

PROCEDEMENTO DE CANALIZACIÓN E CUIDADOS DA VÍA VENOSA PERIFÉRICA

FEMORA

Procedementos de enfermería: canalización e cuidados de vías vasculares

XUNTA DE GALICIA

PROCEDEMENTOS DE ENFERMERÍA

Esta obra está dispoñible para a súa consulta e descarga na seguinte ligazón:

<https://www.sergas.es/A-nosa-organizacion/Publicaci%C3%B3ns-da-Organizaci%C3%B3n>



Xunta de Galicia 2019. Procedementos de enfermería

Esta obra distribúese cunha licenza Atribución–Non comercial–Compartirlgual 4.0 Internacional de Creative Commons (CC BY-NC-SA 4.0). Para ver una copia da licenza, visite:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.gl>

Este documento debe ser citado como:

Pita P., Loureiro MP., Rumbo JM., Cortizas JS., Aneiros MM., Aramburu MC., Galego MdC., García MG., López A., Miralles C., Rivera P., Rodríguez I., Rodríguez MR., Procedemento de canalización e coidados da vía venosa periférica. Servizo Galego de Saúde. 2019.

XUNTA DE GALICIA

Consellería de Sanidade

Servizo Galego de Saúde

Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria

Santiago de Compostela 2019

DATA DE ELABORACIÓN: 15-12-2017

EDITA: Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade. Servizo Galego de Saúde.
Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria

LUGAR: Santiago de Compostela

DESEÑO E MAQUETACIÓN: Servizo de Integración Asistencial

ANO: 2019

AUTORES:

-Pita Miño, Pedro. Supervisor de Cirurxía do Complexo Hospitalario Universitario de Ferrol (CHUF). (Coordinador do Grupo)

-Loureiro Vilariño, María Pilar. Supervisora de Tocoloxía-Pediatría do CHUF.
(Coordinadora do Grupo)

-Rumbo Prieto, José María. Supervisor de Coidados, Investigación e Innovación do CHUF.
(Coordinador metodolóxico)

-Cortizas Rey, Juan Santiago. Supervisor de Control de Infección e Esterilización do CHUF.

-Aneiros Castro, Mónica María. Enfermeira de Servizos Múltiples do CHUF.

-Aramburu García, María Carmen. Enfermeira da Unidade de Diálisis do CHUF.

-Galego Novo, María del Carmen. Supervisora da Unidade de Pediatría e UCINP do CHUF.

-García Rivera, María Gemma. Supervisora do Servizo de Urxencias do CHUF.

-López Serantes, Alberto. Supervisor de Partos e Maternidade do CHUF.

-Miralles Frutos, Concepción. Enfermeira do Servizo de Medicina Preventiva do CHUF.

-Rivera Herrero, Paula. Supervisora da Unidade de Reanimación do CHUF.

-Rodríguez Cazorla, Inmaculada. Supervisora da UCI do CHUF.

-Rodríguez del Prado, María Rocío. Enfermeira de Servizos Múltiples do CHUF.

Índice

DEFINICIÓNS.....	6
ABREVIATURAS.....	7
PALABRAS CLAVE.....	7
OBXECTIVOS.....	8
4.1 Obxectivo xeral.....	8
4.2 Obxectivos específicos.....	8
ÁMBITO DE APLICACIÓN.....	8
5.1 Diagnósticos de enfermmería relacionados.....	8
5.2 Poboación diana.....	9
5.3 Profesionais aos que va dirixido.....	9
5.4 Ámbito asistencial de aplicación.....	9
DESENVOLVEMENTO DO PROCEDEMENTO.....	9
6.1 Canalización.....	9
6.2 Procedemento: elección da vía e procedemento de canalización.....	10
6.3 Observacións para evitar infección e complicacións.....	12
6.4 Coidados da vía.....	14
6.5 Recomendacións sobre o uso de luvas.....	17
REXISTROS.....	17
INDICADORES.....	18
RESPONSABILIDADES.....	18
REFERENCIAS.....	18
BIBLIOGRAFÍA.....	19

XUSTIFICACIÓN

Este procedemento pretende estandarizar as accións que se van realizar para a inserción, mantemento e retirada dun catéter venoso periférico, e incorporar a mellor evidencia científica existente no momento actual.

A seguridade do paciente como prioridade nos procesos é a base da atención sanitaria na actualidade, sen esquecer a seguridade dos profesionais sanitarios. Utilizar unha técnica axeitada na instauración dunha vía venosa periférica resulta de especial relevancia para a seguridade do paciente, evitar posibles complicacións e diminuír os custos derivados de aumento de estancias na hospitalización.

O uso da vía venosa periférica con catéter xeneralizouse na asistencia sanitaria hospitalaria ata o punto de que unha importante porcentaxe de pacientes ingresados son portadores dun ou máis catéteres venosos.



DEFINICIÓNS

Catéter venoso periférico (CVP): é un tubo ou cánula curta, oca, delgada, flexible e de unha soa luz (xeralmente de poliuretano, silicona ou teflón), que se insire directamente nunha vea superficial para a terapia intravenosa periférica (transfusión de fluídos ou líquidos de hidratación, para administración de fármacos ou nutrición parenteral), e tamén con fins diagnósticos (administración de contrastes, extracción de sangue, etc.).^(1,2)



ABREVIATURAS

- **ACV:** accidente cerebro vascular.
- **cc:** centímetro cúbico.
- **CDC:** centros para o control e prevención das enfermidades (USA).
- **CHUF:** Complexo Hospitalario Universitario de Ferrol.
- **cm:** centímetro.
- **CVP:** catéter venoso periférico.
- **EOXI:** estrutura organizativa de xestión integrada.
- **GACELA:** *Gestión Avanzada de Cuidados de Enfermería Línea Abierta.*
- **HICPAC:** Comité asesor de prácticas saudables para o control de infeccións.
- **IANUS:** historia clínica electrónica do Servizo Galego de Saúde.
- **IV:** intravenosa.
- **ml:** mililitro
- **MMII:**extremidade inferior
- **NANDA-I:** North American Nursing Diagnosis Association-International.
- **SF:** soro fisiolóxico.



PALABRAS CLAVE

Cateterismo venoso periférico, catéteres, acceso vascular, atención de enfermaría.



OBXECTIVOS

4.1 Obxectivo xeral

Definir as accións que se van desenvolver para a inserción, mantemento e retirada dun catéter venoso periférico para fins terapéuticos e/ou diagnósticos.

4.2 Obxectivos específicos

- Estandarizar os criterios de calidade e boa práctica (evidencia) deste procedemento.
- Diminuír a incidencia da infección por catéter en vías venosas periféricas.
- Diminuír a incidencia de complicacións por catéter (flebite química, extravasación etc.) en vías venosas periféricas.



ÁMBITO DE APLICACIÓN

5.1 Diagnósticos de enfermería relacionados

Principais diagnósticos de enfermería (NANDA-I)⁽³⁾ relacionados:

- 00004 Risco de infección
- 00047 Risco de deterioración da integridade cutánea
- 00206 Risco de sangrado
- 00213 Risco de traumatismo vascular
- 00248 Risco de deterioración da integridade tisular

5.2 Poboación diana

Este procedemento é de aplicación a todos os usuarios do Servizo Galego de Saúde que precisen acceso venoso periférico non permanente para a administración de calquera tipo de solución intravenosa ou con fins diagnósticos.

5.3 Profesionais aos que va dirixido

Este procedemento é de aplicación para todos os profesionais pertencentes á rede sanitaria do Servizo Galego de Saúde.

5.4 Ámbito asistencial de aplicación

Este procedemento é de aplicación na rede sanitaria do Servizo Galego de Saúde en todos os pacientes.



DESENVOLVEMENTO DO PROCEDEMENTO

6.1 Canalización

RECURSOS HUMANOS

Profesional sanitario e axudante (auxiliar, celador...) se é preciso.

RECURSOS MATERIAIS

- Luvas non estériles
- Pano non estéril
- Batea, carro de vías ou carro de curas
- Compresor venoso ou cinta elástica
- Catéter venoso de calibre axeitado e provisto de sistema de seguridade. (Recomendación de boa práctica) (2).
- Gasas estériles
- Apósito transparente semipermeable de poliuretano ou apósito de tecido (categoría IB(4))

- Material de fixación do catéter (tiras adhesivas de aproximación estériles, tiras cirúrxicas, cinta adhesiva estéril, apósito de poliuretano modificado ou dispositivos de fixación específicos) ^{(Evidencia D)(5)}
- Antiséptico de solución de clorhexidina (primeira opción), tintura iodada de povidona ou alcohol de 70º. ^{(Recomendación forte)(2) (Categoría IB)(5)}
- Anestésico tópico, se e preciso. ^{(Recomendación débil)(2)}
- Tesoiras e/ou recortadora de pelo (se é preciso)
- Tapón para catéter con rosca tipo Luer de presión positiva ou con válvula de seguridade (válvula de cerre). ^{(Recomendación débil)(2)}
- Prolongador con chave de tres pasos ou prolongador bifurcado (só se é necesaria). ^{(Recomendación débil)(2,6)}
- Colector para obxectos punzo-cortantes e bolsa adecuada para material funxible.
- Ampola unidose de soro fisiolóxico (SF) o 0,9% e xiringa de 10 ml. Recoméndase que o lavado do catéter sexa como mínimo 10 ml de SF. ^{(Recomendación de boa práctica, evidencia moderada) (2,6)}.
- Férula de inmovilización, venda ou malla elástica (pacientes pediátricos).
- Outro material para infusión IV (sistema de soro, bomba de infusión, pé de goteiro....)

6.2 Procedemento: elección da vía e procedemento de canalización

1. Comprobar a identidade do paciente segundo o procedemento de aplicación no Servizo Galego de Saúde.
2. Respetar a intimidade do enfermo e gardar confidencialidade dos seus datos.
3. Informar o paciente e/ou o coidador principal do procedemento que se lle vai realizar e solicitarlle a súa colaboración, se é posible, recalcar a súa utilidade, usar unha linguaxe comprensible e resolver as súas dúbidas e temores. No caso de pacientes pediátricos explicarlle o procedemento aos pais.
4. Solicitar o seu consentimento de forma verbal, sempre que sexa posible. Identificar os profesionais sanitarios que van intervir no procedemento.
5. Comprobar alerxias do paciente no caso de que se administre algunha substancia pola vea.
6. Axudar o doente a colocarse en posición axeitada. Elevar a cabeceira da cama, sempre que o estado do doente o permita, ata que o corazón estea por enriba do nivel da vea elixida.
7. Retirar ao doente os aneis, reloxo, pulseiras, etc.

8. Asegurarse de que o pixama/camisón e a bata que leva o doente poidan sacarse una vez instaurada a perfusión.
9. Realizar hixiene de mans con xabón convencional antiséptico e agua, ou con solución hidroalcohólica. (Grado Evidencia Ib)(4)
10. Preparar todo o material sobre unha base estable e accesible.
11. Recoméndase aplicar o compresor un mínimo de 10 cm por enriba da zona de inserción nas extremidades. Noutros zonas ou (coiro cabeludo, pes,...) e en neonatos/lactantes sería recomendable premer manualmente.
12. Seleccionar a zona de inserción e o calibre do catéter.
13. Cortar (con tesoiras) o pelo na zona de inserción do catéter se fora necesario.
14. Favorecer a visualización da vea elixida, colocar a extremidade en declive, pedíndolle ao doente que abra e peche o puño ou proporcionándolle unha masaxe no sentido do retorno venoso.
15. Utilizar anestésico tópico (se é necesario), deixando actuar uns minutos e limpar os posibles restos do anestésico.
16. Desinfectar a pel antes da inserir o catéter con clorhexidina alcohólica en spray (normalmente ao 2%, deixar actuar 30 segundos). No caso de utilizar tintura de iodo-povidona (xeralmente ao 10%, deixar actuar 3 minutos) ou alcohol de 70º (xeralmente alcohol etílico o 70%, deixar actuar 2 minutos)⁽⁷⁾, se a presentación non é en spray farase una desinfección pola técnica de espiral inversa (de dentro a fóra). En neonatos e lactantes é recomendable empregar clorhexidina spray <2% (preferentemente o 0,5%).
17. Novo lavado hixiénico de mans ou desinfección destas con solución hidroalcohólica. Poñer luvas non estériles e evitar tocar con elas o lugar de acceso venoso elixido despois de aplicar o antiséptico.
18. Coller o catéter de calibre axeitado coa nosa man dominante e fixar a pel da zona que se vai puncionar coa man non dominante. Inserir o catéter co bisel cara arriba cunha mínima angulación (15-30º máximo), segundo a profundidade da vea ^{(Evidencia de grado 4)(5)}. Unha vez puncionada a vea, retirar de xeito parcial o fiador do catéter e facer progresar este cun ángulo lixeiramente menor.
19. Retirar o compresor, premer enriba do punto de punción para evitar sangrado e retirar o fiador. Desbotar o fiador nun contenedor de material punzante.
20. Conectar o tapón con válvula de seguridade (ou o sistema de infusión se previamente foi montado).

21. No caso de restos de sangue no lugar da zona de venopunción, limpar e desinfectar con clorhexidina.
22. Fixar o catéter colocando tiras adhesivas de aproximación (tiras cirúrxicas, sutura cutánea adhesiva, cinta adhesiva estéril, apósito de poliuretano modificado ou dispositivos de fixación específicos)^{(Evidencia D)(5)}, sen realizar ningún tipo de garabata arredor da cánula e deixando visible o punto de punción.
23. Protexer a zona cun apósito transparente de poliuretano (primeira opción)^{(Recomendación forte)(3)} ou apósito de tecido (sobre todo nos casos de humidade ou alerxia o poliuretano).^{(Recomendación de boa práctica)(3)}
24. Facer lavado da vía con 10 ml de soro fisiolóxico.^{(Recomendación de boa práctica, evidencia moderada)(2)} se non se vai administrar medicación nese intre.
25. Instruír o paciente sobre os movementos e coidados que pode realizar para non comprometer a viabilidade da vea e o catéter.
26. Advertir o paciente de que comunique calquera anomalía que perciba no lugar de inserción.
27. Recoller e desbotar o material non punzante no biocontedor apropiado.
28. Retirar as luvas e realizar lavado hixiénico de mans ou ben desinfección destas con solución hidroalcohólica (30 segundos).
29. Rexistrar o procedemento realizado.^{(Recomendación débil)(2)}
30. Nos doentes pediátricos seguirase o mesmo procedemento. É recomendable protexer o catéter cunha férula en neonatos e lactantes.

6.3 Observacións para evitar infección e complicacións

- Os profesionais sanitarios non portarán aneis, pulseiras, unllas pintadas, nin en xeral calquera cousa susceptible de ser niño de xermes.
- Informar o doente de que ao ser portador dun catéter venoso deberá ter uns coidados en canto a mobilización que non o imposibilitan pero si que son condicionantes (se a vía venosa está en flexura, deberá procurar non dobrar o brazo para evitar roturas ou obstrución do catéter).
- Ante a existencia de pelo na zona de inserción recoméndase cortalo antes que rasuralo para evitar producir microlesións cutáneas.

- En cada intento de inserción utilizar un catéter novo. Aconséllase non tardar máis de 25 minutos dende a primeira punción para canalizar unha vía venosa. (Boa práctica)(2)
- Nos adultos, utilizar as extremidades superiores para a inserción do catéter. Recolocar calquera catéter incesrido nunha extremidade inferior a unha extremidade superior o antes posible. (Categoría II)(4).
- Nos pacientes pediátricos pódense usar as extremidades superiores ou inferiores, o coiro cabeludo (neonatos o lactantes) como sitios de inserción dun catéter. Categoría II. (Categoría II)(4).
- Seleccionar os catéteres en función do obxectivo buscado e a duración do uso prevista, das complicacións infecciosas ou non infecciosas coñecidas (flebite e infiltración) e da experiencia do profesional. (Categoría IB)(4).
- Non se deben utilizar agullas de metal para a administración de fluídos e medicación que poden causar necrose de tecidos. (Categoría IA)(4).
- Non canalizar de xeito rutineiro nunha vea se non se vai a utilizar.
- As veas recomendadas para tratamento IV son (por esta orde): dorsais, metacarpianas, radial, cubital, basílica e cefálica, xugular externa e epicraneais nos neonatos, elixindo aquelas onde non existan signos de punción previa, nin lesións da pel, buscando a maior comodidade para o doente, segundo a duración da terapia, tipo de fluídos, ritmo, membro dominante ou a preferencia do enfermo e a súa mobilidade na zona elixida.
- Informar o paciente sobre a selección da vea; recoméndase primar a seguridade fronte á independencia de movementos do paciente. (Recomendación Forte)(2)
- Evitar as veas de MMII por risco de trombose, e no caso de ser imprescindible pola urxencia, debemos canalizar nova vía no membro superior canto antes se poida.
- Non empregar a extremidade afectada nun doente ao que se lle practicou una extirpación ganglionar (con linfadenectomía).
- Evitar no posible a extremidade afectada por un ACV.
- Non utilizar as veas dun membro con fístulas arteriovenosas, queimaduras, lesións cutáneas, zonas esclerosadas e doridas.
- Non canalizar as veas varicosas ou trombosadas.
- Non canalizar nunca unha vía periférica por enriba do lugar de inserción dun catéter central de acceso periférico.
- Evitar no posible canalizar o membro dominante, prominencias óseas e áreas de flexión.

- Procurar que o punto de inserción non dificulte as actividades diarias do doente.
- A palpación do lugar de inserción non se debe facer despois de aplicar antiséptico na zona.
- En pacientes que o precisen, e sempre en pediátricos, valorarase a utilización de férula de inmovilización, fixándoa con esparadrapo hipoalérxico sen rodear completamente o membro, e cubrir cunha malla elástica, para asegurar a correcta fixación da vía. A fixación realizarase o máis distal posible do punto de inserción e procurando non exercer presión excesiva por risco de feridas e/ou úlceras.
- En doentes con tratamento intravenoso continuado ou urxente e con dificultade de acceso venoso, se o catéter está permeable e non hai signos de flebite, non debe retirarse a vía ata que teñamos una nova vía funcionando.

6.4 Coidados da vía

6.4.1 Cura e mantemento da vía intravenosa

- Avaliar cada 24 h (e sempre que se considere necesario) o punto de inserción para prever infeccións e complicación asociadas ao catéter.
- Documentar se é necesario seguir mantendo o catéter. (recomendación de boa práctica) (9)
- Sobre tapóns con válvulas de acceso sen agulla: minimizarase o risco de contaminación limpando o acceso con alcohol de 70º, clorhexidina ou povidona iodada, accedendo só con material e dispositivos estériles. (Categoría IA)(4)
- Por norma xeral, substituír o apósito cando se observa sucio, mollado ou despegado. (Calidad Baja) (2,8)
- Non utilizar cremas con antibióticos no sitio de punción xa que poden favorecer as infeccións fúnxicas e a resistencia antimicrobiana ⁽⁴⁾.
- Evitar somerxer o catéter. O paciente poderase duchar colocando un protector impermeable que cubra o sitio de inserción e as conexións ^(2,4).
- Comprobar a permeabilidade da vía con soro fisiolóxico ao 0,9% antes de iniciar a perfusión ou administración directa dun fluído e despois de cada uso. (Recomendación moderada) (2,9)
- Para o lavado/selado do catéter, introducir un bolo de soro fisiolóxico en cantidade suficiente para cubrir o dobre do calibre do catéter e mais o reservatorio do tapón/chave de tres vías. Aconséllase un volume mínimo de 10 ml (tras cada uso intermitente do catéter), sendo esta cantidade maior tras unha transfusión ou por unha toma de mostra de sangue. (Recomendación moderada) (2,9)

- Se o lavado con SF é incompatible coa medicación que se vai administrar, pódese utilizar soro glicosado o 5%.^{(Recomendación moderada) (2,9)}
- No caso de extravasación, deter o fluxo e proceder a retirar o catéter. Ademais hai que actuar segundo o protocolo de extravasación da unidade dependendo do tipo de medicación extravasada.⁽²⁾

6.4.2 Cambio de catéter

1. Non se recomenda **cambiar o catéter sistematicamente** nun prazo de tempo fixo, senón cando estea clinicamente indicado.⁽²⁾
2. Para reducir o risco de infección e flebite en adultos, no hai necesidade de substituír os catéteres periféricos curtos antes de 72-96 horas ^{(Gado de evidencia Ib)(4)}. E dicir, recoméndase cambialos entre 5-7 días, se nón hai causas clínicas.
3. As causas clínicas que indican a necesidade de cambiar o catéter son:
 - Dor en punto de inserción
 - Obstrución que non se resolve con aspiración suave.
 - Cordón flebítico
 - Rubor
 - Calor
 - Inflamación
 - Supuración ou exsudado do punto de inserción
 - Cordón venoso palpable
 - Extravasación
 - Dobradura ou formación de cóbados no catéter
 - Rotura de catéter
 - Os catéteres inseridos de urxencia ou con dubidosas medidas asépticas deben cambiarse como máximo ás 48 horas de postos ^{(Categoría IB)(4)}.
4. Educar o paciente para que ante a aparición de dor ou cambios no sitio de colocación, o notifique rapidamente.

Observacións

- Hai que revisar polo menos unha vez ao día a zona de inserción do catéter (por palpación se se usa un apósito de tecido ou por inspección ocular se se usa un apósito transparente) observando e comprobando a existencia dalgunha complicación.

- No caso de válvula (tapón de seguridade) bidireccional minimizar o risco de contaminación do catéter limpando o acceso con antiséptico adecuado antes do seu uso, e acceder soamente con dispositivos estériles. Cada vez que se acceda a un conector/tapón deberá desinfectarse este con antiséptico apropiado (clorhexidina, povidona iodada ou alcohol de 70º) e accederase a el unicamente con material estéril.
- No caso de obstrución, intentar desobstruír aspirando suavemente cunha xiringa. Nunca se debe irrigar a presión (pódese enviar un émbolo ao torrente circulatorio) nin introducir ningunha medicación para desobstruír. No caso de non conseguir a desobstrución con aspiración suave, proceder á retirada do catéter.
- Ao fixar o equipo de infusión IV, deberase poñer especial coidado de non comprimir ou dobrar os sistemas de fluxo.

6.4.3 Retirada do catéter

1. Lavar as mans hixienicamente ou desinfectalas con solución hidroalcohólica.
2. Colocar luvas no estériles.
3. Mobilizar o catéter cunha man e coa outra retirar o apósito e o sistema de fixación.
4. Retirar os apósitos, procurando no producir excesivas molestias, para o cal se se encontra moi adherido procederemos a humedecelos. ⁽²⁾
5. Aplicar na zona de punción un antiséptico adecuado (clorhexidina ou povidona) e deixar secar.
6. Retirar o catéter con suavidade, observar que esta íntegro e depositalo directamente no contedor biolóxico axeitado.
7. Aplicar presión sobre a zona de punción cunha gasa estéril impregnada en antiséptico no punto de punción durante 3-5 minutos aproximadamente. Se o paciente está anticoagulado ou ten problemas de coagulación, comprimir durante 10 minutos. ⁽²⁾
8. Comprobado que a zona non sangra, cubrir cun apósito ou gasa estéril.
9. No caso de que se precise recoller a punta do catéter para cultivo por presenza de signos de flebite bacteriana, utilizar luvas estériles, limpar a zona de inserción, sen empregar antiséptico, con gasa estéril seca, retirar o catéter e recoller a punta do catéter e a conexión para cultivo en contedor estéril apropiado, e identificar a mostra para o seu envío ao laboratorio correspondente.
10. Desbotar as luvas e realizar lavado hixiénico de mans ou desinfección con solución hidroalcohólica (30 segundos).
11. Tras a retirada valorar a aplicación dun tratamento local naqueles casos nos que se aprecien signos inflamatorios, extravasación, hematomas, etc.

12. Anotar no rexistro de coidados a fecha, hora e motivo da retirada do catéter.

6.5 Recomendacións sobre o uso de luvas

Técnica aséptica e precaucións de barreira durante a colocación e coidado dos CVP:

- Usar técnica aséptica para a colocación e coidados dos catéteres venosos periféricos.
- Usar luvas non estériles para os efectos de previr a contaminación con sangue cara ao persoal (precaucións estándares).
- Utilizar luvas non estériles para a inserción de catéteres periféricos, aplicar técnica aséptica (non volver apalpar o sitio que se vai punzar logo de efectuar antisepsia da pel). As luvas estériles débense usar para a colocación de catéteres arteriais e centrais.



REXISTROS

- Realizárase preferentemente no programa informático GACELA e IANUS ou en calquera outro sistema de rexistro de coidados co que conte a unidade.
- Documentar os seguintes datos mínimos: data e hora de inserción, tipo de catéter, calibre, situación do catéter e motivo da inserción, incidencias, data e hora de retirada e o motivo da retirada.
- Rexistrar no plan de coidados do/a paciente as accións derivadas do procedemento.

Avaliación e seguimento

O presente documento será actualizado no prazo de cinco anos ou cando a evidencia científica poida afectar o recollido no procedemento.



INDICADORES

- **Taxa de bacteriemias primarias:** total bacteriemias primarias/100 pacientes.
- **Taxa de flebite:** total de vías venosas periféricas con signos e/ou síntomas de flebite/100 pacientes portadores de vía venosa periférica.
- **Taxa de extravasación:** total de vías venosas periféricas con signos e/ou síntomas de extravasación/100 pacientes portadores de vía venosa periférica.



RESPONSABILIDADES

As accións derivadas da posta en práctica deste procedemento son responsabilidade do persoal sanitario do Servizo Galego de Saúde.

A dispoñibilidade do procedemento e das ferramentas necesarias para a súa aplicación na práctica asistencial son responsabilidade da dirección do centro sanitario.



REFERENCIAS

Procedemento cateterismo venoso periférico. Edición 1.0. Xerencia Xestión Integrada Ferrol.



BIBLIOGRAFÍA

1. Catéter venoso periférico. Diccionario de cáncer del National Cancer Institute (NCI). [Online]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario?cdrid=463728>
2. Marín-León I, Biones-Pérez de la Blanca E, Romero-Alonso A, García-Aguilar R, coordinadores. Guía de Práctica Clínica sobre Terapia Intravenosa con Dispositivos no Permanentes en Adultos. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA); 2014.
3. Herdman TH, Kamitsuru S, editores. NANDA International. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2015-2017. Oxford: Wiley-Blackwell; 2015.
4. O'Grady NP, Alexander M, Burns LA, Dellinger EP, Garland J, Herad SO, et al. Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections, 2011. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention (CDC); 2011.
5. López Morales AB, Espinoza Anrubio G, coordinadores. Guía de práctica clínica. Intervenciones para el cuidado de pacientes pediátricos con hemofilia en domicilio. México: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC); 2016.
6. Garate Echenique L, García Domínguez MV, Valdivia Chacón I, Camino del Rio Pisabarro M, Cidoncha Moreno MA. Recomendaciones basadas en la evidencia para el cuidado del acceso vascular. Osakidetza; 2015.
7. Bischofberger C, coordinadora. Guía de uso de desinfectantes en el ámbito sanitario de la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene. Madrid: SEMSPH; 2014.
8. Guerin K, Wagner J, Rains K, Bessesen M. Reduction in central line-associated blood stream infections by implementation of a postinsertion care bundle. Am J Infect Control. 2010; 38(6), 430-3.
9. Infusion Nurses Society (INS). Infusion Nursing Standards of Practice. J Infus Nur. 2011; 34(1 Suppl): S1-S115.



FEMORA