

**PARTICIPACIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LA
PREVENCIÓN DE FLEBITIS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS
EN LA CLÍNICA SANTA SOFÍA, DURANTE EL PRIMER
TRIMESTRE DEL AÑO 2006**

(Trabajo presentado como requisito parcial para optar al Título de
Licenciado en Enfermería)

**AUTOR:
T.S.U. MOROS MÁXIMO
C.I. Nº 6.099.344**

TUTORA: Lic. LINDA DÍAZ

CARACAS, ENERO DEL 2007

**PARTICIPACIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LA
PREVENCIÓN DE FLEBITIS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS
EN LA CLÍNICA SANTA SOFÍA, DURANTE EL PRIMER
TRIMESTRE DEL AÑO 2006**

PARTICIPACIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE FLEBITIS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA CLÍNICA SANTA SOFÍA, DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DEL AÑO 2006.

**AUTOR:
T.S.U. MOROS MÁXIMO
C.I. Nº 6.099.344
TUTORA: Lic. LINDA DÍAZ
FECHA: ENERO 2007**

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo general determinar la participación del profesional de enfermería en la prevención de flebitis en pacientes hospitalizados en la Clínica Santa Sofía, durante el primer trimestre del año 2006.

El tipo de estudio esta enmarcado dentro de un diseño de campo de tipo descriptivo, se aplicó un instrumento tipo guía de observación con respuestas dicotómicas, con 42 ítemes a diecinueve (19) enfermeras(os) que laboran en las unidades clínicas de la Clínica Santa Sofía en todos los turnos (Mañana, tarde y ambas noches). Para el análisis de los resultados del estudio se realizó en un período de seis (6) meses partiendo de su planificación al informe final de los resultados. Los datos de la guía de observación fueron recabados por el investigador en un lapso de 3 semanas hábiles, es decir, quince (15) días.

Se concluye que los profesionales de enfermería realizan de forma parcial los cuidados para prevenir la flebitis antes de la colocación del catéter, debido a que se observó que un grupo mayoritario no cumple con la técnica en su totalidad. No obstante, la técnica de colocación del catéter si es realizada de forma correcta por la totalidad de la población estudiada. Se recomienda realizar educación continua en servicio, a fin de que el personal cumpla con todas las acciones específicas para prevenir flebitis en el enfermo y proporcionar protocolos de actuación para el cuidado de los enfermos con catéter periférico, a fin de unificar criterios y no obviar ninguna acción.

DEDICATORIAS

A mi madre, por darme la existencia y ser la persona mas importante en mi vida, gracias por darme la vida y estar ahí siempre conmigo, te amo..

A toda mi familia y amigos que de una u otra manera contribuyeron para lograr esta meta.

A la Lic. Linda Días, por su comprensión, ayuda y paciencia, a la Lic. Maribel Osorio y a la Sra. Livia Oliveros por su colaboración.

Máximo Moros.

AGRADECIMIENTO

A Dios Todopoderoso, por darme la fuerza necesaria para seguir adelante.

A la Escuela de Enfermería de la Universidad Central de Venezuela, por abrirme las puertas del conocimiento y ayudarme a conseguir mi meta.

A mi tutora Lic. Linda Díaz, por su paciencia y por ser mi guía en esta ardua tarea.

A la Lic. Maribel Osorio, por ser tan perceptiva y orientarme hacia el camino del triunfo.

A todas aquellas personas, que de una u otra forma contribuyeron a la realización del presente trabajo.

Muchas gracias,

El Autor

INDICE

	Pág.
Aprobación de Jurados.....	iii
Dedicatoria.....	iv
Agradecimiento.....	v
Lista de Cuadros.....	vii
Lista de Gráficos.....	viii
Aprobación de Tutor.....	ix
Resumen.....	x
Introducción.....	1
Capítulo I: El Problema	
Planteamiento del Problema.....	3
Objetivos de la Investigación	
Objetivo General.....	6
Objetivos Específicos.....	6
Justificación del estudio.....	7
Capítulo II: Marco Teórico	
Antecedentes del Estudio.....	12
Bases Teóricas.....	15
Sistema de Variable.....	50
Operacionalización de la Variable.....	51
Definición de Términos Básicos.....	52
Capítulo III: Marco Metodológico	
Diseño de estudio.....	53
Tipo de estudio.....	54
Población y muestra.....	54
Instrumento de Recolección de Datos.....	55
Validez.....	56
Confiabilidad.....	56
Procedimiento para la recolección de la información.....	57
Técnica de análisis.....	58
Capítulo IV: Presentación y Análisis de los Resultados.....	59
Capítulo V: Conclusiones y Recomendaciones	
Conclusiones.....	76
Recomendaciones.....	77
Referencias Bibliográficas.....	78
Anexos	81

LISTA DE CUADROS

Nº	Pág.
1	68
Distribución de frecuencias de las observaciones realizadas a las enfermeras(os) que laboran en la Unidad de Medicina Interna del Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”. Dimensión: Información. Indicador: Características de la enfermedad	
2	70
Distribución de frecuencias de las observaciones realizadas a las enfermeras(os) que laboran en la Unidad de Medicina Interna del Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”. Dimensión: Información. Indicador: Complicaciones	
3	73
Distribución de frecuencias de las observaciones realizadas a las enfermeras(os) que laboran en la Unidad de Medicina Interna del Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”. Dimensión: Tratamiento. Indicador: Tipos de Tratamiento	
4	75
Distribución de frecuencias de las observaciones realizadas a las enfermeras(os) que laboran en la Unidad de Medicina Interna del Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”. Dimensión: Tratamiento. Indicador: Tratamiento nutricional	
5	78
Distribución de frecuencias de las observaciones realizadas a las enfermeras(os) que laboran en la Unidad de Medicina Interna del Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”. Dimensión: Tratamiento. Indicador: Ejercicios	
6	81
Distribución de frecuencias de las observaciones realizadas a las enfermeras(os) que laboran en la Unidad de Medicina Interna del Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”. Dimensión: Autocuidado. Indicador: Higiene personal	
7	83
Distribución absoluta y porcentual de las observaciones realizadas acerca de la participación del profesional de enfermería en la prevención de flebitis. Indicador: Cuidados después. Subindicador: Valoración después de retirar el catéter periférico	

LISTA DE GRÁFICOS

Nº	Pág.
1	69
Distribución de frecuencias de las observaciones realizadas a las enfermeras(os) que laboran en la Unidad de Medicina Interna del Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”. Dimensión: Información. Indicador: Características de la enfermedad	
2	72
Distribución de frecuencias de las observaciones realizadas a las enfermeras(os) que laboran en la Unidad de Medicina Interna del Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”. Dimensión: Información. Indicador: Complicaciones	
3	74
Distribución de frecuencias de las observaciones realizadas a las enfermeras(os) que laboran en la Unidad de Medicina Interna del Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”. Dimensión: Tratamiento. Indicador: Tipos de Tratamiento	
4	77
Distribución de frecuencias de las observaciones realizadas a las enfermeras(os) que laboran en la Unidad de Medicina Interna del Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”. Dimensión: Tratamiento. Indicador: Tratamiento nutricional	
5	80
Distribución de frecuencias de las observaciones realizadas a las enfermeras(os) que laboran en la Unidad de Medicina Interna del Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”. Dimensión: Tratamiento. Indicador: Ejercicios	
6	83
Distribución de frecuencias de las observaciones realizadas a las enfermeras(os) que laboran en la Unidad de Medicina Interna del Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”. Dimensión: Autocuidado. Indicador: Higiene personal	
7	
Distribución absoluta y porcentual de las observaciones realizadas acerca de la participación del profesional de enfermería en la prevención de flebitis. Indicador: Cuidados después. Subindicador: Valoración después de retirar el catéter periférico	

INTRODUCCIÓN

La enfermería, es una profesión de asistencia que ayuda a las personas y a la sociedad a conseguir, recuperar y conservar la salud. La esencia de la profesión es el cuidado, en este sentido, el profesional de enfermería debe poseer conocimiento, habilidades y destrezas que le permitan proporcionar atención directa al enfermo hospitalizado partiendo de sus necesidades específicas, lo cual permitirá la pronta recuperación y así evitar complicaciones durante el período en que la persona permanezca en la institución hospitalaria.

Una complicación frecuente en los enfermos es la flebitis, que está asociada a la colocación de catéteres venosos periféricos, procedimiento éste que se realiza con fines terapéuticos y/o diagnósticos. El profesional de enfermería, es el responsable del cuidado del acceso venoso periférico y por ende de prevenir la aparición de complicaciones.

El presente trabajo de investigación tiene por objetivo general determinar la participación del profesional de enfermería en la prevención de flebitis en pacientes hospitalizados en la Clínica Santa Sofía, durante el primer trimestre del año 2006. este trabajo de investigación se estructuro en cinco (5) capítulos para darle una secuencia lógica y un sentido "ortodoxo".

En el primer capítulo se establece una descripción clara y precisa del problema, los objetivos general y específicos que se desean alcanzar con la investigación y la justificación de la misma.

En el segundo capítulo, se desarrolla el Marco Teórico donde está sustentada la investigación, se propone todo lo concerniente al tema, antecedentes, bases teóricas, el sistema y operacionalización de las variables sugeridas, por último la definición de términos.

Capítulo III, establece el Marco Metodológico acorde a la investigación y donde se manifiesta el diseño y tipo de investigación, población y muestra con la cual se trabajó, el instrumento para la recolección de datos, la validez y confiabilidad del mismo, los procedimientos utilizados para la recolección de la información y la técnica de análisis utilizada.

En el capítulo IV. Se presentan y analizan los cuadros y gráficos estadísticos, el cual conlleva al capítulo V, correspondiente a las conclusiones y recomendaciones derivadas de la investigación realizada, finalmente se presentan las referencias bibliográficas que sirvieron de sustento para el estudio.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

Planteamiento del Problema

En tiempos antiguos se decía que enfermería era un arte, y se identificaba como enfermera a cualquier persona que brindaba cuidados, por ejemplo, algunos historiadores señalan que las raíces de enfermería moderna se basan en los cuidados prestados por las religiosas que cuidan a enfermos en los conventos y hasta en las madres cuando crían y cuidan a sus hijos.

Con el transcurso de los años y especialmente en los últimos tiempos, se ha definido a enfermería como: “una profesión que está surgiendo”, pues posee un conjunto de conocimientos científicos, además de una serie de elementos prácticos que le permiten proporcionar cuidados a la persona sana o enferma.

Por lo antes expuesto se puede decir, que el profesional de enfermería es el responsable directo de la atención al usuario, el cual lo realiza aplicando los cuidados que son la esencia de la profesión, entendiéndose por cuidados de enfermería la atención que se brinda a la persona, familia y

comunidad; basas en conocimientos científicos, y técnicos, estos cuidados son de gran importancia, pues de ello va a depender que el usuario recupere su salud y puede reinsertarse, tanto en el ámbito familiar, como social y laboral.

Dentro de los cuidados que proporciona enfermería, se encuentran la administración de medicamentos por vía intravenosa, para ello es necesario la cateterización de una vía periférica o procedimiento de venopunción, cuyo objetivo principal es acceder al territorio venoso con fines terapéuticos y/o diagnósticos, es importante resaltar que estas sustancias contienen agentes químicos que irritan e inflaman las paredes de las venas produciendo flebitis.

En este mismo orden de ideas, se pueden mencionar algunos de los problemas que pueden presentar la venopunción periférica, tales como: mecánicos cuando la aguja del catéter pincha la pared venosa; la aguja se desaloja del reservorio implantado, rotura, daño o separación del dispositivo de acceso vascular, obstrucción del flujo sanguíneo y del flujo de líquidos, y reacción inflamatoria.

Cabe destacar, que la infección es otro de los riesgos o complicaciones que puede acarrear el procedimiento de venopunción periférica si no se cumplen las medidas de asepsia y antisepsia, los Drs.

Peterson y Jonson (1995) opinan “con el fin de evitar toda posible infección es imprescindible la limpieza de manos con una solución antiséptica antes de iniciar el procedimiento”, (Pág. 1). Existen otras complicaciones de mayor riesgo o peligrosidad como lo son: extravasación, tromboflebitis, sepsis, embolismo aéreo, embolismo por sección de hemorragias, arrancamientos y obstrucciones.

El profesional de enfermería, es el responsable de prevenir la aparición de estas complicaciones, por ello debe estar atento ante la aparición de algunos de los síntomas que permiten detectar de manera precoz algunas complicaciones, y si tuviera presente alguno de estos síntomas debe actuar en forma rápida y eficaz para poder brindar bienestar a los usuarios.

En consecuencia, este estudio nace de la inquietud de observar la diversidad de criterios que utiliza el profesional de enfermería para el procedimiento de venopunción periférica, además el aumento del índice de flebitis, dado de la observación directa de los miembros superiores del usuario en la Clínica Santa Sofía del Cafetal.

Esta observación también permitió darse cuenta que dejan de cumplirse algunos de los pasos o técnicas a ejecutar en el procedimiento de

aumentando su estadía hospitalaria, y por ende, un alto índice de riesgos y/o complicaciones como las mencionadas, resultado de la falta de continuidad en el manejo y cuidado de los sitios de punción.

Partiendo de lo anteriormente expuesto, surge entonces la inquietud que funge como formulación del problema, la cual se presenta a continuación ¿Cuál es la participación del profesional de enfermería en la prevención de flebitis en pacientes hospitalizados en la Clínica Santa Sofía, durante el primer trimestre del año 2006?.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo General

Determinar la información del profesional de enfermería en la prevención de flebitis en pacientes hospitalizados en la Clínica Santa Sofía, durante el primer trimestre del año 2006.

Objetivos Específicos

- Identificar los cuidados que proporciona el profesional de enfermería al enfermo antes de la cateterización periférica.

- Describir los cuidados que proporciona el profesional de enfermería al enfermo durante el tiempo que tiene colocado el catéter periférico.
- Identificar los cuidados que efectúa el profesional de enfermería al enfermo después de retirar el catéter periférico.

Justificación

La Clínica Santa Sofía, es una institución privada prestataria de servicios de salud donde ingresan a diario personas con diferentes problemas que afectan su estado de salud y por ende su bienestar, a pesar de ser una institución privada no escapa de las complicaciones que pueden presentar algunos usuarios en los procedimientos realizados por el profesional de enfermería, lo cual va en detrimento de la salud de los mismos. A pesar que las unidades clínicas de esta institución tienen como finalidad proporcionar la atención oportuna y rápida al usuario y su entorno con máximo de calidad y eficiencia, basado en el análisis científico que proporciona el conocimiento que poseen los profesionales de enfermería que allí laboran, en oportunidades este objetivo no se lleva a cabo.

Cabe resaltar que para alcanzar el bienestar es necesario que las personas que acuden a este centro, en su mayoría necesitan la administración de fluidos por vía intravenosa, ya sea central (la realiza el

médico) o periférica que ayuden a recuperar su salud, y así volver a su entorno familiar, laboral y social, y es precisamente el profesional de enfermería el principal responsable de la administración de estos fluidos y para hacerlo necesita cateterizar una vía periférica para obtener el acceso venoso adecuado, el cual va a depender del tipo de solución y la duración de la misma al momento de elegir el calibre del catéter y sitio de venopunción.

Si se toma en cuenta que las instituciones prestatarias de salud buscan el bienestar de los usuarios, el cual se logra con una atención de calidad en los diferentes procedimientos de enfermería, en la clínica Santa Sofía se observa que ha aumentado el índice de complicaciones en usuarios con catéteres periféricos; entonces se hace necesario concienciar al colectivo (personal de enfermería) en la importancia de tomar medidas preventivas para la aparición de flebitis en pacientes recluidos en esta institución. En este sentido, la presente investigación pretende ser un aporte para:

- El colectivo, de enfermería en función de revisar la práctica, y así brindar seguridad, fisiológica al enfermo en cuanto el manejo de las vías periféricas.
- Para el enfermo, es importante porque el producto de la aplicación de la atención de enfermería estará enmarcada en un ámbito de la

optimización de la atención brindada. Además en la medida que se eviten complicaciones disminuye su estadía en el centro hospitalario y por lo tanto los costos, así mismo tiene la posibilidad de recibir el tratamiento adecuado de manera eficiente y oportuna para su pronto reestablecimiento e inserción en su entorno social, laboral y familiar.

- Para la clínica reviste importancia, porque en la medida que se proporcionen cuidados de alta calidad, la institución adquiere buena imagen con el público.

De todo lo anterior, se desprende que el fin último de esta investigación, es otorgar a los profesionales de la salud herramientas necesarias para el procedimiento de venopunción no presente un trauma para el usuario, sino que permita sentirse seguro y satisfecho de la atención que le brinda el profesional de enfermería. Esto es importante, porque la práctica profesional de enfermería tiene una meta, ayudar al hombre sano o enfermo a satisfacer sus necesidades, garantizándoles una calidad óptima de atención.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

En este capítulo se presentan los antecedentes de la investigación, las bases teóricas, el sistema de variables y la operacionalización de las mismas y por último la definición de términos básicos.

Antecedentes de la Investigación

Daidan, M. González, A. y Cadena, M (2000) realizaron una investigación titulada “Factores que determinan las flebitis en pacientes con catéter endovenoso por más de 24 horas en el Hospital I.E.S.S Riobamba Ecuador”. El estudio se planteó como objetivo Investigar los factores que determinan las flebitis en pacientes con catéter endovenoso por mas de 24 horas ingresados en el servicio de cirugía. Metodológicamente, el estudio fue de orden descriptivo, transversal y analítico, la población objeto de estudio la conformaron los pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía que se les había cateterizado una vía endovenosa y tenían más de 24 horas con el mismo; siendo un total de 70 pacientes, como muestra se utilizó el 100% de la población como método se utilizó la observación directa y como instrumento el Guión de Observación aplicado a la muestra sujeta a

observación. La misma evidenció que un 27% de la muestra sujeta a observación presentó flebitis, donde los factores asociados se relacionan con la inadecuada cura en el sitio de inserción, mal uso del sistema cerrado.

Burgos, G (2000) realizó una investigación titulada “Participación de la enfermera(o) en la cura del catéter venoso central para la prevención de infección en el sitio de punción en la Unidad de Cuidados Intensivos de la Clínica Metropolitana”. La investigación se trazó como objetivo determinar la participación de la enfermera(o) en la cura del catéter venoso central para la prevención de infección en el sitio, la misma fue de orden descriptiva, la población objeto de estudio estuvo conformada por 20 enfermeras que laboran en la Unidad de Cuidados Intensivos de la Clínica Metropolitana en diversos turnos. La muestra la conformó el 100% de la población, como instrumento se utilizó un Guión de Observación. Los resultados obtenidos arrojaron que el personal de enfermería posee conocimientos sobre el manejo de catéter intravascular necesarios para la adecuada manipulación de pacientes con catéter venoso central; considerando que la participación de enfermería es fundamental en la prevención de infecciones relacionadas con catéter intravenoso, en lo relativo a material para la realización del cambio de cura del catéter venoso central, se observó que un 75% utiliza hisopos estériles y el 25% restante usó gasas estériles, un 50% no usa el alcohol como antiséptico para limpiar el sitio de punción, en cuanto a los

métodos de barreras se evidenció que el 100% de la muestra las utiliza antes de realizar los cambios de cura, en lo referente a las técnicas de asepsia y antisepsia son aplicadas solo que no exista un criterio de uniformidad, la desinfección de la piel fue hecha parcialmente, dado que el mismo no se realiza tres veces al día. La investigadora concluyó que existía la necesidad de unificar criterios en la ejecución de las curas del catéter venoso central para prevenir infecciones.

Lucero, S. Conde, R. y Erazo, J (1999) llevaron a cabo un estudio titulado “Intervención del profesional de enfermería en la aplicación de las técnicas de asepsia y antisepsia en la prevención de infecciones en el sitio de venopunción en pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía del Hospital de los Seguros Sociales de Bogotá”. La misma trazó como objetivo determinar la intervención del profesional de enfermería en la aplicación de las técnicas de asepsia y antisepsia en la prevención de infecciones en el sitio de venopunción. La investigación se enmarcó en los que se conoce como un estudio descriptivo, prospectivo. La población objeto de estudio se conformó con cien (1400) pacientes, considerando un grupo control de cincuenta (50) pacientes, como instrumento se utilizó un Guión de Observación para evaluar la aplicación de las técnicas de asepsia y antisepsia en la prevención de infecciones en el sitio de punción. Se evidenció en el grupo experimental que presentaron infecciones del catéter;

los hemocultivos reportaron positivos en un 25% de los pacientes y un 20% presentó flebitis, lo que llevó a concluir que el personal de enfermería no aplica las técnicas de asepsia lavado de manos como método de prevención de infecciones al momento de realizar cateterización de vías periféricas, la escasez de materiales antisépticos (Gerdex, povidona), hace que el personal utilice alcohol como agente antiséptico. Por tal motivo se concluyó: que existe necesidad de la supervisión continua en la aplicación de las técnicas y procedimientos en la cateterización de vías periféricas, dotación de antisépticos para prevenir infecciones en el sitio de punción.

Entre los antecedentes de las investigaciones relacionadas con terapia endovenosa, se cuenta con una realizada por Mijares, M. Y Sánchez, L (1996) "Calidad de atención brindada al enfermo con catéter periférico", cuyo objetivo era determinar la calidad de atención brindada al enfermo con catéter periférico, durante el procedimiento de venopunción. Este es un estudio descriptivo de campo, realizado en los cuatro (4) servicios de cirugía del Hospital Universitario de Caracas. La muestra estuvo representada.

Estos autores investigaron en cuanto a la atención de enfermería para prevenir flebitis, calidad de atención y utilización de técnicas de asepsia y antisepsia en la venopunción periférica, la cual es la variable a investigar de manera que todos están relacionados con la presente investigación y

ofrecieron aportes en cuanto a la dirección que tomó la estructura de la variable objeto de estudios y los objetivos.

Bases Teóricas

Las bases teóricas que sustentan la presente investigación permiten ampliar los aspectos conceptuales de la investigación, orientando hacia la localización de datos y hechos significativos que permitan la comprensión del tema en estudio; basándose en la revisión bibliográfica actual y pertinente en cuanto a la investigación.

La práctica de enfermería se basa en los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos, así como la capacidad de asumir responsabilidades que son llevadas a cabo de manera autónoma por el profesional de enfermería. Carpenito, L (1994) refiere que “la práctica de enfermería es una función autónoma cuyo basamento científico se lleva a cabo de modo determinado relacionado con el diagnóstico como el objetivo de enfermería” (Pág. 27). El profesional de enfermería es autónomo en sus funciones y decisiones, ya que para actuar debe conocer los problemas del enfermo, para lo que debe establecer previamente diagnósticos de enfermería basados en el conocimiento científico y técnico para brindar cuidados conforme a las necesidades del mismo.

Los profesionales de enfermería la práctica en una variedad de áreas, siendo su principal interés el enfermo, familias y comunidades. La enfermería consiste en la interacción relacionada con las respuestas del enfermo a los problemas de salud reales o posibles, reconociendo al hombre en su totalidad desde una perspectiva holística.

La práctica de enfermería comprende cuatro (4) áreas relacionadas muy estrechamente con la salud. La promoción, mantenimiento, recuperación de la salud. El modelo conceptual de Henderson, V citada por Riopelle, L. Grondin, L. y Phaneuf, M (1993) se refiere a la práctica de enfermería como:

El rol fundamental de la enfermera consiste en ayudar al individuo enfermo o sano a conservar o a recuperar la salud (o asistirlo en los últimos momentos) para que pueda cumplir las tareas que realizaría él si tuviera la fuerza, la voluntad o poseyera los conocimientos deseados, y cumplir con sus funciones, de forma que le ayude a reconquistar su independencia lo mas rápidamente posible (Pág. 2).

De acuerdo con el citado autor la práctica de enfermería constituye todos los actos que tienen como objetivo identificar las necesidades de salud de las personas, contribuir en los métodos de diagnóstico, prodigar y controlar los cuidados de enfermería que requieran la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el tratamiento y la readaptación, señalando con esto que el ejercicio exclusivo de la profesión de enfermería comparta

dos aspectos relevantes, uno que devuelve el aspecto autónomo de la profesión o la toma de decisiones, y que apunta hacia la responsabilidad del profesional de enfermería, y otro que son las acciones autónomas que lleva a cabo el mismo, pero decididas por otro miembro del equipo multidisciplinario de salud en forma de orden médica.

Los profesionales de enfermería, conscientes de la amplitud de sus responsabilidades, se dan cuenta que para la toma de decisiones autónomas frente a los enfermos, es esencial apoyarse en una concepción clara y explícita de los cuidados de enfermería. El profesional de enfermería en su práctica profesional desempeña varias funciones entre las cuales se encuentra, la función asistencial, de relación directa con el enfermo, familia o comunidad, para la ejecución de las acciones precisas a favor del bienestar y la seguridad que pueden tener aspectos de promoción, prevención, curación o rehabilitación. Las mismas responden, bien al área de especialización del profesional o a la actividad / tarea que se le ha asignado en una determinada Unidad Clínica, en un período de tiempo situación que la hace responsable exclusiva de los resultados que se lleguen a alcanzar.

Cuidados para prevenir la flebitis

Venopunción

El Diccionario de Medicina Mosby (1994) se refiere a la venopunción como “la técnica que consiste en puncionar transcutáneamente una vena con una aguja de acero unida a una jeringa o un catéter, o con un estilete rígido y agudo, o con un catéter de plástico flexible en su interior”, (Pág. 150); esta definición engloba de forma amplia y precisa el concepto de venopunción, pero para enfermería es importante el término periférica, éste se refiere a la vena que se encuentran localizada en la periferia del organismo, con excepción de las venas centrales como la aorta, la cava, entre otras que solo son puncionadas por los médicos por la gran problemática que representa el cometer un error en una vena de esta magnitud.

Por lo general, los profesionales de enfermería tienen preferencia por las venas de las extremidades. Las venas de las extremidades superiores están relativamente exentas de riesgos y son de fácil acceso, de modo que se utilizan con mayor frecuencia. Las de las extremidades inferiores se usan pocas veces, tal vez por el alto riesgo de trombo embolia.

Utilidad para la venopunción

Para el Diccionario de Medicina Mosby (1994) este procedimiento se realiza por varios motivos entre los que se encuentran: “extraer una muestra de sangre, realizar una flebotomía, administrar una medicación o una infusión intravenosa o inyectar una sustancia radio opaca para explorar radiológicamente una parte o sistema del organismo”, (Pág. 140). Entre otro de los usos por los que se realiza este procedimiento, según el Manual de Cuidados Intensivo, se pueden mencionar: “pauta de sueroterapia y para insertar catéteres de control diagnóstico y terapéuticos”, (Pág. 386).

La venopunción periférica puede ser utilizada en muchos casos también para la administración de hemoderivados, para la preparación previa a una cirugía, para la administración de químicos vesicantes como la quimioterapia y para otras situaciones que la requieran. La utilización de CVP está recomendada en tratamientos cortos y poco agresivos. El juicio de la enfermera/o será imprescindible, valorando al enfermo en cuanto a los patrones de seguridad, actividad, estado emocional, necesidad de hidratación alimentación. Los profesionales de enfermería deben poseer una base científica que sustente sus acciones para realizar cualquier procedimiento dirigido al cuidado del enfermo.

Por todo esto, es importante que el profesional de enfermería tenga conocimientos del uso que se le dará a la venopunción periférica porque de ello va a depender la elección del sitio de inserción, el calibre del catéter a elegir y si es posible la calidad del mismo. Al respecto, Pescador, A. Tórtola, C. Soriano, LI, Lazaro, C. Pérez, M. y Pita, L (1997) señalan que para elegir el catéter, se debe tener en cuenta lo siguiente:

- Preferiblemente en extremidades superiores, evitando zonas de flexión. No canalizar venas varicosas, trombosada, ni utilizadas previamente.
- Evitar repetir intentos de punción en la misma zona por la formación de hematomas.
- Tener en cuenta la actividad del paciente: movilidad, agitación, alteración del nivel de conciencia, eligiendo la zona menos afectada.
- Tener en cuenta el tipo de solución a administrar; quimioterapia, concentrados de hematíes, entre otros, necesitan venas fuertes.
- Tener en cuenta la probable duración del tratamiento intravenoso: tratamientos largos requieren venas fuertes, rotación de los puntos de inserción desde las zonas distales a las proximales.
- En caso de presencia de flebitis la elección se hará: en primer lugar en el miembro sin flebitis, en segundo lugar en una zona más próxima a la línea media del cuerpo que la flebitis.

- Si se prevén procedimientos (ej. Quirúrgicos) utilizaremos el brazo contrario a la zona de la que va a ser intervenido.
- No emplear la extremidad afectada de un paciente al que se le ha practicado una extirpación ganglionar (ej. Las mastectomías).
- Tener en cuenta en procesos previos: arterio-venosa, por quemaduras, por la implantación de marcapasos, etc., emplear la extremidad contraria no afectada por A.C.V., por una fístula.
- Elección del miembro menos utilizado según sea el paciente diestro o zurdo.
- Niveles altos de flujo requieren venas de amplio calibre.
- Al profundir soluciones irritantes (hipertónica, bicarbonatos 1m, antiarrítmicos o hemoderivados se requiere un adecuado flujo sanguíneo que posibilite una rápida hemodilución para evitar la irritación del endotelio venoso, por lo que el catéter no puede ocupar totalmente la luz de la vena y el paso de un flujo suficiente de sangre.
- Debe optarse siempre por el catéter mas corto y de menor calibre, que oferte la prestaciones requeridas.

Otros criterios a tomar en cuenta en el momento de seleccionar la vena que se va a punzar son:

- Preguntar al paciente sobre sus preferencias.

- Preferiblemente del dorso de la mano. Como segunda preferencia las de la cara anterior del antebrazo: Venas cefálicas, mediana, basílica o antebraquial.
- Prioridad en el miembro contralateral a la predominancia (en individuos diestros el izquierdo o viceversa).
- Elegir venas no puncionadas anteriormente
- Visibles o palpables
- De trayecto relativamente rectilíneo
- En recién nacidos epicraneales
- Evitar áreas articulares (flexura del codo y muñeca)
- Desestimar venas varicosas y de trayecto sinuoso
- Desestimar venas de miembros inferiores adultos
- Desestimar venas de miembros lesionados, o sobre los que se vaya a aplicar tratamiento quimioterápico. (Págs. 11 – 12).

Por todo lo expuesto, se puede inferir que para la realización del procedimiento de venopunción periférica hay que tomar en cuenta los factores que implican un grado de importancia para su ejecución.

- La edad, en los neonatos, lactantes, niños, ancianos, el calibre del catéter debe ser pequeño, en los primeros porque el sistema venoso no ha alcanzado su desarrollo total, por lo tanto, las venas

aun se encuentran pequeñas; en los segundos por el proceso de degeneración que presentan las venas son frágiles y muy tortuosas.

- La contextura; en los obesos al palpar una vena se hace difícil, por lo tanto es recomendable usar catéteres de calibre pequeño pero un poco mas largos, en personas delgadas preferiblemente usar catéteres pequeños porque el grosor de la piel es muy poco.
- Patologías existentes, existen patologías que hacen que el sistema venoso se vuelva frágil y tortuoso, como es el caso de pacientes renales, con trombosis, con arteriosclerosis, entre otros.
- La calidad del catéter reviste especial importancia porque existen catéteres que su material produce reacciones en la piel, lo cual conlleva a la formación casi inmediata de flebitis, también algunos catéteres presentan roturas en su recorrido o en el inicio del mismo.

Complicaciones de la venopunción periférica

La mayoría de las infecciones no epidémicas relacionadas con la perfusión se provocan durante o después de la inserción a causa de la contaminación del catéter por organismos procedentes de la piel del propio paciente, en este sentido Soule, B; Larson, E. y Preston, G (1996) refieren

que “las bacterias grampositivas como *Staphylococcus aureus*, los estafilococos coagulase negativos (incluyendo *Staphylococcus epidermidis*), los enterococos y las especies de *Candida* son responsables de una gran y creciente proporción de infecciones relacionadas con la perfusión”, (Pág. 97).

De lo antes expuesto, se puede inferir que el profesional de enfermería debe cumplir con las técnicas apropiadas en la inserción del catéter al paciente que ingresa a la Clínica Santa Sofía, ya que la infección puede causar calor local, dolor, eritema y secreciones.

El usuario debe ser visto como un todo, un sistema abierto, vivo que está en constante interacción consigo mismo y con el ambiente que lo rodea, buscando alcanzar el equilibrio biopsicosocial, y por ende, el estado óptimo de salud. Tomando en cuenta la esencia de enfermería la calidad de atención que debe brindar a los usuarios debe basarse en brindarle ayuda desde el punto de vista holístico, analizando en este caso la aplicación del método invasivo de la venopunción periférica, lo cual puede afectar su todo.

Es importante recordar, que el ser humano busca su independencia y la desea, ese todo está caracterizado por sus necesidades fundamentales; cuando una necesidad permanece insatisfecha, el individuo no está completo, entero o independiente.

Por todo lo antes expuesto, es importante que el profesional de enfermería tenga conocimiento sobre las complicaciones que pueden generarse de una mala aplicación de las técnicas en el procedimiento de la venopunción periférica. De allí la importancia de conocer las complicaciones que se pueden presentar cuando se desconocen cuáles son y cómo se pueden prevenir tales complicaciones. La revista Nursing N° 2, Columna 18 apunta que entre las complicaciones más comunes que se pueden presentar se encuentran:

Mecánicas; cuando la aguja o el catéter pincha la pared venosa, la aguja se desaloja del reservorio implantado, rotura, daño o separación del dispositivo de acceso vascular, estas complicaciones son causadas por: inserción traumática del catéter periférico, inadecuada estabilización del catéter o de la zona, el movimiento del paciente (cabeza, cuello, extremidad o diafragma durante la respiración) hace que el catéter roce la pared venosa; con el tiempo la punta del catéter atraviesa esta pared; mala situación del reservorio, inadecuada estabilización del reservorio o de la aguja, aguja demasiado corta, el catéter se separa del dispositivo debido posiblemente a una mala conexión en el momento de inserción, rotura del catéter durante el procedimiento de acceso al dispositivo o durante la extracción de una muestra de sangre en la zona de inserción del catéter.

Obstrucción del flujo venoso normal por encima de la zona de punción, la presión en la vena hace que el líquido salga de la zona de punción hacia el tejido subcutáneo, puede ser causada por trombosis, estenosis vascular debida a la cicatrización, esclerosis, accidentes, cirugía o radiaciones y presión sobre las venas debido a linfedema o engrosamiento de nódulos.

Obstrucción del flujo de líquidos, el líquido profundado fluye retrógradamente y se ale por la zona de inserción hacia el tejido subcutáneo se debe a: la vaina de fibrina rodea al catéter desde la zona de punción hasta la punta del catéter.

Reacción inflamatoria, la lesión celular desencadena la liberación de mediadores químicos, provocando la retracción de células endoteliales capilares y la fuga de líquidos, su causa radica en: Traumatismo físico debido a punción venosa, colocación del catéter o a inyección de alta presión, irritación química por la medicación, microorganismos y temperaturas extremas. (Págs. 13 – 14).

La práctica de los cuidados de enfermería supone la adquisición de gran número de conocimientos y habilidades esenciales para poder suministrar unos cuidados de calidad. Los cuidados de enfermería deben estar basados en el concepto de calidad de atención, debe exigir

conocimientos, habilidades y destrezas que tengan fundamento en los elementos que le sirven de sustento, enmarcados en un marco conceptual donde se aplican los niveles de conocimientos que se tienen sobre un determinado procedimiento que en este caso es la venopunción periférica.

En este mismo orden de ideas, esta misma revista dice que se puede decir que la infiltración es otra de las complicaciones que pueden ser producidas por el procedimiento mal administrado de la venopunción periférica, y de ella se desprenden otro tipo de problema como: **Flebitis:** es la inflamación de una vena. La tromboflebitis es la inflamación de una vena en relación con un coágulo sanguíneo. Hay dos tipos distintos de flebitis, pero que la gente confunde: la flebitis superficial y la flebitis profunda”, (Pág. 26). Ésta última es de graves consecuencias, mientras que la primera no lo es. El Manual de Cuidado Intensivos (1999), refiere que:

Flebitis y tromboflebitis por la excesiva permanencia del catéter, por el paso de determinadas sustancias y por características propias de la vena periférica elegida, ofreciendo mayor posibilidad, si el paciente es anciano o presenta patología vascular. (Pág. 387).

La flebitis superficial es una complicación inevitable de las várices, mientras que la flebitis profunda aparece en el transcurso de intervenciones

quirúrgicas, partos, abortos, traumatismos, entre otros, sin que necesariamente existan várices.

La flebitis profunda afecta a los grandes troncos venosos profundos, responsables de retornar al corazón 90% de la sangre circulante, y por ende con gran repercusión sobre todo el circuito circulatorio. La flebitis superficial se localiza en la red venosa subcutánea, es decir, por debajo de la piel y no se extiende casi nunca a las venas profundas.

La terminación **itis**, indica un proceso inflamatorio: la piel suele estar roja y dolorosa, además del edema. Desafortunadamente, muchos médicos, tratan dicho proceso con antibióticos, siendo *completamente* innecesario, pues la mayoría de las veces, no **existe** infección alguna, siendo, la causa de dicho proceso las várices de las que es portadora el paciente.

La sangre se estanca en dichas venas enfermas existiendo la posibilidad de que se trombosen al no circular, especialmente ante la inactividad. Tratando las várices del sistema venoso superficial, se evita esta situación. Si dicho proceso de trombosis ocurre sin várices, el médico debe descartar otras causas.

En caso de consultar por haberse instalado la enfermedad, el médico evaluará el tratamiento a seguir, que podrá consistir en analgésicos, y

elastocompresión (venda o media elástica), o el drenaje del coágulo mediante un gesto quirúrgico. En la mayoría de los casos no es necesaria la anticoagulación, salvo que esté asociada a una trombosis venosa profunda, u otra causa que la justifique.

La gravedad de la flebitis profunda estriba en que provoca, con gran frecuencia, trombosis en las venas y embolias pulmonares, en cambio en la flebitis superficial el riesgo de embolias es nulo. Está asociada al sistema venoso profundo, localizándose la mayoría de las veces en la pierna, aunque puede extenderse hasta el muslo, y aún más arriba. Esta situación es grave, pues la punta del coágulo, flota en el torrente venoso, pudiéndose desprender y dar lugar a un tromboembolismo pulmonar (TEP), con el riesgo de vida que ello conlleva. En este caso, sí está indicada la anticoagulación, la que se hará por un período aproximado de seis meses. En determinados casos, se recurrirá a la implantación de un filtro cavo, el que impide el paso de los coágulos. El daño que produce el trombo a la pared de la vena, es irreversible, llevando a la destrucción de sus válvulas, y a un cuadro que se denomina insuficiencia venosa crónica, y puede llevar a la úlcera venosa.

En la flebitis profunda existe una alteración del estado general del individuo (malestar, fiebre, aceleración del pulso, el miembro afectado se vuelve blanco, duro, hinchado por un edema importante que le dificulta la

deambulaci3n y le provoca dolor), mientras que a flebitis superficial no afecta el estado general del paciente, ya que los sntomas son locales (el segmento venoso afectado semeja a un cord3n varicoso dilatado, doloroso y a su alrededor la piel est3 caliente, inflamada, pero el resto del miembro se conserva normal).

Ambas patologas difieren tambi3n en el tratamiento, ya que en el caso de la flebitis superficial, 3ste es sencillo y la patologa r3pidamente solucionable por el m3dico flebol3go, mientras que la flebitis profunda exige cuidados intensivos que obligan en ocasiones, cuando el proceo e muy importante, a la internaci3n del paciente.

Causas, incidencia y factores de riesgo: Seg3n Brian, F. Burke, M (2003) La tromboflebitis est3 relacionada con un co3gulo de sangre (trombo) en la vena y los factores de riesgo abarcan el hecho de permanecer sentado por un per3odo prolongado y trastornos relacionados con la coagulaci3n de la sangre. Los trastornos espec3ficos asociados con la tromboflebitis son, entre otros: tromboflebitis superficial (afecta venas cercanas a la superficie de la piel) y trombosis venosa profunda (afecta venas m3s profundas y m3s grandes).

Procedimientos de colocación

- La primera tarea será la elección de la vena, la cual va a depender de varios factores como el calibre de la aguja, características de líquido a infundir, el estado de las venas.
- Pero en general se utilizarán en primer lugar las venas más distales, dejando las más gruesas para situaciones de urgencias o en aquellas personas cuyos vasos pequeños sean inaccesibles.
- Las venas al dorso de la mano, de la cara radial de la muñeca, las del antebrazo y las de la flexura del codo, son las más indicadas para la venopunción de catéteres cortos.
- Las venas de las extremidades inferiores, las del dorso del pie, femoral y las del cuello, también están indicadas cuando el acceso a las venas del brazo no sea posible. Es conveniente la canalización del catéter en el miembro no dominante del paciente. (Marín-Mateo, 1997)

Cuidados antes de la colocación del catéter periférico

En general como refieren Koziar, B. Erg, G. Blais, K y Wilkinson, J (1998) “se debe valorar al usuario o paciente antes de realizar un procedimiento como el cateterismo para así poder evaluar la eficacia de la acción de enfermería y prevenir posibles complicaciones”, (Pág. 1375). En

el caso del procedimiento del cateterismo periférico y para efectos de este trabajo; los cuidados antes se refieren al lavado de manos, utilización de guantes, ubicación anatómica, utilizando de técnicas de asepsia y antisepsia, técnica de inserción e identificación del catéter.

Según Pescador, A. Tórtola, C. Soriano, Ll, Lazaro, C. Pérez, M. y Pita, L (1997) refieren que existe un protocolo de catéter periférico que señala lo siguiente:

Antes de canalizar una vía venosa periférica . se realizará lavado de manos higiénico, con agua y jabón, así como antes de realizar cualquier técnica en la que manipulemos el catéter, el sistema de infusión o las perfusiones.

Se utilizarán guantes, no necesariamente estériles para su canalización. La utilización de guantes es una medida de protección universal para evitar el contacto con sangre y/o fluidos corporales.

El lavado de las manos del personal, aunque se vayan a usar guantes y tras quitarse los guantes, sigue siendo la principal medida de asepsia para evitar las infecciones nosocomiales.

Lavado de manos

El Lavado de las Manos es primordial en la prevención de las infecciones hospitalarias; Kozier, B; Erb, G. y Bufalino, P (1994) lo define como: “Una de las medidas para el control de las infecciones más eficaces, cuyo fin es eliminar los gérmenes que se podrían transmitir a otros pacientes, visitantes u otro personal sanitario” (Pág. 455). De lo señalado por los autores se puede inferir que el profesional de enfermería debe tener presente el lavado de las manos y realizarlo periódicamente, ya que este es la clave para prevenir las infecciones, es importante señalar que ninguna técnica aséptica protegerá al paciente de alguna persona con las manos contaminadas. Al respecto Palmer, M. (1984), refiere que:

Es necesario que todo personal que presta cuidados al enfermo debe lavarse las manos: a) a su llegada al hospital, para eliminar los microorganismos traídos consigo desde el exterior; b) antes de entrar y salir de la Unidad de los Pacientes; c) antes y después de manejar aparatos en uso para el cuidado de los pacientes, tales como catéteres, sistema de drenajes y otros; D) antes, entre y después de cada contacto físico con el paciente; e) antes y después de administrar medicamentos; f) después de manejar ropas usadas, recipientes de esputos, secreciones, drenajes sangre, también después de manejar orinales, patos y elementos contaminados; g) antes y después de recoger nuestras. (Pág. 49).

Igualmente, el autor antes citado señala que:

El propósito del lavado de las manos consiste en disminuir la contaminación de las mismas y prevenir la propagación de patógenos a zonas no contaminadas, prevenir las infecciones hospitalarias, prevenir la propagación de agentes infecciosos de una persona a otra, y proteger al enfermo, familia y visitantes. (Pág. 48).

El lavado de manos requiere una acción mecánica vigorosa, se utilice o no un limpiador de piel; el mismo debe realizarse con un agente antiséptico entre los contactos de pacientes, el uso de jabón normal bajo agua corriente y fricción mecánica vigorosa, se considera adecuado para eliminar la mayoría de las bacterias transitorias de las manos, algunos microorganismos residentes, la suciedad, las células de descamación de la piel, el pelo, la sudoración y el aceite corporal.

El lavado de las manos es un procedimiento simple; para que sea efectivo debe seguir ciertos pasos, que el profesional de enfermería debe cumplir con la práctica y autodisciplina, este procedimiento debe realizarlo unos dos minutos desde el comienzo hasta el final.

El profesional de enfermería, debe tratar de disminuir el riesgo de contaminación al realizar el lavado de manos evitando la proliferación de bacterias, por tanto Brunner, L. y Suddarth, D (1993) refieren que “muchos de los brotes de infección en las instituciones de salud pueden prevenirse con el

lavado de manos adecuado y constante”, (Pág. 1972). El lavado de manos es importante, ya que permite que los agentes patógenos transitorios se eliminen con facilidad antes de poder transmitirse a otros pacientes.

Los mismos autores continúan afirmando que “la duración en el lavado de manos eficaz requiere fricción vigorosa durante al menos 10 minutos, con atención especial en el torno a la región del lecho ungueal y entre los dedos, donde por lo general es mayor el número de microorganismos”, (Pág. 1973), se hace necesario después de un lavado de manos eficaz se deben enjuagar las manos completamente, existen varios métodos para limpiar y eliminar gérmenes de la piel de las manos y los antebrazos, el objetivo del lavado es eliminar la suciedad y los microbios temporales de la piel.

Guantes estériles

En la actualidad, existen diferentes tipos de guantes de plástico, de vinilo y de caucho; los dos primeros evitan la transferencia de bacterias hacia el exterior y viceversa, siendo los más utilizados por ser aptos para emplearse en el área quirúrgica. La mayoría están fabricados de látex natural o sintético y de éstos los más usados son los de látex color claro. Las manos húmedas muchas veces no deslizan con facilidad dentro del guante, es por

ello, que es conveniente, antes de calzarlos, secarse las manos con una toalla o utilizar aire caliente. Doberneck, R (1998), señala que:

Los guantes fueron introducidos por el Dr. Wilian Halsted de manera casual cuando se vio precisado a imponer guantes a una enfermera en su sala de operaciones porque ésta era particularmente sensible al antiséptico fenólico utilizado en aquel tiempo, desde entonces se emplean guantes, ahora como un medio para evitar la contaminación manual de la herida. Los guantes deben cubrir los dedos y las manos y extenderse por encima de las mangas sin que se rompan, aunque se transformen en una capa delgada y transparente. En su parte proximal presentan una banda más gruesa que impiden el deslizamiento. (Pág. 197).

Ubicación Anatómica

Según, González, M (2001) refiere que existen diferentes tipos de acceso venoso , entre los cuales se encuentran “la vena subclavia, vena yugular externa, vena yugular interna y vena femoral, (Pág. 9)

Es de hacer notar que para realizar la administración parenteral; se utilizan diferentes vías, tal como lo señala Kozier, B. Erg, G. Blais, K y Wilkinson, J (1998) “subcutánea, intramuscular, intradérmica e intravenosa”, (Pág. 1374). En la presente investigación, se hace referencia a la vía intravenosa periférica, la cual requiere de la colocación de un catéter que

consiste en un dispositivo que insertado en la vena seleccionada permite la introducción de líquidos y fármacos en el organismo humano.

Según el mismo autor, “para que la administración sea segura el profesional de enfermería debe valorar la ubicación anatómica donde va a colocarse el catéter”, (Pág. 1975), es decir, seleccionar el lugar mas apropiado, preferiblemente, evitando zonas de pliegue cutáneo o con lesione, observar el calibre de la vena al que debe corresponderse, así mimo con el calibre del catéter a utilizar.

Asepsia:

Dugas, B (1986), refiere que asepsia “es la ausencia de todos los microorganismos que producen enfermedades”. (Pág. 584). De lo antes mencionado por el autor se puede decir que el personal que labora en las áreas clínicas hace grandes esfuerzos para lograr un máximo de ausencia de microorganismos, para mantener un ambiente limpio aunque algunas veces éste no puede ser alcanzado.

El autor antes mencionado refiere la asepsia como “todas las medidas que se llevan a cabo para conservar un área u objeto que hayan de ponerse en contacto directo o indirecto con una herida para que esté libre de

microorganismos patógenos” (Pág. 585), de lo expuesto se puede decir que la asepsia incluye los principios de limpieza, antisepsia, desinfección y esterilización, influye y está influida por el huésped, el entorno microbiológico, el entorno físico y las interacciones ambientales y sociales.

Antisepsia

Según Berry y Khon, A (1994) refieren que la “antisepsia es la prevención promedio de la exclusión, destrucción o inhibición de la proliferación o multiplicación de microorganismos de los tejidos y líquidos del cuerpo” (Pág. 95). Esto significa que todas las personas que laboran en los hospitales deben aplicar la técnica de antisepsia con el sólo fin de evitar el crecimiento bacteriano, con el uso de soluciones antisépticas como germicidas, yodo, povidine, entre otros, tantas veces como sea necesario sin que ello dañe la piel. Atkinson, L (1999) refiere que

Para la aplicación de una técnica antiséptica, debe emplear diferentes detergentes antimicrobianos los agentes antiséptico debe ser un agente antimicrobiano de amplio espectro, actuar con rapidez y ser eficaz, no causar irritaciones y sensibilidad, tener una acción prolongada, por ejemplo que deje un residuo antimicrobiano en la piel, para inhibir de manera temporal la proliferación de los microorganismos patógenos, no tener acción acumulativa. La acción del agente antiséptico es fundamental en relación con su eficacia. (Pág. 96)

La limpieza frecuente con el mismo agente tiende a inhibir el establecimiento de la flora residente; algunos agentes tienen mayor efectividad de la limpieza, éstos son: los factores mecánicos y las diferencias individuales en la flora de la piel. Según Kozier, B, Erb, G. y Oliveri, R (1998):

Las técnicas antisépticas son aquellas que se llevan a cabo para evitar la transmisión de un organismo a cualquier persona u objeto que entre en contacto con el individuo infectado. Una enfermera que cuida a un paciente infectado necesita tomar precauciones para no adquirir los gérmenes de éste. Hay que evitar que los platos, el equipo y las eliminaciones corporales sirvan para transmitir los microorganismos a los demás (Pág. 459).

Según lo expuesto anteriormente por el autor, la enfermera debe observar todas estas medidas para evitar la contaminación del catéter arterial.

Técnicas de Inserción

Torres, L y Hernández, A (2001) refieren en su Manual de Nefrología las siguientes técnicas de punción de accesos venosos:

Se evitará en todo momento punciones en zonas de hematoma, costra o piel alterada y en zona apicales de aneurismas o pseudoaneurismas. La

punción del acceso se puede realizar siguiendo uno de los siguiente métodos: zona específica de punción, punciones escalonadas y técnica de ojal.

La técnica conocida como zona específica de punción consiste en realizar las punciones en una pequeña área de la vena (2 – 3 cm). Aunque esta técnica facilita la punción al estar esta zona mas dilatada, dando suficiente flujo y resultar menos dolorosa para el paciente, también se encuentra que puncione repetida destruyen las propiedades de elasticidad de la pared vascular y la piel, favoreciendo la formación de aneurismas, la aparición de zona estenóticas postaneurisma y un mayor tiempo de sangrado.

La técnica del ojal consiste en realizar las punciones siempre en el mismo punto, con la misma inclinación, de forma que el coágulo formado de la vez anterior se extraiga y la aguja se introduzca en el mismo túnel de canalización.

La técnica de punción escalonada, consiste en utilizar toda la zona disponible, mediante rotación de los puntos de punción. La aguja a utilizar ha de ser de acero de pared ultrafina y tribiselada, con una longitud de 25-30 mm y con un calibre que dependerá del tipo de AV, el calibre de la vena y el

flujo sanguíneo que se desea obtener (17G, 16G, 15G o 14G). Las primeras punciones del AV han de ser realizados por una enfermera experimentada de la unidad, aconsejándose que sea la misma persona, utilizando agujas de calibre pequeño (17G Y 16G).

La venopunción se puede realizar en dirección distal o proximal, dependiendo del estado del AV y para favorecer la rotación de punciones, dejando una separación de al menos tres traveses de dedo entre el extremo de la aguja y la anastomosis vascular. La punción venosa siempre se hará en dirección proximal (en el sentido del flujo venoso). La distancia entre las dos agujas, arterial y venosa, ha de ser la suficiente para evitar la recirculación. Cuando se realice la técnica de unipunción, el sentido de la aguja siempre será proximal.

La punción de los AV protésicos ha de realizarse con el bisel de la aguja hacia arriba y un ángulo de 45°. Una vez introducido el bisel en la luz del vaso, se ha de girar hacia abajo, se reducirá el ángulo de punción y se procederá a la completa canalización. En los AV protésicos está totalmente contraindicada la utilización de las técnicas de punción en zona específica y técnica del ojal, dado que favorecen la destrucción del material protésico y aumentan el riesgo de aparición de pseudoaneurismas.

Una técnica correcta incluye otros aspectos que el personal de enfermería debe vigilar: Antes de la conexión al circuito ha de comprobarse con una jeringa con suero salino la correcta canalización de las agujas, principalmente en las punciones dificultosas o primeras punciones, para evitar la extravasación sanguínea y el consiguiente hematoma.

Para evitar salidas espontáneas o accidentales de las agujas, éstas deben estar fijadas correctamente a la piel, a la vez que se debe comprobar que el extremo distal de la aguja no dañe la pared vascular.

El brazo del AV se colocará de forma segura y confortable, manteniendo las punciones y la línea del circuito sanguíneo a la vista del personal de enfermería. (Págs. 371 – 384).

Cuidados durante la permanencia del catéter venoso periférico

Los cuidados de enfermería al enfermo con una vía periférica no se limitan a la propia acción de colocar el catéter o seleccionar la vía, también es importante dar continuidad a los mismos durante el tiempo que permanezca colocado el catéter, de manera que por medio de la valoración, registro, cambio de apósito, cambio de catéter y limpieza se pueda brindar

seguridad, comodidad y detectar precozmente complicaciones asociadas tales como flebitis.

Valoración

Según Iyer, P; Taptich, B. y Bernochi, D (1997) señala que “en la valoración las actividades están centradas en la recolección de información relativa al cliente, al sistema cliente, familia o comunidad con el propósito de identificar necesidades, problemas, preocupaciones o respuestas humanas del cliente”. (Pág. 14).

Igualmente, Kozier, B; Erb, G. y Blais, K (1993) señalan que “la valoración es la recopilación, verificación y documentación de los datos subjetivos y objetivos sobre el estado de salud del cliente”. (Pág. 204). De lo descrito, se puede inferir que el profesional de enfermería debe observar, indagar, consultar, recopilar datos de esta manera adquirir información, debe vigilar periódicamente el área donde está insertado el catéter aumento de la temperatura, presencia de secreciones y dolor, son signos de infección.

Síntomas: los siguientes síntomas a menudo están asociados con la tromboflebitis: sensibilidad sobre la vena, dolor en la parte afectada del cuerpo, piel rojiza o inflamación (no siempre presente).

Signos: el médico hace el diagnóstico basado El médico hace el diagnóstico basado, inicialmente, en la apariencia del área afectada. Se pueden requerir revisiones frecuentes del pulso, presión sanguínea, temperatura, condición de la piel y circulación. Si no se puede identificar la causa fácilmente, se deben efectuar exámenes que la determinen, tales como: Ultrasonido Doppler, Arteriografía de la extremidad, Estudios de coagulación sanguínea.

En general, el tratamiento puede incluir: Medicamentos: analgésicos (medicamentos para el dolor), anticoagulantes para prevenir la formación de nuevos coágulos trombolíticos para disolver un coágulo existente, antiinflamatorios no esteroides (AINES), como el ibuprofeno, para reducir el dolor y la inflamación, antibióticos (si se presenta infección), vendas y medias de soporte para reducir el malestar. Levantar el área afectada para reducir la inflamación, evitar presionar el área para reducir el dolor y disminuir el riesgo de un daño mayor, aplicar calor húmedo para reducir la inflamación y el dolor, la extirpación quirúrgica, remoción o derivación de la vena rara vez se necesita, pero se puede recomendar en algunas situaciones.

La tromboflebitis y otras formas de flebitis usualmente, responden rápidamente a un tratamiento médico inmediato. Las complicaciones son escasas, pero, cuando ocurren, pueden ser graves.

Se debe buscar asistencia, si los síntomas indican que se puede presentar tromboflebitis, es necesario llamar al médico inmediatamente si la persona tiene (o sospecha que tiene) tromboflebitis y los síntomas no mejoran con el tratamiento. Igualmente, si los síntomas empeoran o si se presentan nuevos síntomas como, por ejemplo, toda una extremidad se vuelve pálida, fría o se inflama o si se presenta escalofrío o fiebre.

El cambio rutinario de líneas intravenosas (IV) ayuda a prevenir la flebitis relacionada con dichas líneas. Ver los trastornos específicos asociados con la tromboflebitis para tomar otras medidas preventivas.

Existen patologías que son derivadas por contaminación de partículas que se encuentran en las soluciones que se administran, que se producen en el momento de la fabricación, transporte, envasado o almacenamiento y la extrínseca se genera por manipulación durante la preparación y administración de medicamentos e infusiones, estas partículas provienen de astillas producidas al fracturar la ampollas de vidrios o cuando se perfora el centro de la goma con la aguja para extraer las soluciones a administrar.

Si la técnica de colocación de la vía periférica es poco aséptica, pueden producirse infecciones debidas a la entrada de gérmenes que se encuentran en la piel. Estas infecciones aunadas a la flebitis que es una de las

complicaciones que se presentan con mayor frecuencia pueden generar una septicemia, complicación que puede llevar al paciente a la muerte si no se controla a tiempo.

De allí, la importancia que el profesional de enfermería eleve sus niveles de conocimientos y pueda identificar los signos y síntomas que se presentan al inicio de cualquiera de las complicaciones mencionadas, para con base científica suspender o retirar inmediatamente el catéter con el propósito de limitar la lesión. En este mismo orden de ideas, Brunner, D y Suddarth, L (1998), mencionan que:

Por lo común se espera que las enfermeras tengan conocimientos adecuados para el acceso al sistema venoso. Los componentes de esta responsabilidad abarcan la elección correcta del sitio de venopunción y el tipo de cánula, así como la introducción correcta de ésta en la vena. Antes de llevar a cabo la venopunción, es necesario tomar decisiones en cuanto al sitio y el tipo de cánulas más apropiados en una persona dada. Entre los factores que influyen en estas decisiones, se cuentan el tipo de solución que se administre, la duración prevista de tratamiento, el estado general del paciente y las venas disponibles. La capacidad de quien inicia la venoclisis también es un factor de consideración. (Pág. 357).

Se ha considerado como un arte y una ciencia a la enfermería, donde se pone de manifiesto la actitud de los profesionales de enfermería y se evidencia que sus acciones no solo necesitan una base científica, sino que

además es necesaria la aplicación de las habilidades técnicas y destrezas para poder brindar al enfermo mejor calidad de atención, sin contar que poseen unas condiciones humanas y espirituales altamente positivas.

Es importante señalar, que el aprendizaje para realizar una perfecta venopunción periférica requiere aparte de habilidades y destrezas, conocimientos de las técnicas adecuadas que solo se pueden adquirir cuando existe la disposición por parte de los profesionales para hacerlo.

Conocer el antes, durante y después son piezas claves para realizar el procedimiento de venopunción periférica, los mismos constituyen una serie de lineamientos o pasos a seguir que te indican que debes realizar antes, durante y después de realizar la venopunción. Cabe mencionar que existen una serie de estándares o normas de la Asociación de Enfermeras Intravenosas (INS, Intravenous Nurses Society) publicadas en 1998, que sirven como guía para el procedimiento y cuidados de la práctica endovenosa.

Apósito

El vendaje o parte adhesiva de apósito no caerá nunca sobre el punto de inserción, ya que favorece la humedad, la fijación y proliferación de

gérmenes. Se palpará el punto de inserción a través de la cura intacta cada 24 horas y en caso de dolor ó fiebre no filiada se levantará la cura. Se registrará la revisión diaria con la letra R (revisión) mayúscula en el apartado de vía periférica, (cada unidad establecerá el turno y horario de revisión). Se cambiarán los apósitos de los catéteres venosos periféricos cada 72 horas (3 días). También se cambiará el apósito cuando esté sucio, húmedo o despegado. Se registrará el cambio de apósito con una A (apósito) mayúscula en el apartado diario de vía periférica.

Limpieza y desinfección del punto de inserción

Antes de insertar un Catéter venoso periférico, la zona de punción debe estar limpia. La limpieza del punto de inserción se realizará tras cortar el vello sobrante (Sin rasurar). Se lavará la piel con agua y jabón en una zona suficientemente amplia y se secará después, procediendo a continuación a la desinfección con antiséptico. Desinfectar con una gasa estéril impregnada con povidona yodada o alcohol al 70% reforzado, realizando círculos hacia el exterior desde el punto de la piel sobre el que se va a hacer la punción (debemos dejar secar 2 minutos y comprobar que no queden restos de sangre si se utiliza povidona yodada ya que en su presencia pierde su poder desinfectante). Una vez desinfectada la piel no palpar el punto de inserción.

Cuidados después del retiro de catéter venoso periférico

Las acciones de enfermería al retirar el catéter, revisten tanta importancia como las que realiza antes de la colocación del catéter y durante la permanencia del mismo.

En la presente investigación, se consideran los aspectos referidos a los cuidados que se deben efectuar al extraer el catéter, considerando que aún podría suscitarse un problema de salud derivado de dicho procedimiento.

SISTEMA DE VARIABLES

Variable

Participación del profesional de enfermería en la prevención de flebitis en pacientes hospitalizados.

Definición Conceptual

Se refiere a las acciones que ejecutan los profesionales de enfermería para prevenir flebitis en pacientes que tiene un catéter venoso periférico..

Definición Operacional

Se refiere a las acciones que realizan los profesional de enfermería, a fin de prevenir flebitis en el sitio de punción del catéter periférico y están relacionadas con las técnicas de asepsia, el uso de barrera, valoración del sitio de punción y las técnicas para la ejecución de la cura.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE

Dimensión	Indicadores	Subindicadores	Ítems
Cuidados para prevenir la flebitis: son las acciones realizadas por el profesional de enfermería antes de la colocación del catéter, durante el tiempo que el enfermo permanezca con el catéter y después de retirarlo	Cuidados antes: son las acciones de valoración y ejecución del profesional de enfermería antes y el momento de colocar el catéter periférico.	- Lavado de manos	1 al 6
		- Utilización de guantes	7 – 8
		- Ubicación anatómica	9 al 12
		- Asepsia y Antisepsia	13 al 17
		- Técnica de inserción del catéter e identificación	18 al 22
		- Valorar signos y síntomas	23 al 26
	Cuidados durante: son las acciones de valoración y ejecución del profesional para prevenir infecciones en el sitio de punción periférica mientras el paciente permanezca con el catéter.	- Registro de signos y síntomas	27 al 269
		- Cambios de apósito transparente	30
		- Cambio de catéter	31
		- Limpieza del sitio de inserción	32
			33
			34 al 36
			37 – 38
Cuidados después: son las acciones a realizar por el profesional de enfermería al momento de retirar el catéter periférico para evitar infecciones.		39	
	- Utilización de guantes	40	
	- Registra signos	41	
	- Registra síntomas	42	
	- Digito presión en el sitio de inserción	43	
	- Limpieza del sitio de inserción		
	- Protección del sitio de inserción		
- Lavado de manos			

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

Antisepsia: es el procedimiento que realiza enfermería para evitar transmitir infecciones de un paciente a otro o para evitar complicaciones derivadas del procedimiento de venopunción (lavado de manos).

Asepsia: Ausencia completa de microbios o virus patógenos sobre el material quirúrgico a fin de evitar cualquier infección.

Catéter: Instrumento tubular, que colocado en una vena periférica o central sirve para la administración de líquidos o medición de diversos parámetros.

Destreza: es la habilidad con que el profesional de enfermería realiza el procedimiento de venopunción periférica.

Eritema: inflamación de la piel producida por infección secundaria a un catéter periférico o por salida de líquidos para la piel.

Flebitis: inflamación de la pared venosa secundaria a la colocación de un catéter.

Infeción: Invasión del cuerpo por gérmenes patógenos y reacción del cuerpo a su presencia.

Infiltración: salida de líquido hacia la piel, se produce cuando se pasan soluciones a través de un catéter que está fuera de la vena

Periférica: son las venas que se encuentran alrededor del organismo y las recomendadas para realizar la venopunción.

Venopunción: es el acto donde enfermería introduce un catéter en una vena

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

Diseño de Estudio

Es una investigación de campo, porque la información es tomada directamente del objeto de estudio, en su ambiente natural, y según Polit, B. y Hungler, D (2000) “los datos se toman en el campo de individuos desempeñando sus actividades cotidianas, con objeto de conocer las costumbres, conductas y creencias de individuos o grupos inmersos en la vida real”, (Pág. 672). Debido a que esta investigación gira en torno a la participación del profesional de enfermería en la prevención de flebitis en pacientes hospitalizados, éstos serán estudiados en su lugar de trabajo, en el cual se podrá tomar directamente de la realidad los datos que se describen en esta investigación.

De acuerdo a Hurtado , J (2000) “si el propósito de la investigación es describir un evento que ocurre o se observa en un momento único del presente, utilizando fuentes vivas y observando el eventos sin modificaciones”, (Pág. 234), se considera contemporáneo. En este sentido, se buscó determinar la participación del profesional de enfermería en la prevención de la flebitis.

Tipo de Estudio

Según el problema planteado y los objetivos de la investigación, el estudio se ubica dentro de la investigación descriptiva, así como lo señalan Hernández, R. Fernández, C. y Baptista, P (1998), éstos se “orientan a determinar las propiedades importantes de personas, grupos o fenómenos con base en análisis de la información obtenida sobre el objeto de estudio”, (Pág. 61). Esto quiere decir, que se selecciona una serie de cuestiones y se miden cada una de ellas independientemente, para así describir lo que se investiga.

Población

La población es definida por Pineda, E. Alvarado, E. y Canales, F (1994), como “la agregación o cúmulo de cosas que cumplen con un conjunto determinado de criterios”, (Pág. 205). En tal sentido, la presente investigación contó con una población conformada por los profesionales de enfermería que laboran en las Unidades Clínicas de la Clínica Santa Sofía en todos los turnos (mañana, tarde y ambas noches), las cuales hacen un total de diecinueve (19) profesionales de enfermería. Se decide trabajar con la totalidad, es decir diecinueve (19) enfermeras por ser una población pequeña no hay muestra.

Métodos e Instrumentos de Recolección de Datos

De acuerdo a la problemática planteada se utilizó como método de recolección de datos la observación, el cual es explicada por Pineda, E. Alvarado, E. y Canales, F (1994), como “el registro visual de lo que ocurre en una situación real, clasificando y consignando los acontecimientos pertinentes de acuerdo al esquema previsto y según el problema planteado que se estudia”, (Pág. 160).

El tipo de observación realizada fue la no participativa, es decir las investigador no participo directamente en el proceso de observación, la cual es definida por Hurtado, J (2000) como (aquella en la que el observador permanece ajeno al evento a estudiar, no participa de él, ni lo modifica e intenta mantener su propio mercado de referencia sin dejarse afectar por la percepción de las personas a quienes observa”, (Pág. 52).

Es decir, la observación fue registrada en forma objetiva, consignando los acontecimientos pertinentes de acuerdo al esquema previsto y el problema que se estudio. Para este método se utilizó como instrumento una guía de observación conformada por cuarenta y dos aspectos que observar diseñada bajo una escala dicotómica SI – NO con el propósito de medir la

variable participación del profesional de enfermería en la prevención de infecciones en el sitio de punción del catéter venoso central (anexo A).

Validez

En lo que se refiere a la validez de un instrumento de recolección de datos, es definido por Hernández, R. Fernández, C. y Baptista, P (2000) “se refiere al grado en que un instrumentos logra medir lo que pretende medir”, (Pág. 242).

A objeto de validar el instrumento de recolección de datos (Guía de Observación) se sometió a juicio de expertos en el área de Enfermería Crítica, Metodología y Estadística. (Anexo B).

Confiabilidad

La confiabilidad de un instrumento de recolección de datos es aquella que según Pineda, E. Alvarado, E. y Canales, F (1994), se refiere a:

La capacidad que posee un instrumento para arrojar datos o mediciones que corresponden a la realidad que se pretende conocer, o sea la exactitud de medición, así como la consistencia o estabilidad de la medición en diferentes momentos. (Pág. 171).

Con la finalidad de conferir la confiabilidad del instrumento Guía de Observación mediante la confiabilidad entre observadores, ya que el autor pidió a un compañero de trabajo que no formó parte del estudio para que realizará las observaciones a través del siguiente procedimiento:

El instrumento Guía de Observación se aplicó por los investigadores en un momento único para establecer los acuerdos y desacuerdos.

Posteriormente se calculó la confiabilidad según la fórmula de Haynes (1978) citado por Hernández, R. Fernández, C. y Baptista, P (2000) “la confiabilidad entre observadores (AO)” (Pág. 313).

$$AO = \frac{\text{El número de acuerdos}}{\text{El número de acuerdos + desacuerdos}}$$

El número de acuerdos + desacuerdos

En este sentido el instrumento utilizado para medir la variable participación del profesional de enfermería en la prevención de infecciones en el sitio de punción del catéter venoso central obtuvo una confiabilidad de 0,8 (anexo C).

Procedimientos para la Recolección de datos

En el proceso de recolección de datos se realizaron los siguientes pasos:

Se solicitó ante la gerencia de enfermería del Hospital Dr. José Gregorio Hernández”, a fin de informar sobre el propósito de la investigación y solicitar los permisos correspondientes para llevar a cabo la información.

Se contó con los recursos materiales y financieros para la aplicación de los instrumentos de recolección de datos.

El estudio se realizó en período de seis (6) meses partiendo de su planificación al informe final de los resultados.

Los datos de la Guía de observación fueron recabados por las investigadoras en un lapso de 3 semanas hábiles, es decir quince (15) días.

Posterior a la obtención de datos fueron tabulados los datos e interpretados.

Técnica de Análisis de Datos

Tabulación manual considerando el tamaño de la muestra.

Aplicación de una estadística descriptiva porcentual.

Presentación en cuadros contentivos (opciones, frecuencia absoluta y porcentajes) con sus respectivos análisis cuantitativo y cualitativo.

Presentación de gráficos correspondientes a cada uno de los cuadros.

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

En este momento de la investigación se presentan los resultados obtenidos a través del análisis estadístico realizado. Con tal finalidad se llevaron a cabo los procedimientos y cálculos necesarios para establecer la tendencia global de la información obtenida, según respuestas a los indicadores, factores y las variable en estudio.

En este sentido se procesó dicha información, para lo cual se calcularon las frecuencias de las características del grupo con porcentajes simples, las cuales se presentan en cuadros de distribución de frecuencias. La información presentada se complementa con gráficas estadísticas según la naturaleza de los datos presentados en los cuadros estadísticos.

CUADRO N° 1

Distribución absoluta y porcentual de las observaciones realizadas acerca de la participación del profesional de enfermería en la prevención de flebitis. Indicador: Cuidados antes de la colocación del catéter periférico. Subindicador: Lavado de manos.

Ítemes	SI		NO		Total	
	fa	%	fa	%	fa	%
1. Se retira prendas	7	54	6	46	13	100
2. Humedece las manos	7	54	6	46	13	100
3. Uso de jabón	8	62	5	38	13	100
4. Frotado	8	62	5	38	13	100
5. Secado	8	62	5	38	13	100
6. Evita contacto con superficies	8	62	5	38	13	100

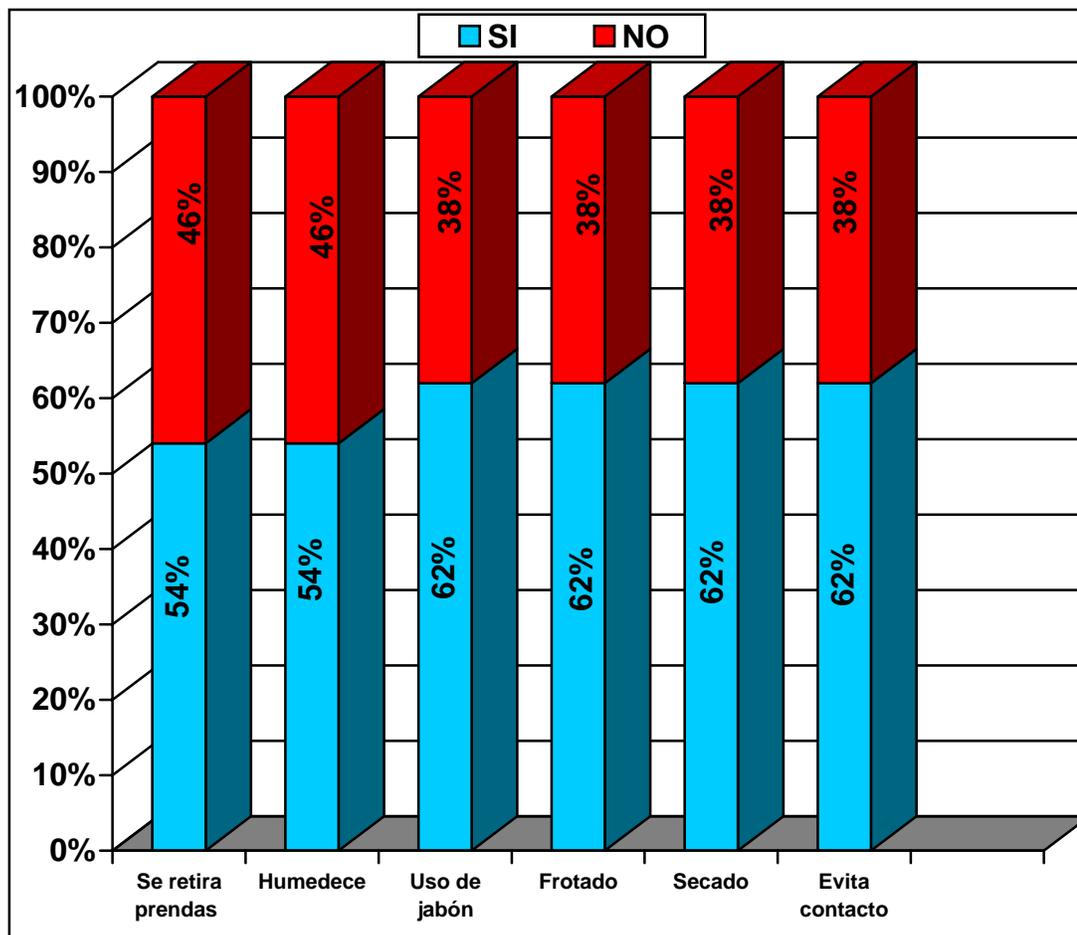
Fuente: Guía de Observación aplicada

En el presente cuadro, se registran las observaciones realizadas a los profesionales de enfermería acerca del lavado de manos previo al procedimiento de catéter venoso periférico, destaca el hecho de que el 54% se retira las prendas y humedece las manos, mientras que el 46% no realiza los mencionados pasos, en cuanto al uso de jabón, frotado, secado y evita el contacto con superficies contaminadas se observa favorablemente al 62%, mientras que un 38% incumple con los mencionados aspectos.

Aun cuando un alto porcentaje de los profesionales de enfermería, cumple con la técnica correcta del lavado de manos no se puede olvidar a la minoría a quienes se debe dirigir acciones concretas de tipo educativo.

GRÁFICO N° 1

Distribución absoluta y porcentual de las observaciones realizadas acerca de la participación del profesional de enfermería en la prevención de flebitis. Indicador: Cuidados antes de la colocación del catéter periférico. Subindicador: Lavado de manos.



Fuente: Cuadro N° 1

CUADRO N° 2

Distribución absoluta y porcentual de las observaciones realizadas acerca de la participación del profesional de enfermería en la prevención de flebitis. Indicador: Cuidados antes de la colocación del catéter periférico. Subindicador: Utilización de Guantes

Ítemes	SI		NO		Total	
	fa	%	fa	%	fa	%
7. Uso de guantes	8	62	5	38	13	100
8. Evita contacto con otras superficies	6	46	7	54	13	100

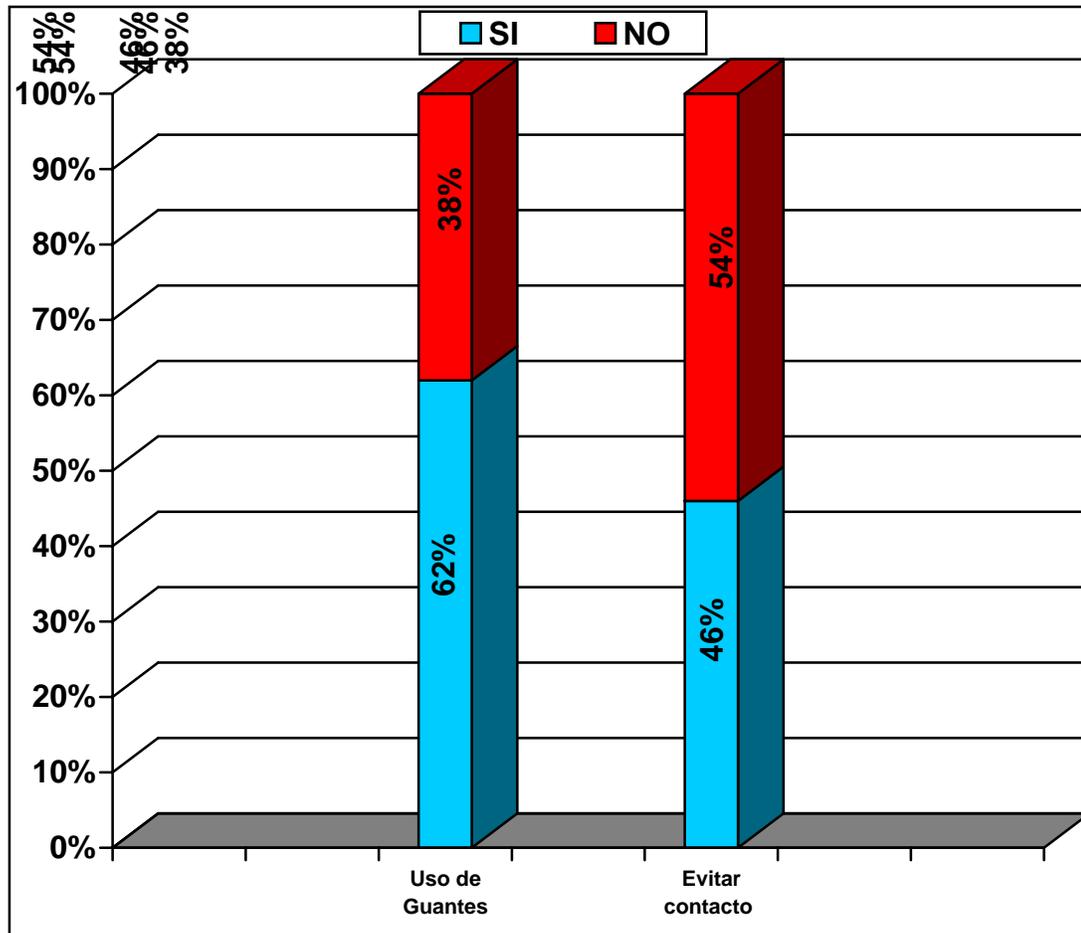
Fuente: Guía de Observación aplicada

En el cuadro n° 2, se observa que el 62% de los profesionales de enfermería utiliza guantes para realizar el procedimiento, mientras que el 38% restante no los utiliza, posterior a la colocación de los guantes solo el 46% evita el contacto con superficies contaminadas y el restante 54% no observa esta precaución.

Los resultados evidencian que un grupo importante de la población estudiada no cumple con la utilización de los guantes, los cuales constituyen una barrera física para proteger de infecciones, tanto al enfermo como al mismo profesional de enfermería.

GRÁFICO N° 2

Distribución absoluta y porcentual de las observaciones realizadas acerca de la participación del profesional de enfermería en la prevención de flebitis. Indicador: Cuidados antes de la colocación del catéter periférico. Subindicador: Utilización de Guantes



Fuente: Cuadro N° 2

CUADRO N° 3

Distribución absoluta y porcentual de las observaciones realizadas acerca de la participación del profesional de enfermería en la prevención de flebitis. Indicador: Cuidados antes de la colocación del catéter periférico. Subindicador: Ubicación anatómica

Ítemes	SI		NO		Total	
	fa	%	fa	%	fa	%
9. Selección de venas en extremidades superiores	3	23	10	77	13	100
10. Considera venas distales	11	85	2	15	13	100
11. Evita zonas de flexión	11	85	2	15	13	100
12. Palpa la vena	13	100	0	0	13	100

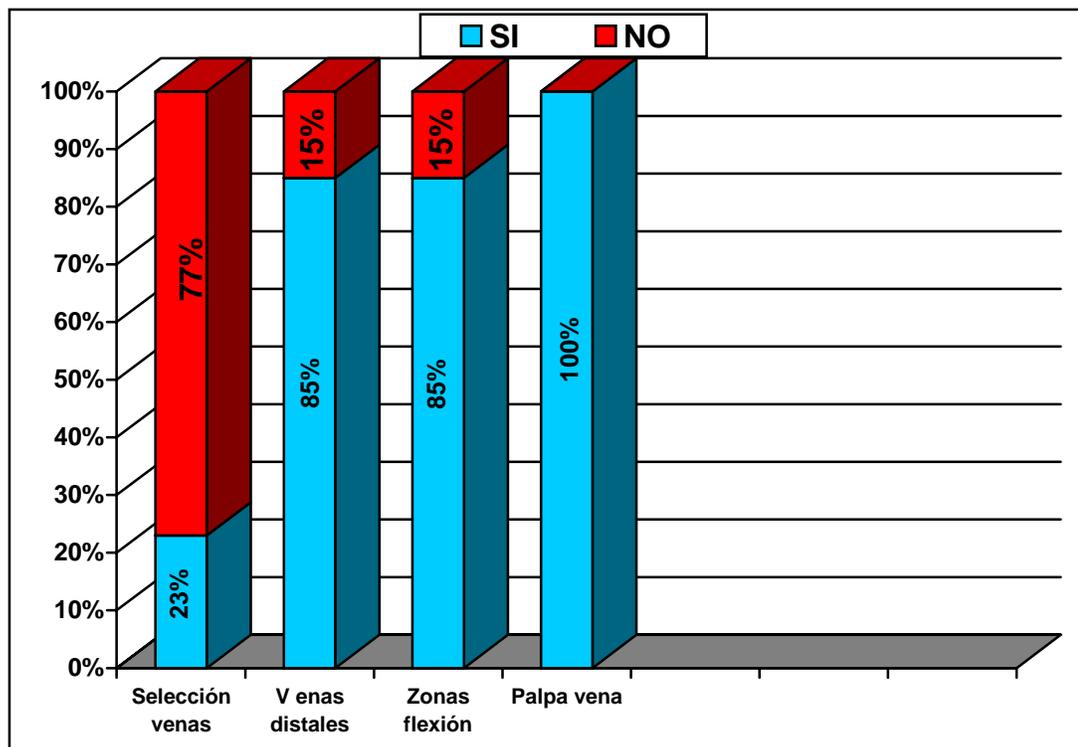
Fuente: Guía de Observación aplicada

En el presente cuadro, se observa que con respecto a la ubicación anatómica que debe hacer el profesional de enfermería antes del cateterismo venoso; el 77% no selecciona venas en extremidades superiores, mientras que el 23% si lo hace, el 85% considera las venas distales como primera elección y evita las zonas de flexión que impiden la movilización del enfermo, solo el 15% obvia estos aspectos, la totalidad de la población palpa la vena para evaluar su elasticidad.

Como regla general las venas deben considerarse como primera elección son las superficiales de las extremidades superiores, ya que tienen menor riesgo y son de fácil acceso. Por otra parte, la consideración de seleccionar un sitio que no limite los movimientos, favorece la comodidad del enfermo y la posible extravasación por la movilidad o el colapso del flujo de medicamento.

GRÁFICO Nº 3

Distribución absoluta y porcentual de las observaciones realizadas acerca de la participación del profesional de enfermería en la prevención de flebitis. Indicador: Cuidados antes de la colocación del catéter periférico. Subindicador: Ubicación anatómica



Fuente: Cuadro Nº 3

CUADRO N° 4

Distribución absoluta y porcentual de las observaciones realizadas acerca de la participación del profesional de enfermería en la prevención de flebitis. Indicador: Cuidados antes de la colocación del catéter periférico. Subindicador: Asepsia y Antisepsia

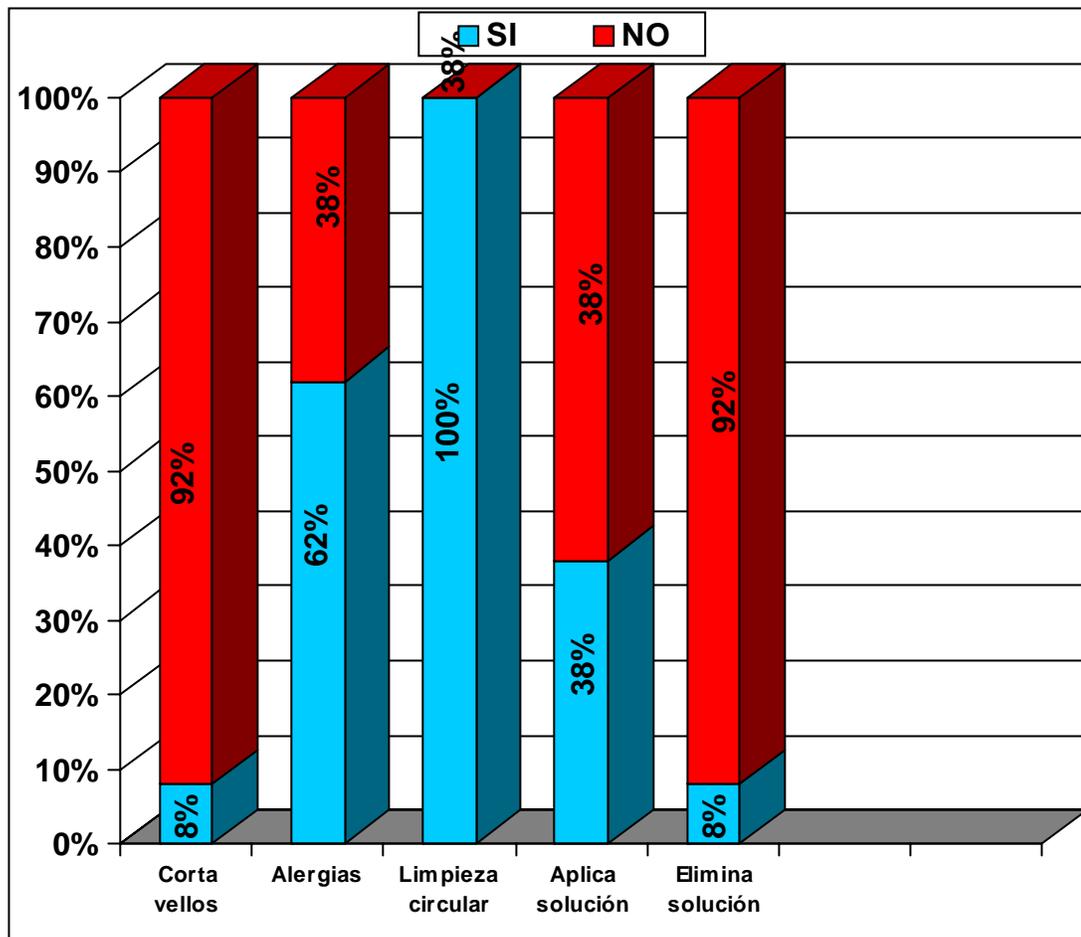
Ítemes	SI		NO		Total	
	fa	%	fa	%	fa	%
13. Corta los vellos	1	8	12	92	13	100
14. Indaga sobre alergias	8	62	5	38	13	100
15. Limpia en forma circular	13	100	0	0	13	100
16. Aplica solución antiséptica	5	38	8	62	13	100
17. Elimina restos de solución	1	8	12	92	13	100

Fuente: Guía de Observación aplicada

El cuadro N° 4, expresa los resultados de las observaciones realizadas a los profesionales de enfermería sobre el indicador asepsia y antisepsia contenido en los ítemes del 13 al 17; la acción de cortar el exceso de vellos es realizada solo por el 8%, mientras que la mayoría constituida por el 92% la obvia, el 62% interroga al enfermo sobre alergias, mientras que el 38% no lo hace, la limpieza del sitio de infección del catéter en forma circular del centro a la periferia es realizada por el 100% de la población estudiada, el 62% no aplica solución, mientras que el 38% si lo hace, el 92% no efectúa la limpieza de la zona para eliminar los restos de solución, esta medida es realizada por el 8%.

GRÁFICO N° 4

Distribución absoluta y porcentual de las observaciones realizadas acerca de la participación del profesional de enfermería en la prevención de flebitis. Indicador: Cuidados antes de la colocación del catéter periférico. Subindicador: Asepsia y Antisepsia



Fuente: Cuadro N° 4

CUADRO N° 5

Distribución absoluta y porcentual de las observaciones realizadas acerca de la participación del profesional de enfermería en la prevención de flebitis. Indicador: Cuidados antes de la colocación del catéter periférico. Subindicador: Lavado de manos

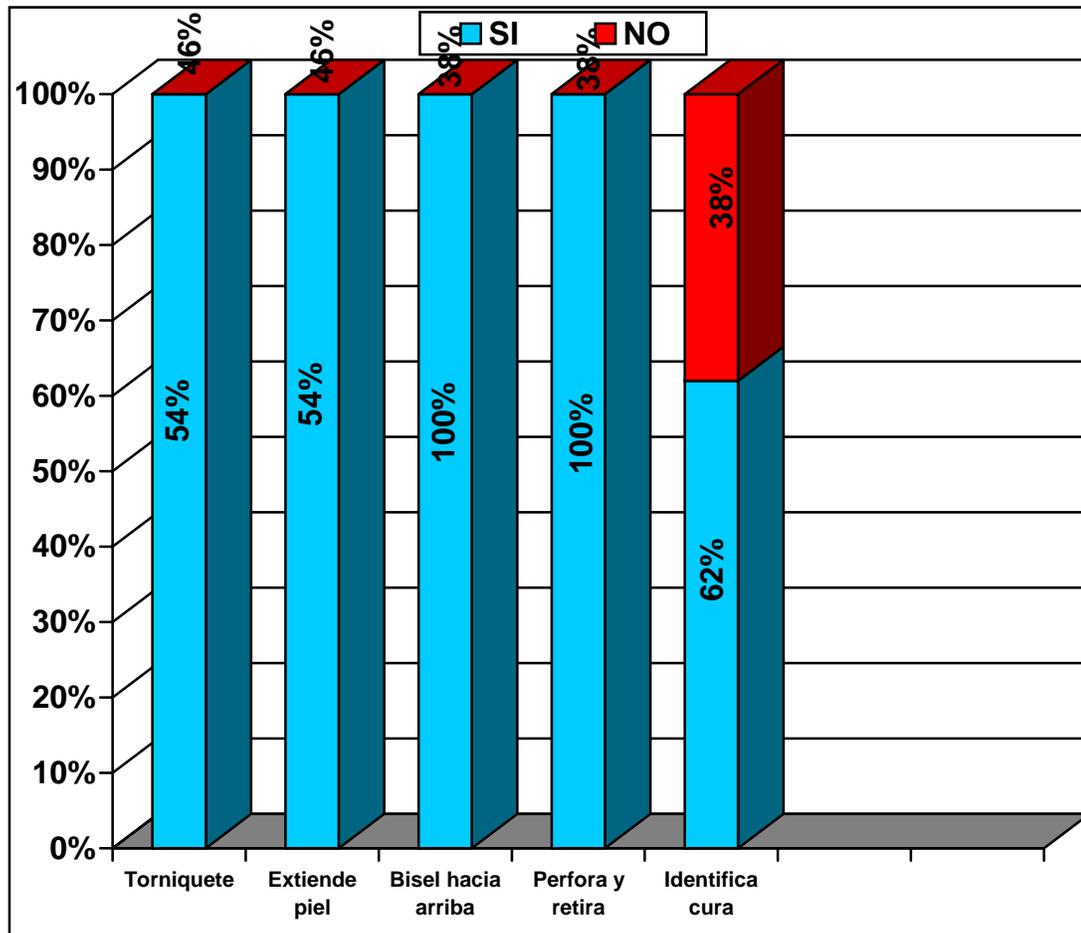
Ítemes	SI		NO		Total	
	fa	%	fa	%	fa	%
18. Colocación de torniquete	13	100	0	0	13	100
19. extiende la piel	13	100	0	0	13	100
20. Bisel hacia arriba	13	100	0	0	13	100
21. Perfora y retira al mismo tiempo guiador	13	100	0	0	13	100
22. Identifica la cura	8	62	5	38	13	100

Fuente: Guía de Observación aplicada

El presente cuadro evidencia en cuanto a la técnica de inserción del catéter periférico que la totalidad de los profesionales de enfermería realiza la misma en forma adecuada, tal como se observa en los ítemes del 18 al 21, también un alto porcentaje del 62% identifica la cura, no obstante es preocupante que un 38% no efectúe tan importante medida para saber la fecha y hora en que se colocó el catéter, a fin de hacer el cambio respectivo del mismo y prevenir complicaciones como la flebitis.

GRÁFICO N° 5

Distribución absoluta y porcentual de las observaciones realizadas acerca de la participación del profesional de enfermería en la prevención de flebitis. Indicador: Cuidados antes de la colocación del catéter periférico. Subindicador: Lavado de manos



Fuente: Cuadro N° 5

CUADRO N° 6

Distribución absoluta y porcentual de las observaciones realizadas acerca de la participación del profesional de enfermería en la prevención de flebitis. Indicador: Cuidados antes de la colocación del catéter periférico. Subindicador: Valoración durante la permanencia del catéter periférico

Ítemes	SI		NO		Total	
	fa	%	fa	%	fa	%
23. Registra signos de dolor	7	54	6	46	13	100
24. Registra signos de inflamación	8	62	5	38	13	100
25. Registra signos de rubor	8	62	5	38	13	100
26. Interroga sobre presencia de dolor	8	62	5	38	13	100
27. Interroga sobre presencia de ardor	8	62	5	38	13	100
28. Interroga sobre molestias	8	62	5	38	13	100
29. Registra los síntomas expresados por el enfermo	9	69	4	31	13	100
30. Realiza cambio de apósitos	13	100	0	0	13	100
31. Cambia catéter cuando hay dolor	13	100	0	0	13	100
32. Cambia catéter cuando hay inflamación	13	100	0	0	13	100

Fuente: Guía de Observación aplicada

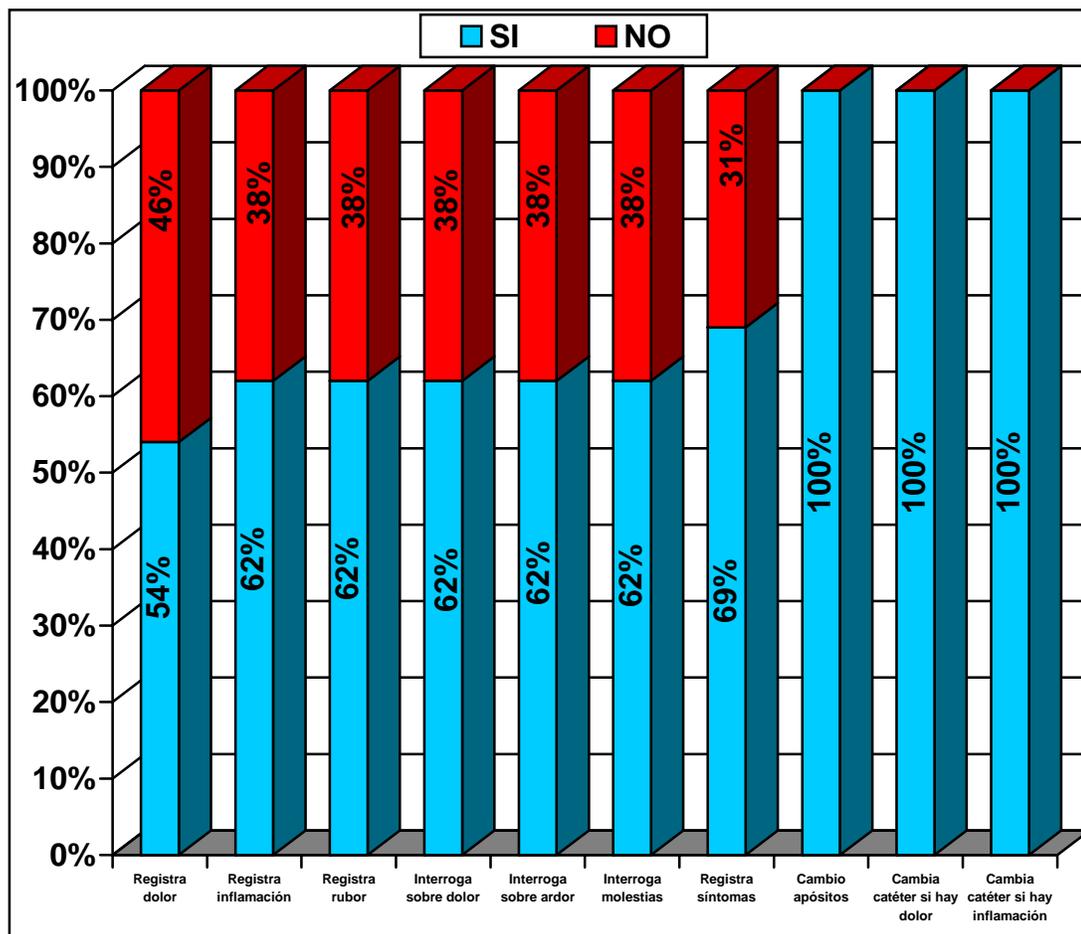
El presente cuadro, se refiere a la valoración que realiza el profesional de enfermería al paciente durante el tiempo que permanece con el catéter periférico, al respecto se puede señalar que el 54% registra la presencia de signos de dolor, mientras que el 46% no lo hace, en cuanto a la acción de registrar signos de inflamación y de rubor, interrogar al enfermo sobre la presencia de dolor, ardor y molestias (contenido de los ítemes 24 al 28), se evidencia que el 62% de los profesionales de enfermería observados coinciden en realizar las mencionadas acciones, mientras que un 38% las obvia, el 69% registra los síntomas expresados por el enfermo, mientras que

el 31% no lo hace. Con respecto al cambio de apósitos, cambio de catéter ante la presencia de dolor y cambio de catéter cuando hay inflamación se observó que son actividades realizadas por la totalidad de la población.

Los resultados son favorables por cuanto los profesionales de enfermería conceden importancia a la valoración de signos y síntomas asociados a la permanencia del catéter periférico, así como efectuar el cambio del mismo, lo cual permite prevenir la flebitis, no obstante el porcentaje menor de profesionales en los no se observo esta conducta deben ser tomados en cuenta , a fin de que presten un servicio de calidad al usuario cumpliendo con una etapa fundamental del proceso de atención como es la valoración.

GRÁFICO Nº 6

Distribución absoluta y porcentual de las observaciones realizadas acerca de la participación del profesional de enfermería en la prevención de flebitis. Indicador: Cuidados antes de la colocación del catéter periférico. Subindicador: Valoración durante la permanencia del catéter periférico



Fuente: Cuadro Nº 6

CUADRO N° 7

Distribución absoluta y porcentual de las observaciones realizadas acerca de la participación del profesional de enfermería en la prevención de flebitis. Indicador: Cuidados después. Subindicador: Valoración después de retirar el catéter periférico

Ítemes	SI		NO		Total	
	fa	%	fa	%	fa	%
33. Utiliza guantes	8	62	5	38	13	100
34. Registra signos de dolor	12	92	1	8	13	100
35. Registra signos de rubor	8	62	5	38	13	100
36. Registra signos de inflamación	8	62	5	38	13	100
37. Interroga sobre síntomas de dolor	8	62	5	38	13	100
38. Interroga sobre síntomas de ardor	8	62	5	38	13	100
39. Realiza presión digital	13	100	0	0	13	100
40. Limpia del centro a la periferia	10	77	3	23	13	100
41. Coloca protección	10	77	3	23	13	100
42. Se lava las manos	10	77	3	23	13	100

Fuente: Guía de Observación aplicada

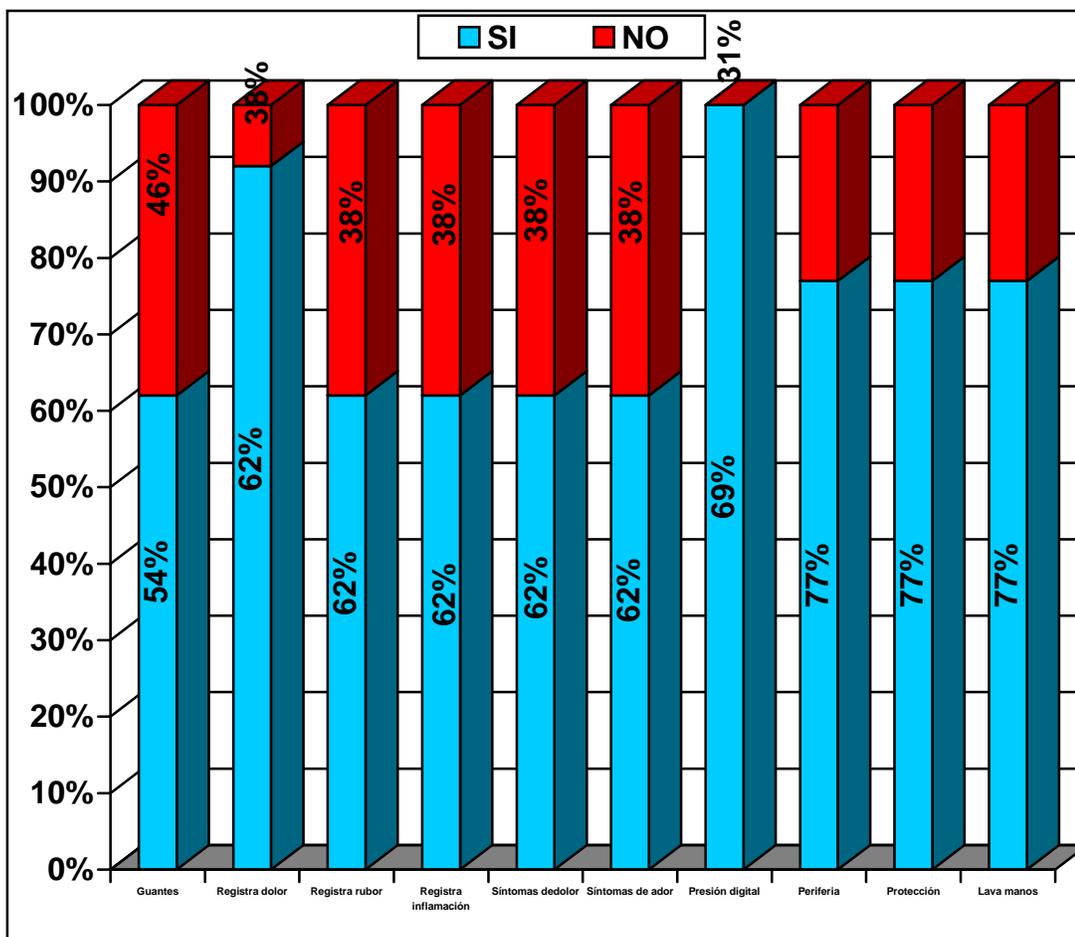
En el cuadro N° 7, se presentan los resultados en cuanto a las observaciones realizadas al profesional de enfermería acerca de la valoración al retirar el catéter, el 62% utiliza guantes descartables, mientras que el 38% no lo hace, la mayoría representada por el 92% registra los signos de dolor, el registro de signos de dolor, rubor e inflamación, así como el interrogatorio sobre la presencia de dolor y rubor es realizado por el 62%, solo el 38% de la población no cumple estas acciones, la presión digital posterior al retiro del catéter es efectuada por el 100%, la limpieza de la zona del centro a la periferia, colocación de protección en el sitio de inserción y

lavado de manos es incumplido por el 77%, mientras que un 23% no lo realiza.

El presente cuadro sugiere la necesidad de ejercer orientación sobre una minoría que no cumple el procedimiento de forma adecuada al ignorar acciones prioritarias en la prevención de infecciones como el uso de guantes, lavado de manos y limpieza de la zona de inserción, por otro lado, las manifestaciones objetivas o subjetivas del enfermo se deben tomar en cuenta a fin de planificar el cuidado.

GRÁFICO N° 7

Distribución absoluta y porcentual de las observaciones realizadas acerca de la participación del profesional de enfermería en la prevención de flebitis. Indicador: Cuidados después. Subindicador: Valoración después de retirar el catéter periférico



Fuente: Cuadro N° 7

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

1. Los profesionales de enfermería realizan en forma parcial los cuidados para prevenir flebitis antes de la colocación del catéter, debido a que se observó que un grupo de éstos no cumple con la técnica en su totalidad. No obstante, la técnica de colocación del catéter si se realiza de forma correcta por la totalidad de la población estudiada.

2. La valoración de signos y síntomas del enfermo durante el tiempo que permanece con el catéter es realizada parcialmente.

3. La valoración de signos y síntomas al retirar el catéter se efectúa de forma parcial, un grupo de la población estudiada omite las acciones respectivas, en particular es preocupante porque al no utilizar guantes ni lavarse las manos expone al enfermo a infecciones hospitalarias.

Recomendaciones

- Informar al Departamento de Enfermería de la Clínica Santa Sofía los resultados del estudio.
- Realizar investigaciones de mayor complejidad acerca del evento de estudio.
- Realizar educación continua en servicio, a fin de que el personal cumpla con todas las acciones específicas para prevenir flebitis en el enfermo.
- Proponer protocolos de actuación para el cuidado de los enfermos con catéter periférico, a fin de unificar criterios y no obviar ninguna acción.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ATKINSON, L (1999). **Técnicas de quirófano**. 6ta Edición. Mc Graw Hill Interamericana, México
- BERRY, C y KOHNS, B. (1998). **Técnica de Quirófano**. 7ma Edición. Mc Graw Hill Interamericana, México.
- BRIAN, F Y BUNKE, M **Departement Of Internal Medicine, Munson Medical Center, Traverse City, MI. Review Provided By Verimed Healthcare Network**. Traducción y localización realizada por: Dr. Tango, Inc. <http://www.adam-com/urac/edrev.htm>
- BRUNNER L. y SUDDARTH, D BRUNNER (1989). **Manual de Enfermera**. Nueva Editorial Interamericana. México, DF.
- BURGOS, G (2000) **“Participación de la enfermera(o) en la cura del catéter venoso central para la prevención de infección en el sitio de punción en la Unidad de Cuidados Intensivos de la Clínica Metropolitana”**. TEG. FM. EE. UCV.
- CARPENITO, L (1993) **Planes de cuidado y documentación en enfermería**. 1era Edición, Editorial Mc. Graw – Hill Interamericana.
- CARVAJAL, I. LAYA, A Y PÉREZ, E (2000) **Estándar de calidad para prevenir flebitis en pacientes con terapia intravenosa por vía periférica Hospital “Dr. José María Vargas” de Caracas**. TEG.FM.EE.UCV.
- DAIDAN, M. GONZÁLEZ, A. Y CADENA, M (2000) **“Factores que determinan las flebitis en pacientes con catéter endovenoso por más de 24 horas en el Hospital I.E.S.S Riobamba Ecuador”**. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd.com>
- DICCIONARIO DE MEDICINA OCEÁNO Mosby (1994) Editorial Mosby. 2ª edición
- DOBERNECK, R (1998). **The surgical garb, Sungary**. Volumen 6, N° 95
- DUGAS, B (1986). **Tratado de Enfermería Práctica**. Edición Nueva Editorial Interamericana.

- GONZÁLEZ, M (2001) **Infección hospitalaria**. Tribuna Médica, Vol 75. Impreso en Colombia
- HERNÁNDEZ, R. FERNÁNDEZ, C. Y BAPTISTA, P. (1997). **Metodología de la Investigación**. Editorial Interamericana. México.
- HURTADO, J (2000). **Metodología de la Investigación Holística**. 3era ed. Ediciones Fundación Sypal. Caracas.
- IYER, P. TAPTICH, B. y BERNOCCHI, D (1997) **Proceso y diagnóstico de enfermería**. 2ª edición, Editorial McGraw – Hill.
- KOZIER, B. ERB, G. y BUFALINO, P (1994). **El Proceso de Atención de Enfermería: Un Enfoque Científico**. Manual Moderno, SA de CV.
- KOZIER, B. ERB, G. BLAIS, K.(1993), **Conceptos y temas en la práctica de Enfermería**. 1ª Edición. Editorial Interamericana Mc Graw – Hill.
- KOZIER, B. ERB, G. y OLIVERI, P (1998). **El Proceso de Atención de Enfermería: Un Enfoque Científico**. Manual Moderno, SA de CV.
- LUCERO, S. CONDE, R. Y ERAZO, J (1999) “**Intervención del profesional de enfermería en la aplicación de las técnicas de asepsia y antisepsia en la prevención de infecciones en el sitio de venopunción en pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía del Hospital de los Seguros Sociales de Bogotá**”. . <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd.com>
- MIJARES, M Y SÁNCHEZ, L (1996) **Calidad de atención brindada al enfermo con catéter periférico en el Servicio de Cirugía del Hospital Universitario de Caracas**. TEG.FM.EE.UCV.
- PALMER, M (1984). **Manual de control de infecciones**. Editorial Interamericana. México.
- PESCADOR, A; TÓRTOLA, C; SORIANO, LL; LAZARO, C; PÉREZ, M Y PITA, L (1997) Proyecto EPINE-97. **Sociedad Española de Higiene y Medicina Preventiva Hospitalarias**. Madrid. Internet
- PINEDA, E., ALVARADO, E. y CANALES, F., (1994). **Metodología DE la investigación**. OPS- OMS. 2da Edición, Washington. U.S.A.

POLIT, D. y HUNGLER, B (1994) **Investigaciones Científicas**. 5ta Edición, Interamericana Mc Graw – Hill.

RIOPELLE, L. GRONDIN, L y PHANEUF, M (1993) **Cuidados de enfermería**. 1era edición. Editorial Interamericana Mc Graw – Hill. Madrid – España.

SOULE, B; LARSÓN, E. Y PRESTÓN, G (1996) **Infecciones y Práctica de Enfermería, prevención y control**. Mosby / Doyma libros. Barcelona, España.

TORRES, L Y HERNÁNDEZ, A (2002) **Accesos vasculares subcutáneos. Manual de Nefrología**. Elsevier Science, Ediciones Harcourt, Madrid. Pp: 371 – 384.

Anexos

GUIA DE OBSERVACIÓN

Nº	Ítemes	Obs 1		Obs 2		Obs 3	
Lavado de manos							
1	Se retira las prendas	SI	NO	SI	NO	SI	NO
2	Humedece las manos con agua	SI	NO	SI	NO	SI	NO
3	Se coloca jabón antiséptico	SI	NO	SI	NO	SI	NO
4	Frota las manos y los espacios interdigitales	SI	NO	SI	NO	SI	NO
5	Se seca las manos	SI	NO	SI	NO	SI	NO
6	Evita el contacto con otras superficies	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Utilización de guantes							
7	Se coloca guantes para realizar el procedimiento	SI	NO	SI	NO	SI	NO
8	Evita el contacto de los guantes con otras superficies	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Ubicación anatómica							
9	Considera como primera opción las venas de las extremidades superiores	SI	NO	SI	NO	SI	NO
10	Considera las venas mas distales como primera elección	SI	NO	SI	NO	SI	NO
11	Evita zonas de flexión que impiden la mejor movilización del paciente	SI	NO	SI	NO	SI	NO
12	Palpa la vena para evaluar su elasticidad	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Asepsia y antisepsia							
13	Corta el exceso de vellos	SI	NO	SI	NO	SI	NO
14	Interroga al enfermo sobre alergias (adhesivo, yodo)	SI	NO	SI	NO	SI	NO
15	Limpia la zona en forma circular del centro a la periferia	SI	NO	SI	NO	SI	NO
16	Aplica solución antiséptica por 60 segundos	SI	NO	SI	NO	SI	NO
17	Elimina los restos de soluciones con una gasa estéril	SI	NO	SI	NO	SI	NO

Técnica de inserción del catéter							
18	Coloca el torniquete 5cm por encima del sitio de la punción	SI	NO	SI	NO	SI	NO
19	Extiende la piel que está sobre el vaso elegido	SI	NO	SI	NO	SI	NO
20	Sostiene la aguja con el bisel hacia arriba	SI	NO	SI	NO	SI	NO
21	Perfora la piel y vena al mismo tiempo	SI	NO	SI	NO	SI	NO
22	Identifica la cura del catéter periférico con la fecha, hora y nombre del profesional de enfermería que realizó la cura	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Valoración después							
23	Identifica y registra signos de dolor	SI	NO	SI	NO	SI	NO
24	Identifica y registra signos de inflamación	SI	NO	SI	NO	SI	NO
25	Identifica y registra signos de rubor	SI	NO	SI	NO	SI	NO
26	Interroga al enfermo acerca presencia de dolor	SI	NO	SI	NO	SI	NO
27	Interroga al enfermo acerca presencia de ardor	SI	NO	SI	NO	SI	NO
28	Interroga al enfermo acerca molestias	SI	NO	SI	NO	SI	NO
29	Registra los síntomas expresados por el enfermo	SI	NO	SI	NO	SI	NO
30	Realiza cambio de apósitos cuando hay presencia de sangre exudado	SI	NO	SI	NO	SI	NO
31	Realiza el cambio de catéter ante la presencia de dolor	SI	NO	SI	NO	SI	NO
32	Realiza el cambio de catéter ante la presencia inflamación	SI	NO	SI	NO	SI	NO
33	Utiliza guantes para realizar el procedimiento	SI	NO	SI	NO	SI	NO
34	Identifica y registra signos de dolor	SI	NO	SI	NO	SI	NO
35	Identifica y registra signos de rubor	SI	NO	SI	NO	SI	NO
36	Identifica y registra de inflamación	SI	NO	SI	NO	SI	NO
37	Interroga al enfermo sobre síntomas de dolor	SI	NO	SI	NO	SI	NO
38	Interroga al enfermo sobre síntomas de ardor	SI	NO	SI	NO	SI	NO
39	Realiza presión digital en el sitio donde se encontraba el catéter	SI	NO	SI	NO	SI	NO
40	Realiza limpieza de la zona centro a la periferia	SI	NO	SI	NO	SI	NO
41	Coloca protección en el sitio de inserción	SI	NO	SI	NO	SI	NO
42	Se lava las manos	SI	NO	SI	NO	SI	NO

