

TRABAJO FIN DE GRADO (CURSO
ADAPTACIÓN A GRADO EN ENFERMERÍA)

FLEBITIS Y OTRAS COMPLICACIONES
SECUNDARIAS A CATÉTER VENOSO
PERIFÉRICO EN EL PACIENTE GERIÁTRICO

SILVIA PRADES PITARCH
TF.: 649992355

FLEBITIS Y OTRAS COMPLICACIONES SECUNDARIAS A CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO EN EL PACIENTE GERIÁTRICO

INTRODUCCIÓN

El Hospital donde se encuentra alivio para innumerables dolencias supone siempre un riesgo. El peligro está directamente relacionado con el número de procedimientos invasivos que un enfermo concreto ha de sufrir para alcanzar un diagnóstico y una terapéutica correcta.

La terapia intravenosa se utiliza con una gran frecuencia en los pacientes hospitalizados cuyos fines son la administración de líquidos, aporte calórico y medicamentos.

Las flebitis asociadas a los catéteres venosos periféricos (CVP), aunque habitualmente no dan complicaciones graves ni incrementan la mortalidad, aumentan la morbilidad de los pacientes que las padecen.

Los factores relacionados con el desarrollo de flebitis causadas por CVP han sido objeto de un importante número de estudios, pero no están totalmente esclarecidos.(4,5). Se ha observado que existe relación entre la aparición de flebitis y el material de elaboración, (6) el tamaño y la longitud,1 el tiempo de permanencia (1,8) y la técnica de colocación y de mantenimiento de los catéteres intravenosos periféricos (1,8,12). Es conocido también que la edad avanzada, el sexo femenino, la raza blanca y la presencia de determinados procesos subyacentes como la hipoalbuminemia o la neutropenia favorecen el desarrollo de flebitis causadas por CVP.(1,7).

Pero los factores más importantes que se asocian con el desarrollo de las flebitis son las relacionadas con la sustancia administrada a través del catéter. Tales factores son los más fácilmente modificables por que pueden ser evitados o manejados de otro modo. De hecho algunos antibióticos como la cloxacilina y la eritromicina desencadenan una respuesta inflamatoria al entrar en contacto con las células endoteliales a través de la expresión de la molécula de adhesión celular (1,11). La administración y el tiempo de perfusión de los medicamentos intravenosos como el cloruro potásico, los

barbitúricos, la fenitoína, los agentes quimioterápicos o algunos antibióticos como la vancomicina, anfotericina B y muchos betalactámicos (7,12). se han asociado con las flebitis por CVP.

Durante los últimos 20 años han ocurrido cambios apreciables en el campo de la cateterización venosa. Por un lado, se han introducido materiales plásticos menos lesivos y proclives a la colonización bacteriana, al mismo tiempo que se han reducido considerablemente el calibre de las cánulas periféricas. Por otro lado, los profesionales han realizado un gran esfuerzo en la estandarización de protocolos con el fin de minimizar los riesgos de la terapia intravenosa. Estas circunstancias parecen haber reducido la incidencia de las complicaciones derivadas de este procedimiento o, al menos, su gravedad.(13)

El paciente Geriátrico presenta especiales características en el que confluyen por un lado, los aspectos intrínsecos del envejecimiento fisiológico, declinar paulatino de la funcionalidad de órganos y sistemas, disminución de la reserva funcional y alteración a precario de la homeostasia del organismo, aumentando de la vulnerabilidad ante situaciones de estrés o enfermedad y, por otro lado, la especial forma de presentación de la enfermedad en este grupo etario, hace necesaria una modificación de los modelos de valoración clínica o biológica.(10).

El alto grado de yatrogenia que tiene este grupo de enfermos, es de 3 a 5 veces mayor que en adulto,(12) y los frecuentes efectos secundarios que presentan, debidos fundamentalmente a la polifarmacia y a las especiales características farmacocinéticas y farmacodinámicas, con modificación de la composición corporal que condicionan.(11) variaciones de la fracción libre de los fármacos, así como déficits en el metabolismo hepático y la eliminación

Las características del paciente geriátrico, el volumen de infusión de los líquidos y los tratamientos con antibióticos flebotóxicos, suelen ser, en general, menos agresivos. Las venas, normalmente, presentan menor calibre y más facilidad para la extravasación.

OBJETIVO PRINCIPAL

Prevalencia de flebitis asociada a catéteres en pacientes geriátricos, ingresados en el Servicio de Geriátrica del Hospital Provincial Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza.

OTROS OBJETIVOS

- Determinar las posibles causas de flebitis.
- Determinar los factores que hacen que una venoclisis pueda ser más efectiva y duradera en buenas condiciones.
- Disminuir la tasa de flebitis, extravasaciones y otras complicaciones derivadas.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio transversal, prospectivo identificando todos los episodios de flebitis o extravasación en pacientes ingresados en el Servicio de Geriátrica del Hospital Provincial Nuestra Señora de Gracia de Zaragoza, desde el 1 de Marzo al 9 de Mayo.

Recogida de datos en ficha donde constan:

los datos del paciente: 1. Patología de base (clasificación Mc Kabe y Jackson.(20)

2. Sexo.

3. Signos de flebitis.

Datos de la bránula: 1. Calibre.

2. Lugar inserción.

3. Nº de días de permanencia hasta aparición

de los signos de flebitis.

Medicación flebotóxica .

Tenemos que reseñar que los tratamientos con fluidoterapia no son tan prevalentes como en las Unidades de Medicina Interna u otros Servicios similares y que el número de camas es de 40.

Se utilizaron catéteres intravenosos de tres calibres*****
Equipo estandar de infusión por gravedad
Alargadera con llave de tres pasos .

De forma general el calibre del catéter, el lugar de inserción fueron elegidos a criterio del Enfermero y bajo los protocolos de "Medidas Profilácticas de infección por catéteres parenterales".

La fluidoterapia y medicación a infundir fueron los indicados, en Orden de Tratamiento, para cada paciente según su patología.

RESULTADOS

Total CVP insertados 87.

Del total de los 87 catéteres en 20 ocasiones se desarrolló una flebitis (23%).

1.- Distribución por sexo

Total Mujeres 47 54%

Total Hombres 40 56%

SEXO	CON FLEBITIS	SIN FLEBITIS
MUJERES	10 50%	37 55%
HOMBRES	10 50%	30 45%

2.- Distribución por edad

EDAD EN AÑOS	CON FLEBITIS	SIN FLEBITIS
100	1 5%	0
80-99	7 35%	31 46%
70-89	9 45%	25 37,3%
50-69	3 15%	11 16,5%
TOTAL	20	67

3.- Enfermedad de base.

N.F.A. No fatal agudo
N.F.C. No fatal crónico
U.F. Últimamente fatal

E. DE BASE	CON FLEBITIS	SIN FLEBITIS
N.F.A.	5 25%	13 19,4%
N.F.C.	12 60%	26 38,8%
U.F.	3 15%	28 41,8%
TOTAL	20	67

4.- Distribución según el punto de inserción

PUNTO INSERCIÓN	CON FLEBITIS	SIN FLEBITIS
DORSO MANO	5 25%	10 15%
ANTEBRAZO	6 30%	39 58,2%
FLEXURA CODO	2 10%	6 9%
MUÑECA	7 35%	12 18%
TOTAL	20	67

5.- Distribución según calibre catéter

** 20	13 65%	25 38,3%
22	7 35%	37 55,2%
24	0	5 7,5%
TOTAL	20	67

6.- Tratamiento endovenoso

TRATAMIENTO	CON FLEBITIS	SIN FLEBITIS
ANTIBIÓTICOS	17 85%	36 54%
CORTICOIDES	3 15%	19 28,3%
OTROS	0	12 18%
TOTAL	20	67

7.- La media de días desde la inserción del CVP hasta la aparición de la flebitis fue de 2,5 días.

CONCLUSIONES

La flebitis secundaria a CVP sigue siendo una yatrogenia que nos acompaña constantemente, puede presentarse durante la perfusión o después de ella.

En nuestro estudio la flebitis afectó al 23% de los portadores de un CVP. Este porcentaje está dentro de las frecuencias de otros estudios. (13)

Se encontró diferencia significativa en la variable "calibre del catéter". La prevalencia de flebitis está directamente relacionada con el calibre. A mayor calibre mayor % de flebitis. Este hecho, se debe a que el grosor de la bránula reduce el calibre funcional del vaso y el flujo venoso se ve interrumpido. (14, 15)

El tratamiento intravenoso que podemos considerar de riesgo es el antibiótico con un 85% de los casos que presentaron flebitis. Dicho de otra forma el 32% de los pacientes a los que se les prefundieron antibióticos por vía venosa desarrolló flebitis. (16).

Dato curioso es el día de la aparición de la flebitis tras la inserción del CVP: 2,5.

Finalmente no se pudieron recoger datos fiables sobre el número de extravasaciones y otras complicaciones derivadas.

Estos datos nos ofrecen una gran similitud con el resto de estudios elaborados con la práctica de la infusión venosa en el paciente de Medicina Interna y otros tipos de pacientes similares. Hay que mencionar la muestra reducida que se ha obtenido dado el apremio temporal, fundamental para la fiabilidad de los datos, por ello se cree necesario seguir haciendo cortes que se pueden comparar entre ellos tras la implementación de los protocolos pertinentes.

Quizá estuviera indicada la utilización de catéteres de menor calibre, dado que el paciente Geriátrico no necesita perfusiones de gran volumen y parece demostrado que el calibre tiene gran influencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Protocolo: catéter corto o cánula venosa. Inserción, mantenimiento y retirada. Hospital de Santa Creu y San Pau. Barcelona, junio de 1999.
2. Catéteres venosos de acceso periférico. Revista Rol 1997, sept. 229 G7-72.

3. Flebitis: complicaciones en los catéteres intravenosos y contaminación microbiana. Revista Rol Septiembre 1987.
4. Center for Diseases Control Working Group. Guideline for Prevention of intravascular device-related infections. Am J Infection Control 1996; 24: 262-93.
5. Gamen JS et al. CDC definitions for nosocomial infections, 1988. Am J Infect Control 1988; 16: 128-140.
6. Proyecto EPINE 1997. Sociedad Española de Higiene y Medicina Preventiva. Madrid 1997.
10. Rubenstein LZ, Josephson KR, Wieland D, Englis PA, Sayre SA, Kane RL.
of a geriatric evaluation unit. A randomized clinical trial. N Engl J. Med 1984; 311: 1664-1670
11. Barber JH, Wallis JB. A postal screening questionnaire in preventive geriatric
Care. J Royal General Practitioners 198;30: 49-51
12. Martin Brun M, Suarez Del Villar T, Molina Cabañero A. El anciano frágil en la
Comunidad. Rev Española de Geriátría- Gerontología 1997;32 (NM1):39-45.
13. Mc Kabe WR, Jackson G.G. Gram-negative Bacteriemia. I. Etiology Acology. Arch Inter Med. 1962; 110: 847-855.
14. Martinez JA, Fernández P, Rodriguez E, Sobrino J, Torres M, Nubiola, et al. Cánulas intravenosas: complicaciones derivadas de su utilización y análisis de los factores predisponentes. Med. Clinica (Barcelona) 1994; 103: 89-93.
15. Alhorne P. et al.; Techniques des perfusions veineuses chez l'adulte Encycl. Med. Chir. Paris; Therapeutique; 2004; -25951 A 10: 8-10.
16. Millian D.A.; Activación ante las complicaciones del tratamiento intravenoso. Nursing (edición española) Octubre 1988; 6 (8): 14-22.