

CANALIZACIÓN, MANTENIMIENTO Y USO DE LA VÍA VENOSA PERIFÉRICA

**Protocolo Consensuado 2000 y 2008.
Revisión 2012**

**Complejo Hospitalario Universitario de Albacete
(CHUA)**

AUTORES:

- Del Egado Fernández, M^a Ángeles. DUE. Unidad de Urología.
- Lázaro Castañer, Concepción. DUE. Supervisora de Unidad en Cardiología.
- Núñez Belmonte, Rosa Ana. DUE. CHUA. Servicio de Urgencias.
- Pérez Alonso, Mercedes. DUE. Unidad de Oncología Hematología y M.I.
- Pescador Valero, Ambrosio. DUE. Unidad de Hemodinámica.
- Pita Toledo, Lourdes. DUE. Unidad de Cirugía Vascul ar y C. General.
- Ruiz Sánchez, Alejandro Ignacio. DUE. CHUA. Unidad de Cirugía General y Vascul ar.
- Sánchez Martínez, María Remedios. DUE. CHUA. Servicio de Urgencias.
- Soriano Escobar, Llanos. DUE. Unidad de Hemodinámica
- Tórtola Jiménez, Carmen. DUE. Supervisora de Medicina Preventiva.

Revisores:

- Alcahúd Cortés, Cristina. DUE. CHUA. Unidad de Arritmias
- Cifuentes González, M^a Celedonia. DUE. HNSPS. Unidad de Medicina Interna.
- Del Egado Fernández, M^a Ángeles. DUE. Unidad de Urología.
- García Esparcia, Pilar. DUE. HNSPS. Unidad de Medicina Interna.
- García López, Pilar. DUE. HNSPS. Unidad de Geri atría.
- García Mollá, José Miguel. DUE. CHUA. Servicio de Urgencias.
- González Álvarez, Teresa. DUE. CHUA. Supervisora de la Unidad de Oncología.
- Laserna Ibáñez, Francisco. DUE. CHUA. Supervisor de la Unidad de Medicina Interna.
- Lázaro Castañer, Concha. DUE. CHUA. Supervisora de la Unidad de Cardiología.
- Martínez López, Aquilino. DUE. CHUA. Unidad de Medicina Interna
- Ortega Cifuentes, Amparo. DUE. CHUA. Unidad de Neurología.
- Ruiz García, Victoria. DUE. CHUA. Servicio de Urgencias.
- Salido Zarco, Ana. DUE. CHUA. Unidad de Neurología.
- Torrente Paños, Rus. DUE. CHUA. Supervisora del Servicio de Urgencias.

Fecha de actualización: noviembre 2012

Fecha de revisión: noviembre 2016

1. JUSTIFICACIÓN	2
2. SIGLAS	2
3. DEFINICIÓN	3
4. POBLACIÓN DIANA	3
5. OBJETIVOS	3
6. ÁMBITO DE APLICACIÓN Y PERSONAL NECESARIO	3
7. MATERIAL	3
8. PREPARACIÓN DEL PACIENTE	5
9. PROCEDIMIENTO	5
10. EJECUCIÓN	7
11. PROBLEMAS POTENCIALES	10
12. INDICADORES DE EVALUACIÓN	10
13. SISTEMA DE REGISTRO	11
14. NIVEL DE EVIDENCIA	14
Niveles de evidencia según el CDC (Centros de investigación, Control y Prevención de enfermedades infecciosas en E.E.U.U.).....	14
15. ALGORITMO DE DECISIONES	15
16. VIGENCIA	16
17. BIBLIOGRAFÍA	16

1. JUSTIFICACIÓN.

El uso de la vía venosa periférica con catéter se ha generalizado en la asistencia sanitaria hospitalaria hasta el punto de que casi la totalidad de pacientes son portadores de uno o más catéteres venosos, incluidos los atendidos en el Servicio de Urgencias.

La seguridad del paciente como prioridad en los procesos es la base de la atención sanitaria en la actualidad, sin olvidar la seguridad de los profesionales sanitarios. Nuevos hallazgos en investigación y avances en la tecnología y materiales de fabricación de catéteres hacen necesario revisar el Protocolo de Catéter Periférico que se ha estado aplicando en nuestro Complejo Hospitalario desde el año 2000, y que ha sido referencia para muchos profesionales de enfermería de nuestros centros sanitarios y de otros en toda España.

La normativa en materia de seguridad laboral, que implica el uso de material punzante con dispositivo de seguridad, condujo al cambio de modelo de catéter venoso (de seguridad) en toda el área del SESCAM en 2008.

En 2008 también se introdujeron el uso de clorhexidina como antiséptico y el uso de salino para el mantenimiento de la vía venosa.



Los cambios más importantes reflejados en esta revisión 2012 son:

- El **modo de fijación**: la fijación con tira horizontal de esparadrapo no ha conseguido implantarse en el CHUA, y han sido mucho los profesionales que directamente o a través de los revisores de este Protocolo nos han indicado la necesidad de **volver a la “corbata” tradicional, siempre que el esparadrapo no caiga sobre el punto de punción.**
- **La salinización de todas las vías periféricas cada 8 horas se realizará con jeringas monodosis de 3cc de suero salino.** La disponibilidad de estas jeringas supone ahorro de material y disminuye la posibilidad de infecciones cruzadas por multidosis.
- **Cambios de sistemas de suero cada 7 días,** según recomendaciones del Centro de Control de Infecciones CDC.
- La inserción, mantenimiento, planificación y ejecución de cuidados se **registrarán en el programa Mambrino.**



2. SIGLAS

- ACV: Accidente cerebrovascular.
- CVP: Catéter venoso periférico.
- FAV: Fístula arterio-venosa.
- HNSPS: Hospital Nuestra Señora del Perpetuo Socorro.
- NPT: Nutrición parenteral.
- SESCAM: Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.
- UPP: Úlcera por presión.

3. DEFINICIÓN

La cateterización venosa periférica consiste en la inserción de un catéter de corta longitud en una vena superficial con fines diagnósticos y/o terapéuticos.

4. POBLACIÓN DIANA

Todos los pacientes atendidos en el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete que precisen vía venosa. No se incluyen los pacientes ambulatorios portadores de vía venosa.

5. OBJETIVOS

- Dotar a los profesionales de enfermería de una guía de estrategias para la canalización y mantenimiento de una vía venosa periférica, unificando los criterios de actuación.
- Disminuir la infección nosocomial y las complicaciones derivadas de la cateterización venosa periférica.
- Disminuir el índice de accidentes con punzantes de los profesionales.

6. ÁMBITO DE APLICACIÓN Y PERSONAL NECESARIO

El ámbito de aplicación de este Prortocolo es el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

El personal responsable de la canalización y mantenimiento de la vía venosa periférica será la enfermera, ayudada por la Auxiliar de Enfermería en los casos que se requiera.

7. MATERIAL

A.- Para la canalización:

- Batea y/o mesa auxiliar
- Esponja jabonosa y toalla
- Empapador
- Compresor
- Catéter endovenoso (con sistema de seguridad), del calibre adecuado.
- Válvula anti-reflujo.
- Tira adhesiva de 1x 10 (esparadrapo)
- Gasas estériles
- Solución antiséptica: clorhexidina acuosa al 2% o en su defecto povidona yodada al 10% o alcohol 70%.
- Apósito quirúrgico estéril 5 x 9 cm.
- Guantes no estériles
- Contenedor de material punzante y otro contenedor para material usado



B.- Para sueroterapia continua:

Además del material descrito en punto A, necesitaremos:

- Sistema de infusión que incluya llave de tres pasos y alargadera.
- Suero a perfundir.
- Pie de gotero
- Tiras de esparadrapo para fijar el sistema de infusión.



C.- Para uso intermitente:

Además del material descrito en punto A, necesitaremos:

- Jeringa monodosis con 3cc de suero salino.



D.- Para extracción de muestras exclusivamente:
Además del material descrito en punto A, necesitaremos:

- Llave de tres pasos
- Jeringa monodosis con 3cc de suero salino.



8. PREPARACIÓN DEL PACIENTE

- Comprobar identidad del paciente.
- Informar al paciente de la técnica a realizar.
- Preservar su intimidad en la medida de lo posible.
- Colocar al paciente en la posición más adecuada y cómoda, tanto para el propio paciente como para el profesional que va a realizar la técnica (altura adecuada, material al alcance de la mano,...).

9. PROCEDIMIENTO

1. Asepsia del personal:

- Lavado higiénico de manos con agua y jabón antiséptico, al menos durante 20 segundos ([categoría IA](#)). Secar con toalla de papel desechable y cerrar el grifo usando la misma toalla, evitando el contacto de las manos con el grifo.
- Cuando no es posible acceder a lavado de manos higiénico, se puede sustituir por la aplicación de solución hidroalcohólica.
- Colocarse los guantes no estériles. El uso de guantes no sustituye al lavado de manos ([categoría IA](#))



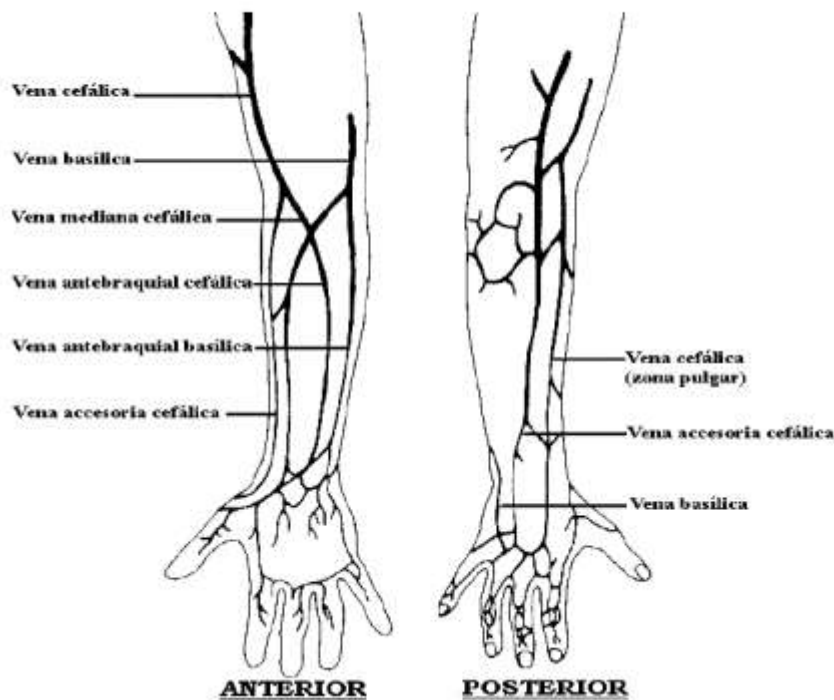
2. Selección del catéter:

Se deberá elegir el catéter de menor calibre posible, en función de su propósito (**categoría IB**). En cualquier caso, el calibre del catéter debería ser inferior al de la vena elegida, para permitir el paso de sangre en el vaso y la hemodilución de los preparados que se infunden. Los más utilizados en adultos son el 18 G y el 20 G, y en niños el 22 G y 24 G.

Tener en cuenta las características de la solución a perfundir. En el caso de sangre o hemoderivados se necesita un catéter de mayor calibre. En el caso de soluciones hipertónicas o irritantes se necesitan venas con buen flujo.

3. Elección del punto de inserción:

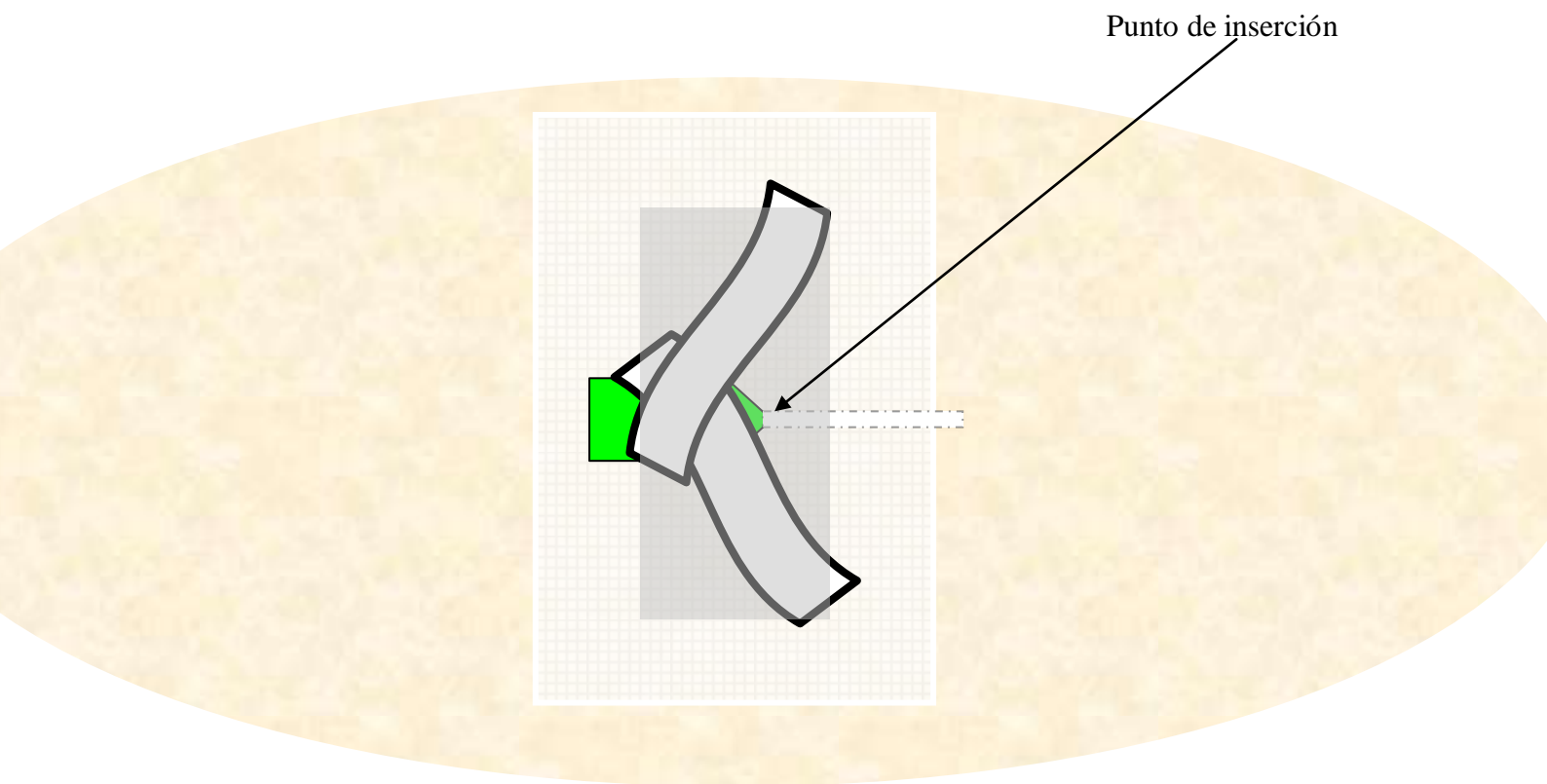
- En adultos priorizar las extremidades superiores a las inferiores (**categoría IA**).
- Priorizar venas distales sobre proximales, en el orden siguiente: mano, antebrazo y brazo (**categoría IA**). Evitar la zona interna de la muñeca al menos en 5 cm para evitar daño en el nervio radial, así como las zonas de flexión.
- En caso de presencia de flebitis la elección se hará: en primer lugar el otro miembro y en segundo lugar en el mismo miembro en una zona más proximal. No canalizar venas varicosas, trombosadas ni utilizadas previamente.
- Si se prevén PROCEDIMIENTOS INTERVENCIONISTAS, utilizar el BRAZO CONTRARIO a la zona donde se va a actuar. **Consultar Protocolos concretos según el procedimiento o técnica que se prevea realizar al paciente.**
- NO EMPLEAR LA EXTREMIDAD AFECTADA de un paciente al que se le ha practicado una extirpación ganglionar axilar (Ej: mastectomías).
- Tener en cuenta procesos previos: emplear la extremidad no afectada por ACV, por una FAV, por quemaduras.
- Elección del miembro no dominante (diestro – zurdo). En todo caso atender en lo posible las consideraciones del propio paciente.
- Si se prevé que al paciente le va a ser implantado un MARCAPASOS, procurar canalizar la vía en el MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO.
- Si se prevé que al paciente se le va a realizar un CATETERISMO CARDIACO procurar DEJAR LIBRES LAS MUÑECAS.



10. EJECUCIÓN

- Colocarse los guantes no estériles (categoría IA).
- Lavar la piel de la zona de punción con agua y jabón, y secar (los antisépticos no son efectivos en presencia de materia orgánica).
- Colocar el compresor entre 10 y 15 cm. por encima del punto elegido para punción. La colocación del compresor se realizará con suavidad, procurando evitar molestias al paciente. Las venas se rellenan mejor si el brazo cae por debajo del nivel del corazón del paciente, y la presión que necesitan para su llenado no debe ser excesiva.
- Utilizar los dedos índice y medio de la mano no dominante para palpar la vena.
- Aplicar la solución antiséptica elegida en la zona, realizando círculos de dentro a fuera (categoría IA). Dejar secar el tiempo indicado según el tipo de antiséptico (categoría IB). Usar preferentemente clorhexidina acuosa al 2% en spray, y en su defecto povidona yodada o alcohol al 70% (categoría IA).
- No volver a palpar el punto de punción tras la desinfección. Si fuera necesario volver a palpar, se usarán guantes estériles (categoría IA).
- Coger el catéter con la mano dominante. Fijar la piel con la mano no dominante para evitar desplazamiento de la vena. Insertar el catéter con el bisel hacia arriba y con un ángulo entre 15° y 30° (dependiendo de la profundidad de la vena), ligeramente por debajo del punto elegido para la venopunción y en dirección a la vena.
- Una vez atravesada la piel, se disminuirá el ángulo para no atravesar la vena.
- Introducir el catéter hasta que se observe el reflujo de sangre. Cuando esto ocurra, avanzar un poco el catéter e ir introduciendo la cánula a la vez que se va retirando la aguja o guía, hasta insertar completamente la cánula en la luz de la vena. **Una vez iniciada la retirada del fiador, no reintroducirlo, por el peligro de perforar el catéter.** Activar el sistema de seguridad y desechar la aguja en el contenedor de punzantes
- Retirar el compresor.

- Conectar al catéter la válvula de seguridad o llave de tres pasos (ya purgada).
- Si el catéter es para sueroterapia continua, conectar el equipo de infusión, previamente purgado, a la válvula de seguridad, abrir la llave de goteo y comprobar el correcto flujo de la perfusión y la correcta situación del catéter.
- **Si el catéter es para uso intermitente o para extracción de muestras, irrigarlo con suero fisiológico (3cc de jeringa monodosis de suero salino).**
- Fijar el catéter con **corbata de tira adhesiva (esparadrapo), de manera que no caiga sobre el punto de inserción.**
- Cubrir con apósito estéril el catéter fijado (**categoría IA**). La tira de esparadrapo NO deberá sobresalir del apósito, para evitar que se adhiera a la ropa y se pueda despegar.
- Se usará preferiblemente apósito de gasa, pero puede usarse apósito transparente.
- El apósito puede cubrir la válvula para facilitar su sujeción. Si es necesario ésta se sujetará con otra tira de esparadrapo.
- En pacientes agitados se puede reforzar la sujeción con vendajes, siempre que se revisen con frecuencia y se proteja por debajo la piel del paciente para evitar UPP.



- Fijar equipo de infusión con esparadrapo a la piel para evitar tracciones e iniciar perfusión al ritmo indicado.
- Recoger el material sobrante
- Retirarse los guantes y lavarse las manos.
- **Registrar la actividad en el programa Mambrino.**

MANTENIMIENTO:

- Irrigar el catéter siempre después de cada uso.
- Mantenimiento de la VÍA SECA: Si no se usa por un espacio de tiempo, **irrigar cada 8 horas con jeringa monodosis de 3cc suero salino**([categoría IB](#)).
- Mantenimiento de la VÍA INTERMITENTE: Irrigar con jeringa monodosis de suero salino **después de cada uso, y en cualquier caso cada 8 horas**.
- Si el catéter se usa exclusivamente para extracción de sangre, irrigar después con 3cc de suero salino monodosis. Será necesario, antes de la extracción, desechar los primeros 4 cc.
- Revisión del punto de inserción cada 24 h: palpar el punto de inserción del catéter a través del apósito para comprobar hipersensibilidad o endurecimiento de la zona ([categoría II](#))
- Si la palpación del punto de inserción del catéter es dudosa, retirar el apósito e inspeccionar visualmente el punto de inserción ([categoría II](#)). En este caso, realizar cura desinfectando el punto de inserción con antiséptico y posteriormente cubrir con nuevo apósito ([categoría IB](#)).
- Habrá que cambiar el apósito si está mojado, levantado o visiblemente sucio, desinfectando con antiséptico ([categoría IB](#)).
- El cambio de apósito puede ser doloroso: se puede facilitar su retirada empañándolo previamente con alcohol.
- En cualquier caso, si no es necesario hacerlo antes, el apósito completo se cambiará:
 - **El apósito de gasa c/ 3días.**
 - El apósito transparente c/7 días
- **Cambiar los sistemas de infusión cada 7 días** ([categoría IA](#)) y, en el caso de NPT, diariamente ([categoría IB](#)).
- Se podrían aprovechar conectados los sistemas para medicaciones hasta 96 h, teniendo en cuenta las posibles incompatibilidades e interacciones entre fármacos³.
- **Ya no se recomienda cambiar los catéteres rutinariamente, sino sólo cuando aparezcan complicaciones.**
- Retirar el catéter venoso tan pronto como deje de ser necesario ([categoría IA](#)).
- Si el catéter venoso ha sido canalizado sin seguir el protocolo, por una situación de emergencia, retirar en un tiempo máximo de 24 h. ([categoría II](#)).
- Mantener los puntos de conexión de la llave de tres pasos o de la válvula siempre tapados. Desechar los tapones y cambiar por nuevos cada vez que se use el catéter venoso ([categoría II](#))
- En caso de usar una válvula bidireccional, minimizar el riesgo de contaminación del catéter limpiando el acceso con antiséptico adecuado antes de su uso y acceder solamente con dispositivos estériles ([categoría IB](#)).
- En caso de obstrucción, no empujar el coágulo al torrente sanguíneo. Aspirar suavemente con una jeringa de 2 cc con suero salino, y en caso de no resolverse, cambiar el catéter.
- Advertir al paciente que debe comunicar cualquier molestia o cambio que perciba en la localización del catéter ([categoría II](#)).
- Se anotarán en todos los sueros la hora de comienzo, término y la medicación que contienen.
- Los sueros con medicación cuya duración sea de más de 24 horas se cambiarán cada día, para lo que será necesario anotar fecha y hora en el mismo. Esto es necesario porque muchas drogas no continúan activas tras 24 horas desde su preparación.

11. PROBLEMAS POTENCIALES

- Falta de cooperación del paciente (nerviosismo ante la punción, edad, agitación, desorientación). Tranquilizar al paciente y utilizar técnicas de distracción. Buscar la ayuda de otros profesionales.
- No visualización y / o falta de palpación de la vena. Aumentar la presión de compresión, posición del miembro a puncionar en declive, estimular el relleno venoso,...
- Hematoma, punción arterial, lesión nerviosa. Aplicar presión y hielo sobre la zona lesionada.
- Espasmo venoso. Utilizar catéter de calibre adecuado al vaso, dar tiempo para el relleno venoso.
- Rotura del catéter por la reintroducción del fiador en el catéter: embolismo por cuerpo extraño. No reintroducir el fiador en el catéter.
- Posición anómala del catéter. Comprobar permeabilidad del catéter.
- Alergias: látex, povidona yodada, esparadrapo, etc... Comprobar previamente alergias.
- Flebitis química o mecánica. Se evitará eligiendo venas del calibre adecuado y evitando zonas de fricción.
- Obstrucción. Se evitará irrigando rutinariamente el catéter en la forma indicada.
- Extravasación. Se evitará manteniendo un flujo de goteo adecuado al calibre de la vena y vigilando el punto de inserción.
- Salida del catéter. Se evitará fijando firmemente el catéter, sobre todo en pacientes poco colaboradores, con agitación o niños pequeños.
- Desconexión de los sistemas o retirada accidental de vías durante traslados:
Se trasladará a los pacientes con el mínimo número de perfusiones posible, preferiblemente con vía salinizada.
- Para evitar la interrupción de las perfusiones debido a la falta de bombas en las Unidades, **la enfermera y la auxiliar del servicio que recibe al paciente será informada de las perfusiones que lleva el paciente y se proveerá de las bombas necesarias.**
- Infección local o generalizada (sepsis). Se evitará desinfectando convenientemente la piel en el momento de la inserción y manteniendo en todo momento la asepsia en los procedimientos relacionados. No descuidar el lavado de manos y el uso de guantes.

12. INDICADORES DE EVALUACIÓN

La evaluación de este protocolo se realizará anualmente dentro del contrato de Gestión de Calidad del CHUA. Será evaluado por el supervisor de Calidad a través de los registros y auditorías. Para ello se comprobará que se cumplen las normas que se describen en él. El control del cumplimiento del protocolo estará a cargo del supervisor de cada Unidad.

13. SISTEMA DE REGISTRO

El registro de todas las actividades del Protocolo se realizará en el programa informático Mambrino.

Se cumplimentará el Formulario de Catéteres: fecha de inserción, tipo y calibre del catéter, zona de inserción, etc.

Area Funcional de Gestión de Albacete - Entorno de Producción v5.4 - Producción - Windows Inter...

Edad: 76 Años CONTROL DE ENFERMERIA E210 - 204-A

PROCESO DE URGENCIAS Sin alertas conocidas CARDIOLOGIA

Hoja Pase Visitas

Origen	Cama / Recurso	Ingreso / Cita	NHC	CP	Peticion
	204-A	09/11/2012 03:26	33842	CBMR276054911010	
	204-C	16/11/2012 01:14	163886	GLPR470445911013	
	205-A	16/11/2012 18:14	92907	DZGM360113911010	

22 paciente(s)

19/11/2012 13:16:00 Evolucion Enfermeria MARIA DOLORES MARTINEZ...

Pasa la mañana sin incidencias.
Glucemas elevadas, secreta insulina rapida en desayuno y comida.
Viene a visita al neurologo y comenta que tiene que ponerse el CRAP por la noche.

Ver Evolucion

Observaciones desde la fecha 01/11/2012 hasta la fecha 09/11/2012 con formato

Nombre	Latencia	Fecha C	Cateteres	por	Fecha Modificación
Estudio de sueño	1	15/11/2012 12:00		mb05	15/11/2012 12:00
Sonajes	0	12/11/2012 14:06		vivcm17	
ESCALA DE SOMNOLENCIA EPWORTH	1	12/11/2012 13:29		jc004	
UPP	0	12/11/2012 13:16		mb05	
Curas y Vendajes	0	12/11/2012 13:15		mb05	
Ata de Enfermería en Hospitalización	0	10/11/2012 11:17		ffm11	10/11/2012 11:17
Auxiliares de Enfermería	0	09/11/2012 17:46		wn062	19/11/2012 16:04
HISTORIA CLINICA UNIDAD DE CORON...	5	09/11/2012 12:26		fsam01	14/11/2012 09:55

CONCEPCION LAZARO CASTANER (Enfermero) COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE HOSPITALIZACION

Nueva Toma - Cateteres - 2538719 - PRUEBA NAÑA, PEPA

Fecha Toma: 21/01/2012 Hora Toma: 03:43:46

CATETERIZACION

CATETER FIBRADO 1

Fecha de inserción 1: 21/05/2012

Fecha de Retiro 1: 21/05/2012

Tipo 1: Corto

Calibre 1: 18

Localización I y II: Arteriovenoso

Localización I y II: Derecha

Valoración 1: Permeable

Cuidados 1: Cuidado de Sistema de Inserción

CATETER FIBRADO 2

Fecha de inserción 2: 21/05/2012

Fecha de Retiro 2: 21/05/2012

Tipo 2: Corto

Calibre 2: 18

Localización I y II: Arteriovenoso

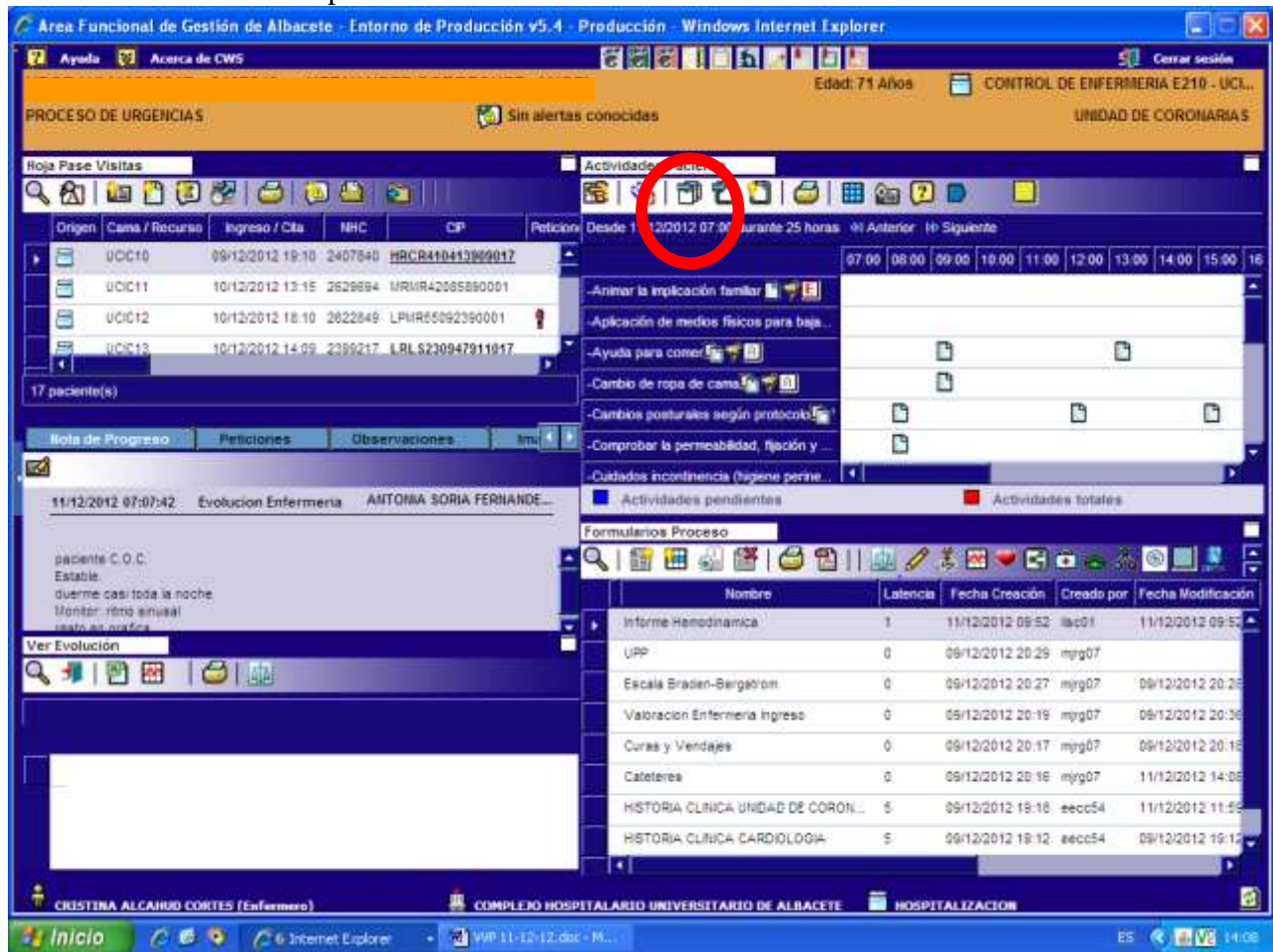
Localización I y II: Derecha

Valoración 2: Permeable

Cuidados 2: Cuidado de Sistema de Inserción

Aceptar

Una vez cumplimentado el formulario pasaremos a crear los cuidados correspondientes al mantenimiento de la Vía periférica.



Área Funcional de Gestión de Albacete - Entorno de Producción v5.4 - Producción - Windows Internet Explorer

Edad: 71 Años CONTROL DE ENFERMERIA E210 - UCL... UNIDAD DE CORONARIAS

PROCESO DE URGENCIAS Sim alertas conocidas

Hoja Pase Visitas

Actividades

Origen	Cama / Recurso	Ingreso / Cita	NHC	CP	Peticion
UCC10		09/12/2012 19:10	2407840	HRCR410443869017	
UCC11		10/12/2012 13:15	2628884	MRMR42085880001	
UCC12		10/12/2012 18:10	2622849	LPHR5092390001	
UCC13		10/12/2012 14:09	2359217	LRL8230947911017	

17 paciente(s)

Nota de Progreso Peticiones Observaciones Imu

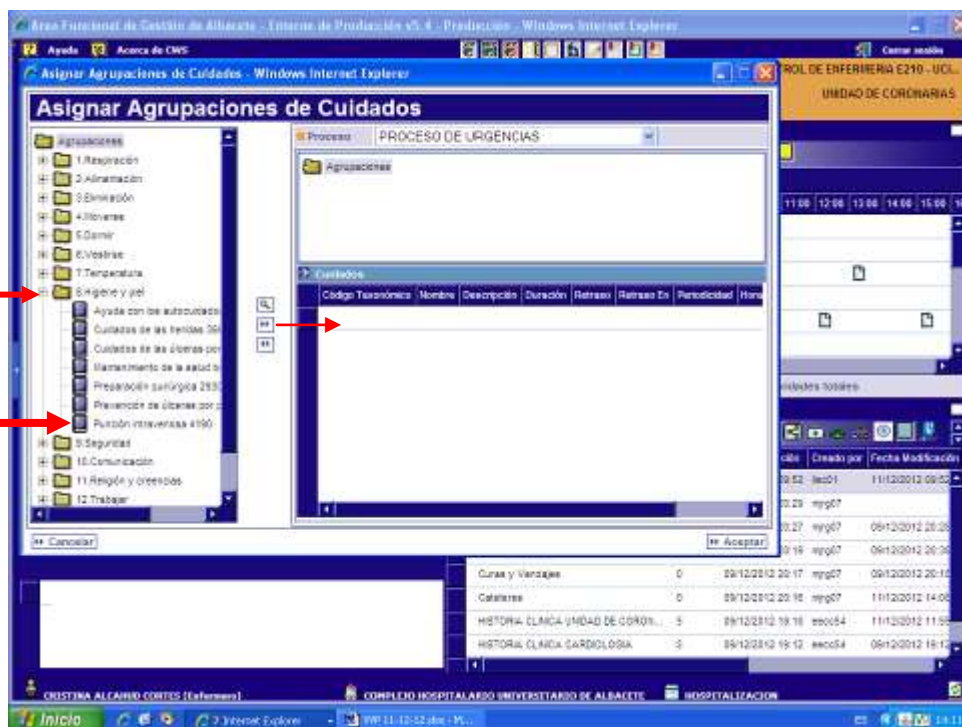
11/12/2012 07:07:42 Evolucion Enfermeria ANTONIA SORIA FERNANDE...

paciente C.O.C.
Estable
duerme casi toda la noche
Monitor ritmo sinusal
cateteres perf...

Ver Evolucion

Nombre	Latencia	Fecha Creación	Creado por	Fecha Modificación
Informe Hemodinamica	1	11/12/2012 09:52	lao01	11/12/2012 09:52
UPP	0	09/12/2012 20:29	mrg07	
Escala Braden-Bergstrom	0	09/12/2012 20:27	mrg07	09/12/2012 20:29
Valoracion Enfermeria Ingreso	0	09/12/2012 20:19	mrg07	09/12/2012 20:30
Curas y Vendajes	0	09/12/2012 20:17	mrg07	09/12/2012 20:18
Cateteres	0	09/12/2012 20:16	mrg07	11/12/2012 14:09
HISTORIA CLINICA UNIDAD DE CORON...	5	09/12/2012 19:18	eecc54	11/12/2012 11:55
HISTORIA CLINICA CARDIOLOGIA	5	09/12/2012 19:12	eecc54	09/12/2012 19:12

CRISTINA ALCAJALO CORTES (Enfermera) COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE HOSPITALIZACION



Área Funcional de Gestión de Albacete - Entorno de Producción v5.4 - Producción - Windows Internet Explorer

Asignar Agrupaciones de Cuidados

Asignaciones

Proceso: PROCESO DE URGENCIAS

Agrupaciones

Código Taxonómico	Nombre	Descripción	Duración	Retraso	Retraso En	Periodicidad	Hora

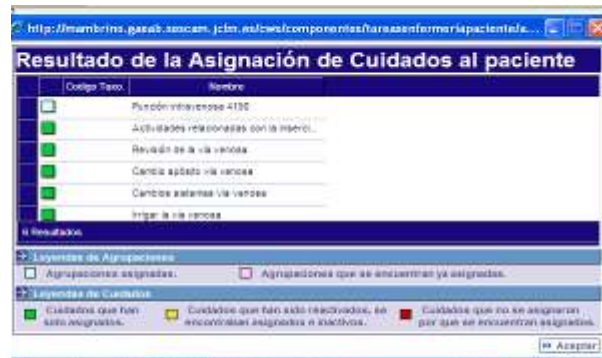
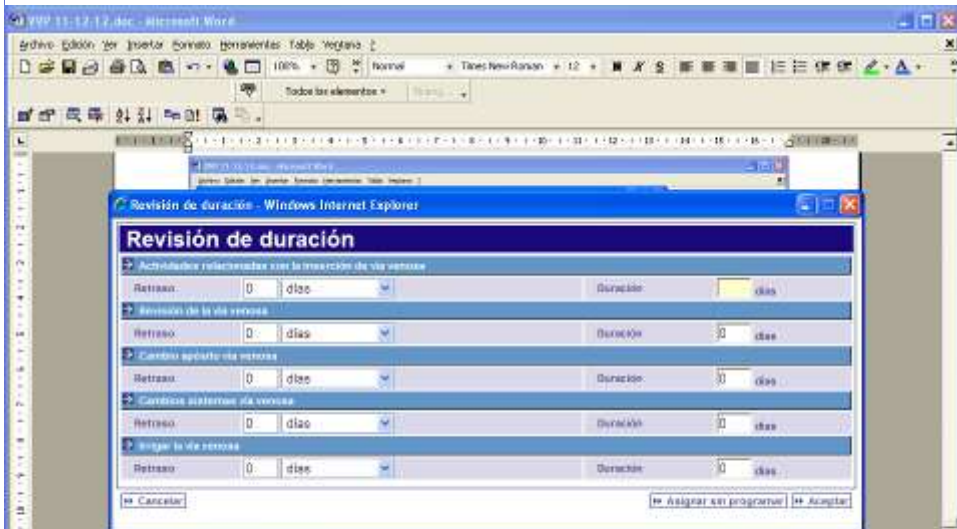
Curas y Vendajes 0 09/12/2012 20:17 mrg07 09/12/2012 20:18

Cateteres 0 09/12/2012 20:16 mrg07 11/12/2012 14:09

HISTORIA CLINICA UNIDAD DE CORON... 5 09/12/2012 19:18 eecc54 11/12/2012 11:55

HISTORIA CLINICA CARDIOLOGIA 5 09/12/2012 19:12 eecc54 09/12/2012 19:12

CRISTINA ALCAJALO CORTES (Enfermera) COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE ALBACETE HOSPITALIZACION



Debemos tener en cuenta que es conveniente registrar todos los datos posibles. Un registro adecuado será la principal herramienta para poder controlar el correcto cuidado de las vías.

14. NIVEL DE EVIDENCIA

Niveles de evidencia según el CDC (Centros de investigación, Control y Prevención de enfermedades infecciosas en E.E.U.U.)

Cada recomendación se clasifica en distintas categorías según su nivel de evidencia científica demostrada:

Categoría IA: Altamente recomendadas, sustentadas por estudios clínicos, experimentales o epidemiológicos bien diseñados.

Categoría IB: Altamente recomendadas, tienen un fuerte soporte racional y están sustentadas por algún estudio clínico experimental o epidemiológico.

Categoría II: Normas sugeridas, sustentadas por estudios clínicos o epidemiológicos reflexivos y principios teóricos consolidados.

Categoría NE: Evidencia y consenso insuficiente.

15. ALGORITMO DE DECISIONES

¿ES NECESARIA LA INSERCIÓN DE UN CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO?

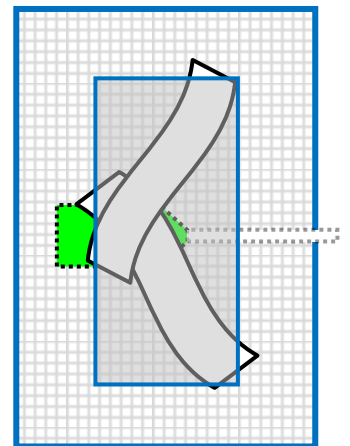
SÍ



LAVARSE LAS MANOS

ELEGIR PUNTO DE INSERCIÓN SEGÚN PATOLOGÍAS PREVIAS Y PROCESOS PREVISTOS: CIRUGÍA.

FIJACIÓN DEL CATÉTER CON CORBATA DE ESPARADRAPO QUE NO CAIGA SOBRE EL PUNTO DE INSERCIÓN Y APÓSITO ESTÉRIL



¿FLUIDOTERAPIA CONTINUA Ó USO INTERMITENTE?

FLUIDOTERAPIA CONTINUA

PREVISIÓN DE BOMBAS DE INFUSIÓN

TRASLADO DEL PACIENTE CON MÍNIMO N° DE PERFUSIONES

CAMBIO DE SISTEMAS DE SUERO CADA 7 DÍAS

USO INTERMITENTE

MANTENIMIENTO:
LAVADO CON JERINGA PRECARGADA DE SUERO SALINO DESPUÉS DE CADA USO Y EN CUALQUIER CASO CADA 8 HORAS



REGISTRO EN MAMBRINO:

- FORMULARIO DE PROCESOS
- ASIGNACIÓN DE CUIDADOS

16. VIGENCIA

Este protocolo se revisará en el plazo máximo de tres años. (2016)

17. BIBLIOGRAFÍA

1. American Society of Health-System Pharmacists. ASHP therapeutic position statement on the institutional use of 0.9% sodium chloride injection to maintain patency of peripheral indwelling intermittent infusion devices. American Journal of Hospital Pharmacy. 2006; 63 (13): 1273-1275.
2. Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections Centres for Disease Control. Recommendations and Reports, August 9, 2002.
3. Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections, 2011
4. Protocolo de canalización, mantenimiento y uso de la vía venosa periférica. Complejo Hospitalario de Albacete 2008. consultado el 10/07/2012. Disponible en:
<http://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/052741e559497139c56834383570d80c.pdf>
5. Protocolo de catéter periférico. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.1999. Consultado el 17/02/2008. Disponible en:
www.chospab.es/enfermeria/protocolos/originales/cateterPeriferico
6. The Joanna Briggs Institute. Management of Peripheral Intravascular Devices. Best Practise: evidence-bases practice information sheets for the health professionals.2008; 12(5): 1-4.
7. The Joanna Briggs Institute. Management of Peripheral Intravascular Devices. Best Practise: evidence-bases practice information sheets for the health professionals (Traducido).1998; 2(1): 1-6.