

CATETERISMO VENOSO PERIFERICO

DOMINIO XI: MEDIDA DE SEGURIDAD

Libre de peligros, lesiones físicas o daños al sistema inmunológico; preservación de pérdidas; y protección de la seguridad y la protección

CLASE 1: INFECCIÓN

Respuestas del hospedador después de una invasión patógena

RIESGO DE INFECCIÓN.

Susceptible a la invasión y multiplicación de organismos patógenos, que pueden comprometer la salud

INTERVENCIÓN: PUNCIÓN VENOSA.

GUÍA DE PROCEDIMIENTOS BÁSICOS DE ENFERMERÍA: CATETERISMO VENOSO PERIFÉRICO.

OBJETIVO:

Lograr que el estudiante de enfermería de UNISANGIL realice el procedimiento de enfermería cateterismo venoso periférico con apoyo del simulador y el fundamento científico que soporta la intervención

PROPOSITO:

Mediante prácticas seguras:

- Restaurar y/o mantener el volumen circulatorio reemplazando la pérdida de líquidos intracelular o extracelular.
- Administrar fármacos, sangre y sus derivados.
- Suplir déficit nutricional

DEFINICIONES:

Canalización periférica: Procedimiento invasivo para acceso vascular periférico con fines terapéuticos, diagnósticos o preventivos. Debe indicarse con criterio clínico justificado.

Antisepsia: Empleo de sustancias químicas para inhibir o reducir el número de microorganismos de la piel, mucosas o tejidos abiertos a un nivel en el cual no generen infecciones.

Normas de bioseguridad: Normas de precaución que deben aplicar los trabajadores en áreas asistenciales al manipular fluidos corporales o tejidos, provenientes de todo paciente y sus respectivos recipientes, independiente de su estado de salud.

Técnica aséptica: Procedimientos que se utilizan para conservar la ausencia de gérmenes patógenos, en el cuidado del paciente y en el manejo de equipos y materiales

TIPOS DE CATÉTER CORTO

Longitud	Indicación	
	24G	Pacientes neonatos y pediátricos
	22G	Pacientes geriátricos, líquidos restringidos
	20G	Reposición de líquidos y hemoderivados
	20G	Emergencia, poli traumatizados, cirugías
	18G	Emergencia, poli traumatizados, cirugías
	16G	Grandes cirugías, reemplazo de caderas y rodilla, grandes volúmenes de líquidos
	14G	Necesidad de grandes volúmenes, vena de gran tamaño

Elaboración propia

INDICACIONES

- Administrar terapia IV, medicamentos irritantes (según osmolaridad). Evaluar necesidad diaria del dispositivo.
- Administrar sangre y hemoderivados.
- Restaurar y mantener el volumen circulatorio y el balance hidroelectrolítico.
- Suplir el déficit nutricional.
- Reposición de líquidos y electrolitos.
- Obtención de muestras de sangre
- Mantenimiento de acceso venoso permeable para casos de emergencia.
- Realización de estudios diagnósticos.

CONTRAINDICACIONES

- Sitios en la piel con: edema, dolor, sensibilidad, equimosis, traumatismos, infecciones, quemaduras o alteraciones anatómicas en el sitio de inserción.

- Presencia de flebitis en el sitio de la punción.
- Venas en miembros inferiores por el riesgo de la tromboflebitis en el paciente adulto.
- Venas de la cara anterior de la muñeca debido al riesgo de lesión de nervios y tendón por extravasación de líquidos.
- Dificultad sensitiva y motora
- Fístula arterio-venosa.
- Linfedema
- Usuarios con afección de alguna extremidad, ya sea por secuelas patológicas ACV y exploración axilar por mastectomía radical.

PRECAUCIONES

- Tener en cuenta el tipo de solución a administrar (quimioterapia, concentrados de hematíes, soluciones irritantes, etc.) para la elección de la vía y el calibre del catéter
- Seleccionar el calibre adecuado para cada usuario teniendo en cuenta el tipo de paciente, el objetivo de la canalización, vena a utilizar y tipo de tratamiento a recibir. Usar el menor calibre posible que garantice el tratamiento. Evitar catéteres gruesos innecesarios. Ej: 18G–20G en urgencias; 20G–22G uso general.
- Deben seleccionarse venas con buen flujo sanguíneo cuando vayan a infundirse soluciones hipertónicas o soluciones que contengan fármacos irritantes; estos fármacos incluyen antibióticos como cefalosporinas, metronidazol, vancomicina y eritromicina.
- Valorar la actividad del paciente, movilidad, agitación, alteración del nivel de conciencia, eligiendo la zona más adecuada.
- Realizar la inserción del catéter preferentemente en las extremidades superiores, evitando zonas de flexión, preferiblemente en el brazo no dominante.
- Si es posible, elegir el sitio de inserción en cara anterior y/o posterior del brazo, como también la zona del antebrazo tercio medio externo. Evitar la inserción en extremidades edematosas o incapacitadas, en zonas con heridas, quemaduras, inflamaciones, infiltraciones previas o en venas esclerosadas.
- No rasurar la zona porque puede causar abrasión, en lugar de esto cortar el vello con una tijera si es necesario.
- No tardar más de 25 minutos desde la primera punción para canalizar vía venosa.

- En caso de apósito transparente semipermeable se debe cambiar siempre que este
- sucio, deteriorado o húmedo, en caso de sangrado o supuración utilizar un apósito de gasa.
- Evaluar el catéter y el sitio de inserción para detectar áreas de enrojecimiento, sensibilidad mediante la inspección visual, palpación y la percepción de paciente.
- No fijar con demasiada presión el inmovilizador
- Mantener la asepsia y antisepsia durante todo el procedimiento. (Preferir clorhexidina alcohólica al 2%. Fricción mínima 30 segundos y secado al aire. No soplar ni abanicar)
- Técnica aséptica estricta. No reinsertar la aguja guía en el catéter (riesgo de embolismo).
- No cambiar por rutina (ya no cada 72 h obligatoriamente). Cambiar según evaluación clínica (flebitis, infiltración, dolor, obstrucción).
- Higiene de manos obligatoria antes y después. Desinfección de conectores con técnica “scrub the hub” (mínimo 15 segundos).
- Evaluar permeabilidad antes de cada uso. Lavar con técnica push-pause. Mantener sistema cerrado.
- Retirar ante signos de complicación o cuando deje de ser necesario. Registrar integridad del catéter al retirarlo.
- Aplicar los 5 correctos en administración IV. Evaluación diaria de necesidad del acceso.

TIPOS DE SOLUCIONES INTRAVENOSAS



TIPOS DE SOLUCIONES INTRAVENOSAS

Se clasifican según su tonicidad respecto al plasma, la cual depende de su **OSMOLARIDAD**.

¿POR QUÉ SE CLASIFICAN ASÍ?

Las soluciones se clasifican según su osmolaridad en relación con la del plasma, porque esto determina la dirección del movimiento de agua a través de las membranas celulares por ósmosis y, por lo tanto, su efecto sobre el volumen celular y el balance de líquidos del organismo.



	HIPOTÓNICAS	HIPERTÓNICAS	ISOTÓNICAS	
CRISTALOIDES				
	COMPOSICIÓN (ejemplos) - Solución salina al 0,3% y 0,45% - Dextrosa al 0,5% y 5%	COMPOSICIÓN (ejemplos) - Solución salina al 3% y 7,5% - Dextrosa al 10%, 20% y 40%	COMPOSICIÓN (ejemplos) - Solución salina al 0,9% - Lactato de ringer	
	OSMOLARIDAD (en comparación con el plasma) $< 275 \text{ mOsm/L}$ (menor que el plasma)	OSMOLARIDAD (en comparación con el plasma) $> 295 \text{ mOsm/L}$ (mayor que el plasma)	OSMOLARIDAD (en comparación con el plasma) $\approx 275 - 295 \text{ mOsm/L}$ (similar al plasma)	
	EFFECTO SOBRE LAS CÉLULAS  El agua se mueve al interior de las células. Pueden hincharse.	EFFECTO SOBRE LAS CÉLULAS  El agua se mueve fuera de las células. Pueden encogerse.	EFFECTO SOBRE LAS CÉLULAS  No hay movimiento neto de agua. Las células se mantienen estables.	
COLOIDES	NATURALES 	COMPOSICIÓN (ejemplos) - Plasma - Albumina	OSMOLARIDAD (en comparación con el plasma) $\approx 275 - 295 \text{ mOsm/L}$ (similar al plasma)	CARACTERÍSTICAS Contienen partículas de mayor tamaño que permanecen en el espacio intravascular, aumentando la presión oncótica y reteniendo agua en la circulación.
	ARTIFICIALES 	COMPOSICIÓN (ejemplos) - Dextranos - Gelatinas - Gelatinas	OSMOLARIDAD (en comparación con el plasma) Variable (generalmente iso o ligeramente hipertónicas)	CARACTERÍSTICAS Polímeros sintéticos de alto peso molecular que ejercen presión oncótica y aumentan el volumen intravascular.

Elaboración propia

PROCESOS INTERRELACIONADOS

- Protocolo de lavado de manos
- Protocolo de manejo de líquidos y electrolitos
- Normas universales de bioseguridad
- Clasificación inicial de residuos de riesgo biológico
- Protocolo de registros de enfermería
- Protocolo de administración de medicamentos
- Protocolo de transfusiones sanguíneas

INSTRUMENTAL

- Catéter venoso de calibre 16, 18, 20, 22, 24, según la necesidad.
- Torundas estériles.
- Guantes limpios.
- Solución parenteral debidamente marcada y conectada al equipo de venoclisis purgado.
- Catéter salinizado, jeringa de 5cc y solución salina, si es necesario.
- Alcohol etílico al 70% o isopañines.
- Apósitos transparentes semipermeables estériles para permitir inspección (Tegaderm) o en su defecto Micropore.
- Torniquete.
- Tijeras.
- Inmovilizador si es necesario.
- Riñonera
- Bolsa para desechos y el guardián.
- Grafo o marcador permanente

PROCEDIMIENTO

- Verifique la orden de la terapia intravenosa.
- Identifique al paciente
- Explique el procedimiento a la persona y a la familia enumerándole las posibles molestias y complicaciones, resolviendo las preguntas y dudas que la persona tenga. Además, se debe reducir la ansiedad, valorar dolor, evitar múltiples punciones (máx. 2 intentos por profesional).
- Solicita el consentimiento verbal.
- Organice y confirme que el equipo esté completo
- Realice lavado de manos aplicando protocolo.
- Utilice todos los EPP (tapabocas, gorro, guantes, protección ocular)
- Coloque al paciente en una posición cómoda para los dos, paciente y enfermero

- Prepare la solución según prescripción médica, Para armar correctamente el equipo, primero verifique que el equipo esté completo y en buen estado.

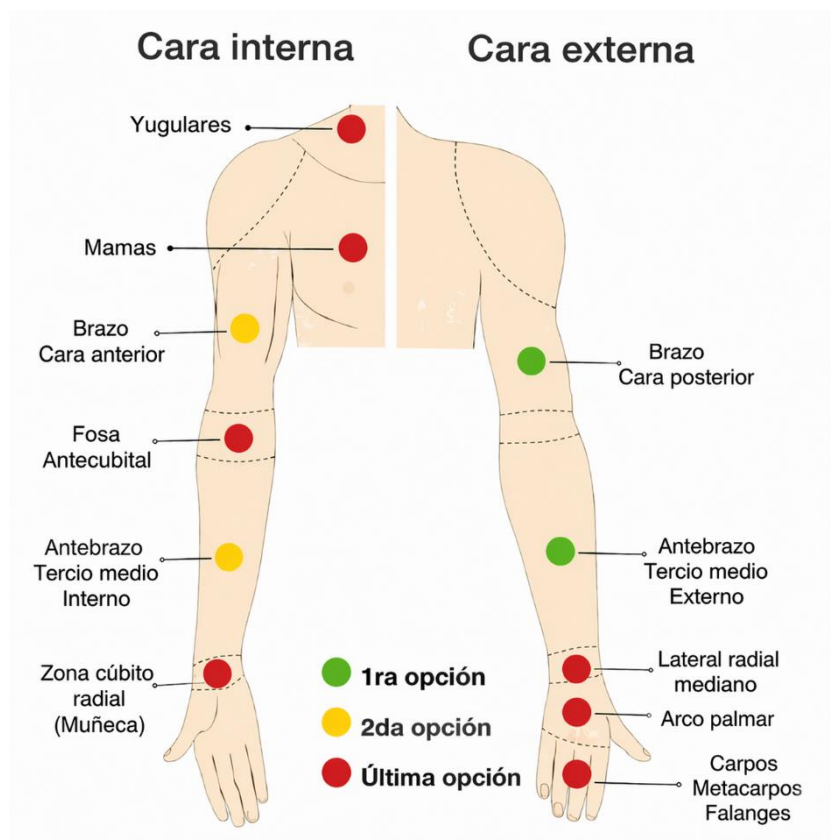
Posteriormente, conecte la bolsa de solución al buretrol asegurándose de que quede bien ajustada, y luego conecte el buretrol al equipo de venoclisis. Agregue dentro del buretrol la cantidad de solución indicada y purgue el sistema, permitiendo que el líquido recorra toda la manguera hasta eliminar completamente el aire. Es importante reconocer el funcionamiento de los tapones o llaves del equipo: cuando el tapón se encuentra cerrado, el líquido no podrá pasar por esa vía. Por ejemplo, si se cierra la llave ubicada entre el buretrol y el equipo, la solución no podrá bajar hacia el paciente; si la llave permanece abierta, el líquido circulará normalmente. Antes de conectar al paciente, verifique que el sistema esté completamente purgado, sin aire, con flujo continuo y con todas las conexiones correctamente ajustadas. Para finalizar marque con fecha y hora.

- Seleccione sitio de venopunción palpando la vena (verificando su calibre, estado y forma), sitio que debe estar libre de suciedad, grasa o materia orgánica. Debe ser una vena visible y palpable (ver la guía visual: ubicaciones recomendadas para catéteres)
- Coloque el torniquete para visualizar la vena que va a puncionar, retírelo cuando la identifique.
- Seleccione bránula adecuada según la edad, contextura de la persona y calibre de la vena.
- Realice el cambio de los guantes
- Limpie el área a puncionar, aplique clorhexidina alcohólica al 2% con movimientos de rotación y fricción del centro a la periferia, deje secar (no soplar, ni abanicar) y no vuelva a tocar
- Coloque torniquete 5-10 cm por encima del presunto sitio de punción.
- Realice la punción de la piel colocando la guía del catéter en ángulo de 15 y 30° grados (dependiendo de la profundidad de la vena) con bisel hacia a arriba e introduzca hasta perforar la vena. Cuando la venopunción es fallida en dos oportunidades deseche la bránula y solicite ayuda.
- Cuando obtenga retorno de sangre retire parcialmente la guía y al mismo tiempo avance el catéter hasta introducirlo completamente en la vena, en ángulo de 15 grados.

- Suelte el torniquete
- Aplique presión digital suave por encima de la piel, a nivel de la punta del catéter, mientras retira totalmente la guía, evitando la salida de sangre.
- Conecte el equipo de venoclisis previamente purgado o el catéter heparinizado y verifique permeabilidad de la vena.
- Limpie y seque por completo los residuos de solución o sangre que hayan quedado en la unión del catéter y la piel de la persona.
- Para el correcto uso del Tegaderm, se debe verificar la integridad y fecha de vencimiento del apósito, y asegurar que la piel se encuentre limpia y completamente seca antes de su colocación. Posteriormente, retirar el protector evitando contaminar la superficie adhesiva y fijar el Tegaderm sobre el sitio de inserción sin generar tensión ni pliegues, presionando suavemente desde el centro hacia los bordes para garantizar una adecuada adherencia. Se debe vigilar periódicamente el estado del apósito y cambiarlo según protocolo institucional o cuando se encuentre húmedo, sucio o despegado. En caso de no contar con disponibilidad de Tegaderm, la fijación del catéter podrá realizarse con micropore, colocando inicialmente una capa entre la piel y el catéter para proteger la integridad cutánea, posteriormente una fijación entre la piel, la bránula y el equipo de venoclisis para brindar estabilidad, y finalmente una fijación sobre el equipo para reforzar la sujeción y disminuir el riesgo de desplazamiento del dispositivo.
- Rotule el sitio, con fecha y hora, calibre del catéter, servicio y nombre de quien realiza el procedimiento.
- Ajuste la velocidad de los líquidos parenterales según orden médica.
- Observe si el paciente presenta alguna reacción local de extravasación o general de hipersensibilidad a la sustancia administrada. Vigilar frecuentemente el sitio de inserción en busca de complicaciones.
- Si coloca el catéter heparinizado salinícelo con 10 cc de solución salina.
- Educar al paciente: sobre la importancia de su colaboración. Indicarle las posibles molestias que puede sentir. Pedirle que avise en caso de observar cualquier alteración en la zona de punción. Informar al paciente de que se mueva con precaución para evitar desconexiones y acodamientos del sistema. Explicarle que no debe mojar la zona de la venopunción.
- Descartar residuos de acuerdo al código de colores establecido en la institución.

- Lave el torniquete que uso con abundante agua y jabón o límpielo con algodón impregnado de alcohol.
- Realice el lavado de manos según protocolo.
- Realice en las anotaciones de enfermería: fecha y hora de procedimiento realizado, lugar donde se realiza venopunción, calibre del catéter, intentos, tipo y cantidad de solución instalada, goteo nombre completo y firma de la persona que realizó el procedimiento y nombre de quien lo acompañó en el mismo, además de la educación brindada al usuario.

GUIA VISUAL: UBICACIONES RECOMENDADAS PARA CATÉTERES



Elaboración propia

JUSTIFICACIÓN

Las zonas señaladas en verde representan los sitios de primera elección para la canalización venosa periférica, debido a que corresponden a venas de mejor calibre, trayecto más recto, menor movilidad y menor riesgo de complicaciones mecánicas o de infiltración. En la cara externa del miembro superior, la prioridad debe dirigirse al brazo cara posterior y al antebrazo tercio medio externo, ya que permiten una adecuada fijación del catéter, mayor comodidad para el paciente y preservación de otros accesos.

Las zonas marcadas en amarillo constituyen la segunda opción cuando no es posible canalizar en las áreas verdes. Corresponden al brazo cara anterior y al antebrazo tercio medio interno. Aunque pueden ser utilizadas de forma segura, suelen presentar mayor movilidad, menor estabilidad o un trayecto venoso menos favorable, por lo que se reservan para situaciones en las que los sitios de primera elección no estén disponibles.

Las zonas identificadas en rojo deben considerarse como la última alternativa para el acceso venoso periférico. Incluyen yugulares, mamas, fosa antecubital, zona cúbito-radial, región laterorradial mediana, arco palmar y venas de carpos, metacarpos y falanges. Estos sitios se asocian con mayor incomodidad, dificultad para la fijación, limitación funcional, mayor riesgo de flebitis, extravasación, desplazamiento del catéter o complicaciones infecciosas. Por esta razón, solo deben emplearse cuando las opciones verdes y amarillas no sean viables o en situaciones clínicas especiales.

COMPLICACIONES

- Infiltración.
- Extravasación.
- Trombosis.
- Tromboflebitis.
- Flebitis post-infusión.
- Flebitis mecánica.
- Flebitis química.
- Flebitis bacteriana.
- Embolia gaseosa.
- Bacteriemia.
- Infección.
- Hematomas.

- Obstrucción del catéter.
- Disconfort (cambio en la localización catéter, limitación de movimiento)
- Síndrome compartimental.

CRITERIOS PARA CLASIFICAR LA FLEBITIS

Escala de valoración visual de flebitis Maddox

L.E. ALEX SANTIAGO

Es una herramienta que se utiliza para evaluar la gravedad de la flebitis en pacientes con catéteres intravenosos periféricos. La escala fue desarrollada en 1977 por el farmacéutico Richard Leach Maddox

yoameoenfermeriablog.com

Sin dolor, eritema, hinchazón ni cordón venoso palpable		0 Sin signos de flebitis que se OBSERVEN en el sitio de inserción. 😊
Dolor sin eritema, sin hinchazón. ni cordón palpable en la zona de punción.		1 Posible signo de flebitis, OBSERVE punto de inserción 😐
Dolor con eritema y / o hinchazón sin cordón venoso palpable en la punción.		2 Inicio de flebitis retirar el catéter. 😞
Dolor, eritema, hinchazón <u>endurecimiento</u> o cordón venoso palpable < 6 cm por encima del sitio de punción		3 Etapa media de flebitis RETIRAR catéter y valorar tratamiento. 😞
Dolor, eritema, hinchazón <u>endurecimiento</u> o <u>cordón venoso palpable</u> < 6 cm por encima del sitio de punción, purulencia		4 Avanzado estado de flebitis RETIRAR catéter y valorar tratamiento. 😞
<u>Trombosis venosa franca</u> con todos los signos anteriores y dificultad o detección de percusión		5 Tromboflebitis RETIRAR catéter el iniciar tratamiento. 😞

Fuente: Alex Santiago, L. E. (s. f.). Escala de valoración visual de flebitis Maddox [Infografía]

Referencias Bibliográficas.

- Gómez R., R. (2007). *Protocolo de cateterismo venoso periférico*. ESE Hospital Universitario de Santander; Escuela de Enfermería, Universidad Industrial de Santander.
- Díaz, M. (s. f.). *Guía de manejo de venopunción*. Sociedad Médico Quirúrgica La Cien S.A.
- Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. (2004). *Guía para la prevención, control y vigilancia epidemiológica de infecciones intrahospitalarias: Dispositivos intravasculares*. Bogotá, Colombia.
- Hospital General Universitario Gregorio Marañón. (2014). *Manejo de catéteres venosos periféricos*.
http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3Dmanejo_de_cat%C3%A9teres_venosos_perif%C3%A9ricos.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DHospitalGregorioMara%C3%B1%C3%B3n&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352862946346&ssbinary=true
- Fundación Cardiovascular de Colombia. (2019). *Guía de venopunción periférica*.
- Instituto Nacional de Salud. (2017). *Protocolo de vigilancia en salud pública: Infecciones asociadas a dispositivos*. <https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/PRO-Infecciones-asociadas-dispositivos.pdf>
- Esquivel-Garzón, N., Parra, D. I., Camargo-Figuera, F. A., & Rojas, L. Z. (2024). *Flebitis en pacientes adultos con catéter venoso periférico*. *Index de Enfermería*, 33(4), e14885.
<https://doi.org/10.58807/indexenferm20247057>
- Silva, A. M., Ribeiro, R. C. H. M., & Faria, J. I. L. (2022). *Complicaciones relacionadas con el uso del catéter venoso periférico en adultos hospitalizados*. *Cogitare Enfermagem*, 27, e87277.
<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/87277>
- Infusion Nurses Society. (2024). *Infusion therapy standards of practice* (9th ed.).
https://www.ins1.org/publications/infusion-therapy-standards-of-practice/?utm_source

LISTA DE CHEQUO PARA LA GUÍA DE PROCEDIMIENTOS BÁSICOS DE ENFERMERÍA NO 11: CATETERISMO VENOSO PERIFÉRICO.

OBJETIVO:

Lograr que el estudiante de enfermería de UNISANGIL realice el procedimiento de enfermería cateterismo venoso periférico con apoyo del simulador y el fundamento científico que soporta la intervención.

DEFINICIÓN:

Es la inserción de un catéter con técnica aséptica, en una vena periférica del sistema circulatorio.

En el listado de parámetros presentado a continuación, señale con un “SÍ” cuando el estudiante realiza totalmente y sin dificultad lo descrito en cada paso y con “NO” cuando olvida total o parcialmente lo descrito, lo realiza con dificultad o necesita ayuda.

PARÁMETROS	SI	NO
• Verifica la orden de la terapia intravenosa. • Identifica el paciente • Explica el procedimiento a la persona. (reduce ansiedad) • Solicita el consentimiento verbal. • Prepara todos los insumos para el procedimiento. • Realiza lavado de manos. • Utiliza todos los EPP (guantes, gafas, bata, gorro) • Coloca al paciente en una posición cómoda. • Prepare la solución según prescripción médica. Para el armado correcto del equipo, verifique que esté completo y en buen estado, conecte la bolsa de solución al buretrol y posteriormente el buretrol al equipo de venoclisis. Agregue la cantidad de solución indicada dentro del buretrol y purgue el sistema hasta eliminar completamente el aire. Verifique que las llaves se encuentren abiertas para permitir el paso adecuado de la solución y confirme que el sistema tenga flujo continuo, sin fugas y con conexiones seguras antes de conectarlo al paciente. Para finalizar, marque con fecha y hora. • Selecciona el sitio de venopunción, teniendo en cuenta la guía		

visual: ubicaciones recomendadas para catéteres.

- Coloca el torniquete para visualizar la vena que va a puncionar, retírelo cuando la identifique.
- Seleccione bránula adecuada según la edad, contextura de la persona y calibre de la vena.
- Realiza el cambio de los guantes
- Limpia el área a puncionar, aplique alcohol con movimientos de rotación y fricción del centro a la periferia, deje secar y no vuelva a tocar.
- Coloca torniquete 5-10 cm por encima del presunto sitio de punción.
- Realiza la punción de la piel colocando la guía del catéter en ángulo de 15 y 30° grados (dependiendo de la profundidad de la vena) con bisel hacia a arriba e introduzca hasta perforar la vena. Cuando la venopunción es fallida en dos oportunidades deseche la bránula y solicite ayuda.
- Cuando obtenga retorno de sangre retire parcialmente la guía y al mismo tiempo avance el catéter hasta introducirlo completamente en la vena, en ángulo de 15 grados.
- Suelta el torniquete
- Aplica presión digital suave por encima de la piel, a nivel de la punta del catéter, mientras retira totalmente la guía, evitando la salida de sangre.
- Conecta el equipo de venoclisis previamente purgado o el catéter heparinizado y verifica permeabilidad de la vena.
- Limpia y seque por completo los residuos de solución o sangre que hayan quedado en la unión del catéter y la piel de la persona.
- Verifica la correcta colocación del Tegaderm, el apósito debe fijarse sin pliegues y vigilarse periódicamente, cambiándolo si se encuentra húmedo, sucio o despegado. En caso de no disponer de Tegaderm, el catéter podrá fijarse con micropore, colocando una capa entre la piel y el catéter, otra entre la piel, la bránula y el equipo, y una última sobre el equipo para reforzar la sujeción.
- Rotula o marca el sitio, con fecha y hora, calibre del catéter, servicio y nombre de quien realiza el procedimiento.

• Ajusta la velocidad de los líquidos parenterales según orden médica. • Observa si el paciente presenta alguna reacción local de extravasación o general de hipersensibilidad a la sustancia administrada. Vigila frecuentemente el sitio de inserción en busca de complicaciones. • Si coloca el catéter heparinizado salinízalo con 2cc de solución salina. • Explica a la persona los cuidados que debe tener con su vía venosa. Da educación al paciente • Descartar residuos de acuerdo al código de colores establecido en la institución. • Deja el sitio ordenado y limpio. • Lava el torniquete que usó con abundante agua y jabón, límpielo con alcohol etílico al 70%. • Realiza lavado de manos • Registra en la nota de enfermería.		
OBSERVACIONES:		
FIRMA DEL ESTUDIANTE:		
FIRMA DEL DOCENTE EVALUADOR:		

CONTROL DE CAMBIOS

VERSION	FECHA DE REVISION	ELABORADO POR	REVISADO POR
1		Hernando Parra Reyes. Enfermero PDA. Unisangil	Enf. Eulalia Medina Díaz. Directora del programa de Enfermería.
2	2009	Mónica Marcela Tamayo Ramírez. Enfermera PDA Unisangil.	Enf. Eulalia Medina Díaz. Directora del programa de Enfermería.
3	2011-1	Graciela Olarte Rueda. Estudiante de gerencia en los servicios de salud I	Enf. Consuelo González. Coordinadora Proceso Básico 2011-1
4	2017-2	Tania Melisa Arguello P. Estudiante cuidado en los servicios de salud I.	Enf. Graciela Olarte Rueda. Docente Proceso Básico
5	2019-1	Laura M. Perez, Eliana Mancilla, enfermera PDS	Enf. Graciela Olarte Rueda. Asesora
6	2021-2	Julieth Paola Cala, Nicolás Pereira Buenahora. Estudiantes cuidado en los servicios de salud II	Enf. Luisa Fernanda Barrera Medina. Directora Programa de Enfermería, Asesora
7	2022-2	Laura Daniela Sánchez Rondón, Lizeth Daniela Calderón Rodríguez. Estudiantes cuidado en los servicios de salud II	Enf. Luisa Fernanda Barrera Medina. Directora Programa de Enfermería, Asesora
8	2024-1	Edgar Esneider Arenas Anaya – Laura Jimena Castro Enfermeros PDS 2024-1.	Enf. Rosa Ernestina Villarreal Pérez. Directora Programa de Enfermería (e).
9	2026-1	Juan Manuel Rueda Barrera – Juliana Dueñas Santana. Enfermeros PDS 2026-1.	Dra. Jenny Carolina Araque Castillo Decana UNISANGIL Asesora

