

Salud y conservación de los vasos en el Reino Unido

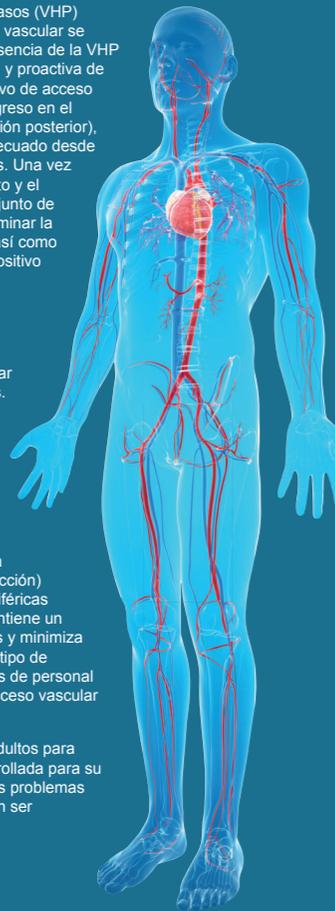
El concepto de Salud y conservación de los vasos (VHP) basado en las pruebas del manejo del acceso vascular se presentó por primera vez en los EE. UU. La esencia de la VHP radica en la intervención oportuna, intencional y proactiva de los pacientes para la selección de un dispositivo de acceso vascular durante las primeras 24 horas del ingreso en el proceso de atención de la salud (y la reevaluación posterior), seguida de la colocación de un dispositivo adecuado desde el punto de vista clínico dentro de las 48 horas. Una vez colocado, el foco se desplaza al mantenimiento y el cuidado diario del dispositivo utilizando el conjunto de la vía central y la evaluación diaria para determinar la salud de los vasos sanguíneos del paciente, así como la necesidad de continuación del uso del dispositivo (Moureau, et al., 2012).

Este marco práctico se ha desarrollado para respaldar a los profesionales en la evaluación de los vasos y tomar decisiones sobre los dispositivos adecuados para el acceso vascular y la administración de medicamentos o fluidos. Esto se basa en la necesidad individual del paciente y la evaluación del riesgo. El marco se divide en secciones relevantes a través del reconocimiento de las diferentes etapas de la evaluación y la terapia vasculares y fue desarrollado para usarse en su totalidad o las secciones individuales.

Se requiere la conservación de los vasos para minimizar el daño (trombosis, estenosis e infección) y mantener la permeabilidad de las venas periféricas y centrales siempre que sea posible. Esto mantiene un buen acceso venoso para futuros tratamientos y minimiza el sufrimiento de los pacientes. Además, este tipo de acciones permiten ahorrar costos significativos de personal y equipos a la organización al proporcionar acceso vascular y administración de medicamentos y fluidos.

Esta guía se basa en el acceso vascular en adultos para entornos agudos o planificados. No fue desarrollada para su uso en situaciones de emergencia donde otros problemas tienen prioridad y otras vías de acceso pueden ser adecuadas, p. ej., infusiones intraóseas.

Envíe sus comentarios a VHP@ips.uk.net



GLOSARIO DE TÉRMINOS

CVC: Catéter venoso central

IV: Vía de acceso intravenosa

Línea media: Catéter venoso largo insertado en las venas del brazo, que no se extiende centralmente

PICC: Catéter venoso central de inserción periférica

PN: Nutrición parenteral

TIVAD: Dispositivo de acceso vascular totalmente implantado (puerto)

CVC tunelizado: Catéter venoso central tunelizado desde el sitio de salida y tiene un manguito de anclaje (p. ej. catéter tipo Hickman)

VAD: Dispositivo de acceso vascular

VHP: Salud y conservación de los vasos

VIP: Escala visual de flebitis por infusión (Jackson, 1997)

REFERENCIAS

Hallam C, Weston V, Denton A, Hill S, Bodenham A, Dunn H, Jackson T (2016)

Development of the UK Vessel Health and Preservation (VHP) framework: a multi-organisational collaborative. Journal of Infection Prevention. 1-8 DOI:10.1177/1757177416627752

Guía de medicamentos inyectables. Descargado de: <http://medusa.wales.nhs.uk/Home.asp> Descargado en agosto de 2014

Jackson, A. (1997). VIP (Escala visual de flebitis por infusión).

Descargado de: <http://www.bhs.org.au/airapps/Services/au/org/bhs/govdoc/files/references/13439.pdf> Descargado en agosto de 2014

Loveday, et al. (2014). Epic3: National Evidence – Based Guidelines for Preventing Healthcare-Associated Infections in NHS Hospitals. Journal of Hospital Infection. [http://www.journalofhospitalinfection.com/article/S0195-6701\(13\)60012-2/pdf](http://www.journalofhospitalinfection.com/article/S0195-6701(13)60012-2/pdf)

Moureau, et al. (2012). Vessel health and preservation (Part 1): a new evidence-based approach to vascular access selection and management. Journal of Vascular Access, 13, pp351–356, doi: 10.5301/vja.5000042



PRIMERA CONSIDERACIÓN

¿SE REQUIERE TERAPIA IV?
¿SE HAN CONSIDERADO Y EXCLUIDO
VÍAS ALTERNATIVAS VIABLES?

NO

CONTÍNUÉ EL
TRATAMIENTO A TRAVÉS
DE UNA VÍA ALTERNATIVA*

SÍ
CONSULTE LA HERRAMIENTA DE
DECISIÓN DE LA LÍNEA CORRECTA
(Al dorso)

*Las vías alternativas de terapia incluyen: tópica, sublingual, rectal, subcutánea, transcutánea, inhalada, nasal y otras.

EVALUACIÓN DE LOS VASOS

EVALUACIÓN DE VENAS PERIFÉRICAS

Grado	Calidad de las venas	Definición de la calidad de las venas	Manejo de la inserción ²
1	Excelente	4-5 venas palpables/fácilmente visibles, aptas para canular.	La cánula puede insertarla el personal atención de la salud autorizado/capacitado.
2	Buena	2-3 venas palpables/visibles aptas para canular.	La cánula puede insertarla el personal atención de la salud autorizado/capacitado.
3	Regular	1-2 venas palpables/visibles aptas para canular. (Las venas pueden ser pequeñas, tener cicatrices o ser difíciles de encontrar y se requiere el uso de compresas calientes para facilitar la vasodilatación).	La cánula puede insertarla el personal atención de la salud autorizado/capacitado, pero puede requerir un Visor Infrarrojo o Ecografía.
4	Mala	Las venas no son palpables/visibles (requieren ayuda de ecografía o Visor Infrarrojo).	La cánula puede insertarla personal especializado ³ en canulación. Utilice un Visor Infrarrojo, Ecografía, transluminación u otra ayuda.
5	Ninguna identificable	No hay venas visibles (a simple vista o con ayuda) ni palpables.	No deberá realizarse la canulación periférica.

2 La cantidad de intentos de canulación antes del cambio debe reflejarse en la política local.

3 Se determina de forma local.

ADECUACIÓN DE LOS FÁRMACOS

La adecuación de los fármacos para la infusión periférica es potencialmente compleja y requiere la evaluación de los riesgos para el fármaco individual y la vía de acceso con cada tratamiento. En términos generales, la seguridad de una infusión de fármacos para prevenir el daño del vaso se relacionará con factores, como el pH, la osmolaridad, la viscosidad, el volumen de dilución, la velocidad de infusión, el tamaño y la fragilidad de la vena periférica. Debe haber una guía general disponible localmente en todos los entornos clínicos. Los ejemplos incluyen la Injectable Medicines Guide (Guía de medicamentos inyectables) (Medusa) <http://medusa.wales.nhs.uk/Home.asp> (Se requiere iniciar sesión y registrarse).

La guía sugiere que la cánula periférica y las líneas medias no son adecuadas en los siguientes casos:

- Quimioterapia continua de agentes vesicantes
- Nutrición parenteral superior a 10 % de dextrosa o 5 % de proteína
- Soluciones o medicamentos con un pH menor a 5 o mayor a 9
- Soluciones o medicamentos con osmolaridad mayor a 600 mOsm/l

LISTA DE FÁRMACOS DE EJEMPLO

DEFINITIVAMENTE CENTRAL	PUEDE CONSIDERARSE CENTRAL
Amiodarona (excepto en emergencias con paro cardíaco)	Vancomicina (especialmente cuando es más de unos pocos días)
Algunos fármacos de quimioterapia contra el cáncer	Labeltalol
Dobutamina	Argipresina
Dopamina	Cafeína
Infusión de epinefrina (adrenalina) (excepto dosis en bolo en caso de paro cardíaco)	Nitroglicerina (GTN)
Norepinefrina (noradrenalina)	Cotrimoxazol
Potasio >40 mmol/litro	Dantroleno
PN (excepto solo por los primeros 1 o 2 días de terapia)	Fenoxibenzamina
Dopexamina	Foscarnet
Glucosa >15 %	Nitroprusida
Nimodipina	Fenitoína
Bicarbonato de sodio 4.2 % o 8.4 %	Ganciclovir
Cloruro de sodio 1.8 % +	Pentamidina

HERRAMIENTA DE DECISIÓN DE LA LÍNEA CORRECTA

¿NECESIDAD REAL DE TERAPIA IV?

SÍ

¿La terapia **DEBE** administrarse centralmente?
(Consulte la lista de fármacos de ejemplo)

SÍ

NO

continúe a través de una vía alternativa
Tenga en cuenta: Oral, sublingual, inhalada, subcutánea, nasal, transdérmica, tópica, etc.

VENA PERIFÉRICA
Grado de evaluación

EVALUACIÓN DE VENAS PERIFÉRICAS

	1 EXCELENTE	2 BUENA	3 REGULAR	4 MALA	5 NINGUNA IDENTIFICABLE
Paciente Ambulatorio/ Largo Plazo	Terapia Intermitente de < 6 meses	Terapia Intermitente de < 4 meses	Aceptable para Terapia Intermitente durante 4 a 6 semanas	Canulación excepcional	No apto para Canulación
Paciente hospitalizado/ Agudo	Menos de 10 días de terapia			Canulación excepcional	

Si el grado de la Vena Periférica no es compatible con la duración prevista para el tratamiento, tenga en cuenta otro tipo de dispositivo vascular.

DURACIÓN DE LA TERAPIA ANTICIPADA



⁴ Epic 3: National Evidence-Based Guidelines for Preventing Healthcare-Associated Infections in Hospitals in England

⁵ Midlines are not a suitable option for drugs that must be given centrally

PREGUNTAS SECUNDARIAS QUE PUEDEN MEJORAR LA ELECCIÓN DE LA VÍA EN PACIENTES INDIVIDUALES:

Preferencia del paciente/Cuestiones relacionadas con el estilo de vida/ Imagen corporal.

Anomalías conocidas de la anatomía vascular que limitan el sitio de acceso.

Especificaciones de la terapia: p. ej., intermitente frente a continua, deterioro del estado de salud del paciente, duración extrema de la terapia (meses-años), indicaciones específicas (p. ej., trasplante de médula ósea).

Disponibilidad local de personal competente en el área vascular.

Necesidad de diálisis a largo plazo con: Fístula arteriovenosa, evitar daño venoso del PICC o catéter de inserción Axilar/Subclavia.

Antecedentes médicos relevantes: coagulopatía, insuficiencia respiratoria grave y otras contraindicaciones al acceso central.

Factores del paciente: función cognitiva.

REVALUACIÓN DEL DISPOSITIVO DE ACCESO

Se requiere la evaluación diaria para asegurarse de que el dispositivo es adecuado para preservar la salud de los vasos y la comodidad del paciente. La evaluación debe tener en cuenta cualquier complicación y si el dispositivo todavía se requiere. Además, en cada turno, debe observarse el sitio de inserción del acceso vascular.

¿El paciente sigue necesitando terapia IV?

NO

Programa la extracción del acceso IV y continúe el tratamiento por vías alternativas según corresponda.

SÍ

¿El Dispositivo de Acceso Vascular (VAD) actual sigue siendo la solución óptima para las necesidades del paciente? Evalúe lo siguiente:

Escala del sitio de inserción > 0 ⁶	SÍ	NO
Dispositivo infectado:		
¿Se sospecha?	SÍ	NO
¿Comprobado?	SÍ	NO
¿Oclusión? (se incluye persistente)	SÍ	NO
Trombosis	SÍ	NO
¿Fuga?	SÍ	NO
Dosis omitida/atrasada (debido a falla del dispositivo)	SÍ	NO
Desplazamiento	SÍ	NO

NO A TODO

¿Se obtuvo alguna nueva información clínica que pueda afectar la decisión de la línea correcta para este paciente?
¿Se confirmó un diagnóstico que se sospechaba?
¿Cambió la condición?

SÍ

NO

Vuelva a aplicar la Herramienta de decisión de la línea correcta de VHP para reevaluar la necesidad actual de VAD e incorpore los puntos de vista del paciente

Continúe utilizando el VAD actual de acuerdo con la política local. Continúe la vigilancia para detectar complicaciones y continúe reevaluando la necesidad de este VAD con regularidad.

SÍ A ALGUNA

Consulte las políticas locales sobre manejo de complicaciones relacionadas con VAD, pero evalúe si las posibles complicaciones implican el fracaso del VAD y revalúe para determinar el cambio a un tipo de VAD alternativo.

© Los derechos de autor de esta publicación pertenecen, en forma conjunta, a la Sociedad de prevención de Infecciones (Infection Prevention Society), Sociedad Nacional de Infusión y Acceso Vascular (National Infusion and Vascular Access Society) y el Colegio Real de Enfermería (Royal College of Nursing) 2015

⁶ Utilice la escala del sitio de inserción local – P. ej. Escala VIP para cánula periférica