

 CARMEN EMILIA OSPINA <i>Salud, bienestar y dignidad</i>	DOCUMENTO DE APOYO PROTOCOLO DE INSERCIÓN DE CATETER PERIFERICO Y PREVENCIÓN DE FLEBITIS			
PROCESO: GARANTÍA DE LA CALIDAD	CODIGO: GC-S4-D9	VIGENCIA: 11/08/2025	V6	PÁGINA 1 de 21

PROTOCOLO TRANSVERSAL A LOS PROCESOS
Misionales
POBLACIÓN OBJETO
Usuarios de la E.S.E Carmen Emilia Ospina que tengan las siguientes indicaciones: • En usuarios susceptibles de recibir terapia intravenosa. • Restaurar o mantener el balance hidroelectrolítico. • Administración de medicamentos intravenosos • Toma de muestras de sangre • Transfusión de sangre y sus derivados • Mantener una vía venosa permeable para casos de emergencia
RESPONSABLES
Personal asistencial (enfermera/o y auxiliar de enfermería)
OBJETIVO
Estandarizar el procedimiento de inserción, manejo, cuidado y retiro de los accesos venosos periféricos en los servicios de la E.S.E. Carmen Emilia Ospina, que permita brindar una atención con estándares de calidad, garantizando la seguridad del paciente, disminuyendo las complicaciones derivadas de la técnica inadecuada y fallas en los procedimientos de asepsia y antisepsia, como es el caso de flebitis en sitio de punción.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS
• Garantizar un adecuado procedimiento de venopunción para los pacientes que lo requieran. • Garantizar el cumplimiento de los procesos seguros dentro de la atención del usuario. • Disminuir el riesgo de que se produzcan flebitis en los pacientes con venopunción.
DEFINICIONES
Técnica aséptica: Son los distintos procedimientos que se utilizan para conservar la ausencia de gérmenes patógenos, en el cuidado del paciente y en el manejo de equipos y materiales. Asepsia: Conjunto de métodos aplicados para la conservación de la esterilización. Con el fin de lograr ausencia de material séptico e infección.

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PROTOCOLO DE INSERCIÓN DE CATETER PERIFERICO Y PREVENCIÓN DE FLEBITIS			
PROCESO: GARANTÍA DE LA CALIDAD	CODIGO: GC-S4-D9	VIGENCIA: 11/08/2025	V6	PÁGINA 2 de 21
Antisepsia: Conjunto de procedimientos o actividades destinadas a inhibir o destruir los microorganismos potencialmente patógenos. Huésped: Persona o animal vivo, que permite la subsistencia o alojamiento de un agente infeccioso. Es susceptible cualquier persona o animal que no posea resistencia a un agente patógeno determinado y que por esta razón pueda contraer la enfermedad si se expone a la infección por ese agente. Microorganismo: Es cualquier organismo de tamaño microscópico, incluyendo bacterias, virus, levaduras, hongos, algunas algas y protozoos. Medio de Transmisión: Mecanismo mediante el cual el agente infeccioso pasa del reservorio, al nuevo huésped. Puede ser en forma directa o a través de vectores. Bacteriostático: Agente que se opone e impide la reproducción de bacterias. Bactericida: Sustancia que elimina bacterias. Bacteriemia: Presencia de bacterias en el torrente sanguíneo que se pueden aislar con hemocultivos y que no son necesariamente causa actual de la infección. Bacteriemia Primaria: Supone la inexistencia de un foco de infección en otro sitio (pulmonar, urinario, piel, gastrointestinal etc.), por el mismo organismo. Se consideran asociadas a los equipos de transfusión intravenosa. Bacteriemia Secundaria: Coexistencia de un foco infeccioso por el mismo microorganismo y se presume que este foco fue el punto de partida de la infección del torrente sanguíneo. Si asociada a la bacteriemia existe tromboflebitis purulenta o signos de infección (dolor, enrojecimiento pus etc.) en el sitio de la inserción del catéter, se considera una bacteriemia secundaria asociada al uso de catéteres o fluidos intravenosos. Flebitis: Inflamación de la vena canalizada, donde se produce induración o eritema con aumento de la temperatura local alrededor del sitio de inserción del catéter. Los factores de riesgo relacionados con la aparición de flebitis son: • Tiempo de uso de los equipos y catéter. • Tipo de infusión				

- Material y tamaño del catéter
- Técnica aséptica y antisepsia utilizada para inserción
- Manejo del sitio de inserción propiamente (éste debe mantenerse cubierto por material estéril).

Venopunción: Es el procedimiento por medio del cual se traspasa la barrera de protección exterior (piel), para canalizar una vena a través de un catéter por un tiempo determinado, con el fin de administrar líquidos y/o medicamentos en forma continua al torrente circulatorio del usuario, de acuerdo a su patología y orden médica. La canalización intravenosa (IV) es un medio para lograr acceso directo a la circulación venosa, en el cual debe emplearse técnica aséptica y antisepsia.

COMPLICACIONES DE LA VENOPUNCIÓN O TERAPIA INTRAVENOSA

- a. INFILTRACIÓN:** Es la administración inadvertida de medicamentos o soluciones vesicantes en los tejidos circundantes. La severidad del daño tisular depende del tipo, concentración y volumen de la solución / medicamento.
- b. EXTRAVASACIÓN:** Es la administración inadvertida de soluciones y/o medicamentos vesicantes en los tejidos circundantes, esta requiere la interrupción inmediata de la infusión, porque la severidad de la lesión es influenciada por el tipo, concentración y volumen de la solución/medicamento. La extravasación es evaluada como grado 4 de infiltración.
- c. HEMATOMA:** Es la acumulación de sangre en el tejido subcutáneo debido a la extravasación de sangre. Su presencia puede estar relacionada con intentos fallidos de inserción de un catéter.

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PROTOCOLO DE INSERCIÓN DE CATETER PERIFERICO Y PREVENCIÓN DE FLEBITIS				
PROCESO: GARANTÍA DE LA CALIDAD	CODIGO: GC-S4-D9	VIGENCIA: 11/08/2025	V6	PÁGINA 4 de 21	

d. TROMBOEMBOLIA: Oclusión de un vaso sanguíneo producido por el desprendimiento de un trombo, que actúa como un émbolo.

FLEBITIS

Actualmente, la terapia intravenosa es uno de los procedimientos más comunes para administrar a los pacientes fluidos, fármacos, productos sanguíneos y soporte nutricional sobre todo en el medio hospitalario.

Las complicaciones potenciales derivadas de la inserción y mantenimiento de un catéter endovenoso son múltiples, representando la flebitis el principal riesgo de una terapia intravenosa con catéteres periféricos a corto y largo plazo. La valoración continua de la vía canalizada y la unificación de criterios profesionales resultan muy positivos en la prevención y tratamiento de la flebitis.

a. SIGNOS Y SÍNTOMAS

- Dolor moderado a severo
- Edema cutáneo
- Formación de una cuerda dura y roja en el sitio de la vena(Cordón venoso)
- Eritema
- Calor local
- Puede aparecer fiebre

b. FACTORES DE RIESGO

- Características del paciente.
- Preparación de la piel.
- Traumatismo en la vena durante la inserción.
- Tipo de material del catéter utilizado.
- Infusión de determinados fármacos.
- Tiempo de permanencia del catéter.
- Estabilización del catéter a piel.

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PROTOCOLO DE INSERCIÓN DE CATETER PERIFERICO Y PREVENCIÓN DE FLEBITIS			
PROCESO: GARANTÍA DE LA CALIDAD	CODIGO: GC-S4-D9	VIGENCIA: 11/08/2025	V6	PÁGINA 5 de 21

c. CLASIFICACIÓN

SEGÚN SU ETIOLOGÍA PODEMOS DISTINGUIR TRES TIPOS DE FLEBITIS:

- Mecánica o traumática
- Química o por infusión
- Infecciosa o bacteriana

FLEBITIS MECÁNICA:

Es una irritación de la íntima de la vena, en el sitio de punción, causada por el contacto con el material del catéter (traumatismo), o por el movimiento del catéter dentro de la vena con fijación inadecuada del mismo (Inmovilización) o por la inserción de un catéter de gran calibre en una vena pequeña. Se asocia con:

- ☐ La ubicación, técnica de inserción y calibre del catéter:
- ☐ Experiencia y habilidad del profesional de enfermería
- ☐ Catéter de gran calibre insertado en una vena de lumen pequeño
- ☐ Deficiente fijación y estabilización del catéter
- ☐ Zonas corporales de flexión.

Para el diagnóstico de flebitis mecánica se tiene en cuenta:

- ☐ Grado 2 en la Escala Visual de Valoración de Flebitis.
- ☐ Tiempo de permanencia del catéter superior a 12 h y menor de 48h.
- ☐ No presentar fijación de catéter a piel (excepto el apósito)
- ☐

FLEBITIS QUÍMICA:

Se produce de manera inmediata, es una irritación del endotelio vascular originado por el contacto con soluciones hipertónicas o medicamentos con PH ácido o alcalino (ANTIBIÓTICOS, SOLUCIONES DE POTASIO).

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PROTOCOLO DE INSERCIÓN DE CATETER PERIFERICO Y PREVENCIÓN DE FLEBITIS			
PROCESO: GARANTÍA DE LA CALIDAD	CODIGO: GC-S4-D9	VIGENCIA: 11/08/2025	V6	PÁGINA 6 de 21

La velocidad de infusión, el material del catéter o el tiempo de cateterización son factores contribuyentes del riesgo de flebitis química. Los signos que indicarían diagnóstico de flebitis química serían: edema, enrojecimiento y dolor durante la administración de medicamentos IV.

Para el diagnóstico de flebitis química se tiene en cuenta:

- Grado 2 en la Escala Visual de Valoración de Flebitis.
- Tiempo de permanencia del catéter inferior a 48 horas.
- Administración de antibióticos irritantes.

FLEBITIS INFECCIOSA:

Inflamación de la vena asociada a una infección generalmente bacteriana. Es el tipo de flebitis menos frecuente pero que puede llegar a ser grave y predisponer a complicaciones sistémicas (bacteriemia por catéter). Entre los factores predisponentes al riesgo nos podemos encontrar:

- a) Pobre higiene de manos.
- b) Técnica aséptica inapropiada.
- c) Monitorización infrecuente del sitio de inserción.
- d) Excesiva manipulación del equipo de terapia intravenosa.
- e) Duración de la terapia.
- f) Deficiente fijación y estabilización del catéter.

Para el diagnóstico de flebitis infecciosa se tiene en cuenta:

- a. Grado 2 (o mayor) en la Escala Visual de Valoración de Flebitis.
- b. Tiempo de permanencia del catéter superior a 48h.
- c. No antibióticos endovenosos en el momento de retirada del catéter.
- d. Material supurativo en el sitio de punción

MATERIALES															
a. Bandeja con: - Torniquete - Elementos de protección personal (Gorro, Tapabocas, Guantes Limpios) - Catéter endovenoso (con sistema de seguridad) y calibre adecuado, según vena a canalizar, solución a infundir, requerimientos del paciente, duración del tratamiento y características del tratamiento prescrito (Grado de evidencia Ib) <table border="1"> <thead> <tr> <th>CALIBRE</th><th>COLOR</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>14</td><td>Anaranjado</td></tr> <tr> <td>16</td><td>Gris</td></tr> <tr> <td>18</td><td>Verde</td></tr> <tr> <td>20</td><td>Rosado</td></tr> <tr> <td>22</td><td>Azul</td></tr> <tr> <td>24</td><td>Amarillo</td></tr> </tbody> </table>		CALIBRE	COLOR	14	Anaranjado	16	Gris	18	Verde	20	Rosado	22	Azul	24	Amarillo
CALIBRE	COLOR														
14	Anaranjado														
16	Gris														
18	Verde														
20	Rosado														
22	Azul														
24	Amarillo														
- Torundas de algodones estériles - Solución antiséptica alcohol 70%, o clorhexidina alcohólica 2% (Grado Evidencia Ib) - Apósito transparente semipermeable - Esparadrapo, cinta microporosa (micropore) o Fixomull si se cuenta con el mismo (Grado de Evidencia Ia) - Jeringa estéril. - Equipo Venoclísis (macrogoceo – microgoceo), equipo de bomba de infusión, según sea el caso.(grado de evidencia Ib) - Buretrol (según el caso) - Conector CLAVE. - Solución endovenosa (solución de Hartman, solución salina, dextrosa, etc.) (Grado de Evidencia Ia) - Guantes limpios o estériles en casos neonatos - Contenedor de material punzante (guardián). (Grado de Evidencia Ia) - Bolsa para desperdicios (roja) - lapicero - Tijeras - Atril - Registro en historia clínica sistematizada.															
b. Cuidados al preparar o alistar los equipos y materiales: - Preparar el equipo previamente en el orden en que va a ser utilizado. - Revisar la integridad de los empaques. (Grado de evidencia Ia)															

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PROTOCOLO DE INSERCIÓN DE CATETER PERIFERICO Y PREVENCIÓN DE FLEBITIS		
PROCESO: GARANTÍA DE LA CALIDAD	CODIGO: GC-S4-D9	VIGENCIA: 11/08/2025	V6 PÁGINA 8 de 21

- Confirmar la fecha de vencimiento de los equipos a utilizar. (Grado de evidencia Ia)
- Aplicar la técnica aséptica en el momento en que utilice los equipos, llaves, puertos o sitios de salida de las soluciones parenterales a administrar.
- Rotule los equipos de venoclisis, buretroles o soluciones utilizados y la fijación del catéter: nombres y apellidos completos de la jefe y/o auxiliar de enfermería que realiza el procedimiento, nombres y apellidos completos del usuario, Número de Identificación, fecha del día de la instalación y hora. Las soluciones deben ser rotuladas con la tarjeta que se debe pegar a las soluciones; para los buretrol: la rotulación se debe hacer en la zona opaca si lo tiene y si es un buretrol totalmente transparente la rotulación se debe hacer con cinta adhesiva en el equipo de infusión en la llave reguladora solo debe marcar con la fecha. (Grado de evidencia Ia)
- Las soluciones deben ser empleadas con técnica aséptica

PROCEDIMIENTO

a. Fase inicial:

- Verifique la identificación del paciente y pregúntele a él mismo y a su acompañante de Ser posible el nombre completo e identificación.
- Salude, y explique el procedimiento y diligenciamiento del consentimiento informado al paciente o familiar.
- Realice la disposición de los elementos de protección personal.
- Solicite ayuda en casos necesarios como usuarios pediátricos, agitados o de difícil acceso.
- Realice el lavado de manos (categoría IA) de acuerdo al protocolo definido en la E.S.E. Carmen Emilia Ospina.
- Aplique las medidas de Bioseguridad y utilice todos los implementos de protección personal (bata, guantes, caretas, gafas, tapa bocas etc.) (Categoría IIB), recuerde seguir las normas de aislamiento de cada paciente. Colóquese los guantes estériles en neonatos (categoría IA)
- Prepare los elementos de fijación y revise que los equipos estén rotulados.
- Preserve la intimidad del usuario.
- Seleccione la vena a canalizar (sitio de punción)

b. Elección del sitio de punción:

Al seleccionar la vena a canalizar se debe tener en cuenta:

- Calibre de vena acorde con el catéter a insertar. Se deberá elegir el catéter de menor calibre posible en función de su propósito (Categoría IB). En cualquier caso el calibre del catéter debería ser inferior al de la vena elegida para permitir el paso de sangre y la hemodilución de los preparados que se infundan.
- La edad del usuario: En adultos priorizar las extremidades superiores a las inferiores (Categoría IA). En el caso de canalización periférica en miembros superiores debe

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PROTOCOLO DE INSERCIÓN DE CATETER PERIFERICO Y PREVENCIÓN DE FLEBITIS			
PROCESO: GARANTÍA DE LA CALIDAD	CODIGO: GC-S4-D9	VIGENCIA: 11/08/2025	V6	PÁGINA 9 de 21

plantearse primero en el dorso de la mano y continuar por antebrazo y flexura del codo; de esta forma, si se produce una obliteración de una vena canalizada, no se inutilizarán las dístales. Las venas comúnmente seleccionadas son las metacarpianas o del arco venoso dorsal, la mediana basilica, la mediana cefálica y las laterales. En pacientes pediátricos o neonatos también se pueden canalizar las venas axilares, safenas internas, externas y poplíteas (Categoría II).

- El estado de las venas del usuario: El sitio de venopunción no debe presentar hematomas ni cualquier otra clase de lesión. Nunca canalizar el brazo del paciente donde tenga fistula arteriovenosa utilizada para hemodiálisis; tampoco es recomendado puncionar extremidades afectados de hemiplejias, quemaduras, fracturas, implantación de marcapasos, venas trombosadas, con focos flebíticos, déficit sensitivo, motor o vaciamiento ganglionar. (Grado C).
- Inicie la selección de vena desde la parte distal a la proximal, con el objetivo de preservar las venas proximales, para posibles cambios de sitios de venopunción, lo cual interviene en la disminución de flebitis.
- Se deben evitar las punciones en sitios de pliegues o flexión, dado que tienen mayor posibilidad de salida del catéter, por la movilización del paciente.
- En los casos de pacientes que han sido canalizados en una extremidad inferior, se debe cambiar a una extremidad superior lo antes posible (Grado de evidencia II).

Fosa antecubital: Vena *basilica* (de gran calibre, fácil visualización y móvil), *cefálica* (de gran calibre y fácil acceso) y *mediana* (se originan en la palma de la mano y desembocan en la basilica o mediana cubital).

Antebrazo: Vena radial superficial, vena cubital superficial y mediana.

Dorso de la mano: Metacarpianas (fáciles de ver y palpar, primera elección en pediatría, no se recomienda en ancianos).



Lactantes: Las venas a canalizar de preferencia son: Metacarpianas, Fosa antecubital, Safena, Arco dorsal de los miembros inferiores.

Neonatos: Preferiblemente las venas del dorso de las manos y de los pies y de la cara interna y externa de los tobillos, antes que de la flexura antecubital, brazos o piernas (Categoría II).



c. Preparación del sitio de punción:

- Coloque al usuario en posición adecuada y cómoda según la zona que haya elegido.
- Realice lavado de manos con agua y jabón.(categoría IA) (Según la norma de Lavado de Manos)
- Colocarse los guantes (Categoría IIB), el uso de guantes no excluye la higiene de manos (Categoría IA).
- Seleccione el sitio de punción.
- Coloque el torniquete aproximadamente 5 a 10 cm por encima del sitio de punción
- Desinfecte el área con antiséptico (clorhexidina 2% o alcohol al 70%) con una gasa estéril realizando círculos de dentro hacia fuera del punto de inserción, dejando secar 2 minutos. (Categoría IA)
- Deseche las torundas en la bolsa de desechos (bolsa roja).
- No volver a palpar el punto tras la desinfección, en caso de ser necesario utilizar guantes estériles (Categoría IA).La utilización de guantes limpios en lugar de estériles para la colocación de catéteres intravasculares periféricos es aceptable siempre y cuando no se toque la zona de inserción tras la aplicación de los antisépticos cutáneos (Categoría IA).
- Desenfundar el catéter y revisarlo antes de puncionar.
- Coger el catéter con la mano dominante.

d. Instalación y Fijación del Catéter:

En Neonatos:

Con la ayuda de otro profesional sujetando la zona anatómica seleccionada se procede a puncionar el catéter con el bisel hacia arriba con un ángulo de 10 a 30°, una vez que refluye la sangre se inserte el catéter a la vez que se retiró la guía de manera progresiva.

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PROTOCOLO DE INSERCIÓN DE CATETER PERIFERICO Y PREVENCIÓN DE FLEBITIS		
PROCESO: GARANTÍA DE LA CALIDAD	CODIGO: GC-S4-D9	VIGENCIA: 11/08/2025	V6 PÁGINA 11 de 21

- A continuación se comprueba la correcta canalización en la vena al comprobar si refluye aspirando con una jeringuilla vacía, esto en el neonato en muchas ocasiones no ocurre y no significa que no esté bien canalizado por ello se introduce suero fisiológico 1-2 ml.

En Pediátricos o adultos:

- Traccione la piel hacia abajo con el fin de fijar la vena.
- Introduzca el catéter suavemente con el bisel hacia arriba, con un ángulo entre 15 a 30° (dependiendo de la profundidad de la vena).
- Baje el catéter hasta que quede casi nivelada con la piel para evitar la perforación y extravasación de la vena. Avance hasta obtener flujo sanguíneo en la cámara de visualización.
- Retire el torniquete
- Continúe avanzando aproximadamente un centímetro más para lograr la acomodación de la punta del catéter en la vena.
- Retire un poco el mandril e inicie la introducción del catéter y el retiro del mandril en forma simultánea.
- Realice presión sobre la punta del catéter para detener el retorno venoso. Retire totalmente el mandril y colóquelo en el guardián.
- Un catéter permite solo una punción, si se fracasa la cateterización es necesario cambiar el sitio de punción. No se debe puncionar en otro sitio con el mismo catéter.
- Conecte el equipo de venoclisis previamente purgado y abra la llave de flujo ocoloque el conector clave según el caso.
- Si no se está seguro de la permeabilidad de la vía venosa, comprobar introduciendo SSN 0.9% con una jeringa.
- La fijación del catéter debe ser hecha en forma de que este no se desplace en el sitio de punción ni se salga
- Pegue una cinta adhesiva en la piel debajo del sitio de punción de 2 cm, luego coloque el apósito transparente dejando visible el sitio de inserción, dejando libre la parte distal del catéter, para facilitar la conexión del equipo o del conector.
- La cinta para la fijación debe ser de 3 a 4 cm ddrss (esparadrapo – micropore) y se debe registrar la siguiente información: El calibre del yelco, la fecha, hora, responsable de la canalización (nombre, no firma).
- Dejar al usuario en posición cómoda y adecuada permitiendo el fácil acceso al timbre y objetos personales
- Recoger el resto del material y segregar de acuerdo a MGIRHS.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos (Categoría IA).
- Realizar el registro en la historia clínica, indicando la hora, el empleo de la técnica Aséptica, el sitio de punción, numero de punciones, cantidad de yelcos, calibre del yelco, clase de solución a administrar y complicaciones durante el procedimiento.

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PROTOCOLO DE INSERCIÓN DE CATETER PERIFERICO Y PREVENCIÓN DE FLEBITIS			
PROCESO: GARANTÍA DE LA CALIDAD	CODIGO: GC-S4-D9	VIGENCIA: 11/08/2025	V6	PÁGINA 12 de 21

MANTENIMIENTO DEL CATETER VENOSOS PERIFERICO- PREVENCIÓN DE FLEBITIS

ESCALA VISUAL DE VALORACIÓN DE FLEBITIS. (Escala de MADDUX)

CLASIFICACIÓN	CARACTERÍSTICAS
0	No hay síntomas clínicos
1	Eritema en el punto de acceso con o sin dolor.
2	Dolor en el punto de acceso con eritema o edema.
3	Dolor en el punto de acceso con eritema o edema, Endurecimiento, con cordón venosos palpable.
4	Dolor en el punto de acceso con eritema o edema, endurecimiento, con cordón venosos palpable mayor de 2 cms de largo; drenaje purulento.

Tomado de : (4) GUÍA FASE PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES ASOCIADAS AL USO DE DISPOSITIVOS VENOSOS

a. CUIDADOS CON EL SITIO DE PUNCIÓN PARA PREVENCIÓN DE FLEBITIS:

- Realizar el cambio de los accesos venosos cada 72 horas. Se ha demostrado una mayor incidencia de tromboflebitis y colonización bacteriana en aquellos en los que la permanencia de inserción del CVP supera las 72 horas (Categoría IA).
- En cada entrega de turno el personal de enfermería documentará la condición (estado: flebitis, infiltración, extravasación); infección o mal funcionamiento) de los dispositivos de acceso vascular incluyendo el proceso de inserción, valoración del punto de inserción y funcionalidad (Grado de evidencia III).
- Si se encuentra signo de irritación local, se debe retirar el catéter y cambiar en otro sitio de punción alejado (Grado de evidencia Ib)
- Los catéteres y líneas de infusión instaladas en situaciones de emergencia, en los que las técnicas de asepsia no fueron controladas, deben ser cambiados en cuanto sea posible en las primeras 12 horas.
- El sitio de punción se debe cambiar cada vez que se cambia el catéter.
- Si hay sospecha o evidencia de complicaciones relacionadas con el catéter, éste debe ser reemplazado cambiando el sitio de punción de inmediato. (Grado de evidencia Ib)
- En caso de no realizar el cambio de catéter, el personal de enfermería debe consignar en las notas de enfermería, el porqué de la NO realización del cambio.

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PROTOCOLO DE INSERCIÓN DE CATETER PERIFERICO Y PREVENCIÓN DE FLEBITIS			
PROCESO: GARANTÍA DE LA CALIDAD	CODIGO: GC-S4-D9	VIGENCIA: 11/08/2025	V6	PÁGINA 13 de 21

b. CUIDADOS CON EL SISTEMA DE PERFUSIÓN:

Mantenimiento de la permeabilidad del catéter técnica de realización:

- Lavado del catéter: Se realizará con solución salina al 0,9%, aprox. 10cc.
- Como mínimo una vez cada 24h y siempre después de cada uso. Se desaconseja la utilización de heparina.
- Los equipos de perfusión se deben cambiar cada 72 horas. Esto incluye equipos de macro y micro goteo, llaves de tres vías (si aplica), buretrol, conexiones.
- Las infusiones y/o LEV deben ser marcados con una tira y la siguiente información: Nombre completo del paciente, Tipo de LEV o infusión a administrar, Fecha y hora.
- El sistema de perfusión, compuesto por las líneas y catéter; cualquier otro accesorio (buretrol, etc.) debe manejarse como circuito cerrado. La administración de medicamentos se haría en los puntos especialmente diseñados para la punción o a través de dispositivos especiales con previa desinfección de los mismos con alcohol antiséptico. Todas las entradas al sistema deben mantenerse cerradas con la tapa estéril.

c. FRECUENCIA DEL CAMBIO DE LOS ELEMENTOS DE VENOPUNCIÓN:

Frecuencia del cambio de las soluciones: Las soluciones deben ser cambiadas cada 24 horas después de iniciar la administración, excepto los goteos especiales.

Cambios del sistema por infección o flebitis:

- Designar únicamente personal entrenado que demuestre competencia para la inserción y mantenimiento de los catéteres venosos periféricos y centrales (Grado de evidencia Ia)
- Retirar el catéter si el paciente desarrolla signos de flebitis (calor, inflamación, eritema, o Cordón venoso palpable), infección o malfuncionamiento del catéter. (Grado de evidencia Ib)
- En los niños los catéteres sólo deberán remplazarse cuando clínicamente se requiera (Grado de evidencia Ib)

Cuando existe o se sospecha bacteriemia y hay evidencia de flebitis, celulitis se debe: Cambiar el sistema completo y la solución que se está administrando.

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PROTOCOLO DE INSERCIÓN DE CATETER PERIFERICO Y PREVENCIÓN DE FLEBITIS			
PROCESO: GARANTÍA DE LA CALIDAD	CODIGO: GC-S4-D9	VIGENCIA: 11/08/2025	V6	PÁGINA 14 de 21

ELEMENTO	FRECUENCIA DE CAMBIO
Esparadrapo-Micropore-Fixomull	Cada vez que se humedezca
Sitio de punción	Cada vez que se cambia el catéter o hay evidencia de flebitis
Equipo de venoclisis	Cada 72 horas
Buretrol	Cada 72 horas
Catéter y líneas instaladas en el servicio de urgencias	En cuanto sea posible, o al ingreso al servicio de hospitalización o quirúrgico
Equipo bomba de infusión	Cada 72 horas.

- Cuando no ha sido posible emplear la técnica aséptica para una canalización (p.e. situaciones de urgencia), remplazar el catéter lo más pronto posible, dentro de las primeras 12h (Grado de evidencia Ib).

d. LIMPIEZA DE LA ZONA DE INSERCIÓN Y CAMBIO DE APÓSITO

- La limpieza y cambio de la fijación se realizarán diariamente en el turno de la noche y cada vez que se considere necesario siempre que esté húmedo, manchado o despegado.
- Curar la zona de inserción: con suero salino y aplicación de solución antiséptica (clorhexidina alcohólica al 2%) manejando una técnica de asepsia y antisepsia. (Grado Evidencia Ib)
- Durante la maniobra mantener bien fijado el catéter para evitar tracciones y acodamientos. (5)

e. MEDICAMENTOS QUE CAUSAN FLEBITIS QUÍMICA DEFINICIÓN:

La flebitis consiste en la inflamación de una vena o arteria, que se manifiesta con dolor moderado, eritema alrededor del sitio de punción o en el trayecto venoso, calor local y edema, al palpar la vena tiene aspecto de cordón, puede o no estar acompañada de secreción purulenta y se puede presentar fiebre. Su incidencia es de 30- 35%. La flebitis se presenta por tres tipos de causas: infecciosa, química y mecánica. Flebitis química: se debe a la irritación de la vena por soluciones ácidas, alcalinas o hipertónicas.

INDICACIONES DE LA VÍA PARENTERAL:

- Imposibilidad del uso de la vía oral
- Administración de líquidos para reposición de volumen
- Administración de medicamentos
- Administración de una sustancia exclusiva para uso parenteral

FACTORES QUE CAUSAN FLEBITIS QUÍMICA: Causada por la solución o el fármaco infundido a través de la de la vena:

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PROTOCOLO DE INSERCIÓN DE CATETER PERIFERICO Y PREVENCIÓN DE FLEBITIS			
PROCESO: GARANTÍA DE LA CALIDAD	CODIGO: GC-S4-D9	VIGENCIA: 11/08/2025	V6	PÁGINA 15 de 21

- Administración de soluciones o medicamentos que sobrepasan el nivel de acidez o alcalinidad de la sangre: Medicamentos muy ácidos (aquellos con valores de pH inferiores a 7.0 y especialmente aquellos por debajo de 4,1). Medicamentos muy básicos (aquellos con valores de pH por encima de 7,0 y especialmente aquellos por encima de 9,0)
- Infusión de medicamentos o soluciones con una osmolaridad aumentada por: dosis del medicamento, cantidad del diluyente, tipo de diluyente.
- No se pueden perfundir fluidos intravenosos de alta osmolaridad (mayor de 700 mOsm/l) debido al riesgo de extravasación o necrosis local para la vía periférica Tasa de infusión.
- Tiempo prolongado de la infusión
- Falta de irrigación después de la administración de medicamentos irritantes
- Administración de medicamentos sin disolver o precipitados
- Administración de varios medicamentos por la misma vía

MEDIDAS DE PREVENCIÓN

- Diluir los medicamentos, mínimo en 30-60ml de solución para que se neutralice el pH sobre todo en el caso de fármacos irritantes que sobrepasan el nivel de acidez o alcalinidad del suero sanguíneo.
- Infundir a goteo lento el medicamento en un tiempo de 30-60 minutos.
- Cambiar de lugar el catéter periférico en caso de periodos largos de la terapia intravenosa.
- Canalizar venas de grueso calibre, con buen flujo venoso para facilitar la hemodilución.
- Irrigar el catéter con solución fisiológica (10 ml de SSN) cada vez que se ministre algún medicamento.

LISTADO DE MEDICAMENTOS QUE CAUSAN FLEBITIS MEDICAMENTOS QUE CAUSAN FLEBITIS

- **ACICLOVIR** Vial de 250mg Si la dosis es de 500-750 mg diluir en un volumen mínimo de 100 ml de SF. Administrar en 1 hora.
- **AMIKACINA** 500 mg Diluir 500 mg a 100 o 200 ml de diluyente estéril (normalmente NS o D5W)
- **AMIODARONA** Ampolla 150mg/3ml Se recomienda utilizar el medicamento por vía central concentraciones sobre 2 mg/ml (hasta 6 mg/ml) y en infusiones mayores a 1 hora. **CEFTRIAXONA** Vial de 1g Diluir la dosis prescrita en 50-100 mL de SF ó SG5%. Administrar en 30-60 min.
- **CLARITROMICINA** Vial 500mg Diluir la dosis de 500 mg en 250 - 500 mL de SF ó SG5%. Administrar en 60 min.

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PROTOCOLO DE INSERCIÓN DE CATETER PERIFERICO Y PREVENCIÓN DE FLEBITIS			
PROCESO: GARANTÍA DE LA CALIDAD	CODIGO: GC-S4-D9	VIGENCIA: 11/08/2025	V6	PÁGINA 16 de 21

- **CIPROFLOXACINO** Ampolla 100mg Infusión intermitente: Administrar entre 30 - 60 minutos.
- **DIAZEPAM** 10mg/2mL Se puede diluir 1mg/ml (diluir ampolla en 8 ml de SF o SG5%). Infusión directa: Se administra a una velocidad no mayor de 1 mg/ minuto. Tiempo mínimo 3 minutos.
- **DOBUTAMINA** Administrar en infusión regulando la velocidad del flujo según la respuesta clínica obtenida. La concentración utilizada se elige en función de la dosificación individual y los requerimientos de cada paciente, pero nunca puede ser mayor a 5000 mcg/ml.
- **DOPAMINA** Administrar en infusión regulando la velocidad del flujo según la respuesta clínica obtenida. La concentración utilizada se elige en función de la dosificación individual y los requerimientos de cada paciente.
- **FENITOINA** Ampolla 250mg/5mL Infusión intermitente: Administrar en al menos 10 minutos. En niños la velocidad a administrar no debe exceder de 1 a 3 mg/ kg/minuto hasta un máximo de 25 mg/minuto.
- **FENOBARBITAL** Ampolla Administrar en 3 a 5 minutos, no exceder 200mg/ml 1mg/kg/minuto en infantes y niños; no sobrepasar de 30 mg/min en niños bajo 60 kg, o de 60 mg/min en niños con peso de 60 kg o más.
- **MIDAZOLAM** Ampolla 15mg/3ml Velocidad de administración: 2 minutos en bolo.
- **NORADRENALINA** Diluir con SG5% (nunca con suero fisiológico) hasta concentraciones entre 4-16 mcg/mL. Por vía parenteral, en perfusión continua por catéter venoso central para evitar la posibilidad de extravasación, ya que ésta puede provocar necrosis tisular. Infundir inicialmente a 8-12 mcg/min; mantenimiento 2-4 mcg/min.
- **SOLUCIÓN SALINA HIPERTÓNICA** Se recomienda salino al 7.5%. Es aconsejable monitorizar los niveles de sodio plasmático y la osmolaridad para que no rebasen el dintel de 160 mEq/L y de 350 mOsm/L
- **SOLUCIONES GLUCOSADAS** AL 10%, 20% Y 40% Aportan energía y movilizan sodio desde la célula
- **VANCOMICINA** Vial 500mg Rango usual 2,5 - 5 mg/ml. En casos muy necesarios la concentración puede llegar a 10 mg/ml en pacientes con restricción de volumen. Infusión intermitente: Infundir en 60 minutos. Infusión continua: Infundir en 3 horas. En ambos esquemas no exceder de 10 mg/minuto. Convenciones: SF: suero fisiológico; SG5%: suero glucosado al 5%.

 CARMEN EMILIA OSPINA <i>Salud, bienestar y dignidad</i>	DOCUMENTO DE APOYO PROTOCOLO DE INSERCIÓN DE CATETER PERIFERICO Y PREVENCIÓN DE FLEBITIS			
PROCESO: GARANTÍA DE LA CALIDAD	CODIGO: GC-S4-D9	VIGENCIA: 11/08/2025	V6	PÁGINA 17 de 21

CONSIDERACIONES ESPECIALES

- Usar catéteres de pequeño calibre y longitud (20G – 24G) para la administración de antibióticos y sustancias irritantes e introducirlos en una vena de buen calibre (gruesa) para facilitar la hemodilución y reducir la inflamación de la vena.
- Cuando se prevé que el paciente, de acuerdo a su condición de salud, requiere el mantenimiento de una vena permeable permanente para transfusiones sanguíneas (en otro nivel de complejidad), se debe instalar un catéter de calibre 16G o 18G para paciente adulto.
- Una venopunción en la mano es la adecuada para catéteres de calibre pequeño, como el 22G y el 24G. Para la inserción de catéteres de mayor calibre están indicados el antebrazo y el brazo.
- Se deben seleccionar venas con buen flujo sanguíneo cuando se infunden soluciones hipertónicas o soluciones que contengan fármacos irritantes (antibióticos, antineoplásicos).
- Se deben usar accesos venosos de gran calibre en situaciones de riesgo vital.
- En pacientes pediátricos o neonatos se pueden usar extremidades superiores e inferiores (Grado de evidencia II) (3)
- No puncionar las venas más de dos veces. Si es necesario realizar una tercera punción, solicitar ayuda.
- El catéter se debe reemplazar por otro estéril si fracasa el procedimiento.
- Los pacientes que serán intervenidos quirúrgicamente en un lado de la región torácica o de una extremidad superior deben ser puncionados en el lado opuesto al sitio donde será realizada la intervención.
- En pacientes mastectomizadas con disección ganglio axilar, realizar la punción en el lado contrario a donde fue realizada la intervención.
- Las complicaciones ocasionadas a causa del catéter venoso instalado debe informarse a médico tratante.
- Cuando retire un catéter puede que observe pus (señal de infección) en el punto de punción. Aun cuando el paciente no presente otros signos y síntomas de infección Sistémica (como fiebre o escalofríos), envíe una muestra para el laboratorio clínico.
- El primer síntoma de flebitis puede ser la molestia experimentada en el punto de inserción o a lo largo de la vena canalizada. Pídale que le avise si siente molestias en la zona de inserción del catéter. Si no se puede comunicar, busque las pistas que puede presentar su paciente, como apartar la extremidad o las muecas expresadas cuando palpa la zona durante las valoraciones rutinarias.
- Si el paciente presenta flebitis, controle los signos vitales del paciente y la zona de la punción y aplique una compresa húmeda caliente sobre la zona afectada durante más de 72 h, junto con la Administración de agentes antiinflamatorios no esteroideos orales.
- Si el paciente presenta sensibilidad en el sitio de inserción del catéter, fiebre sin una causa obvia u otras manifestaciones que sugieran infección local o del torrente sanguíneo, retire la fijación del catéter para hacer una inspección minuciosa de la zona (Grado de evidencia IB) (3)

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PROTOCOLO DE INSERCIÓN DE CATETER PERIFERICO Y PREVENCIÓN DE FLEBITIS		
PROCESO: GARANTÍA DE LA CALIDAD	CODIGO: GC-S4-D9	VIGENCIA: 11/08/2025	V6 PÁGINA 18 de 21

- Informe la flebitis como efecto adverso en el paciente. Documente todos los casos sospechados de flebitis utilizando la clasificación mencionada anteriormente.
- j. Remueva prontamente los catéteres intravasculares que ya no son necesarios (Gradode evidencia IA) (3)

CRITERIOS DE EVALUACIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE FLEBITIS

Se realizará seguimiento a través de la GC-S6-F28 Lista de chequeo protocolo de venopunción, teniendo en cuenta lo siguiente:

- Registro de tipo, calibre y fecha de inserción y retirada del catéter.
- Registro de características de sitio de venopunción cada cambio de turno
- Se registrará el puntaje en la escala de maddox en el kardex de enfermería y en la nota de enfermería
- Informe a Medico y Enfermera jefe en caso de observar signos y síntomas de flebitis.
- Registro de evento adverso en caso de presentarse.

BIBLIOGRAFÍA - BASADO EN EVIDENCIA

- F. Zero, "Definición de flebitis", <http://flebitiszero.com/site/wpcontent/uploads/2014/09/1.Definición-Flebitis.pdf>, pág. 54-60, 2002.
- Registred Nurses' Association of Ontotio, "Guía de buenas prácticas en enfermería. Cuidados y mantenimiento de los accesos vasculares para reducir las complicaciones", Investen, pág. 1 -102, 2008.
- Gonzales Suarez, Emma Arguelles Martinez, A Martinez Bueno, Blanca, "Protocolo para la inserción, mantenimiento y retirada del catéter venoso periférico.", Hospital Universitario Central de Asturias, volumen 5, pag 1-7, 2013.
- Fernández., Margarita Enríquez de Luna Rodríguez - Carmen Barroso Gutiérrez.Mª Jesús Cuadros Gómez. Francisca Fontalba Díaz. Pilar Gavira Albiach. Soledad Jiménez, www.picuida.es/wp-content/uploads/2017/01/Guia-Dispositivos-Venosos.pdf, pag 28, 2017.
- Ministerio de la Protección Social y Salud, "Promoción de la Cultura de Seguridad del Paciente. Paquetes Instruccionales Buenas Prácticas pra la Atención en Salud", https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Guia_promocion_seguridad_paciente.pdf, pág. 51, 2010.
- Álvarez, Carlos Arturo, Cortés, Jorge Alberto, Gómez, Carlos Hernando, Fernández, Julián Alfredo, Sossa, Mónica Patricia, Beltrán, Fabián, "Guías de práctica clínica para la prevención de infecciones intrahospitalarias asociadas al uso de dispositivos médicos", Infectio, volumen, 14, Numero 4, pág. 292-308, 2010.
- Fresno Cerezo, Rafael, "Manejo de catéteres venosos. Procedimiento del Hospital General Universitario Gregorio Marañón.", versión 3, pag 6-7, 2014
- Gomez-Neva, Elizabeth, Bayona, Juan Gabriel, Rosselli, Diego, "Flebitis asociada con accesos venosos perifericos en ni??os: Revisi??n sistem??tica de la literatura", Infectio, volumen 19, número 2, pág. 92-97, 2015.

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PROTOCOLO DE INSERCIÓN DE CATETER PERIFERICO Y PREVENCIÓN DE FLEBITIS			
PROCESO: GARANTÍA DE LA CALIDAD	CODIGO: GC-S4-D9	VIGENCIA: 11/08/2025	V6	PÁGINA 19 de 21
• Martínez, Dalila Espina, Esmeralda, Nelly, Ramírez, Maldonado, “Mantenimiento de los accesos vasculares en la UCI”, medigraphic Revista de la Asociación Mexicana de Medicina Crítica y terapia intensiva, volumen 22, número 4, pag 236-240, 2008. • Arrazola Saniger M, Lerma García D, Ramírez Arrazola A. Complicaciones más frecuentes de la administración intravenosa de fármacos: flebitis y extravasación. Enferm Clínica. 1 de enero de 2002;12(2):80-5. • Buenas Prácticas En Seguridad De Paciente · Documentos De Apoyo [Internet]. [citado 13 de septiembre de 2017]. Disponible en: http://flebitiszero.com/site/wp-content/uploads/2014/09/1.Definici%C3%B3n-Flebitis.pdf • Plan De Cuidados Para La Prevención De Flebitis Por Inserción De Catéter Periférico [Internet]. [citado 13 de septiembre de 2017]. Disponible en: https://previa.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%2015/numero15/flebitis.htm • Guía Fase Para La Prevención De Infecciones Asociadas Al Uso De Dispositivos Venosos [Internet]. [citado 13 de septiembre de 2017]. Disponible en: https://www.picuida.es/wp-content/uploads/2017/01/Guia-Dispositivos-Venosos.pdf • Protocolo Para La Inserción, Mantenimiento Y Retirada Del Catéter Venoso Periférico. [Internet]. [citado 13 de septiembre de 2017]. Disponible en: http://www.hca.es/huca/web/enfermeria/html/f_archivos/Cateter%20venoso%20periferico.pdf • Utilización Y Mantenimiento De Los Catéteres Venosos Periféricos En La Unidad De Neonatología Del Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid.http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/view/143 • GARATE ECHENIQUE, Lucía. GARCÍA DOMÍNGUEZ, María Victoria. VALDIVIA CHACÓN, Inmaculada. PISABARRO, María Camino del Río. CIDONCHA MORENO, María Angeles. Grupo: Accesos Venosos. Recomendaciones Basadas En La Evidencia Para El Cuidado Del Acceso Vascular. Osakidetza. 2015. • GONZÁLEZ SUÁREZ, Emma. ARGÜELLES MARTÍNEZ, Ana Rosa. MARTÍNEZ BUENO, Blanca. Comisión de cuidados de enfermería. Manual de procedimientos de enfermería – Servicio de salud del principado de Asturias. ENERO 2016 Recomendaciones basadas en la evidencia para el cuidado del acceso vascular. Osakidetza. 2015. Disponible en:https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_publicaciones/es_publici/adjuntos/enfermeria/2_recomendaciones_acceso_vascular.pdf • Manual técnico de referencia para la higiene de manos. World Health Organization. 2009. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/102537/1/WHO_IER_PSP_2009.02_spa.pdf?ua=1 • Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections, 2011. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 2011. Disponible en:https://www.cdc.gov/hai/pdfs/bsi-guidelines-2011.pdf •				

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PROTOCOLO DE INSERCIÓN DE CATETER PERIFÉRICO Y PREVENCIÓN DE FLEBITIS			
PROCESO: GARANTÍA DE LA CALIDAD	CODIGO: GC-S4-D9	VIGENCIA: 11/08/2025	V6	PÁGINA 20 de 21

- 1. Ochoa RV y cols. Recomendaciones específicas para enfermería sobre el proceso de terapia endovenosa Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica 2005;13 (1-2): 53- 60
- 2. Cipamocha Aguilar, YC; Ladino Soto, YA. Evaluación de la administración de medicamentos por parte del personal del servicio de medicina interna, según guía de manejo establecida en la E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja. Biblioteca Lascasas, 2007; 3 (1). Disponible en <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0192.php>
- 3. Manual de Medicamentos Endovenosos Unidad de Paciente Crítico. Disponible en <http://www.labchile.cl/ebook/files/mme.pdf>
- 4. Boletín de Fármacovigilancia N°3 Disponible en: http://www.ipsuniversitaria.com.co/documentos/BOLETIN_3.PDF

ANEXOS

1. NIVELES DE EVIDENCIA

Grados de recomendación y niveles de evidencia.

Se utilizará la categorización elaborada por los Centres for Disease Control and Prevention (CDC), y el Healthcare Infection Control Practices Advisory Comité (HICPAC)

- Existe *buena* evidencia en base a la investigación para apoyar la recomendación
- Existe *moderada* evidencia en base a la investigación para apoyar la recomendación
- La recomendación se basa en la opinión de expertos o en un panel de consenso
- Existe evidencia de riesgo para esta intervención

Clasificación en función de evidencia disponible:

Ia La evidencia científica procede a partir de meta-análisis de ensayos clínicos controlados y aleatorizados

Ib La evidencia científica procede de al menos un ensayo clínico controlado y Aleatorizado

IIa La evidencia científica procede de al menos un estudio prospectivo controlado, bien diseñado y sin aleatorizar

 CARMEN EMILIA OSPINA Salud, bienestar y dignidad	DOCUMENTO DE APOYO PROTOCOLO DE INSERCIÓN DE CATETER PERIFERICO Y PREVENCIÓN DE FLEBITIS			
PROCESO: GARANTÍA DE LA CALIDAD	CODIGO: GC-S4-D9	VIGENCIA: 11/08/2025	V6	PÁGINA 21 de 21

CONTROL DE CAMBIOS		
Versión	Descripción del cambio	Fecha de aprobación
1	Elaboración del documento	30/05/2013
2	Modificación del documento	29/06/2017
3	Modificación del documento	02/11/2017
4	Modificación del documento	05/01/2022
5	Modificación del documento	06/06/2022
6	Modificación del documento: Se Modifica el documento con el fin de obtener una mejora continua en el subproceso de "Seguridad del paciente". Los ajustes que se realizaron fueron los siguientes: • Ajustes de redacción y contenido • Ajustes estructurales • Actualización de vigencia	11/08/2025
Nombre: Juan Pablo Cano Rivillas Contratista del área garantía de la calidad Nombre: Paula Clareth Garnica Quintero Contratista área de planeación Nombre: Lina Maria Vásquez Díaz Subgerente de Servicios de Salud Nombre: Lina Maria Vásquez Díaz Cargo: Gerente (E)		
Elaboró	Revisó	Aprobó