

El profesional de enfermería debe poner especial atención en el uso del catéter venoso periférico corto (CVPC) debido a que dos de cada tres pacientes hospitalizados tienen este dispositivo. Sin embargo, del 20% al 65% de los pacientes cursa con flebitis secundaria a su mal uso, lo que supera la recomendación de la Infusion Nursing Society, donde la prevalencia aceptada de flebitis es $\leq 5\%$ en cualquier población.^{1,2}

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud los daños causados a los pacientes, secundarios a eventos adversos durante la hospitalización, ocupan el 14º lugar en morbilidad mundial. Así mismo, en los países pertenecientes a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, se calcula que el 15% de los gastos totales en los hospitales se relacionan a eventos adversos.³

La flebitis es un evento adverso que ocasiona la inflamación de una vena como consecuencia de la alteración o daño en el endotelio por un dispositivo de acceso vascular venoso (AVV), la solución administrada o una bacteria patógena; lo que conduce a la liberación de serotonina, bradiquinas e histamina, aumento del flujo sanguíneo por vasodilatación en la zona, además del incremento de la permeabilidad y extravasación de proteínas y plasma sanguíneo hacia el intersticio. Así mismo, se genera una elevación de leucocitos en la zona y, finalmente, apoptosis de leucocitos que propicia fiebre.⁴

Dentro de los factores de riesgo se encuentran los extremos de edad, el sexo femenino, la raza caucásica y la presencia de determinados procesos subyacentes como la hipoalbuminemia o la neutropenia.^{5,6}

Existen tres tipos de flebitis según su origen: a) la mecánica o traumática, producida por cualquier tipo de AVV que actúa como un cuerpo extraño, por lo que el lugar de inserción, la técnica, la longitud y el calibre pueden dañar el endotelio; b) la química, que se asocia con cualquier daño secundario a la administración de ciertas soluciones con pH <7.0 y >9.0 , hiperosmolares (>600 mOsm/l), velocidad rápida y duración del tratamiento prolongado, que puede presentarse hasta 96 horas posteriores al retiro del dispositivo; y c) la bacteriana, como consecuencia de una infección, pero que puede predisponer a complicaciones sistémicas.^{1,2,4,5}

Dentro de los signos y síntomas, el paciente puede presentar dolor, edema y calor local, cordón venoso palpable, eritema alrededor del sitio de punción o en el trayecto del vaso sanguíneo, secreción purulenta y/o fiebre, pero en los casos más graves, puede existir la presencia de trombosis venosa.^{4,5}

Aunado a todas estas complicaciones, existe un incremento de los costos y días de estancia hospitalaria, por lo que dentro de las intervenciones de enfermería se debe realizar una valoración constante con el uso de instrumentos que permitan el diagnóstico oportuno de la flebitis y tomar decisiones sobre su tratamiento que beneficien al paciente, pero ¿cuáles son estas escalas? y ¿cuál es la más recomendada de acuerdo con la evidencia científica?

A partir de este cuestionamiento, se realizó una revisión sistematizada de la evidencia científica disponible en las bases de datos SciELO, LILACS, CUIDEN, PubMed y CINAHL con una delimitación de 5 años en los idiomas español, inglés y portugués. Dicha búsqueda permitió constatar 2 dimensiones: 1) escalas de valoración de flebitis más utilizadas y 2) puntos importantes a considerar.

Escalas de valoración de flebitis más utilizadas:

Dentro de las más utilizadas para el diagnóstico de la flebitis se encuentran: 4-8

- Escala de la Sociedad de Enfermería de Infusión (INS): Con un puntaje que va de 0 (sin síntomas) a 4 (todos los síntomas presentes: dolor, eritema, edema, formación de veta, cordón venoso palpable >2.5 cm de longitud y drenaje purulento). Cualquier puntaje de 1 o mayor se considera flebitis.

Grado	Criterio Clínico
0	No hay síntomas.
1	Eritema en el sitio de inserción con o sin dolor.
2	Dolor en el sitio de inserción con eritema o edema.
3	Dolor en el sitio de inserción con eritema o edema, formación de veta y cordón venoso palpable.
4	Dolor en el sitio de inserción con eritema o edema, formación de veta, cordón venoso palpable > 2.5 cm y drenaje purulento.

- Escala Visual de flebitis por Infusión (VIP): Es una escala utilizada para el diagnóstico y tratamiento de la flebitis en catéteres venosos periféricos. Mide 6 síntomas: dolor, eritema, edema, induración, cordón venoso palpable y trombosis venosa franca; con un puntaje de 0 a 5, una ventaja es que emite recomendaciones para el cuidado.

Grado	Signos y síntomas	Recomendación	
0	Sin dolor, eritema, hinchazón ni cordón palpable.	NO signos de flebitis. OBSERVE punto de inserción.	Sin dolor
1	Dolor sin eritema, hinchazón ni cordón palpable en la zona de punción.	Posible signo de flebitis. OBSERVE punto de inserción.	
2	Dolor con eritema y/o hinchazón sin cordón palpable en la zona de punción.	Inicio de flebitis. RETIRE el catéter.	Dolor moderado
3	Dolor, eritema, hinchazón, endurecimiento o cordón venoso palpable <6 cm por encima del sitio de inserción.	Etapa media de flebitis. RETIRE el catéter y valore tratamiento.	
4	Dolor, eritema, hinchazón, endurecimiento o cordón venoso palpable >6 cm por encima del sitio de inserción y/o purulencia.	Avanzado estado de flebitis. RETIRE el catéter y valore tratamiento.	Dolor severo
5	Trombosis venosa franca con todos los signos anteriores y dificultad o detención de la perfusión.	Tromboflebitis, Retirar el catéter e inicie tratamiento.	

- Escala ASSESS CVPC: Escala que permite evaluar el manejo, el seguimiento, los signos y los síntomas, así como, las complicaciones en 48 ítems. Dentro de los cuales solo 11 reactivos miden los síntomas de flebitis: 5 según los informes de los pacientes (dolor, sensibilidad, comunicación) y 6 según la observación de la enfermera.

- Escala Maddox: Determina la severidad de la flebitis de acuerdo con el número de datos presentes, intensidad y extensión. Con un rango de 0, que es ausencia, hasta 5 que refleja trombosis venosa aparente.

Puntos importantes a considerar: 4-8

- Hacer hincapié en la higiene de manos a toda persona que manipule el dispositivo.
- Realizar curación del AVV de acuerdo con políticas institucionales.
- Retirar el excedente de antiséptico que se encuentre periférico al sitio de punción, debido a que puede ser arrastrado al interior del vaso sanguíneo y lesionarlo.
- Mantener visible el sitio de punción y realizar una valoración continua.
- Evitar la presencia de humedad en el sitio de punción.
- Evaluar tiempo de permanencia y retiro oportuno del AVV. Si no se utiliza en 24 hrs, está indicado su retiro previo a confirmación con el equipo multidisciplinario.
- Rotular el dispositivo con fecha de instalación, turno y profesional que coloco el AVV o realizo la curación.
- Realizar anotaciones en los registros de enfermería sobre al estado de la piel y del dispositivo.

En conclusión, el profesional de enfermería debe hacer uso de las distintas escalas de valoración para flebitis y garantizar una terapia endovenosa segura, así mismo, la escala más utilizada es la de la INS, seguida de la VIP, pero es importante resaltar que las escalas antes mencionadas aún no están validadas en población mexicana. Por lo tanto, se debe hacer un uso cauteloso de las mismas, una valoración crítica, y proporcionar cuidados basados en la evidencia en conjunto con el equipo multidisciplinario y reducir al mínimo la presencia de complicaciones.

¿Tienes algún comentario sobre la nota, requieres de mayor información o quieres proponer algún tema? Escríbenos al siguiente correo: investigacioninc@cardiologia.org.mx



Referencias bibliográficas

1. Arias-Fernández L, Suárez-Mier B, Martínez-Ortega MA, Lana A. Incidencia y factores de riesgo de flebitis asociadas a catéteres venosos periféricos. *Enferm Clin*. 2017;27(2): 79-86.
2. Ray-Barruel G, Polit DF, Murfield JE, Rickard CM. Infusion phlebitis assessment measures: a systematic review. *J Eval Clin Pract*. 2014; 20(2):191-202.
3. OMS [Internet]. Suiza: Organización Mundial de la Salud; mayo de 2018 [2019; abril de 2019]. Disponible en <https://www.who.int/es/>
4. Martín B, Fernández M, López M, Peña I. Efectividad del tratamiento tópico de la flebitis secundaria a la cateterización periférica: una revisión sistemática. *Enferm Glob*. 2017; 16(45):491-507.
5. Arias L, Suárez MB, Martínez MC, Lana A. Incidencia y factores de riesgo de flebitis asociadas a catéteres venosos periféricos. *Enferm Clínica*. 2017; 27 (2) :79-86.
6. Rojas-Sánchez LZ, Parra DI, Camargo-Figuera FA. Incidencia y factores asociados al desarrollo de flebitis: resultados del estudio piloto de una cohorte. *Revista de Enfermagem Referência*. 2015; 4(4): 61-67.
7. Palese A, Ambrosi E, Fabris F, Guarnier A, Barelli P, et al. Nursing care as a predictor of phlebitis related to insertion of a peripheral venous cannula in emergency departments: findings from a prospective study. *J Hosp Infect*. 2015; 93 (Issue 3): 1-7.
8. Ray-Barruel G. Are infusion phlebitis assessment scales reliable and valid? *J Eval Clin Pract*. 2014; 20(2):191-202.