
	PROTOCOLO DE VENOPUNCION AREA ASISTENCIAL	Vigencia: 2018	
		Cód.:	
		Versión: 1	
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE LA VEGA – PUESTO DE SALUD DE NOCAIMA		Página 1 de 26	

PROTOCOLO DE VENOPUNCION PERIFERICA

La perfusión intravenosa es una de las formas terapéuticas más frecuentemente empleadas en la práctica clínica hospitalaria. Consiste en administrar por vía endovenosa la medicación o los fluidos que no pueden ser administrados por vía oral, tanto por la imposibilidad física del enfermo para recibirlo como por necesidades del tratamiento que precise ser administrado a través del sistema vascular. Dependiendo de la agresividad y la duración del tratamiento se utilizará:

La canalización de una vía mediante Catéter Venoso Periférico (CVP), es una técnica de enfermería mediante la cual se aplica el tratamiento cuando éste no tiene una agresividad importante, ni en el tiempo, ni por las sustancias a infundir. Catéter Venoso Central (CVC) en cada una de sus variedades, éstos no son de uso muy frecuente, ya que las vías periféricas resuelven la mayoría de necesidades de administraciones endovenosas de los pacientes.

Los catéteres venosos alteran la integridad de la piel, haciendo que las infecciones por bacterias y hongos sean posibles. Estas infecciones suelen diseminarse a sangre produciendo bacteriemias asociadas a catéteres (BAC) con cambios hemodinámicos y fallo multiorgánico (sepsis severa) y de no mediar medidas tendientes a la prevención o al tratamiento pueden provocar la muerte del paciente

La bacteriemia es, junto con la neumonía asociada a la ventilación mecánica, la infección nosocomial más frecuente en los pacientes críticos y se asocia a una importante morbimortalidad

Las tasas de mortalidad ocasionadas por Bacteremias Asociadas a Catéter se estiman entre 5 al 35%, las cuales se podrían evitar aplicando cuidados específicos durante la colocación y el mantenimiento de estos dispositivos.



OBJETIVOS

Brindar al personal de salud, la información necesaria para realizar el procedimiento de aplicación de catéter periférico a fin de estandarizar y actualizar los conocimientos que se requieren para la realización, cuidado y mantenimiento del mismo, además de prevenir complicaciones e infecciones Asociadas a la Atención en Salud.

Aplica a todo paciente que requiera aplicación de tratamientos y líquidos

ALCANCE

El alcance de la Atención Básica de Enfermería de la ESE, inicia desde el momento en que se acepta y recibe un paciente en cualquiera de los servicios del área asistencial, y/o se solicita la atención por parte del médico tratante para el respectivo

	PROTOCOLO DE VENOPUNCION AREA ASISTENCIAL	Vigencia: 2018	
		Cód.:	
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE LA VEGA – PUESTO DE SALUD DE NOCAIMA		Versión: 1	Página 1 de 26

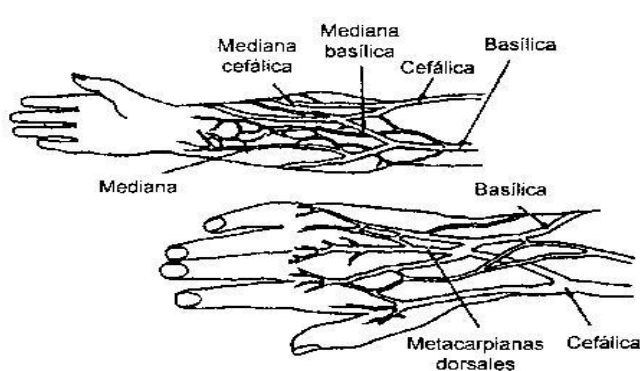
manejo, asegurando la prestación de los servicios de enfermería con calidad, oportunidad y eficacia, hasta el momento en que se define la conducta de salida del paciente.

DEFINICIÓN

El cateterismo venoso es el procedimiento que consiste en atravesar la barrera de protección exterior (piel) por vía extra cutánea con un catéter de plástico flexible, penetrando en un área totalmente aséptica (sistema circulatorio). Con el fin de mantener una vía venosa permeable, para administrar sustancias terapéuticas requeridas por el paciente.

VASOS PREFERENTES PARA IMPLANTACIÓN DE CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO:



Los vasos sobre los que irán implantados los sistemas endovenosos serán preferentemente los de extremidades superiores.



VENAS DE LAS EXTREMIDADES SUPERIORES:

Vena Basílica: La más gruesa, asciende por el lado interno del antebrazo y llega a la cara anterior de la extremidad un poco por debajo del codo. En el pliegue del codo recibe la comunicación con la cefálica, se extiende hacia arriba a lo largo del borde interno del antebrazo hasta el codo. Continúa aproximadamente hasta el medio del brazo y se une a la vena braquial. La vena basílica y la vena braquial se unen y continúan como la vena axilar.

Vena Cefálica: Comienza a nivel de la muñeca y pasa a la cara anterior, asciende en el lado extremo hasta llegar finalmente al surco deltopectoral, entre los deltoides y el pectoral mayor, desemboca en la vena axilar. Se extiende a lo largo del bíceps hasta el hombro, donde se une con la vena axilar justo debajo de la clavícula.

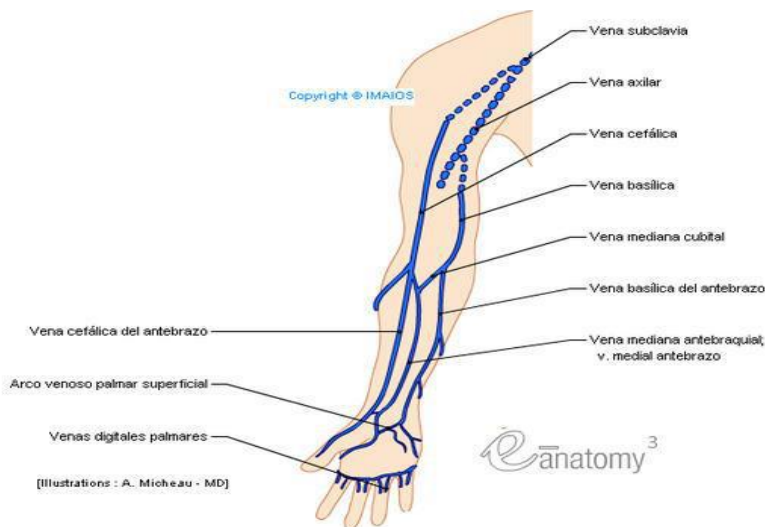
	PROTOCOLO DE VENOPUNCION AREA ASISTENCIAL	Vigencia: 2018	
		Cód.:	
		Versión: 1	
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE LA VEGA – PUESTO DE SALUD DE NOCAIMA	Página 1 de 26	

Vena Braquial: El término “Braquial” se refiere al brazo, concretamente a la zona comprendida entre el codo y el hombro. Las dos venas braquiales acompañan a la arteria braquial. Cada vena comienza justo por debajo de la articulación del codo y ascienden hasta el tendón del músculo redondo mayor en la axila, drenan en la vena axilar.

Vena Axilar: Es una continuación de la vena basilíca de los brazos. Es una vena grande que se extiende a lo largo del tórax hasta la primera costilla, donde se convierte en la vena subclavia. La vena cefálica se une con ésta justo antes de convertirse en la vena subclavia.

Vena Cubital: Es una vena profunda del antebrazo que acompaña a la arteria cubital. Viene de la mano y sube por el borde del carpo (muñeca), por el antebrazo y hasta la flexura del codo, donde desemboca en la vena braquial.



VENAS DE LAS MANOS:



Vena Palmar: Las venas palmares profunda y superficial siguen el camino de las arterias palmares profunda y superficial, cruzando la palma y conectándose con la vena cubital y la vena radial.

Vena Radial: Es un vaso grande y profundo que acompaña a la arteria radial. La vena radial corre por la mano, gira alrededor de la cara dorsal del carpo (muñeca) y se dirige por la cara radial del antebrazo hasta el codo. Se junta con la vena cubital para formar la vena braquial.

Venas dorsales metacarpianas: Son tres en número. Descansan en el dorso de la mano cerca de las arterias dorsales metacarpianas. Recogen la sangre de los dedos segundo, tercero y cuarto y desembocan en la red venosa dorsal de la mano.

 <p>E.S.E HOSPITAL De La Vega</p>	PROTOCOLO DE VENOPUNCION AREA ASISTENCIAL	Vigencia: 2018	 <p>CUNDINAMARCA unidos podemos más</p>
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE LA VEGA – PUESTO DE SALUD DE NOCAIMA	Cód.: Versión: 1	

Venas palmares metacarpianas: Descansan en la palma de la mano. Reciben sangre de la región palmar metacarpiana y desemboca en el arco palmar profundo.

CANALIZACIÓN DE LA VENA YUGULAR INTERNA:

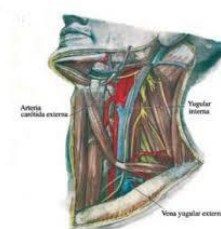
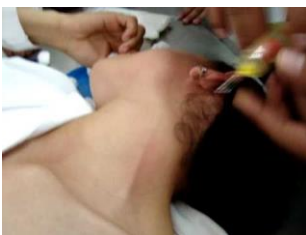
Sólo se utilizarán éstas, ante la **imposibilidad absoluta** de utilizar cualquier otra vía. Se debe considerar en pacientes que son difíciles de canalizar, se puede utilizar para la administración de medicamentos y soluciones hiperosmolares y goteos de medicamentos. La incidencia en las complicaciones, permiten que este procedimiento lo pueda realizar únicamente el profesional médico y/o de enfermería debidamente entrenado.

Para la fijación de la zona quirúrgica, colocar la cabeza baja, en posición de Trendelenburg, ya sea por descenso de la cabeza o con la colocación de una almohadilla debajo de los hombros, girando luego la cabeza hacia el lado contrario del elegido para canalizar solicitar ayuda para sostener la cabeza.

En el caso de que la canalización se lleve a cabo con el paciente despierto, hacer que haga presión en el cuello, si es niño hacerle llorar previamente y al ver el relieve del vaso, marcarlo con un lápiz, ya que si por urgencia debe llevarse a cabo la canalización el acceso puede hacerse difícil por dificultad para encontrar el vaso.



Previo a la incisión realizar una asepsia exhaustiva del área, se realiza la incisión en la zona de la yugular interna que corre por arriba del esternocleidomastoideo, se punciona céfalo caudal de arriba abajo. La punta del extremo del catéter no ha de estar más de dos centímetros por debajo de una línea recta trazada entre los bordes inferiores de los extremos mediales de ambas clavículas, evitando así su entrada accidental en el mediastino entre la pleura parietal y viscera.

La canalización de la vena yugular interna es usada a menudo para conseguir acceso a la circulación central. Es más frecuente canalizar la yugular interna derecha frente a la izquierda debido a que la primera tiene un trayecto más recto y evita posibles lesiones del conducto torácico.



COMPLICACIONES:

Se han descrito en la literatura numerosas complicaciones mecánicas, técnicas o infecciosas relacionadas con la utilización del catéter venoso central. Las primeras

 <p>E.S.E HOSPITAL De La Vega</p>	PROTOCOLO DE VENOPUNCION AREA ASISTENCIAL	Vigencia:2018	 <p>CUNDINAMARCA unidos podemos más</p>
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE LA VEGA – PUESTO DE SALUD DE NOCAIMA	Cód.:	
			Página 1 de 26

generalmente se relacionan con la inserción del catéter y, según su gravedad, se clasifican en mayores o menores.

Son complicaciones mayores, que ponen en riesgo la vida del paciente: el neumotórax, el hidrotórax, el quilotórax, el hemotórax, la fístula arteriovenosa o el desgarro de la vena, entre otras.

Las infecciosas, también pueden comprometer la vida de paciente, incrementar el tiempo de hospitalización y aumentar los costos del manejo. Asimismo, la incidencia de complicaciones aumenta dependiendo de la experiencia del operador, de las características anatómicas del paciente y del estado de la coagulación.

Son complicaciones menores: laceración de estructuras vasculares puede asociarse con hematomas, especialmente en pacientes con alteraciones de la coagulación. Las causas que pueden provocar la perforación del vaso

DEFINICIÓN

Inserción, mantenimiento y retirada de un catéter venoso de corta longitud en una vena periférica, en condiciones de asepsia, evitando la aparición de efectos no deseados, para la administración de terapia endovenosa, medios de contraste y/o extracción de muestras

sanguíneas.

OBJETIVOS Y/O INDICACIONES:

Restaurar o mantener el balance hidroelectrolítico.
 Administrar sustancias medicamentosas o elementos nutricionales.
 Ayudar a la eliminación de toxinas.
 Mantener una vía permeable



RIESGOS

Reacciones locales de la punción venosa.
 Flebitis (bacteriana, química, mecánica).
 Obstrucción.
 Extravasación.
 Salida de catéter.

A.- INSERCIÓN DEL CATÉTER

RECURSOS MATERIALES:

- Catéter, Tapón (conector libre de aguja), según la indicación médica y la necesidad del paciente.

	PROTOCOLO DE VENOPUNCION AREA ASISTENCIAL	Vigencia: 2018	
		Cód.:	
		Versión: 1	
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE LA VEGA – PUESTO DE SALUD DE NOCAIMA	Página 1 de 26	

. Elegir el de estándar para la edad, o el menor calibre posible según la condición del paciente. Seleccionando el catéter en función de:

- . Tamaño de la vena.
- . Objetivo terapéutico.
- . Características de la solución a infundir: Tipo de fluido, volumen y caudal.
 - carro o mesa auxiliar.
 - Guantes.
 - Torniquete.
 - Solución antiséptica (Clorhexidina alcohólica al 2%, salvo hipersensibilidad a la misma, en cuyo caso usar alcohol 70°).
 - Recipiente pequeño con torundas de algodón.
 - Antiséptico
 - Esparadrapo antialérgico.
 - Jeringa con suero fisiológico al 0.9% para el lavado de la vía .de ser necesario.
 - Rotulo para marcar los liquidos endovenosos.
 - Marcador indeleble para marcar buretrol, equipo en la llave de paso, rotulo de la venopunción
 - Caneca roja y gris para el material de desecho según sea el caso.
 - Guardián para material punzante

TIPOS DE CATÉTERES PERIFÉRICOS:

Características: Son transparentes (se observa el retorno venoso fácilmente), la posibilidad de extravasación es mínima, suave, de paredes delgadas, más fuerte, no se arruga al momento de la inserción.

Calibres:



Identificación de agujas según el calibre y color

Calibre Color: 14 Naranja, 16 Gris, 18 Verde,
20 Rosado, 22 Azul, 24 Amarillo.



PROCEDIMIENTO:

- Valorar y revisar la necesidad de terapia intravenosa requerida por el paciente. No canalizar vena sino es necesario excepto en gestantes.
- Explicar el procedimiento, diligenciar consentimiento informado de procedimientos de enfermería (numero) y responder inquietudes al paciente y familia. Esto disminuye la ansiedad y temor.
- Realizar higienización de manos.
- Alistar los elementos necesarios para realizar el procedimiento:

	PROTOCOLO DE VENOPUNCION AREA ASISTENCIAL	Vigencia: 2018	
		Cód.:	
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE LA VEGA – PUESTO DE SALUD DE NOCAIMA	Versión: 1	
		Página 1 de 26	

- Verificar la indicación de las soluciones a infundir. Y los dispositivos médicos según el paciente, el calibre e indicación.
- Conectar el equipo a la bolsa de líquidos y/o al buretrol de necesitarse este dispositivo, colgar en el atril.
- Purgar el equipo según indicación.
- Marcar el equipo con la fecha y rotular los líquidos a infundir
- Alistar previamente el corte del esparadrapo para inmovilizar la venopunción
- Elegir la vena (de la parte distal a la proximal de la extremidad) en la que va a realizar el procedimiento. Puede usar el método de palpación sino la visualiza.
- Tener en cuenta la solución o componente a infundir al elegir el acceso venoso, si requiere o no que la vena sea de gran calibre, igualmente la elección del catéter.



CALIBRE DEL CATETER	INDICACION
No 14 y 16	Para Emergencias, pacientes politraumatizados
No 18	reposición rápida de líquidos, todas las gestantes, pacientes para cirugía.
20	Reposición de líquidos, administración de medicamentos en adultos , Sangre y/ o derivados
No 22	Pacientes geriátricos, líquidos restringidos en adultos y niños, administración de antibióticos.
No 24	Pacientes neonatos y pediátricos

INFORMACION Y PREPARACION DEL PACIENTE

- Comprobar la identidad del paciente.
- Informar al enfermo y/o familia del procedimiento a realizar y procurar su colaboración.
- Favorecer un ambiente tranquilo.
- Colocar al paciente en posición adecuada y cómoda.
- Retirar cualquier objeto que comprometa la circulación y obstaculice el mantenimiento de la vía (reloj, pulsera...).

TECNICA DE REALIZACION

- Higiene de manos, según protocolo.
- Seleccionar la vena adecuada valorando los siguientes factores:
 - Edad, estado de conciencia y colaboración del paciente.
 - Estado de las venas, ideal rectas, palpables y con buen llenado.
 - Relación con el calibre del catéter.
 - Características del tratamiento endovenoso.

	PROTOCOLO DE VENOPUNCION AREA ASISTENCIAL	Vigencia: 2018	
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE LA VEGA – PUESTO DE SALUD DE NOCAIMA	Cód.:	
		Versión: 1	
		Página 1 de 26	

- Elegir preferentemente venas en el antebrazo de miembros superiores, (Basílica, Cubital media o Cefálica) dando preferencia al brazo no dominante, evitando a ser posible la flexura, (fosa ante cubital, muñeca) y zonas con afectación de la integridad de la piel o sometidas a procedimientos quirúrgicos recientes.
- Evitar la punción en miembros pléjicos, con fístula A-V y en pacientes mastectomizadas el brazo del mismo lado.
- Elegir la vena empezando por las más distales del brazo, por encima de los puntos de punción previos, reservando el resto para posibles futuras canalizaciones.
- En los pacientes pediátricos se pueden usar con preferencia ubicaciones en mano, dorso del pie.

EQUIPO



Bandeja con:

Guantes de manejo
Yelco de calibre adecuado (2)
Equipo de micro o macrogoteo según corresponda
Torundas de algodón impregnada en alcohol
Solución a infundir (SSN 09. % o Lactato Ringer)
Esparadrapo
Buretrol.

****Se alista el equipo en presencia del paciente o padre del menor, marcando de una vez como lo exige el protocolo. Esto permite tener una acción segura de lo que se está alistando es estéril dando más confianza al paciente.**

PROCEDIMIENTO:

- Colocar el torniquete a 4 - 5 cm. por encima del punto de punción.
- Localice la vena a canalizar. Masajear sobre la zona a puncionar para favorecer el llenado venoso. La colocación de la extremidad en declive puede favorecerlo también.
- Aplicar el antiséptico en la zona, en círculos, de dentro afuera. Dejar secar.
- Colocarse los guantes.
- Coger el catéter con la mano dominante, retirar el protector.
- Fijar la vena, haciendo tracción de la piel hacia abajo.

 <p>E.S.E HOSPITAL De La Vega</p>	PROTOCOLO DE VENOPUNCION AREA ASISTENCIAL	Vigencia: 2018	 <p>CUNDINAMARCA unidos podemos más</p>
		Cód.:	
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE LA VEGA – PUESTO DE SALUD DE NOCAIMA	Versión: 1	
		Página 1 de 26	



- Insertar el catéter con el bisel hacia arriba en ángulo de 15- 30°, según la profundidad de la vena.
 - Puncionar ligeramente por debajo del punto elegido para la venopunción y siguiendo la trayectoria de la vena
 - verificar que el catéter este en vena (observar la cámara del catéter al obtener retorno sanguíneo), aflojar el torniquete, retirar suavemente el mandril, introducir simultáneamente el catéter, Una vez atravesada la piel reducir el ángulo para evitar perforar la vena.
 - Cerciórese de que está insertado en la vena por la aparición de retorno de sangre.
 - Cuando se perciba reflujo de sangre, avanzar ligeramente el catéter en la vena, manteniendo la tracción de la piel.
 - Hacer presión sobre el extremo distal del catéter para que no fluya la sangre, retirar totalmente la aguja-guía y desechar en el contenedor.
- Evitar repetir intentos de punción en la misma zona por formación de hematomas



- Tomar muestras de laboratorio si es necesario, según orden y teniendo en cuenta el protocolo institucional (siempre primero en el frasco con anticoagulante y de ultimas en el frasco sin anticoagulante)

REGLAS DE ORO:

1. Si se olvidó tomar la muestra y se abrió la llave reguladora del goteo ya no se pueden tomar muestras.
2. Nunca se toman muestras de laboratorio de la extremidad donde se tiene la venopunción; se toma del lado contrario o se busca otra vena disponible.

 <p>E.S.E HOSPITAL De La Vega</p>	<p>PROTOCOLO DE VENOPUNCION AREA ASISTENCIAL</p>	Vigencia:2018	 <p>CUNDINAMARCA unidos podemos más</p>
		Cód.:	
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE LA VEGA – PUESTO DE SALUD DE NOCAIMA	Versión: 1	
		Página 1 de 26	

3. Colocar el conector del equipo de venopunción presionando para que quede bien posicionado y lavar el catéter con suero salino, verificando la posición intravenosa.
4. Limpiar la zona de punción con una torunda impregnada en antiséptico.

TECNICA DE FIJACION:



Cubrir el catéter con el esparadrapo antialérgico. Asegurar su correcta fijación para evitar tracciones.

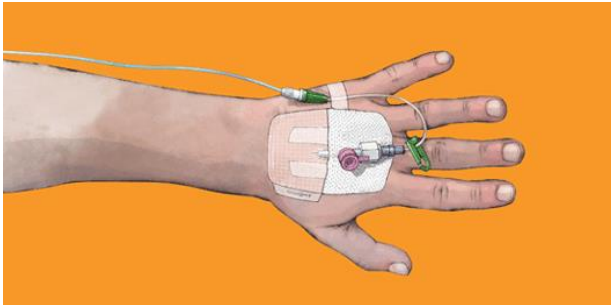
Colocar la primera fijación: fijar el catéter con una tira regular de esparadrapo desde el borde de la copa del catéter hacia la parte distal, coloca una tira pequeña de esparadrapo bajo la conexión del catéter con el equipo de venoclisis

- Si la indicación es tapón, cerciorarse de enroscar el conector del tapón en el catéter muy bien y totalmente para evitar fugas posteriores de sangre y/o líquidos endovenosos, purgar el tapón con solución salina de ser necesario
- La segunda fijación debe proteger la piel debajo del catéter evitando presiones ejercidas por el equipo.
- Tercera fijación y la más grande asegura el catéter incluido el caucho de purga del equipo para evitar que este por el peso y su movilización en el sitio de inserción facilite que la punta del catéter perfora la vena produciendo perforación e infiltración de los líquidos endovenosos.

Además, debe ser lo suficientemente firme para evitar la salida accidental del catéter.

- En el caso del tapón el esparadrapo cubrirá hasta el borde del tapón para que quede expuesto el caucho auto regulable por donde se pasaran los medicamentos con jeringa de ser necesario.
- La cuarta servirá simplemente para la venopunción con marcar con: calibre del catéter, fecha, nombre de quien canalizó, e institución de origen para poder realizar el seguimiento a eventos.

	<p align="center">PROTOCOLO DE VENOPUNCION AREA ASISTENCIAL</p>	Vigencia: 2018	
		Cód.:	
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE LA VEGA – PUESTO DE SALUD DE NOCAIMA	Versión: 1	
		Página 1 de 26	



Si el catéter se fija en mano se debe realizar una curvatura al equipo, teniendo en cuenta que esta no quede acodada y se fija con el catéter, así se evita que el paciente se enrede el equipo en la mano o se enrede el cable del equipo y al traccionar se arranque el catéter.

La fijación de la venopunción en mano en niños:



se realiza como se describió anteriormente, pero el ultimo esparadrappo se corta en forma de pantalón hacia el 1 dedo de la mano de la fijación, el bloque se coloca sobre la mano y una punta va por entre el pliegue a la palma de la mano, la otra punta va por sobre la base del dedo hacia la palma de la mano, en la palma de la mano se pegan las tres puntas, así le será difícil al menor soltar o retirarse la venopunción. Retirar y desechar el material fungible en la bolsa de basura.

- Retirarse los guantes.
- Organizar los elementos y desechar
- Higiene de manos.

Se revisa el sitio de inserción del catéter periódicamente y antes y después de administrar medicamentos, para detectar en forma temprana signos de flebitis, infección o infiltración.

- Realizar los registros correspondientes en la historia clínica.

OBSERVACIONES:

 <p>E.S.E HOSPITAL De La Vega</p>	PROTOCOLO DE VENOPUNCION AREA ASISTENCIAL	Vigencia:2018	 <p>CUNDINAMARCA unidos podemos más</p>
		Cód.:	
		Versión: 1	
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE LA VEGA – PUESTO DE SALUD DE NOCAIMA		Página 1 de 26	

- Si fuese necesario eliminar el vello cutáneo no rasurar con cuchilla, para evitar lesiones en el sitio, recolocar al paciente en posición cómoda y explicar cómo manejarse con la vía:
 - Precauciones para la movilidad, si procede.
 - Evitar mojar durante el aseo
 - Informar al paciente que debe minimizar la manipulación
 - Signos de alarma: Avisar si dolor, enrojecimiento, picor o hinchazón.

B.- MANTENIMIENTO DEL CATETER

Implica la vigilancia de la zona de inserción, (detección de posibles flebitis, decúbitos, obstrucción y extravasación) cura de la misma y el cambio de la fijación.

VIGILANCIA DE LA ZONA DE INSERCCION

TECNICA DE REALIZACION

1. Evaluación del acceso venoso en cada turno para el área de hospitalización, observación y urgencias.
2. El esparadrapo transparente permite la visualización* directa. Si es opaco se debe valorar mediante palpación, en caso de sospecha retirarlo para visualizar y realizar la revisión.
3. Si el esparadrapo se encuentra desprendido parcialmente, retirar con cuidado y fijar con uno nuevo, registrando nuevamente los datos encontrados de canalización sobre la nueva cinta. No pegar encima de los otros, ya que esto facilita la humedad, suciedad e infección del punto de inserción



Inspeccionar buscando signos de alarma:

- Eritema
- Dolor
- Supuración
- Induración palpable
- calor local

TECNICA DE REALIZACION

Lavado o permeabilización del catéter:

- Se realizará con suero salino al 0,9%, aprox. 10cc, a presión con jeringa
- Lavar el catéter o la vía con solución salina antes y después de administrar medicamentos.
- Se aconseja no utilizar heparina, por las complicaciones relacionadas con la administración de esta.

 <p>E.S.E HOSPITAL De La Vega</p>	<p>PROTOCOLO DE VENOPUNCION AREA ASISTENCIAL</p>	Vigencia:2018	 <p>CUNDINAMARCA unidos podemos más</p>
		Cód.:	
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE LA VEGA – PUESTO DE SALUD DE NOCAIMA	Versión: 1	
		Página 1 de 26	

CURA DE LA ZONA DE INSERCCION y CAMBIO DEL ESPARADRAPO.

TECNICA DE REALIZACION

- La cura y cambio de esparadrapo se realizarán cada 24 horas. O se cambiara siempre que esté húmedo, manchado o despegado.
- Curar la zona de inserción: con suero salino y aplicación de solución antiséptica (clorhexidina alcohólica al 2%, alcohol al 70%).
- Durante la maniobra mantener bien fijado el catéter para evitar tracciones y acodamientos.
- Los conectores, catéter y equipos de infusión se cambiarán 72 horas para el área de hospitalización, observación y urgencias, si procede el retiro del catéter o en caso de deterioro.

C.- RETIRO DEL CATETER.

Se retirará el catéter cuando:

- El paciente no precise del acceso venoso.
- Finalice el tratamiento.
- El paciente tenga salida.
- Aparezcan complicaciones en el sistema que porta (dolor y eritema, induración, cordón palpable, exudado, signos de infección u obstrucción del dispositivo)

INFORMACION Y PREPARACION DEL PACIENTE.

Informar al paciente de la retirada de la vía y el motivo por el que lo hacemos.

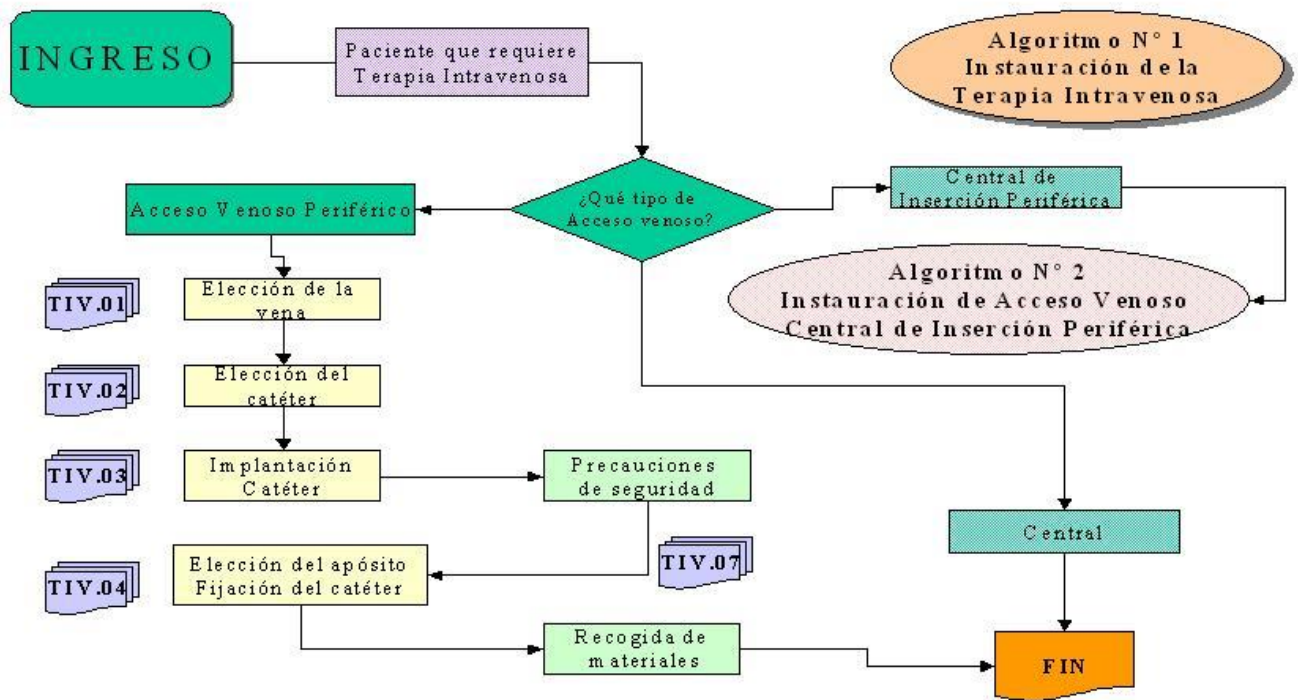
Colocar en posición cómoda y adecuada.

TECNICA DE REALIZACION:

- Higiene de manos.
- Retirar con suavidad el esparadrapo.
- Retirar lentamente el catéter, paralelamente a la piel, presionando con un algodón con antiséptico para hacer hemostasia.
- Aplicar presión firme durante 3 minutos, sobre el punto de punción para hacer hemostasia.
- Comprobar que no se produce hemorragia.
- Limpiar la zona, aplicar antiséptico y colocar tira o cura de esparadrapo.
- Desechar el material utilizado en la bolsa roja.
- Desechar el material punzante al contenedor biológico.
- Quitarse los guantes.
- Higiene de manos.
- Registrar el procedimiento, hacer constar fecha, hora de la retirada y motivo de la misma.

OBSERVACIONES:

Todo catéter innecesario debe retirarse lo antes posible. Realizar valoración Si presenta signos de infección, valorar si es necesario recoger muestra de exudado (hisopo) para cultivo.





BUSQUEDA DE INFECCIONES ASOCIADAS AL CATETER VENOSO PERIFÉRICO

METODOS: Las siguientes son las estrategias que deben implementarse con el fin de realizar búsqueda activa de las infecciones asociadas al catéter venoso. Se dividen en activas y pasiva.

SEGUIMIENTO

Revisar el sitio de venopunción en cada turno para identificar alteraciones oportunamente.

Retirar inmediatamente el catéter ante cualquier signo de extravasación, infiltración, flebitis o reacción alérgica.

 <p>E.S.E. HOSPITAL De La Vega</p>	<p>PROTOCOLO DE VENOPUNCION AREA ASISTENCIAL</p>	Vigencia:2018	 <p>CUNDINAMARCA unidos podemos más</p>
		Cód.:	
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE LA VEGA – PUESTO DE SALUD DE NOCAIMA	Versión: 1	
		Página 1 de 26	

Observar la presencia de cordón venoso (enrojecimiento por la vía distal de la vena), en caso afirmativo reportar, aclarando si es por medicamentos.

Verificar identificación de los líquidos o componentes que se están infundiendo, de los equipos y de la venopunción, en todos los servicios.

Evitar la presencia de sangre en el equipo de venoclisis.

Evaluar si la piel está libre de presiones del equipo o de la fijación.

Valorar perfusión, temperatura y movilidad del miembro.



Evitar mojar el sitio de venopunción y cambiar la inmovilización si se requiere.

BUSQUEDA ACTIVA DE INFECCIONES ASOCIADAS AL CATETER VENOSO EN PACIENTE HOSPITALIZADO:

1. Formato único de evaluación de adherencia a la guía de inserción y mantenimiento de catéter Venoso. (anexo 1). Se realizará observación directa del personal de enfermería al realizar el procedimiento.
2. En cada entrega de turno, el personal de enfermería realizará ronda de revisión de catéter venoso: (anexo 2)
3. Revisar identificación del catéter: Fecha y hora de inserción, número de catéter, persona que realiza la inserción, tener en cuenta el número de días con el catéter venoso para identificación se signos de flebitis.
4. Revisar signos de flebitis bacteriana, flebitis química, flebitis mecánica.
5. Revisar tipo de medicamentos administrados al paciente y si estos son irritantes venosos, revisar dilución de los mismos.
6. Realizar retroalimentación y capacitación continua al personal de enfermería.
7. El equipo de vigilancia epidemiológica realizará búsqueda activa: Diligenciará formato de ronda de venopunción (anexo 2), Por kardex de enfermería. Revisar historias clínicas para documentar síntomas de Bacteriemia y tratamientos antibióticos.

BUSQUEDA PASIVA:

1. Se revisan en aplicativo o reporte manual los casos probables de infecciones asociadas al uso de catéter venoso, reportadas como flebitis químicas, mecánicas, bacterianas.



	<p align="center">PROTOCOLO DE VENOPUNCION AREA ASISTENCIAL</p>	Vigencia: 2018	
		Cód.:	
		Versión: 1	
	<p align="center">EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE LA VEGA – PUESTO DE SALUD DE NOCAIMA</p>	Página 1 de 26	

2. Se clasifica como evento adverso no prioritario para el análisis, según los hallazgos encontrados y se realiza análisis sólo si los índices de flebitis superen los valores definidos en la ESE.

REVISION Y SEGUIMIENTO A CATETER VENOSO Y EQUIPOS:

1. Revisión que se realizará momentáneamente al momento de la entrega de turno
2. El equipo de macro o microgoteo debe ir marcado con fecha de apertura en cámara de aire (borde blanco), puerto de control de goteo (parte plástica azul donde se regula la llave de goteo).
3. Para el caso de buretrol debe ir marcado en la parte inferior con nombre del paciente, fecha de apertura o instalación, abreviado el turno (T.T); lo anterior para evitar la confusión de equipos de paciente a paciente cuando se realice traslado y/o atención masiva con sobrecupo.
4. Realizada la ronda de enfermería se evidencia un equipo que cumple con los 3 días (72 horas); inmediatamente se solicita equipo para cambio.
5. Se explica el procedimiento al paciente. En caso del que paciente se niegue a aceptar una nueva punción, se cambia únicamente el equipo, pero se realiza nota de enfermería aclarando la negación a la nueva punción.
6. En caso afirmativo, el paciente acepta la nueva punción se debe realizar registro en notas de enfermería respectivas.
7. Pacientes pediátricos con difícil acceso venoso, no se puncionan, únicamente se cambian equipos por protocolo, con respectiva nota de enfermería.

ESCALA VISUAL DE VALORACION DE FLEBITIS (ESCALA DE Maddox)

	PROTOCOLO DE VENOPUNCION AREA ASISTENCIAL	Vigencia: 2018	
		Cód.: Versión: 1	
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE LA VEGA – PUESTO DE SALUD DE NOCAIMA		Página 1 de 26	

0	Sin dolor, eritema, hinchazón, ni cordón palpable en la zona de punción	NO signos de flebitis. OBSERVE punto de inserción
1	Zona de punción dolorosa sin eritema, hinchazón, ni cordón palpable en la zona de punción	Posible signo de flebitis. OBSERVE punto de inserción.
2	Zona de punción dolorosa con eritema y/o hinchazón sin cordón palpable en la zona de punción	Inicio de flebitis. RETIRE el catéter.
3	Zona de punción dolorosa con eritema, hinchazón, endurecimiento o cordón venoso palpable <de 6 cm por encima del sitio de inserción.	Etapa media de flebitis. RETIRE catéter y valore tratamiento.
4	Zona de punción sensible con eritema, hinchazón, endurecimiento, cordón venoso palpable >de 6 cm por encima del sitio de inserción y/o purulencia	Avanzado estado de flebitis. RETIRE catéter y valore tratamiento
5	Trombosis venosa franca con todos los signos anteriores y dificultad o detención de la perfusión	Tromboflebitis. RETIRE catéter e inicie tratamiento.

REACCIONES LOCALES DE LA PUNCIÓN VENOSA:

Tromboflebitis: Generalmente el paciente presenta fiebre, leucocitosis, dolor localizado en vena puncionada, estos síntomas revierten en pocos días, pero la hipersensibilidad persiste durante varias semanas. Habitualmente la tromboflebitis es aséptica, pero cuando es séptica ocasiona serias complicaciones.



Flebitis (vena periférica): Induración o eritema con calor y dolor en el punto de entrada y/o en el trayecto del catéter. Puede ser química o bacteriana.

En la **flebitis química** se observa enrojecimiento en el trayecto venoso, puede ser ocasionada por paso de mezclas muy concentradas.

La **flebitis mecánica** se relaciona con la infusión lenta, fijación inadecuada del catéter, el sitio de inserción (zonas de flexión, tortuosidad de la vena), calibre del catéter mayor al tamaño de la vena y lesión de la vena puncionada.

La **flebitis infecciosa** se caracteriza por dolor, enrojecimiento tumefacción, acordonamiento de la vena, hay presencia de pus.

Bacteriemia o bacteremia: Es la presencia de bacterias en la sangre.

	PROTOCOLO DE VENOPUNCION AREA ASISTENCIAL	Vigencia: 2018	
		Versión: 1	
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE LA VEGA – PUESTO DE SALUD DE NOCAIMA	Página 1 de 26	

Éste concepto no debe confundirse con el de sepsis, que se refiere a la respuesta inflamatoria sistémica que tiene lugar ante una infección. A la coexistencia de sepsis y bacteriemia se la denomina septicemia.

Las bacteriemias se clasifican de acuerdo con el lugar de adquisición de la infección, el origen de la infección, el patrón clínico y el microorganismo aislado.

Bacteriemia nosocomial: Cuando se detecta un hemocultivo positivo para bacterias u hongos y se considera clínicamente significativo en un paciente que lleva ingresado más de 48 horas en el hospital. También aquellos episodios de bacteriemia que ocurren dentro de las primeras 48 horas, pero que se han originado o están directamente relacionadas con algún tipo de manipulación invasiva realizada al ingreso en el hospital, como la colocación de un catéter intravascular o la colocación de una sonda vesical, se considerarían como nosocomiales.

Según el origen de la infección que origina la bacteriemia también se clasifican en:

a) Bacteriemias primarias o de origen desconocido: Son aquellas en las que no se conoce la infección de origen causante de la bacteriemia.

b) Bacteriemias secundarias: Todas aquellas que se desarrollan secundariamente a una infección localizada y documentada microbiológicamente con el mismo microorganismo aislado en el



hemocultivo. Las bacteriemias relacionadas directamente con catéteres venosos o arteriales se han clasificado tradicionalmente como primarias; sin embargo, si existen signos claros de infección local en el punto de inserción del catéter (enrojecimiento o supuración) o el cultivo semicuantitativo o cuantitativo del segmento distal del catéter es positivo para el mismo patógeno que el hemocultivo, pueden clasificarse como secundarias, con lo que se deja la nomenclatura de bacteriemias primarias para aquellas en las que el origen de la bacteriemia es desconocido.

Infección de punto de entrada:

1. Clínicamente documentada: signos locales de infección en el punto de entrada del catéter: enrojecimiento, induración, calor y salida de material purulento.

2. Microbiológicamente documentada: signos locales de infección en el punto de entrada del catéter, más un cultivo del punto de entrada del catéter, pero sin bacteriemia concomitante.

3. Colonización del catéter: Aislamiento significativo en la punta de catéter (cultivo cuantitativo o semicuantitativo) o en la conexión, Crecimiento de ≥ 15 unidades formadoras de colonias (cultivo semicuantitativo) o $> 10^3$ UFC (cultivo

	PROTOCOLO DE VENOPUNCION AREA ASISTENCIAL	Vigencia: 2018	
		Cód.:	
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE LA VEGA – PUESTO DE SALUD DE NOCAIMA		Versión: 1	Página 1 de 26

cuantitativo) a partir de un segmento vascular proximal o distal, en ausencia de síntomas clínicos acompañantes.

Contaminación del catéter: Recuento inferior a 15 unidades formadoras de colonias (ufc) en el cultivo de la punta.

Bacteriemia relacionada con catéter (BRC): Aislamiento del mismo germen (es decir especie idéntica y antibiograma idéntico) a partir de un cultivo semicuantitativo o cuantitativo de un segmento de catéter y de la sangre extraída (preferiblemente de sangre periférica) de un paciente con síntomas clínicos acompañantes de infección del torrente sanguíneo y sin otro foco aparente. En ausencia de la confirmación del laboratorio, la defervescencia producida después de retirar un catéter implicado de un paciente con ITS puede considerarse evidencia indirecta de ITS.

Infección en el sitio de salida: Eritema, sensibilidad, induración o purulencia dentro de los 2 cm. de piel en el sitio de salida del catéter.

Infección del bolsillo: Eritema y necrosis de la piel que cubre el reservorio de un dispositivo totalmente implantable o exudado purulento en el bolsillo subcutáneo que contiene el receptáculo.

Infección del túnel: Eritema, sensibilidad e induración en los tejidos que se extienden sobre el catéter y a > 2 cm. del sitio de salida.

PASOS A SEGUIR PARA LA PREVENCIÓN DE FLEBITIS QUÍMICA- FÍSICA E INFECCIOSA.

Cumplir con lo establecido en el procedimiento de laboratorio en lo referente a la recepción e identificación del paciente y de los dispositivos médicos a utilizar.

→ Lavado de manos antes de realizar el procedimiento de acuerdo al protocolo institucional



→ Aplicación de técnica aséptica en la zona elegida para la venopunción. Y verificando que antes de la punción la solución aplicada haya secado completamente

→ No uso de joyas en manos (pulseras, anillos, reloj)

→ Uñas cortas y sin esmalte

→ Aplicación de normas de bioseguridad. Todas las punciones venosas deben realizarse con guantes de manejo. Y los elementos de protección personal

→ Manejo correcto de residuos hospitalarios

	<p align="center">PROTOCOLO DE VENOPUNCION AREA ASISTENCIAL</p>	Vigencia: 2018	
		Cód.:	
		Versión: 1	
	<p align="center">EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE LA VEGA – PUESTO DE SALUD DE NOCAIMA</p>	Página 1 de 26	

- Se deben elegir la aguja de menor calibre con respecto a la vena, que cumpla con el objetivo de la punción de modo que se evite trauma o irritación local.
- Elija la vena de mejor calibre y acorde con la aguja a utilizar; siempre de la parte distal a la proximal; no canalizar de primera vez, vena de pliegue o perezosa; solamente se recurre a ésta en casos de gravedad.
- La piel del sitio de punción debe estar intacta, sin rastros de eritemas, Irritaciones y/o escoriaciones.
- De preferencia se deben utilizar las venas de las extremidades superiores, solamente aplica en miembros inferiores a menores de 1 año.

Flebitis química

Mediante la utilización de venas con buen flujo venoso para facilitar la hemodilución, se debe diluir los medicamentos en 60 a 100 ml de solución, infundir en un tiempo de 30 a 60 minutos especialmente soluciones acidas, alcalinas o hipertónicas, para evitar un daño tisular irreversible al paciente; siempre después del uso de medicación fuerte (antibióticos) lavar la vena con 50 cc de SSN al 0.9%.

Flebitis Infecciosa

El reemplazo del catéter después de 72 horas después de ser instaurado disminuye la incidencia de infección



Evitar contaminación del equipo durante la inserción,
Esencial adecuadas técnicas asépticas durante el procedimiento tales como: lavado de manos y preparación de la piel y uso de guantes
Adecuada fijación o colocación de esparadrapo.

Flebitis mecánica

Retiro de torniquete inmediatamente se puncione la vena
Fijación adecuada del catéter
Elegir adecuadamente el sitio de inserción evitando zona de flexión y/o tortuosidad de la vena.
Utilizar calibre del catéter adecuado para el tamaño de la vena.
Evitar puncionar vena lesionada.

BARRERAS DE SEGURIDAD

- a) No realizar Cambio del sitio de venopunción si no se considera necesario, para el caso de paciente pediátrico.
- b) Cambio de sistemas de infusión en intervalos no inferiores a 72 horas.

 <p>E.S.E HOSPITAL De La Vega</p>	<p>PROTOCOLO DE VENOPUNCION AREA ASISTENCIAL</p>	Vigencia:2018	 <p>CUNDINAMARCA unidos podemos más</p>
		Cód.:	
		Versión: 1	
	<p>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE LA VEGA – PUESTO DE SALUD DE NOCAIMA</p>	Página 1 de 26	

- c) Verificar siempre estado documental del paciente, si tiene salida se omite el proceso de cambio de vena por protocolo.
- d) Registran adecuadamente en notas de enfermería cualquier inconveniente con el procedimiento.
- e) Para paciente pediátrico solamente se permite 2 punciones, en caso de no acceder a punción inmediata, se realiza llamado a personal con más experiencia en canalización.

Implementar y mantener todas las recomendaciones de asepsia para la inserción y mantenimiento del sitio de venopunción.

- Técnica de higiene de manos en colocación y mantenimiento posterior del catéter (Categoría IA).
- La técnica para venopunción periférica es limpia.
- Hacer seguimiento y registro en cada turno.
- Diligenciar el formato de días de uso de catéter periférico.
- Evaluar periódicamente al personal para verificar adherencia al protocolo.

REGISTROS DE ENFERMERIA:

La nota de enfermería debe llevar los siguientes datos. Ejemplo:

Se canaliza paciente en miembro superior derecho, con yelco o catéter número 24, paciente pediátrico con gran dificultad dada el extravasamiento de la vena, por lo que durante procedimiento se consume 4 catéteres no 24; se deja pasando SSN a 20 cc/h por equipo de microgoteo o bomba de infusión (según el caso); con buretrol instalado para inicio de terapia medicamentosa, se deja debidamente marcado y fechado para respectivo control. Canalizado por XXXX, auxiliar de enfermería, turno tarde.

Realizar el descargo respectivo de insumos por historia clínica.

En caso de administración de un medicamento por vía endovenosa, pisar inmediatamente el registro de dicho medicamento por sistema. Recuerde verificar los 10 correctos al momento de colocar el medicamento, explicar qué es, porque se administra y el efecto que se desea.



REPORTES POR PROGRAMA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE:

Flebitis química

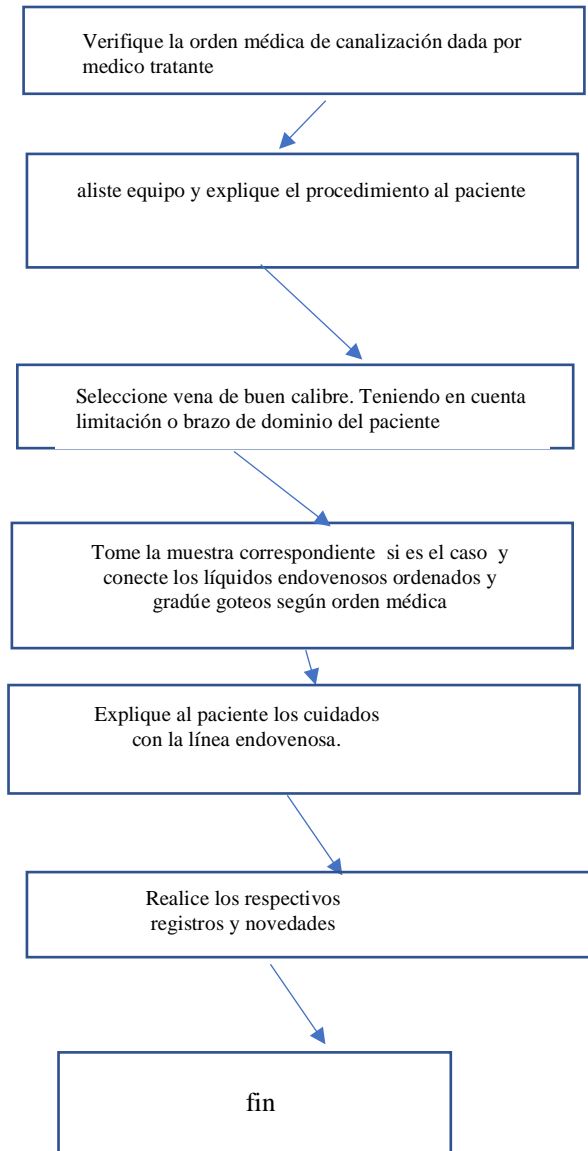
Flebitis infecciosa



Extravasación de la vena mayor a la dimensión del tiempo

Equipo de infusión con daño evidente

 <p>E.S.E HOSPITAL De La Vega</p>	PROTOCOLO DE VENOPUNCION AREA ASISTENCIAL	Vigencia: 2018	 <p>CUNDINAMARCA unidos podemos más</p>
		Cód.:	
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE LA VEGA – PUESTO DE SALUD DE NOCAIMA	Versión: 1	

FLUJOGRAMA



	<p align="center">PROTOCOLO DE VENOPUNCION AREA ASISTENCIAL</p>	Vigencia:2018	
		Cód.:	
		Versión: 1	
	<p align="center">EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE LA VEGA – PUESTO DE SALUD DE NOCAIMA</p>	Página 1 de 26	



Lista de Chequeo (Protocolo de venopunción)

PROCESO: _____

SERVICIO: _____

FECHA: _____

CRITERIO	CUMPLE	NO CUMPLE
1. Alistar equipo correcto		
2. Explica el procedimiento al paciente		
3. Escoge el catéter adecuado para el paciente		
4. Realiza la punción en un eje de 30 grados con el bisel hacia arriba		
5. Verifica permeabilidad del catéter al momento de la punción		
6. Realizar la inmovilización del catéter con cinta adhesiva (micropore) o esparadrapo		
7. Conectar el catéter con el equipo de infusión, previamente purgado y marcado		
8. Marcar acceso venoso con nombre, No. De catéter, persona responsable del procedimiento, turno		
9. Deja el paciente cómodo		
10. Deja el quipo organizado el equipo		
11. Desecha adecuadamente el material corto-punzante en el guardián para ello.		
12. Desecha ampollas y frascos de medicación en el sitio destinado para ello (galón), si aplica		
13. Realiza el registro en notas de enfermería completo		
14. Realiza notas de enfermería documentando no de catéter, zona de inserción, finalidad (tapón o líquidos), características del procedimiento e insumos.		
15. Realiza registro de medicamentos si aplica al proceso		

 <p>E.S.E HOSPITAL De La Vega</p>	PROTOCOLO DE VENOPUNCION AREA ASISTENCIAL	Vigencia:2018	 <p>CUNDINAMARCA unidos podemos más</p>
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE LA VEGA – PUESTO DE SALUD DE NOCAIMA	Cód.: Versión: 1	

PRETEST DE VENOPUNCION

Fecha: _____

Nombre: _____

Marque con una x según corresponda:



1. Se define como venopunción:
 - a. Introducción de un catéter directamente a una vena para fines terapéuticos
 - b. Introducción de una aguja a través de la piel para llegar al torrente sanguíneo
 - c. Proceso por el cual se introduce una aguja al torrente para extracción de una muestra
 - d. Interrupción de la continuidad de la piel para introducir un elemento con fines terapéuticos.

2. El cambio de equipos de infusión se realizará cada:
 - a. 24 h
 - b. 72 h
 - c. 6 h
 - d. 12 h

3. Son signos de infección del acceso venoso:
 - a. Calor local, eritema, rubor, induración
 - b. Edema, frialdad, dolor
 - c. Fiebre, calor local
 - d. Ninguna de las anteriores

4. Flebitis Química es:
 - a. Cordón visible
 - b. Calor local
 - c. Irritación por medicación
 - d. Tumefacción, pus, calor local

5. Es una actividad de enfermería en la prevención de cualquier tipo de flebitis:
 - a. Lavar el acceso venoso después de la administración de medicamentos
 - b. Realizar el cambio de acceso y equipos según protocolo
 - c. Seguimiento al acceso venoso en cada turno
 - d. Todas las anteriores

 <p>E.S.E HOSPITAL De La Vega</p>	<p>PROTOCOLO DE VENOPUNCION AREA ASISTENCIAL</p>	Vigencia: 2018	 <p>CUNDINAMARCA unidos podemos más</p>
		Cód.:	
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE LA VEGA – PUESTO DE SALUD DE NOCAIMA	Versión: 1	
		Página 1 de 26	

POSTEST DE VENOPUNCION

Fecha: _____

Nombre: _____

Marque con una x según corresponda:



1. Las venas de mayor elección para casos de urgencias son:
 - a. Vena cefálica
 - b. Vena Basílica
 - c. Vena del pulgar
 - d. Vena cefálica media o perezosa

2. Al realizar una punción para muestra de laboratorio en paciente canalizado se debe escoger:
 - e. Vena del mismo brazo donde tiene los líquidos endovenosos
 - f. Venas capilares
 - g. Venas del brazo contrario
 - h. Ninguna de las anteriores

3. Es parte del programa de seguridad del paciente:
 - a. Revisar acceso venoso durante el recibo y entrega de turno
 - b. Verificar que los equipos se encuentran marcados
 - c. Rectificar fecha de inserción para protocolo de 72 horas
 - d. Todas las anteriores

4. Flebitis Infecciosa es:
 - a. La observación del punto de inserción del catéter con secreción purulenta
 - b. Cordón venoso asociado con fiebre
 - c. Picos febriles que inician durante la estancia hospitalaria
 - d. Cambios sugestivos de infección, en relación al ingreso del paciente
 - e. Todas las anteriores

5. Parte del registro de notas de enfermería incluye, EXCEPTO:
 - a. Nombre de la persona que realiza la punción, con fecha y calibre del catéter
 - b. Reportes de novedades
 - c. Numero de punciones realizadas
 - d. Justificación de los insumos empleados para el proceso

 <p>E.S.E HOSPITAL De La Vega</p>	<p>PROTOCOLO DE VENOPUNCION AREA ASISTENCIAL</p>	Vigencia:2018	 <p>CUNDINAMARCA unidos podemos más</p>
		Cód.:	
	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL DE LA VEGA – PUESTO DE SALUD DE NOCAIMA	Versión: 1	
		Página 1 de 26	

BIBLIOGRAFIA

Salvadores Fuentes P, redondo S, Jiménez Fernández, Introducción a los cuidados de enfermería, Elección de un modelo en. Manual de Fundamentos de enfermería: cuidados básicos. 1ª. Edición. Barcelona: Editorial Ariel, S:A. 2002.

Smelter S, Bre B. Enfermería medicoquirúrgica de Brunner-Suddarth. Conceptos básicos de enfermería.10ª. ed. Mc Graw Hill.2005.