

# PROCEDIMIENTO DE CANALIZACIÓN Y CUIDADOS DE LA VÍA VENOSA PERIFÉRICA

FEMORA

Procedimientos de enfermería: canalización y cuidados de las vías vasculares

XUNTA DE GALICIA



# PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA

*Esta obra está disponible para su consulta y descarga en el siguiente enlace:*

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



*Xunta de Galicia 2019. Procedimientos de enfermería*

*Esta obra se distribuye con una licencia Atribución–Non comercial–Compartirlgual 4.0 Internacional de Creative Commons (CC BY-NC-SA 4.0). Para ver una copia de la licencia, 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., Procedimiento de canalización y cuidados de la vía venosa periférica. Servicio Gallego de Salud. 2019.*

## **XUNTA DE GALICIA**

Consellería de Sanidad

Servicio Gallego de Salud

Dirección General de Asistencia Sanitaria

Santiago de Compostela 2019

**FECHA DE ELABORACIÓN:** 15-12-2017

**EDITA:** Xunta de Galicia. Consellería de Sanidad. Servicio Gallego de Salud.

Dirección General de Asistencia Sanitaria

**LUGAR:** Santiago de Compostela

**DISEÑO Y MAQUETACIÓN:** Servicio de Integración Asistencial

**AÑO:** 2019

**AUTORES:**

- Pita Miño, Pedro.** Supervisor de Cirugía del Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol (CHUF). (Coordinador del Grupo)
- Loureiro Vilariño, María Pilar.** Supervisora de Tocología-Pediatría del CHUF. (Coordinadora del Grupo)
- Rumbo Prieto, José María.** Supervisor de Cuidados, Investigación e Innovación del CHUF. (Coordinador metodológico)
- Cortizas Rey, Juan Santiago.** Supervisor de Control de Infección y Esterilización del CHUF.
- Aneiros Castro, Mónica María.** Enfermera de Servicios Múltiples del CHUF.
- Aramburu García, María Carmen.** Enfermera de la Unidad de Diálisis del CHUF.
- Galego Novo, María del Carmen.** Supervisora de la Unidad de Pediatría y UCINP del CHUF.
- García Rivera, María Gemma.** Supervisora del Servicio de Urgencias del CHUF.
- López Serantes, Alberto.** Supervisor de Partos y Maternidad del CHUF.
- Miralles Frutos, Concepción.** Enfermera del Servicio de Medicina Preventiva del CHUF.
- Rivera Herrero, Paula.** Supervisora de la Unidad de Reanimación del CHUF.
- Rodríguez Cazorla, Inmaculada.** Supervisora de la UCI del CHUF.
- Rodríguez del Prado, María Rocío.** Enfermera de Servicios Múltiples del CHUF.

## Índice

DEFINICIONES.....	6
ABREVIATURAS.....	7
PALABRAS CLAVE.....	7
OBJETIVOS.....	8
4.1 Objetivo general.....	8
4.2 Objetivos específicos.....	8
ÁMBITO DE APLICACIÓN.....	8
5.1 Diagnósticos de enfermería relacionados.....	8
5.2 Población diana.....	9
5.3 Profesionales a los que va dirigido.....	9
5.4 Ámbito asistencial de aplicación.....	9
DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO.....	9
6.1 Canalización.....	9
6.2 Procedimiento: elección de la vía y procedimiento de canalización.....	10
6.3 Observaciones para evitar infección y complicaciones.....	12
6.4 Cuidados de la vía.....	14
6.5 Recomendaciones sobre el uso de guantes.....	17
REGISTROS.....	17
INDICADORES.....	18
RESPONSABILIDADES.....	18
REFERENCIAS.....	18
BIBLIOGRAFÍA.....	19

# JUSTIFICACIÓN

Este procedimiento pretende estandarizar las acciones que se van a realizar para la inserción, mantenimiento y retirada de un catéter venoso periférico, e incorporar la mejor evidencia científica existente en el momento actual.

La seguridad del paciente como prioridad en los procesos es la base de la atención sanitaria en la actualidad, sin olvidar la seguridad de los profesionales sanitarios. Utilizar una técnica idónea en la instauración de una vía venosa periférica resulta de especial relevancia para la seguridad del paciente, evitar posibles complicaciones y disminuir los costes derivados de aumento de estancias en la hospitalización.

El uso de la vía venosa periférica con catéter se generalizó en la asistencia sanitaria hospitalaria hasta el punto de que un importante porcentaje de pacientes ingresados son portadores de uno o más catéteres venosos.



## DEFINICIONES

**Catéter venoso periférico ( CVP):** es un tubo o cánula corta, hueca, delgada, flexible y de una sola luz (generalmente de poliuretano, silicona o teflón), que se inserta directamente en una vena superficial para la terapia intravenosa periférica (transfusión de fluidos o líquidos de hidratación, para administración de fármacos o nutrición parenteral), y también con fines diagnósticos (administración de contrastes, extracción de sangre, etc.).<sup>(1,2)</sup>



## ABREVIATURAS

- **ACV:** accidente cerebro vascular.
- **cc:** centímetro cúbico.
- **CDC:** centros para el control y prevención de las enfermedades (USA).
- **CHUF:** Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol.
- **cm:** centímetro.
- **CVP:** catéter venoso periférico.
- **EOXI:** estructura organizativa de gestión integrada.
- **GACELA:** Gestión Avanzada de Cuidados de Enfermería Línea Abierta.
- **HICPAC:** Comité asesor de prácticas saludables para el control de infecciones.
- **IANUS:** historia clínica electrónica del Servicio Gallego de Salud.
- **IV:** intravenosa.
- **ml:** mililitro
- **MMII:**extremidad inferior
- **NANDA-I:** North American Nursing Diagnosis Association-International.
- **SF:** suero fisiológico.



## PALABRAS CLAVE

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



## OBJETIVOS

### 4.1 Objetivo general

Definir las acciones que se van a desarrollar para la inserción, mantenimiento y retirada de un catéter venoso periférico para fines terapéuticos y/o diagnósticos.

### 4.2 Objetivos específicos

- Estandarizar los criterios de calidad y buena práctica (evidencia) de este procedimiento.
- Disminuir la incidencia de la infección por catéter en vías venosas periféricas.
- Disminuir la incidencia de complicaciones por catéter (flebitis química, extravasación etc.) en vías venosas periféricas.



## ÁMBITO DE APLICACIÓN

### 5.1 Diagnósticos de enfermería relacionados

#### Principales diagnósticos de enfermería (NANDA-I) <sup>(3)</sup> relacionados

- 00004 Riesgo de infección
- 00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea
- 00206 Riesgo de sangrado
- 00213 Riesgo de traumatismo vascular
- 00248 Riesgo de deterioro de la integridad tisular



## 5.2 Población diana

Este procedimiento es de aplicación a todos los usuarios del Servicio Gallego de Salud que precisen acceso venoso periférico no permanente para la administración de cualquier tipo de solución intravenosa o con fines diagnósticos.

## 5.3 Profesionales a los que va dirigido

Este procedimiento es de aplicación para todos los profesionales pertenecientes a la red sanitaria del Servicio Gallego de Salud.

## 5.4 Ámbito asistencial de aplicación

Este procedimiento es de aplicación en la red sanitaria del Servicio Gallego de Salud en todos los pacientes.



# DESARROLLO DEL PROCEDIMIENTO

## 6.1 Canalización

### RECURSOS HUMANOS

Profesional sanitario y ayudante (auxiliar, celador...) si es necesario.

### RECURSOS MATERIALES

- Guantes no estériles
- Paño no estéril
- Batea, carro de vías o carro de curas
- Compresor venoso o cinta elástica
- Catéter venoso de calibre idóneo y provisto de sistema de seguridad. (Recomendación de buena práctica) (2).
- Gasas estériles
- Apósito transparente semipermeable de poliuretano o apósito de tejido (categoría IB)(4)

- Material de fijación del catéter (tiras adhesivas de aproximación estériles, tiras quirúrgicas, cinta adhesiva estéril, apósito de poliuretano modificado o dispositivos de fijación específicos) <sup>(Evidencia D)(5)</sup>
- Antiséptico de solución de clorhexidina (primera opción), tintura yodada de povidona o alcohol de 70º. <sup>(Recomendación fuerte)(2) (Categoría IB)(5)</sup>
- Anestésico tópico, si es necesario. <sup>(Recomendación débil)(2)</sup>
- Tijeras y/o recortadora de vello (si es necesario)
- Tapón para catéter con rosca tipo Luer de presión positiva o con válvula de seguridad (válvula de cierre). <sup>(Recomendación débil)(2)</sup>
- Alargadera con llave de tres pasos o alargadera bifurcada (solo si es necesaria). <sup>(Recomendación débil)(2,6)</sup>
- Colector para objetos punzo-cortantes y bolsa adecuada para material fungible.
- Ampolla unidosis de suero fisiológico (SF) al 0,9% y jeringa de 10 ml. Se recomienda que el lavado del catéter sea como mínimo 10 ml de SF. <sup>(Recomendación de buena práctica, evidencia moderada) (2,6).</sup>
- Férula de inmovilización, venda o malla elástica (pacientes pediátricos).
- Otro material para infusión IV (sistema de suero, bomba de infusión, pie de gotero....)

## **6.2 Procedimiento: elección de la vía y procedimiento de canalización**

1. Comprobar la identidad del paciente según el procedimiento de aplicación en el Servicio Gallego de Salud.
2. Respetar la intimidad del enfermo y guardar confidencialidad de sus datos.
3. Informar al paciente y/o el cuidador principal del procedimiento que se le va a realizar y solicitarle su colaboración, a ser posible, recalcar su utilidad, usar un lenguaje comprensible y resolver sus dudas y temores. En el caso de pacientes pediátricos explicarle el procedimiento a los padres.
4. Solicitar su consentimiento de forma verbal, siempre que sea posible. Identificar los profesionales sanitarios que van a intervenir en el procedimiento.
5. Comprobar alergias del paciente en caso de que se administre alguna sustancia por la vena.
6. Ayudar al enfermo a colocarse en posición adecuada. Elevar la cabecera de la cama, siempre que el estado del enfermo lo permita, hasta que el corazón esté por encima del nivel de la vena elegida.
7. Retirar al enfermo las sortijas, reloj, pulseras, etc.
8. Asegurarse de que el pijama/camisón y la bata que lleva el enfermo puedan sacarse una vez instaurada la perfusión.

9. Realizar higiene de manos con jabón convencional antiséptico y agua, o con solución hidroalcohólica. (Grado Evidencia Ib)(4)
10. Preparar todo el material sobre una base estable y accesible.
11. Se recomienda aplicar el compresor un mínimo de 10 cm por encima de la zona de inserción en las extremidades. En otras zonas (cuero cabelludo, pies,...) y en neonatos/lactantes sería recomendable presionar manualmente.
12. Seleccionar la zona de inserción y el calibre del catéter.
13. Cortar (con tijeras) el vello en la zona de inserción del catéter si fuese necesario.
14. Favorecer la visualización de la vena elegida, colocar la extremidad en declive, pidiéndole al enfermo que abra y cierre el puño o proporcionándole un masaje en el sentido del retorno venoso.
15. Utilizar anestésico tópico (si es necesario), dejando actuar unos minutos y limpiar los posibles restos del anestésico.
16. Desinfectar la piel antes de la insertar el catéter con clorhexidina alcohólica en spray (normalmente al 2%, dejar actuar 30 segundos). En el caso de utilizar tintura de yodo-povidona (generalmente al 10%, dejar actuar 3 minutos) o alcohol de 70° (generalmente alcohol etílico al 70%, dejar actuar 2 minutos)<sup>(7)</sup>, si la presentación no es en spray se hará una desinfección por la técnica de espiral inverso (de dentro hacia fuera). En neonatos y lactantes es recomendable emplear clorhexidina spray <2% (preferentemente al 0,5%).
17. Nuevo lavado higiénico de manos o desinfección de estas con solución hidroalcohólica. Poner guantes no estériles y evitar tocar con ellos el lugar de acceso venoso elegido después de aplicar el antiséptico.
18. Coger el catéter de calibre adecuado con nuestra mano dominante y fijar la piel de la zona que se va puncionar con la mano no dominante. Insertar el catéter con el bisel hacia arriba con una mínima angulación (15-30° máximo), según la profundidad de la vena (Evidencia de grado 4)(5). Una vez puncionada la vena, retirar de manera parcial el fiador del catéter y hacer progresar este con un ángulo ligeramente menor.
19. Retirar el compresor, presionar encima del punto de punción para evitar sangrado y retirar el fiador. Desechar el fiador en un contenedor de material punzante.
20. Conectar el tapón con válvula de seguridad (o el sistema de infusión si previamente fue montado).
21. En el caso de restos de sangre en el lugar de la zona de venopunción, limpiar y desinfectar con clorhexidina.

22. Fijar el catéter colocando tiras adhesivas de aproximación (tiras quirúrgicas, sutura cutánea adhesiva, cinta adhesiva estéril, apósito de poliuretano modificado o dispositivos de fijación específicos)<sup>(Evidencia D)(5)</sup>, sin realizar ningún tipo de corbata alrededor de la cánula y dejando visible el punto de punción.

23. Proteger la zona con un apósito transparente de poliuretano (primera opción)<sup>(Recomendación fuerte)(3)</sup> o apósito de tejido (sobre todo en los casos de humedad o alergia al poliuretano).<sup>(Recomendación de buena práctica)(3)</sup>

24. Hacer lavado de la vía con 10 ml de suero fisiológico.<sup>(Recomendación de buena práctica, evidencia moderada) (2)</sup> si no se va a administrar medicación en ese momento.

25. Instruir al paciente sobre los movimientos y cuidados que puede realizar para no comprometer la viabilidad de la vena y el catéter.

26. Advertir al paciente que comunique cualquier anomalía que perciba en el lugar de inserción.

27. Recoger y desechar el material en el punzante en el biocontenedor apropiado.

28. Retirar los guantes y realizar lavado higiénico de manos o bien desinfección de estas con solución hidroalcohólica (30 segundos).

29. Registrar el procedimiento realizado.<sup>(Recomendación débil)(2)</sup>

30. En los enfermos pediátricos se seguirá el mismo procedimiento. Es recomendable proteger el catéter con una férula en neonatos y lactantes.

### **6.3 Observaciones para evitar infección y complicaciones**

- Los profesionales sanitarios no portarán sortijas, pulseras, uñas pintadas, ni en general cualquier cosa susceptible de ser nido de gérmenes.
- Informar al enfermo que al ser portador de un catéter venoso deberá tener unos cuidados en cuanto a movilización que no lo imposibilitan pero sí que son condicionantes (si la vía venosa está en flexura, deberá procurar no doblar el brazo para evitar roturas u obstrucción del catéter).
- Ante la existencia de vello en la zona de inserción se recomienda cortarlo antes que rasurarlo para evitar producir microlesiones cutáneas.
- En cada intento de inserción utilizar un catéter nuevo. Se aconseja no tardar más de 25 minutos desde la primera punción para canalizar una vía venosa.<sup>(Buena práctica)(2)</sup>
- En los adultos, utilizar las extremidades superiores para la inserción del catéter. Cambiar cualquier catéter insertado en una extremidad inferior a una extremidad superior lo antes posible.<sup>(Categoría II)(4)</sup>.

- En los pacientes pediátricos se pueden usar las extremidades superiores o inferiores, el cuero cabelludo (neonatos o lactantes) como sitios de inserción de un catéter. Categoría II. (Categoría II)(4).

- Seleccionar los catéteres en función del objetivo buscado y la duración del uso prevista, de las complicaciones infecciosas o no infecciosas conocidas (flebitis e infiltración) y de la experiencia del profesional. (Categoría IB)(4).

- No se deben utilizar agujas de metal para la administración de fluidos y medicación que pueden causar necrosis de tejidos. (Categoría IA)(4).

- No canalizar de manera rutinaria una vena si no se va a utilizar.

- Las venas recomendadas para tratamiento IV son (por este orden): dorsales, metacarpianas, radial, cubital, basílica y cefálica, yugular externa y epicraneales en los neonatos, eligiendo aquellas donde no existan signos de punción previa, ni lesiones de la piel, buscando la mayor comodidad para la enferma, teniendo en cuenta la duración de la terapia, tipo de fluidos, ritmo, miembro dominante o la preferencia del enfermo y su movilidad en la zona elegida.

- Informar al paciente sobre la selección de la vena; se recomienda primar la seguridad frente a la independencia de movimientos del paciente. (Recomendación Fuerte)(2)

- Evitar las venas de MMII por riesgo de trombosis, y en el caso de ser imprescindible por la urgencia, debemos canalizar una nueva vía en el miembro superior lo antes posible.

- No emplear la extremidad afectada en un enfermo al que se le practicó una extirpación ganglionar (con linfadenectomía).

- Evitar dentro de lo posible la extremidad afectada por un ACV.

- No utilizar las venas de un miembro con fístulas arteriovenosas, quemaduras, lesiones cutáneas, zonas esclerosadas y doloridas.

- No canalizar las venas varicosas o trombosadas.

- No canalizar nunca una vía periférica por encima del lugar de inserción de un catéter central de acceso periférico.

- Evitar dentro de lo posible canalizar el miembro dominante, prominencias óseas y áreas de flexión.

- Procurar que el punto de inserción no dificulte las actividades diarias del enfermo.

- La palpación del lugar de inserción no se debe hacer después de aplicar antiséptico en la zona.

- En pacientes que lo precisen, y siempre en pediátricos, se valorará la utilización de férula de inmovilización, fijándola con esparadrapo hipoalergénico sin rodear

completamente el miembro, y cubrir con una malla elástica, para asegurar la correcta fijación de la vía. La fijación se realizará lo más distal posible del punto de inserción y procurando no ejercer presión excesiva por riesgo de heridas y/o úlceras.

- En enfermos con tratamiento intravenoso continuado o urgente y con dificultad de acceso venoso, si el catéter está permeable y no hay signos de flebitis, no debe retirarse la vía hasta que no tengamos una nueva vía funcionando.

## **6.4 Cuidados de la vía**

### **6.4.1 Cura y mantenimiento de la vía intravenosa**

- Evaluar cada 24 h (y siempre que se considere necesario) el punto de inserción para prevenir infecciones y complicación asociadas al catéter.
- Documentar si es necesario seguir manteniendo el catéter. (recomendación de buena práctica) (9)
- Sobre tapones con válvulas de acceso sin aguja: se minimizará el riesgo de contaminación limpiando el acceso con alcohol de 70º, clorhexidina o povidona yodada, accediendo solo con material y dispositivos estériles. (Categoría IA)(4)
- Por norma general, sustituir el apósito cuando se observa sucio, mojado o despegado. (Calidad Baja) (2,8)
- No utilizar cremas con antibióticos en el sitio de punción ya que pueden favorecer las infecciones fúngicas y la resistencia antimicrobiana <sup>(4)</sup>.
- Evitar sumergir el catéter. El paciente se podrá duchar colocando un protector impermeable que cubra el sitio de inserción y las conexiones <sup>(2,4)</sup>.
- Comprobar la permeabilidad de la vía con suero fisiológico al 0,9% antes de iniciar la perfusión o administración directa de un fluido y después de cada uso. (Recomendación moderada) (2,9)
- Para el lavado/sellado del catéter, introducir un bolo de suero fisiológico en cantidad suficiente para cubrir el doble del calibre del catéter y el reservorio del tapón/llave de tres vías. Se aconseja un volumen mínimo de 10 ml (tras cada uso intermitente del catéter), siendo esta cantidad mayor tras una transfusión o por una toma de muestra de sangre. (Recomendación moderada) (2,9)
- Si el lavado con SF es incompatible con la medicación a administrar, se puede utilizar suero glucosado al 5%. (Recomendación moderada) (2,9)
- En el caso de extravasación, detener el flujo y proceder a retirar el catéter. Además hay que actuar según el protocolo de extravasación de la unidad dependiendo del tipo de medicación extravasada. <sup>(2)</sup>

### 6.4.2 Cambio de catéter

1. No se recomienda cambiar el catéter sistemáticamente en un plazo de tiempo fijo, sino cuando esté clínicamente indicado.<sup>(2)</sup>

2. Para reducir el riesgo de infección y flebitis en adultos, no hay necesidad de reemplazar los catéteres periféricos cortos antes de 72-96 horas <sup>(Ganado de evidencia Ib)(4)</sup>. Es decir, se recomienda cambiarlos entre 5-7 días, si no hay causas clínicas.

3. Las causas clínicas que indican la necesidad de cambiar el catéter son:

- Dolor en punto de inserción
- Obstrucción que no se resuelve con aspiración suave.
- Cordón flebítico
- Rubor
- Calor
- Inflamación
- Supuración o exudado en el punto de inserción
- Cordón venoso palpable
- Extravasación
- Dobladura o formación de codos en el catéter
- Rotura de catéter
- Los catéteres insertados de urgencia o con dudosas medidas asépticas deben cambiarse como máximo a las 48 horas de puestos <sup>(Categoría IB)(4)</sup>.

4. Educar al paciente para que ante la aparición de dolor o cambios en el sitio de colocación, lo notifique rápidamente.

#### Observaciones

- Hay que revisar por lo menos una vez al día la zona de inserción del catéter (por palpación si se usa un apósito de tejido o por inspección ocular si se usa un apósito transparente) observando y comprobando la existencia de alguna complicación.
- En el caso de válvula (tapón de seguridad) bidireccional minimizar el riesgo de contaminación del catéter limpiando el acceso con antiséptico adecuado antes de su uso, y acceder solamente con dispositivos estériles. Cada vez que se acceda a un conector/tapón deberá desinfectarse este con antiséptico apropiado (clorhexidina, povidona yodada o alcohol de 70º) y se accederá a él únicamente con material estéril.

- En el caso de obstrucción, intentar desobstruir aspirando suavemente con una jeringa. Nunca se debe irrigar a presión (se puede enviar un émbolo al torrente circulatorio) ni introducir ninguna medicación para desobstruir. En el caso de no conseguir la desobstrucción con el aspirado suave, proceder a la retirada del catéter.
- Al fijar el equipo de infusión IV, se deberá poner especial cuidado de no comprimir o doblar los sistemas de flujo.

### **6.4.3 Retirada del catéter**

1. Lavar las manos higienicamente o desinfectarlas con solución hidroalcohólica.
2. Colocar guantes no estériles.
3. Movilizar el catéter con una mano y con la otra retirar el apósito y el sistema de fijación.
4. Retirar los apósitos, procurando no producir excesivas molestias, para lo cuál sí se encuentra muy adherido procederemos a humedecerlos. <sup>(2)</sup>
5. Aplicar en la zona de punción un antiséptico adecuado (clorhexidina o povidona) y dejar secar.
6. Retirar el catéter con suavidad, observar que esta íntegro y depositar directamente en el biocontenedor adecuado.
7. Aplicar presión sobre la zona de punción con una gasa estéril impregnada en antiséptico en el punto de punción durante 3-5 minutos aproximadamente. Si el paciente está anticoagulado o tiene problemas de coagulación, comprimir durante 10 minutos. <sup>(2)</sup>
8. Comprobado que la zona no sangra, cubrir con un apósito o gasa estéril.
9. En caso de que se precise recoger la punta del catéter para cultivo por presencia de signos de flebitis bacteriana, utilizar guantes estériles, limpiar la zona de inserción, sin emplear antiséptico, con gasa estéril seca, retirar el catéter y recoger la punta del catéter y la conexión para cultivo en el contenedor estéril apropiado, e identificar la muestra para su envío al laboratorio correspondiente.
10. Sacar los guantes y realizar lavado higiénico de manos o desinfección con solución hidroalcohólica (30 segundos).
11. Tras la retirada valorar la aplicación de un tratamiento local en aquellos casos en los que se aprecien signos inflamatorios, extravasación, hematomas, etc.
12. Anotar en el registro de cuidados, la fecha, hora y motivo de la retirada del catéter.



## 6.5 Recomendaciones sobre el uso de guantes

Técnica aséptica y precauciones de barrera durante la colocación y cuidado de los CVP:

- Usar técnica aséptica para la colocación y cuidados de los catéteres venosos periféricos.
- Usar guantes no estériles a los efectos de prevenir la contaminación con sangre hacia el personal (precauciones estándares).
- Utilizar guantes no estériles para la inserción de catéteres periféricos, aplicar técnica aséptica (no volver a palpar el sitio que se va punzar después de efectuar antisepsia de la piel). Los guantes estériles se deben usar para la colocación de catéteres arteriales y centrales.



## REGISTROS

- Se realizará preferentemente en el programa informático GACELA e IANUS o en cualquier otro sistema de registro de cuidados con el que cuente la unidad.
- Documentar los siguientes datos mínimos: fecha y hora de inserción, tipo de catéter, calibre, situación del catéter y motivo de la inserción, incidencias, fecha y hora de retirada y el motivo de la retirada.
- Registrar en el plan de cuidados del paciente las acciones derivadas del procedimiento.

### **Evaluación y seguimiento**

El presente documento será actualizado en el plazo de cinco años o cuando la evidencia científica pueda afectarle a lo recogido en el procedimiento.



## INDICADORES

- **Tasa de bacteriemias primarias:** total bacteriemias primarias/100 pacientes.
- **Tasa de flebitis:** total de vías venosas periféricas con signos y/el síntomas de flebitis/100 pacientes portadores de vía venosa periférica.
- **Tasa de extravasación:** total de vías venosas periféricas con signos y/o síntomas de extravasación/100 pacientes portadores de vía venosa periférica.



## RESPONSABILIDADES

Las acciones derivadas de la puesta en práctica de este procedimiento son responsabilidad del personal sanitario del Servicio Gallego de Salud.

La disponibilidad del procedimiento y de las herramientas necesarias para su aplicación en la práctica asistencial son responsabilidad de la dirección del centro sanitario.



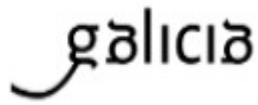
## REFERENCIAS

Procedimiento cateterismo venoso periférico. Edición 1.0. Gerencia Gestión 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: SEMPSPH; 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.



Servicio Gallego  
de Salud



Asistencia Sanitaria  
Procedimiento

87 D

## FEMORA

