



Módulo II: Especialización en cuidados de enfermería

Materia 2: Emergencias y catástrofes

**SEMINARIO BIOSEGURIDAD Y AUTOPROTECCION EN LA
ATENCION URGENTE**

MÁSTER UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Valencia, 24 de Octubre de 2009



SEMINARIO BIOSEGURIDAD Y AUTOPROTECCION EN LA ATENCION URGENTE

TEMA: CALIDAD EN TERAPIA INTRAVENOSA.

Ponente: José Luis Micó Esparza.

Supervisión Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Arnau de Vilanova

Profesor CEU. Miembro Grupo de Trabajo en Riesgos Biológicos. CECOVA

MÁSTER UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Valencia, 24 de Octubre de 2009

CALIDAD EN TERAPIA INTRAVENOSA



ACCESOS VASCULARES

VIA VENOSA:

Acceso canalizado a la luz de un vaso con capacidad, que permite la infusión de líquidos y fármacos en la red vascular sistémica.

TIPOS:

- Periférica
- Central

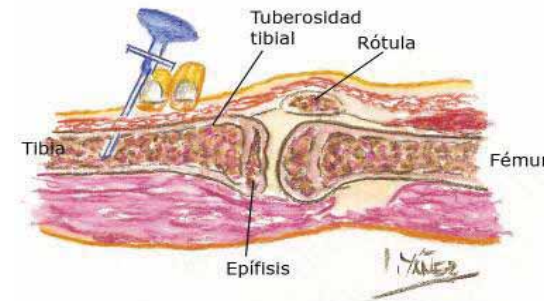
VIAS VENOSAS DE EMERGENCIAS:

- Yugular externa
- Safena interna
- Cefálica en brazo
- Femoral

VIA ARTERIAL:

La vía intraósea en situaciones de emergencia:

Acceso vascular de urgencia para la infusión de fármacos y líquidos.



Su utilización se basa en el hecho de que la cavidad medular de los huesos largos está ocupado por una rica red de capilares sinusoides que drenan a un gran seno venoso central, que no se colapsa ni siquiera en situación de PCR, pasando los fármacos y líquidos a la circulación general con una rapidez similar a como lo harían por cualquier otra vena periférica.

COMPLICACIONES:

- Fractura
- Síndrome compartimental
- Extravasación de medicación
- Osteomielitis

“CALIDAD”

- Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor

(Del lat. *qualitas*, -*ātis*, y este calco del gr. ποιότης). RAE

- Conjunto de condiciones que contribuyen a hacer agradable y valiosa la vida

Evolución Histórica del concepto de calidad

Etapa	Concepto	Finalidad
Artesanal		• Satisfacer al cliente. • Satisfacer al artesano, por el trabajo bien hecho. • Crear un producto único.
Revolución Industrial		• Satisfacer una gran demanda de bienes. • Obtener beneficios.
Segunda Guerra Mundial		Garantizar la disponibilidad de un armamento eficaz en la cantidad y el momento preciso.
Posguerra (Japón)		• Minimizar costes mediante la Calidad • Satisfacer al cliente • Ser competitivo
Postguerra (Resto del mundo)		Satisfacer la gran demanda de bienes causada por la guerra
Control de Calidad		Satisfacer las necesidades técnicas del producto.
Aseguramiento de la Calidad		• Satisfacer al cliente. • Prevenir errores. • Reducir costes. • Ser competitivo.
Calidad Total		• Satisfacer tanto al cliente externo como interno. • Ser altamente competitivo. • Mejora Continua

CALIDAD EN TERAPIA INTRAVENOSA

La calidad de la terapia Intravenosa(TIV) NO es un proceso industrial, (sucesión de operaciones) en las que intervienen

- Factores controlables**
- Factores no controlables cuyo efecto no es relevante para el proceso**

**La calidad de un producto
es inversamente proporcional a su variabilidad.**

Entendemos que la calidad de la TIV. Será cuando satisface las necesidades de los usuarios, minimizando los efectos adversos derivados de la misma.

Mejorar la calidad de la terapia IV repercute positivamente en la salud de los pacientes.

- La terapia IV y sus cuidados
- Bienestar de la atención del paciente
- Efectos adversos
- Mejora continua de la calidad asistencial

**“La seguridad en los cuidados, un compromiso de todos”
(empieza por el conocimiento de la realidad que nos rodea)**

Distintas acepciones del concepto de la calidad y seguridad asistencial en función de quien lo utiliza.



Alvar Net. Rosa Suñol. Presidente, y Directora . de la Fundación Avedis Donabedian. La calidad de la atención

LA EVALUACIÓN

Es aquél proceso que tiene como objetivo la realización de un diagnóstico de una situación determinada,

cuyo resultado será la emisión de un juicio de valor sobre la calidad, el funcionamiento, la aceptacióno cualquier otra cualidad de un sistema de información, procedimiento, etc..

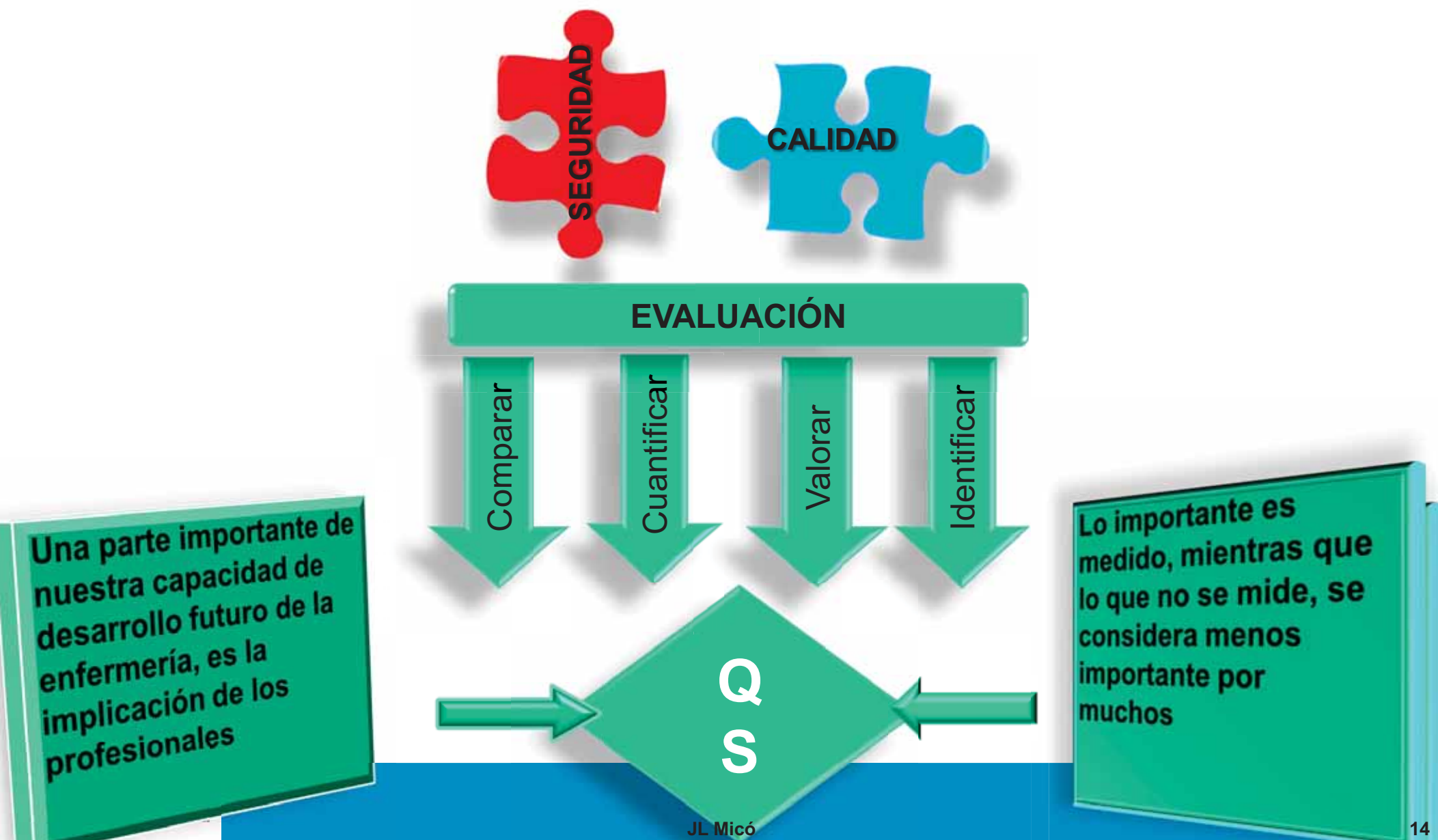
¿POR QUÉ ES NECESARIO EVALUAR?

- Para detectar errores o ineficiencias
- Porque necesitamos criterios prácticos y datos objetivos para tomar decisiones
- Para saber si los objetivos han sido alcanzados
- Para conocer el nivel de satisfacción de los usuarios
- Para adaptarnos al cambio y poder actualizarnos
- Etc.

CULTURA DE LA EVALUACIÓN

Construir una cultura de la evaluación requiere hacer de la evaluación un hábito que haga que sea más difícil no evaluar que evaluar.

“ La calidad y seguridad en los cuidados, un compromiso de todos “



CONTROL DE CALIDAD

FINALIDAD

Preventiva.

Diagnóstico y tratamiento precoz

RELACIÓN CON EL SISTEMA

Dentro de la rutina

DISEÑO Y RECOGIDA DE DATOS

Dentro de la rutina.

No hay control del evaluador

APLICACIÓN DE LOS RESULTADOS

Feed-back con las fuentes de información

y el personal del sistema.

PUBLICACIÓN DE LOS RESULTADOS

Raramente se publican.

INVESTIGACIÓN EVALUATIVA

FINALIDAD

Diagnóstica.

Tratamiento.

RELACIÓN CON EL SISTEMA

Independiente de la rutina

DISEÑO Y RECOGIDA DE DATOS

Diseño controlado

Control del evaluador

APLICACIÓN DE LOS RESULTADOS

Elaboración de un informe.

Detección de las áreas con fallos.

Establecimiento de recomendaciones para la mejora

PUBLICACIÓN DE LOS RESULTADOS

Publicados con frecuencia.

“ La calidad y seguridad en los cuidados un compromiso de todos “

PROGRAMAS DE CALIDAD EN LOS SERVICIOS, INSTITUCIONES Y ORGANIZACIONES:

- INDICADORES / TRAZADORES.

Medida cuantitativa de la presencia/ausencia del criterio que se expresa en forma de porcentaje.

Definirán aquellas condiciones deseables o indeseables relevantes de la atención sanitaria.

Indicador

Signo, propiedad, atributo, variable mediante la cual nos aproximamos a la medición de las características o el comportamiento de un procedimiento y que conceptualmente no podemos medir directamente.

Suelen ser nº absolutos, proporciones o tasas

Es un instrumento de medida que se usa para medir aspectos concretos de la calidad asistencial.



Propiedades de los indicadores

Medible
Objetivo
Confiable
Pertinente
Sensible
Preciso

EVALUACION DE LOS GRADOS DE CALIDAD DE LOS CENTROS

Según mas o menos conocimiento de su problemática:

- 0.- Existen centros que no saben que en realidad hay problemas.
- 1.- Existen centros que saben que hay problemas pero no saben por qué
- 2.- Existen centros que saben por qué hay problemas pero no saben resolverlos.
- 3.- Existen centros que corrigen los problemas cuando se presentan
- 4.- Existen centros que saben organizar la corrección sistemática de los problemas
- 5.- Existen centros que saben resolver problemas antes de que se presenten
- 6.- Existen centros que saben porque no tienen problemas.

SISTEMAS DE MONITORIZACIÓN

Evaluando periódicamente a través de indicadores los aspectos considerados cruciales de la atención (tanto si creemos que actualmente lo estamos haciendo bien como si pensamos que puede haber problemas).

INSERCIÓN Y CUIDADOS DE LOS CATÉTERES INTRAVASCULARES

OBJETIVO GENERAL:

- Mejorar la calidad y eficiencia a la hora de la inserción, mantenimiento y retirada de catéteres intravasculares , permitiendo de ésta forma disminuir al máximo la morbimortalidad relacionada con los mismos.

OBJETIVO ESPECÍFICO:

Medir la efectividad de la actualización de los protocolos en terapia IV



INSERCIÓN Y CUIDADOS DE LOS CATÉTERES INTRAVASCULARES

- GESTIÓN DEL CAPITAL VENOSO
- QUE NO VAN A APRENDER LOS ASISTENTES-QUE NO DEBEMOS HACER
- QUE VAN A APRENDER LOS ASISTENTES-QUE DEBEMOS DE HACER



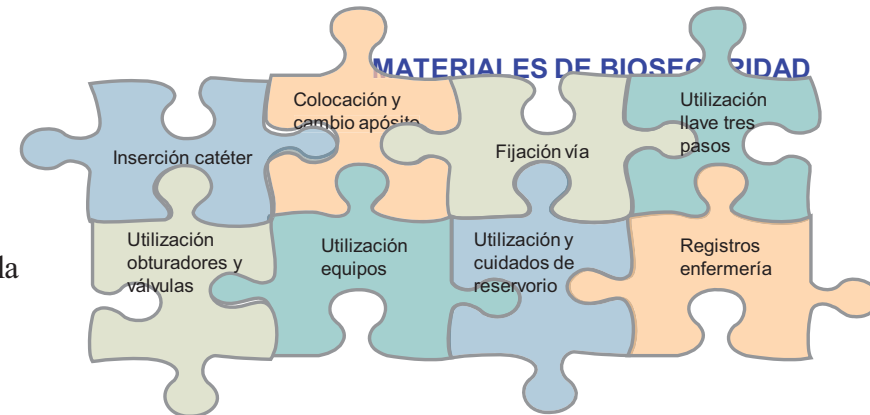
**INFECCIONES RELACIONADAS CON DISPOSITIVOS
son “Errores” frecuentes en la atención al paciente crítico**

CAPITAL VENOSO

CONCEPTO:

Conjunto de todos los vasos del sistema circulatorio venoso potencialmente utilizables con fines terapéuticos y/o diagnósticos

representa un nuevo concepto en la atención integral al paciente que recibe terapia intravenosa,



CARACTERÍSTICAS:

- No es ilimitado
- No admite punciones repetidas sin deteriorarse
- No es reemplazable
- Su estado influye en la calidad de vida del paciente
- Es uno y para toda la vida

GESTIÓN DEL CAPITAL VENOSO

Se basa en la necesidad de administrar de manera adecuada los recursos vasculares de los pacientes con el fin de garantizar su integridad y disponibilidad futura.

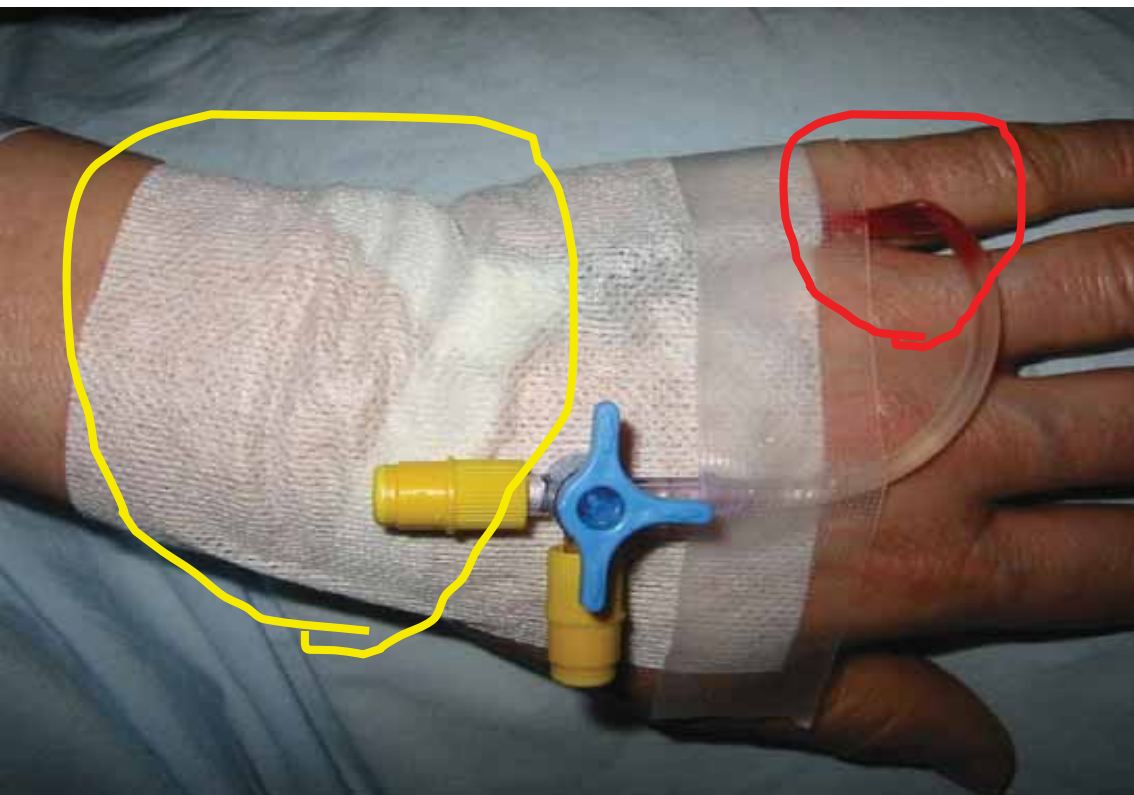
Representa un nuevo concepto en la atención integral al paciente

- Qué NO van a aprender los asistentes

QUE NO DEBEMOS HACER

- No lavarse las manos y utilizar guantes.
- Palpar la zona de inserción una vez realizada la antisepsia de la piel.
- Fijar el apósito además del catéter el sistema de gotero o alargadera.
- Ante un apósito despegado poner otro sin desinfectar la zona de punción y su alrededor.
- Retirar el apósito a contrapelo.
- Aplicar el apósito ejerciendo mucha presión sobre el catéter en la piel, pudiendo dar lugar a alguna lesión donde este apoya.

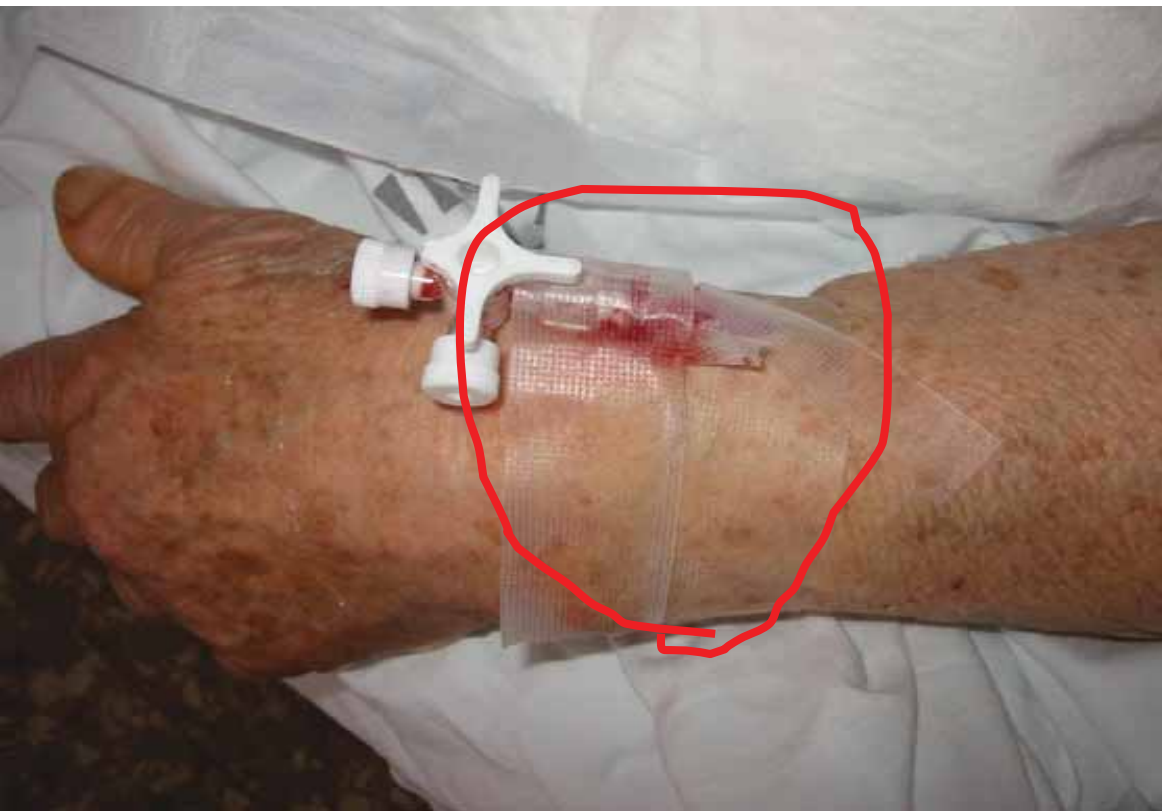
- Que NO van a aprender los asistentes



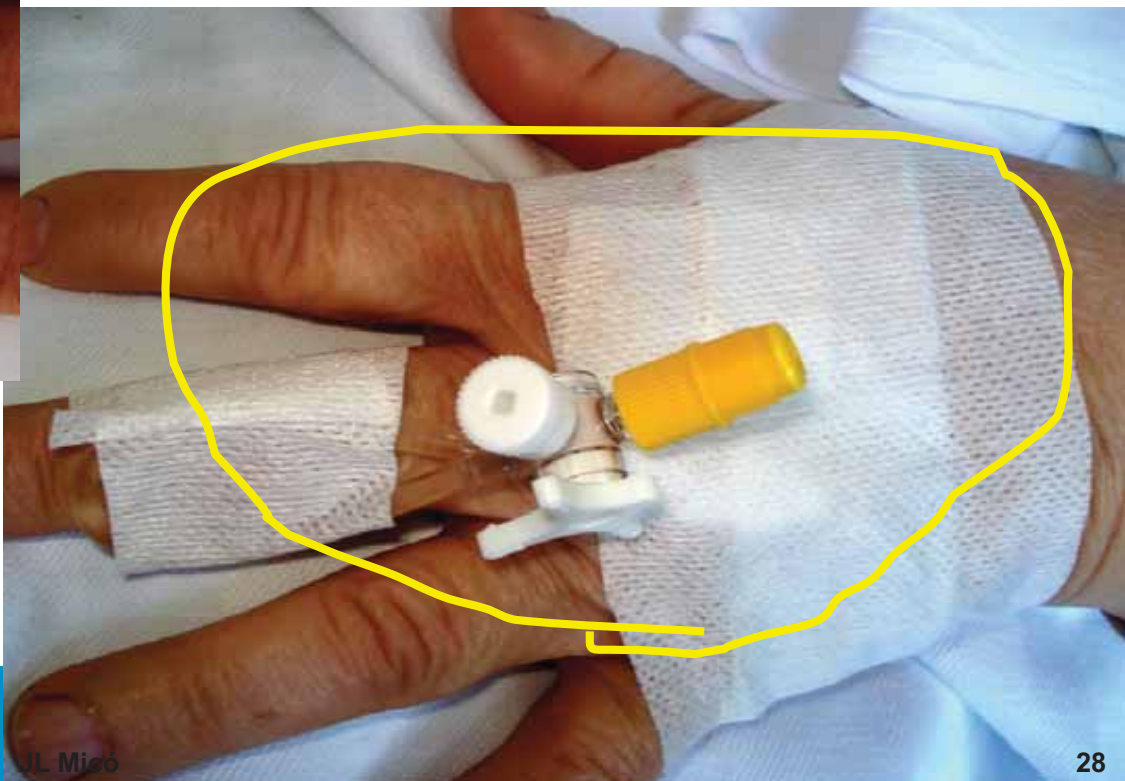
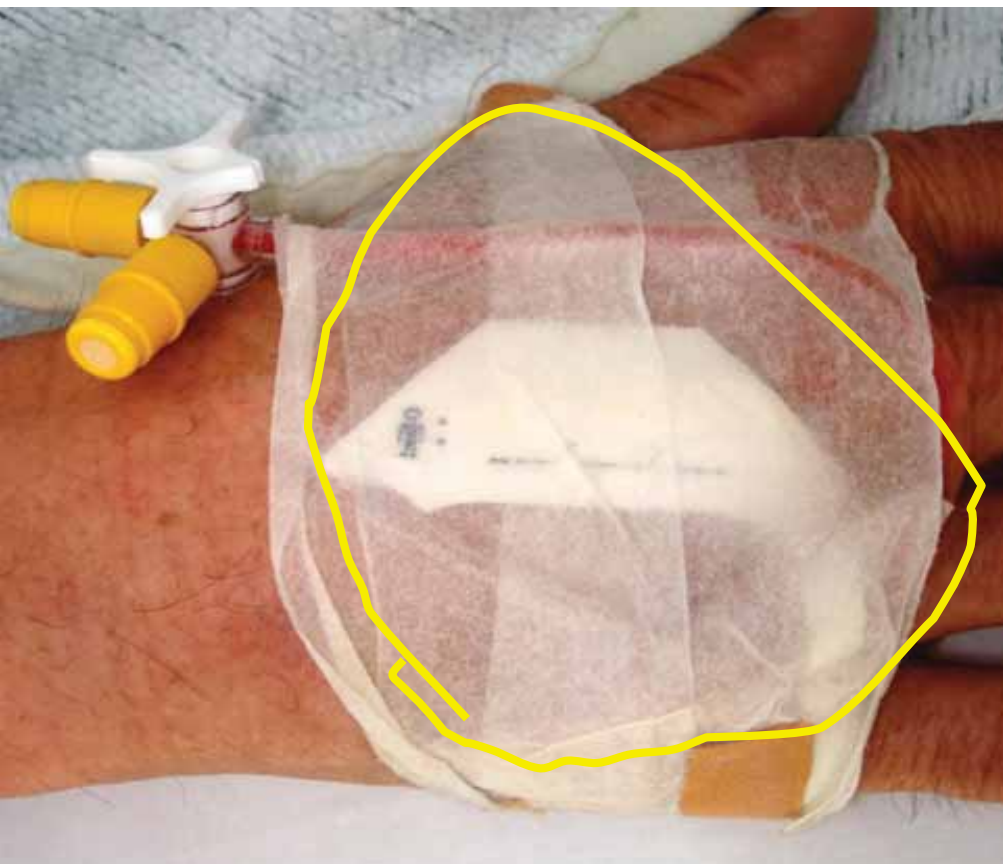
- Qué NO van a aprender los asistentes



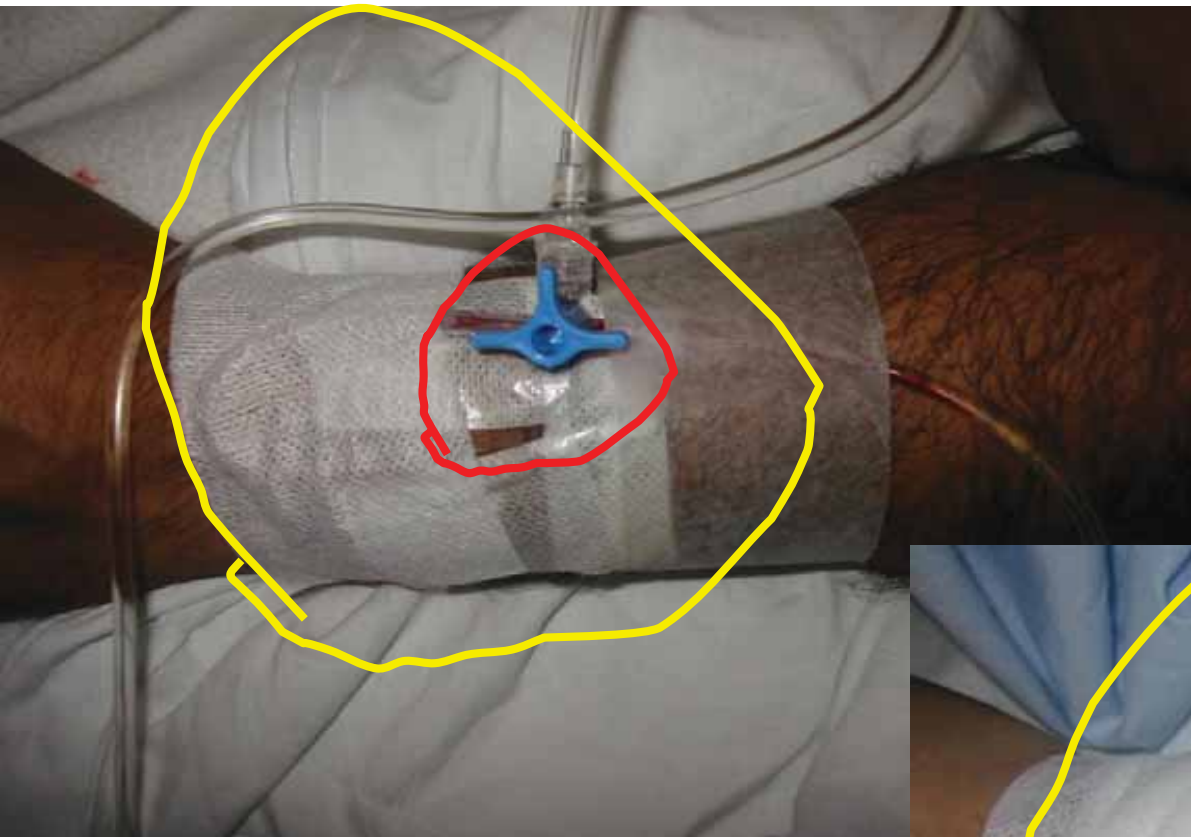
- Qué NO van a aprender los asistentes



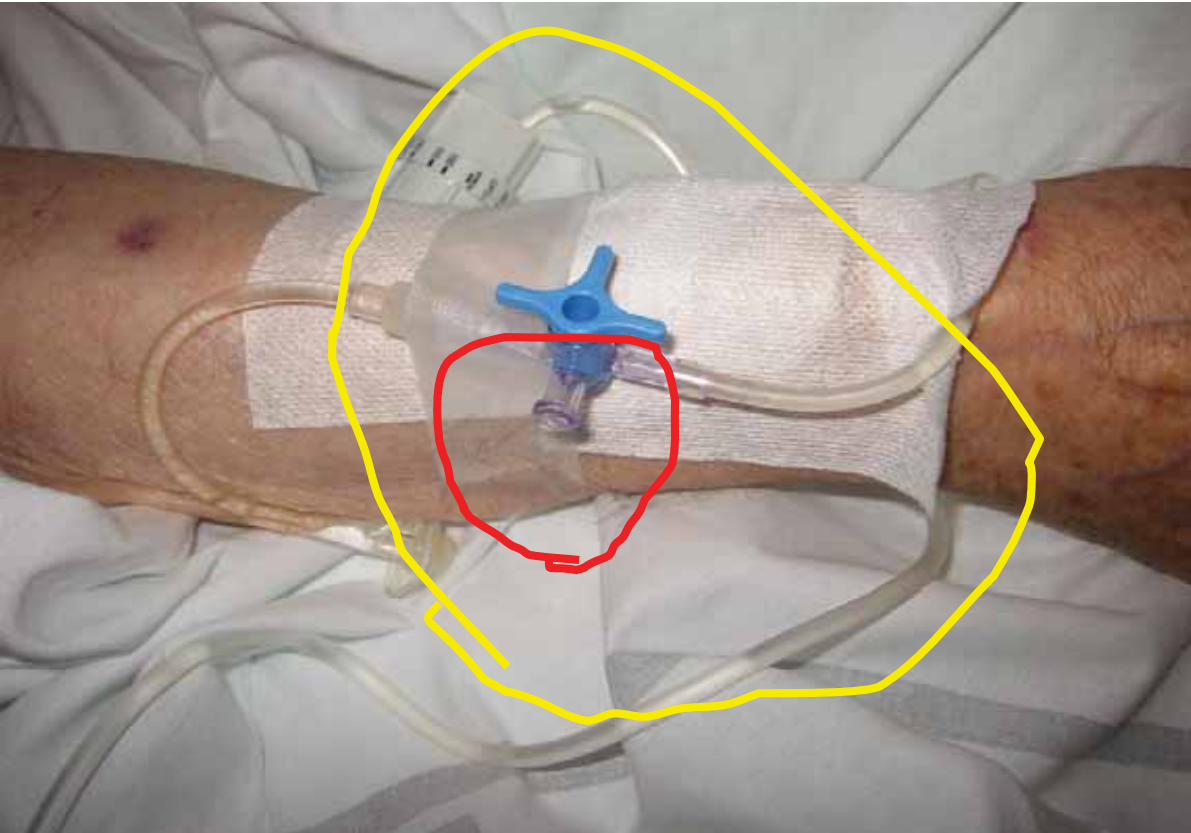
- Qué NO van a aprender los asistentes



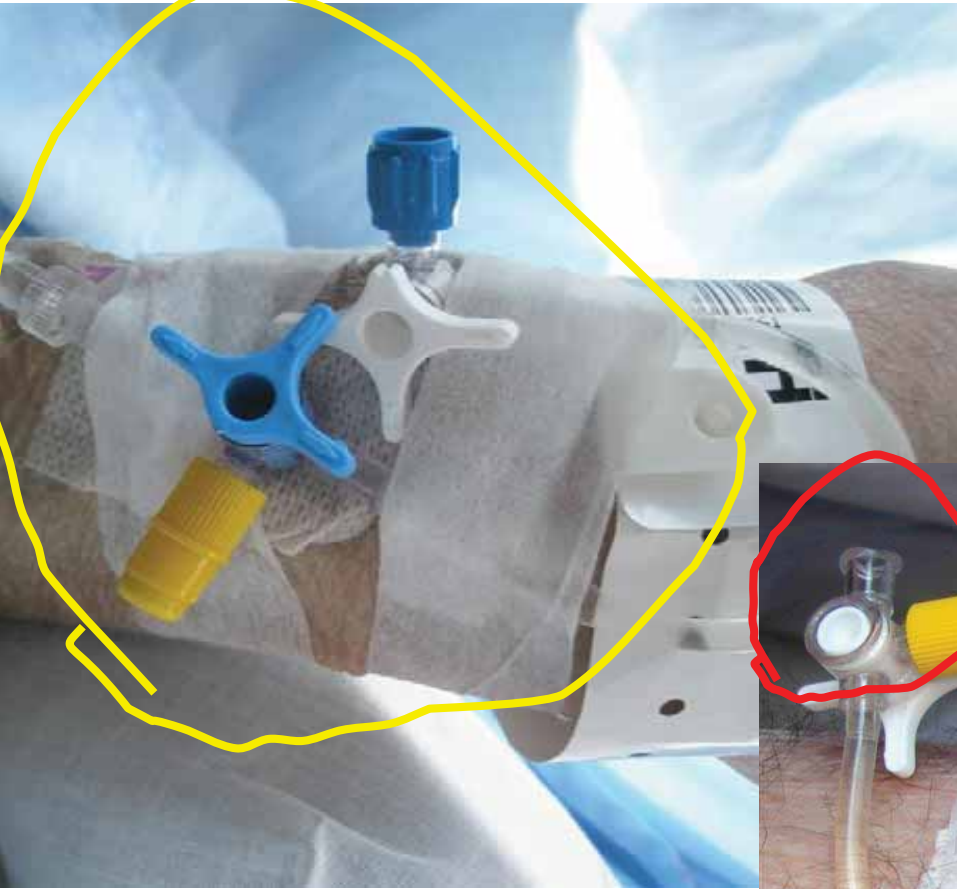
- Qué NO van a aprender los asistentes



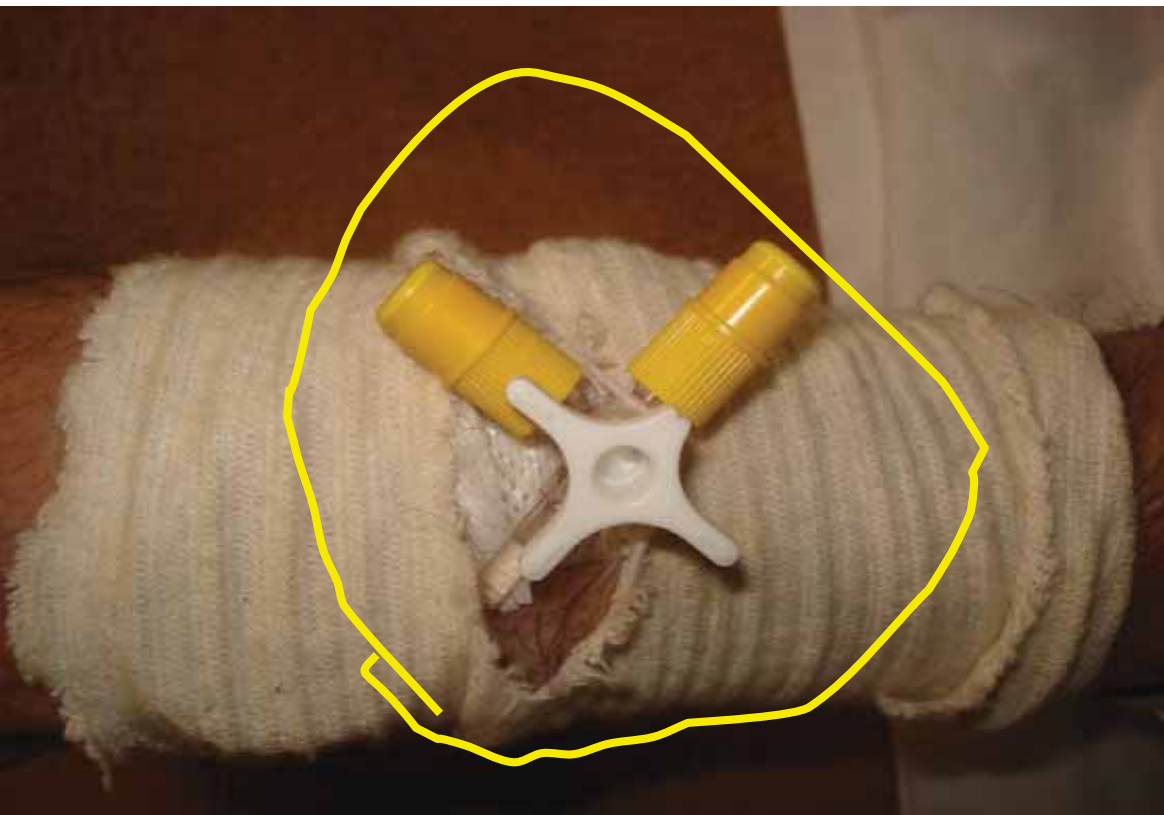
Qué NO van a aprender los asistentes



- Qué NO van a aprender los asistentes



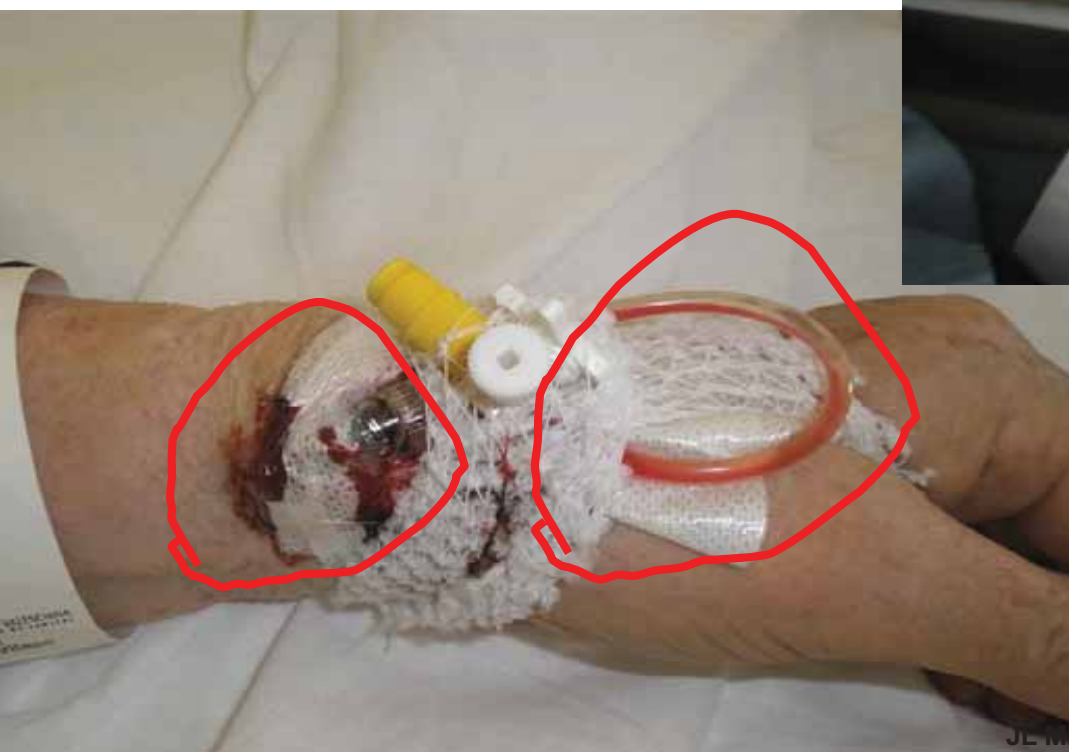
- Qué NO van a aprender los asistentes



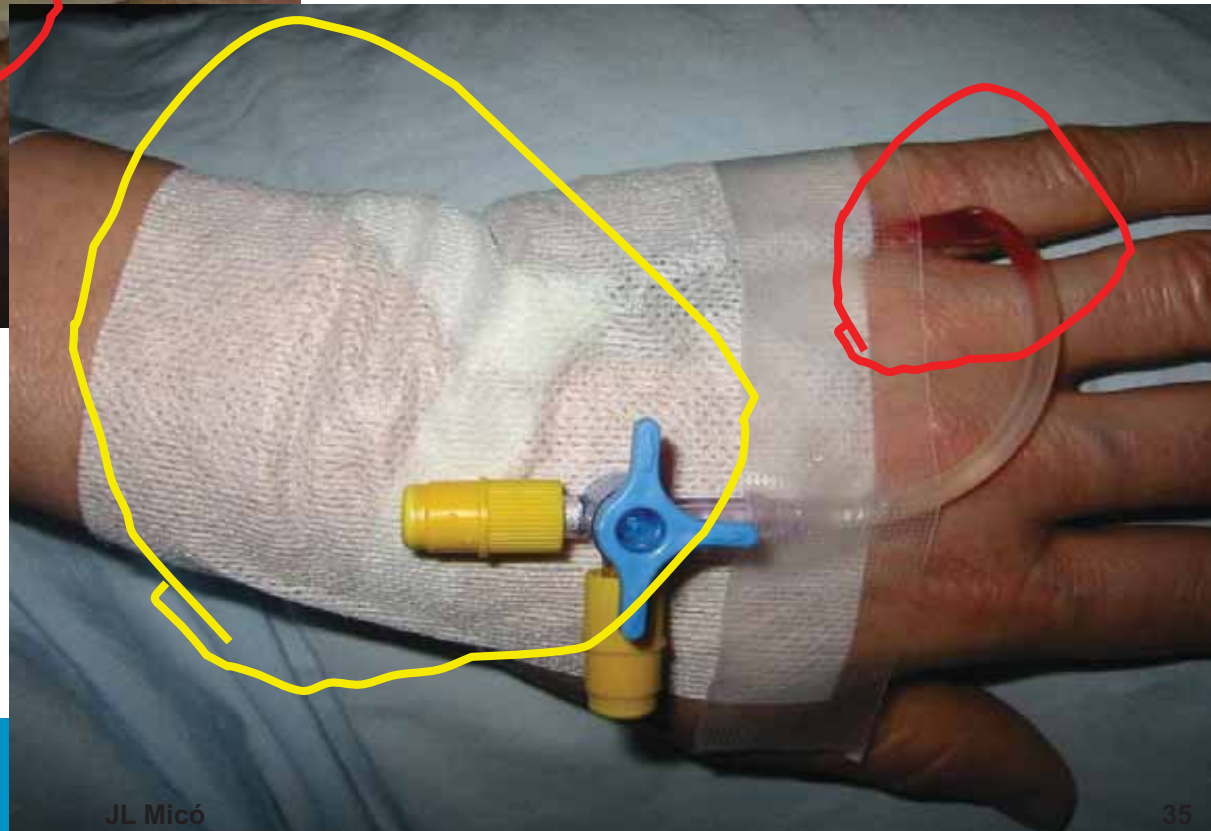
- Qué NO van a aprender los asistentes



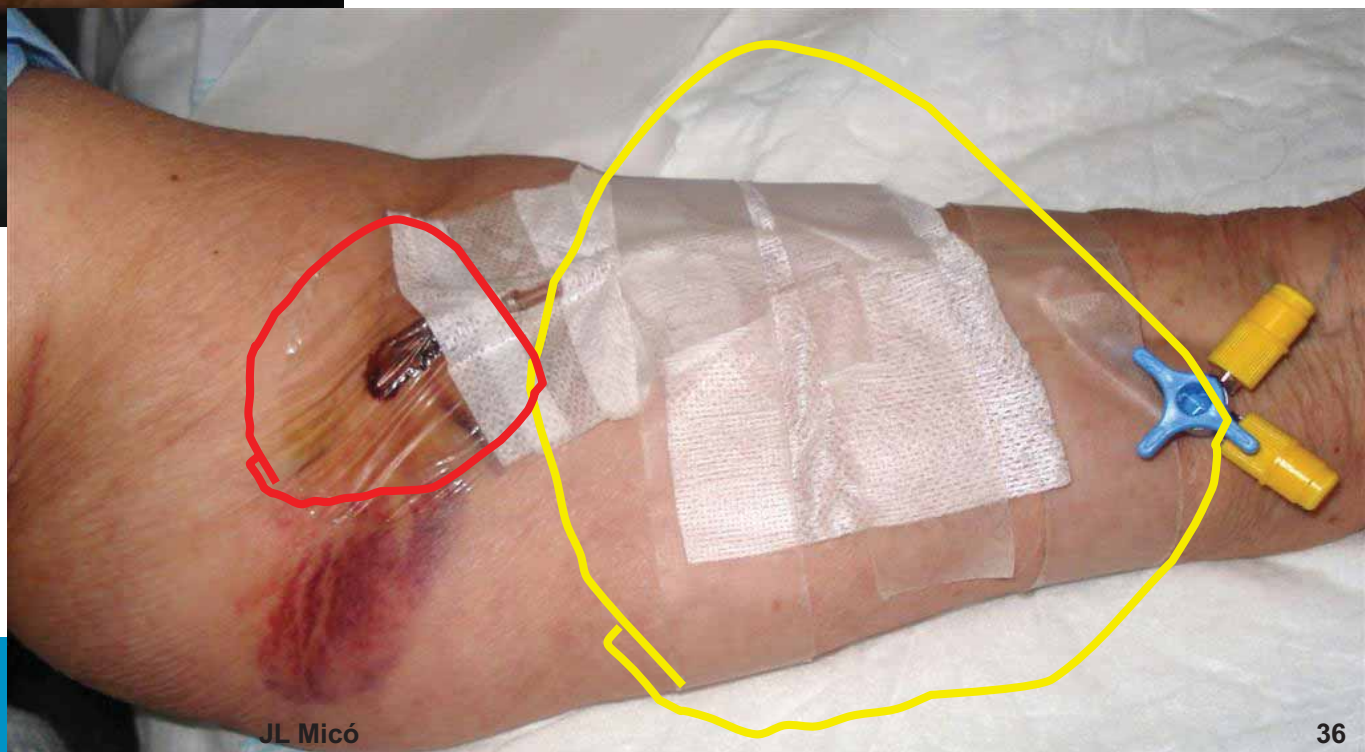
Qué NO van a aprender los asistentes



- Qué NO van a aprender los asistentes



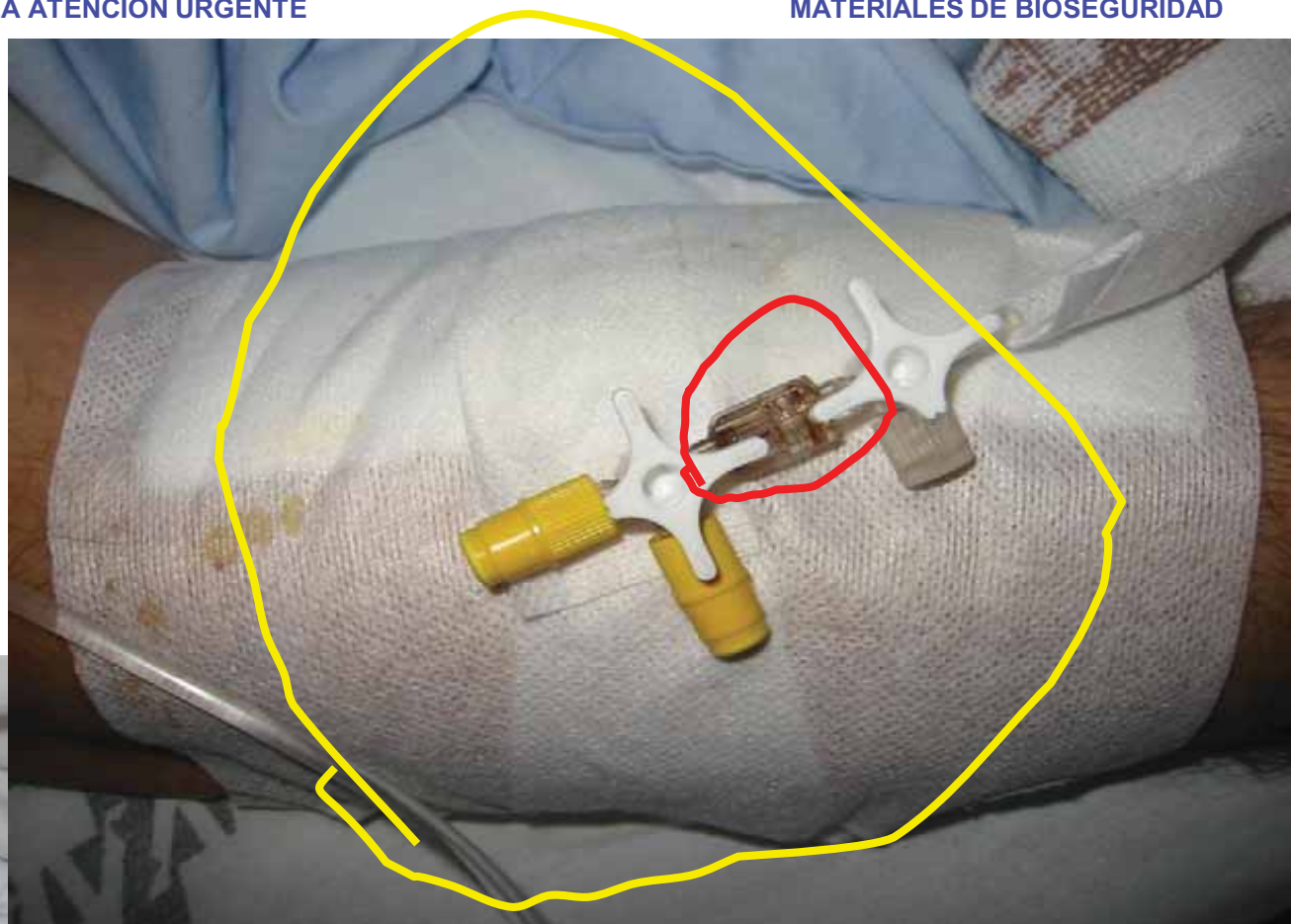
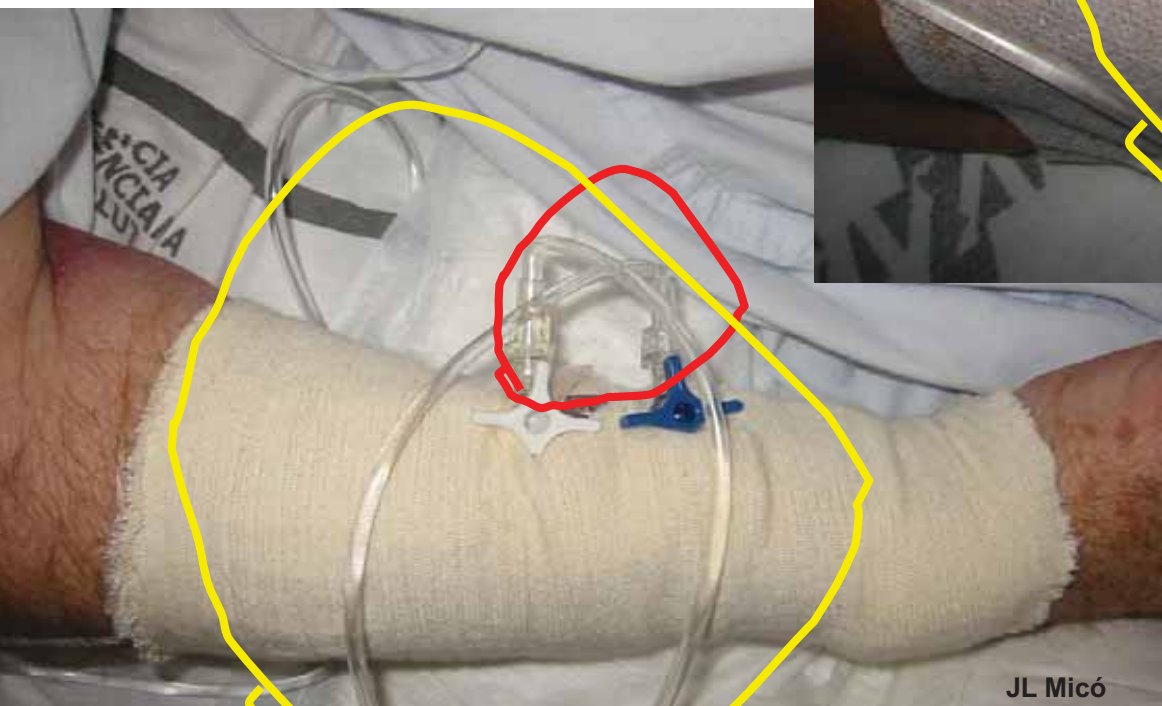
- Qué NO van a aprender los asistentes



JL Micó

36

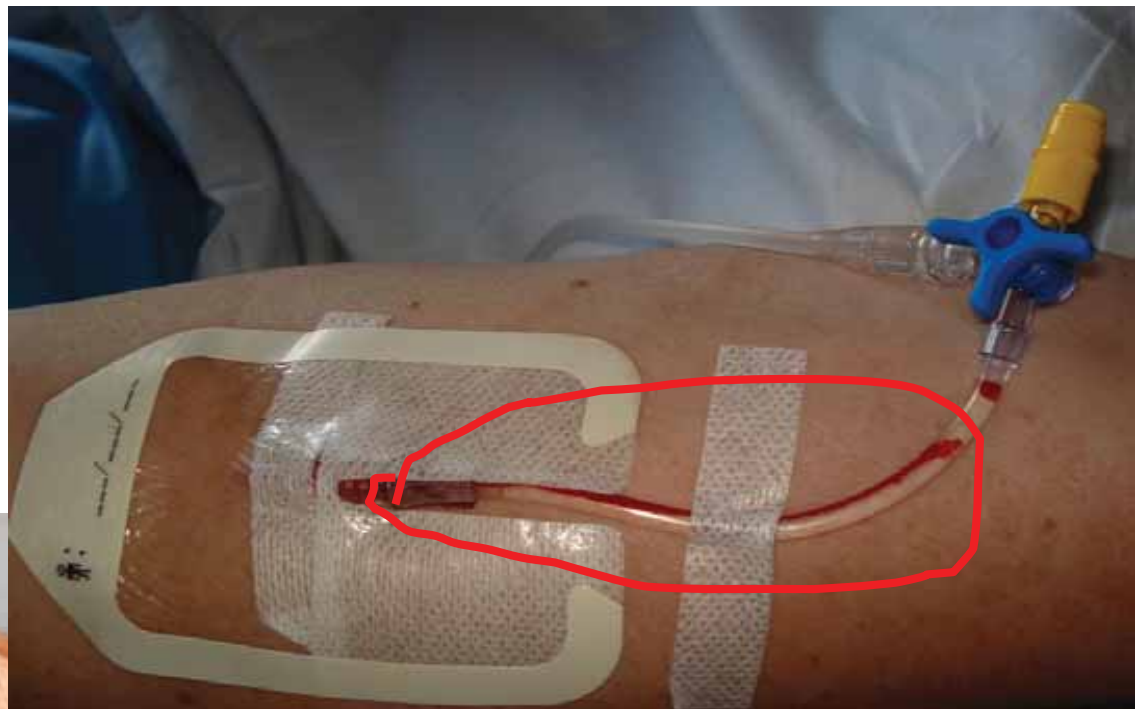
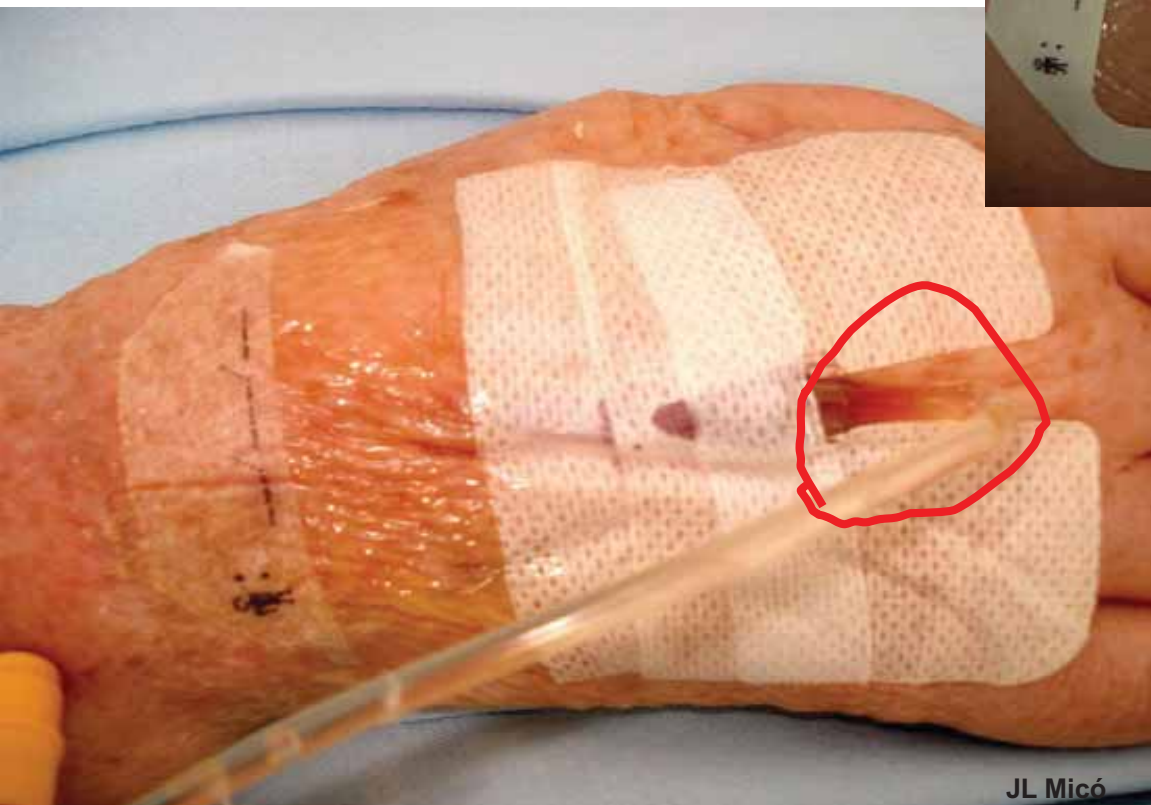
Qué NO van a aprender los asistentes



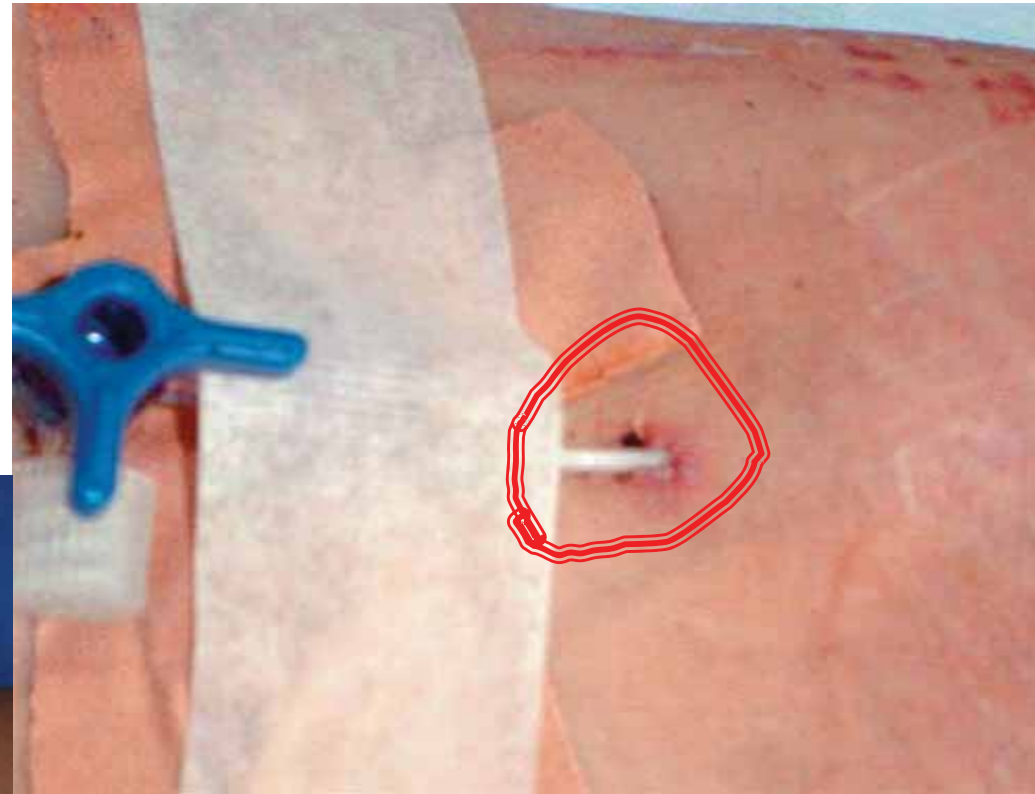
- Qué NO van a aprender los asistentes



- Qué NO van a aprender los asistentes



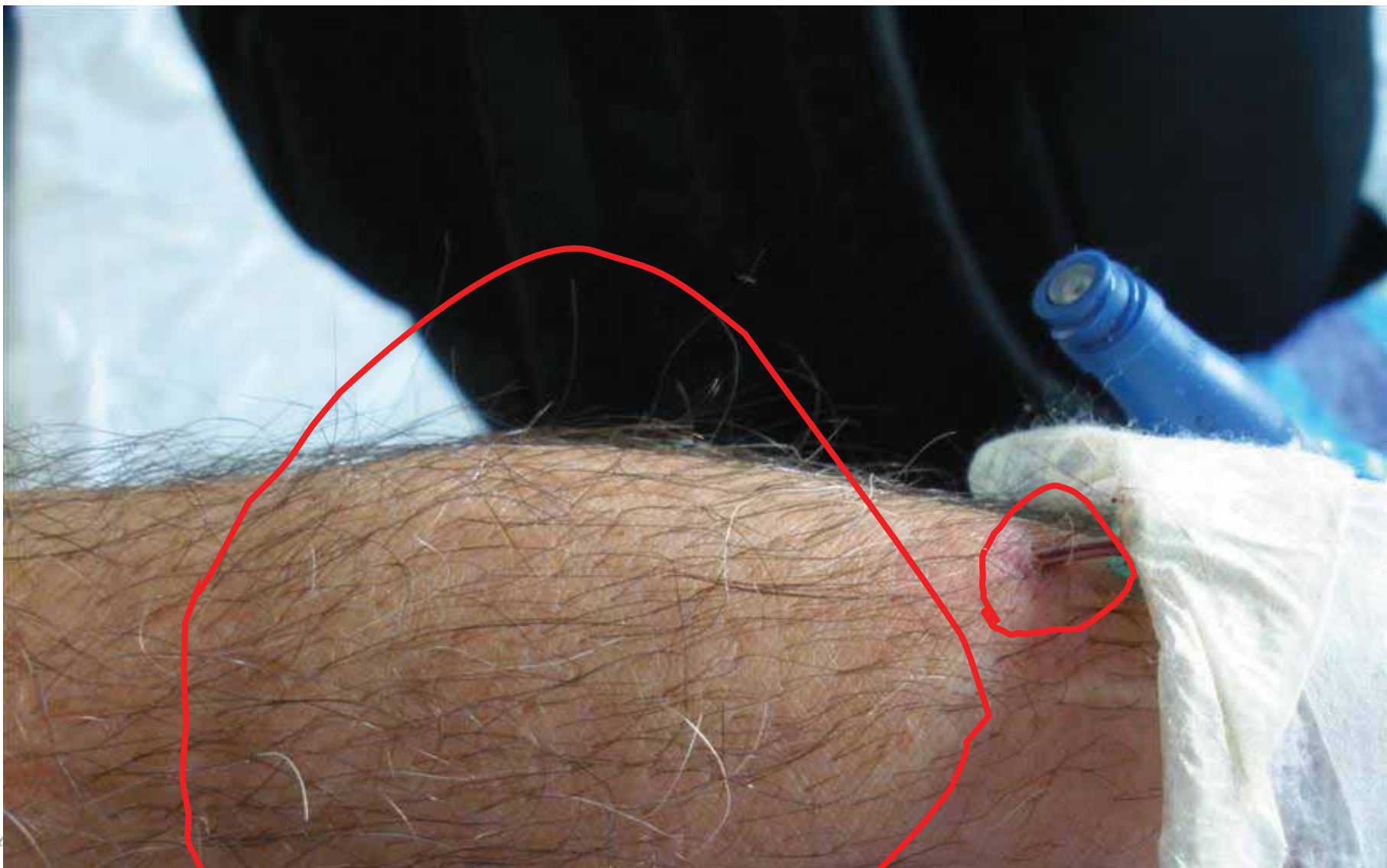
- Qué NO van a aprender los asistentes



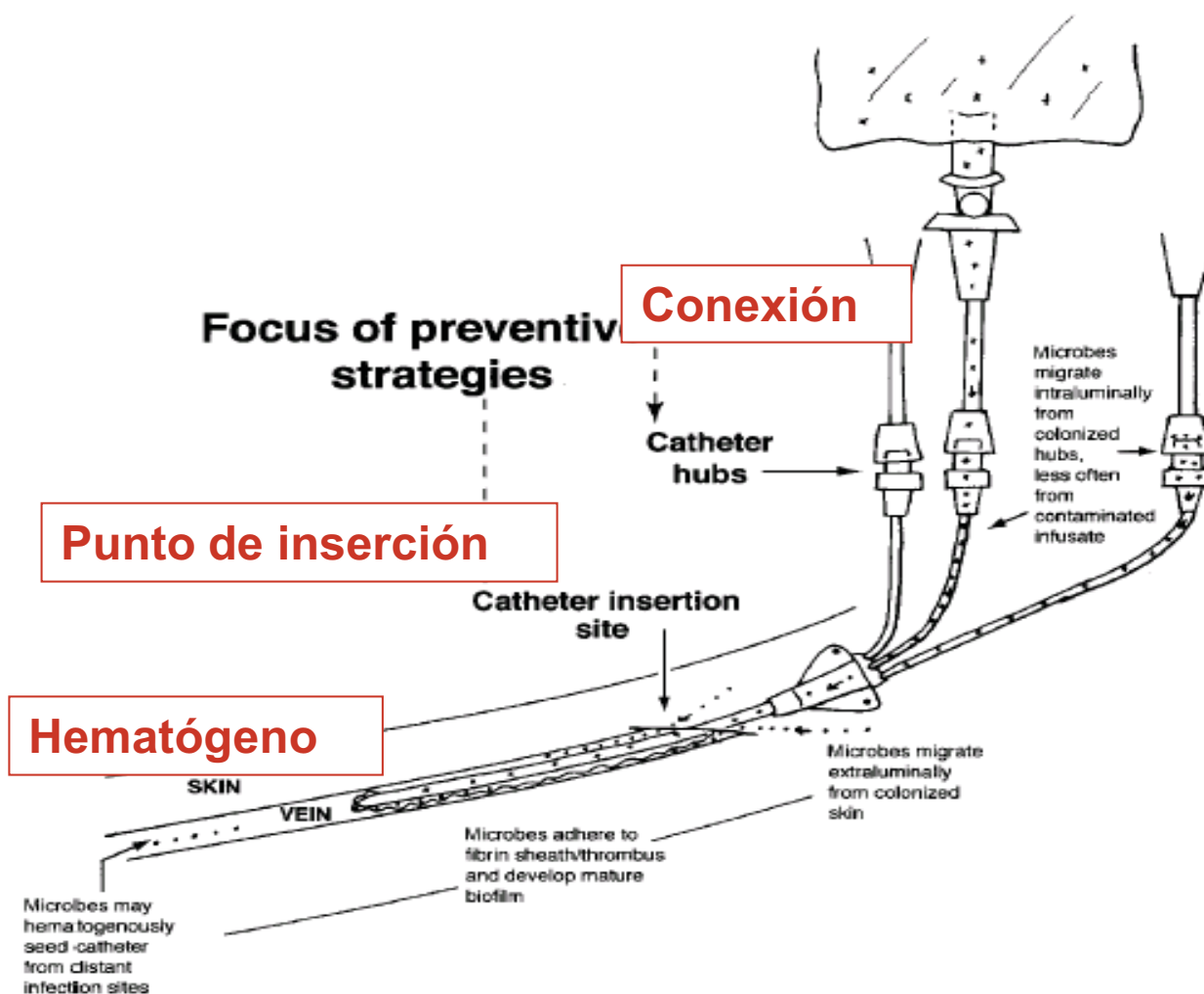
- Qué NO van a aprender los asistentes







FISIOPATOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO DE BRC



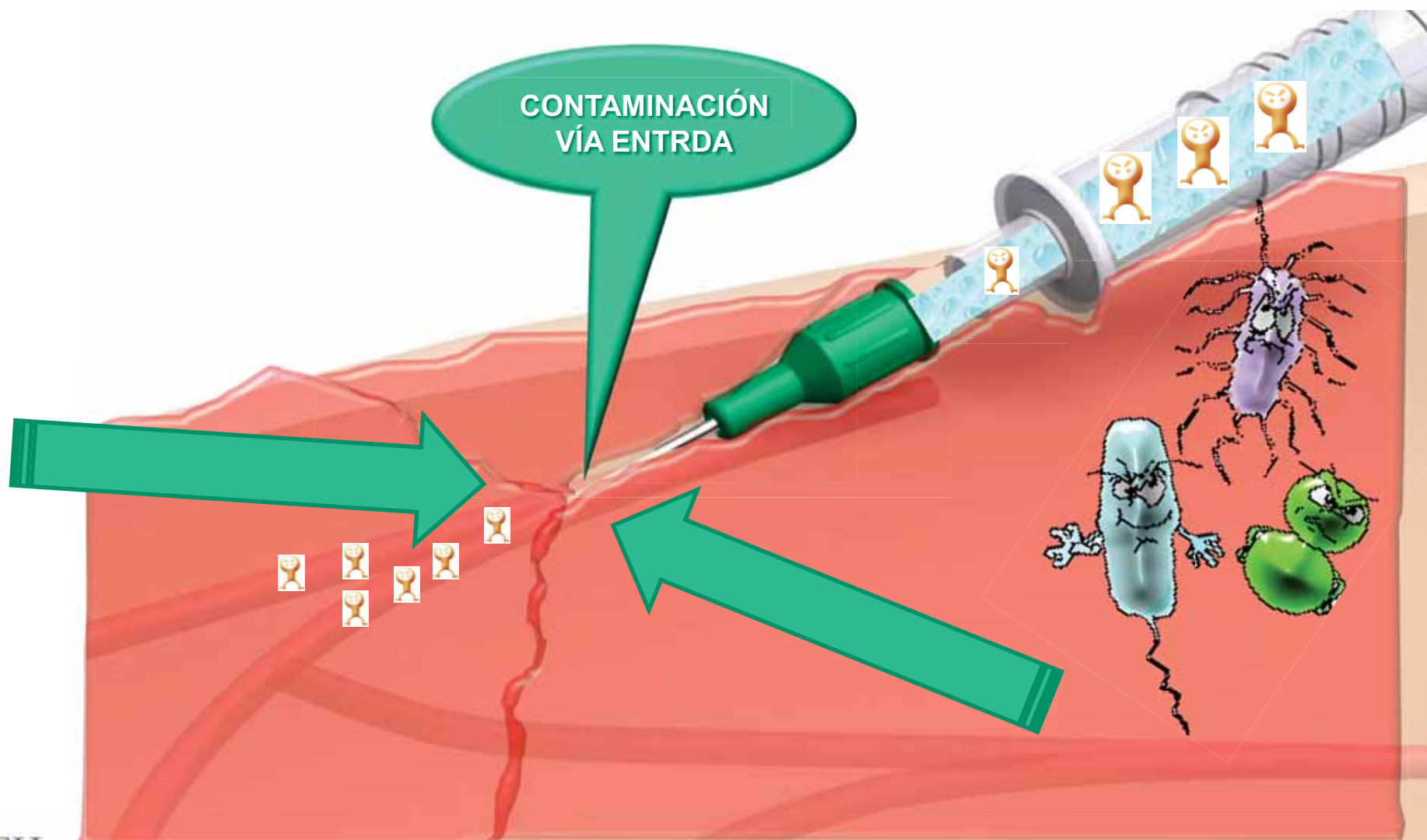
FACTORES DE RIESGO DE BP-CV

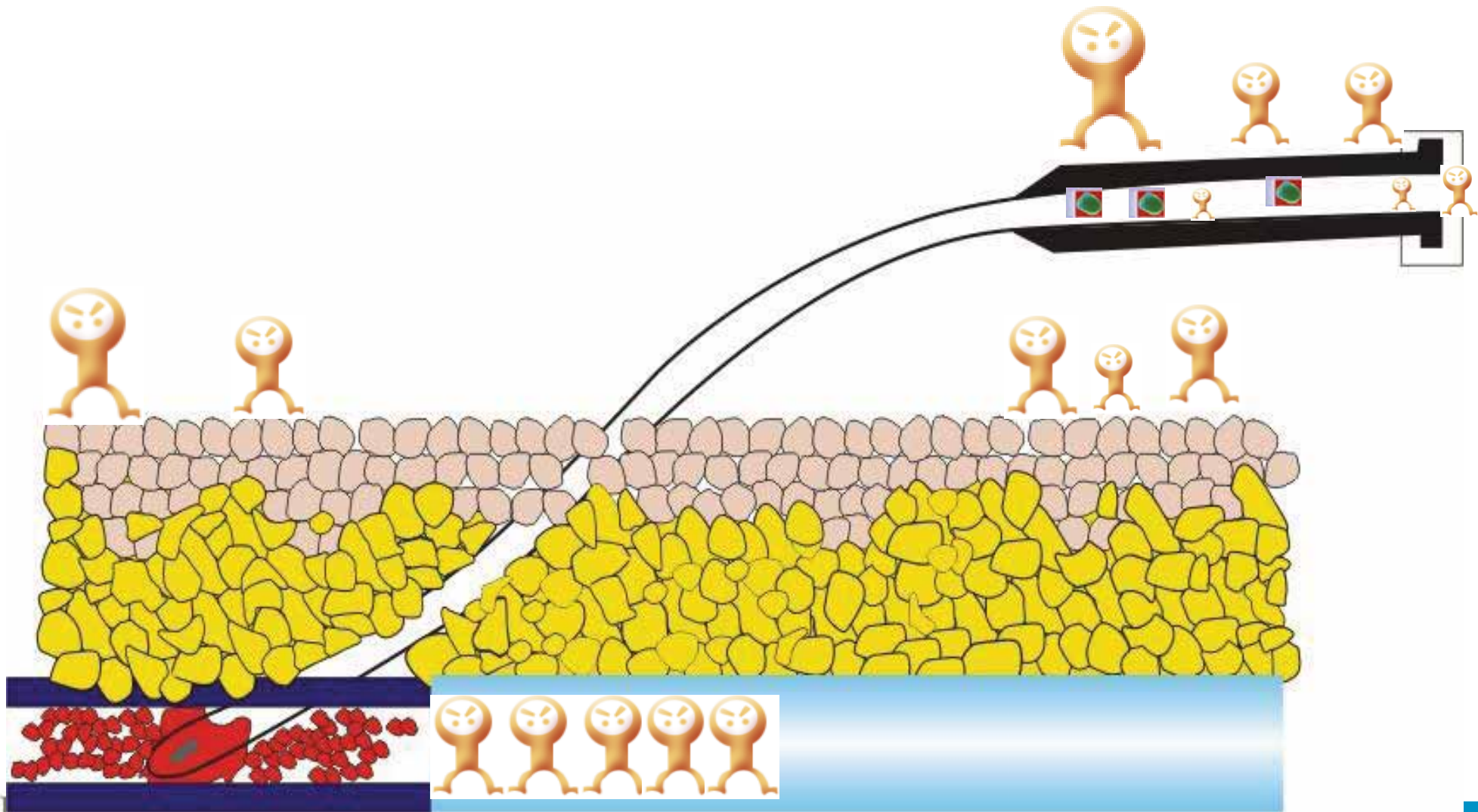
- Infección en otro lugar, foco secundario
- Colonización del catéter con microorganismos
- Cateterización endovenosa de más de 72 horas
- Inexperiencia del personal que inserta el catéter
- Uso de llaves de tres pasos

Merrer, et al. JAMA 2001; 206:700-7

FOCOS DE LAS ESTRATEGIAS PREVENTIVAS





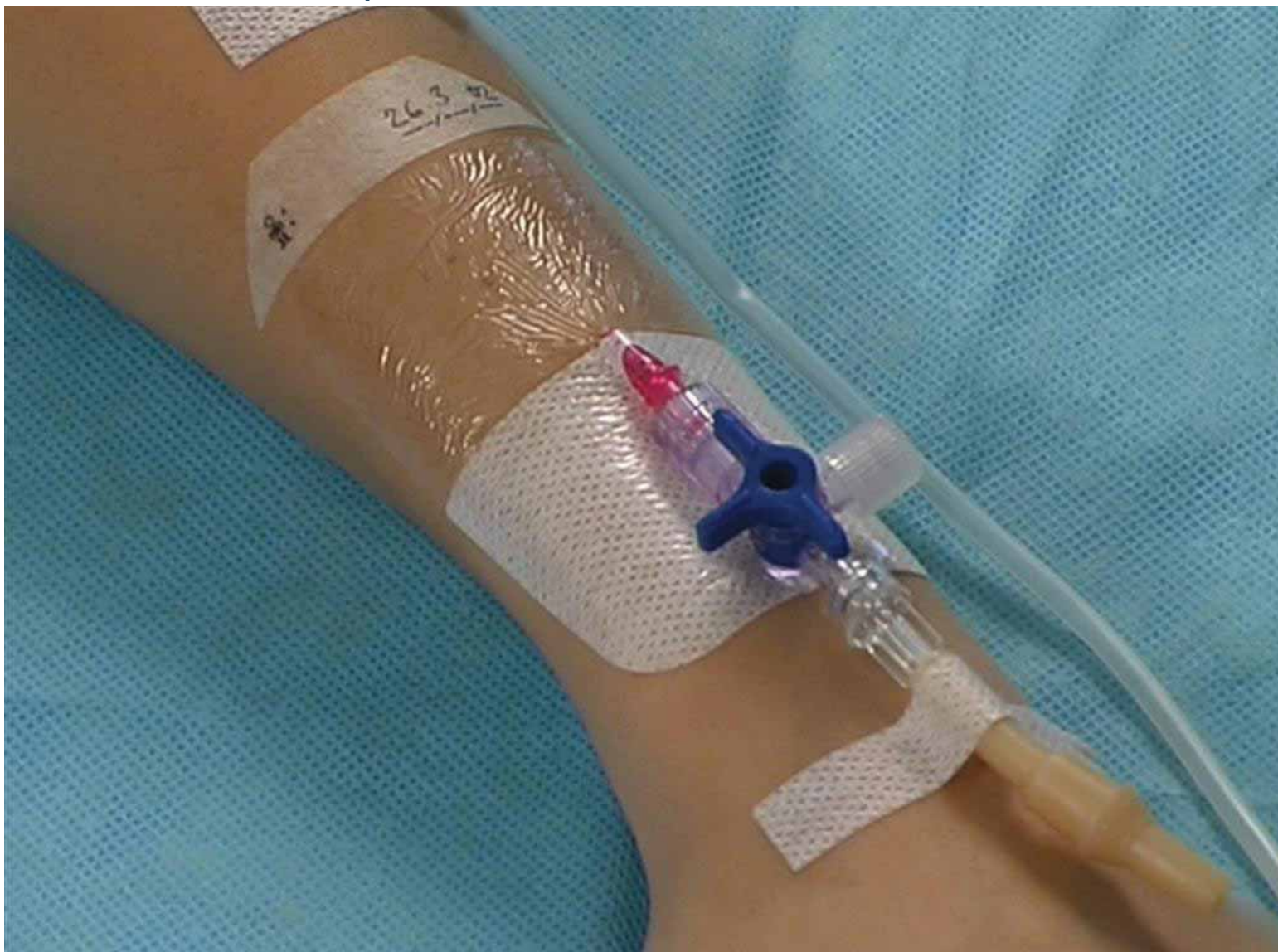


- Qué van a aprender los asistentes

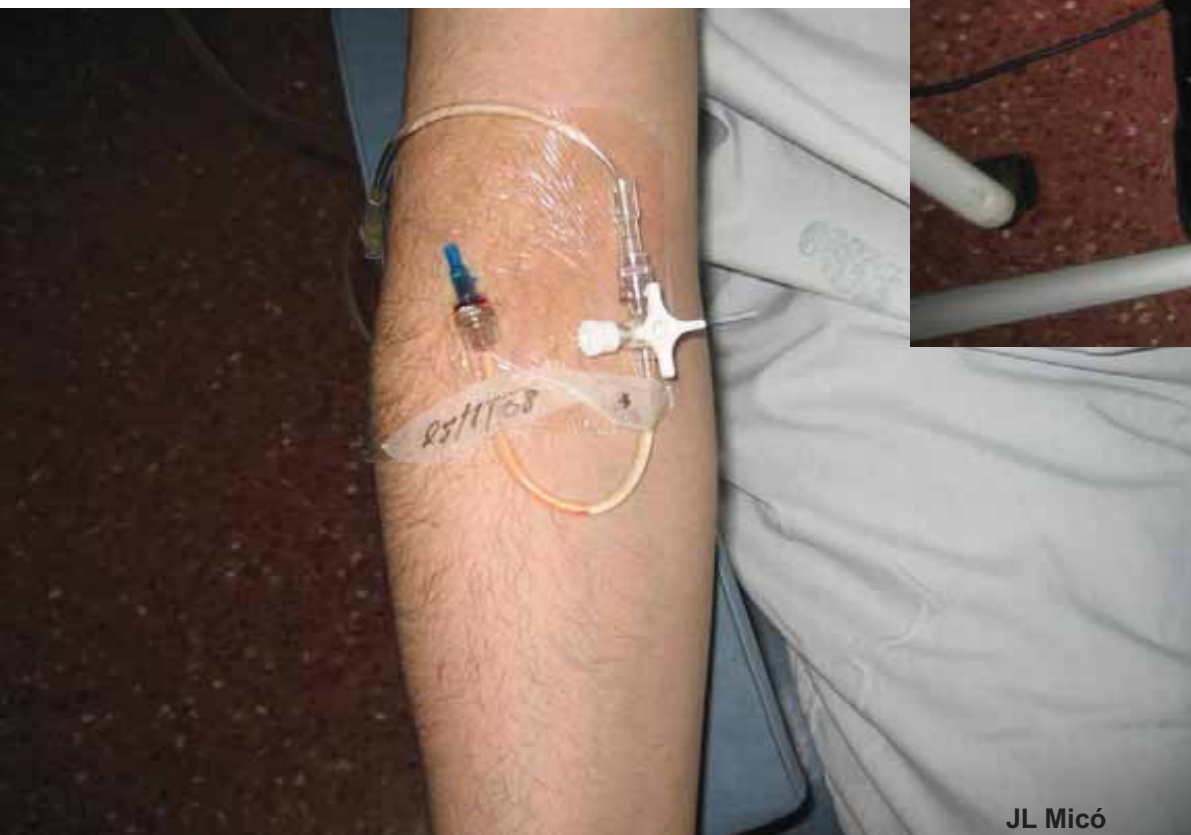


16 dias

- Qué van a aprender los asistentes



- Qué van a aprender los asistentes





- **Qué van a aprender los asistentes**

Modificación hábitos. “Mito y Realidad”

- Imágenes demostrativas (bien y mal)
- ¿los procedimientos están implementados?
- ¿Por qué unos profesionales lo hacen bien y otros menos bien?
- El mal habito se puede modificar (no es imposible)
- Desmitificar el “a mi me va bien”
- Demostrar la evidencia científica
- Responsabilidades legales relacionadas con el procedimiento

- Que van a aprender los asistentes
- **Objetivo general:**
- **-Sobre la implementación de los procedimientos de acceso y cuidados en terapia intravenosa, según el Manual de Procedimientos de la Consellería de Sanitat.**
- **-Detectar y/o mejorar las deficiencias en los procedimientos de terapia IV, los cuidados de enfermería y los efectos adversos en el enfermo.**
- **-Actualizar los conocimientos relacionados con la terapia IV**

Mito:

Relato o asunto inventado o que da una falsa apariencia a una cosa.

Realidad:.

Verdad, lo que de hecho ocurre

Fuente: Gran Diccionario de la Lengua Española, Larousse. Barcelona, España, 1998.

Evidencia científica.

- Que van a prender los asistentes

QUE DEBEMOS HACER SIEMPRE

Antes de la inserción

En la inserción

Después de la inserción

Criterio evaluación
procedimiento

QUE DEBEMOS HACER SIEMPRE

- Usar adecuadas medidas de asepsia
- Utilizar apósito c/48h. Si es o estéril para cubrir la zona de entrada del catéter
- Aplicar antiséptico en la zona de inserción en cada cambio de apósito.
- Dejar actuar el antiséptico
- Revisar diariamente el punto de entrada del catéter
- Palpar la zona de inserción y trayecto venoso para determinar la existencia o no de dolor, enrojecimiento, etc. (flebitis).
- Cambiar el apósito cada 48h. si es de gasa. O cada 7 días si es transparente y no presenta anomalías.
- Cambiar el apósito siempre que esté sucio, mojado o despegado.
- Fechar los apósitos cuando se aplican por primera vez o se cambian.
- Registrar cada cuidado realizado: revisión, cambio de apósito, de vía, lavado vía, etc.

PROYECTO DE FORMACIÓN

- VIAS DE ACCESO PARA TIV

Catéter venoso periférico.

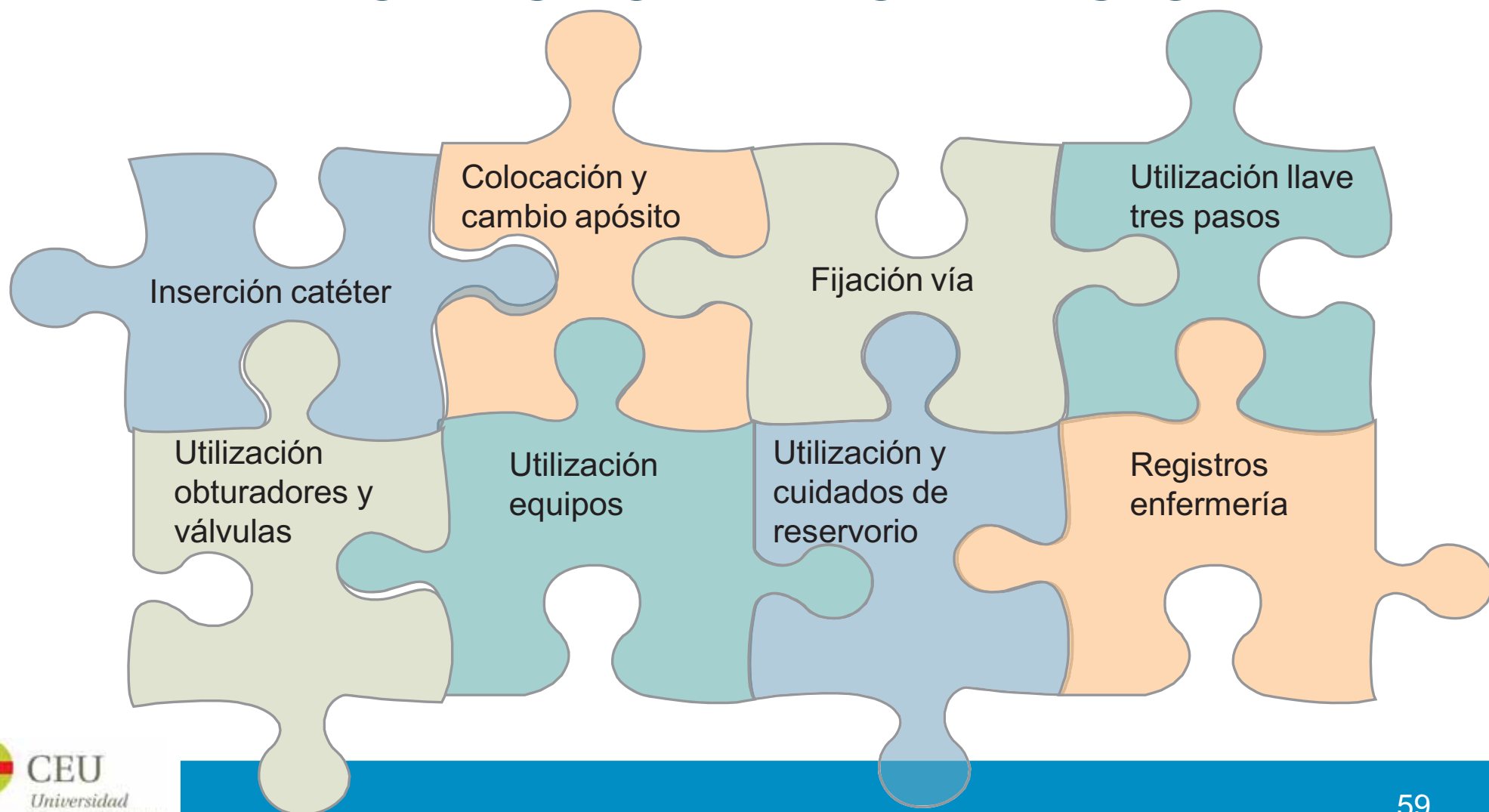
Catéter venoso periférico de línea media.

Catéter venoso central.

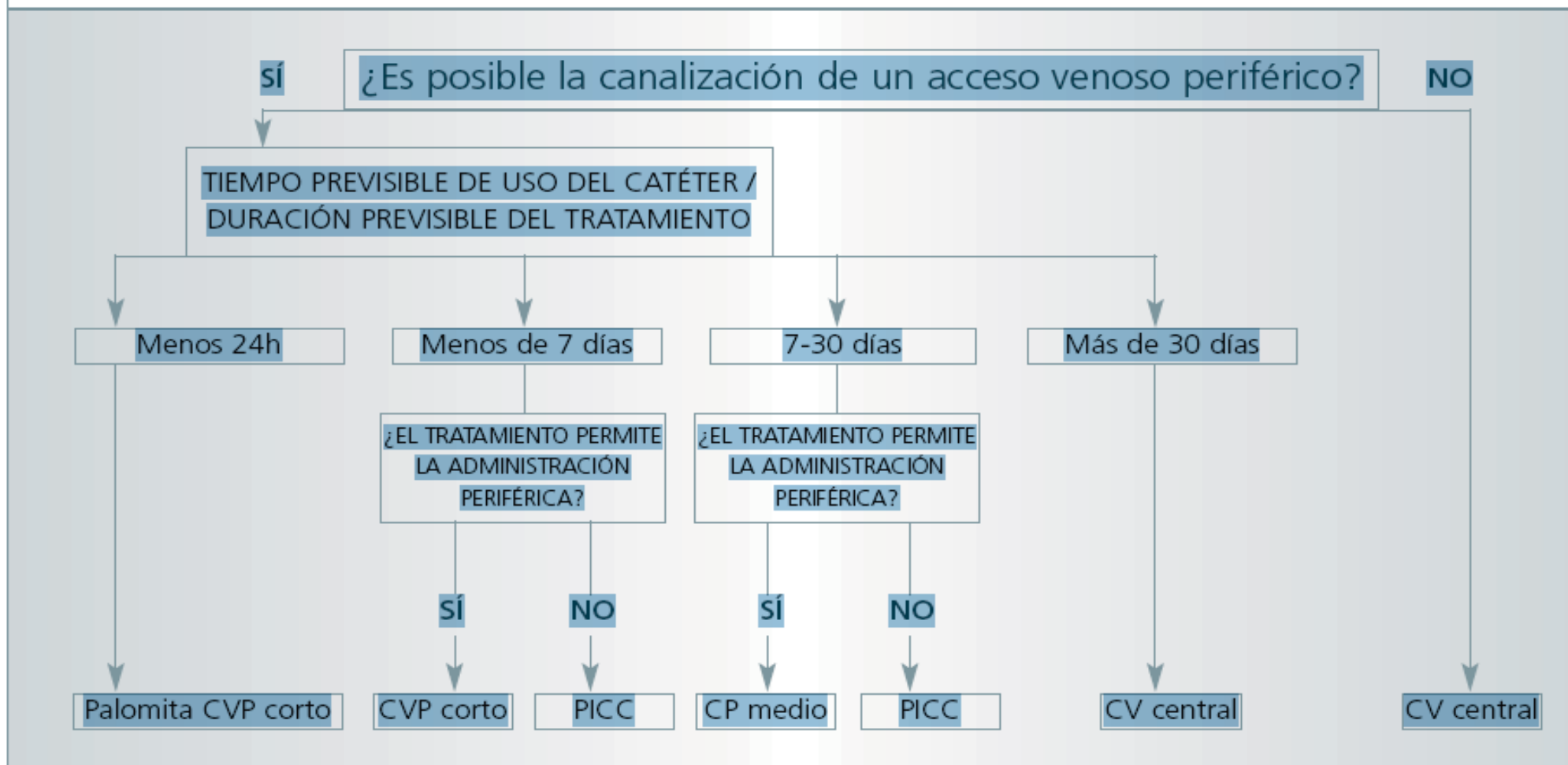
“Vía intraósea”

-TALLER

PROYECTO DE FORMACIÓN



CRITERIOS DE ELECCIÓN DE UN CATÉTER PERIFÉRICO



CVP corto: Catéter venoso periférico de longitud corta. PICC: Catéter central de implantación periférica. CP medio: Catéter venoso periférico de aproximadamente 21 cm de recorrido. CV central: Catéter venoso central.

• Procedimiento:

- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material necesario
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente del procedimiento a realizar.
- Solicitar su colaboración.
- Colocar al paciente en una posición cómoda según la zona de punción.
- Seleccionar la vena más adecuada según: el estado del paciente, características de la solución a infundir, calibre del catéter, asegurarse de que el punto elegido no va a dificultar las actividades de la vida diaria del paciente y elegir venas que se palpen con facilidad, blandas, llenas y no obstruidas , si es posible.
- Proceder a la desinfección alcohólica de las manos.
- Colocar el compresor 10-15 cm por encima de la zona de punción. El torniquete debe estar lo bastante apretado como para detener la circulación venosa pero no la arterial.
- Utilizar los dedos índice y medio de la mano no dominante para palpar la vena.
- Desinfectar la zona desde el centro hacia fuera y dejar secar.
- Colocarse los guantes.
- Retirar la funda del catéter y cogerlo con la mano dominante.
- Fijar la piel con la mano no dominante para evitar que la vena se desplace.
- Insertar el catéter.
- Seguir introduciendo el catéter hasta que se observe la sangre refluir. Cuando refluya la sangre avanzar un poco el catéter e ir introduciendo la cánula a la vez que se retira la guía o aguja. No debe notarse resistencia.



LA HIGIENE DE LAS MANOS ES NECESARIA:

- ☐ Antes y después de la palpación del punto de inserción.
- ☐ Antes y después de la movilización o manipulación del catéter y del cambio de apósitos.
- ☐ Antes y después del uso de guantes.

Antiséptico

Clorhexidina alcohólica
0,5% -y-acuosa

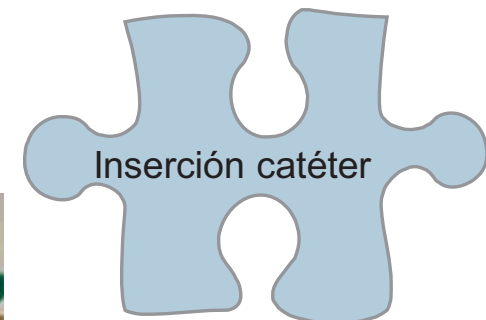
ANTISEPSIA DE LA PIEL

-Para la asepsia cutánea, previa a la inserción del catéter, preferentemente, se utilizará una **solución de clorhexidina**.
-Se utilizará alcohol de 70° o povidona yodada **solo** en caso de hipersensibilidad a la clorhexidina
-El antiséptico debe **secarse completamente** antes de la inserción del catéter.

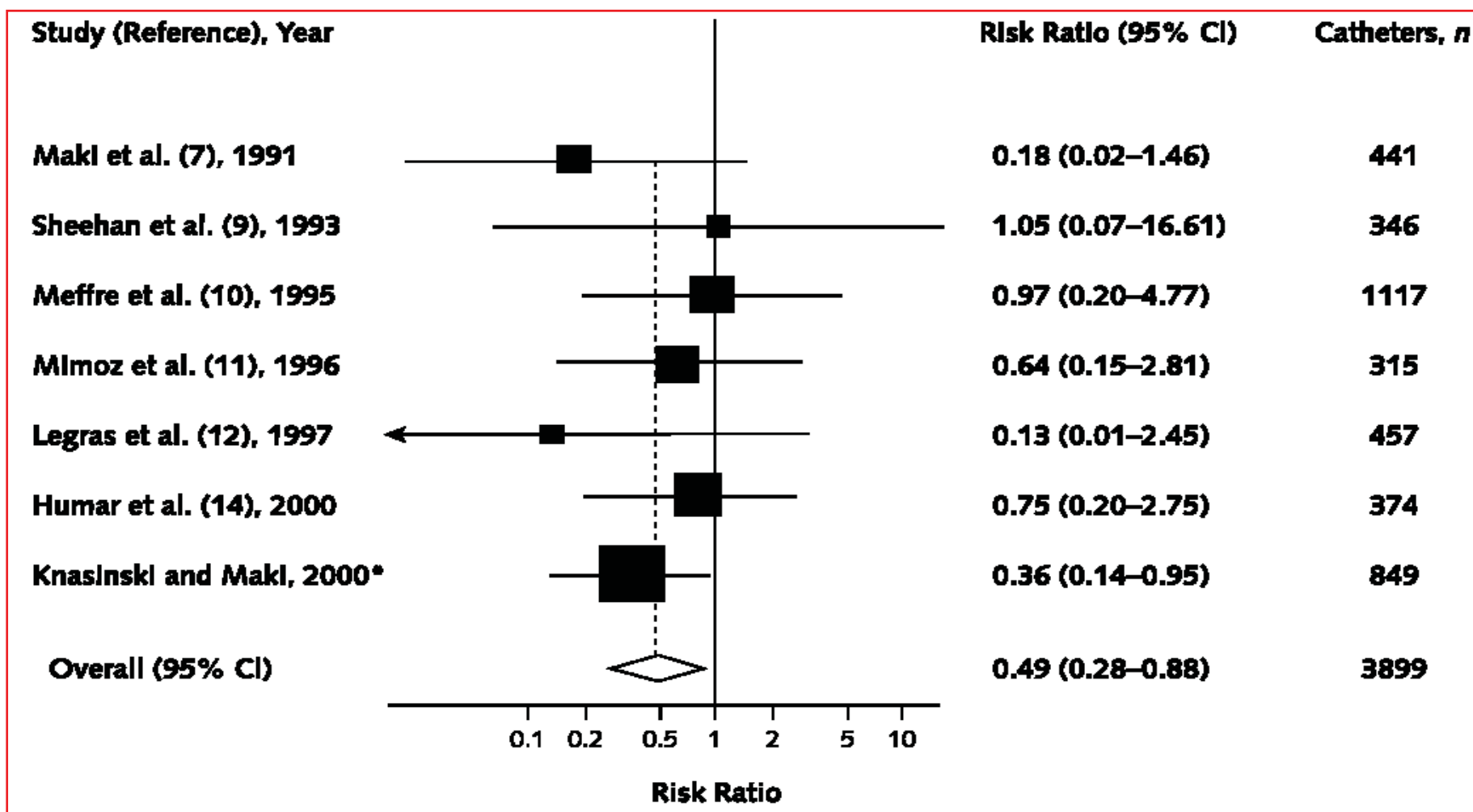


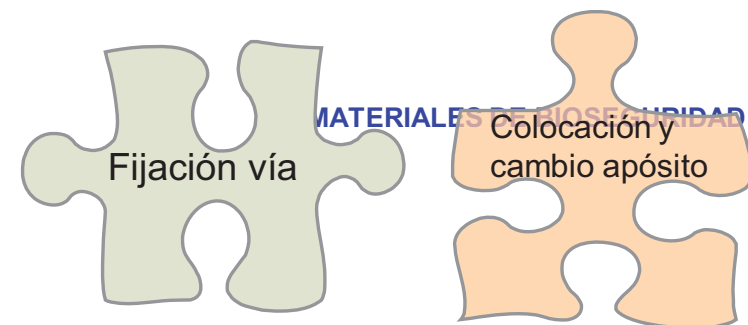
INSERCIÓN DE CATÉTERES VENOSOS
ADVERTENCIAS

- La profilaxis con antibióticos **no** reduce las bacteriemias relacionadas con catéteres
- La inserción de catéteres venosos de forma urgente sin respetar las medidas barrera incrementa el riesgo de bacteriemia relacionada con el catéter.
- Seleccionar el lugar de inserción valorando el riesgo de infección frente al riesgo de complicaciones mecánicas.



EVIDENCIAS QUE APOYAN EL USO DE CLORHEXIDINA EN LA PREPARACION DE LA PIEL





Abra el envase y saque el apósito estéril y despegue el papel del apósito, exponiendo la superficie adhesiva



Si utiliza el apósito transparente Tegaderm 1633, colóquelo de manera que la ranura quede rodeando el orificio de la cánula y por debajo del soporte



Las pestañas reforzadas del apósito ayudarán a sujetar la cánula. Las pestañas se pueden superponer ligeramente para mayor estabilidad.



Para la retirada, retire las tiras de sujeción



Se
de
al

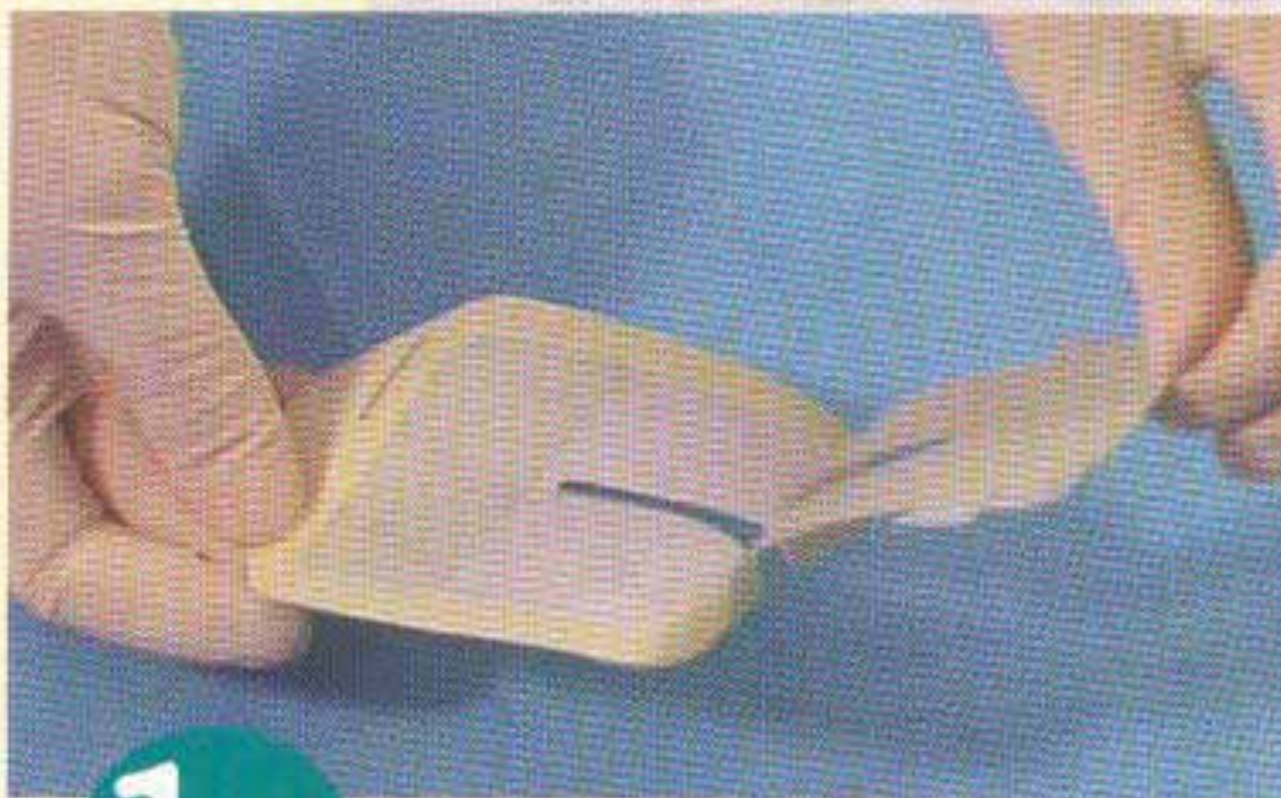


Retire lentamente el marco alisando a la vez los bordes del apósito. Adhiera bien los bordes de la ranura y alise el apósito desde el centro hacia los bordes aplicando una presión firme para mejorar la adhesión



Las tiras de esparadrapo estériles se pueden usar encima del catéter para mejorar su estabilidad y también para sujetar tubos intravenosos

Apósito estéril con sistema de fijación completa para equipos de terapia I.V.



1.

Retirar la ventana central que contiene las dos tiras de esparadrapo de tejido sin tejer.

JL Micó

Apósito estéril con sistema de fijación completa para equipos de terapia I.V.



2.

Separar el apósito de papel soporte impreso para dejar libre la parte adhesiva.

Apósito estéril con sistema de fijación completa para equipos de terapia I.V.



3.

Aplicar la parte transparente del apósito sobre la punción para tenerla visible en todo momento y ajustar las dos zonas reforzadas de tejido sin tejer por debajo de la tubuladura.

JL Micó

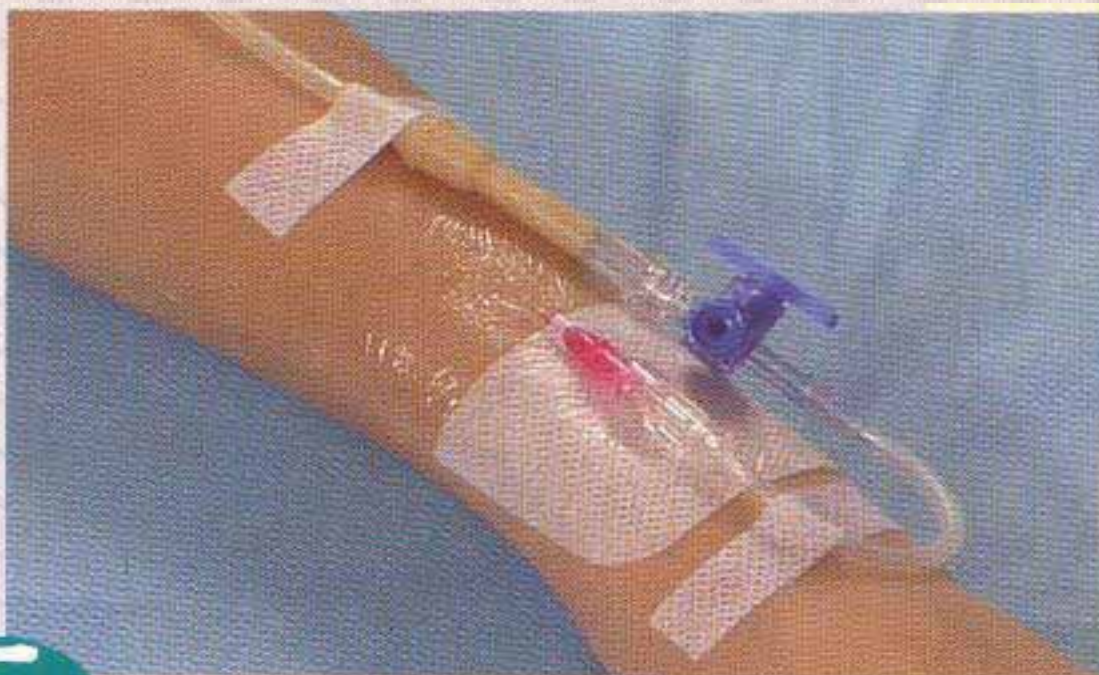
Apósito estéril con sistema de fijación completa para equipos de terapia I.V.



4.

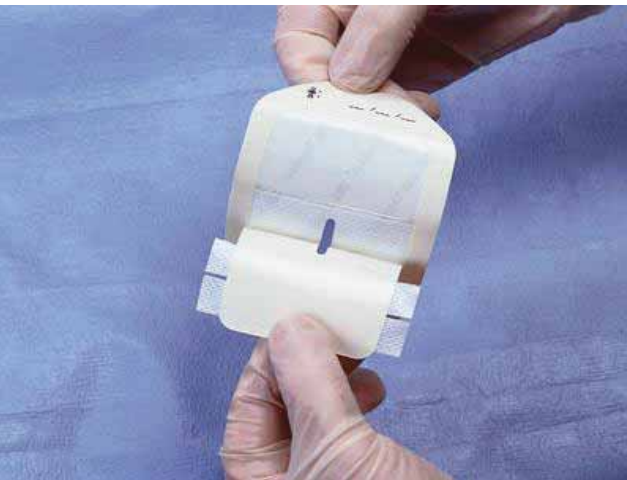
Retirar el marco, repasando bien los bordes para que se queden correctamente adheridos. No desechar el marco ya que cuenta con una tira de esparadrapo de papel pensada para anotar datos.

Apósito estéril con sistema de fijación completa para equipos de terapia I.V.



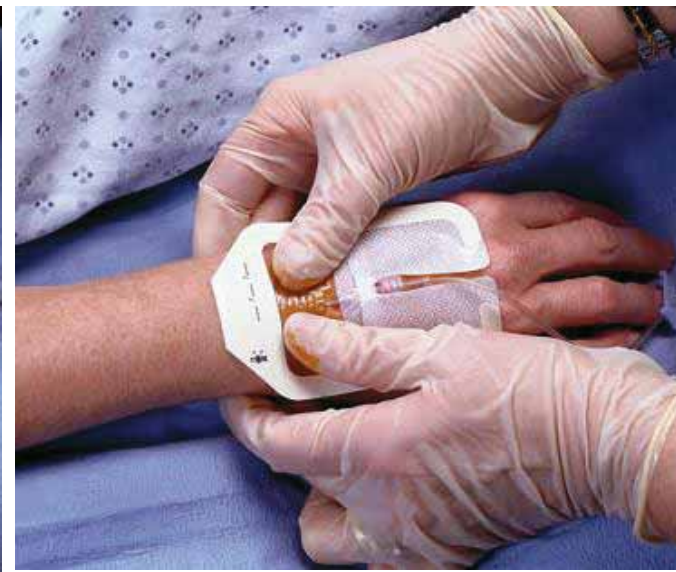
5.

Usar las tiras de tejido sin tejer de la ventana central para completar la sujeción del catéter, de la tubuladura o de la llave de tres pasos. Utilizar la tira de esparadrapo de papel adherida al marco de aplicación para registrar la fecha.



1. Abra el envase y saque el apósito estéril. Retire la parte central., las tiras de esparadrapo seguirán fijadas a esta pieza

Las tiras de esparadrapo estériles se pueden usar directamente sobre el catéter para mejorar su estabilidad antes de aplicar el apósito



Despegue el papel del apósito, exponiendo la superficie adhesiva

Si utiliza el apósito transparente Tegaderm 1633, colóquelo de manera que la ranura quede rodeando el orificio de la cánula y por debajo del soporte

1. Las pestañas reforzadas del apósito ayudarán a sujetar la cánula. Las pestañas se pueden superponer ligeramente para mayor estabilidad.



Superponga las pestañas por debajo del catéter para cerrar bien los alrededores del catéter o de la luz



Retire lentamente el marco alisando a la vez los bordes del apósito. Adhiera bien los bordes de la ranura y alise el apósito desde el centro hacia los bordes aplicando una presión firme para mejorar la adhesión



Las tiras de esparadrapo estériles se pueden usar encima del catéter para mejorar su estabilidad y también para sujetar tubos intravenosos



Para la retirada, retire las tiras de sujeción



Después retire las pestañas de tejido sin tejer y finalmente la parte transparente del apósito

Anote en la etiqueta, los datos de colocación y después colóquela cerca del apósito



Abra el envase y saque el apósito estéril. Retire la parte central., las tiras de esparadrapo seguirán fijadas a esta pieza



Despegue el papel del apósito, exponiendo la superficie adhesiva



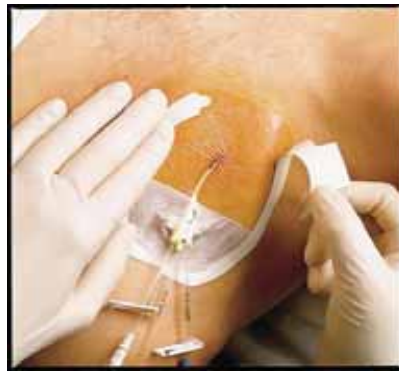
Si utiliza el apósito transparente Tegaderm 1635, colóquelo de manera que la ranura quede rodeando el orificio de la cánula y por debajo del soporte



Las pestañas reforzadas del apósito ayudarán a sujetar la cánula. Las pestañas se pueden superponer ligeramente para mayor estabilidad.



Superponga las pestañas por debajo del catéter para cerrar bien los alrededores del catéter o de la luz



Retire lentamente el marco alisando a la vez los bordes del apósito. Adhiera bien los bordes de la ranura y alise el apósito desde el centro hacia los bordes aplicando una presión firme para mejorar la adhesión



Las tiras de esparadrapo estériles se pueden usar encima del catéter para mejorar su estabilidad y también para sujetar las tubuladuras intravenosas



Anote en la etiqueta, los datos de colocación y después colóquela cerca del apósito

Para la retirada, retire las tiras de sujeción

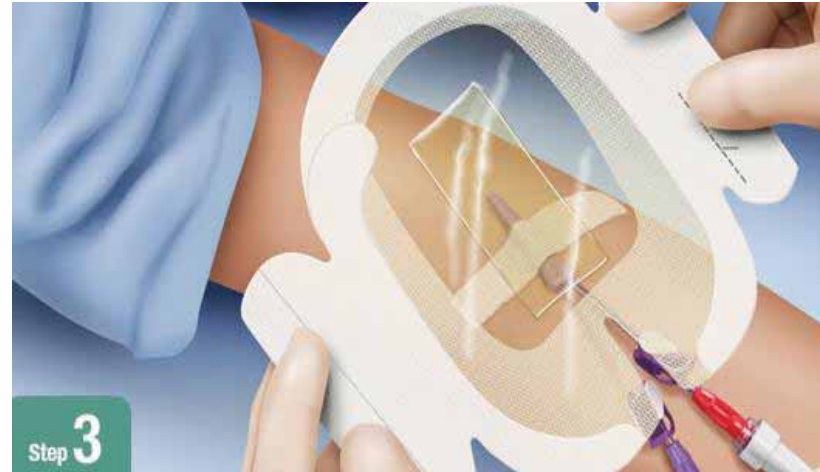
Después retire las pestañas de tejido sin tejer y finalmente la parte transparente del apósito

NUEVO APÓSITO TRANSPARENTE CHG(gluconato de clorhexidina)



Apósito:

- Adhesivo
- Transparente
- Almohadilla de gel integrado con agente antiséptico
- Reduce la flora de la piel bajo el apósito





• Criterios de evaluación del procedimiento:

Criterios de evaluación	¿Consta? SI/NO
Registro del procedimiento, fecha de inserción, ubicación y tipo de catéter.	
Ausencia de extravasación y flebitis.	
Sistemas sin acodaduras.	
Registrado fecha cambio sistema de perfusión.	
Apósito limpio y seco.	
Registrado la permeabilidad del acceso venoso.	



TERAPIA INTRAVENOSA

¿Sistemas Cerrados?

¿Sistemas Abiertos?

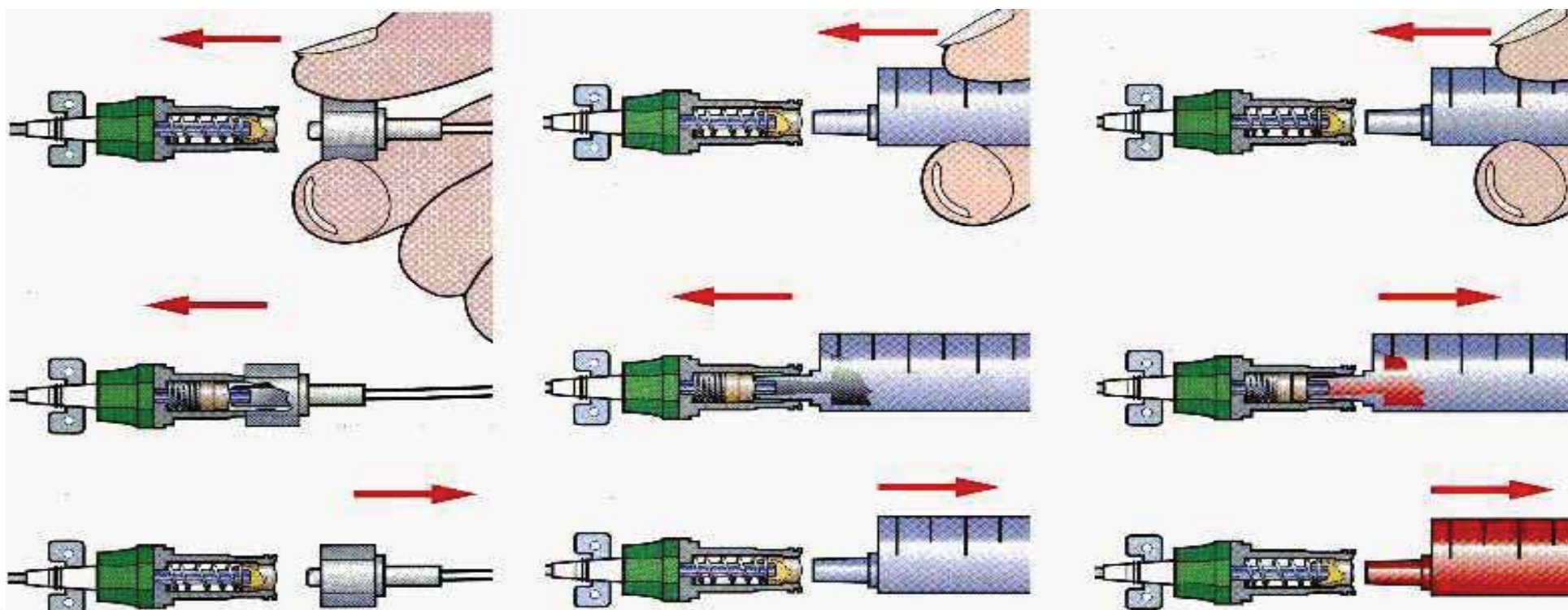
TERAPIA INTRAVENOSA

¿Sistemas Cerrados?

Un verdadero “Sistema Cerrado” sería por definición:

Aquel que está diseñado para ser introducido al cuerpo humano, cumplir una función específica, jamás debe ser invadido y ser retirado en una sola maniobra.

Accedemos al catéter...



Sistemas Cerrados con Aguja
Puntos de Inyección



Sistemas Abiertos sin Aguja
Llaves de 3 Pasos



Diferentes Dispositivos Cerrados sin AGUJA

- Objetivo:
 - Protección del personal de enfermería (**No Aguja**)
 - Protección frente aerosoles y salpicaduras
 - Protección de los pacientes (**Barrera contra la infección**)

OBTURADORES PARA SISTEMAS CERRADOS







OBTURADORES PARA SISTEMAS CERRADOS





EQUIPOS , LLAVES DE TRES VÍAS Y PUNTOS DE INYECCIÓN DE LOS SISTEMAS DE INFUSIÓN

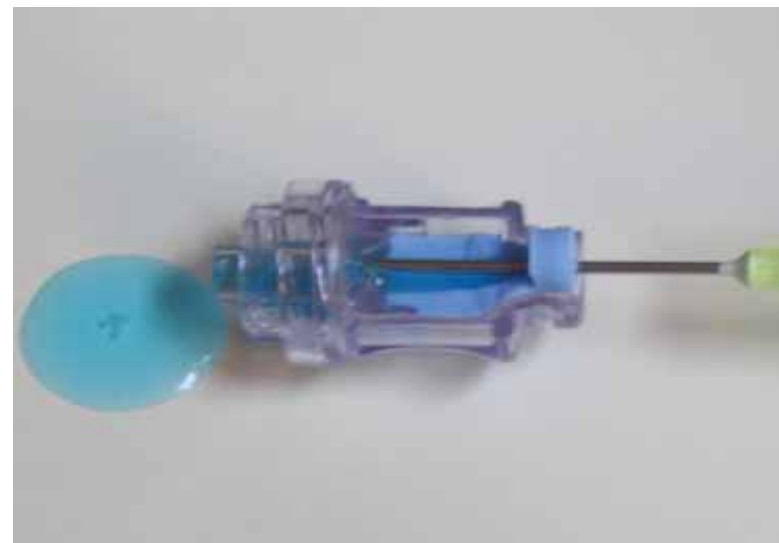
Se limpiarán los puntos de inyección con alcohol de 70° o clorhexidina alcohólica antes de acceder con ellos al sistema.



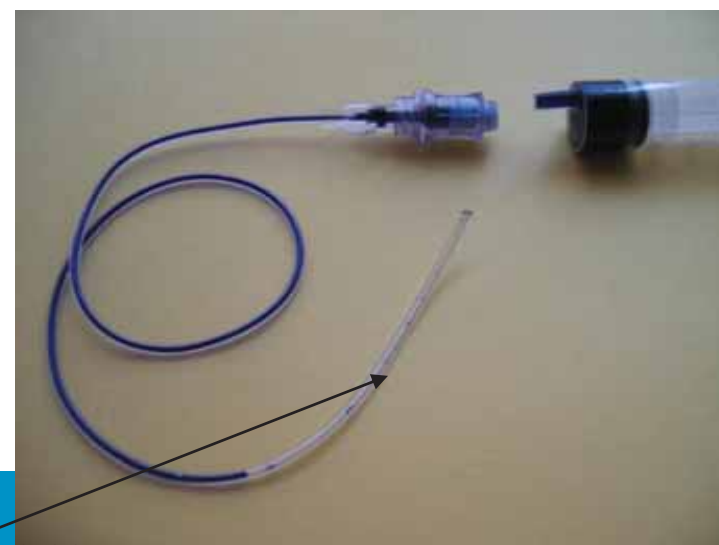


EQUIPOS , LLAVES DE TRES VÍAS Y PUNTOS DE INYECCIÓN DE LOS SISTEMAS DE INFUSIÓN

- ☐ La sustitución de las válvulas de inyección se realizará según las recomendaciones.
- ☐ Utilizar el mínimo número de llaves de tres vías posible y retirarlas cuando no sean imprescindibles.
- ☐ Cambiar los equipos de infusión y elementos colaterales **NO antes de las 72 h.**, a no ser que estén las conexiones visiblemente sucias, se hayan producido desconexiones accidentales o se sospeche infección relacionada con el catéter



PRESIÓN NEGATIVA AL RETIRAR DISPOSITIVO

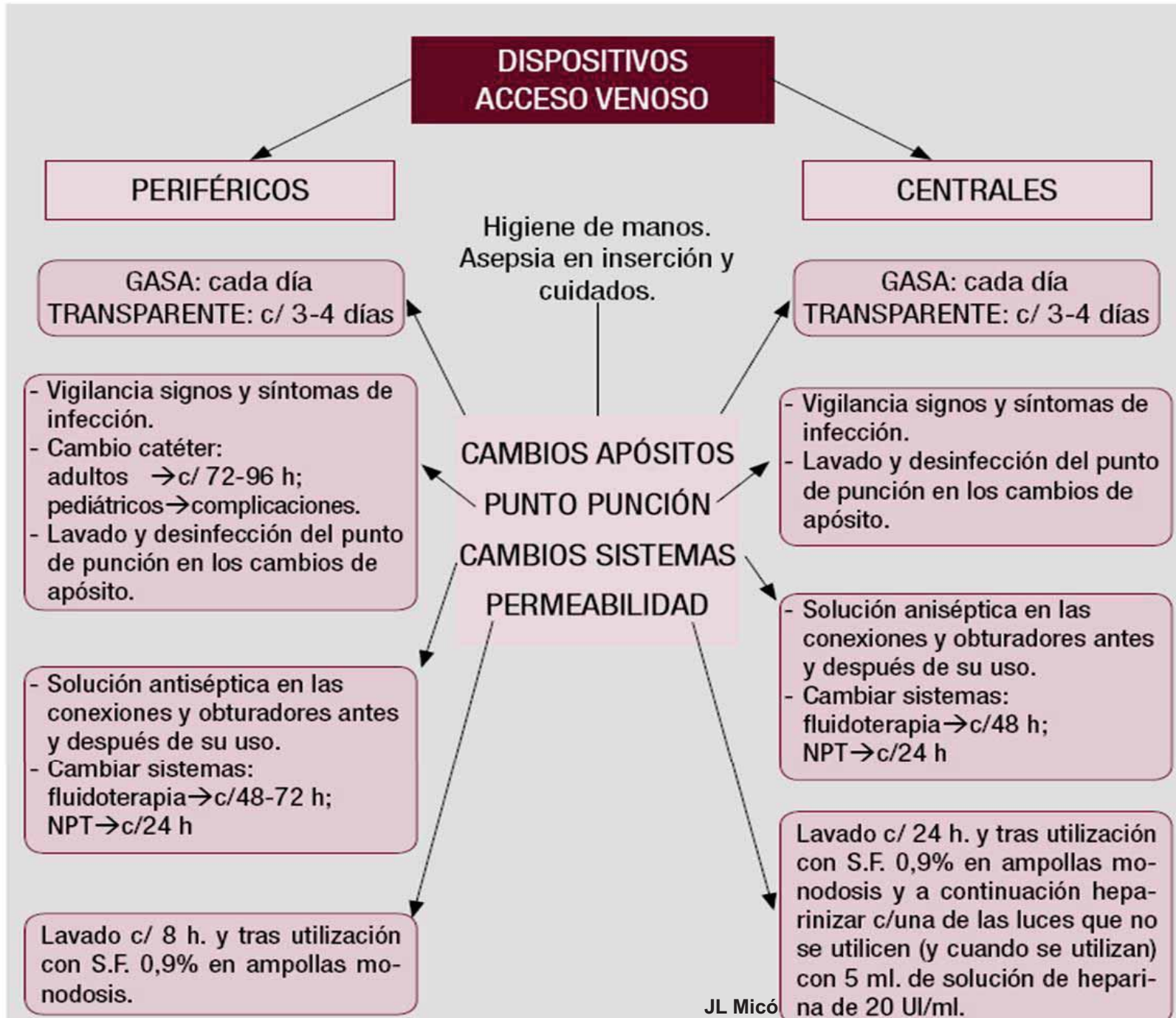


De 0,06 cc. a 0,09 cc.



MAPA CONCEPTUAL: RECOMENDACIONES DE CUIDADOS EN LOS ACCESOS VENOSOS

IALES DE BIOSEGURIDAD



Revisar diariamente el punto de
entrada del catéter

PERMEABILIDAD: LAVADO CADA 8 HORAS



CULTIVO DE CATETERES:INDICACIONES

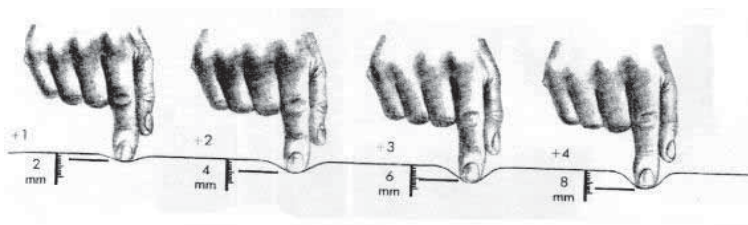
- La utilidad del cultivo de catéteres es controvertido.
- Sin embargo, deben utilizarse técnica apropiadas para poder evaluar los datos. La punta del catéter debe ser sometida a cultivos semicuantitativos **si existe sospecha clínica de bacteriemia relacionada con el catéter.**
- Los catéter retirados de forma rutinaria NO deben ser cultivados

CULTIVO DE CATETERES: METODO

- Retirar los apósitos y los tapones de todas las conexiones, pintar toda la zona con solución antiséptica y obtener un campo estéril.
- Retirar el catéter en un solo bloque. Bajo ninguna circunstancia debe ser cortado el catéter antes de su retirada.
- Retirar el catéter de forma aséptica evitando el contacto con la piel del paciente.
- Utilizar tijeras estériles (no usar el material empleado para cortar la sutura de fijación del catéter).
- Cortar los 5 cm distales del catéter, incluida la punta, e introducirlo en un contenedor estéril



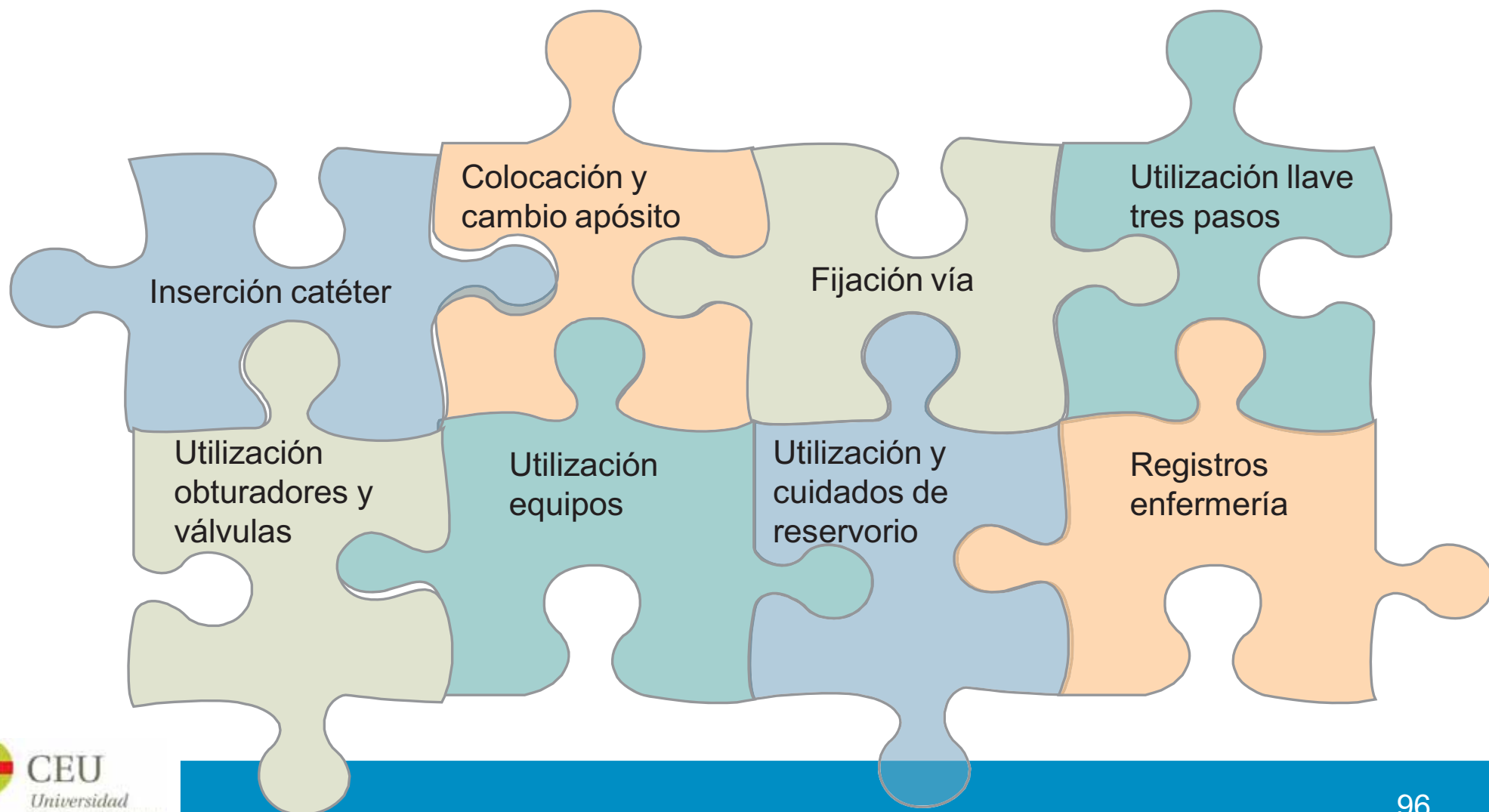
Revisar diariamente el punto de entrada del catéter



Escala y consejos para la detección de la Flebitis

Grado	Signos	Foto	Acción
0	Sin dolor ni signos		Continuar con la vigilancia
1	Dolor / rojez alrededor de la zona de punción		Retirar y reemplazar el catéter. Continuar con la vigilancia
2	Dolor, hinchazón, rojez. Cordón venoso palpable		Retirar y reemplazar el catéter. Vigilar y tratar la zona
3	Dolor, hinchazón, induración, rojez. Cordón venoso palpable mayor de 3 cms. Presencia de pus		Retirar, enviar la punta para cultivo e implementar plan de tratamiento
4	Todo lo anterior+ Presencia de lesiones en los tejidos		Retirar, enviar la punta para cultivo e implementar plan de tratamiento. Rellenar formulario de incidencias.

- TALLER:





SEMINARIO BIOSEGURIDAD Y AUTOPROTECCION EN LA ATENCION URGENTE

GRUPO GESTOR:

- Vicenta Cervera
- Leopoldo Segarra
- José Ant. Forcada
- José L. Micó

HOSPITALES PARTICIPANTES

- Hosp. Verge dels Liris - Alcoy
- Hosp. Lluís Alcanyis - Xàtiva
- Hosp. Arnau de Vilanova - Valencia
- Hosp. Casa de Salud - Valencia
- Hosp. La Ribera - Alzira
- Hosp. La Plana - Castelló
- Hosp. General - Elx
- Hosp. Frances de Borgia - Gandía
- Hosp. General - Castelló
- Hosp. Clínico Universitario - Valencia
- Hosp. General - Elda
- Hosp. Malva - Rosa - Valencia

GRUPO INVESTIGADOR:

- Raquel Amigo
- Beatriz Valdelvira
- Mara Redón
- Juan Carlos Andreu
- Armando Loscos
- Lola Sanchez
- Sonia Casanova
- Vicenta Cervera
- Leopoldo Segarra
- José Ant. Forcada
- IP: José L. Micó

HOSPITALES

- Bea Valdelvira Gimeno
- Jose Fco Pastor Gallego
- Jocabel Garcia Esteve
- Marisa Lopez Marin
- Rosa Antonio Oriola
- Lola Sanchez Roldan
- José Luis Micó Esparza
- Inmaculada Guillamón
- Rocio Antoñanza
- Ana Velazquez Montolio
- Conchin Jarques Catalán
- Araceli Martin Martin
- Isidro Abad Garcia
- José Cremades Bernabeu
- Elia Justamante Bellod
- Encarna Rodriguez
- Juan M Beltran Garrido
- Ricardo Rufino Bey
- Raquel Escrivá Sanchis
- Inés Ripoll Rivera
- Antonio Girbes Llopis
- Carmen Alba Moratilla
- Fuensanta López Arroyo
- M^a Jesús Zafra Pires
- José A Primo Chaqués
- José Llanes Domingo
- Maria Huget Ordaz
- Silvia Moreno Cazalla
- Esther Gomez Gutierrez
- Magdalena Martinez

RESPONSABLES DE PARTICIPANTES

- David Montiel Fuentes



Seguridad y Calidad en la Terapia Intravenosa

“La seguridad y calidad en los cuidados, un compromiso de todos”

PARTICIPANTE ESTUDIO INCATIV

HOSPITAL:.....

SERVICIO:.....

Conócenos, es una apuesta segura



www.portalcecova.org

www.incativ.org



GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT

**AGÈNCIA
VALENCIANA
DE SALUT**

**Dirección General de
Calidad y Atención al Paciente**

**hospital
Arnau de
Vilanova
valencia**



**Societat Valenciana de
Medicina Preventiva i
Salut Pública**



**Consejo de Enfermería
de la Comunidad Valenciana
JL Micó**

gracias

Ponente: jose l. micó
Miembro grupo investigador INCATIV

Contacto INCATIV



mico_jlu@gva.es