

PROCEDIMIENTO DE INSTALACIÓN Y MANEJO DE VÍAS VENOSAS PERIFÉRICAS

ELABORA	REVISAR	AUTORIZA	APRUEBA
GABRIELA ENCINA HIDALGO ENFERMERA COORDINADORA UNIDAD DE URGENCIA- MEDICINA-SAMU	NANCY MARÍN EPSINOZA ENFERMERA IAAS/PCI CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE	DRA. MARÍA JOSÉ INZUNZA ACEVEDO SUBDIRECTORA DE GESTIÓN ASISTENCIAL	HORACIO LÓPEZ ROJAS DIRECTOR
HOSPITAL FAMILIAR Y COMUNITARIO SAN JOSÉ DE CASABLANCA			



Firmado por:
Nancy del Rosario Marín Espinoza
Encargada de Calidad y Seguridad
del Paciente
Fecha: 24-09-2026 11:46 CLT
Hospital San José (Casablanca)



Firmado por:
Gabriela Giselle Encina Hidalgo
Coordinadora
Urgencia/hospitalizados - Hsj
Fecha: 25-09-2026 11:29 CLT
Hospital San José (Casablanca)



Firmado por:
María José Valentina Inzunza
Acevedo
Subdirectora de Gestión Asistencial
Fecha: 25-09-2026 12:23 CLT
Hospital San José (Casablanca)



Firmado por:
Manuel Horacio López Rojas
Director Hospital San José
Fecha: 25-09-2026 15:36 CLT
Hospital San José (Casablanca)



	PROCEDIMIENTO DE INSTALACIÓN Y MANEJO DE VÍAS VENOSAS PERIFÉRICAS	Código: GCL 1.2 Edición: 8 Fecha: 27-08-2026 Página: 2 de 14 Vigencia: 27-08-2031
---	--	--

1. INTRODUCCIÓN

La instalación y manejo de vías venosas periféricas constituye un procedimiento clínico de alta frecuencia y relevancia para la seguridad del paciente. Su correcta ejecución permite prevenir infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS), complicaciones locales y eventos adversos relacionados con el acceso vascular. Este protocolo estandariza las prácticas clínicas para asegurar una instalación segura, un manejo adecuado y un retiro oportuno del catéter venoso periférico, conforme a la normativa vigente del Ministerio de Salud y los lineamientos institucionales del Hospital Familiar y Comunitario San José de Casablanca.

2. OBJETIVOS

Objetivo General:

Estandarizar el procedimiento de instalación, manejo y retiro de vías venosas periféricas, asegurando prácticas clínicas seguras y alineadas con la normativa IAAS vigente, con el fin de prevenir infecciones asociadas a la atención de salud y otros eventos adversos en usuarios atendidos en el Hospital Familiar y Comunitario San José de Casablanca.

Objetivos Específicos:

- Garantizar que la instalación de vías venosas periféricas se realice bajo técnica aséptica y conforme a la normativa IAAS vigente.
- Asegurar la correcta antisepsia de la piel y manipulación del circuito endovenoso (EV) para prevenir infecciones.
- Estandarizar criterios de recambio, mantención y retiro de vías venosas periféricas según Circular N°1 (MINSAL, 2025).
- Fortalecer la vigilancia clínica del sitio de punción y detección temprana de flebitis u otras complicaciones.
- Asegurar el registro clínico completo y trazable de la instalación, manejo y retiro del catéter.
- Homologar el proceso de supervisión mediante pautas de cotejo institucionales.
- Garantizar disponibilidad de insumos y equipamiento para la instalación segura de vías venosas periféricas.

3. ALCANCE

Este protocolo aplica a enfermeras(os), matronas(es), técnicos en enfermería y profesionales de apoyo clínico del Hospital Familiar y Comunitario San José de Casablanca que participen en la instalación, manejo, supervisión y retiro de vías venosas periféricas en las Unidades de Urgencia, Medicina, APS, Cuidados Paliativos, Hospitalización Domiciliaria, Dependencia Severa y Diálisis.



	PROCEDIMIENTO DE INSTALACIÓN Y MANEJO DE VÍAS VENOSAS PERIFÉRICAS	Código: GCL 1.2 Edición: 8 Fecha: 27-08-2026 Página: 3 de 14 Vigencia: 27-08-2031
---	--	--

4. DOCUMENTACIÓN DE REFERENCIA

- Norma técnica N°225 sobre programas de prevención y control de las infecciones asociadas a la atención de salud, Minsal, 26 de agosto 2022.
- Circular n°1, actualización de criterios de cambio y duración de catéteres vasculares periféricos cortos, Minsal 28 de mayo año 2025.

5. RESPONSABLES

Calidad y Seguridad del Paciente

- Actualizar el protocolo conforme a normativa IAAS vigente.
- Monitorear cumplimiento de indicadores GCL 1.2.
- Coordinar auditorías y/o supervisiones clínicas.

Enfermera Coordinadora Urgencia, Medicina y SAMU

- Supervisar la correcta instalación y manejo de VVP.
- Aplicar pautas de cotejo mensuales.
- Realizar medición del indicador y análisis trimestral.
- Reportar eventos adversos relacionados con VVP.
- Asegurar disponibilidad de insumos y equipamiento.

Enfermera Coordinadora APS

- Supervisar cumplimiento del protocolo en atención ambulatoria.
- Asegurar disponibilidad de insumos para instalación de VVP en APS.
- Coordinar capacitación del personal en técnica aséptica.

Enfermeros Clínicos

- Instalar vías venosas periféricas según indicación médica.
- Administrar medicamentos por vía endovenosa.
- Evaluar sitio de punción y detectar complicaciones.
- Registrar instalación, manejo y retiro del catéter.

Matrones Clínicos

- Instalar vías venosas periféricas según indicación médica.
- Supervisar administración endovenosa cuando corresponda.
- Evaluar sitio de punción y detectar complicaciones.
- Registrar procedimientos en ficha clínica.

TENS

- Retirar vías venosas periféricas según indicación médica o delegación.
- Vigilar sitio de punción en cada turno.
- Reportar signos de flebitis o complicaciones.
- No manipular conexiones del circuito endovenoso.



6. DEFINICIONES

Antiséptico: Es un compuesto químico que sirve para eliminar o inhibir la flora microbiana de la superficie cutánea o mucosa. Antimicrobiano tópico que se aplica a seres vivos.

Canalización vía venosa periférica: Técnica invasiva que permite disponer de una vía permanente de acceso al árbol vascular del paciente, a través de un instrumento: bránula, jeringa o aguja.

Catéter Venoso periférico (CVP) o Vía venosa periférica (VVP): Catéter diseñado para su inserción, por punción en una vía venosa periférica a fin de canalizarla.

Flebitis: Inflamación de la vena que se caracteriza por induración o eritema en el sitio de punción con aumento de la temperatura local, dolor y cordón venoso palpable. Se produce por causas físico-químicas o infecciosas. Puede evolucionar desde compromiso leve a severo, como tromboflebitis, Embolia Pulmonar y Bacteremia.

Flebocclisis: Es la introducción de una solución en forma continua directamente al torrente sanguíneo a través de una cánula intravenosa.

Infección Asociada a la Atención de Salud (IAAS): Es una infección que desarrolla el paciente dentro de su estadía hospitalaria y que no estaba presente o en incubación al momento del ingreso hospitalario.

Infección del sitio de inserción: Eritema, induración, mayor sensibilidad y/o exudado en un área de 2 cm, en torno al punto de exteriorización con o sin aislamiento de microorganismos. Puede asociarse o no con otros síntomas y signos de infección tales como fiebre o pus en el sitio de salida, con o sin infección del torrente sanguíneo concomitante.

Lavado de Manos Clínico: Es la medida básica más importante y a la vez más simple para prevenir las IAAS. Es la limpieza activa mecánica de las manos con agua y jabón para eliminar algunos microorganismos y suciedad.

Precauciones estándar: Son las medidas destinadas a proteger a los pacientes y al personal de salud de la exposición a productos biológicos contaminados en la práctica clínica.

Técnica aséptica: Se refiere a las prácticas inmediatamente antes o durante un procedimiento clínico o quirúrgico para reducir el riesgo de infección para el paciente, al disminuir la probabilidad de que los microorganismos entren en áreas del cuerpo donde pueden causar infección.

TENS: Técnicos en enfermería de nivel superior.

Vía intravenosa: La vía intravenosa es una de las cuatro vías parenterales que existen para la administración de medicamentos. Por esta vía el fármaco pasa directamente al torrente sanguíneo.



7. DESARROLLO

Consideraciones generales para el procedimiento de instalación de una Vía venosa periférica:

La instalación, uso y retiro de un catéter venoso periférico (CVP) deben realizarse siempre bajo indicación médica, registrada en la ficha clínica y conforme a los lineamientos IAAS vigentes.

La instalación del CVP puede ser efectuada por enfermera(o) o matrón, quienes son los profesionales autorizados para ejecutar el procedimiento utilizando técnica aséptica y los insumos definidos por la institución.

El uso clínico de la vía venosa incluyendo administración de medicamentos, soluciones y manejo del circuito corresponde exclusivamente a enfermera(o) o matrona, según indicación médica.

El retiro del CVP puede ser realizado por TENS, siempre bajo indicación médica o delegación directa de enfermera(o) o matrona en turno, asegurando registro clínico del procedimiento.

En pacientes adultos, la instalación del CVP debe realizarse preferentemente en extremidad superior. Las venas del pie solo deben utilizarse cuando exista imposibilidad clínica de canalizar venas del miembro superior.

En pacientes pediátricos, incluidos neonatos, el CVP puede instalarse tanto en extremidad superior como inferior, según evaluación clínica y disponibilidad de accesos venosos.

Previo a la inserción del CVP, se debe realizar higienización de manos y antisepsia de la piel con el antiséptico institucional vigente. Se recomienda el uso de Clorhexidina alcohólica al 2%, y en caso de suciedad visible, se debe efectuar lavado con agua y jabón antes de la antisepsia.

La punción e instalación del CVP deben ejecutarse manteniendo técnica aséptica estricta. Si la punción resulta fallida, se debe cambiar el catéter para un nuevo intento, evitando exceder dos punciones por usuario; en caso de dificultad, se debe solicitar apoyo a otro profesional.

El sitio de punción debe quedar protegido con adhesivo transparente estéril, que permita la visualización continua del punto de inserción y favorezca la detección temprana de complicaciones.

Consideraciones para mantención o recambio de vías venosas periféricas:

- En usuarios no inmunosuprimidos se podría dejar la VVP por larga data, mientras continúe con indicación de administración EV. Ya no se realizaría cambio cada 72 horas, por lo que no hay indicación de programar recambio.
- Solo en casos inmunosuprimidos, se realizará cambio de VVP a las 72 horas, debido a factores de riesgo.
- La permanencia de VVP no debe superar los 7 días.
- El retiro debe ser por indicación médica.
- En caso de VVP no permeable se procederá a recambio, debido a indicación clínica.

Recambio de equipos de infusión

- Equipos de infusión se cambiarán cada vez que se cambie VVP; en caso de no cambio de VVP, no puede superar los 7 días instalado.
- En caso de desconexión del equipo de infusión o remoción de VVP, se debe instalar nueva VVP y nuevo equipo de fleboclisis.



i. PROCEDIMIENTO DE INSTALACIÓN DE VÍA VENOSA PERIFÉRICA

N°	CRITERIOS	RESPONSABLE
1	Verificar indicación médica registrada para la instalación de la vía venosa periférica (VVP).	Enfermera / Matrona
2	Realizar higienización de manos clínica antes de iniciar el procedimiento.	Enfermera / Matrona
3	Preparar el material necesario, asegurando su integridad y vigencia: • Catéter venoso periférico del calibre indicado • Llave de tres pasos • Adhesivo transparente estéril • Tórulas de algodón secas • Antiséptico institucional (preferencia: Clorhexidina alcohólica 2%) • Jeringa con solución fisiológica para cebado y verificación de permeabilidad • Ligadura • Guantes de procedimiento • Alargador estéril para conexión a suero • Contenedor para material cortopunzante	Enfermera / Matrona
4	Trasladar los insumos a la unidad del paciente en riñón o bandeja limpia, evitando contaminación.	Enfermera / Matrona
5	Presentarse al paciente e informar el procedimiento, promoviendo seguridad y cooperación.	Enfermera / Matrona
6	Realizar nuevo lavado de manos clínico en la sala del paciente antes de manipular insumos.	Enfermera / Matrona
7	Seleccionar el sitio de punción según evaluación clínica: preferir extremidades superiores, venas distales a la fosa cubital; si no es posible, registrar la decisión en ficha clínica.	Enfermera / Matrona
8	Verificar que el sitio de punción esté indemne; si existe suciedad visible, realizar lavado con agua y jabón previo a la antisepsia.	Enfermera / Matrona
9	Aplicar antiséptico en el sitio de punción y respetar el tiempo de acción: • 30 segundos para Clorhexidina alcohólica 2% • 2 minutos para Clorhexidina acuosa	Enfermera / Matrona
10	Colocarse guantes de procedimiento manteniendo técnica aséptica.	Enfermera / Matrona
11	Realizar la punción venosa según tipo de paciente, manteniendo técnica aséptica en todo momento.	Enfermera / Matrona
12	Utilizar preferentemente venas de extremidades superiores, avanzando de distal a proximal y evitando zonas de flexión.	Enfermera / Matrona
13	Canalizar la vena, soltar ligadura, retirar aguja, instalar tapón Luer, llave de tres pasos y/o fleboclisis; verificar permeabilidad y cubrir con adhesivo transparente estéril.	Enfermera / Matrona
14	Asegurar fijación adecuada del catéter con adhesivo transparente, manteniendo visibilidad del punto de inserción.	Enfermera / Matrona
15	Rotular con fecha de instalación, calibre del catéter e iniciales del operador, en lugar visible.	Enfermera / Matrona
16	Eliminar material cortopunzante y elementos contaminados según normativa de manejo de residuos hospitalarios.	Enfermera / Matrona
17	Retirar y eliminar los guantes de procedimiento.	Enfermera / Matrona
18	Dejar al paciente cómodo y seguro posterior al procedimiento.	Enfermera / Matrona
19	Realizar lavado de manos clínico posterior al procedimiento.	Enfermera / Matrona
20	Registrar en ficha clínica: hora y fecha de instalación, extremidad utilizada, sitio de inserción, número de intentos y condiciones del procedimiento.	Enfermera / Matrona
21	Retirar el material utilizado y trasladarlo al área sucia.	Enfermera / Matrona
	Nota técnica: No realizar más de dos punciones por paciente. En caso de dificultad en el acceso venoso, solicitar apoyo a otro enfermero o matrón.	Enfermera / Matrona

NOTA: En términos de evaluación del indicador, se deberá cumplir con la totalidad de los requisitos mínimos indicados previamente para considerar el cumplimiento de la técnica según protocolo.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/GW1GXJ-729>



ii. MANEJO DE LA VÍA VENOSA PERIFÉRICA

N°	CRITERIOS	RESPONSABLE
1	Antes de realizar cualquier manipulación tanto de la vía como del circuito, se debe realizar higienización de manos, revisar indicación médica en ficha clínica.	Enfermera / Matrona
2	Diariamente y cada vez que corresponda administrar un medicamento, se debe observar y valorar el sitio de punción en búsqueda de signos de flebitis u otra complicación.	Enfermera / Matrona
3	Se debe mantener sobre el sitio de inserción del CVP, un adhesivo transparente que disminuya al máximo el riesgo de infección por esta puerta de entrada.	Enfermera / Matrona
4	Las conexiones y accesos con válvula deben desinfectarse con alcohol al 70%, previo a administración de medicamentos o conexión.	Enfermera / Matrona
5	El catéter venoso periférico, los circuitos y las conexiones, deben reemplazarse en forma inmediata, en caso de flebitis o presencia de pus en el sitio de inserción, si se contamina el sistema, si existe obstrucción del lumen de la cánula o si el paciente refiere molestias.	Enfermera / Matrona
6	El sistema de infusión debe manejarse como circuito cerrado en forma permanente.	Enfermera / Matrona
7	La administración de medicamentos debe realizarse sólo en los puntos especialmente diseñados. Bajo ninguna circunstancia se administrarán medicamentos o aditivos por medio de punción del matraz o conexiones.	Enfermera / Matrona
8	Cuando no estén en uso, todas las entradas al sistema deben mantenerse cerradas con tapas estériles.	Enfermera / Matrona
9	El adhesivo estéril del sitio de punción se debe encontrar y se debe cambiar cada vez que se humedezca o muestre suciedad visible.	Enfermera / Matrona
10	Se debe registrar claramente la fecha de instalación, el calibre del catéter e iniciales del instalador en el sitio de punción una vez realizada la instalación del CVP. En caso de no ser legible se debe volver a registrar.	Enfermera / Matrona
11	Las evaluaciones de pacientes con CVP deben ser realizadas en cada turno.	Enfermera / Matrona
NOTA: En términos de evaluación del indicador, se deberán cumplir en su totalidad los siguientes requisitos de calidad para considerar el cumplimiento según protocolo.		



iii. **Técnica aséptica durante la manipulación y acceso al circuito de CVP**

N°	ACTIVIDAD	RESPONSABLE
1	Limpiar y desinfectar con alcohol 70° espacio de trabajo donde se colocarán los insumos y productos a utilizar para acceder al CVP, antes de agruparlos en el lugar.	Enfermera / Matrona
2	Higiene de manos antes de tocar el paciente o manipular insumos.	Enfermera / Matrona
3	Posicionar el paciente de tal manera de visualizar claramente el sitio de acceso del CVP, inspeccionando el sitio de acceso del CVP.	Enfermera / Matrona
4	Higiene de manos después de tocar el paciente.	Enfermera / Matrona
5	Abrir el paquete estéril que contiene los insumos y productos que utilizarán para acceder al CVP, de tal manera que se encuentren a disposición en el sitio de trabajo previamente definido, pero sin tocarlos, dejando la superficie estéril del empaque hacia el exterior.	Enfermera / Matrona
6	Higiene de manos después de tocar al paciente.	Enfermera / Matrona
7	Colocarse los guantes de procedimiento desechables y de uso único, sin tocar otras superficies durante o posterior a su colocación.	Enfermera / Matrona
8	Aplicar el desinfectante seleccionado autorizado en el sitio en el cual se accederá al CVP y esperar el tiempo requerido para permitir su acción.	Enfermera / Matrona
9	Aspirar el producto intravenoso previsto para la administración en una jeringa estéril más una segunda jeringa con solución salina estéril; si se requiere lavado y colocar en el empaque estéril abierto, lejos de otros insumos.	Enfermera / Matrona
10	Retirar tapon de acceso del CVP, colocándolo en el paquete abierto lejos de otros elementos.	Enfermera / Matrona
11	Conectar inmediatamente de la jeringa previamente cargada, evitando el ingreso de aire en el dispositivo de conexión, sin tocar con los dedos el sitio de conexión ni la punta de la jeringa.	Enfermera / Matrona
12	Aspirar suavemente de la jeringa para extraer el aire que haya podido entrar y verificación de la extracción de sangre para confirmar la permeabilidad.	Enfermera / Matrona
13	Administrar el producto necesario.	Enfermera / Matrona
14	Repetir el procedimiento con una jeringa con solución salina estéril compatible de requerirse.	Enfermera / Matrona
15	Retirar la jeringa, colocando inmediatamente la tapa de acceso sin tocar ningún otro elemento.	Enfermera / Matrona
16	Eliminar los dispositivos desechables utilizados siguiendo las instrucciones de los reglamentos y normativas vigentes.	Enfermera / Matrona
17	Limpiar y posteriormente desinfectar con alcohol 70° la superficie de trabajo utilizada.	Enfermera / Matrona
18	Retirar y eliminar los guantes desechables.	Enfermera / Matrona
19	Higiene de manos.	Enfermera / Matrona



	PROCEDIMIENTO DE INSTALACIÓN Y MANEJO DE VÍAS VENOSAS PERIFÉRICAS	Código: GCL 1.2 Edición: 8 Fecha: 27-08-2026 Página: 9 de 14 Vigencia: 27-08-2031
---	--	--

8. DISTRIBUCIÓN

- Dirección
- Subdirección de Gestión Asistencial
- Calidad y Seguridad del paciente
- Unidad de Urgencia
- Unidad de Medicina
- Cuidados Paliativos
- Hospitalización Domiciliaria
- Dependencia Severa
- Diálisis
- Enfermeros y matrones del Hospital Familiar y Comunitario San José de Casablanca



9. INDICADORES

i. N°1 INSTALACIÓN DE VVP SEGÚN PROTOCOLO UNIDAD DE URGENCIA

ÁMBITO	GESTIÓN CLÍNICA	
CARACTERÍSTICA	GCL 1.2	
NOMBRE	% de cumplimiento en correcta técnica en instalación de VVP por enfermeros y matronas, según criterios de instalación de VVP	
DESCRIPCIÓN Y RACIONALIDAD	Evalúa el grado de cumplimiento de la técnica de instalación de vías venosas periféricas en la Unidad de Urgencia, mediante la aplicación de una pauta de cotejo estandarizada. Este indicador permite monitorear la adherencia al protocolo GCL 1.2, asegurar la calidad del procedimiento y prevenir infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS), en concordancia con la Norma Técnica N°225 del MINSAL.	
DIMENSIÓN	Proceso	
NUMERADOR	N° de pautas de cotejo aplicadas a instalaciones de VVP realizadas por enfermeros y matronas en la Unidad de Urgencia que cumplen el 100% de los criterios del protocolo.	X 100
DENOMINADOR	N° total de pautas de cotejo aplicadas a instalaciones de VVP realizadas por enfermeros y matronas en la Unidad de Urgencia durante el mes.	
UMBRAL	≥ 90%	
PERIODICIDAD	Medición: mensual Informe: trimestral	
MUESTRA	La muestra se seleccionará mediante muestreo aleatorio simple, tomando como unidad de análisis cada instalación de vía venosa periférica (VVP) realizada por enfermeros y matronas en la Unidad de Urgencia. Para asegurar representatividad sin requerir conocimiento previo del volumen mensual de procedimientos, se evaluará al menos un procedimiento por turno (mañana, tarde y noche) en un día a la semana, totalizando un mínimo de 12 instalaciones evaluadas al mes, siempre que existan. En caso de que en el turno o día seleccionado no se realicen instalaciones de VVP, se aplicará criterio de sustitución +1 turno o +1 día. Si el volumen mensual de instalaciones es inferior a 10 procedimientos, se evaluará el universo completo.	
FUENTES DE DATOS	Pauta de cotejo GCL 1.2	
RESPONSABLE DE MEDICIÓN	Enfermera coordinadora de la Unidad de Urgencia y/o enfermero en turno.	



ii. INDICADOR Nº 2 MANEJO DE VVP SEGÚN PROTOCOLO UNIDAD DE MEDICINA

ÁMBITO	GESTIÓN CLÍNICA (GCL 1.2)	
CARACTERÍSTICA	GCL 1.2	
NOMBRE	% de cumplimiento del manejo correcto de vías venosas periféricas (VVP) en usuarios hospitalizados, según criterios establecidos en el protocolo institucional.	
DESCRIPCIÓN Y RACIONALIDAD	Se verificará el correcto cumplimiento del manejo de la VVP según protocolo a través de aplicación de una pauta de cotejo, la que será efectuada a todos los usuarios hospitalizados en Unidad de Medicina que se les instale VVP.	
DIMENSIÓN	Proceso	
NUMERADOR	N° de pautas de cotejo aplicadas a usuarios hospitalizados con VVP en la Unidad de Medicina que cumplen el 100% de los criterios del protocolo.	X 100
DENOMINADOR	N° total de pautas de cotejo aplicadas a usuarios hospitalizados con VVP en la Unidad de Medicina.	
UMBRAL	≥ 90%	
PERIODICIDAD	Medición: mensual Informe: trimestral	
MUESTRA	La muestra corresponderá a un mínimo de tres pacientes por semana hospitalizados con vía venosa periférica (VVP) en la Unidad de Medicina, seleccionados mediante muestreo aleatorio simple entre los usuarios que cuenten con VVP activa en el día de evaluación. En caso de que en la semana el número de pacientes con VVP sea inferior a 10, se evaluará el universo completo de usuarios con VVP. Si en el día seleccionado no existen pacientes con VVP, se aplicará criterio de sustitución +1 día, manteniendo la metodología definida y asegurando la representatividad mínima mensual.	
FUENTES DE DATOS	Pauta de cotejo GCL 1.2	
RESPONSABLE DE MEDICIÓN	Enfermera(o) coordinadora de la Unidad de Medicina	



10. ANEXOS

i. ANEXO N°1: PAUTA DE COTEJO INSTALACIÓN DE VÍA VENOSA PERIFÉRICA EN URGENCIA

FECHA			CUMPLE SI O NO
NOMBRE DEL SUPERVISOR			
FUNCIONARIO EVALUADO			
CRITERIOS	1	Limpiar y desinfectar con alcohol 70% el espacio de trabajo antes de disponer los insumos.	
	2	Realizar higiene de manos antes de tocar al paciente o manipular insumos.	
	3	Posicionar al paciente de manera que permita visualizar claramente el sitio de acceso del CVP.	
	4	Realizar higiene de manos después del contacto con el paciente.	
	5	Abrir el paquete estéril sin tocar la superficie interna, manteniendo técnica aséptica.	
	6	Realizar higiene de manos antes de colocarse guantes.	
	7	Colocarse guantes de procedimiento sin contaminar superficies.	
	8	Aplicar antiséptico autorizado en el sitio de acceso y respetar el tiempo de acción.	
	9	Preparar jeringa con medicamento y jeringa con solución salina estéril, manteniéndolas en superficie estéril.	
	10	Retirar el tapón del CVP y colocarlo en superficie estéril sin contaminar.	
	11	Conectar la jeringa sin tocar el sitio de conexión ni la punta de la jeringa.	
	12	Verificar permeabilidad mediante aspiración suave y retorno de sangre.	
	13	Administrar el medicamento según indicación médica.	
	14	Lavar la vía con solución salina estéril si corresponde.	
	15	Colocar nuevamente el tapón del CVP sin contaminar.	
	16	Eliminar insumos desechables según normativa de residuos hospitalarios.	
	17	Limpiar y desinfectar el área de trabajo posterior al procedimiento.	
	18	Retirar y eliminar guantes de procedimiento.	
	19	Realizar higiene de manos al finalizar el procedimiento.	
	20	Verificar integridad del adhesivo transparente (limpio, seco, permite visibilidad).	
	21	Evaluar sitio de punción en búsqueda de signos de flebitis (eritema, dolor, calor, cordón venoso).	
	22	Confirmar que el sistema de infusión se mantiene como circuito cerrado.	
	23	Registrar en ficha clínica fecha de instalación, calibre, iniciales del instalador y condición del sitio.	
CUMPLIMIENTO SI / NO			
OBSERVACIONES		FIRMA DE FUNCIONARIO	



ii. ANEXO N° 2: PAUTA COTEJO GCL 1.2 MANEJO VVP EN MEDICINA

FECHA			CUMPLE SI O NO
NOMBRE DEL SUPERVISOR			
FUNCIONARIO EVALUADO			
CRITERIOS	1	Realiza higienización de manos antes de cualquier manipulación de la vía o del circuito, y verificar indicación médica registrada en ficha clínica.	
	2	Observa y valorar el sitio de punción diariamente y antes de cada administración de medicamentos, identificando signos de flebitis u otras complicaciones.	
	3	Mantiene adhesivo transparente estéril sobre el sitio de inserción del CVP, asegurando visibilidad del punto de punción.	
	4	Desinfecta conexiones y accesos con válvula utilizando alcohol al 70% antes de administrar medicamentos o realizar cualquier conexión.	
	5	Reemplaza de forma inmediata el catéter, circuitos o conexiones en caso de flebitis, presencia de pus, contaminación del sistema, obstrucción del lumen o molestias referidas por el paciente.	
	6	Mantiene el sistema de infusión como circuito cerrado en todo momento.	
	7	Administra medicamentos únicamente en los puntos diseñados para tal fin; no utilizar punción del matraz ni conexiones no habilitadas.	
	8	Mantiene todas las entradas del sistema cerradas con tapas estériles cuando no estén en uso.	
	9	Verifica que el adhesivo estéril del sitio de punción se encuentre íntegro, limpio y seco; cambiarlo si se humedece, despegar o presenta suciedad visible.	
	10	Registra claramente en el sitio de punción la fecha de instalación, calibre del catéter e iniciales del instalador; si no es legible, volver a registrar.	
	11	Realiza evaluación del paciente con CVP en cada turno y registrar en ficha clínica según normativa IAAS.	
CUMPLE SI / NO			
OBSERVACIONES		FIRMA DE FUNCIONARIO	



11. PLANILLA DE ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO

Nº EDICIÓN	FECHA	DESCRIPCIÓN DE LA MODIFICACIÓN	RESPONSABLES
1	08/01/2014	Creación	Karem duarte
2	26/01/2016	Actualización, modificación del indicador y Pautas de supervisión	Sandra Sánchez
3	09/01/2017	Actualización y modificación de pautas de cotejo.	Enf. Daniela Chamorro Garrido Enfermera Servicio de Urgencias
4	Julio 2021	Actualización	Enf. Nancy Marin Espinoza
5	Diciembre 2023	Actualización	Enf. Nancy Marin Espinoza
6	20-05-2024	Actualización. Se modifica pauta de cotejo de Medicina, indicador de Urgencia y Medicina.	Enf. Nancy Marin Espinoza Gabriela Encina Hidalgo Enfermera Jefa Urgencia y Medicina
7	01-04-2025	Actualización de criterios de recambio o retiro de CVP, actualización de pauta cotejo en ambos indicadores.	Nancy Marín Espinoza Enfermera
8	27-08-2026	Actualización de muestra en indicadores y redacción de pauta de cotejo.	Nancy Marín Espinoza Enfermera

