
 <b>Gobernación de Norte de Santander</b>	<b>PROTOCOLO DE VENOPUNCIÓN</b>		
	<b>Código: PT-HSP-18-01 V.01</b>	<b>Página 1 de 19</b>	

## PROTOCOLO DE VENOPUNCIÓN

### 1. OBJETIVOS

Implementar técnicas seguras de venopunción que prevengan complicaciones asociadas al procedimiento, a través del desarrollo de habilidades en el personal encargado, definiendo los pasos a seguir durante el proceso realizado, con fin de minimizar el riesgo de flebitis al paciente durante su estancia hospitalaria en la ESE Hospital San Juan de Dios de Pamplona.

Orientar al personal de Enfermería respecto a la técnica de inserción y mantenimiento de un dispositivo de uso intravascular (Catéter intravenoso) y los cuidados de enfermería que aseguren el mantenimiento del dispositivo y la prevención de complicaciones.

#### OBJETIVO GENERALES

- ✓ Mantener un acceso venoso permeable y permanente.
- ✓ Reemplazar la pérdida de líquido extracelular o intracelular.
- ✓ Corregir la pérdida de líquidos endovenosos y electrolitos ya sea por hemorragia, shock hipovolémico o pérdidas gastrointestinales.
- ✓ Administración de medicamentos, líquidos endovenosos y hemoderivados.
- ✓ Tomar muestras de laboratorio

### 2. ALCANCE

Inicia con la identificación de la necesidad de canalizar un acceso venoso periférico para administrar tratamiento intravenoso al paciente y finaliza con el registro en la historia clínica del procedimiento realizado. Aplica para los servicios.

### 3. RESPONSABLES

Está dirigido a todo el personal asistencial de la ESE Hospital San Juan de Dios de Pamplona especialmente al personal de enfermería tanto (auxiliares de enfermería como jefes de enfermería)

### 4. DEFINICIONES

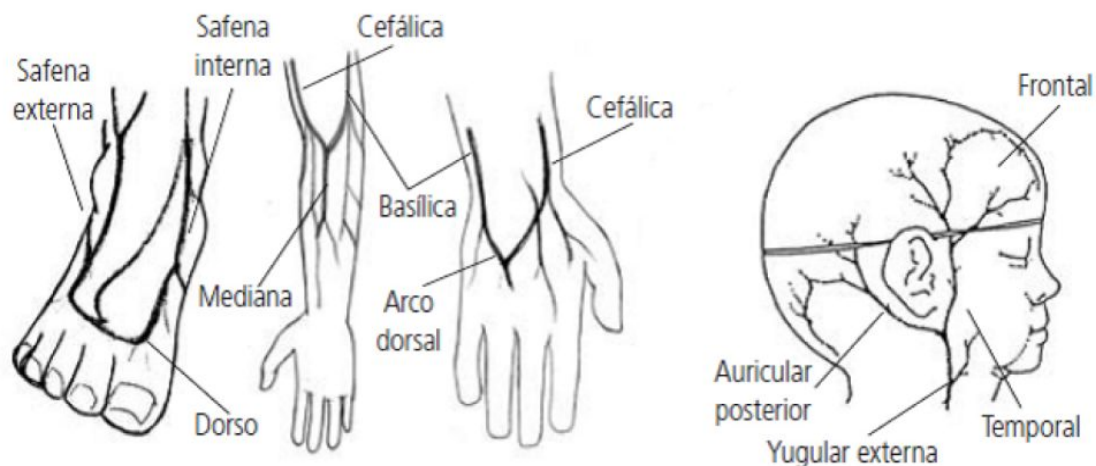
**4.1 VENOPUNCIÓN:** Procedimiento por el cual se introduce un catéter, guía o aguja en la luz de la vena para obtener un acceso directo a la circulación venosa periférica, ya sea



para la administración de fluidos, medicamentos o para obtener sangre para estudios de laboratorios.

Los sitios de venopunción periférica son

VENAS DISTALES DE LAS EXTREMIDADES SUPERIORES



**4.2 INCIDENTE:** Riesgo de lesión o muerte al que se sometió al paciente durante cualquier fase de su atención sin que le ocurriera nada, debe estar asociado a actos inseguros por parte del equipo tratante o la organización

**4.3 INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD:** Las infecciones Asociadas a la atención en Salud (IAAS) anteriormente llamadas nosocomiales o Intrahospitalarias son aquellas infecciones que el paciente adquiere mientras recibe tratamiento para alguna condición médica o quirúrgica y en quien la infección no se había manifestado ni estaba en período de incubación en el momento del ingreso a la institución, se asocian con varias causas incluyendo pero no limitándose al uso de dispositivos médicos, complicaciones postquirúrgicas, transmisión entre pacientes y trabajadores de la salud o como resultado de un consumo frecuente de antibióticos.

**4.4 IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE:** Es un procedimiento que permite al equipo de salud tener la certeza de la identidad de la persona durante el proceso de atención.

**4.5 VERIFICACIÓN CRUZADA:** Procedimiento mediante el cual el prestador de salud identifica a un paciente a través de dos mecanismos como mínimo, ej. Verbal y a través de manilla de identificación o Verbal y a través de Historia clínica.



**4.6 CATÉTER:** Un dispositivo que puede ser introducido dentro de un tejido o vena. Los catéteres permiten la inyección de fármacos, el drenaje de líquidos o bien el acceso de otros instrumentos médicos

**4.7 FLEBITIS:** Es la inflamación del endotelio vascular (íntima), su clasificación depende de la etiología así: Los factores contributivos de la flebitis son: la técnica de Inserción, condición del paciente, Interacción de medicamentos, material y tamaño del catéter.



**4.8 FLEBITIS MECÁNICA:** Se define como la irritación de la íntima de la vena, causada por el contacto con el material del catéter, inadecuada movilización o el área de punción en sitios de gran movimiento (articulaciones). Su aparición es dentro de las primeras 12 horas, es una irritación de la íntima de la vena, en el sitio de punción, causada por el contacto con el material del catéter y la inmovilización.

**4.9 FLEBITIS QUÍMICA:** Se define como la irritación del endotelio vascular causado por el contacto con las soluciones hipertónicas o medicamentos con pH ácido o alcalino (Quimioterapia, antibióticos o potasio). Se produce de manera inmediata

**4.10 FLEBITIS INFECCIOSA:** Se define como la inflamación causada por cualquier tipo de microorganismo cuando no se utiliza correctamente la técnica aséptica durante la Venopunción o técnicas inapropiadas para su mantenimiento. Se evidencia después de las 96 horas. Dentro de la clasificación de la flebitis existen diferentes grupos de acuerdo a los signos y síntomas:

CLASIFICACIÓN DE LA FLEBITIS	CARACTERÍSTICAS
0	No hay síntomas clínicos
1	Eritema, con o sin dolor. El Edema puede o no estar presente. No hay formación de estrías, no hay cordón venoso palpable
2	Eritema, con o sin dolor. El Edema puede o no estar presente. Formación de estrías. No hay cordón venoso palpable.
3	Eritema, con o sin dolor. El Edema puede o no estar presente. Formación de estrías. Cordón venoso palpable.
4	Dolor en el sitio de la punción, edema, eritema y cordón venoso palpable mayor de 4 cm.
5	Franca trombosis venosa.
6	Salida de material purulento por el sitio de la punción a la expresión de la vena



Fuente: <http://red.unal.edu.co/cursos/enfermeria/modulo2/flebitis.html>

 <p>Gobernación de Norte de Santander</p>	<p><b>PROCOLO DE VENOPUNCIÓN</b></p>	
<p>Código: PT-HSP-18-01 V.01</p>	<p>Página 4 de 19</p>	

**4.11 INFILTRACIÓN:** Es la extravasación de líquido intravenoso debido al desplazamiento del catéter por perforación de la pared venosa. Entre las principales causas se encuentra: desalojo del catéter, perforación del lado opuesto de la pared del vaso, debilitamiento de la pared venosa que se hace quebradiza y deja pasar el líquido al tejido, se caracteriza por edema, piel fría, palidez y dolor.

## COMPLICACIONES SISTÉMICAS

- ✓ **EMBOLIA PULMONAR:** La embolia pulmonar o tromboembolismo pulmonar (TEP) es una enfermedad potencialmente mortal que se produce cuando partes de un trombo se desprende desde alguna parte del territorio venoso, migra y se enclava en las arterias pulmonares. En la mayoría de las ocasiones, los émbolos proceden de una trombosis venosa profunda de las extremidades inferiores. Para evitarlas se debe evitar usar venas de extremidades inferiores dado que existe un mayor riesgo de formación de trombos e irrigar catéteres conectados, los émbolos serán forzados hacia la circulación y alojarán en pequeños vasos pulmonares.
- ✓ **EMBOLIA GASEOSA:** La embolia gaseosa arterial es un episodio potencialmente catastrófico que se produce cuando entran burbujas de gas en las arterias o se forman dentro de ellas y ocluyen el flujo sanguíneo, lo que produce isquemia orgánica. La embolia gaseosa arterial puede provocar una lesión del SNC con rápida pérdida de conciencia u otras manifestaciones del SNC; también puede afectar otros órganos. Para evitarlas se debe: Eliminar todo el aire de los equipos de administración cuando cambie las líneas o vacíe el recipiente del líquido.
- ✓ **SOBRECARGA CIRCULATORIA:** Efecto del volumen sanguíneo, como sucede con las transfusiones, que se eleva la presión arterial, lo que puede llevar a insuficiencia cardíaca o edema pulmonar. Para evitarlas se debe: mantener la infusión a la velocidad prescrita, estar alerta a los signos de sobrecarga circulatoria, elevar la presión sanguínea y aumentar la PVC.
- ✓ **SHOCK RÁPIDO:** Es una afección potencialmente mortal que se presenta cuando el cuerpo no está recibiendo un flujo de sangre suficiente, lo cual puede causar daño en múltiples órganos. El shock requiere un tratamiento médico inmediato y puede empeorar muy rápidamente. Esta reacción sistemática puede ser provocada por la introducción rápida de medicación dentro de la circulación. Para evitarlo se debe controlar la medicación intravenosa con el fin de no exceder los niveles de administración recomendados y colocar medicación diluida y lenta.



 <p>Gobernación de Norte de Santander</p>	<p><b>PROCOLO DE VENOPUNCIÓN</b></p>	
	<p>Código: PT-HSP-18-01 V.01</p>	<p>Página 5 de 19</p>

- ✓ **EXTRAVASACIÓN:** Salida de líquido intravenoso hacia los tejidos adyacentes. Puede deberse a factores intrínsecos del propio vaso sanguíneo o al desplazamiento de la cánula I.V. fuera de la vena.
- ✓ **HEMATOMA:** Extravasación sanguínea en el sitio de punción que aparece durante o después de la colocación del catéter. Debido a la perforación de la vena.
- ✓ **TROMBOSIS:** Es la oclusión total o parcial de un vaso sanguíneo por un coágulo de sangre.
- ✓ **CELULITIS:** Es la inflamación aguda del tejido conectivo de la piel que resulta de una infección generalmente por estafilococos, estreptococos u otras infecciones bacterianas.
- ✓ **INFECCIONES SISTÉMICAS:** Infección en la que el patógeno está distribuido por todo el organismo, en vez de encontrarse en una zona.

**4.12 TÉCNICA ASÉPTICA:** Se refiere a las prácticas que reducen la posibilidad de que los microorganismos entren en el cuerpo durante procedimientos clínicos, reduciendo así a su vez el riesgo de que los usuarios se infecten más tarde. Algunas de estas prácticas también disminuyen la posibilidad de que los profesionales de salud tengan contacto con sangre y tejidos infecciosos durante los procedimientos clínicos.

## 5. CONDICIONES GENERALES

- ✓ Este protocolo se orientará a todo el personal asistencial de la ESE Hospital San Juan de Dios de Pamplona para seguir detalladamente un conjunto de técnicas seguras con el fin de minimizar los riesgos de aparición de flebitis como una complicación derivada del procedimiento.
- ✓ Planificar la elección de la vía y el tipo de catéter a utilizar basado en las características del tratamiento, la duración del mismo y el estado del Paciente
- ✓ Antes de realizar la venopunción es muy importante elegir el catéter adecuado dependiendo del tamaño de la vena, volúmenes de solución a infundir, medicamentos o hemoderivados a administrar. Dependiendo del lugar que se vaya a puncionar es importante la correcta utilización del catéter, se debe tener en cuenta que las venas más pequeñas están en el dorso de la mano.

 <p><b>Gobernación de Norte de Santander</b></p>	<p><b>PROCOLO DE VENOPUNCIÓN</b></p>	
	<p>Código: PT-HSP-18-01 V.01</p>	<p>Página 6 de 19</p>

- ✓ En lo posible se debe evitar la colocación del catéter en los sitios de flexión con el fin de disminuir la extravasación, tener cuidado de no puncionar sitios donde están presentes lesiones de piel como hongos, desfase laciones, eritema, miembros paréticos; no puncionar más de dos veces la misma vena
- ✓ Como norma general debe seleccionarse el catéter de calibre más pequeño, según el tipo de terapia a administrar, para evitar la flebitis mecánica.
- ✓ Deben seleccionarse venas con buen flujo sanguíneo cuando vayan a Infundirse soluciones hipertónicas o soluciones que contengan Fármacos irritantes; estos fármacos incluyen antibióticos como Anfotericina, cefalosporinas, metronidazol, vancomicina y eritromicina.
- ✓ Valorar la actividad del paciente, movilidad, agitación, alteración del nivel de conciencia, eligiendo la zona más adecuada.
- ✓ Si es posible, elegir para la inserción las venas distales.
- ✓ Evitar la inserción en extremidades edematosas o incapacitadas, en zonas con heridas quemaduras, inflamaciones, infiltraciones previas o en venas esclerosadas.
- ✓ En pacientes en los que esté previsto realizar una fístula arteriovenosa evitar la punción en dicha extremidad.

#### **Indicaciones para realizar venopunción**

- ✓ Mantener una vía venosa para casos de emergencia
- ✓ Restaurar y/o mantener el equilibrio hidroelectrolítico y acidobásico
- ✓ Transfusión de sangre y sus hemoderivados
- ✓ Administración de medicamentos endovenosos.
- ✓ Tomar muestras de sangre para el laboratorio.
- ✓ Realización de estudios diagnósticos que impliquen administración de medios de contraste intravenosos.
- ✓ Administrar suplementos alimenticios de baja Osmolaridad. (Recordar que la vía de elección para esta terapia es central).



### Contraindicaciones para realizar venopunción

- ✓ Déficit motor o sensitivo en la extremidad elegida
- ✓ Fístulas arteriovenosas en la extremidad elegida
- ✓ Miembros con vaciamiento ganglionar, axilar o inguinal.
- ✓ Venas con algún signo de flebitis o trombosis
- ✓ Alteraciones locales de la piel como edema, dolor, sensibilidad y equimosis.

### 6. CONTENIDO

No.	Responsable	Descripción
6.1	Personal asistencial especialmente personal de enfermería.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Verificación de orden médica</li> <li>✓ Identificar al paciente preguntándole su nombre, verificando su nombre en el rótulo que aparece al frente (verificación cruzada).</li> </ul> <p><b>Informe al paciente</b> La enfermera debe dar al paciente la confianza necesaria para que disminuya o elimine la tensión y el miedo, tomándose el tiempo necesario para explicarle:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El procedimiento a realizar.</li> <li>• La necesidad de realizar el procedimiento.</li> <li>• La finalidad del procedimiento</li> <li>• El tiempo aproximado que va a ser necesario mantener el catéter intravenoso.</li> </ul>
6.2	Personal asistencial especialmente personal de enfermería.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Realice lavado e higiene de manos.</li> <li>✓ Uso adecuado de los EPP</li> </ul>



<p>6.3</p>	<p>Personal asistencial especialmente personal de enfermería.</p>	<p><b>Prepare el equipo</b></p> <p>El equipo requerido es:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Guantes limpios</li><li>✓ torniquete</li><li>✓ Catéter intravenoso: Para seleccionar el calibre del catéter se tiene en cuenta la edad del paciente y los traumas asociados, así como el propósito, la duración de uso, y complicaciones conocidas</li><li>✓ Esparadrapo o micropore</li><li>✓ Inmovilizador (pacientes pediátricos o quien lo requiera)</li><li>✓ Algodón</li><li>✓ Solución antiséptica: Alcohol al 70%</li><li>✓ Equipo venoclisis (macrogooteo – microgooteo) o catéter heparinizado</li><li>✓ Solución endovenosa ordenada</li><li>✓ Buretrol si lo requiere</li><li>✓ Jeringas de 10 cc</li><li>✓ Guardián.</li><li>✓ Rótulo para marcar</li></ul> <p>Soluciones de osmolaridad superior a 500 mOsm/L se relacionan con una incidencia superior de aparición de flebitis.</p>
------------	---	--





# PROTOCOLO DE VENOPUNCIÓN



The image displays two screenshots of a web application interface. The top screenshot shows a table with two columns: 'ESPECIALIDAD' and 'CÓDIGO ABREVIADO'. The bottom screenshot shows a table with two columns: 'SERVICIO' and 'ENFOQUE DE INTERÉS'.

ESPECIALIDAD	CÓDIGO ABREVIADO
Cardiología	301
Cardiología Intensiva	302
Cardiología Periférica	303
Neumología	304
Neumología Periférica	305


  

SERVICIO	ENFOQUE DE INTERÉS
Atención Primaria	Atención
Atención Secundaria	Atención
Atención Tercaria	Atención
Atención Cuaternaria	Atención
Atención Quincuagésima	Atención
Atención Sexagésima	Atención
Atención Septuagésima	Atención
Atención Octogésima	Atención
Atención Nonagésima	Atención
Atención Centésima	Atención



CALIBRE DEL JELCO	INDICACIÓN
14 G	Pacientes politraumatizados, reposición rápida de grandes volúmenes de fluidos.
16 G	Pacientes cirugía mayor, atención del parto y posparto, sangrado, necesidad de administración simultánea de varios fluidos, administración de múltiples transfusiones sanguíneas y de administrar grandes volúmenes de fluidos.
18 G	Administración de hemoderivados, medicación irritante, administración simultánea de varios fluidos, cirugía mayor, técnicas de imagen que precisan inyección rápida de contraste.
20 G	Uso general, mantenimiento de vía IV, administración de antibióticos, administración de analgesia.
22 G	Venas pequeñas y frágiles, terapia con citotóxicos.
24 G	Servicios pediátricos en su mayoría y pacientes de oncología



		
6.4	Personal asistencial especialmente personal de enfermería.	<p>ALISTAR EL EQUIPO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Preparar la solución según prescripción médica, conectar al equipo y purgar, montar en la bomba en el atril.</li> <li>✓ Purgar los equipos de macro o micro goteo respectivos con solución salina normal</li> <li>✓ Si se cuenta con extensión de anestesia se debe purgar con llave de tres vías con solución salina normal.</li> </ul>
6.5	Personal asistencial especialmente personal de enfermería.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Compruebe inmediatamente antes de la punción, que el paciente y la vía de administración son los establecidos en la prescripción médica.</li> <li>✓ Preséntese con el paciente generando un ambiente confiable.</li> <li>✓ Coloque al paciente en una posición cómoda para los dos.</li> </ul>



6.6	Personal asistencial especialmente personal de enfermería.	<p><b>Selección de vena</b> Colocar el torniquete para visualizar la vena que se va a puncionar y retirarlo cuando la identifique.</p> <p>Siempre se deben seleccionar las venas bajo las siguientes indicaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Seleccione la vena que va a puncionar, teniendo en cuenta el flujo venoso.</li> <li>● Inicie por la parte distal a la proximal de la extremidad preservando de esta manera la integridad del recorrido para sucesivas canalizaciones.</li> <li>● Evite puncionar venas localizadas sobre articulaciones de muñeca o codo ya que esto aumenta el riesgo de perforación de la vena y flebitis debido al movimiento, exceptuando los casos en que la punción se hace para tomar una muestra de sangre.</li> <li>● Use la extremidad superior, en adultos, en lugar de la inferior.</li> <li>● Use para la inserción en pediatría, la mano, el dorso del pie.</li> <li>● Evite la punción en los pliegues, sobre todo en manejo prolongado por la incomodidad que ocasiona en el paciente.</li> <li>● No intente puncionar una vena más de dos veces, por cualquiera que sea el motivo busque ayuda de otra persona.</li> <li>● No puncione venas que se desplazan fácilmente o venas que han perdido su elasticidad, estén fibrosadas, con hematomas o presente nódulos palpables o visibles.</li> <li>● Nunca use venas que hayan presentado signos de flebitis durante la estancia hospitalaria</li> <li>● No ejercer una presión excesiva con los sistemas de fijación para evitar úlceras por presión.</li> </ul>
6.7	Personal asistencial especialmente personal de enfermería.	<p>Colóquese los guantes Realizar asepsia de la piel</p>
6.8	Personal asistencial especialmente	<p>Coloque el torniquete unos 2 a 5 cm por encima del sitio de punción</p>



	personal de enfermería.	Si la vena no se dilata lo suficiente golpear ligeramente el vaso con los dedos y colocar la extremidad en declive, pidiendo al paciente que abra y cierre la mano.
6.9	Personal asistencial especialmente personal de enfermería.	<p><b>Desinfección de la piel</b></p> <p>Realice la desinfección de la piel De la siguiente manera</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Vierta una solución desinfectante en una torunda de algodón para uso único.</li> <li>✓ Limpie la zona desde el centro del sitio de la inyección hacia la periferia sin volver a pasar por el mismo lugar.</li> <li>✓ Aplique la solución unos 30 segundos y luego déjela secar por completo.</li> </ul>
6.10	Personal asistencial especialmente personal de enfermería.	Demuestre seguridad, empatía y comunicación asertiva con el paciente en todo momento para proveer ansiedad y miedo ante el procedimiento esto disminuirá la doble punción.
6.11	Personal asistencial especialmente personal de enfermería.	<p><b>Realización del procedimiento</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Tome el catéter con la mano dominante y el bisel hacia arriba.</li> <li>✓ Tense la piel por debajo del sitio de punción con el pulgar de la mano opuesta, para estabilizar la vena y reducir el dolor.</li> <li>✓ Puncionar una vena visible y palpable de la parte distal a la proximal, en un ángulo de 10 a 30 grados según la profundidad de la vena, por debajo del lugar seleccionado.</li> <li>✓ cuando se observe el retorno venoso en la cámara trasera introducir lentamente el catéter dentro de la vena y retirar el torniquete</li> </ul>



		<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Presionar 2 cms por encima del sitio de punción y retirar la guía, fiador o mandril</li> <li>✓ Comprobar retorno venoso.</li> <li>✓ Tomar muestras de laboratorio en los frascos correspondientes, rotulados con anterioridad, previa verificación de la orden médica.</li> <li>✓ Retire el torniquete.</li> <li>✓ Instalar equipo macrogoteo previamente listos y/o <b>extensión de anestesia corta con llave de tres vías.</b></li> <li>✓ Verifique la permeabilidad del acceso venoso. conectando la infusión o lavando la vía con suero fisiológico.</li> <li>✓ Fije el catéter con tiras adhesivas horizontales sin tapar el punto de inserción (no fijar en forma de corbata). En caso de pacientes adulto mayor, pacientes con desnutrición, lesiones en la piel se debe fijar el catéter con películas transparentes o Micropore. (evite el uso de esparadrapo en estos pacientes).</li> <li>✓ Rotular con fecha, hora de inserción, número del calibre de la bránula y persona que realiza la punción.</li> <li>✓ Fijar con inmovilizador si se requiere.</li> <li>✓ Rotule los equipos macrogoteo, buretrol, con marcador colocando la fecha y hora</li> <li>✓ Rotule las soluciones con los respectivos formatos institucionales según corresponda.</li> </ul>
6.12	Personal asistencial especialmente personal de enfermería.	Recoger los restos del equipo utilizado y descartar según corresponda.
6.13	Personal asistencial	Lavado de manos.



	especialmente personal de enfermería.	
6.14	Personal asistencial especialmente personal de enfermería.	Deje al paciente en posición cómoda.
6.15	Personal asistencial especialmente personal de enfermería.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Realice el registro del procedimiento de enfermería de manera legible, clara y precisa: justificando el porqué del procedimiento, especificar número de branulas consumidas, número de punciones realizadas, sitio de inserción del catéter y complicaciones sí se presentaron.</li> <li>✓ Describa siempre La fecha y hora de inserción, para realizar el su próximo cambio el cual corresponde cada vez que tenga algún signo clínico o ajuste de osmolaridad de la solución a administrar</li> </ul>
6.16	Personal asistencial especialmente personal de enfermería.	<p>PRECAUCIONES</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Vigilar el color y la temperatura de la piel.</li> <li>✓ Si el paciente presenta sangrado, sensibilidad local, dolor y/o fiebre, retirar el acceso venoso.</li> <li>✓ Mantener asepsia en el procedimiento</li> <li>✓ No ejercer tanta presión al utilizar el inmovilizador.</li> <li>✓ Marcar con fecha y hora la venopunción, y número de branula</li> <li>✓ Cambio de líneas cada vez que tenga algún signo clínico o ajuste de osmolaridad de la solución a administrar.</li> <li>✓ Cuando se utilice catéter salinizado se debe limpiar el tapón con alcohol (alcohol de 70%), cada vez que se administre un medicamento y al terminar de pasar el medicamento lavar muy bien con solución salina normal.</li> </ul>



		<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Cambiar el adhesivo, esparadrupo micropore, cada 24 horas, cuando esté despegado, mojado o sucio.</li> <li>✓ Realizar el registro en notas de enfermería de cómo se observa el sitio de inserción y si hay presencia de flebitis.</li> <li>✓ Aplicar antiséptico, preferiblemente alcohol etílico al 70% en el punto de inserción cuando se cambie el apósito.</li> <li>✓ No utilizar antibióticos tópicos o cremas en el lugar de inserción ya que pueden provocar resistencias microbianas e infecciones por hongos.</li> <li>✓ No mojar ni sumergir la zona de inserción del catéter. El paciente puede ducharse si se toman precauciones, por ejemplo, protegiendo la zona con un recubrimiento impermeable.</li> </ul>
6.17	Personal asistencial especialmente personal de enfermería.	<p><b>COMPLICACIONES POR LA EXTRAVASACIÓN DE LÍQUIDOS ENDOVENOSOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Dolor local.</li> <li>· Rubor, calor, edema.</li> <li>· Necrosis tisular del tejido blando por el mismo edema</li> <li>· Síndrome compartimental.</li> <li>· Necrosis rápida progresiva entre 4 y 6 horas, dependiendo del medicamento extravasado.</li> </ul>
6.18	Personal asistencial especialmente personal de enfermería.	<p><b>Cuidados Con El Sistema De Perfusión</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los equipos de perfusión se deben cambiar cada 72 horas, esto incluye equipos de macro y micro goteo, llaves de tres vías (si aplica), buretroles, conexiones y se deben marcar con la respectiva fecha de cambio.</li> <li>• El sistema de perfusión, compuesto por las líneas y catéter; cualquier otro accesorio (Buretroles, etc.) debe manejarse como circuito cerrado.</li> <li>• La administración de medicamentos se haría en los puntos especialmente diseñados para la punción o a través de dispositivos especiales con previa desinfección de los mismos con alcohol antiséptico al 70%.</li> <li>• Todas las entradas al sistema deben mantenerse cerradas con la tapa estéril.</li> </ul>





6.19	Personal asistencial especialmente personal de enfermería.	<p><b>Frecuencia Del Cambio Del Catéter</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hay evidencia de certeza moderada de que no hay una diferencia clara en las tasas de ISRC, tromboflebitis, infección sanguínea por todas las causas, mortalidad y dolor entre el reemplazo por indicación clínica o de forma sistemática de los CIVP. No se conoce si la infección local se reduce o aumenta cuando se cambian los catéteres por indicación clínica. Hay evidencia de certeza moderada de que la infiltración y la obstrucción de los catéteres probablemente son menores cuando los CIVP se cambian de forma sistemática; y evidencia de certeza moderada de que la extracción por indicación clínica probablemente reduce los costes relacionados con el dispositivo. El agregado de dos ensayos nuevos en esta actualización no encontró más evidencia que apoye el cambio de catéteres cada 72 a 96 horas. Las organizaciones sanitarias pueden considerar la posibilidad de cambiar a una política en la que los catéteres se cambian solo si hay una indicación clínica para hacerlo, por ejemplo, si hay signos de infección, bloqueo o infiltración. Lo anterior permitiría un ahorro importante de los costes, evitaría a los pacientes el dolor innecesario de las implantaciones sistemáticas en ausencia de indicaciones clínicas y reduciría el tiempo que los médicos ocupados dedican a esta intervención. Para reducir las complicaciones relacionadas con los CIVP, el personal debería inspeccionar el lugar de inserción en cada cambio de turno y retirar el catéter si hay signos de inflamación, infiltración, oclusión, infección u obstrucción, o si el catéter ya no se necesita para el tratamiento</li> <li>• Si hay sospecha o evidencia de complicaciones relacionadas con el catéter, éste debe ser reemplazado cambiando el sitio de punción de inmediato.</li> <li>• En caso de no realizar el cambio, la enfermera (o) del servicio debe consignar en las notas de enfermería, el porqué de la NO realización del cambio.</li> <li>• Las soluciones deben ser cambiadas cada 24 horas después de iniciar la administración, excepto los goteos especiales.</li> </ul>
6.20	Personal asistencial especialmente	<p><b>Retiro Del Catéter</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Retirar los catéteres venosos periféricos si los pacientes desarrollan signos de flebitis (calor, sensibilidad, eritema</li> </ul>



	personal de enfermería.	<p>o cordón venoso palpable), infección y cuando se detecte mal funcionamiento del catéter.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se deben detener las infusiones siempre que el paciente se queje de dolor, ardor o escozor en el punto de inserción, en la punta del catéter o en la trayectoria de la vena y valorar la posible intervención.</li> <li>• Retirar el catéter intravascular en cuanto no sea necesario.</li> <li>• En la retirada del catéter asegurar una correcta compresión de la zona de punción para evitar la formación de hematomas.</li> <li>• Registrar el cambio del sitio de Venopunción justificado, ya sea por protocolo o por otras razones que hagan necesaria esta acción.</li> </ul>
6.21	Personal asistencial especialmente personal de enfermería.	<p><b>Educación al paciente</b></p> <p>La enfermera debe dar al paciente la confianza necesaria para que disminuya o elimine la tensión y el miedo, tomándose el tiempo necesario para explicarle que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No debe mojar la zona de la Venopunción.</li> <li>• Debe informar en caso de que observe cualquier alteración en la zona de punción.</li> <li>• Realice con precaución la movilización para evitar desconexiones y acodamientos del sistema.</li> <li>• Explicar de manera clara y con lenguaje coherente la NO manipulación de equipos y dispositivos médicos.</li> <li>• Realizar el registro en las notas de enfermería de la educación dada al paciente y su familia</li> </ul>

**HISTORIA DE MODIFICACIONES**

Versión	Naturaleza de cambio	Fecha de cambio	Aprobación de cambio
01	Actualización.	Diciembre del 2022	Comité de calidad



DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Código o referencia	Tipo de documento	Nombre del documento
1 I-MA611-105	Procedimiento	Venopunción periférica
CT-PC-305	Procedimiento	venopunción periférica
CT-PC-305	Protocolos De Enfermería	Venopunción
HS PR 08	Protocolo	Protocolo de venopunción

ADMINISTRACIÓN DE REGISTROS

Código	Nombre	Responsable	Ubicación	Acceso	Tiempo de retención	Disposición