



ADMINISTRACIÓN - GESTIÓN - CALIDAD

ESTUDIO INICIAL SOBRE LA ADECUACIÓN DE VÍAS VENOSAS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

***Manzanera Saura, J.T.; *Muñoz Gimeno, L.; *Fernández Abellán, P.; **Mengual Cos, M.; **Cruzado Quevedo, J.A.; **Leiva Gutiérrez, A.**

*Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia). ** Hospital Santa María del Rosell (Cartagena). Hospital Universitario Morales Meseguer (Murcia).

Este proyecto ha sido becado por la Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia (BORM 27 de febrero de 2001; nº de proyecto 01/06)

RESUMEN

Fundamento: Determinar la proporción de vías venosas practicadas en urgencias a los pacientes y relacionar su posible inadecuación. (Validando el costo innecesario que conllevaría).

Metodología: Estudio concurrente, de todos los pacientes con acceso venoso realizado en urgencias durante 1 mes en los servicios de urgencias hospitalarios de. HUVA, HMM, H ST^a M^a del Rosell.

Una vez efectuadas todas las relaciones estadísticas se valorarán los posibles medidas a llevar a cabo por el equipo investigador y su posible puesta en marcha en los diferentes centros participantes en el estudio.

INTRODUCCIÓN

En urgencias la práctica de accesos venosos es un procedimiento muy frecuente. Esta técnica se realiza bien con fines terapéuticos (en la mayoría de los casos) y/o a veces solamente diagnósticos.

¿A cuántos pacientes en urgencias se les practica un acceso venoso?. Realmente no sabemos este dato concreto en nuestro entorno, aun menos ¿cuántos son innecesarios? Esta respuesta no es sencilla, pues habrá que valorar varios parámetros para su definición correcta: ¿Qué acceso venoso es innecesario?

En los servicios de urgencias hospitalarios se da una situación de bastante intensidad terapéutica. Por su rapidez y eficacia es elegida la terapia intravenosa (IV) como vía de elección en urgencias. Ahora bien ello es realizado por los profesionales sanitarios, generalmente sin tener muy en cuenta la opinión del paciente. Esta situación genera una elevada actividad terapéutica que conlleva asociada en muchas ocasiones un gasto material y de personal innecesario, pudiéndose utilizar otra vía alternativa para aplicar el tratamiento.

Sin embargo no debemos olvidar que dicha terapéutica (acceso venoso) no está exenta de riesgos y problemas. Por ejemplo es más sencillo y fácil realizar una extracción sanguínea de la forma tradicional (jeringa y aguja), que a través de un catéter venoso. También es más barato y menos doloroso para el paciente.

Todo esto nos lleva a la realización de este estudio, en tanto en cuanto no existen datos concretos sobre cuantos pacientes llevan vía venosa en urgencias, qué uso se ha realizado de dicha vía venosa, gasto inferido, etc.

En nuestra región y en nuestra zona, prácticamente la totalidad de los pacientes que pasan a sala de observación (camas) llevan o se les canaliza una vía venosa, aun cuando un alto porcentaje de ellos es dado de alta tras varias horas de observación.

También en las áreas de clasificación o "triage" de los servicios de urgencias se canalizan muchas vías venosas, pensando en su posterior utilidad y realizando dicha técnica aprovechando "ya que" se le tiene que extraer sangre para analítica. Aquí en esta zona es donde creemos existe un mayor riesgo de "no utilización" del acceso venoso correctamente, pues suelen realizarse menos ingresos y la mayor parte de pacientes que son atendidos diariamente suelen irse de alta a su domicilio.

OBJETIVOS

- Evaluar el porcentaje de pacientes a los cuales se les realiza un acceso venoso en urgencias.
- Detectar la adecuación de la utilización de vías venosas en un servicio de urgencias hospitalario.
- Identificar su repercusión en cuanto a coste económico (tanto material como de personal) en el hospital.

MATERIAL Y MÉTODO

HIPÓTESIS:

- Elevado porcentaje de pacientes con acceso venoso inadecuado en urgencias.
- Proporción de pacientes con vías venosas adecuadas en urgencias.

SUJETOS DE ESTUDIO: Todos los pacientes a los que se les practique un acceso venoso en nuestros servicios de urgencias (HUVA, HMM, y H. ST^a M^a del Rosell).

Se excluirán del estudio:

- Pacientes menores de 11 años
- Pacientes con patología ginecológica u obstétrica

- Pacientes remitidos de otros centros, servicios de urgencia, 061, SEDU, etc., que lleven practicado el acceso venoso.

El estudio se centrará en puerta de urgencias general, ya que infantil y maternal tienen su propia puerta de urgencias en el HUVA. De esta forma los datos obtenidos en los centros participantes serán comparables entre sí y validados por los investigadores.

PARÁMETROS A ESTUDIO:

- Del paciente:
 - Edad
 - Sexo
 - Alergias
 -
- Destino del paciente:
 - Ingreso
 - Traslado
 - Alta a domicilio
- Tipo de catéter:
 - Central
 - Periférico
- Motivo de consulta del paciente
- Calibre del catéter
- Uso de la vía venosa

DISEÑO DEL ESTUDIO

Título: "Estudio inicial sobre la adecuación de vías venosas en un servicio de urgencias hospitalario".

Identificación del problema u oportunidad de mejora: La proporción de pacientes que llegan a urgencias y se les practica un acceso venoso es elevada; y observamos que muchas vías venosas no se utilizan adecuadamente. Todo ello conlleva a un riesgo iatrogénico para el paciente y un gasto innecesario de material, así como un aumento de las cargas de trabajo para el personal de puerta de urgencias.

Descripción:

La dimensión a estudiar es la científico-técnica.

El tipo de datos es fundamentalmente de proceso.

Unidades de estudio: pacientes con acceso venoso practicado en nuestra unidad.

Se realizará durante un mes, considerando la estancia del paciente en urgencias hasta que se realice el ingreso en planta, se vaya de alta a su domicilio, o se traslade a otro centro.

Fuente de datos: Historia clínica y de Enfermería de urgencias de los pacientes objeto del estudio.

Evaluación de iniciativa interna, concurrente en el tiempo.

Recogida y análisis de datos: Se realizará por parte de los investigadores, y se solicitará la colaboración del personal de puerta de urgencias.

Una vez terminado el periodo de recogida de datos (1 mes) se procederá a su tabulación, tras esta fase se procederá a reunir los datos de los 3 centros participantes en el estudio para su posterior análisis estadístico de manera individual y conjuntamente.

Dificultades y limitaciones del estudio: Nos encontramos con las dificultades propias de cualquier estudio de investigación, es decir que se produzcan sesgos a la hora de incluir o excluir sujetos del estudio, etc.

Otro aspecto se refiere a la validez del estudio. En cuanto a la validez externa podría ser una limitación, aunque creemos que al tomar una muestra de casos elevada, este riesgo se disminuye, y por tanto sus datos serán más validables para poder trasladar dichos datos a otros hospitales de características similares a los del estudio.

Etapas de desarrollo:

- Abril- Mayo 2001: Diseño del estudio en todos sus niveles
- Octubre 2001: Reuniones con todos los miembros del equipo investigador para preparar la recogida de datos (aclarar posibles dudas de inclusión-exclusión, metodológicas,..) Aprobar todo el plan de trabajo.
- Enero 2002: Recogida de datos
- Febrero, Marzo y Abril 2002: Tabulación de datos (3centros) Análisis estadístico de los datos de cada centro y de forma global de los 3 centros. Emisión de los resultados.
- Mayo y junio 2002: Elaboración de conclusiones de cada centro y globalmente. Elaboración de posibles comunicaciones a congresos, artículos, etc. Presentación de los datos en cada centro.

Distribución de Tareas: En cada centro (HUVA, HMM, H ST^aM^a del Rosell) habrá un coordinador del estudio, que estará en contacto con los investigadores de su centro y los diferentes estamentos del centro para solicitar la colaboración que sea necesaria. Así mismo dicho coordinador de centro será la referencia para el investigador principal, estableciendo entre ellos un flujo de información bidireccional sobre el desarrollo del proceso.

DISCUSIÓN Y BIBLIOGRAFIA MÁS RELEVANTE

No existen antecedentes bibliográficos en España sobre este tema hasta el año 2000; en el cual se publicó un artículo en la Revista Medicina Clínica, que hace referencia a la adecuación de las vías venosas en urgencias.

En este estudio, realizado en el servicio de urgencias del Hospital Valle del Nalón (Asturias), nos revela un elevado porcentaje en el que no se utilizó la vía venosa, y

también relaciona en un 10% aproximadamente en las que sí se utilizó para tratamiento, que podría existir una vía alternativa para dicho tratamiento. Los autores realizaron el estudio de forma retrospectiva sobre un muestra aleatoria del total de pacientes que acudieron al servicio de urgencias de su hospital durante el año 1997; de entre los cuales se extrajeron las historias de pacientes con acceso venoso, valorando si se habían utilizado o no dichos accesos venosos y calcularon su coste.

Este trabajo novedoso en España, sí se encuentra en otras publicaciones de USA, las cuales también concluyen en la existencia de un elevado número de vías venosas en urgencias utilizados inapropiadamente.

El resto de bibliografía encontrado no relaciona la adecuación y el coste con los acceso venosos. En su mayoría versan sobre la heparinización, salinización de vías venosas y su relación entre ellas y con las vías convencionales; o sobre las técnicas o protocolos de canalización de una vía venosa,.... que nos han servido como referencia general, pero no específica del objetivo de nuestro estudio.

También hemos encontrado algunos estudios sobre accesos venosos en los libros de ponencias y comunicaciones del IX y XI Congresos Nacionales de Enfermería de Urgencias.

CONCLUSIONES Y APLICABILIDAD DE LOS RESULTADOS

Una vez finalizado el estudio y según los resultados obtenidos se podrán valorar las posibles medidas correctoras según sea el caso, que podrán ser medidas:

- Disciplinarias
- Formativas
- Estructurales

De estos resultados se podrá inferir un uso más racional de los accesos venosos, relacionando en qué casos es más adecuado realizar un acceso venoso, pues existe un alto porcentaje de compatibilidad con posible ingreso, tratamiento IV,....; dando así un servicio de mayor calidad al usuario.

En el caso del desarrollo de un protocolo o guía clínica para la canalización de vías venosas, nos dará la oportunidad de poder medir posteriormente y relacionar los datos con los obtenidos en el presente proyecto. De esta manera tendremos una referencia en nuestro propio medio con la que poder compararnos entre los diferentes centros participantes en el estudio (HUVA, HMM, H ST^a M^a del Rosell).

De esta manera se podrán comparar los datos obtenidos en cada centro (HUVA, HMM, H.ST^a M^a del Rossell). Obtenidos y recogidos con una misma escala y sistemática de trabajo y mismo periodo de tiempo.

Igualmente al trabajar en conjunto se pueden consensuar mejor los criterios o medidas correctoras para los 3 centros, con posibilidad de ampliación al resto de hospitales de la CC.AA de Murcia.

Así mismo con este trabajo se acercan posicionamientos entre los diferentes servicios de urgencias hospitalarias, mejorando su intercomunicación y coordinación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Velasco Diaz, L; Fernández González,B; Garcia Rios, S; Hernández del Corro, E. "Evaluación de las vías de acceso venoso innecesarias en un servicio de urgencias" Medicina Clínica (Barna):2000 Enero: 114 (3) pp 89-90
2. Arnaiz Betolaza, L; Novoa Vences, E; " Vias venosas heparinizadas" Rev. ROL de Enfermería:1996 Mayo: 213 pp64-65
3. Henderson RA; Thomson DP; Bahrs BA; Norman MP; "Unnecessary intravenous access in the emergency setting" Prehosp. Emerg- Care:1998 Octubre-Diciembre:2(4) pp 312-316 (Medline.)
4. Gausche M; Tadeo RE; Zane MC; Lewis, RJ; "Out- off hospital intravenous acces: unnecessary procedures and excessive cost". Acad Emer- Med 1998 Septiembre: 5(9): 878-882 (Medline)
5. Green, SM; Rothrock, SG; Lynch, EL; Ho M; Harris, T; Hestdalen R; Hopkins GA; Garrett W; Westcott K; " Intramuscular ketamine for pediatrics sedation in tre emergency departament: safety profile en 1022 cases" Ann. Emerg. Med:1998 Junio 31(6): pp688-697 (Medline)
6. Herman MI; Chyka PA; Butler AY; Rieger Se; " Methylene blue by intraosseous infusion for methemoglobinemia" Ann Emerg. Med:1998 Enero 33(1) pp 111-113
7. Nicol D; Watt A; Wood G; Wall, E; Miller B; "Corpus cavernosum as an alternative means of intravenous acces en the emergency settin" Aust, NZJ- Surg. 2000 Julio; 70 (7) pp 511-514 (Medline) Foex BA; "Discovery of the intraosseous route ror fluid administration". J. Accid- Emerg- Med: 2000 Marzo 17 (2) pp 136-137 (Medline).

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia