

Recomendaciones de la GPC

Planificación para inicio de terapia IV (TIV)

ASPECTOS RELACIONADOS CON EL PACIENTE

Débil	En el paciente hospitalizado con duración prevista de la terapia intravenosa superior a 6 días, se sugiere usar como acceso venoso el CCIP.
Débil	En el paciente ambulatorio que precisa vía venosa durante varios días se sugiere la inserción de un catéter central de acceso periférico, excepto si precisa nutrición parenteral, en que el CVC presenta mejor perfil de riesgo.
Débil	Se sugiere el uso de la vía intraósea en caso de emergencia vital e imposibilidad de canalizar una vía venosa.
Débil	En pacientes con necesidades paliativas en situación terminal que precisa vía venosa, se sugiere canalizar vía periférica.
Débil	En pacientes con vías poco accesibles se sugiere canalizar el catéter venoso central, o central de inserción periférica guiado por ecografía, si se dispone de ésta y de experiencia en su uso.
El panel no alcanza consenso sobre la decisión entre mantener un catéter o realizar punciones repetidas para la toma de muestras por lo que la decisión debe tomarse en base a las circunstancias y preferencias de cada paciente.	

ASPECTOS RELACIONADOS CON TIPO DE PERFUSIÓN Y DURACIÓN DE LA TERAPIA IV

√	Se aconseja utilizar la vía central para perfusiones con osmolaridad >600 mOsm/L; pH menor de 5 o mayor de 9; o el empleo de medicación irritante.
Débil	Se sugiere usar un catéter multilumen con el menor número posible de luces en lugar de varios catéteres, cuando es necesaria la terapia intravenosa por varias luces.
Débil	Se sugiere utilizar catéter central de inserción periférica, en lugar de un catéter periférico cuando la duración de la TIV se prevea superior a 6 días.

ASPECTOS RELACIONADOS CON EVALUACIÓN DE RIESGOS Y TOMA DE DECISIONES DEL PACIENTE

Fuerte	Al informar al paciente sobre la selección del acceso venoso, se recomienda primar la seguridad frente a la independencia de movimientos del paciente.
ADOPTADA DE GPC con Recomendación Débil	En pacientes inmunodeprimidos o con tendencia hemorrágica se sugiere valorar evitar el catéter venoso central, en función de las características clínicas.

ASPECTOS RELACIONADOS CON LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

√	Se aconseja utilizar sistemas de seguridad que eviten punciones accidentales de los profesionales sanitarios.
---	---

Prevención de complicaciones al canalizar la vía

ASPECTOS RELACIONADOS CON LA FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES

Fuerte	Se recomienda realizar una formación institucional acreditada en materias relacionadas con la inserción de catéter venoso central y central de inserción periférica.
Fuerte	Se recomienda que las unidades asistenciales dispongan de profesionales con formación acreditada en el manejo de catéter venoso central y central de inserción periférica.

PRECAUCIONES ANTES DE CANALIZAR LA VÍA

Fuerte	Se recomienda realizar una adecuada higiene de manos siempre; para vía periférica se utilizaran guantes limpios; para canalizar vía central y CCIP se utilizaran las máximas barreras disponibles.
√	En caso de vello abundante, se aconseja retirada del vello de la zona de punción.
Fuerte	Se recomienda limpiar la piel con un antiséptico para preparar el campo antes de la inserción de un catéter periférico. Usar clorhexidina alcohólica para la limpieza de la piel antes de la inserción de un catéter venoso central. Tras la limpieza sólo se tocará la piel con precauciones antisépticas.
Débil	Se sugiere el uso de anestésico tópico para la canalización de vías venosas periféricas.

ELECCIÓN DE LA VÍA Y PROCEDIMIENTO DE CANALIZACIÓN

√	Se aconseja evitar en lo posible el uso de la vena femoral para acceso venoso central en pacientes adultos.
Débil	Se sugiere que un mismo profesional no realice más de dos intentos de canalización de un catéter venoso central, en el mismo acto asistencial.
√	Se aconseja no tardar más de 25 minutos desde la primera punción para canalizar una vía venosa.
Fuerte	Se recomienda utilizar <i>doppler</i> para insertar un catéter venoso central y/o central de inserción periférica, si la técnica está disponible y hay personal entrenado.
Fuerte	Al canalizar una vía central o central de inserción periférica se recomienda ubicar la punta del catéter en la vena cava superior.
√	Se aconseja realizar prueba de imagen de control tras la canalización de una vía central, para comprobar la correcta colocación de la punta del catéter.

FIJACIÓN Y SELLADO DE LA VÍA

Fuerte	Se recomienda para fijar el catéter utilizar fijación sin sutura.
Débil	Se sugiere el uso de conectores con válvula de cierre a rosca tipo Luer de presión positiva en los puertos de acceso a las vías venosas frente a tapones básicos.
√	Se aconseja el sellado de las vías venosas con suero fisiológico (SF) o solución de heparina sódica tras finalizar el lavado de las mismas con el fin de disminuir el riesgo de oclusión.
Débil	Se sugiere sellar con solución de alcohol al 70 % según protocolo específico en pacientes neutropénicos portadores de catéter venoso central no tunelizados de más de un mes de duración, salvo si el catéter es de poliuretano, por el riesgo de degradación del mismo. En las unidades en las que hay alta tasa de infecciones relacionadas con catéter, a pesar de una óptima adherencia a técnicas asépticas, se sugiere sellar con heparina-vancomicina.

RECUBRIR EL ACCESO VENOSO

Fuerte	Se recomienda recubrir la zona de inserción con un apósito transparente.
√	Se aconsejan los apósitos de gasas para zonas húmedas o exudativas.

MEDIDAS SOBRE EL CATÉTER PARA LA PREVENCIÓN DE INFECCIONES

ADOPTADA DE GPC con Recomendación Débil	Se sugiere el aseo de los pacientes con solución de clorhexidina al 2 % en UCIs que mantienen alta tasa de infección relacionadas con catéter, a pesar de una implantación correcta de estrategias de reducción de bacteriemias.
ADOPTADA DE GPC con Recomendación Fuerte	Se recomienda usar catéter venoso central impregnado con clorhexidina/ sulfadiazina de plata o minociclina/ rifampicina en pacientes cuyo catéter se espera se mantenga más de 5 días, solo si en esa unidad asistencial no desciende la tasa de infecciones relacionadas con catéter a pesar de una estrategia global de bacteriemia cero.

El panel no alcanza consenso respecto a la utilización de apósitos impregnados de clorhexidina, por lo que su uso dependerá del juicio clínico en el paciente individual.

LISTAS DE COMPROBACIÓN Y PROGRAMAS INSTITUCIONALES

Fuerte	Se recomienda implantar protocolos de procedimientos de TIV en las unidades asistenciales.
Fuerte	Se recomienda cumplimentar una lista de comprobación estandarizada durante el proceso de canalización de la vía venosa central o CCIP.
Débil	Se sugiere registrar en una ficha específica el estado de los dispositivos de acceso vascular tras su inserción.
Fuerte	Se recomienda utilizar programas institucionales de evaluación de la calidad de manejo de las vías venosas.
Débil	Se sugiere que en los programas educativos haya una retroalimentación sobre la práctica previa o la tasa de infecciones del equipo o la unidad de canalización de la vía.

Prevención de complicaciones en el mantenimiento de la vía

ASPECTOS RELACIONADOS CON EL USO COMPARTIDO DE VÍAS

√	Se aconseja el uso compartido de vías en “Y” frente al uso intermitente de otra nueva vía.
Débil	El panel no encuentra diferencias entre sugerir el uso de alargaderas con llaves de tres pasos o alargaderas bifurcadas, en el paciente que tiene canalizada una vía venosa y necesita compartir la vía para extracción de analíticas o administración de fármacos.
√	Tras la toma de muestras se aconseja el lavado de la vía con suero fisiológico, en cantidad de, al menos el doble del volumen del catéter, con un mínimo de 10 ml.

ASPECTOS RELACIONADOS CON LA DURACIÓN DEL CATÉTER Y TIEMPOS DE REEMPLAZO

Fuerte	Se recomienda el cambio de llaves y sistemas cada 4-7 días para prevenir complicaciones en la canalización venosa.
Fuerte	Se recomienda que los accesos venosos que no son necesarios, se retiren.
Fuerte	Se recomienda no cambiar el catéter sistemáticamente en un plazo de tiempo fijo, sino cuando esté clínicamente indicado.

ASPECTOS RELACIONADOS CON EL USO DE CONECTORES

Débil	Se sugiere para el cierre de los puertos de las vías, el uso de conectores con válvula de cierre a rosca tipo Luer frente al tapón convencional, aunque debe valorarse su coste.
--------------	--

ASPECTOS RELACIONADOS CON LA DETECCIÓN DE COMPLICACIONES

Fuerte	Se recomienda vigilar la aparición de fiebre no explicada o dolor en la zona de inserción, y examinar la aparición de enrojecimiento.
√	Se aconseja aspirar los catéteres centrales previo a la infusión de un fluido para comprobar la permeabilidad de la vía.

Actuación ante complicaciones al canalizar la vía o en su mantenimiento

Fuerte	Ante complicaciones en una vía periférica, se recomienda retirar la vía.
√	Ante una infección relacionada con un catéter central de inserción periférica, se aconseja retirar el catéter haya o no afectación sistémica por la infección.
Fuerte	Ante una trombosis de la vía con un catéter central de inserción periférica, se recomienda su retirada, garantizando previamente la profilaxis de enfermedad tromboembólica del paciente con heparina de bajo peso molecular.
Fuerte	Ante una obstrucción del catéter central que no se consigue desobstruir mediante aspiración suave, se recomienda retirar el catéter central de inserción periférica, previa profilaxis tromboembólica del paciente con heparina de bajo peso molecular.
Débil	Ante una infección relacionada con catéter, se sugiere retirar el CVC haya o no afectación sistémica por la infección.
Débil	En caso de trombosis venosa secundaria a un catéter central, se sugiere retirar la vía y no tratar de disolver el trombo.
√	En caso de obstrucción de un catéter central, se aconseja retirar la vía y no tratar de desobstruirla.
√	En caso de extravasación, se aconseja disponer y actuar según protocolos basados en estándares de buenas prácticas.