Rev Clin Esp. 2015;215 (Espec Congr):720

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

V-035 - ESTUDIO OBSERVACIONAL SOBRE EL MANTENIMIENTO DE LOS CATÉTERES VENOSOS PERIFÉRICOS. ¿SE APLICAN LOS PROTOCOLOS Y SE CUMPLE CON LOS ESTÁNDARES DE CALIDAD EN UNA PLANTA DE MEDICINA INTERNA?

J. Amores Ampuero[1], M. Iturbe González[2]

[1]Ciencias Biomédicas y de la Salud. Universidad Europea de Madrid. Villaviciosa de Odón (Madrid).[2]Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Fuenlabrada (Madrid).

Resumen

Objetivos: 1. Verificar si se cumplen los protocolos de mantenimiento de los catéteres venosos periféricos (CVP). 2. Comprobar si los tratamientos se aplican con las menores consecuencias y dentro de los índices de calidad del propio hospital. 3. Valorar posibles factores o denominadores comunes sobre las complicaciones de los CVP.

Métodos: En este estudio se siguió el protocolo de mantenimiento de los CVP del Hospital Universitario de Fuenlabrada así como el del Colegio de Enfermería de la Comunidad de Madrid. Búsqueda en: Medline with fulltext, PubMed, Cochrane plus. Se observó diariamente a treinta pacientes de la planta de medicina interna. Total de CVP examinados: 216. Se valoró: 1) Punto de inserción visible, 2) Mantenimiento adecuado, 3) Presencia de tapones, 4) Signos de flebitis, 5) Lugar de inserción, 6) Calibre del catéter y 7) Adecuación del CVP.

Resultados: 1) Nº CVP visibles × 100/Nº CVP totales = 143 × 100/210 = 68,10%, estándar de calidad (EC) > 95%. 2) NºCVP manchada × 100/Nº CVP observados = 103 × 100/209 = 49,28%, EC > 95%. 3) Nº de tapones presentes × 100/Nº accesos totales = 392 × 100/465 = 84,30%, EC > 95%. 4) Nº CVP con signos de flebitis × 100/Nº CVP totales = 9 × 100/209 = 3.10%, EC 5%. 5) MSI = 63; MSD = 61; MSI flexura = 43; MSD flexura = 45; MII = 4; MID = 0. 6) Nº18G = 5 (4STP); Nº 20G = 130 (33STP); Nº 22G = 75 (11STP). 7) Nº CVP con indicación × 100/Nº total de CVP = 174 × 100/208 = 83,65%, EC > 90%.

Discusión: 1) Punto de inserción visible: una de las variables más importantes. Los apósitos transparentes disminuyen las complicaciones con nivel de evidencia IA (Tripepi-Bova et al, 1997; Larwood, 2000; Jackson, 2001; Hadaway, 2003). No se observó el uso de apósitos de gasa, aunque su uso está indicado en puntos de inserción exudativos, que sangren o en pacientes con diaforesis (Rosenthal, 2003; CDC, 2011). 2) Cambio del apósito: se ha comprobado que se debe realizar cada semana en los transparentes o en un máximo de 48 horas en los de gasa, o siempre que estén manchados, sucios, despegados o mojados con nivel de evidencia IB (Rosenthal, 2003; Hadaway 2003; CDC, 2011). 3) Presencia de tapones: existe un riesgo elevado de complicaciones en los paciente que no portan tapones, nivel de evidencia IB (Casanova et al, 2009; O&#39Grady et al, 2011). 4) Signos de flebitis: se recomienda retirar el catéter si existen signos compatibles con flebitis, nivel de evidencia IA (Ferrete-Morales et al, 2009; O&#39Grady et al, 2011; CDC, 2011). Se cumple el EC 5%. 5) Lugar de inserción: el 42, 59% de los catéteres estaban canalizados en lugares

que se deben evitar: flexuras (INS, 2000; Procedimiento CVP HUF, 2013) y miembros inferiores con nivel de evidencia II (INS, 2000; Tagalaskis, 2002; CDC, 2011). 6) Selección del calibre del catéter: se debe elegir el catéter de menor calibre para la administración del tratamiento ya que ocasiona menos complicaciones debido a que minimiza la irritación por contacto, favorece el flujo y logra una mayor hemodilución (INS, 2000; O&#39Grady et al, 2002; Pratt et al, 2007). 7) Adecuación del CVP: algunos CVP se podrían haber retirado con anterioridad. Se encontró un paciente con flebitis que no tenía indicado el CVP.

Conclusiones: 1) Existe un riesgo elevado de complicaciones que podrían agravar la salud del paciente si no se cumplen con los mínimos de calidad y mantenimiento de los CVP. 2) Los datos del estudio están sujetos al funcionamiento de la planta y de la disponibilidad del paciente para la entrevista. 3) Solo el 68,10% de los CVP estaban visibles, menos en algunos casos de: deterioro cognitivo, demencia, etc. 4) Se encontró un paciente con flebitis que no tenía indicado el CVP. 5) Se evitarán los CVP en flexuras y MMII, informando al paciente. 6) La STP puede administrarse con calibres 20G y 22G. 7) Las dos áreas principales de mejora son: punto de inserción visible y apósitos manchados. Una mayor formación y distribución de los tiempos permitiría llegar al EC.

0014-2565 / © 2015, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.