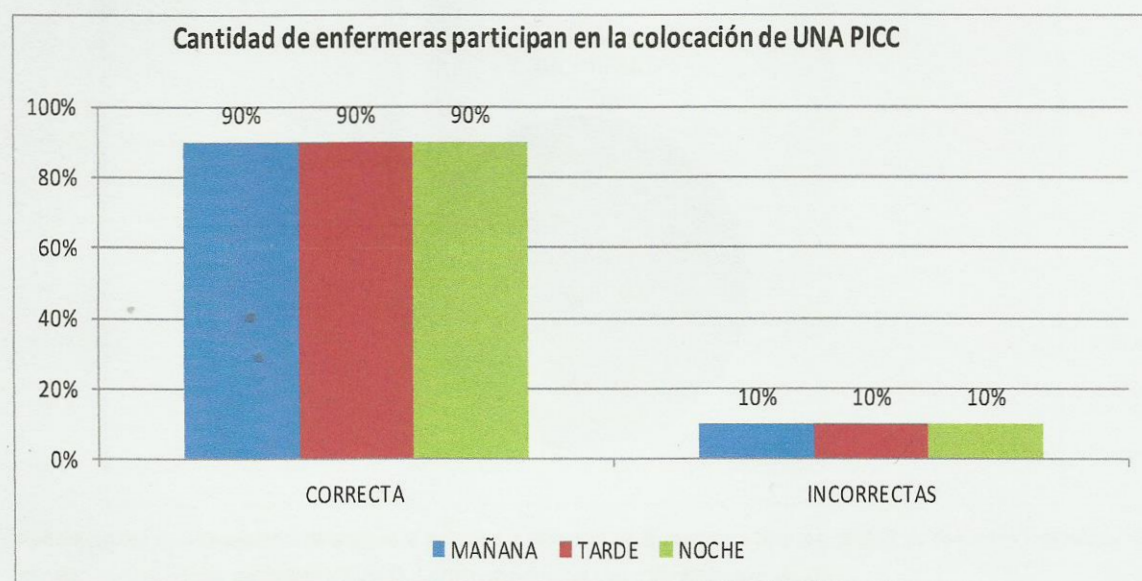
En el presente grafico indica que el 90% respondieron correctamente y 10% de forma incorrecta.

TABLA N°11: Distribución de la muestra según cuantos profesionales participan en colocación de PICC.

Cantidad de enfermeras participan en la colocación de una PICC.	MAÑANA		TARDE		NOCHE	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR
CORRECTA	9	90%	9	90%	9	90%
INCORRECTAS	1	10%	1	10%	1	10%
TOTAL	10	100%	10	100%	10	100%

Fuente propia de elaboración de encuesta aplicada a personal de Enfermería de área unidad de cuidados intensivos servicio neonatología, del hospital Luis C. Lagomaggiore del segundo semestre de 2022.

GRAFICO N°11.



Fuente propia de elaboración de encuesta aplicada a personal de Enfermería de área unidad de cuidados intensivos servicio neonatología, del hospital Luis C. Lagomaggiore del segundo semestre de 2022.

COMENTARIO:

Cómo se observa en la tabla que el 90% respondieron correctamente los de turno mañana, 90% de turno tarde y 90% de turno noche.

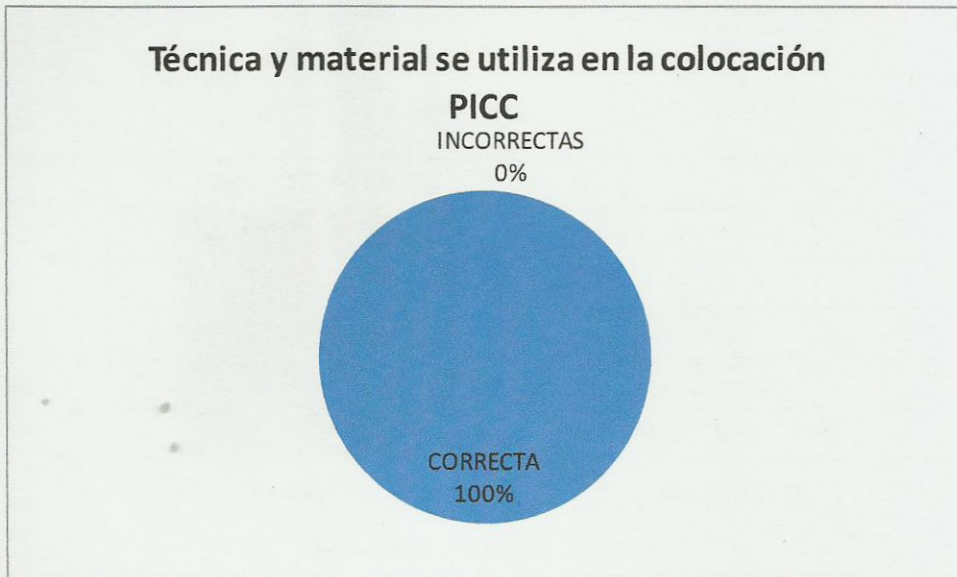
Como se observa que el 10% respondieron incorrectamente los de turno mañana, 10% los de turno tarde y 10% los de turno noche.

Tabla 12 distribución de la muestra según que técnica y material se usa en la colocación de PICC

Técnica y material se utiliza en la colocación PICC	FA	FR
CORRECTA	30	100%
INCORRECTAS	0	0%
NO CONTESTA	0	0%
TOTAL	30	100%

Fuente propia de elaboración de encuesta aplicada a personal de Enfermería de área unidad de cuidados intensivos servicio neonatología, del hospital Luis C. Lagomaggiore del segundo semestre de 2022.

Gráfico 12 técnica y material se utiliza en la colocación PICC



Fuente propia de elaboración de encuesta aplicada a personal de Enfermería de área unidad de cuidados intensivos servicio neonatología, del hospital Luis C. Lagomaggiore del segundo semestre de 2022.

COMENTARIO:

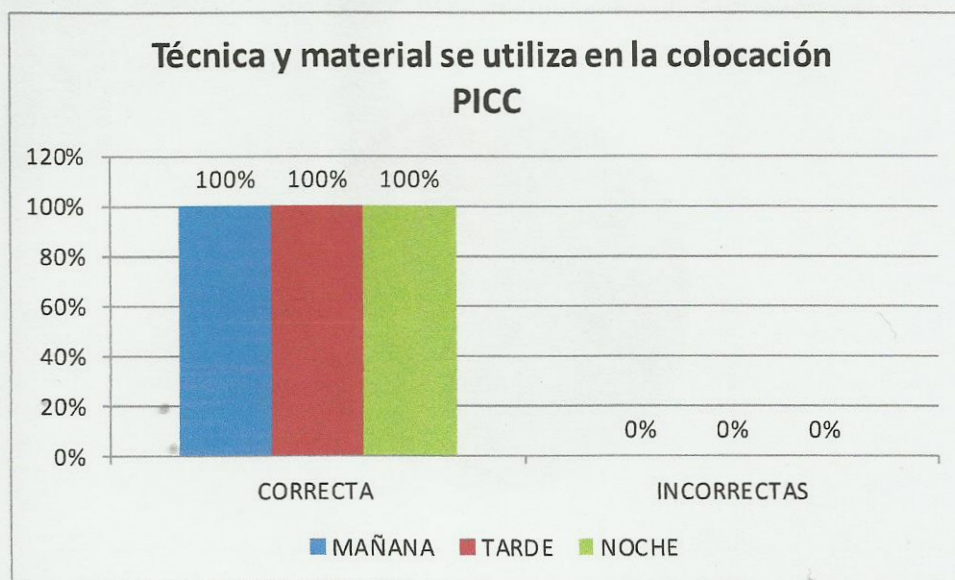
En el presente grafico indica que el 100% respondieron correctamente.

TABLA N°12: Distribución de la muestra según que técnica y material se usa en la colocación de PICC.

Técnica y material se utiliza en la colocación PICC	MAÑANA		TARDE		NOCHE	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR
CORRECTA	10	100%	10	100%	10	100%
INCORRECTAS	0	0%	0	0%	0	0%
TOTAL	10	100%	10	100%	10	100%

Fuente propia de elaboración de encuesta aplicada a personal de Enfermería de área unidad de cuidados intensivos servicio neonatología, del hospital Luis C. Lagomaggiore del segundo semestre de 2022.

GRAFICO N°12.



Fuente propia de elaboración de encuesta aplicada a personal de Enfermería de área unidad de cuidados intensivos servicio neonatología, del hospital Luis C. Lagomaggiore del segundo semestre de 2022.

COMENTARIO:

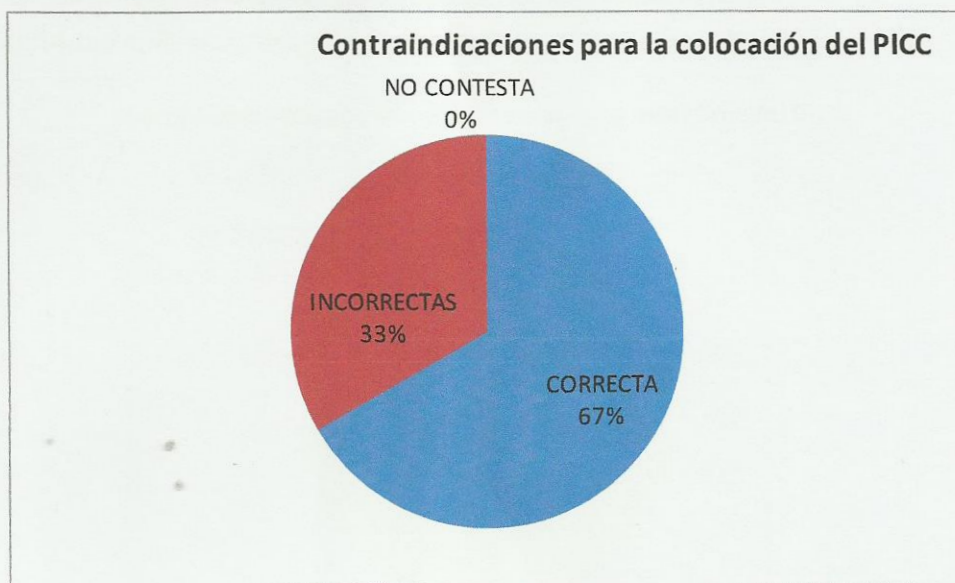
Cómo se observa en la tabla que el 100% respondieron correctamente los 3 turnos que son mañana, tarde y noche.

Tabla 13 distribución de la muestra según en qué casos hay contraindicaciones para la colocación de PICC.

Contraindicaciones para la colocación del PICC	FA	FR
CORRECTA	20	67%
INCORRECTAS	10	33%
NO CONTESTA	0	0%
TOTAL	30	100%

Fuente propia de elaboración de encuesta aplicada a personal de Enfermería de área unidad de cuidados intensivos servicio neonatología, del hospital Luis C. Lagomaggiore del segundo semestre de 2022.

Gráfico 13 contraindicaciones para la colocación del PICC



Fuente propia de elaboración de encuesta aplicada a personal de Enfermería de área unidad de cuidados intensivos servicio neonatología, del hospital Luis C. Lagomaggiore del segundo semestre de 2022.

COMENTARIO:

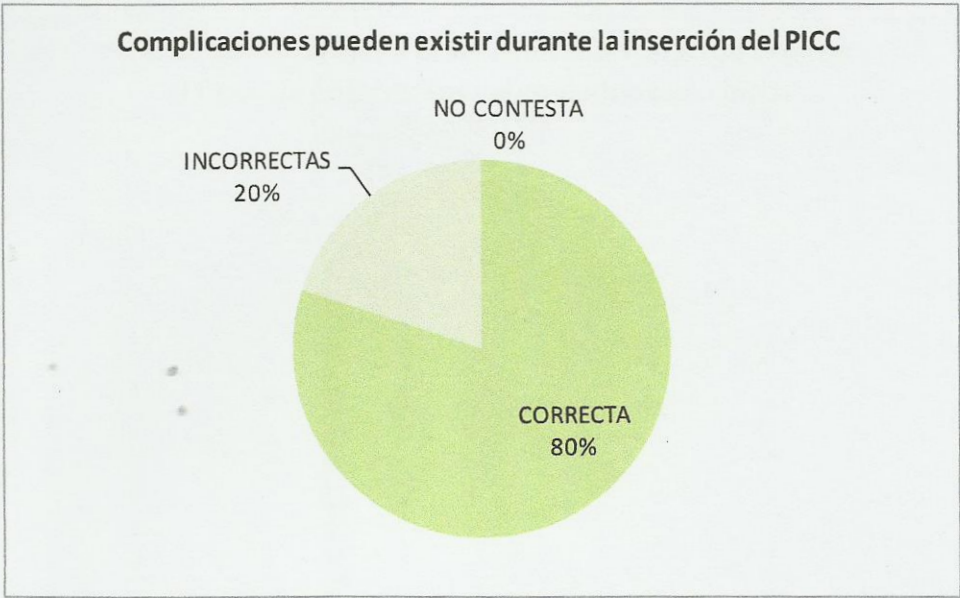
Cómo se observa en el grafico que el 67% respondieron correctamente y 33% de forma incorrecta.

Tabla 14 distribución de la muestra según que complicaciones puede existir durante la inserción del PICC.

Complicaciones pueden existir durante la inserción del PICC	FA	FR
CORRECTA	24	80%
INCORRECTAS	6	20%
NO CONTESTA	0	0%
TOTAL	30	100%

Fuente propia de elaboración de encuesta aplicada a personal de Enfermería de área unidad de cuidados intensivos servicio neonatología, del hospital Luis C. Lagomaggiore del segundo semestre de 2022.

Gráfico 14 complicaciones pueden existir durante la inserción del PICC.



Fuente propia de elaboración de encuesta aplicada a personal de Enfermería de área unidad de cuidados intensivos servicio neonatología, del hospital Luis C. Lagomaggiore del segundo semestre de 2022.

COMENTARIO:

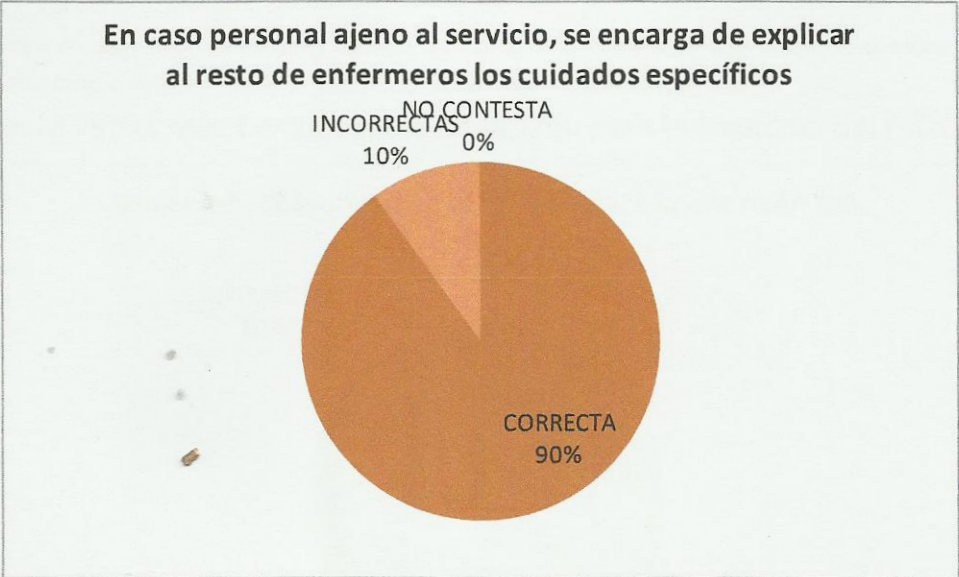
Cómo se observa en el grafico que el 80% respondieron correctamente y 20% de forma incorrecta.

Tabla 15 distribución de la muestra según conducta en caso que personal ajeno realizara la PICC

En caso personal ajeno realiza la PICC	FA	FR
CORRECTA	27	90%
INCORRECTAS	3	10%
NO CONTESTA	0	0%
TOTAL	30	100%

Fuente propia de elaboración de encuesta aplicada a personal de Enfermería de área unidad de cuidados intensivos servicio neonatología, del hospital Luis C. Lagomaggiore del segundo semestre de 2022.

Gráfico 15 en caso personal ajeno al servicio, se encarga de explicar al resto de enfermeros los cuidados específicos



Fuente propia de elaboración de encuesta aplicada a personal de Enfermería de área unidad de cuidados intensivos servicio neonatología, del hospital Luis C. Lagomaggiore del segundo semestre de 2022.

COMENTARIO:

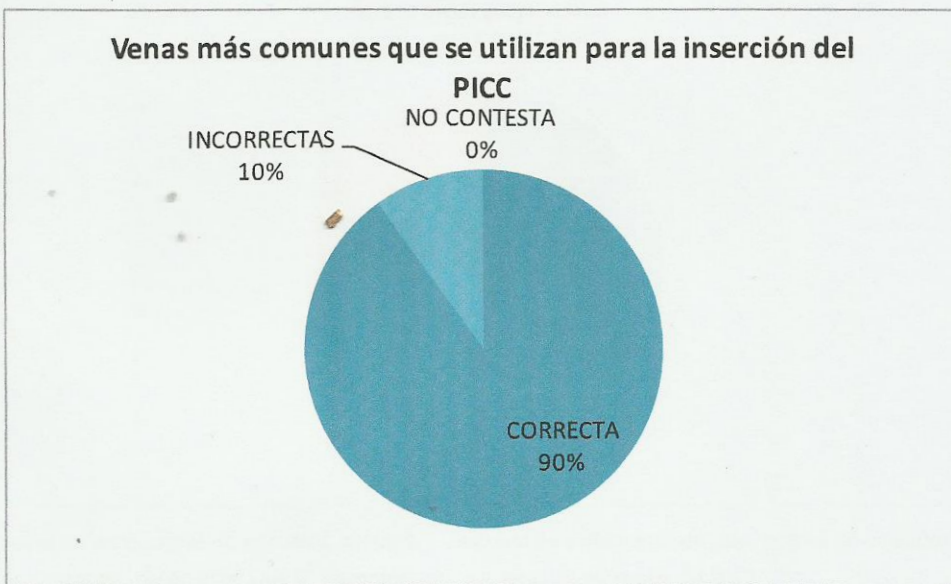
Cómo se observa en el grafico que el 90% respondieron correctamente y 10% de forma incorrecta.

Tabla 16 distribución de la muestra según las venas más comunes que se utilizan para la inserción del PICC

Venas más comunes que se utilizan para la inserción del PICC	FA	FR
CORRECTA	27	90%
INCORRECTAS	3	10%
NO CONTESTA	0	0%
TOTAL	30	100%

Fuente propia de elaboración de encuesta aplicada a personal de Enfermería de área unidad de cuidados intensivos servicio neonatología, del hospital Luis C. Lagomaggiore del segundo semestre de 2022.

Gráfico 16 venas más comunes que se utilizan para la inserción del PICC



Fuente propia de elaboración de encuesta aplicada a personal de Enfermería de área unidad de cuidados intensivos servicio neonatología, del hospital Luis C. Lagomaggiore del segundo semestre de 2022.

COMENTARIO:

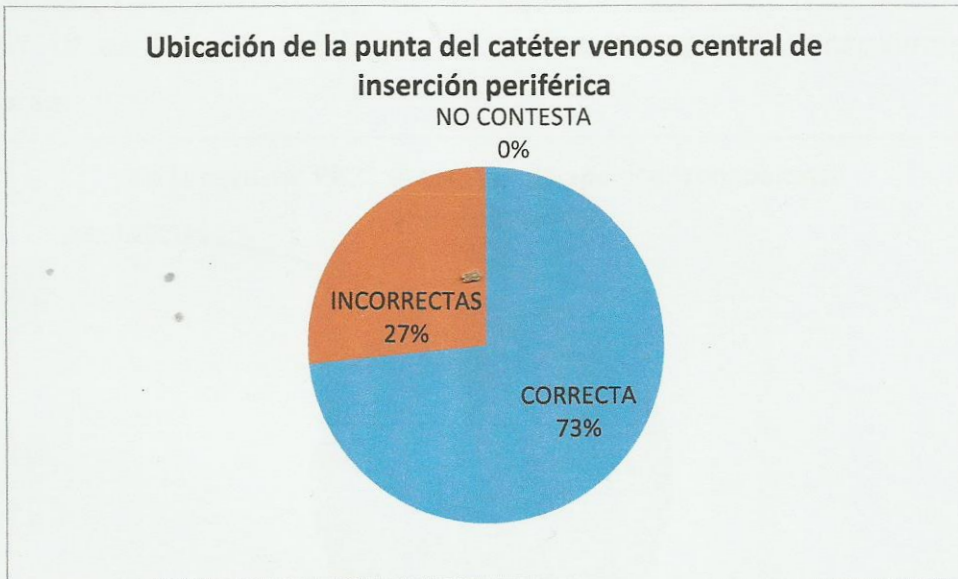
En el presente grafico indica el 90% respondieron correctamente y 10% de forma incorrecta.

Tabla 17 distribución de la muestra según ubicación de la punta del catéter venoso central de inserción periférica.

Ubicación de la punta del catéter venoso central de inserción periférica	FA	FR
CORRECTA	22	73%
INCORRECTAS	8	23%
NO CONTESTA	0	0%
TOTAL	30	100%

Fuente propia de elaboración de encuesta aplicada a personal de Enfermería de área unidad de cuidados intensivos servicio neonatología, del hospital Luis C. Lagomaggiore del segundo semestre de 2022.

Gráfico 17 ubicación de la punta del catéter venoso central de inserción periférica



Fuente propia de elaboración de encuesta aplicada a personal de Enfermería de área unidad de cuidados intensivos servicio neonatología, del hospital Luis C. Lagomaggiore del segundo semestre de 2022.

COMENTARIO:

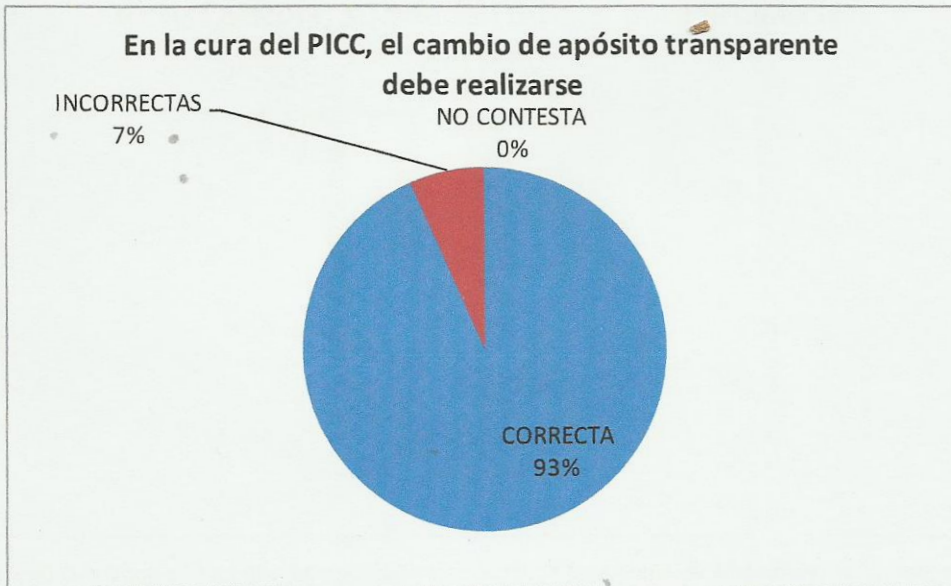
Cómo se observa en el gráfico que el 73% respondieron correctamente y 27% de forma incorrecta.

Tabla 18 distribución de la muestra según en la cura del PICC, el cambio de apósito transparente de realizarse

En la cura del PICC, el cambio de apósito transparente debe realizarse	FA	FR
CORRECTA	28	93%
INCORRECTAS	2	7%
NO CONTESTA	0	0%
TOTAL	30	100%

Fuente propia de elaboración de encuesta aplicada a personal de Enfermería de área unidad de cuidados intensivos servicio neonatología, del hospital Luis C. Lagomaggiore del segundo semestre de 2022.

Gráfico 18 en la cura del PICC, el cambio de apósito transparente debe realizarse



Fuente propia de elaboración de encuesta aplicada a personal de Enfermería de área unidad de cuidados intensivos servicio neonatología, del hospital Luis C. Lagomaggiore del segundo semestre de 2022.

COMENTARIO:

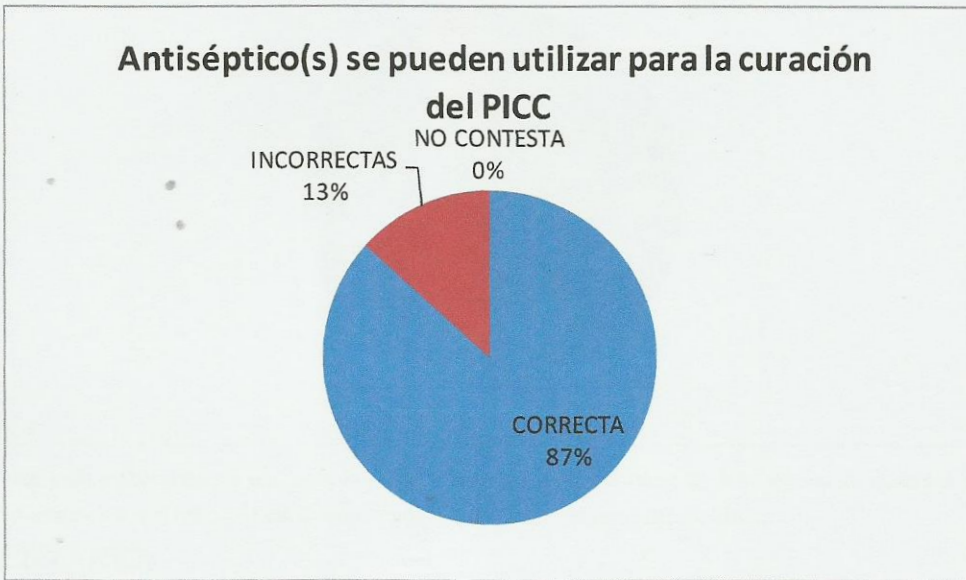
Cómo se observa en el grafico que el 93% respondieron correctamente y 7% de forma incorrecta.

Tabla 19 distribución de la muestra según antiséptico/s se puede utilizar para la curación del PICC.

Antiséptico(s) se pueden utilizar para la curación del PICC	FA	FR
CORRECTA	26	87%
INCORRECTAS	4	13%
NO CONTESTA	0	0%
TOTAL	30	100%

Fuente propia de elaboración de encuesta aplicada a personal de Enfermería de área unidad de cuidados intensivos servicio neonatología, del hospital Luis C. Lagomaggiore del segundo semestre de 2022.

Gráfico 19 antiséptico (s) se pueden utilizar para la curación del PICC



Fuente propia de elaboración de encuesta aplicada a personal de Enfermería de área unidad de cuidados intensivos servicio neonatología, del hospital Luis C. Lagomaggiore del segundo semestre de 2022.

COMENTARIO:

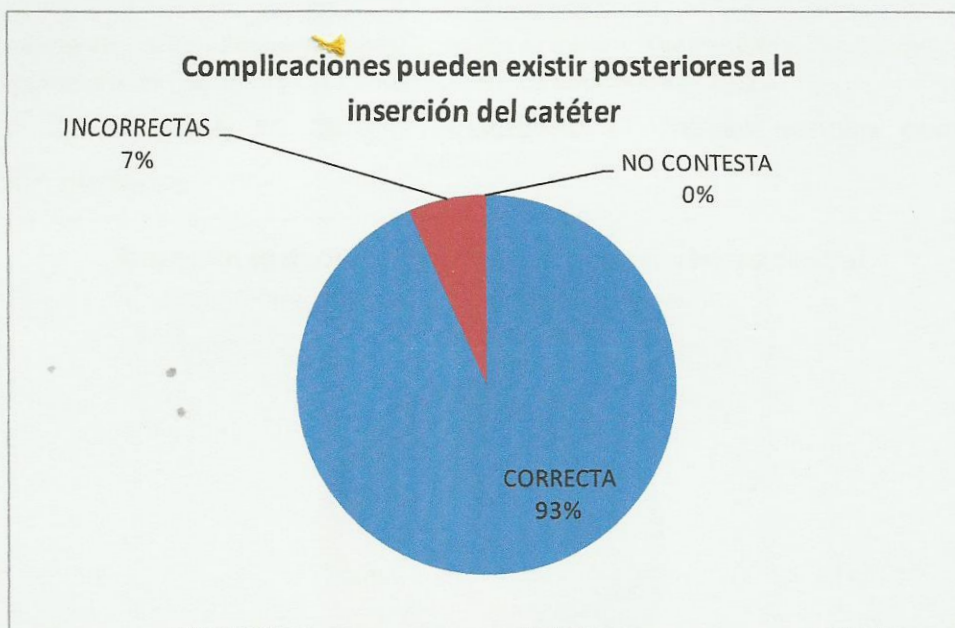
En el presente grafico indica que el 87% respondieron correctamente y 13% de forma incorrecta.

Tabla 20 distribución de la muestra según que complicaciones puede existir posteriores a las inserciones del catéter.

Complicaciones pueden existir posteriores a la inserción del catéter	FA	FR
CORRECTA	28	93%
INCORRECTAS	2	7%
NO CONTESTA	0	0%
TOTAL	30	100%

Fuente propia de elaboración de encuesta aplicada a personal de Enfermería de área unidad de cuidados intensivos servicio neonatología, del hospital Luis C. Lagomaggiore del segundo semestre de 2022.

Gráfico 20 complicaciones pueden existir posteriores a la inserción del catéter



Fuente propia de elaboración de encuesta aplicada a personal de Enfermería de área unidad de cuidados intensivos servicio neonatología, del hospital Luis C. Lagomaggiore del segundo semestre de 2022.

COMENTARIO:

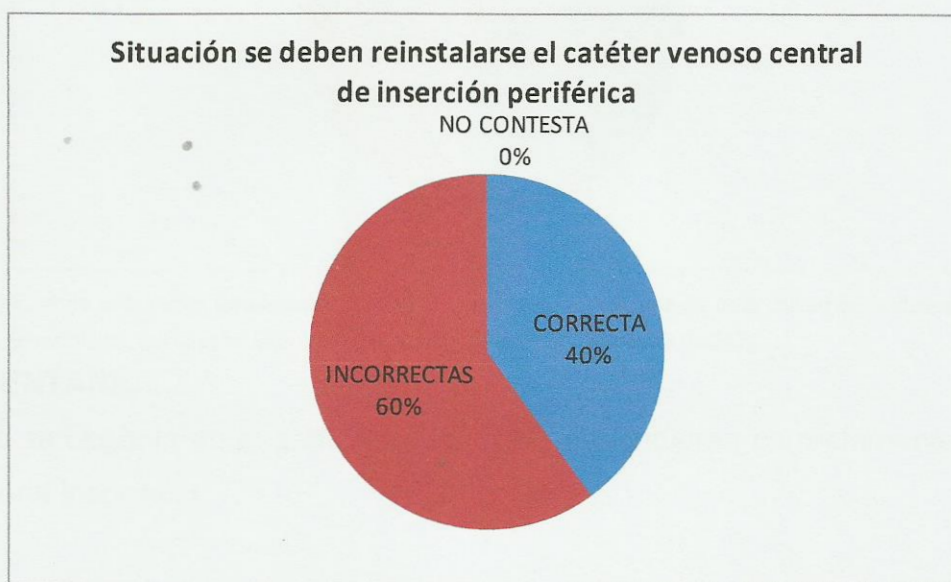
En el presente grafico indica que el 93% respondieron correctamente y 7% de forma incorrecta.

Tabla 21 distribución de la muestra según en que situación se deben reinstalarse el catéter venoso central de inserción periférica.

Situación se deben reinstalarse el catéter venoso central de inserción periférica	FA	FR
CORRECTA	12	40%
INCORRECTAS	18	60%
NO CONTESTA	0	0%
TOTAL	30	100%

Fuente propia de elaboración de encuesta aplicada a personal de Enfermería de área unidad de cuidados intensivos servicio neonatología, del hospital Luis C. Lagomaggiore del segundo semestre de 2022.

Gráfico 21 situación se deben reinstalarse el catéter venoso central de inserción periférica



Fuente propia de elaboración de encuesta aplicada a personal de Enfermería de área unidad de cuidados intensivos servicio neonatología, del hospital Luis C. Lagomaggiore del segundo semestre de 2022.

COMENTARIO:

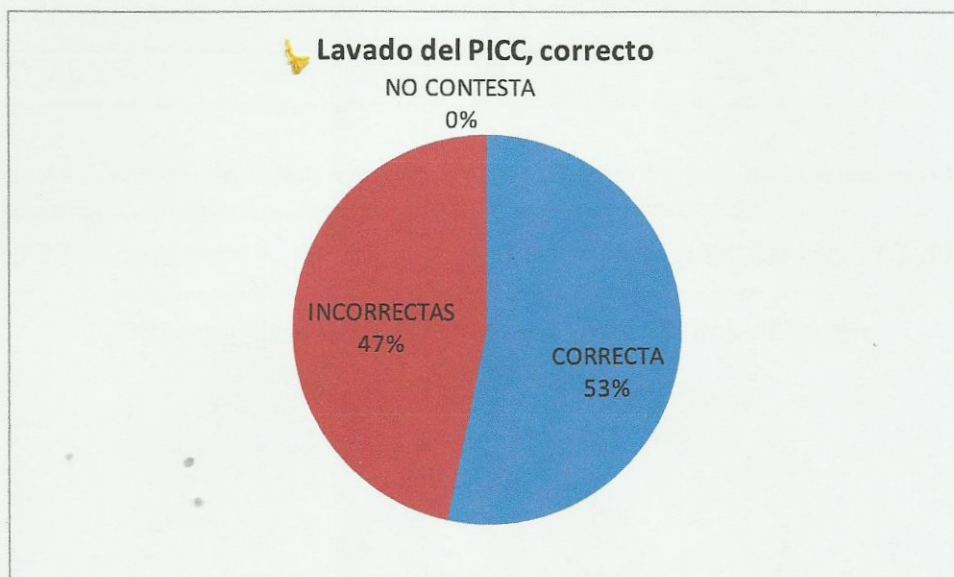
Cómo se observa en el grafico que el 40% respondieron correctamente y 60% de forma incorrecta.

Tabla 22 distribución de la muestra según lavado del PICC, correcto.

lavado del PICC, correcto	FA	FR
CORRECTA	16	53%
INCORRECTAS	14	47%
NO CONTESTA	0	0%
TOTAL	30	100%

Fuente propia de elaboración de encuesta aplicada a personal de Enfermería de área unidad de cuidados intensivos servicio neonatología, del hospital Luis C. Lagomaggiore del segundo semestre de 2022.

Gráfico 22 lavado del PICC, correcto.



Fuente propia de elaboración de encuesta aplicada a personal de Enfermería de área unidad de cuidados intensivos servicio neonatología, del hospital Luis C. Lagomaggiore del segundo semestre de 2022.

COMENTARIO:

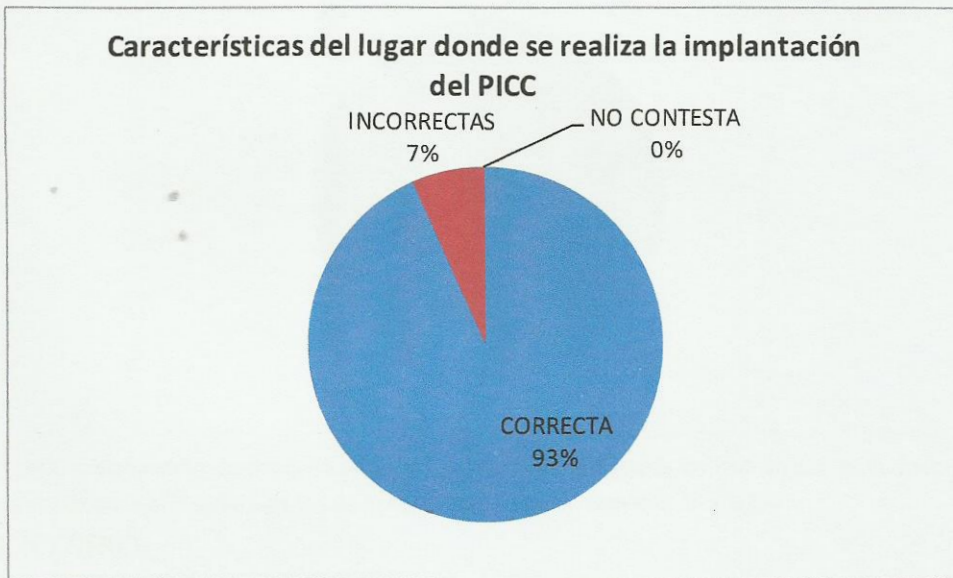
Cómo se observa en el gráfico que el 53% respondieron correctamente y 47% de forma incorrecta.

Tabla 23 distribución de la muestra según características del lugar donde se realiza la implantación del PICC.

Características del lugar donde se realiza la implantación del PICC	FA	FR
CORRECTA	28	93%
INCORRECTAS	2	7%
NO CONTESTA	0	0%
TOTAL	30	100%

Fuente propia de elaboración de encuesta aplicada a personal de Enfermería de área unidad de cuidados intensivos servicio neonatología, del hospital Luis C. Lagomaggiore del segundo semestre de 2022.

Gráfico 23 características del lugar donde se realiza la implantación del PICC



Fuente propia de elaboración de encuesta aplicada a personal de Enfermería de área unidad de cuidados intensivos servicio neonatología, del hospital Luis C. Lagomaggiore del segundo semestre de 2022.

COMENTARIO:

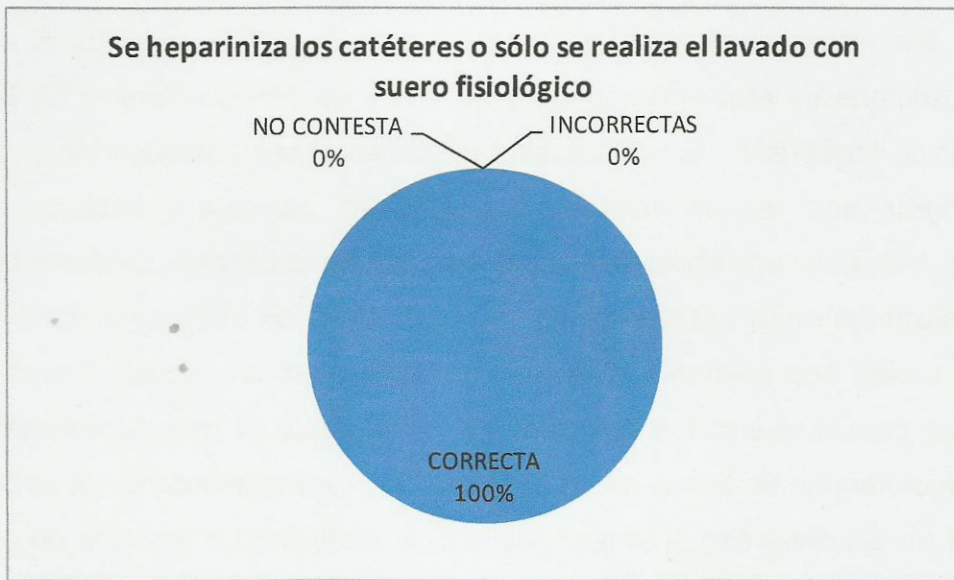
En el presente grafico indica que el 93% respondieron correctamente y 7% de forma incorrecta.

Tabla 24 distribución de la muestra según; Se hepariniza los catéteres o solo se realiza el lavado con suero fisiológico.

Se hepariniza los catéteres o sólo se realiza el lavado con SF	FA	FR
CORRECTA	30	100%
INCORRECTAS	0	0%
NO CONTESTA	0	0%
TOTAL	30	100%

Fuente propia de elaboración de encuesta aplicada a personal de Enfermería de área unidad de cuidados intensivos servicio neonatología, del hospital Luis C. Lagomaggiore del segundo semestre de 2022.

Gráfico 24 se hepariniza los catéteres o solo se realiza el lavado con suero fisiológico



Fuente propia de elaboración de encuesta aplicada a personal de Enfermería de área unidad de cuidados intensivos servicio neonatología, del hospital Luis C. Lagomaggiore del segundo semestre de 2022.

COMENTARIO:

En el presente grafico indica que el 100% respondieron correctamente.

DISCUSIÓN-CONCLUSIÓN

En Latinoamérica la demanda de los servicios en áreas de neonatología se prolifera con los avances científico técnico en la mayoría de los casos la indicación de una vía central de inserción periférica es indispensable para lograr el tratamiento médico. De tal manera se estima que el 77.8% de los profesionales que ejercen en esta rama demuestran los conocimientos necesarios para aplicar el procedimiento, no obstante, es necesario que la enfermera/o esté preparado para las posibles eventualidades que pueden surgir en el transcurso del tiempo¹⁴. (Laura Huiza, 2019).

Zabala & Jiménez, 2021, que en su estudio cita a la inserción del catéter central de inserción periférica como un procedimiento que se engloba en los cuidados del neonato basados en conocimientos claros y científicos de acuerdo a la actualidad y avances médicos que permitan brindar una atención de calidad y calidez enfocados en la futura recuperación del paciente. Sin duda de que la técnica requiere de cierta habilidad y destreza por parte del profesional, estas características no superan al conocimiento científico que deben poseer los enfermeros/as en su diaria labor, "La inserción del catéter central periférico es uno de los procedimientos más utilizados en las áreas de neonatología en el mundo no solo por su fiabilidad al usarlos durante largos periodos de tiempo, sino que el personal de enfermería encargado está en plena capacidad de realizarlo.

En relación a la dicho anteriormente se analizan los resultados del presente estudio, permitieron constatar que:

Características de la población de estudio: 90% de los enfermeros tienen menos de 40 años, de sexo femenino, 50% licenciados y otros 50% enfermeros profesionales, 47% entre 5 a 10 años, 36% menos de 5 años. El 77% está capacitado, 57% hace menos de 3 años.

¹⁴ Huiza, Clara Julia Laura (2019). Competencias Cognitivas De Enfermería En La Inserción Y Mantenimiento Del Catéter Percutáneo En El Recién Nacido Pretérmino, Unidad De Neonatología, Hospital Materno Infantil, Gestión 2019. Trabajo De Grado Para Optar Al Título De Especialidad En Enfermería Neonatal Universidad Mayor De San Andrés Facultad De Medicina, Enfermería, Nutrición Y Tecnología Médica Unidad De Postgrado. La Paz- Bolivia

En cuanto a los conocimientos teóricos sobre el PICC que posee, se constata que el 60% señala de forma incorrecta del concepto de PICC siendo el turno noche el que mayor acierto ha tenido, 60% respondieron correctamente, sobre las condiciones antes de colocar el PICC, el turno mañana y tarde lo hizo con el 70%, el 90% respondieron correctamente sobre caso donde se implanta el PICC, siendo turno tarde, mañana y noche en alto porcentaje (90% de cada grupo). El 90% respondieron correctamente sobre los responsables de colocar el Catéter venoso periférico 100% de los tres turnos señala correctamente profesionales participan en colocación de PICC, como técnica y material se usa en la colocación de PICC.

Señalan correctamente con el 67% sobre los casos que hay contraindicaciones para la colocación de PICC, 80% las complicaciones puede existir durante la inserción del PICC, 90% conducta en caso que personal ajeno realizara la PICC, ya que no es posible porque solo personal del servicio lo realiza, 90% las venas más comunes que se utilizan para la inserción del PICC, 73% la ubicación de la punta del catéter venoso central de inserción periférica, 93% la curación del PICC, el cambio de apósito transparente debe realizarse, 87% antiséptico(s) que se pueden utilizar para la curación del PICC, 93% sobre las complicaciones pueden existir posteriores a la inserción del catéter, 40% situación se deben reinstalarse el catéter venoso central de inserción periférica, 53% sobre el lavado correcto del PICC, 93% características del lugar donde se realiza la implantación del PICC y 100% se hepariniza los catéteres o sólo se realiza el lavado con suero fisiológico.

se puede concluir, con respecto la variable de nivel de conocimiento, en el catéter percutáneo de inserción periférica se observa que las enfermeras con un conocimiento alto dado que entre 70 a 100% respondieron correctamente los items analizado, realizan en su mayoría una práctica de cuidado bueno, lo que probablemente se deba a que los enfermeros cuentan con capacitación actualizado.

La capacitación continua sobre PICC catéter venosa central de inserción periférica con el personal de enfermería es una herramienta básica que debería

implementarse de forma continua para que el recién nacido prematuro no padezca la negligencia de los enfermeros.

PROPUESTAS

A raíz de los resultados obtenidos y luego de su posterior análisis, se realizó las siguientes propuestas en post de mejorar la calidad de atención al recién nacido prematuro.

- Llevar a cabo capacitación continua, progresiva y permanente al personal de enfermería. Para ello se podrían utilizar herramientas de comunicación a distancia para abarcar los tres turnos y así abordar a todos los profesionales.
- Elaborar un programa de capacitación anual con charlas presenciales y virtuales.
- Incluir a los enfermeros en temas de capacitación, sería ideal para conocer sus dudas y motivarlos a investigar sobre PICC (catéter venoso central de inserción periférica), y a su vez evitar abrumar al personal con excesiva información nueva, respetar el proceso del conocimiento.
- Contar un capacitador en todos los turnos de la jornada laboral, con formación permanente en el servicio, para dar respuestas a las dudas pueden presentarse los días de semana como los fines de semana y feriados.

BIBLIOGRAFÍA

- Arimany Marcela. Catéteres centrales de inserción periférica de doble lumen: desafíos en el cuidado. Revista Enfermería Neonatal Fundasamin – N° 22 - Octubre 2017
- Bernardo, CL. Dolor en Niños en Cuidados Intensivos. En: Enfermería en el CTIP. San Pablo: Roca, 1998.
- Clark RH, Kelleher AS, Chace DH, Spitzer AR (2014). La edad gestacional y la edad en el momento del muestreo influyen en los perfiles metabólicos de los bebés prematuros. *Pediatría* 134 (1): e37-e46, 2014. doi: 10.1542/peds.2014-0329
- Franceschi AT, da Cunha ML. (2010). Adverse events related to the use of central venous catheters in hospitalized newborns. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2010 Mar-Apr; 18(2):196-202.
- Hernández Sampieri, Roberto, Fernández Collado, Carlos y Baptista Lucio, Pilar, (2014). "Capítulo 1. Definiciones de los enfoques cuantitativo y cualitativo, sus similitudes y diferencias" en *Metodología de la investigación*, sexta edición, McGraw Hill Education, México, 2014, pp.2-21
- Martínez R. (2012). Utilidad del catéter central de acceso periférico (PICC) en recién nacidos prematuros de la unidad de cuidado intensivo neonatal de la Clínica General del Norte. *Rev Col Enf*. 2012; 7(7):22-30
- Montse Carballo Álvarez (2015), Pilar García Bachiller Catéteres venosos periféricos en Curso Actualización de Conocimientos en Terapia Intravenosa; Asociación de Equipos de Terapia Intravenosa (2015), Madrid. pág. 15 a 20. Disponible en: https://www.vygon.es/wp-content/uploads/sites/4/2015/08/terapia_intravenosa1.pdf
- Santos, A.C. (2002). El catéter percutáneo en T en el cuidado cotidiano de enfermería del niño crítico: Límites y Desafíos para una práctica autónoma. Río de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2002
- Silva, LD; Tinoco, FO. (2007). Recomendaciones para el empleo de solución salina 0,9% em catéteres venosos periféricos. *Enfermería Global*, v.11, p. 1-7, 2007.

ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UNCUYO

ESCUELA DE ENFERMERIA

TESIS

Nivel de conocimiento de los enfermeros sobre la instalación de PICC (catéter venoso central de inserción periférica) en los recién nacidos pre - términos en una unidad de cuidado intensivo neonatal del Hospital Luis Lagomaggiore de Mendoza durante 2022

1. Edad:

- a) Menos de 30 años
- b) 31 a 40 años
- c) 41 a 50 años
- d) Más de 50 años

2. Sexo:

- a) Masculino
- b) Femenino

3. Nivel académico

- a) Licenciado.
- b) Enfermero universitario
- c) Enfermero Profesional
- d) Auxiliar

4. ¿En qué turno trabaja?

- a) Turno mañana.
- b) Turno tarde.
- c) Turno noche.

5. antigüedad en el servicio

- a) Menos de 5 años
- b) 5 a 10 años
- c) Más de 10 años

6. ¿Ha sido capacitado en la colocación PICC?

- a) SI
- b) NO

7. Si ha tenido capacitación ¿Cuánto hace que lo realizó?

- a) Menos de 6 meses
- b) 6 a 12 meses
- c) 1 a 3 años
- d) Más años
- e) Nunca.

Señale con un círculo la opción u opciones que considere correcta

8. ¿El PICC es?

- a) Una vía central de corta duración
- b) Una vía central de inserción periférica de larga duración
- c) Catéter venoso periférico
- d) Catéter venoso central de inserción periférica

9. ¿Qué condiciones debe tener en cuenta antes de colocar un catéter venoso central de inserción periférica?

- a) Consentimiento firmado por los progenitores.
- b) Autorización de familiares.
- c) Directamente se realiza la PICC sin autorización.
- d) Consentimiento firmado por el paciente.

10. ¿En qué casos está indicada la implantación del PICC?

Respuesta múltiple. Rodee con un círculo todas las opciones que considere correctas.

- a) Cuando se espera que la terapia de acceso vascular exceda los 6 días.
- b) Para la infusión de sustancias/fármacos de alta osmolaridad: > 600 mOsm/Kg, con pH <5 o >9 y Nutrición Parenteral.
- c) Pacientes con difíciles accesos venosos.
- d) Tratamientos intravenosos de corta duración

11. ¿En su servicio quien coloca los PICC?

- a) Enfermera a cargo del paciente.
- b) Enfermera que se capacito para la colocación y que tenga certificación.
- c) Personal de planta
- d) Personal médico

12. ¿Cuántas enfermeras participan en la colocación de Catéter venoso central de inserción periférica?

- a) Uno.
- b) Dos.
- c) Tres.
- d) Cuatro.

13. ¿Qué técnica y material se utiliza en la colocación de Catéter venoso central de inserción periférica?

- a) Estéril (campo, blusón, cofias, jeringa prellenada, clorhexidina al 2%, gasas, apósitos hidrocoloide, Tegaderm, torundas, guantes, pinzas, tijeras, torniquete, cinta métrica, catéter), etc.
- b) Limpia. (guantes examinación, Tegaderm, tijeras, alcohol al 70%, gasas, apósitos y catéter).
- c) Estéril (campo, blusón, guantes de examinación, apósitos, tijeras, pinzas, torniquete, cinta métrica, catéter)

14. ¿En qué casos hay contraindicaciones para la colocación del PICC?

- a) Dermatitis.
- b) Coagulopatías.
- c) Presencia de flebitis o abscesos.
- d) Todas son correctas.

15. ¿Qué complicaciones pueden existir durante la inserción del catéter?

- a) Arritmia cardiaca.
- b) Dificultad para avanzar el catéter.
- c) Hemorragia.
- d) Dolor.
- e) Todas son correctas

16. ¿En el caso de que la implantación del PICC la realice personal ajeno al servicio, este personal se encarga de explicar al resto de enfermeros los cuidados específicos que deben tener en cuenta respecto al manejo del PICC?

- a) No
- b) Si
- c) A veces, cuando tienen tiempo.
- d) No viene personal ajeno al servicio.

17. ¿Cuáles son las venas más comunes que se utilizan para la inserción del PICC?

- a) Yugular interna, subclavia, basílica, femoral.
- b) Basílica, cefálica, epicraneales y yugular externa.
- c) Axilar, braquial y antecubital
- d) Axilar, cefálica y subclavia
- e) Safena y poplítea.

18. ¿Dónde debe quedar ubicada la punta del catéter venoso central de inserción periférica?

- a) En cualquier sitio de la anatomía torácica vascular
- b) En vena subclavia
- c) En la vena cava superior
- d) En la vena femoral

19. En la cura del PICC, el cambio de apósito transparente debe realizarse: Respuesta múltiple. Rodee con un círculo todas las opciones que considere correctas.

- a) Apósito transparente cada 5 a 7 días
- b) Apósito de gasa cada 3 días
- c) Apósito transparente cada 2 a 3 días
- d) Cada vez que este sucio, mojado o deteriorado
- e) Apósito de gasa cada 24h

20. ¿Qué antiséptico(s) se pueden utilizar para la curación del PICC?

Respuesta única. Rodee con un círculo la respuesta que considere correcta.

- a) Alcohol al 70%
- b) Povidona Yodada
- c) Clorhexidina al 2%
- d) Todas

21. ¿Qué complicaciones pueden existir posteriores a la inserción del catéter?

- a) Oclusión por falta de infusión
- b) Infiltración cuando no es central.
- c) Sepsis relacionada a catéter
- d) Flebitis
- e) Trombosis
- f) Todas son correctas

22. En qué situación se deben reinstalarse el catéter venoso central de inserción periférica: Respuesta múltiple. Rodee con un círculo todas las opciones que considere correctas.

- a) Ante signos evidentes de infección
- b) Cuando cese el objetivo que llevó a su instalación
- c) Flebitis.
- d) Signos de edema o eritemas
- e) Todas son correctas.

23. En relación al lavado del PICC, cual es la correcta: Respuesta única. Rodee con un círculo la opción que considere correcta.

- a) Como cualquier acceso de inserción periférica debe lavarse con suero fisiológico 0.9% empujando el émbolo de la jeringa de forma continua, una vez finalizada la infusión cerrar la llave de tres pasos antes de retirar la jeringa.
- b) El lavado debe realizarse con una jeringa de 10cc de suero fisiológico 0.9% empujando el émbolo de la jeringa de forma intermitente (técnica pushstop), antes de finalizar la infusión debe cerrarse la pinza del catéter o la llave de tres pasos, una vez cerrada se retira la jeringa (Técnica de presión positiva).
- c) El lavado debe realizarse con una jeringa de 10cc de suero fisiológico 0.9% empujando el émbolo de la jeringa de forma intermitente (técnica pushstop), una vez finalizada la infusión cerrar la pinza del catéter o la llave de tres pasos antes de retirar la jeringa.

24. ¿Características del lugar donde se realiza la implantación del PICC en su servicio?

- a) Se realiza de forma estéril
- b) Se realiza de forma aséptica
- c) No sé cómo se realiza

25. ¿En su servicio se hepariniza los catéteres o sólo se realiza el lavado con suero fisiológico?

- a) No siempre se hepariniza
- b) Al realizar el lavado siempre se hepariniza
- c) Solo se utiliza el lavado con solución fisiológico.

CODIFICACIÓN

1. Edad:

- a) Menos de 30 años
- b) 31 a 40 años
- c) 41 a 50 años
- d) Más de 50 años

2. Sexo:

- a) Masculino
- b) Femenino

3. Nivel académico

- a) Licenciado.
- b) Enfermero universitario
- c) Enfermero Profesional
- d) Auxiliar

4. Turno trabaja

- a) Turno mañana.
- b) Turno tarde.
- c) Turno noche.

5. antigüedad en el servicio

- a) Menos de 5 años
- b) 5 a 10 años
- c) Más de 10 años

6. Capacitación en la colocación PICC

- a) SI
- b) NO

7. Tiempo de la última capacitación

- f) Menos de 6 meses
- g) 6 a 12 meses
- h) 1 a 3 años
- i) Más años
- j) Nunca.

Señale con un círculo la opción u opciones que considere correcta

8. Concepto PICC

- a) Una vía central de corta duración
- b) Una vía central de inserción periférica de larga duración
- c) Catéter venoso periférico
- d) Catéter venoso central de inserción periférica

9. Condiciones debe tener en cuenta antes de colocar un CVC de inserción periférica

- a) Consentimiento firmado por los progenitores.
- b) Autorización de familiares.
- c) Directamente se realiza la PICC sin autorización.
- d) Consentimiento firmado por el paciente.

9. Casos está indicada la implantación del PICC (Respuesta múltiple).

- a) Cuando se espera que la terapia de acceso vascular exceda los 6 días.
- b) Para la infusión de sustancias/fármacos de alta osmolaridad: > 600 mOsm/Kg, con pH <5 o >9 y Nutrición Parenteral.
- c) Pacientes con difíciles accesos venosos.
- d) Tratamientos intravenosos de corta duración

10. Responsable de colocar los PICC

- a) Enfermera a cargo del paciente.
- b) Enfermera que se capacito para la colocación y que tenga certificación.

- c) Personal de planta
- d) Personal médico

11. Cantidad de enfermeras participan en la colocación de CVC de inserción periférica

- a) Uno.
- b) Dos.
- c) Tres.
- d) Cuatro.

12. Técnica y material se utiliza en la colocación PICC

- a) Estéril (campo, blusón, cofias, jeringa prellenada, clorhexidina al 2%, gasas, apósitos hidrocoloide, Tegaderm, torundas, guantes, pinzas, tijeras, torniquete, cinta métrica, catéter), etc.
- b) Limpia. (guantes examinación, Tegaderm, tijeras, alcohol al 70%, gasas, apósitos y catéter).
- c) Estéril (campo, blusón, guantes de examinación, apósitos, tijeras, pinzas, torniquete, cinta métrica, catéter)

13. Contraindicaciones para la colocación del PICC

- a) Dermatitis.
- b) Coagulopatías.
- c) Presencia de flebitis o abscesos.
- d) Todas son correctas.

14. Complicaciones pueden existir durante la inserción del catéter

- a) Arritmia cardiaca.
- b) Dificultad para avanzar el catéter.
- c) Hemorragia.
- d) Dolor.
- e) Todas son correctas

15. En el caso de que la implantación del PICC la realice personal ajeno al servicio, se encarga de explicar al resto de enfermeros los cuidados específicos

- a) No
- b) Si

- c) A veces, cuando tienen tiempo.
- d) No viene personal ajeno al servicio.

16. Venas más comunes que se utilizan para la inserción del PICC

- a) Yugular interna, subclavia, basílica, femoral.
- b) Basílica, cefálica, epicraneales y yugular externa.
- c) Axilar, braquial y antecubital
- d) Axilar, cefálica y subclavia
- e) Safena y poplítea.

17. Ubicación de la punta del catéter venoso central de inserción periférica

- a) En cualquier sitio de la anatomía torácica vascular
- b) En vena subclavia
- c) En la vena cava superior
- d) En la vena femoral

18. En la cura del PICC, el cambio de apósito transparente debe realizarse: (Respuesta múltiple)

- a) Apósito transparente cada 5 a 7 días
- b) Apósito de gasa cada 3 días
- c) Apósito transparente cada 2 a 3 días
- d) Cada vez que este sucio, mojado o deteriorado
- e) Apósito de gasa cada 24h

19. Antiséptico(s) se pueden utilizar para la curación del PICC

- a) Alcohol al 70%
- b) Povidona Yodada
- c) Clorhexidina al 2%
- d) Todas

20. Complicaciones pueden existir posteriores a la inserción del catéter

- a) Oclusión por falta de infusión
- b) Infiltración cuando no es central.
- c) Sepsis relacionada a catéter
- d) Flebitis
- e) Trombosis

f) Todas son correctas

21. En qué situación se deben reinstalarse el catéter venoso central de inserción periférica: Respuesta múltiple.

- a) Ante signos evidentes de infección
- b) Cuando cese el objetivo que llevó a su instalación
- c) Flebitis.
- d) Signos de edema o eritemas
- e) Todas son correctas.

22. En relación al lavado del PICC, cual es la correcta: Respuesta única.

- a) Como cualquier acceso de inserción periférica debe lavarse con suero fisiológico 0.9% empujando el émbolo de la jeringa de forma continua, una vez finalizada la infusión cerrar la llave de tres pasos antes de retirar la jeringa.
- b) El lavado debe realizarse con una jeringa de 10cc de suero fisiológico 0.9% empujando el émbolo de la jeringa de forma intermitente (técnica pushstop), antes de finalizar la infusión debe cerrarse la pinza del catéter o la llave de tres pasos, una vez cerrada se retira la jeringa (Técnica de presión positiva).
- c) El lavado debe realizarse con una jeringa de 10cc de suero fisiológico 0.9% empujando el émbolo de la jeringa de forma intermitente (técnica pushstop), una vez finalizada la infusión cerrar la pinza del catéter o la llave de tres pasos antes de retirar la jeringa.

23. Principales medidas para prevenir la infección relacionada a PICC.

Respuesta múltiple. Rodee con un círculo todas las opciones que considere correctas.

- a) Lavado de manos con solución antiséptica
- b) Curación del PICC con guantes limpios
- c) Mantenimiento estricto de medidas de asepsia
- d) Utilización de guantes estériles para la curación del PICC
- e) Colocar apósitos transparentes en lugar de apósitos de gasa

24. Características del lugar donde se realiza la implantación del PICC

- a) Se realiza de forma estéril

b) Se realiza de forma aséptica

c) No sé cómo se realiza

25. Se hepariniza los catéteres o sólo se realiza el lavado con suero fisiológico

a) No siempre se hepariniza

b) Al realizar el lavado siempre se hepariniza

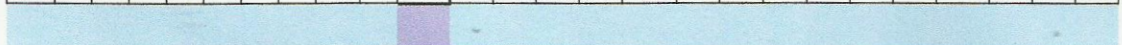
c) Solo se utiliza el lavado con solución fisiológico.

MATRIZ DE DATOS

UA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
2	b	b	a	a	c	a	a	d	a	abc	b	b	a	d	e	d	bc	c	ac	a	f	ac	b	a	c
1	c	b	a	a	a	a	c	b	a	abc	b	b	a	d	e	d	b	c	a	c	f	acd	c	a	c
3	b	b	a	a	b	a	c	b	a	abc	b	b	a	d	e	d	a	c	ad	c	f	e	b	a	c
4	b	b	a	a	b	a	c	b	c	ab	b	bc	a	a	d	e	d	c	d	e	f	cd	c	a	c
5	b	b	a	a	b	a	c	b	b	ac	b	b	a	d	e	d	be	cd	d	c	f	e	c	a	c
6	b	b	a	a	b	a	c	b	a	abc	a	b	a	a	a	d	de	C	d	c	d	e	b	a	c
7	a	b	c	a	a	b	d	bd	c	abc	b	b	a	d	e	d	c	d	d	c	f	ab	b	a	c
8	a	b	b	a	a	b	d	d	a	ac	b	b	a	d	e	d	a	c	d	c	f	e	b	a	c
9	b	b	a	a	b	a	e	d	a	abc	b	b	a	d	e	d	b	c	d	c	f	acd	c	a	c
10	b	b	a	a	c	a	e	d	a	abc	b	b	a	d	e	d	cd	c	ad	ac	f	acd	b	a	c



UA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	20	21	22	23	24	26	27
1	b	b	a	b	b	a	b	b	a	abc	b	b	a	b	e	b	b	a	d	c	f	acd	c	a	c
3	c	b	c	b	c	a	b	b	a	abc	b	b	a	d	e	d	e	c	ad	c	f	ab	a	a	c
6	a	b	c	b	a	a	b	b	a	abc	b	d	a	c	e	d	cd	c	d	c	?	e	c	a	c
8	a	b	c	b	a	a	b	b	a	ac	a	b	a	b	e	d	b	c	d	c	f	acd	c	a	c
5	b	b	c	b	b	a	c	b	a	ac	b	b	a	d	e	d	b	c	d	c	f	a	c	a	c
7	b	b	a	b	b	a	c	b	a	abc	b	b	a	d	e	d	be	c	d	c	f	acd	b	a	c
9	a	b	b	b	b	a	c	bd	a	abc	b	b	a	b	e	d	c	c	d	c	f	acd	b	a	c
10	a	a	b	b	a	a	c	bd	b	abc	b	b	a	c	e	d	c	c	d	c	f	e	b	a	c
2	a	b	c	b	a	b	e	d	c	abc	b	b	a	d	e	d	b	a	ed	ac	f	e	c	c	c
4	b	b	c	b	a	b	e	d	d	abc	b	b	a	d	e	d	a	bd	ad	c	f	e	b	a	c



UA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	20	21	22	23	24	26	27
4	a	b	a	c	b	a	a	b	a	ab	b	b	a	d	e	d	d	b	d	c	d	e	b	a	c
3	b	b	a	c	a	a	b	b	a		b	b	a	b	b	a	d	c	e	c	f	a	b	a	c
1	b	b	a	c	a	a	c	b	a	bc	b	b	a	d	e	d	e	c	d	c	f	cd	b	a	c
2	b	b	a	c	a	a	c	b	a	abc	b	b	a	d	e	d	e	c	d	c	f	cd	b	a	c
6	c	b	b	c	b	a	c	d	b	abc	a	b	a	d	b	a	d	c	ad	c	f	e	c	a	c
5	c	b	a	c	b	a	d	d	b	abc	b	b	a	b	bcd	d	b	b	d	c	f	c	b	a	c
9	b	b	c	c	c	a	d	d	c	abc	b	b	a	c	a	b	d	c	ad	a	f	e	b	a	c
7	b	b	b	c	b	b	e	d	c	abc	b	b	a	d	e	d	b	c	d	c	f	acd	c	a	c
8	a	b	c	c	b	b	e	d	c	a	b	b	a	d	e	d	c	c	d	a	f	e	c	c	c
10	a	b	c	c	c	b	e	d	c	abc	b	c	a	d	e	d	d	c	d	c	f	acd	c	a	c