



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

AREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE ENFERMERIA

TEMA:

“MANEJO DE LA VIA VENOSA PERIFERICA POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA, GINECO OBSTETRICIA, PEDIATRIA Y CIRUGIA DEL HIAL, 2013”

TESIS DE INVESTIGACION PREVIA A LA OBTENCION DEL TITULO DE LICENCIADA EN ENFERMERIA.

DIRECTORA:

Lic.: GINA MONTEROS

AUTORA:

Dayana Mariuxi Rojas Carrión

LOJA-ECUADOR

2014

CERTIFICADO

Lic. Mgs.

Gina Monteros

DIRECTOR DE TESIS.

CERTIFICA:

Que la tesis **“MANEJO DE LA VIA VENOSA PERIFERICA POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA, GINECO OBSTETRICIA, PEDIATRIA Y CIRUGIA DEL HIAL, 2013”**, luego de haber sido revisada, cumple con los requisitos metodológicos, de fondo y forma por lo que autorizo su presentación, para que su autor, la Srta Dayana Mariuxi Rojas Carrión, obtenga el título de LICENCIADA EN ENFERMERIA.

Loja, 19 de Diciembre del 2013.

Atentamente:



LIC. GINA MONTEROS

DIRECTOR DE TESIS.

AUTORIA

Yo, Dayana Mariuxi Rojas Carrión, declaro ser autor del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual.

Autor: Dayana Mariuxi Rojas Carrión

Firma

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'D. Rojas', written over a horizontal dotted line.

Cedula: 1103794085

Fecha: 19 de diciembre 2013

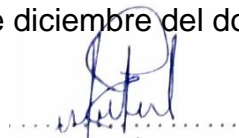
CARTA DE AUTORIZACION

Yo, Dayana Mariuxi Rojas Carrión, declaro ser autora de la tesis titulada **“MANEJO DE LA VIA VENOSA PERIFERICA POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA, GINECO OBSTETRICIA, PEDIATRIA Y CIRUGIA DEL HIAL, 2013”**, como requisito para optar para la licenciatura de Enfermería; autorizo al sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja, para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el repositorio digital institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la universidad.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 19 días del mes de diciembre del dos mil trece, firma el autor.

Firma:



Autor: DAYANA MARIUXI ROJAS CARRION

Cédula: 1103794085

Dirección: Cdla. Esteban Godoy. Calle José Robles Carrión 32-87 y Geovanny Calle

Correo Electrónico: mariuxi_10day@hotmail.com

Teléfono: 072548601

Celular: 0959812396

MIEMBROS DEL TRIBUNAL:

- PRESIDENTA: LIC. BALBINA CONTENTO
- VOCAL : LIC. ROSA ARAUJO
- VOCAL: DRA. MERY ORDOÑEZ

AGRADECIMIENTO

El presente trabajo de tesis, me gustaría agradecerle a ti Dios por bendecirme para llegar hasta donde he llegado, porque hiciste realidad este sueño anhelado.

También quiero expresar mi más profundo agradecimiento a mi familia y a quienes con su aliento y permanente disposición me han apoyado en todo momento, y fueron los ingredientes especiales que hoy me han permitido lograr esta realidad.

A la Universidad Nacional de Loja por darme la oportunidad de estudiar y ser un profesional.

A mi directora de tesis, Mgs. Gina Monteros por su esfuerzo y dedicación, quien con sus conocimientos, su experiencia, su paciencia y su motivación ha logrado en mí que pueda terminar mis estudios con éxito.

También me gustaría agradecer a mis profesores durante toda mi carrera profesional porque todos han aportado con un granito de arena a mi formación, Son muchas las personas que han formado parte de mi vida profesional a las que me encantaría agradecerles su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de mi vida. Gracias por formar parte de mí, por todo lo que me han brindado y por todas sus bendiciones.

DAYANA ROJAS

DEDICATORIA

Al señor mi Dios Porque en él todo empieza porque ha guiado mis pasos, me supo levantar en mis momentos más difíciles y que me ha bendecido día a día con su gracia y su poder infinito.

A mis Padres en especial a mi madre que con mucho sacrificio, esmero y apoyo supo llevarme a mi superación en mis estudios como en todos los ámbitos de mi vida. De la misma manera dedico este trabajo a mis hermanos que con sus palabras de aliento supieron darme fuerzas en los momentos más difíciles de mi vida.

A mi esposo gracias a su comprensión, su cariño y amor y apoyo me supieron demostrarme que con esfuerzo, dedicación y amor se cumplen los anhelos, y metas trazadas en mi vida. A mi hija que con su inocencia y ternura, me da fuerza cada día para seguir adelante.

Dayana M. Rojas Carrión.

RESUMEN

El presente estudio es de tipo descriptivo y tiene como finalidad caracterizar el procedimiento de la cateterización de la vía venosa periférica realizado por 27 enfermeras que laboran en los servicios de Medicina Interna, Gineco-Obstetricia, Pediatría y Cirugía del Hospital Isidro Ayora de Loja del 2013, a las cuales se les realizó tres observaciones e identificación de las complicaciones más frecuentes derivadas del procedimiento en pacientes atendidos en estos servicios, los resultados señalan que las profesionales tienen conocimientos sobre la anatomía de las venas y selección adecuada de los vasos sanguíneos a canalizar, evitando zonas de flexión, así mismo casi la totalidad de las profesionales llevan a cabo correctamente los pasos durante y después de la canalización sugeridos en la bibliografía.

Sin embargo son los pasos y cuidados previos al procedimiento que no se cumplen la rigurosidad que exige la cateterización venosa así: 85% no se lava las manos; 88.8% no se coloca guantes; 96.2% no realiza la asepsia de la zona en el tiempo y forma recomendados; 74% no realiza el corte de vello excesivo a pacientes que lo requieren; 77% tocan otras superficies; y 100% no pregunta sobre antecedentes de alergia al yodo.

Entre las complicaciones relacionadas con la cateterización de vía venosa periférica en pacientes atendidos en los servicios investigados se encontró: obstrucción y formación de coágulos, infiltraciones, flebitis y hematomas.

SUMMARY

The present study is of descriptive type and she has as purpose to characterize the procedure of the cateterización of the outlying veined road carried out by 27 nurses that work in the services of Internal Medicine, Gineco - Obstetrics, Pediatrics and Surgery of the Hospital Isidro Ayora of Loja the 2013, to which were carried out three observations and identification of the derived more frequent complications of the procedure in patients assisted in these services, the results point out that the professionals have knowledge on the anatomy of the veins and appropriate selection of the sanguine glasses to channel, avoiding flexion areas, likewise almost the entirety of the professionals carries out correctly the steps during and after the canalization suggested in the bibliography.

However they are the steps and previous cares to the procedure that the rigurosidad is not completed that demands this way the veined cateterización: 85% doesn't wash his hands; 88.8% is not placed gloves; 96.2% doesn't carry out the asepsis of the area in the time and recommended form; 74% doesn't carry out the cut of excessive body hair to patients that require it; 77% plays other surfaces; and 100% doesn't ask on allergy antecedents to the iodine.

Among the complications related with the cateterización of via veined outlying in patients assisted in the investigated services he/she was: obstruction and formation of clots, infiltrations, phlebitis and hematomas.

TEMA

“MANEJO DE LA VIA VENOSA PERIFERICA POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA, GINECO OBSTETRICIA, PEDIATRIA Y CIRUGIA DEL HIAL, 2013”

INTRODUCCION

El rol fundamental de la enfermera consiste en ayudar al individuo enfermo o sano a conservar o a recuperar la salud.

La práctica de enfermería se basa en la ejecución de conocimientos científicos, técnicos y humanísticos, así como la capacidad de asumir responsabilidades que son llevadas a cabo de manera autónoma por el profesional de enfermería.

Dentro de los cuidados que proporcionan las y los profesionales de enfermería a pacientes hospitalizados, se encuentra las relacionadas con el tratamiento de las patologías a través de la administración de medicamentos y soluciones por vía intravenosa, para lo que es necesario la cateterización de una vía periférica o procedimiento de venopunción, cuyo objetivo principal es acceder al torrente venoso con fines terapéuticos y/o diagnósticos.¹

Indudablemente la terapia intravenosa aporta múltiples beneficios en la atención de los pacientes, al tiempo que el acceder a los vasos sanguíneos puede asociar complicaciones, leves y localizadas como la flebitis, hematomas, obstrucción, formación de coágulos e infiltraciones pero que en otras ocasiones pueden llegar a ser más graves o sistémicas como el embolismo, Núñez y Sánchez realizo un estudio, con 90 pacientes hospitalizados en la sala de cirugía quienes presentaron las siguientes complicaciones relacionadas con la

¹ Hospital Reina Sofia. Accesos venosos centrales. España tomado en : <http://www.enfermeriadeurgencias.com>. fecha de consulta septiembre del 2013

cateterización de vía venosa periférica: flebitis 30-35%, las obstrucciones y formación de coágulos 33%, la infiltración 22%.²

Tal es la importancia de las complicaciones asociadas a la vía venosa periférica que cualquier complicación para el paciente por leve que sea este, les produce disconfort ya sean estos, cambios en la localización del catéter, limitación de movimiento, desajustes en la terapéutica, etc.

El avance de los últimos veinte años ha sido marcado, al introducir materiales que causan menor reacción a nivel local, disminuye la colonización de bacterias y notoria reducción en el calibre de la cánula periférica. A pesar de los avances obtenidos, no se ha logrado establecer un protocolo de manejo de los catéteres venosos periféricos que ofrezcan seguridad en la disminución de complicaciones al colocar una cánula periférica, lo único que es cierto es que el estricto uso de la técnica aséptica en la realización del procedimiento disminuyen las complicaciones.³

Por lo que el propósito de este estudio es caracterizar el procedimiento del manejo de la vía venosa periférica por parte del profesional de enfermería en los servicios de Medicina Interna, Gineco- Obstetricia, Pediatría y Cirugía, del

² De Elegido MA, Núñez RA, Ruiz A, Sánchez MR. "Protocolo de canalización, mantenimiento y uso de la vía venosa periférica". Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Disponible en: http://www.chospab.es/enfermeria/protocolos/originales/via_periferica.pdf

³ Carballo M, Llina M, Feijoo M, Flebitisencate periféricos: incidencia y factores de riesgo. RevEnferm 2010; 27: 25-32, fecha de consulta Julio 16 del 2013

Hospital Regional Isidro Ayora de Loja, antes, durante y después de la cateterización de la vía venosa periférica, identificar las complicaciones que se presentan los pacientes sometidos a este procedimiento y elaborar una guía para la cateterización y cuidados de la vía venosa periférica, por parte del personal de enfermería de los servicios investigados.

ANATOMÍA DE LAS VENAS

Las del miembro superior se dividen en superficiales y profundas. Estas dos categorías de venas se comunican entre sí por medio de numerosas anastomosis desprovistas de válvulas.

VENAS PROFUNDAS

Las venas profundas acompañan a las arterias. Son dos por cada arteria y adoptan su mismo nombre. Por lo tanto, existen dos venas radiales, dos venas cubitales. Solo la arteria axilar se halla acompañada de un único tronco venoso, la vena axilar, las venas profundas están provistas de válvulas, al igual que sus colaterales (afluentes). Estas poseen siempre, en su desembocadura en el tronco colector, un par de válvulas llamadas ostiales.

VENAS SUPERFICIALES

VENAS SUPERFICIALES DE LA MANO Y DEDOS

En los dedos de la mano, las venas superficiales están muy desarrolladas en la cara dorsal; por lo contrario, en la cara palmar están constituidas por una red de pequeñas vénulas, en la cara dorsal de los dedos comienzan en la red venosa subungueal, que se vierte en la vena periungueal, concéntrica a la raíz de la uña. Los arcos venosos digitales se unen unos con otros en los espacios que separan las cabezas metacarpiana dorsal. Las venas metacarpianas dorsales

ascienden por la cara dorsal de la mano y se anastomosan, formando una red, el arco venoso dorsal.

VENAS SUPERFICIALES DEL ANTEBRAZO Y DE LA FOSA DEL CODO

Las redes venosas de la mano dan origen a varios troncos principales, que se convierten en los troncos colectores de las venas del antebrazo. Son la vena cefálica, la vena basílica, la vena cefálica accesoria y la vena mediana del antebrazo.

La vena cefálica (radial superficial) es continuación de la vena cefálica del pulgar y de la extremidad lateral de la red venosa dorsal; asciende por la cara lateral del antebrazo y se localiza en la fosa del codo en el surco bicipital lateral. En la fosa del codo, la vena cefálica o una de sus ramas reciben de algunas venas profundas, generalmente una de las venas braquiales, una rama anastomótica, casi siempre avalvular, llamada vena comunicante del codo.

La vena basílica (cubital superficial) es continuación de la vena metacarpiana dorsal del meñique y de la extremidad medial de la red venosa dorsal. La vena cefálica radial (radial) accesoria procede de la cara posterior del antebrazo, contornea su borde lateral hacia el límite inferior de la fosa del codo y se une, superomedialmente al epicóndilo lateral, con la vena cefálica.

La vena mediana del antebrazo asciende por la parte media de este, si bien puede hallarse ausente. Al llegar al tercio superior del antebrazo, se divide en

dos ramas: la vena mediana cefálica lateral, que se une a la vena cefálica, y la vena mediana basílica medial, que desemboca en la vena basílica.

VENAS SUPERFICIALES DEL BRAZO

La cara anterior del brazo esta recorrida por las venas basílica y cefálica, cuya formación hemos descrito. La vena basílica asciende a lo largo del borde medial del bíceps braquial y atraviesa la fascia del brazo hacia la parte media o el tercio superior del brazo. Convertida en vena profunda, se vierte, después de un trayecto de algunos centímetros, en la vena braquial medial; a veces se extiende hasta vena axilar.⁴

MANEJO DE LA VÍA VENOSA PERIFÉRICA

VENOPUNCIÓN

La venopunción es “la técnica que consiste en puncionar transcutáneamente una vena con una aguja de acero unida a una jeringa o un catéter, o con un estilete rígido y agudo, o con un catéter de plástico flexible en su interior”; esta definición engloba de forma amplia y precisa el concepto de venopunción, pero para enfermería es importante el término periférica, éste se refiere a la vena que he encuentran localizada en la periferia del organismo, con excepción de las venas centrales como la aorta, la cava, entre otras que solo son

⁴ H. ROVIERE, otros, ANATOMIA HUMANA, TOMO III, edición 10ma, año2011, pag 163-166, fecha de consulta Mayo 21 del 2013

puncionadas por los médicos por la gran problemática que representa el cometer un error en una vena de esta magnitud.

Por lo general, los profesionales de enfermería tienen preferencia por las venas de las extremidades. Las venas de las extremidades superiores están relativamente exentas de riesgos y son de fácil acceso, de modo que se utilizan con mayor frecuencia. Las de las extremidades inferiores se usan pocas veces, tal vez por el alto riesgo de trombo embolia.

UTILIDAD DE LA VENOPUNCIÓN

Este procedimiento se realiza por varios motivos entre los que se encuentran: “extraer una muestra de sangre, realizar una flebotomía, administrar una medicación o una infusión intravenosa o inyectar una sustancia radio opaca para explorar radiológicamente una parte o sistema del organismo”. Entre otro de los usos por los que se realiza este procedimiento, según el Manual de Cuidados Intensivo, se pueden mencionar: “pauta de sueroterapia y para insertar catéteres de control diagnóstico y terapéuticos”.⁵

La venopunción periférica puede ser utilizada en muchos casos también para la administración de hemoderivados, para la preparación previa a una cirugía, para la administración de químicos vesicantes como la quimioterapia y para otras situaciones que la requieran. La utilización de la cateterización de la vía

⁵ Dougherty L, ListerS (2008). The Royal Mars de Manual of Clinical Nursing Procedures. Oxford Wiley- Blackwell. Fecha de consulta Mayo 21 del 2013

venosa periférica está recomendada en tratamientos cortos y poco agresivos. El juicio de la enfermera/o será imprescindible, valorando al paciente en cuanto a los patrones de seguridad, actividad, estado emocional, necesidad de hidratación alimentación. Los profesionales de enfermería deben poseer una base científica que sustente sus acciones para realizar cualquier procedimiento dirigido al cuidado del enfermo.⁶

Por todo esto, es importante que el profesional de enfermería tenga conocimientos del uso que se le dará a la venopunción periférica porque de ello va a depender la elección del sitio de inserción, el calibre del catéter a elegir y si es posible la calidad del mismo.

Al respecto, A. Tórtola, (1997) señala que para elegir el catéter, se debe tener en cuenta lo siguiente:

- ✓ Preferiblemente en extremidades superiores, evitando zonas de flexión. No canalizar venas varicosas, trombosada, ni utilizadas previamente.
- ✓ Evitar repetir intentos de punción en la misma zona por la formación de hematomas.
- ✓ Tener en cuenta la actividad del paciente: movilidad, agitación, alteración del nivel de conciencia, eligiendo la zona menos afectada.
- ✓ Tener en cuenta el tipo de solución a administrar; quimioterapia, concentrados de hematíes, entre otros, necesitan venas fuertes.

⁶ BERRY, C y KOHNS, B. (1998). Técnica de Quirófano. 7ma Edición. McGraw Hill Interamericana, México. fecha de consulta Mayo del 2013

- ✓ Tener en cuenta la probable duración del tratamiento intravenoso: tratamientos largos requieren venas fuertes, rotación de los puntos de inserción desde las zonas distales a las proximales.
- ✓ En caso de presencia de flebitis la elección se hará: en primer lugar en el miembro sin flebitis, en segundo lugar en una zona más próxima a la línea media del cuerpo que la flebitis.
- ✓ Si se preveen procedimientos (ej. Quirúrgicos) utilizaremos el brazo contrario a la zona de la que va a ser intervenido.
- ✓ No emplear la extremidad afectada de un paciente al que se le ha practicado una extirpación ganglionar (ej. Las mastectomías).
- ✓ Tener en cuenta en procesos previos: arterio-venosa, por quemaduras, por la implantación de marcapasos, etc., emplear la extremidad contraria no afectada por A.C.V., por una fístula.
- ✓ Elección del miembro menos utilizado según sea el paciente diestro o zurdo.
- ✓ Niveles altos de flujo requieren venas de amplio calibre.
- ✓ Al perfundir soluciones irritantes (hipertónica, bicarbonatos, antiarrítmicos o hemoderivados se requiere un adecuado flujo sanguíneo que posibilite una rápida hemodilución para evitar la irritación del endotelio venoso, por lo que el catéter no puede ocupar totalmente la luz de la vena y el paso de un flujo suficiente de sangre.

- ✓ Debe optarse siempre por el catéter más corto y de menor calibre, que oferte las prestaciones requeridas.
- ✓ Otros criterios a tomar en cuenta en el momento de seleccionar la vena que se va a punzar son:
 - ✓ Preguntar al paciente sobre sus preferencias.
 - ✓ Preferiblemente del dorso de la mano. Como segunda preferencia las de la cara anterior del antebrazo: Venas cefálicas, mediana, basilíca o antebraquial.
 - ✓ Prioridad en el miembro contralateral a la predominancia (en individuos diestros el izquierdo o viceversa).
 - ✓ Elegir venas no puncionadas anteriormente
 - ✓ Visibles o palpables
 - ✓ De trayecto relativamente rectilíneo
 - ✓ Evitar áreas articulares (flexura del codo y muñeca)
 - ✓ Desestimar venas varicosas y de trayecto sinuoso
 - ✓ Desestimar venas de miembros inferiores en adultos mayores
 - ✓ Desestimar venas de miembros lesionados, o sobre los que se vaya a aplicar tratamiento quimioterápico. ⁷

⁷ Hospital Clínico Universidad de Chile Departamento de Enfermería, protocolo de inserción y mantenimiento de catéteres centrales, fecha consultado mayo 2013.

Por todo lo expuesto, se puede inferir que para la realización del procedimiento de venopunción periférica hay que tomar en cuenta los factores que implican un grado de importancia para su ejecución.

- La contextura; en los obesos al palpar una vena se hace difícil, por lo tanto es recomendable usar catéteres de calibre pequeño pero un poco más largos, en personas delgadas preferiblemente usar catéteres pequeños porque el grosor de la piel es poco.⁸

- Patologías existentes, existen patologías que hacen que el sistema venoso se vuelva frágil y tortuoso, como es el caso de pacientes renales, con trombosis, con arteriosclerosis, entre otros.

- La calidad del catéter reviste especial importancia porque existen catéteres que su material produce reacciones en la piel, lo cual conlleva a la formación casi inmediata de flebitis, también algunos catéteres presentan roturas en su recorrido en el inicio del mismo.⁹

⁸ Alexander M, (2011). Infusion Nursing Standads de practic. Tournal ofintravenosa Nursing23(6).

⁹ DICCIONARIO DE MEDICINA OCÉANO Mosby (1994) Editorial Mosby. 2ª edición. Fecha de consulta mayo del 2013

CANALIZACIÓN DE LA VÍA VENOSA PERIFÉRICA

El acceso a la circulación sanguínea se realiza mediante la inserción de un catéter compuesto de dos agujas, una externa por lo que es de plástico (angiocateter) y otra aguja de metal que permitirá acceso a la vena.

La canalización de la vía venosa periférica es uno de los procedimientos realizado por las enfermeras(os) con mayor frecuencia en su práctica diaria. La canalización de vías periféricas puede hacerse en todas las venas visibles o palpables a través de la piel, pero la elección de la vena más adecuada dependerá de criterios como su accesibilidad, el tratamiento farmacológico y fluidos a administrar, el tiempo estimado de permanencia, punciones anteriores, y por supuesto la habilidad técnica del enfermero. Además, debemos elegir el catéter de forma individualizada a cada situación, conociendo sus características, dimensiones y forma de inserción.¹⁰

PROCEDIMIENTO DE LA CATETERIZACIÓN DE VÍA VENOSA PERIFÉRICA

1. ANTES DEL PROCEDIMIENTO DE CANALIZACIÓN DE VÍA PERIFÉRICA

Verificar indicación médica

Antes de iniciar la canalización de vía venosa periférica, la enfermera verifica primero la indicación médica en la historia clínica, esto es necesario para identificar el paciente correcto y su indicación respectiva, ya que en el desempeño del profesional de enfermería se da cumplimiento a la indicación

¹⁰ Nieto G. "Canalización de vías periféricas en urgencias indicador de calidad" 2008. Fecha de consulta diciembre del 2013

médica, éstas comprenden decisiones terapéuticas las cuales deben ser respaldadas por notas (escritas) y firmadas por el médico tratante, y que deben ser acatadas por enfermera. Además en la historia clínica se identifica si el paciente es o no alérgico a algún medicamento.¹¹

Explicarle el procedimiento

Que se le va a realizar al paciente para que este nos pueda colaborar.

Preparación del equipo intravenoso

Extraer los tubos del paquete y estirarlos, dejar los extremos de los tubos cerrados con las tapas de plástico hasta que se vaya a iniciar la perfusión. Esto mantendrá la esterilidad de los extremos de los tubos, seguidamente conectar el equipo según la secuencia e indicaciones del mismo. Ajustar el pie de suero de forma que el contenedor quede suspendido como a un metro por encima de la cabeza del paciente, para que el contenido ingrese continuamente por gravedad, cuando se inicie la perfusión; llenar parcialmente la cámara de goteo con solución presionando la cámara con suavidad hasta que esté medio lleno.

Lavado de manos

El lavado de manos con agua y jabón antiséptico, cuya fricción es entre 10 a 15 segundos. Secar con toalla de papel desechable y cerrar el grifo usando el papel toalla, evitando el contacto de las manos con el grifo. El correcto lavado de manos disminuye el riesgo de transmisión de microorganismos patógenos al organismo, cuando no es posible acceder a este procedimiento, se puede

¹¹ Procedimiento. Elección de la vena en un acceso venoso periférico (código TIV 01). [Http: //www.Index-f.com/evidencia/n9/221 articulo.php](http://www.Index-f.com/evidencia/n9/221_articulo.php). ISSN: 1697 – 638X. fecha de consulta mayo del 2013

sustituir por la aplicación de alcohol al 70% esta tiene una actividad antimicrobiana que desnaturaliza las proteínas de los microorganismos.

Selección del catéter y elección del punto de inserción

Se deberá elegir el catéter de menor calibre posible, en función de su propósito, 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 infundan. 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, en adultos priorizar las extremidades superiores a las inferiores

b. Priorizar venas distales sobre proximales, en el orden siguiente: mano, antebrazo y brazo. 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.

c. 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

d. Si se prevén procedimientos intervencionistas, utilizar el brazo contrario a la zona donde se va a actuar.

e. No emplear la extremidad afectada de un paciente al que se le ha practicado una extirpación ganglionar axilar (Ej: mastectomías).

f. Tener en cuenta procesos previos: emplear la extremidad no afectada por ACV, por quemaduras, por implantación de marcapasos, etc.

g. Elección del miembro no dominante (diestro – zurdo). En todo caso atender en lo posible las consideraciones del propio paciente¹²

2. DURANTE EL PROCEDIMIENTO DE CANALIZACIÓN DE VÍA PERIFÉRICA

TÉCNICA

- Colocarse los guantes no estériles
- 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.
- 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. Dejar secar el tiempo indicado según el tipo de antiséptico. Usar preferentemente clorhexidina acuosa al 2%, y en su defecto povidona yodada o alcohol al 70%.
- No volver a palpar el punto de punción tras la desinfección. Si fuera necesario volver a palpar, se usarán guantes estériles

¹² Protocolo de catéter periférico. Consultado y Disponible www.chospab.es/enfermeria/protocolos/originales/cateterPeriferico. Fecha de consulta mayo 2013

- 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, irrigarlo con suero fisiológico (1cc de ampolla monodosis).¹³

¹³ Hospital Reina Sofía. Accesos venosos centrales. España tomado en : <http://www.enfermeriadeurgencias.com>. Fecha de consulta mayo 2013

3. DESPUÉS DEL PROCEDIMIENTO DE LA CANALIZACIÓN DE LA VÍA VENOSA PERIFÉRICA

- Fijar el catéter con tira adhesiva (esparadrapo), de manera que no caiga sobre el punto de inserción
- Cubrir con apósito estéril el catéter fijado. La tira de esparadrapo deberá sobresalir del apósito, para permitir su cambio sin peligro de arrancar la vía. El apósito no cubrirá la válvula para facilitar su manejo. Si es necesario ésta se sujetará con otra tira de esparadrapo.
- 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 la hoja de registros

Irrigar el catéter siempre después de cada uso. Si no se usa por un espacio de tiempo, irrigar cada 8 horas. Usar 1 cc de suero salino de ampolla monodosis.¹⁴

- Si el catéter se usa exclusivamente para extracción de sangre, irrigar después con 1cc de solución de heparina a 20 ui/ml. Será necesario, antes de la extracción, desechar los primeros 4 cc.

¹⁴ CARPENITO, L (1993) Planes de cuidado y documentación en enfermería. 1era Edición, Editorial Mc. Graw – Hill Interamericana. Fecha de consulta mayo 2013

- 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

- Si la palpación del punto de inserción del catéter es dudosa, retirar el apósito e inspeccionar visualmente el punto de inserción. En este caso, realizar cura desinfectando el punto de inserción con antiséptico y posteriormente cubrir con nuevo apósito.

En cualquier caso, el apósito completo se cambiará cada 72 h. desinfectando el punto de inserción. También habrá que cambiar el apósito si está mojado, levantado o visiblemente sucio.

- Cambiar los sistemas de infusión cada 72 horas y, en el caso de NPT, diariamente. Se recomienda cambiar la vía venosa periférica cada 72 horas, rotando las zonas de punción.

- Retirar el catéter venoso tan pronto como deje de ser necesario, si el catéter venoso ha sido canalizado sin seguir el protocolo, por una situación de emergencia, retirar en un tiempo máximo de 24 h.

- Mantener los puntos de conexión de la llave de tres vías o de la válvula siempre tapados. Desechar los tapones y cambiar por nuevos cada vez que se use el catéter venoso

- 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.

- 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.¹⁵

COMPLICACIONES RELACIONADAS CON LA CANALIZACION DE VÍA VENOSA PERIFÉRICA

Flebitis.- se define como la inflamación de una vena, relacionada con la irritación química o mecánica a su vez ambas. Se caracteriza por eritema y aumento de la temperatura entorno al sitio de inserción, o en el trayecto de la vena, además de inflamación. El índice de flebitis aumenta con la cantidad de tiempo que se encuentre colocada la cánula o el medicamento.

Hematomas.- el hematoma ocurre a causa de derrame sanguíneo en los tejidos que rodean el sitio de la inserción. Puede deberse a la perforación de la pared venosa opuesta durante la venopunción, a deslizamiento de la aguja fuera de la vena o aplicación de presión insuficiente en el sitio una vez que se retiró la aguja o el catéter.

Obstrucción y formación de coágulos.- la formación de coágulos de sangre en la línea IV puede deberse a cánulas o catéteres enroscados, velocidad

¹⁵ KOZIER, B. ERB, G y BUFALINO P(2008). El procedimiento de atención de Enfermería: un enfoque científico. Manual Moderno SA de CV. Fecha de consulta mayo 2013

extremadamente lente de la infusión, bolsa IV vacía o no haber limpiado la línea IV después de administrar medicamentos o soluciones intermitentes.

Los signos y síntomas de esta complicación son disminución en la velocidad del flujo y regreso del flujo sanguíneo a la sonda intravenosa.

El tratamiento requiere retirar la aguja o el catéter y aplicar presión con apósito esterilizado; colocar una bolsa de hielo durante 24 horas en el sitio, seguida de una compresa tibia para aumentar la absorción de sangre; valorar el área afectada, y volver a iniciar la infusión en la otra extremidad.

Infiltración.- es la administración de una solución o medicamento no vesicante en el tejido circundante. Esto puede ocurrir cuando la cánula IV se desaloja o perfora la pared de la vena. La infiltración se caracteriza por edema en el sitio de punción, dolor y otras molestias en el área de infiltración, así como disminución significativa de la velocidad del flujo. Cuando la solución es irritante, puede haber esfacelación.

Una forma sencilla de reconocer una infiltración es cuando el área de inserción es más grande que la propia región del miembro contralateral. Sin embargo la infiltración no siempre es evidente. Un concepto erróneo es que el fluido retrogrado de sangre hacia la sonda demuestra que la cánula está bien introducida en la vena. No obstante, en caso de que la punta del catéter haya perforado la pared de la vena, la solución intravenosa se derrama en los

tejidos, además de fluir por la vena; la infiltración se produce aunque se observe retorno sanguíneo. Una forma confiable de confirmar la infiltración es aplicar un torniquete en sentido proximal al sitio de infusión y apretarlo lo suficiente para restringir el fluido venoso.¹⁶

¹⁶ BRUNNER L. y SUDDARTH, D BRUNNER (2009). **Manual de Enfermera médico quirúrgico**. Nueva Editorial Interamericana. México, DF. Fecha de consulta mayo 2013

MATERIALES Y METODOS

TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo, porque se detalla el momento en que ocurre un evento único del presente, observando fuentes vivas, sin modificar el acontecimiento.

UNIVERSO

Para la presente investigación el universo, estuvo conformado por 27 licenciadas de enfermería que laboran en áreas de Medicina Interna, Ginecología Obstetricia, Pediatría y Cirugía del HIAL.

TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica que se utilizó fue la observación con un instrumento que fue una guía para registrar los acontecimientos, la cual estuvo conformada por 30 ítems de la escala dicotómica si-no, con el propósito de verificar la técnica que emplean las profesionales de enfermería en el manejo de la vía venosa periférica.

Anexo 1; a cada enfermera se le realizó 3 observaciones de la canalización de la vía venosa periférica para ello se verificó en los horarios de cada servicio el turno que les tocaría cada una de ellas y esperar a que realicen la cateterización venosa periférica, de la misma manera se realizó otra guía para detectar las complicaciones de una cateterización de vía venosa periférica observando a 25 pacientes hospitalizados en los servicios investigados.

ANALISIS DE RESULTADOS

TABLA # 1

CUIDADOS DE ENFERMERIA ANTES DE LA CATETERIZACION DE LA VIA VENOSA PERIFÉRICA.*

INDICADORES	SI		NO	
	f	%	f	%
1. Información y material				
Verifica la indicación medica	19	23.4	62	76.5
Informa al pte sobre el procedimiento que se le va a realiza	68	83.9	13	16.0
Preparación del equipo intravenoso	77	95.0	4	4.9
2. Lavado de manos				
Se retira las prendas	15	18.5	66	81.4
Lavado de manos	12	14.8	69	85.1
se coloca jabón antiséptico	12	14.8	69	85.1
Frota las manos y los espacios interdigitales	10	12.3	71	87.6
Se seca las manos	12	14.8	69	85.1
Evita el contacto con otras superficies	2	2.4	79	97.5
3.utilizacion de guantes				
Se coloca guantes para realizar el procedimiento	9	11.1	72	88.8
Evita el contacto de los guantes con otras superficies	4	4.9	77	95.0

4. Ubicación anatómica Considera como primera opción las venas de las extremidades superiores	81	100	0	0
Considera las venas más distales como primera elección	0	0	81	100
Evita las zonas de flexión que impiden la mejor movilización del paciente	75	92.5	6	7.4
Palpa la vena para evaluar su elasticidad	81	100	0	0
5. Asepsia y antisepsia Corta el exceso de vellos	21	25.9	60	74.0
Interroga al Pte. sobre alergias (alcohol, yodo)	0	0	81	100
Limpia la zona en forma circular del centro a la periferia	23	28.3	58	71.6
Aplica solución antiséptica por 60seg	3	3.7	78	96.2
Elimina los restos de soluciones con una gasa estéril.	46	56.7	35	43.2

Fuente: observación del proceso de canalización de vía venosa periférica realizada a las Licenciadas de enfermería de Cirugía, G-O, M-I y Pediatría

Autor: Dayana Mariuxi Rojas Carrión

*se realizó 3 observaciones a cada enfermera, lo que resulto 81 observaciones que equivalentes al 100%.

Según la literatura de Nieto G. “canalización de las vías periféricas en urgencias indicador de calidad”, señala que antes de realizar la canalización de

vía venosa periférica, la enfermera debe verificar primero la indicación médica, esto es necesario para identificar correctamente al paciente y evitar confusiones innecesarias; en esta investigación se pudo destacar que 78.5% de las profesionales de enfermería no realizan este paso importante.

Las profesionales de enfermería deberían explicar al paciente el procedimiento que se le va a realizar para conseguir su colaboración, sin embargo, 16% de las enfermeras no cumplen con este detalle.

Se debe tener todo el material necesario para la canalización de la vía venosa periférica antes de que se comience el procedimiento para evitar retrasos e inconvenientes al momento de la canalización, pero en el grupo observado 4.9% no realiza este paso importante. Con respecto al lavado de manos, este debe realizarse utilizando agua y jabón y cuya fricción debe durar aproximadamente entre 10 a 15 segundos, seguido del secado de manos con una toalla de papel desechable pero en este estudio se evidencio que 85.1%, de las profesionales no se lava las manos.

La colocación de guantes es una medida de gran importancia en la canalización de la vía venosa periférica, ya que evita la transmisión de gérmenes y evita el contacto de sangre, estos deben cambiarse con cada paciente, esto no sucede en los servicios investigados puesto que 88.8% de las profesionales de enfermería no observa esta medida y solo 4.9% evita tocar superficies contaminadas luego de colocarse los guantes.

Las profesionales de enfermería deben tener conocimiento de anatomía de las venas principales para que así puedan canalizar la vía venosa periférica con mayor seguridad y precisión; dentro de los resultados se puede destacar que todas las profesionales de enfermería tienen conocimiento de la anatomía de las venas tomando como primera opción las venas de las extremidades, también, 92.5% de las profesionales evita las zonas de flexión; de la misma manera todas las enfermeras del estudio primero palpan la vena para evaluar su elasticidad.

En la asepsia y antisepsia es de vital importancia primero limpiar el punto de entrada con una torunda humedecida con alcohol el cual reducirá el riesgo de infección durante la penetración de la aguja en la piel, para lo cual se realizara movimientos circulares desde adentro hacia afuera, durante por 60 segundos, a mismo no se debe volver a palpar el punto de punción tras la desinfección; esto no sucede en los servicios investigados puesto que 71.6% de profesionales no realiza la limpieza en forma circular, de la misma manera 96.2% de enfermeras, al colocar la solución antiséptica no esperan el tiempo debido antes de la inserción del catéter.

Ninguna profesional de enfermería preguntó al paciente si este tenía alergia al alcohol o yodo; y finalmente 43.2% no eliminó los restos de sangre de la piel luego de la punción.

TABLA # 2

CUIDADOS DE ENFERMERIA DURANTE DE LA CATETERIZACION DE LA VIA VENOSA PERIFERICA*

Técnicas de inserción del catéter

INDICADORES	SI		NO	
	f	%	f	%
1. Coloca el torniquete 5cm por encima del sitio de punción	81	100	0	0
2. Extiende la piel que esta sobre el vaso elegido	80	98.7	1	1.2
3. Sostiene la aguja con el bisel hacia arriba	79	97	3	3
4. Perfora la piel y vena al mismo tiempo	81	100	0	0

Fuente: observación del proceso de canalización de vía venosa periférica realizado por las Licenciadas de enfermería de Cirugía, G-O, M-I y Pediatría

Autor: Dayana Mariuxi Rojas Carrión

* Se realizó 3 observaciones a cada enfermera, lo que resulto 81 observaciones que equivalentes al 100%.

La literatura señala que los pasos descritos en la tabla deben realizarse consecutivamente; al respecto, del estudio se desprende que la mayoría de las profesionales de enfermería cumplen con este proceso.

TABLA # 3

CUIDADOS DE ENFERMERIA DESPUES DE LA CATETERIZACION DE LA VIA VENOSA PERIFERICA*

INDICADORES	SI		NO	
	f	%	f	%
1.Fija el catéter con la tira adhesiva o esparadrapo	81	100	0	0
2.Conecta el equipo de infusión de inmediato	73	90.1	8	9.8
3.Recoge el material sobrante	79	97.5	3	3.7
4.Observa si hay presencia de edema	55	67.9	26	32.0
5. Registrar en la cinta adhesiva o esparadrapo la fecha, hora y nombre del profesional de enfermería que realizo la canalización	81	100	0	0

Fuente: observación del proceso de canalización de vía venosa periférica realizado por las Licenciadas de enfermería de Cirugía, G-O, M-I y Pediatría

Autor: Dayana Mariuxi Rojas Carrión

* Se realizó 3 observaciones a cada enfermera, lo que resulto 81 observaciones que equivalentes al 100%.

La literatura señala que los pasos detallados en la tabla se deben realizar secuencialmente; al respecto, del estudio se desprende que la mayoría de las profesionales de enfermería cumplen con este proceso.

TABLA # 4

COMPLICACIONES RELACIONADAS CON LA VIA VENOSA PERIFERICA*

COMPLICACIONES	F	%
Flebitis	3	12
Infiltraciones	9	36
Obstrucciones y formación de coágulos	10	40
hematomas	3	12
total	25	100%

Fuente: observación de complicaciones de la canalización de vía venosa periférica en los servicios de Cirugía, G-O, M-I y Pediatría

Autor: Dayana Mariuxi Rojas Carrión

*se realizó una sola observación a 25 pacientes hospitalizados en los servicios investigados.

Dentro de las complicaciones relacionadas con la cateterización de vía venosa periférica, en este estudio se encontró en su orden:

- Obstrucción y formación de coágulos
- Infiltraciones
- flebitis y hematomas



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

AREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE ENFERMERIA

GUIA DEL PROCEDIMIENTO DE LA CATETERIZACION DE LA VIA VENOSA PERIFERICA

OBJETIVO

- ✚ Contribuir a reducir la frecuencia de las complicaciones derivadas del manejo de la vía venosa periférica

La canalización de una vía venosa periférica es un procedimiento de rutina, de fácil ejecución, y en el que los riesgos a correr son mínimos, siempre que se realice de una forma correcta. Todo licenciada de enfermería debe conocer su técnica de realización.

1. ANTES DEL PROCEDIMIENTO DE CANALIZACIÓN DE VÍA PERIFÉRICA

ACCIONES	FUNDAMENTOS DE ENFERMERIA
<i>Verificar indicación médica</i> Antes de iniciar la canalización de vía venosa periférica, la enfermera verifica primero la indicación médica en la historia clínica.	Es necesario identificar el paciente correcto y su indicación respectiva, ya que en el desempeño del profesional de enfermería se da cumplimiento a la indicación médica, éstas comprenden decisiones terapéuticas las cuales deben

	<p>ser respaldadas por notas (escritas) y firmadas por el médico tratante, y que deben ser acatadas por la enfermera, y aunque éste profesional cumple una indicación médica, le es inherente la responsabilidad individual. Además en la historia clínica se identifica si el paciente es o no alérgico al medicamento.</p>
<p>Preparación del equipo intravenoso Extraer los tubos del paquete y estirarlos, dejar los extremos de los tubos cerrados con las tapas de plástico hasta que se vaya a iniciar la perfusión. Conectar el equipo según la secuencia e indicaciones del mismo.</p> <p>Ajustar el pie de suero de forma que el contenedor quede suspendido como a un metro por encima de la cabeza del cliente.</p> <p>Llenar parcialmente la cámara de goteo con solución presionando la cámara con suavidad hasta que esté medio llena.</p> <p>Permeabilizar la llave de triple vía, y los tubos retirando la tapa protectora y dejar que corra fluido por los tubos hasta que desaparezcan las burbujas de aire. Volver a tapar el tubo, manteniendo la técnica estéril</p>	<p>Esto mantendrá la esterilidad de los extremos de los tubos.</p> <p>Para instalarlas correctamente y no tener imprevistos durante el procedimiento.</p> <p>Para que el contenido ingrese continuamente por gravedad, cuando se inicie la perfusión.</p> <p>Para medir la administración de fluidos mediante el número de gotas por minuto.</p> <p>El ingreso de aire a la sangre provoca daño agregado al paciente.</p>
<p>Lavado de manos y colocación de guantes El lavado higiénico de manos con agua y jabón antiséptico, cuya fricción es entre 10 a 15 seg. Secar con toalla de papel desechable y cerrar el grifo usando el papel toalla, evitando el contacto de las manos con el grifo.</p>	<p>El correcto lavado de manos disminuye el riesgo de transmisión de microorganismos patógenos al organismo.</p>

<p>Cuando no es posible acceder a lavado de manos higiénico, se puede sustituir por la aplicación de solución hidroalcohólica.</p> <p>Colocarse los guantes estériles. El uso de guantes no sustituye al lavado de manos.</p>	<p>La solución hidroalcohólica tiene una Actividad antimicrobiana que desnaturaliza las proteínas de los microorganismos.</p> <p>Los guantes estériles evitan el ingreso de microorganismos en la piel ya que es un procedimiento invasivo.</p>
<p>Selección y dilatación venosa</p> <p>Priorizar venas dístales sobre proximales, en el orden siguiente: mano, antebrazo y brazo.</p> <p>Evitar la zona interna de la muñeca al menos en 5cm para evitar daño en el nervio radial, así como las zonas de flexión.</p> <p>No canalizar venas varicosas, trombosadas ni utilizadas previamente.</p> <p>No emplear la extremidad afectada de un paciente al que se le ha practicado una extirpación ganglionar axilar (Ej: mastectomías).</p> <p>Aplicar un torniquete firmemente de 15 a 20 cm por encima del punto de punción venosa.</p>	<p>Ya que se debe ir dejando las venas de mayor calibre para situaciones de urgencia y volúmenes de perfusión mayores</p> <p>Ya que son zonas de mayor movimiento y como consecuencia hay salida del catéter.</p> <p>Así mismo evitar el nervio radial ya que podría inmovilizar parte del brazo y ocasionaría mucho dolor.</p> <p>Porque el acceso a dichas venas será más difícil, además ocasionaríamos mayor daño a la integridad de la vena.</p> <p>Ya que la zona es más susceptible a lesión química al reingreso del medicamento</p>

<p>El torniquete no debe estar muy tenso.</p>	<p>Para que las venas se llenen de sangre y aumenten de calibre.</p>
---	--

2. DURANTE EL PROCEDIMIENTO DE CANALIZACIÓN DE VÍA PERIFÉRICA

<p><i>Colocación de los guantes</i> Los guantes que se usan son estériles</p>	<p>Los guantes estériles son más gruesos y dan una mayor protección a la enfermera de la contaminación con la sangre del cliente y disminuyen riesgo de punciones a la piel con la aguja.</p>
<p><i>Limpieza y desinfección en el punto de Inserción</i></p> <p>Limpiar el punto de entrada con una torunda antiséptica tópica (p.ej. alcohol).</p> <p>Utilizar un movimiento circular desde adentro hacia fuera, varios centímetros. No volver a palpar el punto de punción tras la desinfección.</p>	<p>El alcohol es una sustancia antimicrobiana que reducirá la posibilidad de infección durante la penetración de la aguja en la piel.</p> <p>Para alejar los microorganismos del punto de entrada en la piel.</p>
<p><i>Inserción del catéter e inicio de perfusión</i></p> <p>Utilizar un pulgar por debajo del punto de entrada para tensar la piel.</p> <p>Insertar el catéter con el bisel hacia arriba y con un ángulo entre 15° y 30°</p>	<p>Esto estabiliza la vena y tensa la piel para la entrada del catéter</p> <p>Permite tener fácil ingreso a la vena.</p>

<p>(dependiendo de la profundidad de la vena). Una vez atravesada la piel, se disminuirá el ángulo.</p> <p>Introducir el catéter hasta que se observe el reflujo de sangre.</p> <p>Retirar el compresor.</p> <p>Cuando esto ocurra, avanzar un poco el catéter e ir introduciendo la cánula a la vez que se va retirando la aguja o guía.</p> <p>Luego desechar la aguja guía del catéter en el contenedor rígido para agujas.</p> <p>Conectar al catéter la válvula de seguridad o llave de tres vías previamente permeabilizado.</p>	<p>Se disminuye el ángulo para seguir el carril de la vena.</p> <p>Para asegurarnos que catéter ingresó a la vena.</p> <p>Para que no haya excesiva presión de sangre en el catéter.</p> <p>Para insertar bien la cánula dentro de la vena.</p> <p>Para evitar accidentes de punciones en la enfermera, paciente u otro personal.</p> <p>Para asegurar que el equipo de canalización sea un circuito cerrado y listo para la infusión indicada.</p>
--	---

Fuente: Tomado y modificado de: Barbara Kozier, Fundamento de enfermería. Vol II. Pág. 331, y Guías de Introducción de Enfermería Clínica de la Escuela Académico Profesional de Enfermería – UNMSM

3. DESPUÉS DEL PROCEDIMIENTO DE LA CANALIZACIÓN DE VÍA

PERIFÉRICA

<p><i>Fijación del catéter</i> Utilizar tres tiras de esparadrapo.</p>	<p>Para fijar el catéter a la piel y evitar que sobresalga la cánula y se contamine.</p>
---	--

<p>Colocar una tira con el lado pegajoso hacia arriba bajo la cabeza del catéter y doblar ambos lados de forma que el lado pegajoso pegue en la piel. Pegar la segunda tira en la cabeza del catéter.</p> <p>Pegar la tercera tira en la conexión con la llave de triple vía.</p> <p>Registrar en la cinta adhesiva la fecha, hora y nombre del profesional que realizo este procedimiento.</p>	<p>Para que la conexión sea más rígida, evitar aberturas y contaminación de contenido.</p> <p>Esto nos ayudara a verificar en los días posteriores el cambio de la vía venosa permeable.</p>
<p>Descarte de materiales contaminados</p> <p>Recoger el material sobrante y desecharlos según corresponda.</p> <p>Desechar los guantes. Realizar el lavado de manos antiséptico.</p>	<p>Ya que las medidas de bioseguridad norma que luego de un procedimiento se clasifique los desechos para evitar futuros accidentes en los trabajadores de limpieza.</p> <p>Se debe a que los guantes pueden tener perforaciones que pueden ser visibles o no, y que pueden permitir la entrada de bacterias y otros microorganismos patógenos.¹⁷</p>

¹⁷ Tomado y modificado de: Barbara Kozier, Fundamento de enfermería. Vol II. Pág.331, y Guías de de Enfermería Clínica de la Escuela Académico Profesional de Enfermería – UNMSM. Fecha de consulta diciembre del 2013

DISCUSION DE RESULTADOS

Durante el desarrollo de la presente investigación se detectó que las profesionales de enfermería aún existen inobservancia de la técnica en la cateterización de la vía venosa periférica causando problemas y dificultad de primer orden.

El 85.1% de las profesionales de enfermería de los servicios investigados no realizan el lavado de manos antes de efectuar el procedimiento; al canalizar una vía periférica no se retiran las prendas 81.4%; asimismo se puede descartar que) 85.1%, no se coloca jabón antiséptico, se frota las manos, espacios interdigitales y se secan las manos; el 97.5% no evitan el contacto con las superficies.

Con un 88.8% de las profesionales de enfermería no se colocan guantes para la realización del procedimiento de la cateterización de vía venosa periférica, el 95% no evitan el contacto con otras superficies.

El estudio realizado por ALVA P, CORNEJO W, TAPIA M. Y SEVILLA C. (2009), “Medidas de protección contra agentes patógenos transmitidos por sangre, en estudiantes de pregrado de Tecnología Médica – UNMSM en el año 2006 Lima”, demostró que de 65 profesionales de enfermería, el 98.5% uso guardapolvo, el 49.2% guantes, 9.2% mascarilla; lo que significa que el uso de barreras de protección es bajo y es necesario una actualización más cuidadosa de las profesionales sobre la cateterización de la vía venosa periférica y otros

procedimientos”,¹⁸ similares resultados se encontró en este estudio así mismo se puede destacar que las profesionales de enfermería toman como primera opción las venas de las extremidades superiores con un 100%, y ninguna lo realiza en las venas más distales como primera elección 100%, de igual manera se obtuvo el 98.7%, evita canalizar la vía venosa periférica en zonas donde impiden la movilización del paciente; el 100% de las enfermeras primero palpan la vena para evaluar su elasticidad.

Este resultado se lo compara con, MÁRQUEZ M, MERJILDO TINOCO D. Y PALACIOS B. (2006) en su estudio titulado “Nivel de Conocimiento anatómico y aplicación en la práctica de Enfermería” realizado en la Clínica Good Hope Lima 2009. Cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimiento anatómico que tiene cada profesional de enfermería. Este estudio tuvo como población 40 profesionales de Enfermería de diferentes servicios.

Se utilizaron como técnica la observación y un cuestionario. Entre sus conclusiones se tiene:

“El 57.5% del profesional de enfermería tiene un excelente nivel de conocimiento anatómico de las venas, y el 42.5% no están bueno su nivel de conocimiento¹⁹

¹⁸ ALVA P, CORNEJO W, TAPIA M. Y SEVILLA C. (2009), realizó una investigación sobre “Medidas de protección contra agentes patógenos transmitidos por sangre, en estudiantes de pregrado de Tecnología Médica – UNMSM en el año 2006 Lima Fecha de consulta noviembre 2013

¹⁹ MÁRQUEZ M, MERJILDO TINOCO D. Y PALACIOS B. (2006) en su estudio titulado “Nivel de Conocimiento anatómico y aplicación en la práctica de Enfermería” realizado en la Clínica Good Hope Lima 2009. Fecha de consulta noviembre del 2013

En el aspecto de la asepsia y antisepsia se pudo verificar que 100% no pregunta al paciente si este tiene alergia al alcohol o yodo, de la misma manera el 96.2% no aplica la solución antiséptica por 60seg; el 74% corte de vello excesivo no lo hace apropiadamente; la limpieza en forma circular de adentro hacia afuera 71.6%; y en último lugar el 56.7% elimina los restos de sangre de la piel del paciente luego de la punción. El estudio realizado por MORENO GARRIDO Z. (2008) en su estudio sobre "Nivel de conocimientos acerca de la asepsia y antisepsia ante cualquier procedimiento de enfermería del Hospital Nacional Dos de Mayo Lima -2008", tuvo como población a 317 licenciadas de Enfermería, medicina, obstetricia. Usó como técnicas la entrevista y la observación, como instrumento un cuestionario y lista de chequeo. Entre sus conclusiones se tiene que:

"Las licenciadas de enfermería tiene en su totalidad un nivel de conocimiento acerca de la aplicación de antisépticos y el tiempo de duración en la que se debe realizar, en tanto que internas de enfermería, medicina no lo realizan a la perfección en nuestro estudio realizado el 91.67% realizo la aplicación de antisépticos y sólo 8.32% no lo realizan correctamente".²⁰

El 100% de las profesionales realizan apropiadamente la utilización de la aguja con el bisel hacia arriba de la misma manera perforan la piel y la vena al mismo tiempo; el 98.7% extienden la piel sobre la vena elegida; además existe un

²⁰ MORENO GARRIDO Z. (2008) en su estudio sobre "Nivel de conocimientos acerca de la asepsia y antisepsia ante cualquier procedimiento de enfermería del Hospital Nacional Dos de Mayo Lima -2008. Fecha de consulta noviembre del 2013

97.5% coloca el torniquete correctamente; en último lugar el 93.8% realiza la idéntica el catéter con nombre, fecha y profesional que lo inserto.

CONCLUSIONES

1. Sé determino que la mayor parte de profesionales de enfermería cumplen con los pasos del procedimiento para la cateterización de la vía venosa periférica, pero aún existe la inobservancia de algunas profesionales que pasan por alto algunos de los pasos del procedimiento en la cateterización venosa.
2. Las complicaciones más frecuente relacionadas con la canalización de la vía venosa periférica en este estudio su orden esta: obstrucción y formación de coágulos, infiltraciones, la flebitis y hematomas.

RECOMENDACIONES

Gracias al estudio podemos dar las diferentes recomendación que nos ayudarían a mejor el propósito de este estudio

- ✓ A lo directivos del Hospital Isidro Ayora, proveer de insumos necesarios en todas las áreas para que las profesionales se realicen el lavado de manos adecuadamente ya que algunas veces no hay jabón líquido mucho menos las toallitas absorbentes para el secado de manos.
- ✓ A las licenciadas de enfermería que laboran en los servicios investigados que tengan mayor cautela al momento del manejo de una vía venosa periférica, para evitar las diferentes complicaciones que pueden suceder.
- ✓ Hacer llegar la guía del procedimiento de la cateterización de la vía venosa periférica, sugerir o proponer a la jefa de enfermería del hospital Isidro Ayora la utilización de la misma.

BIBLIOGRAFIA

1. **JARAMILLO Z.,Aída.** “Protocolo Manejo de vías venosas periféricas” versión 01. Hospital Dr. Rafael Avaria Valenzuela, Curanilahue. 2011
2. Hospital Reina Sofia. Accesos venosos centrales. España tomado en : <http://www.enfermeriadeurgencias.com>
3. De Elegido MA, Núñez RA, Ruiz A, Sánchez MR. “Protocolo de canalización, mantenimiento y uso de la vía venosa periférica”. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Disponible en: http://www.chospab.es/enfermeria/protocolos/originales/via_periferica.pdf
4. Carballo M, Llina M, Feijoo M, Flebitisencate periféricos: incidencia y factores de riesgo. RevEnferm 2010; 27: 25-32
5. H. ROVIERE, otros, ANATOMIA HUMANA, TOMO III, edición 10ma, año2011, pag 163-166
6. Dougherty L, ListerS (2008). The Royal Mars de Manual of Clinical Nursing Procedures. Oxford Wiley- Blackwell.
7. BERRY, C y KOHNS, B. (1998). Técnica de Quirófano. 7ma Edición. McGraw Hill Interamericana, México.
8. Hospital Clinico Universidad de Chile Departamento de Enfermería, protocolo de inserción y mantenimiento de catéteres centrales, fecha consultado mayo 2009.

9. Alexander M, (2011). Infusion Nursing Standads de practic. Tournal ofintravenosa Nursing23(6).
10. DICCIONARIO DE MEDICINA OCÉANO Mosby (1994) Editorial Mosby. 2ª edición
11. Nieto G. "Canalización de vías periféricas en urgencias indicador de calidad" 2005
12. Procedimiento. Elección de la vena en un acceso venoso periférico (código TIV 01). Http: //www.Index- f.com/evidentia/n9/221 articulo.php. ISSN: 1697 – 638X
13. Protocolo de catéter periférico. Consultado y Disponible en: www.chospab.es/enfermeria/protocolos/originales/cateterPeriferico
14. Hospital Reina Sofía. Accesos venosos centrales. España tomado en : <http://www.enfermeriadeurgencias.com>
15. CARPENITO, L (1993) **Planes de cuidado y documentación en enfermería**. 1era Edición, Editorial Mc. Graw – Hill Interamericana
16. KOZIER, B. ERB, G y BUFALINO P(2008). El procedimiento de atención de Enfermería: un enfoque científico. Manual Moderno SA de CV
17. BRUNNER L. y SUDDARTH, D BRUNNER (2009). **Manual de Enfermera médico quirúrgico**. Nueva Editorial Interamericana. México, DF.

18. Tomado y modificado de: Barbara Kozier, Fundamento de enfermería. Vol II. Pág. 331, y Guías de Introducción de Enfermería Clínica de la Escuela Académico Profesional de Enfermería – UNMSM
19. ALVA P, CORNEJO W, TAPIA M. Y SEVILLA C. (2009), realizó una investigación sobre “Medidas de protección contra agentes patógenos transmitidos por sangre, en estudiantes de pregrado de Tecnología Médica – UNMSM en el año 2006 Lima.
20. MÁRQUEZ M, MERJILDO TINOCO D. Y PALACIOS B. (2006) en su estudio titulado “Nivel de Conocimiento anatómico y aplicación en la práctica de Enfermería” realizado en la Clínica Good Hope Lima 2009
21. MORENO GARRIDO Z. (2008) en su estudio sobre “Nivel de conocimientos acerca de la asepsia y antisepsia ante cualquier procedimiento de enfermería del Hospital Nacional Dos de Mayo Lima - 2008



ANEXOS

GUIA DE OBSERVACION

Personal:

- ✓ Enfermera ()

CUIDADOS DE ENFERMERIA ANTES DE LA CATETERIZACION DE LA VIA VENOSA PERIFERICA

- **Lavado de manos**

1. Se retira las prendas **SI () NO ()**
2. Humedece las manos con agua **SI () NO ()**
3. Se coloca jabón antiséptico **SI () NO ()**
4. Frota las manos y los espacios interdigitales **SI () NO ()**
5. Se seca las manos **SI () NO ()**
6. Evita el contacto con otras superficies **SI () NO ()**

- **Utilización de guantes**

7. Se coloca guantes para realizar el procedimiento **SI () NO ()**
8. Evita el contacto de los guantes con otras superficies **SI () NO ()**

- **Ubicación anatómica**

9. Considera como primera opción las venas de las extremidades superiores **SI () NO ()**

10. Considera las venas más distales como primera elección **SI () NO ()**

11. Evita zonas de flexión que impiden la mejor movilización del paciente

SI () NO ()

12. Palpa la vena para evaluar su elasticidad **SI () NO ()**

• **Asepsia y antisepsia**

13. Corta el exceso de vellos **SI () NO ()**

14. Interroga al enfermo sobre alergias (alcohol, yodo) **SI () NO ()**

15 Limpia la zona en forma circular del centro a la periferia **SI () NO ()**

16. Aplica solución antiséptica por 60 segundos **SI () NO ()**

17. Elimina los restos de soluciones con una gasa estéril **SI () NO ()**

CUIDADOS DE ENFERMERIA DURANTE LA CATETERIZACION DE LA VIA

VENOSA PERIFERICA

• **Técnica de inserción del catéter**

18. Coloca el torniquete 5cm por encima del sitio de la punción

SI () NO ()

19. Extiende la piel que está sobre el vaso elegido **SI () NO ()**

20. Sostiene la aguja con el bisel hacia arriba **SI () NO ()**

21. Perfora la piel y vena al mismo tiempo **SI () NO ()**

CUIDADOS DE ENFERMERIA DESPUES DE LA CATETERIZACION DE LA

VIA VENOSA PERIFERICA

22 .Fija el catéter con la tira adhesiva o esparadrapo **SI () NO ()**

23. Conecta el equipo de infusión de inmediato **SI () NO ()**

24. Recoge el material sobrante SI () NO ()
25. Observa si hay presencia de edema SI () NO ()
26. Fija con esparadrapo el catéter periférico con la fecha, hora y nombre del profesional de enfermería que realizo la canalización SI () NO ()

Guía de Observación en pacientes con vía venosa periférica

1. Las complicaciones más frecuentes:

- Flebitis SI () NO ()
- Infiltraciones SI () NO ()
- obstrucción y formación de coágulos SI () NO ()
- hematomas SI () NO ()

INDICE

Caratula	I
Certificado	II
Autoría	III
Carta de autorización	IV
Agradecimiento	V
Dedicatoria	VI
Resumen	VII
Summary	VIII
Título	1
Introducción	2
Revisión de literatura	
Anatomía de las venas	4
Manejo de la vía venosa periférica	15
Canalización de la vía venosa periférica	21
Complicaciones relacionadas con la canalización de la vía venosa periférica	28
Materiales y métodos	31
Resultados	32
Guía del procedimiento de la cateterización	39

De la vía venosa periférica

Discusión	45
Conclusiones	49
Recomendaciones	50
Bibliografía	51
Anexos	54