

PREVALENCIA DE FLEBITIS POSTCATETERIZACIÓN EN EL HOSPITAL DE BARBASTRO.

III JORNADAS DE CALIDAD e INVESTIGACIÓN.
SECTOR BARBASTRO.

29 y 30 Noviembre 2011.



Grau L, García L, Arrezola O, Barrio N,
Valovinos N, Aguaviva J, Porquet H.



1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN.

- Desde su introducción en 1945, los **CATÉTERES VENOSOS PERIFÉRICOS (CVP)** revolucionaron los tratamientos intravenosos, utilizándose tanto para la administración de fluidos intravenosos, medicación, hemoderivados y nutrición parenteral como para monitorizar el estado de pacientes críticamente enfermos.
- En Europa, a más del 60% de los pacientes hospitalizados, se les canaliza un catéter venoso periférico



- **INDISPENSABLES EN LA PRÁCTICA MÉDICA.**



- **UNA DE LAS TÉCNICAS ENFERMERAS MÁS HABITUALES.**

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN.

- Complicación más frecuente : *FLEBITIS POSTPUNCIÓN*.

La flebitis, definida como la inflamación de la pared de una vena, causa en el paciente: dolor, tumefacción, calor y rubor del canal venoso. → Aumenta la morbilidad del paciente llegando a suponer mayor estancia hospitalaria, lo que supone aumento del riesgo terapéutico y un incremento del gasto sanitario.

- Monitorizar la prevalencia de flebitis en nuestro hospital, es un aspecto básico para detectar desviaciones de la normalidad y un paso previo para la implantación, si fuera necesario, de pautas y/o protocolos de actuación que aumenten la seguridad y la calidad de nuestra asistencia sanitaria.

2. HIPÓTEIS

Hipótesis:

- La flebitis postcateterización es una complicación frecuente dentro del ámbito hospitalario.

3. OBJETIVOS

Objetivos:

Principal:

- Conocer la prevalencia de flebitis postcateterización en el Hospital de Barbastro durante el periodo a estudio.

Secundarios:

- Evaluar los factores que se asocian a un riesgo aumentado de sufrir flebitis.
- Conocer la influencia del sexo y la edad en la prevalencia de flebitis postcateterización.

4. METODOLOGÍA, MATERIAL Y MÉTODOS

Se llevo a cabo un estudio OBSERVACIONAL DESCRIPTIVO, para obtener la prevalencia de flebitis postcateterización en el Hospital de Barbastro durante el periodo de tiempo comprendido entre el 15 de Diciembre del 2010 y el 15 de Marzo de 2011.

SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Se seleccionó como población estudio a todos pacientes hospitalizados en el Hospital portadores de uno o varios catéteres venosos periféricos en dicho periodo de tiempo.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Se han excluido los pacientes que estando hospitalizados en el Hospital, han sido portadores de un catéter venoso periférico un tiempo inferior a veinticuatro horas, ya que se ha considerado este tiempo como el mínimo para poder valorarse los signos y síntomas de la flebitis.

4. METODOLOGÍA, MATERIAL Y MÉTODOS

RECOGIA DE DATOS

Se creó una *Ficha de recogida de datos*, que fue rellenada por el personal de enfermería que voluntariamente participo en el estudio y mediante la cual se recogieron las siguientes variables:

- Servicio de Inserción del catéter venoso periférico.
- Servicio de Retirada del catéter venoso periférico.
- Edad y Sexo del paciente.
- Días de permanencia con el CVP.
- Tipo de CVP.
- Tapón antirreflujo.
- Número de catéter.
- Zona de inserción del catéter.
- Tipo de brazo
- Rasurado previo
- Desinfección previa.
- Tipo de antiséptico.
- Tipo de infusión.
- Estado de la vía.
- Motivo de retirada.
- Presencia de signos y síntomas de flebitis (Variable resultado)

4. METODOLOGÍA, MATERIAL Y MÉTODOS

ESCALAS

-Para la valoración de los signos y síntomas de flebitis, se utilizó la *escala de Maddox*, ya estandarizada previamente.

PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

-Una vez obtenidos los datos, se procedió a su codificación para su posterior análisis y tratamiento con el paquete estadístico SPSS.16 para Windows.

-Para la estadística descriptiva, se utilizó la medida de frecuencias en tantos por ciento para las variables cualitativas.

Respecto a las variables cuantitativas se obtuvo su media y la desviación típica, con un intervalo de confianza del 95% ($\alpha = 0,05$).

-La estadística analítica, se realizó mediante tablas de contingencia. Se usó el estadístico de Chi cuadrado de Pearson y se consideraron diferencias estadísticamente significativas cuando $p < 0,05$.

Ficha de recogida de datos

1. Inserción del Catéter

- Servicio:..... ● Fecha...../...../.....
- Edad del paciente: ● Sexo: Hombre Mujer
- Tipo de catéter:
 Catéter periférico Catéter central de inserción periférica
- Tapón antirreflujo: Sí No
◇ Otros:.....
- Número del catéter:
 14 16 18 20 22 24
- Localización del catéter:
 Mano Antebrazo Flexura Otros:.....
 Brazo derecho ◇ Dominante ◇ No dominante
 Brazo izquierdo ◇ Dominante ◇ No dominante
- Rasurado previo:
 No Si
- Desinfección previa:
 No Si: Alcohol Clorexidina Betadine Otros:.....
- Tipo de infusión a través del catéter:
 Continua Intermitente
 Vía heparinizada
 Vía salinizada

2. Retirada del Catéter:

- Servicio:..... ● Fecha...../...../.....
- Motivo: Flebitis Alta Otros.....
- ESCALA DE MADDOX (signos y síntomas):
 Índice 1: sin alteraciones
 Índice 2: sensibilidad en punto de punción
 Índice 3: sensibilidad, eritema, ligera inflamación
 Índice 4: sensibilidad, eritema, hinchazón, induración y cordón venoso
 Índice 5: trombosis venosa



4. METODOLOGÍA, MATERIAL Y MÉTODOS

CUESTIONES ÉTICAS

- Se ha mantenido en todo momento la confidencialidad de los datos recogidos, tanto para los pacientes, como para el personal de enfermería que realizaba la técnica.
- Se pidió permiso tanto a la Gerencia como a la Dirección de Enfermería del Hospital.

SESGOS Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO

- Sesgo de Selección:* En la retirada del catéter es posible que se hayan tenido más en cuenta los pacientes que presenten signos o síntomas de flebitis que los que no lo hicieran.
- Sobrecarga asistencial y falta de motivación.*
- Periodo vacacional:* el primer mes de la recogida de datos coincide con periodo vacacional. Plantilla no habitual de algunos servicios, que podrá contribuir a una menor cumplimentación de la ficha de recogida de datos.

5. RESULTADOS

- Se obtuvo una muestra total de 196 pacientes, el 53,1% hombres y el 46,9% mujeres. La media de edad es de 62,17 años.
- La media de tiempo (en días) que un paciente es portador de un catéter venoso periférico es de 1,86 días.
- Los servicios donde se insertaron mayor numero de CVP fueron Urgencias (37,2%) y Cirugía (28,1%), seguidos de la UCI con un 12,2%.
- El 47,1% de los catéteres fueron retirados en el servicio de Cirugía frente a un 2% del servicio de Medicina Interna.
- El 99,5% son portadores de catéteres venosos de inserción periférica, en el 93,9% de los casos se usó tapón antirreflujo, el 99,5% de los pacientes no fueron rasurados previo a la inserción de la vía y en el 100% de los casos se utilizó antiséptico antes de canalizar el CVP.

5. RESULTADOS

-A un 60,5% de la muestra se le canalizó un CVP del nº18. El antebrazo fue el lugar elegido en un 64,8% de los casos y el brazo elegido el no dominante con una frecuencia del 63,8%.

-En el 64,8% de los casos se canalizó un CVP para la infusión de fluidoterapia de manera continua. Del 35,2% a los que se les administro de manera intermitente se les dejo la vía salinizada en el 40% de los casos.

-En el 60% de la muestra se retiró el CVP cuando el paciente iba a ser dado de alta y en el 19,9% por signos o síntomas de flebitis.

-De los 140 pacientes en los que se valoró el punto de inserción en el momento de la retirada del catéter el 70% no presentaba signos ni síntomas de flebitis. Del 30% que si lo hicieron, el 12,9% presentó únicamente sensibilidad en el punto de punción, en el 15,1% se observó además eritema y ligera inflamación y en el 2,1% de los casos se presentó sensibilidad, eritema, hinchazón, induración y cordón venosos. En ningún caso se ha observado trombosis venosa.

5. RESULTADOS

-Posteriormente, se llevó a cabo la estadística analítica mediante tablas de contingencia entre la variable resultado y el resto de variables.

Se utilizó el estadístico de Chi Cuadrado de Pearson (χ^2) y se establecieron diferencias significativas cuando $p < 0,05$.

- Se obtuvieron los siguientes resultados:

5. RESULTADOS

	Presencia Signos/Síntomas de Flebitis			
		SÍ	NO	p (*)
SEXO	Hombre	28,10%	71,90%	0,713
	Mujer	31,60%	68,40%	
TIPO DE BRAZO	Dominante	57,70%	42,30%	0,000
	No dominante	13,60%	86,40%	
Nº CATÉTER	16	20%	80%	0,134
	18	25%	75%	
	20	43,60%	56,40%	
	22	14,30%	85,70%	
TIPO DE ANTISÉPTICO	Alcohol	30,20%	69,80%	0,996
	Clorhexidina	30,20%	69,80%	
EDAD	< 25 años	25%	75%	0,012
	26-50 años	10,50%	89,50%	
	51-75 años	35,80%	64,20%	
	> 76 años	43,20%	56,80%	

(*) Chi cuadrado de Pearson

(**) Estadísticamente significativo



5. RESULTADOS

	Presencia Signos/Síntomas de Flebitis			
		SÍ	NO	p (*)
TIPO DE INFUSIÓN	Continua	33%	67%	0,321
	Intermitente	25%	75%	
ESTADO DE LA VÍA	Heparinizada	18,20%	81,80%	0,331
	Salinizada	30%	70%	
ZONA ANATÓMICA	Mano	39,40%	60,60%	0,117
	Antebrazo	24,20%	75,80%	
	Flexura	43,80%	56,30%	
DÍAS CATÉTER	1-2 días	15,30%	84,70%	0,000
	3-4 días	41,70%	58,30%	
	5-6 días	60,00%	40,00%	
	7-8 días	57,10%	42,90%	
	9-10 días	0,00%	100,00%	
	> 10 días	0,00%	100,00%	

(*) Chi cuadrado de Pearson

(**) Estadísticamente significativo



6. DISCUSIÓN

-El 30% de prevalencia de flebitis encontrada en el periodo a estudio, es superior a otros estudios de características similares (8). Los resultados de este estudio pueden estar sobreestimados por el sesgo de selección, la metodología y por la falta de un protocolo de actuación común para la realización de la técnica.

-La marcada diferencia que se ha encontrado entre las unidades del hospital puede deberse a la sobrecarga asistencial y/o la falta de motivación.

-El hecho de que en ningún caso se use povidona yodada como antiséptico puede explicarse por las propiedades vasolidadoras del alcohol y a que el uso de la clorhexidina esta en auge.

-Las diferencias estadísticamente significativas encontradas entre la presencia o no de flebitis con el tipo de brazo (dominante o no) podría estar relacionado con un origen mecánico de la flebitis. Las encontradas con la edad de los pacientes, podrían explicarse con una mayor fragilidad del endotelio vascular.

6. DISCUSIÓN

-Respecto a la zona anatómica de colocación del catéter periférico aunque se observa un mayor número de flebitis en las vías canalizadas en flexura (43,8%) que a las canalizadas en la mano (39,4%) o en el antebrazo (24,2%) no se evidencia diferencias significativas.

Es posible que un tamaño mayor de la muestra aumentaría la potencia del estudio y se podrían obtenerse diferencias estadísticamente significativas tal y como demuestran estudios anteriores (9).

7. CONCLUSIONES

-La flebitis postcateterización es una complicación frecuente dentro del ámbito hospitalario.

-Se evidencia la necesidad de crear un protocolo de actuación común para la canalización de CVP.

-Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre la aparición de signos/síntomas de flebitis con la edad de los pacientes, el tipo de brazo donde se inserta el CVP y el número de días de permanencia del mismo.

-No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas al relacionar la variable estudio con el sexo de los pacientes, nº de catéter, tipo de antiséptico utilizado, tipo de infusión y estado de la vía.

-No han podido relacionarse la aparición de signos/síntomas de flebitis con el tipo de catéter, tapón antirreflujo, rasurado y desinfección previa ya que en todos los casos más del 93% de la muestra tenía las mismas características.

8. BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Paniagua M. Prevención de infecciones relacionadas al uso de accesos vasculares en pacientes adultos y pediátricos.
- 2.- García I, Gálvez M, Barrio J. Estudio de la incidencia de flebitis en enfermos portadores de catéteres venosos periféricos. 2003.
- 3.- Alegre S, Alvarez R, Esteban A, Gómez L, Lorente L, Bernardo E, et al. Cuidados del catéter intravenoso periférico. 2009.
- 4.- Instituto Joanna Briggs. Manejo de los Dispositivos intravasculares periféricos. 1998; 2(1):1-6.
- 5.- Miranda A, Sojo G. Flebitis relacionadas con catéteres venosos periféricos. 2002(42):38.
- 6.- Espinosa E, Sanginez M. Eficacia del preparado químico a base de aloe vera en pacientes con flebitis química del Hospital de Edgrado Rebagliati Martins. 2003.
- 7.- Martínez J. I Jornada técnica en Cuidados de Salud."Investigación en resultados de Enfermería: implicaciones para la práctica clínica, la investigación y la gestión sanitaria.". 2007.

8. BIBLIOGRAFÍA

- 8.- Peinado M, López L, Paneque I, Limpo P, Vázquez M, Navarro V, et al. Prevalencia de Flebitis postcateterización. 2010; 13(8):28-32.
- 9.- Rivas JS, Artes JL, Arjona F, Carmona D, Soriano FJ, Mejias FM, Medina AJ. Prevención de la flebitis en la canalización de vías endovenosas. Hygia de Enfermería ene.-abr 2005; XVIII (59):19-24.
- 10.-Instituto Joanna Briggs. Manejo de los dispositivos intravasculares periféricos. 2008; 12(5).
- 11.-Gillies D, O'Riordan L, Wallen M, Morrison A, Rankin K, Nagy S. Manejo óptimo para el reemplazo del set de administración intravenosa. 2008; 2.
- 12.-Feldstein A. Detecte la flebitis y la infiltración antes de que perjudiquen al paciente. Nursing 1986: 70-73.
- 13.-Carballo Álvarez, M. Catéter de acceso venoso periférico. Rev Rol Enf. 2005; 28(11):739-742.
- 14.-Calbo Torrecillas, F.; Rodríguez Vilanova, F.; García del Río, M. y Rodríguez Amuelo, F. Guía de Prevención de Infecciones relacionadas con Catéteres Intravasculares. Versión española adaptada 2003, de Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections 2002- CDC-USA. Becton Dickinson España y 3M España, 2003.

8. BIBLIOGRAFÍA

- 15.-Aráosla Saniger, M.; Lerma García D. y. Ramírez Aráosla, A. Complicaciones más frecuentes de la administración intravenosa de fármacos: flebitis y extravasación. *Enf Clín.* 2002; 12(2): 80-85.
- 16.-Conclusiones de la Conferencia de Consenso en Infecciones por catéter SEIMC/SEMICYUC 2002.
- 17.-Cantos Carrero, M.T. Atención de enfermería ante venoclisis o venopunción. *Hygia* 1993; 25: 30-35.
- 18.-Diccionario terminológico de ciencias médicas. Masson 1995.
- 19.-Martinez, J.A. y cols. Cánulas intravenosas: complicaciones derivadas de su utilización y análisis de los factores predisponentes. *Medicina Clínica* 1994; 103: 89-93
- 20.-Prevención de las infecciones relacionadas con catéter venoso en UCI. *Enfermería Intensiva*, 1997 8:4
- 21.-Flebitis: Complicaciones de los catéteres intravenosos y contaminación microbiana. *Revista ROL*, sep. 1987.

**MUCHAS GRACIAS POR
VUESTRA ATENCIÓN.**

