


Disminuir el riesgo de flebitis al paciente durante su estancia hospitalaria con la implementación de un protocolo de venopunción en la ESE Centro de Salud Santa Isabel de Buenavista.

VENOPUNCIÓN

Sonia Mendoza Enfermera jefe



EDITH ALEIDA BALLESTEROS
Gerente

	PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERIA		CÓDIGO:
			2.3.2. T02
	MACRO PROCESO		2.3. Enfermería
			2.3.2. ACTIVIDADES DE ENFERMERIA
PROCESO	2.3.2. ACTIVIDADES DE ENFERMERIA	FECHA:	
TIPO DOCUMENTAL	PROTOCOLO	31/01/2023	

1. IDENTIFICACIÓN

MACROPROCESO: ENFERMERIA

PROCESO: Actividades de enfermería

OBJETIVO: Disminuir el riesgo de flebitis al paciente durante su estancia hospitalaria con la implementación de un protocolo de venopunción en la ESE Centro de Salud Santa Isabel de Buenavista.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- ✓ Realizar un procedimiento de venopunción seguro, cumpliendo con las normas de Sepsia y antisepsia; garantizando calidad en la prestación del servicio para minimizar el riesgo de eventos asociados a la técnica de cateterismo venoso, especialmente disminuir la incidencia de infección nosocomial asociada a venopunción.

ALCANCE: Este protocolo aplica para todo el personal asistencial de la ESE en todos los servicios que presta la Institución.

RESPONSABLES: Personal asistencial y administrativo de la ESE.



	VENOPUNCIÓN		CÓDIGO:
			2.3.2. T06
			VERSIÓN:
	MACRO PROCESO	2.3. Enfermería	2
	PROCESO	2.3.2. ACTIVIDADES DE ENFERMERIA	FECHA:
TIPO DOCUMENTAL	PROTOCOLO	31/01/2023	

Tabla de contenido

1.	IDENTIFICACIÓN	1
2.	INTRODUCCIÓN	3
3.	MARCO CONCEPTUAL	4
4.	CONTENIDO DEL PROTOCOLO.....	8
4.1.	Talento Humano requerido	8
4.2.	Equipo Biomédico Requerido	8
4.2.1.	Insumos y/o Dispositivos Médicos Requeridos.....	¡Error! Marcador no definido.
5.	GENERALIDADES.....	8
5.1.	Precauciones generales:.....	8
5.2.	Indicaciones	9
5.3.	Contraindicaciones.....	9
5.4.	Educación al paciente	10
5.5.	Preparación del equipo	10
5.6.	Selección de vena	10
6.	CUIDADOS POSTERIORES	12
6.1.	Cuidados del punto de inserción	12
6.2.	Cuidados en el mantenimiento del catéter	12
6.3.	Cuidados con el sistema de perfusión.....	13
6.4.	Frecuencia de cambio del yelco	13
6.5.	Retiro del yelco.....	13
6.6.	Distribución	14
6.7.	Seguimiento y medición	14
6.8.	Indicadores.....	14
7.	PROCEDIMIENTO.....	15
8.	RECOMENDACIONES	17
9.	HERRAMIENTAS Y METODOLOGÍAS DE EVALUACIÓN	19
10.	FORMATOS Y REGISTROS.....	19
11.	CONTROL DE CAMBIOS.....	19
12.	BIBLIOGRAFÍA.....	20


	VENOPUNCIÓN		CÓDIGO:
			2.3.2. T06
	MACRO PROCESO 2.3. Enfermería		VERSIÓN:
			2
PROCESO	2.3.2. ACTIVIDADES DE ENFERMERIA	FECHA:	
TIPO DOCUMENTAL	PROTOCOLO	31/01/2023	

2. INTRODUCCIÓN

La determinación de protocolos institucionales permite garantizar la seguridad de los pacientes durante el proceso de atención. Unas de las prácticas más usadas en las instituciones de salud son las venopunciones y dichas actividades exponen a los pacientes a la presencia de eventos adversos como las flebitis que pueden ser de tipo químico, mecánico o infeccioso si no se tienen definidos protocolos claros, socializados con todo el personal de salud y realizando evaluaciones de adherencia.

El uso de accesos venosos es diverso desde una toma de muestra para laboratorios hasta una aplicación de medicamentos indispensables para salvar una vida, por lo cual debe definirse las medidas de bioseguridad que permitan evitar las infecciones asociadas al cuidado de la salud, la administración correcta de medicamentos y soluciones; y la adecuada inmovilización y escogencia de los dispositivos evitando con ello el daño del tejido venoso y arterial. Además del tiempo adecuado de sustitución de los dispositivos

El personal de enfermería juega un papel muy importante en relación con la incidencia de eventos adversos asociados a la venopunción por su directa implicación en el cuidado de los mismos desde su colocación hasta su retiro, por lo tanto, deben asumir la responsabilidad en el cumplimiento del proceso y garantizar la educación al paciente y su familia.

	VENOPUNCIÓN		CÓDIGO:
			2.3.2. T06
			VERSIÓN:
	MACRO PROCESO	2.3. Enfermería	2
	PROCESO	2.3.2. ACTIVIDADES DE ENFERMERIA	FECHA:
TIPO DOCUMENTAL	PROTOCOLO	31/01/2023	

3. MARCO CONCEPTUAL

Yelco: 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.

Venopunción: Técnica por la cual se perfora una vena por vía transcutánea con una cánula portadora de un yelco de plástico flexible unido a una jeringa o un catéter. El objetivo de este procedimiento es extraer una muestra de sangre, realizar una flebotomía, instilar un medicamento, comenzar una infusión intravenosa o inyectar una sustancia radiopaca para la exploración radiológica de una parte o sistema del cuerpo.

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 el tamaño del catéter.


Flebitis mecánica: Se define como la irritación de la íntima de la vena, causada por el contacto con el material del yelco, 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.

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

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.

ESE CENTRO DE SALUD SANTA ISABEL BUENAVISTA

	VENOPUNCIÓN		CÓDIGO:
			2.3.2. T06
			VERSIÓN:
	MACRO PROCESO	2.3. Enfermería	2
	PROCESO	2.3.2. ACTIVIDADES DE ENFERMERIA	FECHA:
TIPO DOCUMENTAL	PROTOCOLO	31/01/2023	

Dentro de la clasificación de la flebitis existen diferentes grupos de acuerdo a los signos y síntomas:

CLASIFICACIÓN	CARACTERÍSTICAS
0	No hay síntomas clínicos
1	Eritema, con o sin dolor. Edema puede o no estar presente. No hay formación de estrías, no hay cordón venoso palpable
2	Eritema, con o sin dolor. Edema puede o no estar presente. Formación de estrías. No hay cordón venoso palpable.
3	Eritema, con o sin dolor. 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.

Infiltración: Es la extravasación de líquido intravenoso debido al desplazamiento del yelco o perforación de la pared venosa.

Causas:

- ✓ Desalojo del yelco.
- ✓ 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.


Signos y síntomas:

- ✓ Edema
- ✓ Piel fría.
- ✓ Palidez.
- ✓ Dolor, aunque a veces tardío.

Detección temprana de flebitis o infiltración

- ✓ Valorar al paciente por lo menos una vez por turno. Hágalo sistemáticamente; empiece por el frasco de la solución, la vía y la zona de inserción.
- ✓ Observe y palpe el sitio de la punción. Los primeros signos de infiltración o flebitis aparecen en la punta del yelco.
- ✓ Busque la presencia de enrojecimiento, palidez o edema.
- ✓ Compare temperatura cutánea de la zona de punción con la del brazo contralateral.

ESE CENTRO DE SALUD SANTA ISABEL BUENAVISTA

	VENOPUNCIÓN		CÓDIGO:
			2.3.2. T06
			VERSIÓN:
	MACRO PROCESO	2.3. Enfermería	2
PROCESO	2.3.2. ACTIVIDADES DE ENFERMERIA	FECHA:	
TIPO DOCUMENTAL	PROTOCOLO	31/01/2023	

Obstrucción de la vía endovenosa

Causas:

- ✓ Bajo flujo en la infusión que permite el reflujo de sangre.
- ✓ Obstrucción en el equipo por acodamiento.
- ✓ Acodamiento de la punta del yelco en una articulación.
- ✓ Terminación del líquido de infusión.
- ✓ Tratamiento.

Complicaciones sistémicas.

Embolia pulmonar: Bloqueo súbito de una arteria pulmonar, la causa suele ser por un coágulo en la pierna llamado trombosis venosa profunda que se desprende y viaja por el torrente sanguíneo hasta el pulmón.

Para evitarlas se debe:

- ✓ No usar venas de extremidades inferiores dado que existe un mayor riesgo de formación de trombos.
- ✓ No irrigue catéteres conectados, los émbolos serán forzados hacia la circulación y alojarán en pequeños vasos pulmonares.

Embolia gaseosa: Es la obstrucción de los vasos arteriales por un embolo gaseoso. Hacen falta de 70-100 cc de aire por un segundo para la muerte, que se produce por nitrógeno.

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: Elevación de la presión sanguínea, aumento de la PVC, taquipnea, insuficiencia respiratoria, estertores y amplia variación entre los líquidos administrados y el gasto urinario.

ESE CENTRO DE SALUD SANTA ISABEL BUENAVISTA

	VENOPUNCIÓN		CÓDIGO:
			2.3.2. T06
			VERSIÓN:
	MACRO PROCESO	2.3. Enfermería	2
	PROCESO	2.3.2. ACTIVIDADES DE ENFERMERIA	FECHA:
TIPO DOCUMENTAL	PROTOCOLO	31/01/2023	

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.

Controlar la medicación intravenosa con el fin de no exceder los niveles de administración recomendados. Colocar medicación diluida y lenta.

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.

Infusión intermitente o adapter: Permite tener una vía venosa lista para administrar terapia farmacológica o reducir el riesgo de sobre-hidratación en el paciente; se realiza por medio de un adaptador para el yelco intravenoso.

Hematoma: Extravasación de sanguínea en el sitio de punción que aparece durante o después de la colocación del yelco. Debida a la perforación de la vena.


Trombosis: Es la oclusión total o parcial de un vaso sanguíneo por un coagulo 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.

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.

Bacteremia primaria: Supone la inexistencia de un foco de infección en otro sitio (pulmonar, urinario, piel, gastrointestinal etc.), por el mismo organismo. Se consideran asociadas a los equipos de transfusión intravenosa, si el paciente tiene una.

	VENOPUNCIÓN		CÓDIGO:
			2.3.2. T06
			VERSIÓN:
	MACRO PROCESO	2.3. Enfermería	2
	PROCESO	2.3.2. ACTIVIDADES DE ENFERMERIA	FECHA:
TIPO DOCUMENTAL	PROTOCOLO	31/01/2023	

Bacteremia secundaria: Coexistencia de un foco infeccioso por el mismo microorganismo y se presume que este foco fue el punto de partida de la infección del torrente sanguíneo. Si asociada a la bacteriemia existe tromboflebitis purulenta o signos de infección (dolor, enrojecimiento pus etc.) en el sitio de la inserción del catéter, se considera una bacteriemia secundaria asociada al uso de catéteres o fluidos intravenosos.

4. CONTENIDO DEL PROTOCOLO

4.1. Talento Humano requerido

- ✓ enfermería
- ✓ Auxiliar de enfermería
- ✓ Enfermera jefa

4.2. Equipo Biomédico Requerido


- ✓ Guantes
- ✓ Delantales desechables.
- ✓ Torunda impregnada de alcohol (si es necesario).
- ✓ Aguja(s) estéril(es)
- ✓ Dispositivo de infusión (calibre 20 a 21G).
- ✓ Jeringa(s) estéril(es)
- ✓ Recipientes de sangre apropiados para el sistema utilizado y los estudios que sean necesarios

5. GENERALIDADES

5.1. Precauciones generales:

- ✓ Verificar la identidad del paciente (Verificación cruzada) y comprobar que necesita la canalización de una vía venosa periférica.
- ✓ 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

ESE CENTRO DE SALUD SANTA ISABEL BUENAVISTA

	VENOPUNCIÓN		CÓDIGO:
			2.3.2. T06
			VERSIÓN:
	MACRO PROCESO	2.3. Enfermería	2
	PROCESO	2.3.2. ACTIVIDADES DE ENFERMERIA	FECHA:
TIPO DOCUMENTAL	PROTOCOLO	31/01/2023	

- ✓ 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 cómo Anfotericina, cefalosporinas, metronidazol, vancomicina y eritromicina.
- ✓ Valorar la actividad del paciente, movilidad, agitación, alteración del nivel de conciencia, eligiendo la zona más adecuada.
- ✓ Realizar la inserción del catéter preferentemente en las extremidades superiores, evitando zonas de flexión y si es posible en el brazo no dominante.
- ✓ 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 excepto en el dorso de la mano.
- ✓ Comprobar las posibles alergias a los materiales a utilizar.


5.2. Indicaciones

- ✓ Mantener una vía venosa para casos de emergencia
- ✓ Restaurar y/o mantener el equilibrio hidroelectrolítico y acido básico
- ✓ 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).

5.3. Contraindicaciones

- ✓ Déficit motor o sensitivo en la extremidad elegida
- ✓ Fístula arteriovenosa 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.

ESE CENTRO DE SALUD SANTA ISABEL BUENAVISTA

	VENOPUNCIÓN		CÓDIGO:
			2.3.2. T06
			VERSIÓN:
	MACRO PROCESO	2.3. Enfermería	2
	PROCESO	2.3.2. ACTIVIDADES DE ENFERMERIA	FECHA:
TIPO DOCUMENTAL	PROTOCOLO	31/01/2023	

5.4. Educación al paciente

La enfermera debe dar al paciente la confianza necesaria para que disminuya o elimine la tensión y el miedo, tomándose el tiempo necesario para comunicarle:

- ✓ La necesidad de realizar la venopunción y su finalidad
- ✓ Explicarle el procedimiento y el tiempo aproximado que va a ser necesario mantener el catéter intravenoso.
- ✓ Pedirle que avise en caso de observar cualquier alteración en la zona de punción.
- ✓ Informar al paciente que la movilización la realice con precaución para evitar desconexiones y acodamientos del sistema.
- ✓ Explicarle que no debe mojar la zona de la venopunción.
- ✓ Seguidamente deberá realizar el registro en notas de enfermería de la educación dada al paciente y su familia

5.5. Preparación del equipo

Cada vez que se vaya a realizar una venopunción se debe alistar el equipo necesario para llevar a la habitación o sitio donde se realice el procedimiento, los elementos necesarios deberán ir completos evitando pérdida de tiempo y el aumento en la tensión del paciente.


- ✓ Use un nuevo dispositivo para cada procedimiento, incluso para la reconstitución de una unidad de medicamento o vacuna.
- ✓ Examine el envase del dispositivo para comprobar que la barrera de protección no se ha roto.
- ✓ Deseche el dispositivo si el envase se ha perforado, roto o estropeado por acción de la humedad o si la fecha de caducidad está vencida.

5.6. Selección de vena

Siempre se deben seleccionar las venas bajo las siguientes indicaciones:

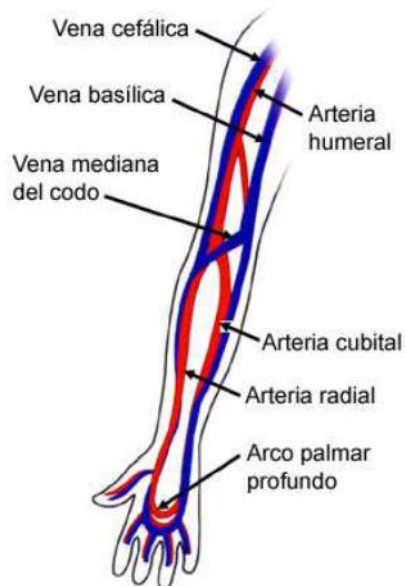
- ✓ Seleccionar la vena que va a puncionar, teniendo en cuenta el flujo venoso.
- ✓ iniciar por la parte distal a la proximal de la extremidad preservando de esta manera la integridad del recorrido para sucesivas canalizaciones.


ESE CENTRO DE SALUD SANTA ISABEL BUENAVISTA

	VENOPUNCIÓN		CÓDIGO:
			2.3.2. T06
			VERSIÓN:
	MACRO PROCESO	2.3. Enfermería	FECHA:
PROCESO	2.3.2. ACTIVIDADES DE ENFERMERIA		
TIPO DOCUMENTAL	PROTOCOLO		31/01/2023

- ✓ 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.
- ✓ Usar la extremidad superior, en adultos, en lugar de la inferior. Reemplazar el catéter insertado en la extremidad inferior tan pronto como le sea posible.
- ✓ Usar para la inserción en pediatría, la mano, el dorso del pie
- ✓ Evitar la punción en los pliegues, sobre todo en manejo prolongado por la incomodidad que ocasiona en el paciente.
- ✓ No intentar la punción de una vena más de dos veces, cualquiera que sea el motivo busque ayuda de otra persona.
- ✓ No puncione venas que se desplazan fácilmente o venas que han perdido su elasticidad, estén fibrosadas, con hematomas o presente nódulos palpables o visibles. Nunca usar venas que han presentado signos de flebitis durante la estancia hospitalaria
- ✓ No puncionar la vena accesoria de la radial superficial debido a su proximidad al nervio y a la arteria radial.
- ✓ No ejercer una presión excesiva con los sistemas de fijación para evitar úlceras por presión.

Venas de las extremidades superiores



	VENOPUNCIÓN		CÓDIGO:
			2.3.2. T06
			VERSIÓN:
	MACRO PROCESO	2.3. Enfermería	2
	PROCESO	2.3.2. ACTIVIDADES DE ENFERMERIA	FECHA:
TIPO DOCUMENTAL	PROTOCOLO	31/01/2023	

6. CUIDADOS POSTERIORES


6.1. Cuidados del punto de inserción

- ✓ Vigilar la zona de inserción del yelco en cada turno mediante palpación y por inspección directa al momento de la administración de medicamentos del turno de la mañana, tarde y noche. Realizar el registro en notas de enfermería de como se observa el sitio de inserción y si hay presencia de flebitis.
- ✓ Si el paciente presenta sangrado, sensibilidad local, dolor y/o fiebre, revisar la zona de inserción del yelco.
- ✓ Cambiar el adhesivo cuando esté despegado, mojado o sucio.
- ✓ Aplicar antiséptico, preferiblemente clorhexidina alcohólica al 2% o alcohol etílico al 70% en el punto de inserción cuando se cambie el apósito.
- ✓ No utilizar antibióticos tópicos o cremas en el lugar de inserción ya que pueden provocar resistencias microbianas e infecciones por hongos.
- ✓ No mojar ni sumergir la zona de inserción del yelco. El paciente puede ducharse si se toman precauciones, por ejemplo protegiendo la zona con un recubrimiento impermeable.

6.2. Cuidados en el mantenimiento del catéter

- ✓ Evaluar la permeabilidad del acceso venoso cada vez que se acceda al mismo.
- ✓ Inspeccionar regularmente la permeabilidad del acceso venoso periférico y la colocación correcta del mismo, ya que el reconocimiento temprano de la extravasación es fundamental para limitar la cantidad de fluido que se extiende por el tejido subcutáneo y el daño potencial que puede producir en los tejidos. Realizar las notas de enfermería de lo observado.
- ✓ En los accesos venosos que se utilizan de forma intermitente o vayan a ser utilizados para obtener muestras de sangre lavar la cánula al menos cada 8 horas con solución salina al 0,9%.
- ✓ Lavar con solución salina al 0,9% la luz del catéter cada vez que se administre una medicación o se suspenda.
- ✓ Minimizar el riesgo de contaminación mediante la limpieza de los conectores con solución antiséptica (alcohol de 70%) antes de acceder al sistema y hacerlo solo con dispositivos estériles.

ESE CENTRO DE SALUD SANTA ISABEL BUENAVISTA

	VENOPUNCIÓN		CÓDIGO:
			2.3.2. T06
			VERSIÓN:
	MACRO PROCESO	2.3. Enfermería	2
	PROCESO	2.3.2. ACTIVIDADES DE ENFERMERIA	FECHA:
TIPO DOCUMENTAL	PROTOCOLO	31/01/2023	

6.3. Cuidados con el sistema de perfusión

- ✓ Al igual que el catéter, 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.
- ✓ El sistema de perfusión, compuesto por las líneas y catéter; cualquier otro accesorio (buretroles, etc.) debe manejarse como circuito cerrado.
- ✓ 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%.
- ✓ Todas las entradas al sistema deben mantenerse cerradas con la tapa estéril.


6.4. Frecuencia de cambio del yelco

- ✓ El yelco se debe reemplazar en períodos de 72 horas de acuerdo a la fecha de inserción.
- ✓ El sitio de punción se debe cambiar cada vez que se cambia de yelco.
- ✓ Si hay sospecha o evidencia de complicaciones relacionadas con el yelco, éste debe ser reemplazado cambiando el sitio de punción de inmediato.
- ✓ 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.
- ✓ Las soluciones deben ser cambiadas cada 24 horas después de iniciar la administración, excepto los goteos especiales.

6.5. Retiro del yelco

- ✓ Retirar los accesos venosos periféricos si los pacientes desarrollan signos de flebitis (calor, sensibilidad, eritema o cordón venoso palpable), infección y cuando se detecte mal funcionamiento del yelco.
- ✓ 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.
- ✓ Retirar el yelco en cuanto no sea necesario.
- ✓ En la retirada del catéter yelco una correcta compresión de la zona de punción para evitar la formación de hematomas.

ESE CENTRO DE SALUD SANTA ISABEL BUENAVISTA

	VENOPUNCIÓN		CÓDIGO:
			2.3.2. T06
			VERSIÓN:
	MACRO PROCESO	2.3. Enfermería	2
	PROCESO	2.3.2. ACTIVIDADES DE ENFERMERIA	FECHA:
TIPO DOCUMENTAL	PROTOCOLO	31/01/2023	

- ✓ Registrar el cambio del sitio de venopunción ya sea por protocolo o por otras razones que hagan necesaria esta acción.

6.6. Distribución

- ✓ Subgerencia Científica
- ✓ Coordinaciones asistenciales.
- ✓ Comité de Calidad Y Seguridad del paciente.
- ✓ Servicio Médico Quirúrgico.
- ✓ Servicio Gineco – Obstétrico.
- ✓ Unidad de Paciente Crítico.
- ✓ Servicio de Urgencia.
- ✓ Servicio de Salas de cirugía.
- ✓ Gastroenterología.


6.7. Seguimiento y medición

La verificación de la implementación del presente protocolo se realizará a través del formato

6.8. Indicadores

INCIDENCIA DE FLEBITIS	
Fórmula	Número de pacientes con flebitis en el periodo / Total de pacientes canalizados en el periodo
Definición de términos Seguridad del Paciente:	Conjunto de estructuras, procesos organizacionales que reducen la probabilidad de eventos adversos resultantes de la exposición a la atención en salud Caída: Consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita una persona hacia el suelo en contra de su voluntad (OMS)
Fuente de Datos	Formato notificación obligatoria de incidentes y eventos
Periodicidad	Mensual
Responsable	Líderes de procesos, coordinadores de área, comité de calidad y seguridad del paciente


ESE CENTRO DE SALUD SANTA ISABEL BUENAVISTA

	VENOPUNCIÓN		CÓDIGO:
			2.3.2. T06
			VERSIÓN:
	MACRO PROCESO	2.3. Enfermería	2
	PROCESO	2.3.2. ACTIVIDADES DE ENFERMERIA	FECHA:
TIPO DOCUMENTAL	PROTOCOLO	31/01/2023	


7. PROCEDIMIENTO

INICIO						
No.	DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	RESPONSABLE	CUÁNDO	DÓNDE	REGISTRO	
1	<p>Valorar y revisar la necesidad de terapia intravenosa requerida por el paciente.</p> <p>No canalizar vena sino es necesario excepto en gestantes.</p> <p>Explicar el procedimiento, diligenciar consentimiento informado de procedimientos de enfermería y responder inquietudes al paciente y familia. Esto disminuye la ansiedad y temor.</p> <p>Realizar lavado de manos.</p> <p>Alistar los elementos necesarios para realizar el procedimiento:</p> <p>Verificar la indicación de las soluciones a</p>	Auxiliares de enfermería	de	<p>Cuando el paciente ingrese al centro de salud y vaya a ser valorado por el médico tratante y de la orden medica de realizar el procedimiento</p>	Centro de salud en el área de procedimientos	Nota de enfermeria

ESE CENTRO DE SALUD SANTA ISABEL BUENAVISTA

	VENOPUNCIÓN		CÓDIGO:
			2.3.2. T06
			VERSIÓN:
	MACRO PROCESO	2.3. Enfermería	2
	PROCESO	2.3.2. ACTIVIDADES DE ENFERMERIA	FECHA:
TIPO DOCUMENTAL	PROTOCOLO	31/01/2023	

<p>infundir. Y los dispositivos médicos</p> <p>Según el paciente, el calibre e indicación.</p> <p>Conectar el equipo a la bolsa de líquidos y/o al buretrol de necesitarse este</p> <p>Dispositivo, colgar en el atril.</p> <p>Purgar el equipo según indicación.</p> <p>Marcar el equipo con la fecha y rotular los líquidos a infundir</p> <p>Alistar previamente el corte del esparadrapo para inmovilizar la ven punción</p> <p>Elegir la vena (de la parte distal a la proximal de la extremidad) en la que va a</p> <p>Realizar el procedimiento. Puede usar el método de palpación sino la visualiza.</p>				
--	--	--	--	--

	VENOPUNCIÓN		CÓDIGO:
			2.3.2. T06
			VERSIÓN:
	MACRO PROCESO	2.3. Enfermería	FECHA:
PROCESO	2.3.2. ACTIVIDADES DE ENFERMERIA		
TIPO DOCUMENTAL	PROTOCOLO		31/01/2023

	<p>Tener en cuenta la solución o componente a infundir al elegir el acceso venoso,</p> <p>si requiere o no que la vena sea de gran calibre, igualmente la elección del Catéter.</p>				

8. RECOMENDACIONES

Lavado de manos

Es la forma más eficaz de prevenir la infección cruzada entre paciente, personal hospitalario, y visitantes. Se realiza con el fin de reducir la flora normal y remover la flora transitoria para disminuir la diseminación de microorganismos infecciosos. Se considera el procedimiento más importante para la prevención de la infección. El lavado de las manos debe efectuarse como se indica en las prácticas seguras adoptadas por la OMS².


¿Cómo lavarse las manos?

9 Duración de todo el procedimiento: 40-60 segundos



Organización Mundial de la Salud | Seguridad del Paciente | SAVE LIVES Clean Your Hands

ESE CENTRO DE SALUD SANTA ISABEL BUENAVISTA

	VENOPUNCIÓN		CÓDIGO:
			2.3.2. T06
			VERSIÓN:
	MACRO PROCESO	2.3. Enfermería	2
PROCESO	2.3.2. ACTIVIDADES DE ENFERMERIA	FECHA:	
TIPO DOCUMENTAL	PROTOCOLO	31/01/2023	

Uso de guantes

Es importante anotar que los guantes nunca son un sustituto del lavado de manos, dado que el látex no está fabricado para ser lavado y reutilizado, pues tiende a formar microporos cuando es expuesto a actividades tales como, stress físico, líquidos utilizados en la práctica diaria, desinfectantes líquidos e inclusive el jabón de manos, por lo tanto, estos microporos permiten la diseminación cruzada de gérmenes.

Se debe usar guantes para todo procedimiento que implique contacto con:

- ✓ Sangre y otros fluidos corporales, considerados de precaución universal.
- ✓ Piel no intacta, membranas mucosas o superficies contaminadas con sangre.
- ✓ Debe usarse guantes para la realización de punciones venosas (y otros procedimientos que así lo requieran, como en la administración de medicamentos) y demás procedimientos quirúrgicos, desinfección y limpieza.

Utilización de otro equipo de protección personal para uso único

El uso de mascarilla previene la exposición de las membranas mucosas de la boca, la nariz y los ojos, a líquidos potencialmente infectados. Se indica en:

- ✓ Procedimientos en donde se manipulen sangre o líquidos corporales.
- ✓ Cuando exista la posibilidad de salpicaduras (aerosoles) o expulsión de líquidos contaminados con sangre.

Preparación y desinfección de la piel


Para desinfectar la piel, proceda del modo siguiente:

- ✓ Vierta una solución desinfectante en una torunda de algodón para uso único.
- ✓ Limpie la zona desde el centro del sitio de la inyección hacia la periferia sin volver a pasar por el mismo lugar.
- ✓ Aplique la solución unos 30 segundos y luego déjela secar por completo.

Manejo de elementos cortopunzantes

- ✓ DESECHE de inmediato el dispositivo utilizado (según indicaciones de manual de bioseguridad institucional)

ESE CENTRO DE SALUD SANTA ISABEL BUENAVISTA

	VENOPUNCIÓN		CÓDIGO:
			2.3.2. T06
			VERSIÓN:
	MACRO PROCESO	2.3. Enfermería	2
	PROCESO	2.3.2. ACTIVIDADES DE ENFERMERIA	FECHA:
TIPO DOCUMENTAL	PROTOCOLO	31/01/2023	

- ✓ NO deje agujas hipodérmicas desprotegidas fuera del recipiente para objetos corto punzantes.
- ✓ Cuando el reencapuchado de la aguja sea inevitable, USE el método de encapuchado mono manual
- ✓ NO vuelva a recubrir la aguja hipodérmica con el capuchón usando ambas manos.
- ✓ SELLE el recipiente para objetos cortos punzantes con una tapa inviolable.
- ✓ NO llene hasta el borde, ni vuelque el recipiente para objetos cortos punzantes.

9. HERRAMIENTAS Y METODOLOGÍAS DE EVALUACIÓN

La ESE realizara la verificación de adherencia al documento realizado a través de una lista de chequeo que permita la evaluación de este.

10. FORMATOS Y REGISTROS


- ✓ Formato de Seguimiento a Venopunción.
- ✓ Lista de chequeo de venopunción.
- ✓ Consentimiento para la venopuncion

11. CONTROL DE CAMBIOS

Control de Cambios			
Versión	Fecha	Elaboro	Descripción del Cambio
1	21/07/2022	Sonia Mendoza Aponte	Versión Inicial del Documento
2	31/01/2023	Sonia Mendoza Aponte	Actualización de Formatos

Revisión y Aprobación		
Elaborado/Modificado por:	Cargo:	Fecha:
Sonia Mendoza Aponte	Enfermera Jefe	31/01/2023
Revisado por:	Cargo:	Fecha:
Jesica Rincon Quiñonez	Asesor Calidad y Planeación	31/01/2023
Aprobado por:	Cargo:	Fecha:
Edith Aleida Ballesteros Peña	Gerente	31/01/2023

ESE CENTRO DE SALUD SANTA ISABEL BUENAVISTA

	VENOPUNCIÓN		CÓDIGO:
			2.3.2. T06
			VERSIÓN:
	MACRO PROCESO	2.3. Enfermería	2
	PROCESO	2.3.2. ACTIVIDADES DE ENFERMERIA	FECHA:
TIPO DOCUMENTAL	PROTOCOLO	31/01/2023	

12. BIBLIOGRAFÍA.

- ACOFAEN, El profesional de Enfermería en la vigilancia epidemiológica de las infecciones intrahospitalarias, 1998
- ARROYAVE C. Marta L., González Germán. Infección Intrahospitalaria Prevención Y Control, Tercera edición 1999.
- MANDELL, DOUGLAS Y BENNETT. Enfermedades Infecciosas, Principios y práctica. Cuarta edición. 2000.
- guía de cuidados de enfermería de los accesos venosos División de enfermería del hospital general universitario de alicante Unidad de planes de cuidados de enfermería años 2007
- <http://cuidados20.san.gva.es/documents/16605/18134/Gu%C3%ADa+de+cuidados+de+los+accesos+venosos.pdf>
- <http://www.ins.gov.co/iaas/Paginas/que-son-las-iaas.aspx>
- Ministry of Health, NSW. Guideline for PIVC Insertion and Post Insertion Care in Adult Patients. Sydney 20