



BIBLIOTECA LAS CASAS – Fundación Index
<http://www.index-f.com/lascasas/lascasas.php>

Cómo citar este documento

Monasterio Huelin y Maciá, Teresa; Márquez de la Plaza, M^a Carmen.
Mantenimiento de vías venosas. Biblioteca Lascasas, 2011; 7(2). Disponible
en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0587.php>

MANTENIMIENTO DE VÍAS VENOSAS

Protocolo: Mantenimiento de vías venosas
Fecha de edición: Noviembre 2010
Fecha revisión: 2012
Edición: 01



HOSPITAL COMARCAL DE LA AXARQUÍA
Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Índice:

1. Autores, 3
2. Revisores, 3
3. Conflicto de Intereses, 3
4. Introducción, 4
5. Objetivos, 4
6. Ámbito de aplicación, 5
7. Población diana, 5
8. Personal que interviene, 5
9. Mantenimiento zona de punción, 6
10. Mantenimiento conexiones y luces, 9
11. Salinización de las vías/luces, 11
12. Extracción de sangre a través de vías, 13
13. Evaluación del protocolo, 15
14. Anexo 1: Niveles de evidencia, 20
15. Bibliografía, 21

Autores:

Dña. Teresa Monasterio-Huelin y Maciá

Enfermera de la UGC de
Cuidados Críticos y Urgentes

Dña. M^a Carmen Márquez de la Plaza

Enfermera de la UGC de
Cuidados Críticos y Urgentes

Revisores:

D. Javier Merino Vega

Intensivista de la UGC de Cuidados Críticos y
Urgentes
Presidente de la Comisión de Seguridad

D. Daniel Moral Alguacil

Supervisor de la UGC de Cuidados Críticos y
Urgentes

Aprobado por:

Dña. Consuelo Hernández Pérez-
Lanzac

Subdirección de Calidad

Dña. Yolanda Sánchez Acha

Jefa de Bloque de Calidad y Procesos

Conflicto de Intereses:

Los autores y los revisores declaran no tener conflicto de intereses en la elaboración de este protocolo.

Justificación

El manejo entre los profesionales de enfermería de los distintos catéteres intravenosos sigue siendo bastante dispar, tanto entre profesionales de distintos servicios como del mismo.

La implantación en nuestro hospital del proyecto Bacteriemia Zero, cuyo objetivo es reducir las bacteriemias asociadas a catéter central, nos ha proporcionado una excelente herramienta para iniciar la elaboración de un protocolo dirigido al mantenimiento de vías venosas.

Tal y como queda puesto de manifiesto en el Informe del estudio piloto sobre el proyecto Bacteriemia Zero, el tiempo medio de aparición de las bacteriemias relacionadas con catéteres es cercano a las 2 semanas tras el ingreso en UCI, lo que probablemente refleja que en la fisiopatología del desarrollo de la bacteriemia en nuestro medio asociada al cuidado del catéter puede tener más relevancia que la relacionada con el momento de la inserción, por lo que es importante reforzar el manejo higiénico durante su manipulación y cuidado.¹

Las complicaciones asociadas a catéteres venosos pueden ir desde una ligera flebitis, pasando por trombosis venosa profunda, hasta llegar a la mortalidad asociada a un proceso de bacteriemia. Todo esto se traduce en consecuencias que van desde ligeras molestias para el paciente, hasta la prolongación de estancias hospitalarias, con el consiguiente aumento de costes y riesgos terapéuticos que pueden llegar a ser graves para el paciente.

No se conocen suficientes datos sobre el número de complicaciones asociadas a catéteres periféricos en nuestro hospital, sin embargo la práctica diaria nos hace evidente su existencia, por lo que consideramos necesario un manejo de éstos basado en evidencias y recomendaciones, al igual que establecemos para las vías centrales.

El protocolo que se expone a continuación incluye dichas recomendaciones basadas en la evidencia referidas tanto a la manipulación del punto de inserción como al manejo de sus luces. No hacemos referencia a la técnica de inserción por considerar que merecen un apartado especial y su trato debe ser independiente al mantenimiento.

La intención es que éste protocolo sea absolutamente dinámico, de manera que sea revisado constantemente, introduciendo evidencias o recomendaciones para que no quede obsoleto.

Objetivos:

- Evitar las bacteriemias y otras complicaciones de mayor o menor consecuencia causadas por la manipulación incorrecta de catéteres venosos (flebitis, trombosis venosa)
- Mantener la permeabilidad de las vías durante el tiempo que éstas se mantengan en uso.

- Reducir la variabilidad en el mantenimiento de las vías venosas, así como en el uso de sus luces, estableciendo unas normas según los criterios de evidencias y recomendaciones actuales.

Ámbito de aplicación:

Este protocolo va dirigido a todo aquel personal de enfermería que en el desempeño de su profesión tenga que garantizar el mantenimiento de una vía venosa, ya sea central o periférica, teniendo en cuenta que el protocolo se tendrá que adaptar en sus pequeños detalles a las características de cada unidad asistencial (gráficas, arquitectura, circuitos,..)

Población diana:

Todos los pacientes ingresados en el hospital que sean portadores de un catéter corto de inserción periférica (tipo Abocath), o centrales de inserción periférica (tipo Drum), o de inserción central.

Personal que interviene en las diferentes técnicas implicadas:

- La/el enfermera/o.
- La/ el auxiliar de enfermería.

Mantenimiento de zonas de punción:

1) Personal que interviene

- La/el enfermera/o.
- La/el auxiliar de enfermería si se precisa ayuda.

2) Material

- Guantes limpios
- Antiséptico Gluconato de Clorhexidina 1% (Cristalmina®).
- Apósito semipermeable transparente (1ª opción)
- Apósito de gasa (o gasas + esparadrapo) (2ª opción)
- Gasas estériles
- Esparadrapo flexible
- Tiras adhesivas estériles para corbata.

3) Consideraciones y recomendaciones al cambio de apósito

En todo procedimiento de cambio de apósitos será requisito indispensable llevar a cabo una correcta higiene de manos (Categoría IA, Grado A),² tal y como se recoge en el “Manual de recomendaciones sobre higiene de manos y uso correcto de guantes en los centros sanitarios” de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

Es igualmente imprescindible la realización de una técnica aséptica (Categoría IA, Grado A).²

La zona de punción debe estar cubierta siempre por un apósito estéril semipermeable o de gasa dependiendo de la zona, exudado, etc. (Categoría IA, Grado B).² Ésta deberá ser **inspeccionada** al menos **una vez al día** (Categoría IB),² y el procedimiento se realizará en turno diurno tras el lavado del paciente.

En el caso de que el punto de punción esté cubierto por apósito de gasa, la inspección se realizará **palpando** a través de ésta con objeto de identificar un posible endurecimiento o hipersensibilidad. (Categoría IB)²

Si existiese endurecimiento o hipersensibilidad, así como ante un caso de fiebre de origen desconocido que pueda sugerir infección local o bacteriemia, o si no fuese posible la inspección a través del apósito, se procederá a levantarlo para posibilitar la **visualización directa**, procediendo al cambio de apósito (Categoría II),² y en caso necesario de la vía.

Se indicará al paciente y/o familia la necesidad de que nos informen sobre cualquier anomalía y/o molestia que observen en la zona de inserción (Categoría II).³

En vías centrales para cubrir la zona de punción se utilizará preferentemente **apósito transparente semipermeable** ya que permite una mejor inspección sin necesidad de manipulación. (Categoría IA).³

Si está en buenas condiciones se cambiará como mínimo a la **semana**, (Categoría II),³ y siempre que se encuentre manchado, despegado, mojado etc. (Categoría IB).³

Debemos optar por el **apósito de gasa** en caso de que se requieran cambios frecuentes, cuando el punto esté sangrando o la inserción se encuentre en una zona de mucha sudoración. (Categoría II).³

El apósito de gasa se cambiará cada **dos** días si está limpio (Categoría IB)³ o siempre que sea necesario tras la inspección.

En vías periféricas para **fijar el catéter** a la piel y evitar movilizaciones con la consiguiente entrada de gérmenes al torrente sanguíneo, se usará apósito transparente o bien una corbata con tiras adhesivas que deben ser *estériles* para cumplir los criterios de asepsia recomendados. En cuanto a las corbatas hay que tener en cuenta que en su colocación **no se tape** el punto de inserción para poder ser inspeccionado.

Cuando se realice el cambio de apósito no retirar la tira adhesiva para evitar excesivas tracciones y manipulaciones, salvo que se encuentre en mal estado.

Se recomienda además fijación externa tanto en el transparente como en las tiras adhesivas para asegurar una mejor fijación.

En cuanto a la **frecuencia** del cambio de apósito se seguirán las mismas recomendaciones que en las centrales.

Tanto en apósito de vía central como de vía periférica la **fecha de cambio** se anotará de forma visible en el borde de éste y en los registros de enfermería existentes en cada unidad. (Categoría II).²

4) Procedimiento del cambio de apósito en vía central

- Información al paciente y/o familia de la técnica que vamos a realizar.
- Inspección
- Preparación del material.
- Higiene de manos.
- Poner guantes y retirar apósito.
- Visualización del punto de inserción
- Utilizar gasas y suero fisiológico para limpieza de restos, si los hubiera, antes del antiséptico.
- Aplicar antiséptico Gluconato de Clorhexidina 1% (Cristalmina®).
- Dejar secar el antiséptico.
- Colocar apósito transparente o gasas estériles y esparadrapo.
- Retirada de guantes.
- Lavado de manos.
- Poner fecha en el borde exterior del apósito y en registro, anotando cualquier problema observado o a vigilar.

5) Procedimiento vía periférica

- Información al paciente y/o familia de la técnica que vamos a realizar.
- Inspección
- Preparación del material.
- Higiene de manos.
- Poner guantes y retirar apósito externo.
- Visualización del punto de inserción.
- En caso de apósito transparente valorar si precisa cambio.
- Utilizar gasas y suero fisiológico para limpieza de restos, si los hubiera, antes del antiséptico.
- En caso de tira adhesiva comprobar su correcta colocación y aplicar Clorhexidina 1% (Cristalmina®).
- Dejar secar el antiséptico.
- Colocar apósito transparente o apósito de gasa y corbata.
- Retirada de guantes.
- Lavado de manos.

- Poner fecha en el borde exterior del apósito y en registro, anotando cualquier problema observado o a vigilar.

Mantenimiento de conexiones, luces y vías:

1) Personal que interviene:

- La/el enfermera/o

2) Material:

- Llaves de tres luces
- Tapones para llaves
- Tapones con válvula anti retorno
- Sistemas de suero
- Guantes limpios
- Etiquetas rojas para rotulación de medicación de riesgo
- Compresa estéril
- Alcohol de 70° sólo ó con Gluconato de Clorhexidina al 1%.
- Gasas

3) Recomendaciones en el manejo de conexiones y luces

- Todos los dispositivos que no estén siendo utilizados y no se prevea su uso en breve, deben ser retirados tan pronto como lo permita el estado del paciente (Categoría IA, Grado A).²
- Toda las luces que no se utilicen deben estar cerradas con tapón (Categoría IB).³
- Utilizar el menor número posible de llaves de tres vías y retirarlas cuando no sean imprescindibles.⁴
- La luz en la que se pone la medicación en bolo lleva tapón de válvula⁴ y hay que limpiar la superficie con alcohol de 70° cada vez que se vaya a utilizar. (Categoría IA).²
- Cubrir las llaves y conexiones de vía central con una compresa estéril⁴ que se cambiará por turno.
- Cambio de sistemas y llaves:
Los sistemas junto con las llaves y tapones se cambiarán no antes de 72 horas. (Categoría 1A, Grado B).^{2,3}

Excepciones:

- Que estén evidentemente manchados de sangre o se observen precipitaciones.
- Que contengan sustancias lipídicas como nutrición parenteral (NPT) que se cambiará cada 24h (Categoría 1B)⁽²⁾ y el Propofol cada 12h (Categoría IA).³
- Se cambiarán las llaves y tapones siempre junto con los sistemas (Categoría II).³

- Los que se utilicen para perfusión de sangre se pueden utilizar para transfundir varias unidades del mismo componente, pero no debe usarse el sistema más de 6 horas.⁵
- Cuando se suspenda una perfusión que se prevea que se pueda reutilizar de nuevo en las próximas horas, para evitar la manipulación innecesaria se dejará conectada a la vía con la llave cerrada. Se retirará definitivamente cuando sea improbable su reinicio.
- Anotar la fecha del cambio del sistema en la ampolla de éste. Además se anotará la hora en el caso de sustancias lipídicas como Propofol® o NTP. Las llaves se da por hecho que se han cambiado a la vez.
- Identificación de perfusiones potencialmente peligrosas para el paciente:⁴
 - Pegando en el sistema de suero una etiqueta roja debidamente rotulada con el nombre del medicamento a la salida del canal de la bomba y en el extremo distal cercano a la llave.
 - Siguiendo la línea desde su origen hasta la llave para verificarla antes de realizar cualquier cambio de perfusión, administrar medicamento u otro uso que se vaya a hacer de una conexión. Es importante que se haga esta misma comprobación en los cambios de turno, al ingreso de un nuevo paciente y cuando éste regrese de alguna salida del servicio.
- Elección de luces según las soluciones: Para este apartado hemos tenido en cuenta algunas nociones a considerar en soluciones que requieren un cuidado especial.
 - La NPT tiene que ir siempre a través de una vía central, utilizando una luz exclusiva (Categoría IA)⁴ y sin llave de tres pasos.
 - En caso de no tener suficientes luces cualquier sustancia tales como drogas vasoactivas (Noradrenalina, Dopamina, Dobutamina...), opiáceos (Cloruro Mórfico, Remifentanilo,...), fibrinolíticos, etc que sea peligrosa su administración en bolo, se perfundirán juntas; siempre y cuando no exista riesgo de precipitación y/o interacción.
 - Sustancias necrosantes como la Noradrenalina o irritantes como el CIK a alta concentración, no se deben perfundir por vías periféricas.
 - Dejar una vía para la medicación en bolo por la que únicamente se debe perfundir, además, sueroterapia inocua.

- La infusión de sangre se realizará sin mezclar con otras sustancias, en caso necesario únicamente con suero fisiológico.⁵
- En caso de no tener suficientes luces, en cuanto sea posible se canalizarán las vías necesarias para cumplir estas recomendaciones.

Salinización/heparinización de las vías/luces:

1) Personal que interviene

- La/el enfermera/o.

2) Material

- Guantes limpios
- Alcohol de 70° con Gluconato de Clorhexidina al 1% (Cristalina®).
- Gasas estériles
- Jeringas de 10cc cargada con suero fisiológico
- Jeringa de 2ml cargada con Heparina sódica 0.02%. (Fibrilin®)
- Tapón de llave.

Nota: En lo sucesivo, en el resto del texto, se hará referencia a la solución de Heparina sódica al 0.02% en viales de 5 ml con su nombre comercial Fibrilin®.

3) Recomendaciones en la salinización/heparinización de vías

- Cualquier vía innecesaria se retirará (Categoría IA, Grado A).²
- En caso de que se prevea la utilización intermitente de un catéter, bien por requerir medicación en bolos sin sueroterapia de mantenimiento, o por cualquier otro motivo, se procederá a salinizar/heparinizar la vía.
- La salinización y la heparinización están dirigidas a evitar la formación de trombos y depósitos de fibrina, que son causa de colonización de agentes microbianos de los catéteres intravasculares. Tanto la solución salina como la heparina son igualmente efectivas.²

- Todas las vías que cumplan los requisitos anteriores se salinizarán preferentemente, salvo en el caso de que la vía en desuso se utilice para extracción o perfusión de sangre. En este caso, tras su lavado con suero fisiológico, se heparinizará con Fibrilin® (Categoría IB).³
- Queda contraindicado el uso de Fibrilin® en pacientes con hipersensibilidad a las Heparinas, hemorragia cerebral o incontrolable, amenaza de aborto, hipertensión grave y trombocitopenias inducidas por heparinas.
- Antes de perfundir en una vía que se ha salinizado/heparinizado es necesario aspirar para comprobar su emplazamiento correcto. Si la vía se ha heparinizado este procedimiento es además imprescindible para desechar los restos de Heparina Sódica que permanecen en el catéter.

4) Procedimiento de salinización/heparinización de vías

- Valorar la utilización de la vía para su retirada, salinización o heparinización.
- Preparar el material.
- Identificar al paciente e informarle del procedimiento
- Higiene de manos.
- Colocación de guantes limpios
- Lavar la vía con suero fisiológico en caso requerir la salinización y colocar el tapón.
- En caso de heparinización, introducir la cantidad de Fibrilin® mínima según la longitud del catéter y poner el tapón.
- Retirar guantes y lavado de manos.
- Anotar en registro de enfermería “vía salinizada”/ “vía heparinizada”, anotando cualquier problema observado o a vigilar.

➤ *Esta técnica se realizará cada 24h y siempre tras la utilización de la vía.*

Extracción de sangre a través de las vías:

1) Personal que interviene

- La/el enfermera/o

2) Material

- Guantes limpios
- Gluconato de Clorhexidina al 1% (Cristalmina®).
- Gasas estériles
- Jeringas de 20cc, 10cc y de 5cc.
- Jeringa de 10 cargada con suero fisiológico
- Tapón de llave.
- Ligadura
- Jeringa de 2ml cargada con Heparina Sódica 1% (Fibrilin®).
- Tarros de analítica identificados
- Vales de petición
- Aguja para llenado de tarros

3) Procedimiento

- Seleccionar la vía de la extracción. Se utilizará la luz que hayamos dispuesto para bolos de medicación o la que esté en desuso, evitando así sustraer soluciones vitales.
- Preparar el material adecuado para la vía seleccionada. Si es periférica requiere uso de ligadura. Si no se va a tener un posible uso posterior requerirá una vez realizada la técnica el lavado con Fibrilin® (Categoría IB).³
- Identificar al paciente e informarle del procedimiento.
- Higiene de manos.
- Colocación de guantes limpios.
- Se deben detener los sueros y las bombas de todas las luces durante la extracción, por lo que evitaremos alargar el tiempo para la extracción de sangre innecesariamente. Si la extracción es a través de vía periférica esperar unos segundos para poner ligadura tras parar bomba o cerrar sistema de suero.
- Conectar jeringa de 5-10, en función de la longitud del catéter, extraer la sangre y desecharla.
- Conectar la jeringa de 10-20 para extraer la muestra necesaria.
- Retirar ligadura en caso de vía periférica

- Introducir jeringa de 10 cm con suero cargado y limpiar. Introducir Fibrilin®, si no se prevé un posible uso del mismo en un corto plazo.
- Limpiar exterior de llaves con gasas estériles impregnadas de Clorhexidina al 1% (Cristalmina®).
- Volver a poner en marcha las bombas y/o abrir sistema de suero.
- Colocar tapón
- Retirar guantes y lavado de manos.
- Anotar en el registro de enfermería la analítica extraída, hora y el nº de identificación de la misma.

Indicadores

1) Accesibilidad al protocolo por los profesionales de cada servicio que se adhieran a éste. Comprobar que tras un mes de implantación todos los profesionales implicados lo han recibido vía email o papel. Comprobar previo a vacaciones de navidad y verano (cada seis meses) que el protocolo está ubicado en ordenador del servicio y en papel en una carpeta accesible y conocida por todos. Esta comprobación será realizada por el Supervisor de la UGC de Cuidados Críticos y Urgentes.

2) Prevención de infecciones:

- Aspecto que mide: Prevención de infección: Mantenimiento de dispositivos venosos.
- Tipo de Indicador: Cuantitativo.
- Enunciado: N° de pacientes que tienen registrado correctamente la fecha de cambio del sistema y llaves en la ampolla del mismo.
- Aclaración: Se considera correcto cuando la fecha esté anotada y dentro del periodo establecido en el protocolo.
- Descripción:

$$\frac{\text{Nº de pacientes con fecha anotada de forma correcta}}{\text{Nº de pacientes observados}} \times 100$$

- Estándar: 80%
- Responsable: Supervisor de la Unidad
- Fuente: ampolla del sistema de suero.
- Metodología: Auditorías aleatorias, mínimo dos veces por semana los dos primeros meses y posteriormente una vez al mes.

3) Prevención de infecciones:

- Aspecto que mide: Prevención de infecciones: mantenimiento de dispositivos venosos.
- Tipo de Indicador: Cuantitativo.
- Enunciado: N° de pacientes que tienen registrado correctamente la fecha del cambio del apósito en el registro de enfermería y en el propio apósito del paciente.
- Aclaración: Se considera correcto cuando coinciden ambas fechas en la Hª clínica y en el apósito en el mismo momento sin sobrepasar los plazos establecidos en el protocolo.

- Descripción:

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de pac. con fecha anotada en ambos sitios y dentro del plazo x100}}{\text{N}^{\circ} \text{ de pacientes observados}}$$

- Estándar: 70%
- Responsable: Supervisor de la Unidad.
- Fuente: H^a clínica y apósito del paciente
- Metodología: Auditorías aleatorias, mínimo dos veces por semana los dos primeros meses y posteriormente una vez al mes.

4) Seguridad para el paciente:

- Aspecto que mide: Seguridad: administración correcta de la medicación por vía iv.
- Tipo de Indicador: Cuantitativo.
- Enunciado: N^o de pacientes a los que se les está infundiendo medicación de riesgo que dispongan de una luz exclusiva para bolos de medicación y/o sueroterapia.
- Aclaración: Se considera correcto que los pacientes con medicación de riesgo tengan una luz exclusiva para bolos de medicación y/o sueroterapia.
- Descripción:

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de pac. con luz exclusiva para bolo x100}}{\text{N}^{\circ} \text{ de pacientes revisados con medicación de riesgo}}$$

- Estándar: 90%
- Responsable: Supervisor de la Unidad.
- Fuente: luces de vías venosas y sueroterapia administrada
- Metodología: Auditorías aleatorias, mínimo dos veces por semana los dos primeros meses y posteriormente una vez al mes.

5) Prevención de infecciones:

- Aspecto que mide: Prevención de infecciones: manejo aséptico del tapón de válvula en los dispositivos venosos.
- Tipo de Indicador: Cuantitativo.
- Enunciado: N^o de tapones de válvula limpios antes de su utilización.
- Aclaración: Se considera correcta la técnica cuando justo previa a su utilización se desinfecta la superficie del tapón con alcohol.
- Descripción:

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de t\u00e9cnicas observadas correctas} \times 100}{\text{N}^{\circ} \text{ de t\u00e9cnicas observadas}}$$

- Est\u00e1ndar: 60%
- Responsable: Supervisor de la Unidad.
- Fuente: observaci\u00f3n directa
- Metodolog\u00eda: Auditor\u00edas aleatorias, m\u00ednimo dos veces por semana los dos primeros meses y posteriormente una vez al mes.

6) Prevenci\u00f3n de infecciones:

- Aspecto que mide: Prevenci\u00f3n de infecciones: manejo de dispositivos venosos.
- Tipo de Indicador: Cuantitativo.
- Enunciado: Correcta realizaci\u00f3n de t\u00e9cnica as\u00e9ptica, seg\u00fan protocolo, en el cambio de ap\u00f3sito.
- Aclaraci\u00f3n: Se considera una correcta realizaci\u00f3n de t\u00e9cnica as\u00e9ptica aquella que cumple los siguientes requisitos:
 - Lavado de manos o descontaminaci\u00f3n con soluci\u00f3n alcoh\u00f3lica
 - Uso de guantes limpios
 - Evitar manipulaci\u00f3n innecesaria del punto de inserci\u00f3n
 - Uso de gasas est\u00e9riles y antis\u00e9ptico
 - Uso de ap\u00f3sito est\u00e9ril
- Descripci\u00f3n:

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de pacientes que se les realiza t\u00e9cnica as\u00e9ptica} \times 100}{\text{N}^{\circ} \text{ de pacientes observados}}$$

- Est\u00e1ndar: 95%
- Responsable: Supervisor de la Unidad.
- Fuente: observaci\u00f3n directa
- Metodolog\u00eda: Auditor\u00edas aleatorias, m\u00ednimo dos veces por semana los dos primeros meses y posteriormente una vez al mes.

7) Prevenci\u00f3n de infecciones/seguridad:

- Aspecto que mide: Prevenci\u00f3n de infecciones/ Seguridad: manejo adecuado en el uso y mantenimiento de dispositivos venosos.
- Tipo de Indicador: Cuantitativo.
- Enunciado: N\u00b0 de pacientes con las llaves sin restos de sangre.

- Aclaración: Se considera correcto cuando se realiza limpieza de sangre de las llaves tras extracción o perfusión de la misma a través de éstas, y en caso de imposibilidad sean sustituidas.
- Descripción:

$$\frac{\text{Nº de pacientes con las llaves limpias x100}}{\text{Nº de pacientes revisados}}$$

- Estándar: 80%
- Responsable: Supervisor de la Unidad.
- Fuente: llaves de tres pasos
- Metodología: Auditorías aleatorias, mínimo dos veces por semana los dos primeros meses y posteriormente una vez al mes. Comprobar a primera hora de la mañana, tras cambio de turno por ser más probable la extracción reciente de sangre.

Resultados

La disminución de la tasa de infección/ complicaciones relacionadas con el manejo de vías venosas.

La adhesión al protocolo comprobada mediante los indicadores reflejados en la evaluación.

ANEXO 1. NIVELES DE EVIDENCIA

GRADOS DE RECOMENDACIÓN

Los siguientes grados de recomendación derivan de los Niveles de Efectividad establecidos por el Instituto Joanna Briggs en el año 2006 (Rev. 2008).

GRADO A: Efectividad demostrada para su aplicación.

GRADO B: Grado de efectividad establecido que indica considerar la aplicación de sus resultados.

GRADO C: Efectividad no demostrada.

CATEGORIZACIÓN ELABORADA POR “CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC)” Y EL “HEALTHCARE INFECTION CONTROL PRACTICES ADVISORY COMMITTEE (HICPAC)”

CATEGORÍA IA: Fuertemente recomendada para su implantación, y fuertemente sustentada por estudios experimentales, clínicos o epidemiológicos bien diseñados.

CATEGORÍA IB: Fuertemente recomendada para su implantación, y sustentada por algunos estudios experimentales, clínicos o epidemiológicos, y por un sólido razonamiento teórico.

CATEGORÍA IC: Requerida por las reglamentaciones, normas o estándares estatales o federales de USA.

CATEGORÍA II: Aconsejada para su implantación y sustentada por estudios sugestivos clínicos o epidemiológicos o por un razonamiento teórico.

ASUNTO SIN RESOLVER: Se trata de un tema sobre el que no existe suficiente evidencia o no hay consenso en cuanto a su eficacia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Reducción de bacteriemias relacionadas con catéteres en los servicios de medicina intensiva mediante una intervención multifactorial. Informe del estudio piloto. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2009.
2. The Joanna Briggs Institute. BEST PRACTICE «Manejo de los dispositivos intravasculares periféricos» 1998; 2(1):4-5; 12 (5): 1-3. «Manejo de los dispositivos intravasculares periféricos» 2008; 12(5): 1-4.
3. Francisco Calvo Torrecilla, Francisco Rodríguez Vilanova, M. García del Río, F. Rodríguez Amuedo. Protocolos de terapia Intravenosa. Guía de prevención de infecciones relacionadas con catéteres intravasculares. Versión española adaptada 2006, de Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections 2002 C.D.C.-USA
4. Agencia de Calidad del Ministerio de Calidad y Consumo en colaboración con la Alianza Mundial para la Seguridad de paciente. Proyecto Bacteriemia 0. Prevención de bacteriemias relacionadas con catéteres venoso central en Ucis españolas. 2009. Disponible en: <http://hws.vhebron.net/bacteriemia-zero/bzero.asp>
5. Comisión de Hemovigilancia del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Recomendaciones básicas para la transfusión de componentes sanguíneos y seguridad de los pacientes. Diciembre 2009.