
COMPLICACIONES DE ACCESOS VENOSOS PERIFERICOS

Dr. Pablo Leandro Pardo, Dr. Hugo Guillermo Lozier Gómez
Dr. Juan José Martín Cabás Audicio, Dr. Marcelo Fernández

Lugar y Año de realización: Sanatorio "Frangioli de Salud 2000" – Resistencia – Chaco – Argentina - 2004

RESUMEN

Introducción: los accesos intravenosos son una de las prácticas más frecuentemente realizadas por personal sanitario. Sin embargo, no está exenta de complicaciones.

Objetivos: evaluar la incidencia de complicaciones en vías venosas periféricas y comprobar si el miembro no dominante, es utilizado con más frecuencia para colocar los accesos.

Materiales y métodos: Se observaron los pacientes internados en sala común, entre agosto y octubre del 2004 que requirieron la colocación de vías venosas periféricas. Y que permanecieron internados por un tiempo no mayor a tres días.

Resultados: Se colocaron 187 catéteres venosos periféricos, 107 fueron hombres y 80 fueron mujeres las complicaciones fueron flebitis, hematomas, celulitis, trombosis e infiltración.

Conclusión: la utilización del miembro no dominante al colocar una vía periférica ayudaría al paciente a recuperarse de manera más confortable. Sin embargo este solo fue utilizado en el 54% de los casos. Las complicaciones de una vía venosa periférica podrían evitarse con un estricto seguimiento de las medidas de asepsia.

SUMMARY

Introduction: The use of intravenous catheters is one of the practice more frequently made by sanitary personnel. Nevertheless, this practices is not free of complications.

Objectives: to evaluate the incidence of complications in peripheral venous access and to verify if the nondominant member, is more used for the accesses.

Materials and methods: The patients committed in common room were observed, between August and October of the 2004 that required the positioning of peripheral venous routes. And that remained boarding schools by a time nongreater to three days.

Results: 187 peripheral venous catheters were placed, 107 were men and 80 were women the complications were flebitis, hematomas, cellulitis, trombosis and infiltration.

Conclusion: the use of the nondominant member when placing a peripheral route would help the patient to recover of way but comfortable. Nevertheless this alone was used in 54% of the cases. The complications of a peripheral venous route could be avoided with a strict pursuit of the asepsis measures

INTRODUCCION

La utilización de catéteres intravenosos es una de las prácticas más frecuentemente realizadas por personal sanitario. La mayoría de los pacientes hospitalizados, en algún momento son portadores de catéteres intravasculares durante un tiempo que puede variar desde horas a semanas. La utilidad de estos para administrar medicación y soluciones terapéuticas es muy clara, entre sus ventajas podemos citar la sencillez de su colocación y el gran volumen que se puede administrar en poco tiempo¹.

Sin embargo, esta práctica no está exenta de complicaciones. Los sistemas intravenosos proporcionan una ruta potencial para que entren microorganismos en el sistema vascular, sin pasar por los mecanismos de defensa de la piel; esto se puede manifestar con diversos grados de severidad, desde una flebitis hasta un cuadro de sepsis grave².

La flebitis una de las complicaciones más frecuente^{3,4}, se manifiesta con inflamación e impotencia funcional. Esta última al afectar a un miembro dominante disminuiría considerablemente el confort del paciente.

Nuestros objetivos fueron medir la tasa de complicaciones de los accesos venosos realizados en un sanatorio de Resistencia-Chaco (Argentina.), y evaluar cual es el acceso venoso más frecuentemente utilizado, teniendo en cuenta la premisa de que se debe evitar el brazo dominante.

MATERIALES Y METODOS

Se observaron los pacientes internados en sala común, entre agosto y octubre del 2004 que requirieron la colocación de vías venosas periféricas. Y que permanecieron internados por un tiempo no mayor a 72 horas.

Para recoger los datos se confeccionaron planillas que fueron completadas por el personal de enfermería. Estas consignaban los siguientes items: sexo, edad, brazo dominante, brazo utilizado para realizar el acceso, cantidad de intentos hasta lograr un acceso exitoso, la aparición de infiltración y hematomas. Se considero exitoso aquel que permitió la instilación de sustancias inmediatamente después de colocado.

Para registrar la presencia de flebitis y trombosis se utilizaron las historias clínicas. El

diagnóstico fue hecho por médicos, basándose en criterios clínicos.

Definimos las complicaciones de la siguiente manera:

- **Flebitis:** inflamación de la vena utilizada, caracterizada por la presencia de la tétada inflamatoria.
- **Hematoma:** extravasación de sanguínea en el sitio de punción que aparece durante o después de la colocación del catéter. Debida a la perforación de la vena.
- **Infiltración:** extravasación al tejido celular subcutáneo, de la sustancia instilada a través del catéter.
- **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.

Los accesos venosos se realizaron utilizando catéteres de teflón con mandril metálico con un diámetro entre 18 y 22 GA y agujas butterfly.

La elección del lugar de colocación quedo a cargo del personal de enfermería teniendo en cuenta las siguientes premisas:

- Evitar colocar el catéter en el brazo dominante.
- Evitar en lo posible los sitios de flexión (flexión de la muñeca o del codo) con el fin de reducir el riesgo de extravasación. Si es necesario, aplicar una inmovilización.
- Evitar las bifurcaciones, es decir donde confluyen dos venas.
- No punzar sitios de la piel donde haya lesiones.

Todos los catéteres fueron colocados por el mismo equipo de enfermería.

RESULTADOS

Se colocaron 187 catéteres venosos periféricos (CVP) en la misma cantidad de pacientes, 107 fueron hombres y 80 fueron mujeres, el rango de edades fue de 21 a 92 años con un promedio de 60,9 años. De estos 166 eran diestros y 21 zurdos. (Gráfico 1)

Se utilizaron catéteres de teflón con mandril metálico en 183 y agujas tipo butterfly en 4 pacientes

El brazo más utilizado fue el izquierdo en 101 pacientes y el derecho en 86. Grafico 2. La localización de los accesos en cada miembro, está resumida en la tabla 1. En ella se puede ver que los lugares más utilizados fueron los antebrazos, seguidas de las manos.

La tabla 2 muestra las complicaciones flebitis 14.4%, hematomas 13.9%, infiltración

12.8%, celulitis 0.03% y trombosis 0.03 % fueron las que se presentaron.

Tabla 1

Localización	
Antebrazo derecho	59
antebrazo izquierdo	71
mano derecha	19
mano izquierda	21
brazo derecho	8
brazo izquierdo	9
Total	187

Tabla 2

Complicaciones	
Flebitis	27
Hematomas	26
Celulitis	7
Trombosis	7
Infiltración	24
Total	91

Gráfico 1: Relación entre diestros y zurdos en la población

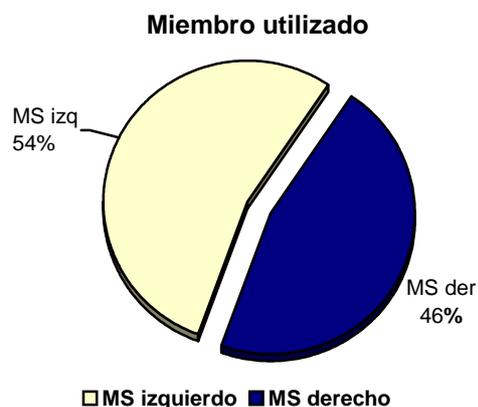
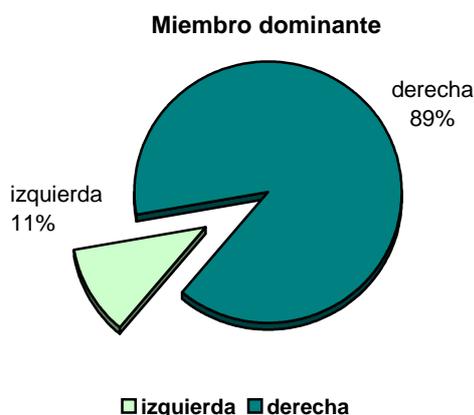


Gráfico 2. Relación entre miembros utilizados para realizar el acceso venoso.



DISCUSION

Un tratamiento intravenoso prolongado se debe iniciar utilizando las venas distales de los miembros superiores desplazándose en sentido proximal en un tratamiento intravenoso de corta duración, ya que le permite al paciente

estar más cómodo al tener el miembro dominante libre^{5, 6, 7}.

Las tres complicaciones más frecuentes fueron la flebitis, la infiltración y los hematomas. Nuestra tasa de flebitis fue de 14,4 %, sin tener en cuenta el tipo de sustancia instilada y que el tiempo de permanencia de la vía no supero las 72 horas. Este valor es muy parecido al de Tellería⁸, que encontró un valor de 15%. Tampoco se evaluó la existencia o no de manipulación excesiva del catéter por parte del personal y del enfermo.

La infiltración 14,8% y los hematomas 13,9 % son la segunda y tercera complicación más frecuente respectivamente y su valor no difiere con el encontrado por Rodríguez Guerrero⁹.

No tuvimos ninguna complicación grave como sepsis cuya incidencia es muy baja si se cambian de lugar los dispositivos cada 2 a 3 días, una práctica utilizada por el personal de enfermería^{10, 11}.

El lugar de colocación de las vías periféricas no guarda relación con la proporción entre pacientes diestros y zurdos, a pesar de que siempre se intento como primera opción el brazo no dominante. No se clasificaron las causas que impidieron colocar el acceso venoso en el miembro no dominante porque escapa al objetivo de este trabajo.

CONCLUSION

La tasa de flebitis fue del 14,4%, podría reducirse con un estricto seguimiento de las medidas de asepsia, la buena elección de la zona de punción, así como una evaluación periódica del acceso. La infiltración fue del 12.8% y los hematomas del 13.9%, son complicaciones que están relacionadas con la técnica de colocación.

El miembro no dominante no fue el más utilizado, las causas no fueron evaluadas. El miembro izquierdo solo fue utilizado en el 54%

de los casos, una cifra muy baja si se tiene en cuenta que en el 89 % de la población ese era el miembro no dominante.

La utilización del miembro no dominante al colocar una vía periférica ayudaría al paciente a recuperarse de manera más confortable, mientras permanece internado. Este hecho debería ser más valorado, cada vez que se realice una vía venosa periférica en un paciente que permanecerá internado.

BIBLIOGRAFIA

1. Udina MJ, et al Mantenimiento de los catéteres venosos más de 4 días. En busca de mas evidencia. Enfermería clínica 2003; 13(4): 208-16.
2. Echeverri de Pimiento S, Pimiento JM. Acceso venoso central. En: Guías para el Manejo de Urgencias. Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades de Medicina. 2004: 103-114.[en línea] 2004 [fecha de acceso 29 de febrero de 2006]. URL disponible en: <http://www.fepafem.org/ve/guiaurgencias.php>
3. Arrázola M, Lerma D, Ramírez A. Complicaciones más frecuentes de la administración intravenosa de fármacos: flebitis y extravasación. Enfermería Clínica. 2002; 12: 80-85.
4. Garitano B, Barberena C, Alonso V, et al. Revisión sistemática: efectividad de los cuidados en el mantenimiento de catéteres de inserción periférica. Enfermería Clínica 2002; 12:164-172.
5. Carballo Alvaraz M. Catéter de acceso venoso periférico. Rev Enferm. 2005 Nov;28(11):19-22
6. Scales K. Vascular access: a guide to peripheral venous cannulation. Nurs Stand. 2005 Aug 17-23;19(49):48-52
7. Vanek VW. The ins and outs of venous access: part I. Nutr Clin Pract. 2002 Apr; 17(2): 85-98.
8. Tellería BG, Iriarte CB, Vallejo MA, TorresCG. Revisión sistemática: efectividad de los cuidados en el mantenimiento de catéteres de inserción periférica. Enferm Clin. 2002; 12:166-72.
9. Rodríguez Guerrero FS, Diestro JS, Llamas JM. Aparición de hematomas asociados a la extracción de sangre venosa mediante vacío. Enferm Clin. 2003; 13:81-6.
10. Hadaway L. IV infiltration: not just a peripheral problem. Nursing 2002; 32:36-42.
11. Moureau N. Prevention of complications at vascular access. Nursing 2002; 20:14-17.