



V-100 - USO DE ACCESOS VENOSOS (AV) EN PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA (MI) EN UN HOSPITAL DEL GRUPO 2

E. Alonso Campón, A. Silva Asiaín, A. Roa Ballesteros, B. Torres Ceballos, C. Salazar Mosteiro, A. Blanco Jarava, R. Almazán García y M. de Vicente Collado

Medicina Interna. Hospital Ntra. Sra. del Prado. Talavera de la Reina (Toledo).

Resumen

Objetivos: Analizar el uso de AV en los pacientes hospitalizados en planta de MI del Hospital Nuestra Señora del Prado (HNSP).

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo, prospectivo. Se incluyeron todos los pacientes ingresados en la planta de MI el mes de abril de 2019. Se analizaron variables epidemiológicas, clínicas y relacionadas con la inserción y mantenimiento de AV. Se utilizó el programa estadístico SPSS 22.0.

Resultados: Incluimos 106 pacientes. El 42,2% presentaban dependencia grave. El 41,1% cumplían criterios de pluripatología, 86,7% de polifarmacia y reingresan 10%. El 27,8% presentaron agitación psicomotriz. La media de días de ingreso fue 9,37. El 92,5% de los pacientes tenían un AV periférico a su llegada a planta. Enfermería reflejó dificultad para canalización en el 6,6% de pacientes. La media de días de ingreso de estos pacientes fue 19,25 frente a 8,91 días en los que no se refleja. A ningún paciente se solicitó valoración ecográfica de capital venoso ni se planteó canalizar Midline/PICC. La media de punciones para canalización de AV y realización de analíticas en planta fue 5,77 (mínimo 0 y máximo 32). Los pacientes institucionalizados, los reingresos y los que presentan agitación psicomotriz precisaron mayor número de punciones ($p < 0,05$). 54 pacientes presentaron complicaciones derivadas del AV; las más frecuentes, extravasación (66,6%) y flebitis (26,9%). El 19,8% de los pacientes recibieron fármacos que no eran compatibles con el AV utilizado. Al 1,9% de pacientes se solicitó un catéter venoso central CVC.

Discusión: El AV de elección en nuestra planta de MI es la vía periférica. No se hace valoración proactiva en la elección del catéter, no se tiene en cuenta ni la dificultad del acceso, los fármacos a administrar ni la duración prevista del tratamiento. La mitad de los pacientes presentaron complicaciones relacionadas con el catéter.

Conclusiones: Necesitamos protocolizar una valoración proactiva en la elección del catéter según las características del paciente, capital venoso, fármacos intravenosos y duración prevista de tratamiento, con el objetivo de reducir el número de punciones y las complicaciones derivadas.

Bibliografía

1. Infusion Nurses Society. Infusion nursing standards of practice. *J Infus Nurs.* 2016;39(1):S1-S59.