

## ESTUDIO DE VARIABLES QUE INFLUYEN EN LA INDICACIÓN DE VÍA SALINIZADA EN LA ZONA AMBULATORIA

Marta Ferrero Ferrero, M<sup>a</sup> Luz Hernáez Ventades, Yolanda López Puente, Silvia Trapaga Hermosilla, Ana Uriarte Díaz, María Veiga Díaz  
Servicio de Urgencias. Hospital de Galdakao. Bizkaia

### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La canalización de vías venosas periféricas es uno de los procedimientos invasivos que con más frecuencia se practican en los Servicios de Urgencias.

Desde que hace años se hiciera habitual la práctica de mantener los catéteres periféricos con solución salina, hemos ido percibiendo un aumento significativo en el número de vías salinizadas canalizadas en la zona ambulatoria del Servicio de Urgencias, y que el número de las no utilizadas, y por tanto innecesarias, era elevado.

Decidimos entonces realizar un estudio observacional descriptivo (Utilidad de la vía salinizada en el área ambulatoria del Servicio de Urgencias del Hospital de Galdakao, febrero 2004), con el objetivo de conocer la utilidad terapéutica de las vías salinizadas canalizadas a los pacientes que acudían al Servicio de Urgencias y permanecían en la zona ambulatoria (sala de espera y no encamados).

Los resultados del estudio revelaron que un elevado porcentaje de las mismas no llegaron a utilizarse.

La indicación médica de canalizar una vía venosa periférica debe tener un fin terapéutico, urgente o no, en función de la sintomatología que presente el paciente, o de la valoración inicial. Es habitual, en los Servicios de Urgencias, la sobrecarga asistencial, la imposibilidad de una valoración exhaustiva del paciente de forma inmediata, y la adopción de medidas de previsión ante posibles complicaciones o de que el paciente vaya a ser ingresado en hospitalización y precise tratamiento EV.

De ahí la tendencia a "aprovechar" la venopunción para la extracción de sangre para dejar canalizada una vía salinizada.

Pero debemos tener en cuenta que portar una vía salinizada innecesaria, además de suponer una incomodidad para el paciente, puede ser fuente de complicaciones, aumentar el riesgo de morbilidad en el personal de enfermería, y conlleva un aumento del coste económico, un coste de "mala calidad". Es por ello que estamos obligados a una mejor selección de las indicaciones de dicha práctica.

Creemos que establecer unos criterios sobre la indicación de la vía salinizada puede ayudarnos a minimizar un uso inadecuado de las mismas. Por ello hemos decidido realizar este trabajo, un estudio de las variables que influyen en la indicación de vía salinizada en la zona ambulatoria.

La presentación en forma gráfica (póster) creemos supondrá una herramienta útil, por la rápida visualización de la información, a la hora de prescribir una vía salinizada.

### METODOLOGÍA

El estudio se realizó en el Hospital de Galdakao, hospital de referencia de la comarca sanitaria del interior de Bizkaia, que da cobertura de asistencia especializada a cerca de 300.000 habitantes.

Para el área de estudio se eligió la zona ambulatoria del Servicio de Urgencias. Esta zona abarca las Urgencias de Medicina, Traumatología, ORL, Ginecología, Urología, Vascular, Psiquiatría y Cirugía que, por su gravedad, no precisan encamamiento. En esta zona trabajan 3 enfermeras en los turnos de mañana y tarde y 2 en el turno de noche.

La población a estudio estuvo constituida por pacientes de ambos sexos que acudieron al Servicio, durante el mes de febrero de 2004, por diferentes patologías y que, una vez valorados en el área de clasificación o triaje, podían permanecer en esta zona.

La muestra estuvo conformada por 100 pacientes, a los que se abordó con una vía salinizada, siempre por prescripción médica.

Se diseñó una hoja de recogida de datos en la que se registraron los siguientes parámetros :

- Sexo : hombre o mujer.
- Edad : en años.
- Motivo de consulta.
- Valoración facultativa previa : señalándose si se había valorado al paciente antes de la indicación de la vía salinizada.
- Categoría del facultativo : diferenciándose adjunto o MIR.
- Potencial riesgo quirúrgico : definido tras la valoración médica.
- Intolerancia oral y/o indicación de dieta absoluta.
- Extracción de analítica : anotando si se realizó durante el procedimiento de canalización de la vía salinizada.
- Tratamiento intravenoso administrado.
- Destino del paciente una vez abandonada la zona ambulatoria : alta a domicilio, boxes, área de observación u hospitalización.
- Dolor : utilizando como sistema de medida la escala analógica del dolor, una variante de la escala analógica visual del dolor, que consiste en pedirle al paciente que sitúe la intensidad de su sensación dolorosa en una escala del 0 (ausencia de dolor) al 10 (dolor insoportable). Se establecen tres subcategorías : leve (dolor de 1-3), moderado (dolor de 4-6) e intenso (dolor de 7 o mayor).

Los datos recogidos fueron procesados mediante la base de datos Microsoft Access.

El procesamiento estadístico se llevó a cabo mediante el programa SPSS.

## RESULTADOS

El estudio pone de manifiesto que un 37% de las vías venosas canalizadas no fueron utilizadas :

- El 23% no fueron utilizadas y además los pacientes no presentaban intolerancia oral y/o indicación de dieta absoluta, riesgo quirúrgico, dolor >7, previsión de ingreso ni fiebre.
- El 9% no se utilizaron pero los pacientes quedaron ingresados.
- El 5% no se utilizaron, los pacientes fueron dados de alta, pero presentaban fiebre o referían dolor durante su permanencia en el Servicio de Urgencias.

Respecto al tratamiento administrado, a un 35% de los pacientes se les administró analgésicos EV, a un 7% antiulcerosos, a un 6% analgésicos EV más antiinflamatorios IM y a un 15% otra medicación EV (corticoides, antieméticos...).

En el 89% de los casos se extrajo la analítica al canalizar la vía salinizada. A un 8% se le extrajo la analítica mediante venopunción con Vacutainer, precisando más tarde una segunda venoclisis : el 7% para administración de tratamiento EV y un 1% por ingreso hospitalario. A un 3% de los pacientes se les canalizó una vía venosa sin precisar extracción de analítica.

Un 85% de los pacientes había sido valorado por un médico antes de la prescripción de la vía salinizada. Al 15% restante el facultativo prescribió la vía salinizada basándose únicamente en los motivos de consulta registrados.

El 54% de los pacientes fue valorado por un médico adjunto y el 46% restante fue valorado por un MIR.

El 85% de los pacientes no presentaban ningún problema de tolerancia oral. El 15% restante presentaba intolerancia oral (nauseas, vómitos y/o disfagia) y/o indicación de dieta absoluta, y/o existía un riesgo de posible intervención quirúrgica. El 100% de estos pacientes acabaron siendo portadores de una vía salinizada :

- Al 86,67% se les extrajo analítica y se canalizó el acceso venoso en una sola venoclisis.
- El 13,33% restante precisó una segunda venoclisis (tras previa extracción de analítica con vacutainer) para canalización de una vía salinizada para administración de tratamiento intravenoso.

El 100% de los pacientes que acudían al Servicio de Urgencias por fiebre fueron portadores de una vía salinizada, que se utilizó en el 100% de los casos.

Un 73% de los pacientes que acudían por dolor :

- El 15% refirió dolor leve (de 1 a 3 según escala analógica del dolor). Al 60% se le administró analgesia EV y al 40% restante no. En ningún caso se precisó una segunda venoclisis para tratamiento EV.
- El 38% refirió dolor moderado (de 4 a 6). Al 55,26% de estos pacientes se les administró analgésicos EV y al 44,74 restante no. Un 7,89% precisó una segunda venoclisis para tratamiento EV.
- El 20% refirió dolor severo (de 7 a 10). Al 100% de estos pacientes se le administró analgesia EV. A un 15% de estos pacientes hubo que canalizarles una vía venosa para tratamiento EV cuando ya se las había practicado una venopunción con Vacutainer para la extracción de analítica. A otro 15% se le canalizó la vía únicamente para analgesia EV, sin precisar extracción de analítica.

## DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio revelan que un 37% de las vías salinizadas no llegaron a utilizarse y que un 23% además no cumplían ninguno de estos criterios a la hora de la prescripción : intolerancia oral y/o indicación de dieta absoluta, riesgo quirúrgico, dolor >7 (referido por el paciente según escala analógica del dolor), previsión de ingreso, tratamiento EV ni fiebre.

En los estudios realizados por Velasco Díaz et. al, Robles García et. al, Prieto Muñoz et. al y Henderson RA et. al (3,5,6 y 7) se determina el número de vías venosas no utilizadas para tratamiento EV (incluida sueroterapia), definiendo estos accesos venosos como innecesarios o inadecuados. El porcentaje de vías inadecuadas es similar en todos ellos.

Otros estudios, como los de Morata Huerta et. al y Nieto Galeano et. al (14 y 15), establecen como criterios de adecuación de la vía venosa los siguientes :

- Administración de medicación EV.
- Ingreso del paciente.
- Extracción seriada de sangre durante su permanencia en el Servicio de Urgencias.

Pero a la vista de los resultados del presente estudio consideramos que una vía salinizada es adecuada cuando se cumple al menos uno de los siguientes criterios :

- Intolerancia oral y/o indicación de dieta absoluta.
- Riesgo quirúrgico.
- Dolor >7 (referido por el paciente según EAD).
- Previsión de ingreso.
- Tratamiento EV.

- Fiebre.

Aplicando estos criterios a la hora de prescribir la vía salinizada se hubiera evitado que el 23% de los sujetos de este estudio fuera portador de una vía venosa periférica innecesaria.

El estudio no refleja la proporción de las consecuencias que conlleva una vía salinizada inadecuada :

- Riesgos iatrogénicos.
- Coste económico.
- Aumento de cargas de trabajo para el personal de enfermería.
- Prolongación del tiempo de estancia en el Servicio de Urgencias.
- Molestias, estrés (los pacientes identifican la canalización de la vía venosa con gravedad y probabilidad de ingreso) e incomodidad para el paciente.
- Tiempo de enfermería restado a otros pacientes.

## CONCLUSIONES

Los datos obtenidos nos obligan a cambiar la sistemática de trabajo, por lo que sería conveniente, teniendo en cuenta las limitaciones metodológicas del presente estudio, elaborar una guía clínica de indicación de vía salinizada en urgencias teniendo en cuenta los criterios evaluados en el mismo. Consideramos imprescindible además la difusión y utilización de la misma. Sólo así se conseguía reducir el número de vías venosas inadecuadas y aumentar la calidad de nuestros cuidados.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Huth E. J. Cómo escribir y publicar trabajos en ciencias de la salud. Masson-Salvat. 1992.
- 2.- Hulley S.B., Cummings S.R. Diseño de la investigación clínica.
- 3.- Velasco Díaz L, Fernández González B, García Ríos S, Hernandez del Corro E. Evaluación de las vías de acceso venoso innecesarias en un Servicio de Urgencias. Med Clin 2000; 114(3):89-90.
- 4.- Manzanera Saura J.T., Muñoz Gimeno L, Fernández Abellán P, Mengual Cos M, Cruzado Quevedo J.A., Leiva Gutiérrez A. Estudio inicial sobre la adecuación de vías venosas en el Servicio de Urgencias Hospitalario. Enfermería Global 2002.
- 5.- Robles-García M, Ceballos B, Rodríguez-Lera M.J., Piedra L, Sánchez-Ortiz S, Botero K. Factores asociados a la adecuación de la utilización de vías venosas en el Servicio de Urgencias. Calidad Asistencial 2004;19(2):83-87.
- 6.- Prieto Muñoz M.C., García Muñoz M.P., Márquez Malo M.C., Pertejo Rodríguez T, Tabares Valentín M. Accesos venosos periféricos en un Servicio de Urgencias, ¿Son siempre necesarios?. Ciber-Revista 2004 (19).
- 7.- Henderson r.A., Thomson D.P., Bahrs B.A., Norman M.P. Unnecessary intravenous access in the emergency setting. Prehosp Emerg Care. 1998;2:312-316.
- 8.- Carducci B, Stein K. Intravenous maintenance with a saline lock intermittent infusion device in the prehospital environment. Prehospital disaster Med 1994;9(1):67-70.
- 9.- Oliva Contero J.P., Tovar Fernández M.M., Cárdenas Rodríguez M, Valero Linares C, Pérez Polainas E. Repercusión económica de catéteres venosos periféricos en un Servicio de Urgencias. Enferm Clínica 2003;13(2):87-93.
- 10.- Boyle M.F., Kuntz B. Saline locks in prehospital care. Prehospital Disaster Med 1994;9(3):190-192.
- 11.- Granados Gámez F, Granados Gámez G, Gómez Rubio J, Caparrós Crtés G, Pícher Vidal D, Gómez Gómez P. Concordancia entre los valores analíticos de las muestras de sangre extraídas a través de catéter periférico y las de punción directa. Enferm Clínica 20003;13(1):1-6.
- 12.- Parenti C.M., Lederle F.A., Impola C.L., Peterson L.R. Reduction of unnecessary intravenous catheter use. Internal medicine house staff participate in a successful quality improvement project. Arch Intern Med 1994; 154(16):1829-32.
- 13.- Suñol L, Valls E, Salvador I. Catéteres instaurados sin utilidad en un Servicio de Urgencias. Med Clin 2001;116:158-159.
- 14.- Morata Huerta C, Lillo Tejeda P. Utilización de vías venosas en urgencias. Ciber-Revista 2003;14.
- 15.- Nieto Galeano J, Moreno Cano S, Vicente Paños E, Fernández Bejarano J.A., García Moreno A, Rodríguez Almodóvar a.I., Sáchez Fernández T, Serrano Amores L, García Alcalde M.G. Canalización de vías periféricas en urgencias. Indicador de calidad. Ciber-Revista 20004;24.
- 16.- Peiró S. Demasiadas vías muertas : dos de cada cinco vías de acceso venoso en urgencias hospitalarias son innecesarias. Gestión Clínica y Sanitaria 2000;2(1):16