



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA

TRABAJO DE TITULACIÓN

PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:
LICENCIADOS EN ENFERMERÍA

TEMA:

MANEJO DE VÍAS PERIFÉRICAS Y CALIDAD EN LA
ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS INTRAVENOSOS EN
LAS ÁREAS DE CLÍNICA DEL HOSPITAL DEL IESS
PORTOVIEJO NOVIEMBRE 2013 – ABRIL 2014.

AUTORES:

VEINTIMILLA CHINGA CRISTHIANS VICENTE
VERA SALAZAR LESFIA LORENA

DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN
LIC. GINA CALDERÓN SANTANA

PORTOVIEJO – MANABÍ – ECUADOR
2014

TEMA:

MANEJO DE VÍAS PERIFÉRICAS Y CALIDAD EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS INTRAVENOSOS EN LAS ÁREAS DE CLÍNICA DEL HOSPITAL DEL IESS PORTOVIEJO NOVIEMBRE 2013 – ABRIL 2014.

DEDICATORIA

Esta tesis se la dedico a mi Dios quién supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

A mi familia quienes por ellos soy lo que soy.

Para mi madre por su apoyo, consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles, y por ayudarme con los recursos necesarios para estudiar. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia, mi coraje para conseguir mis objetivos.

A mi esposo por estar siempre presentes, acompañándome para poderme realizar. A mi hijo quien ha sido y es una motivación, inspiración y felicidad.

Lorena Vera Salazar

DEDICATORIA

Gracias a Dios por darme fuerza y sabiduría y guiarme por un buen camino, A mi Madre, Esposa y a mi hija por haberme demostrado su apoyo, confianza y haberme enseñado todos los valores necesarios para ser una persona de bien y a superarme cada día y no rendirme ante ningún obstáculo.

A mis amigos, a mis compañero de curso que hemos pasados grandes momentos alegres y difíciles, y a dos personas muy especial que la llevo dentro de mi corazón que en todo momento me ha brindado su apoyo, tiempo, comprensión y siempre me incentivó a culminar con la meta que me propuse.

Cristhians Veintimilla Chinga

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a DIOS ante todo por darnos fe, conocimiento y fuerzas para poder cumplir con el objetivo de culminar con éxito este trabajo.

A nuestros padres, hijos/as, esposo/a y a nuestra familia quienes nos inculcaron sus valores y principios para guiarnos por el camino del bien, por darnos sus consejos y ánimo en los momentos difíciles de nuestras vidas, y sobre todo porque siempre creyeron en nuestra meta.

A la Universidad Técnica de Manabí por abrirnos las puertas y brindarnos las oportunidades de educación de ser unos profesionales en enfermería.

A los Miembros del Tribunal de Tesis, por su apoyo profesional, paciencia, tiempo y sus conocimientos brindados, para cumplir con el desarrollo de nuestra tesis.

A todas las Personas, que de una u otra forma, nos brindaron su aporte para la realización del presente trabajo investigativo.

LOS AUTORES

CERTIFICACIÓN DE DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Certifico que este trabajo de titulación: “MANEJO DE VÍAS PERIFÉRICAS Y CALIDAD EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS INTRAVENOSOS EN LAS ÁREAS DE CLÍNICA DEL HOSPITAL DEL IESS PORTOVIEJO NOVIEMBRE 2013 – ABRIL 2014.”, o ha sido dirigido asesorado supervisado y realizado bajo mi dirección en todo su desarrollo, y dejo constancia de que es original de los autores Veintimilla Chinga Cristhians Vicente y Vera Salazar Lesfia Lorena.

Considero dicho informe investigativo reúne los requisitos y méritos suficiente para ser sometidos a la evaluación del jurado examinador.

Lic. Gina Calderón Santana
DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA

TEMA

“MANEJO DE VÍAS PERIFÉRICAS Y CALIDAD EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS INTRAVENOSOS EN LAS ÁREAS DE CLÍNICA DEL HOSPITAL DEL IESS PORTOVIEJO NOVIEMBRE 2013 – ABRIL 2014.”

TRABAJO DE TITULACIÓN

Sometida a consideración y aprobación del Tribunal de Revisión y Sustentación, legalizada por el Honorable Consejo Directivo, como requisito previo a la obtención del título de LICENCIADOS EN ENFERMERÍA.

Dra. Yira Vásquez Giler Mg
DECANA (E) FCS

Ab. Abner Bello Molina
ASESOR JURÍDICO F.C.S. (E)

DR. Jhon Ponce Alencastro
PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN (E) FCS

Lcda. Gina Calderón Santana
DIRECTORA DE TRABAJO DE TITULACIÓN

Lcda. Victoria Santana Sánchez Mg.
PRESIDENTA DE TRABAJO DE TITULACIÓN

Lcda. Ritha Barreto López
MIEMBRO

Lcda. Consuelo Cerón Farfán
MIEMBRO

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Egresados de la Escuela de Enfermería perteneciente de la Facultad de la Salud de la Universidad Técnica de Manabí, declaramos que el siguiente trabajo de investigación titulado: “MANEJO DE VÍAS PERIFÉRICAS Y CALIDAD EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS INTRAVENOSOS EN LAS ÁREAS DE CLÍNICA DEL HOSPITAL DEL IESS PORTOVIEJO NOVIEMBRE 2013 – ABRIL 2014.”, es de autoría propia y como tal será protegido por las leyes establecidas en los Estados Ecuatoriano de derecho tal como se establece en los Artículos 1,2,3,4,5,6 y 7 de la Ley de Propiedad Intelectual, por lo tanto por la falta de los permisos correspondientes o su mal uso será penalizados por la ley; así mismo se asume todas las condiciones y responsabilidades que correspondan al mismo.

Veintimilla Chinga Cristhians Vicente

Vera Salazar Lesfia Lorena

ÍNDICE

	Pág.
Tema	
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iv
Certificación de la directora del trabajo de titulación	v
Certificación del tribunal de revisión y evaluación	vi
Declaración de autoría	vii
Índice	viii
Resumen	ix
Summary	xi
Introducción	1
Justificación	3
Formulación del problema	5
Objetivos	7
General	7
Específicos	7
Marco teórico	8
Operacionalización de variable	24
Diseño metodológico	28
Recurso utilizados	29
Presentación de resultados y análisis de datos	30
Conclusiones y recomendaciones	50
Conclusiones	50
Recomendaciones	52
Propuesta	53
Presupuesto	77
Cronograma de actividades	78
Bibliografía	79
Anexos	82

RESUMEN

En la actualidad el manejo de vías periférica es uno de los procedimientos más comunes utilizados en la administración de fluidos, fármacos, productos sanguíneos y soporte nutricional a pacientes de todo género y edad; sobre todo en el medio hospitalario. Son varias las complicaciones que se presentan derivadas de la inserción y mantenimiento de un catéter endovenoso, representando el principal riesgo a corto plazo como es la flebitis aguda post-punción.

El presente trabajo titulado Manejo de vías periféricas y calidad en la administración de medicamentos intravenosos en las áreas de clínica del hospital del IESS, tuvo como objetivo principal identificar el manejo de vías periféricas y calidad en la administración de medicamentos intravenosos, a fin de contribuir de forma directa e indirectamente en la aplicación de las técnicas adecuadas durante la canalización de vía periférica.

La investigación se la realizó bajo el estudio de tipo descriptivo porque se concurre al lugar de los hechos y realizar el diagnóstico, prospectivo porque hubo la respectiva revisión de los datos conforme iban sucediendo y observacional porque fue la forma directa de palpar la realidad que se vive en las áreas de clínica del hospital del IESS, técnica que nos permitió obtener los datos reales que sirvieron como base para la elaboración de los cuadros estadísticos y que cuyos resultados fueron para determinar que la edad que predomina en esta labor en las áreas de clínica son de 26 a 35 años de género femenino, destacándose que el calibre del catéter más utilizado en la técnica de venopunción es el N° 18 y 20 aplicados en venas cefálicas y basílicas, así también se observó que el tamaño de vena más utilizado son el de gran y mediano calibre, observándose de la misma manera que si cumplen con la asepsia y antiasepsia, que si identifican al usuario con sus nombres respectivos, que antes de realizar el procedimiento si verifican la prescripción médica, comunicándoles al paciente el procedimiento que van a realizar y verifican la caducidad en la etiqueta del medicamento antes de ser administrado, demostrando que manejan

perfectamente la dilución del medicamento según las indicaciones del fabricante, en todo momento el personal que labora en las áreas de clínica del IESS aplicaron las medidas de asepsia antes de suministrar los medicamentos, realizaron la respectiva revisión de permeabilidad de vías, valorando la presencia de flebitis/dolor en el sitio de la punción; en un 100% del personal demostró que si cumplen con los protocolos internacionales en la administración del medicamento, manteniendo el circuito cerrado en el sistema de infusión, realizando la curación cada 48 y 72 horas, para el cambio de horario si realizan el registro físico e informático de la administración, proceden de forma adecuada en el cambio de circuitos en un 89%, cumplen con la revisión de la fecha de aplicación e inserción del catéter y cambio circuitos, en un 99% si realizan el lavado del circuito después de la administración y finalmente verifican que el circuito proximal este sin sangre; por lo tanto se pudo observar que el personal que labora en las áreas de clínica del IESS si cumplen en su gran mayoría con las normas, técnicas y procedimientos en el manejo de vías periféricas como medida de prevención de la flebitis; así también se procedió a socializar un protocolo de manejo de vías periféricas en la administración de medicamentos intravenosos.

Palabras claves: Manejo de vías periféricas, calidad en la administración de medicamentos intravenosos, prevención de flebitis, utilización del calibre de catéteres, tamaño de venas.

SUMMARY

At present management peripheral tracks is one of the most common procedures used in the administration of fluids, drugs, blood products and nutritional support for patients of all age and gender; especially in hospitals. There are several complications that occur resulting from the insertion and maintenance of an intravenous catheter, representing the main risk is short term and post-phlebitis tap water.

This paper entitled Managing peripheral lines and quality in the administration of intravenous medications in hospital clinical areas IESS main objective was to identify the management quality system and peripheral administration of intravenous medications in order to contribute directly and indirectly in the form suitable for application of peripherally channeling techniques.

The research was conducted under the descriptive study because they attended the scene and make the diagnosis, because there respective prospective review of the data as they were happening and that was the direct observational way to feel the reality of life in the areas of hospital clinic IESS technique that allowed us to obtain the actual data that served as the basis for the development of statistical tables and the results were to determine the age that dominates this work in clinical areas are 26 to 35 years of female gender, highlighting the caliber of the catheter most commonly used in the art of venipuncture is No. 18 and 20 applied in cephalic veins and basilicas, and also observed that the size of vein most commonly used are the large and medium caliber, observed in the same way that they meet the asepsis and antiasepsia, if the user identified with names, that before the procedure if verify the prescription, informing the patient the procedure to be performed and check the expiration date on the medicine label before administration, demonstrating that handled perfectly dilution of the medicament according to the manufacturer, at all times the staff working in the areas of applied clinical IESS aseptic measures before providing the drugs, conducted review of the respective permeability pathways, assessing

the presence of phlebitis / pain at the site of puncture; 100% of staff showed that they comply with international protocols in the administration of medication, maintaining the closed infusion system circuit, performing healing every 48 and 72 hours to the time change if you perform the physical record and management computer, appropriately come in changing circuits by 89%, revising meet the implementation date and catheter insertion and exchange circuits by 99% when doing the washing circuit after administration and finally verify that the circuit is proximal bloodless; therefore it was observed that the staff working in the areas of clinical IESS if they meet mostly with the rules, techniques and procedures in the management of peripheral lines as prevention of phlebitis; well proceeded to socialize a management protocol peripheral pathways in the administration of intravenous medications.

Keywords: Management of peripheral lines, quality of intravenous drugs, prevention of phlebitis, catheter use caliber, size vessels.

INTRODUCCIÓN

Actualmente, la terapia intravenosa es uno de los procedimientos más comunes para administrar a los pacientes fluidos, fármacos, productos sanguíneos y soporte nutricional, sobre todo en el medio hospitalario. Las complicaciones potenciales derivadas de la inserción y mantenimiento de un catéter endovenoso son múltiples, representando la flebitis aguda post punción, el principal riesgo de una terapia intravenosa con catéteres periféricos a corto plazo.

La terapia intravenosa (es una de las formas de administración de sustancias por vía parenteral, con fines diagnósticos o terapéuticos.

Consiste en la administración de sustancias líquidas directamente en una vena, a través de una aguja o tubo (catéter), que se inserta en la luz del vaso, lo cual permite el acceso inmediato al torrente sanguíneo para suministrar líquidos y medicamentos. El término “intravenoso” significa “dentro de una vena”, pero comúnmente se utiliza para referirse a la TIV.

La vía intravenosa es el medio más rápido para transportar soluciones (líquidos) y fármacos por el cuerpo, si se le compara con otras vías de administración de medicamentos. Algunos medicamentos, al igual que las transfusiones de sangre y las inyecciones letales, sólo pueden administrarse por esta vía.

Con el objetivo de identificar el manejo de vías periféricas y calidad en la administración de medicamentos intravenosos en las áreas de Clínica Hospital del IESS Portoviejo Noviembre 2013 – Abril 2014 surgió la necesidad de elaborar y ejecutar un proyecto de investigación; así mismo se elaborara un protocolo de manejo de vías periféricas y administración de

medicamentos intravenosos que será socializado con la población en estudio.

El presente trabajo consta de tres partes, una parte preliminar donde está la justificación los objetivos de investigación, una parte teórica que incluye el sustento teórico en que se basó en el proyecto y una parte metodológica, aquí se explica detalladamente como se realizó el trabajo de investigación, para finalmente presentar los resultados obtenidos en tablas y gráficos y se elaboró un protocolo que fue entregado a las áreas de Clínicas del Hospital IESS Portoviejo.

JUSTIFICACIÓN

La cateterización de una vía venosa exige un conocimiento exacto de la anatomía, de la zona, de los sistemas con los que se va a trabajar y de la técnica a emplear.

La utilización de medicamentos y especialmente su administración intravenosa, es uno de los aspectos cuya complejidad demanda una toma de decisiones multidisciplinaria.

En efecto, para garantizar en un paciente una adecuada terapia intravenosa se requiere de indicación, selección del medicamento, dosis, preparación y administración.

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 contexto, la realización del presente trabajo tiene un aporte académico ya que permite la creación y la transmisión del conocimiento, con el fin de implementar acciones al interior de la comunidad universitaria que los acompañen en su formación, en lo social aporta a mejorar la atención que se le brinde al paciente y a reducir costos de atención en salud, al profesional y en lo institucional para contribuir a la reflexión crítica, analítica y propositiva sobre contextos, objetos y propuestas de la profesión; además se elaborara y se proporcionara al final del trabajo de investigación un protocolo de manejo de vías periféricas.

En lo profesional, los autores, al haber tenido la oportunidad de recibir una formación de tercer nivel, tendrán la oportunidad de adquirir mayor experiencia profesional involucrando a los pacientes que recibieron un determinado medicamento por vía intravenosa.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La inyección intravenosa se descubría en el s. XVII, pasando a formar parte de un nuevo procedimiento para la administración de fármacos.

Las primeras inyecciones de sustancias por esta vía se realizaron con fines experimentales y no terapéuticos. Fue Christopher Wren (1632-1723), el célebre arquitecto, quien inyectó, en 1656, vino y cerveza en las venas de un perro. Estos ensayos fueron continuados por Robert Boyle y Robert Hooke, que hicieron lo propio con opio y azafrán también en perros, observando sus resultados.

La introducción de la inyección endovenosa para su uso humano y su posterior aplicación a la terapéutica se debe fundamentalmente a médicos alemanes, como Johann Daniel Major, quien llamó la atención sobre el método en su *Chirurgia infusoria* de 1664; y Johann Sigismund Elsholtz, que en su *Clysmatica nova* de 1667 (aunque aparecida dos años antes en alemán) dio a conocer sus experimentos en cadáveres y en seres vivos. Con estos trabajos la entonces nueva técnica demostró su eficacia y se difundió rápidamente.

Durante los últimos años la canalización y administración de medicamentos por vía venosa es un procedimiento que es realizado constantemente por el personal de Enfermería quien la aplica, como para el paciente quien puede presentar complicaciones durante o después de la realización del procedimiento de canalización de vía periférica, siendo la complicación más frecuente la flebitis que es la inflamación de la pared de una vena, caracterizado por presentar inflamación, rubor, y dolor.

Por ser el Hospital IEES de Portoviejo una entidad sanitaria de cobertura Provincial encargado de realizar procedimientos como las canalizaciones de vías periféricas por parte del personal de enfermería aplicada en diferentes

procedimientos terapéuticos y con fines diagnósticos, se vio la necesidad mediante una investigación determinar el Manejo de vías periféricas y calidad en la administración de medicamentos intravenosos en las áreas de clínica.

Es oportuno mencionar que en este servicio aún no se han realizado estudios iguales o similares que hayan permitido oportunamente tomar los correctivos necesarios para evitar o retrasar las complicaciones.

Por lo expuesto, se ha formulación el siguiente problema: ¿Cuál es el manejo de vías periféricas y la calidad en la administración de medicamentos intravenosos en las áreas de Clínica del hospital del IESS Portoviejo Noviembre 2013 – Abril 2014. ?

OBJETIVOS

GENERAL

Identificar el manejo de vías periféricas y la calidad en la administración de medicamentos intravenosos en las áreas de Clínica del hospital del IESS Portoviejo Noviembre 2013 – Abril 2014.

ESPECÍFICOS

Determinar las características demográficas en la población de estudio.

Medir la calidad de atención de enfermería en la administración de medicamentos intravenosos y manejo de vías periféricas, a través de la aplicación de un instrumento elaborado por los investigadores.

Elaborar y socializar un protocolo de manejo de vías periféricas y administración de medicamentos intravenosos.

MARCO TEÓRICO

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”.

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.

Venopunción se refiere 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”; 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. ATKINSON, L (2006). *Técnicas de administrar medicamentos por vía intravenosa. 9ta Edición. Mc Graw Hill Interamericana, México*

La punción venosa es una técnica que nos permite acceder al torrente sanguíneo con fines determinados como por ejemplo extraer sangre, administrar medicamentos, derivados sanguíneos, etc.

El organismo utiliza la sangre para el transporte de oxígeno, alimento, residuos y otros materiales que hay en el interior del cuerpo y para regular la temperatura corporal, los líquidos y el equilibrio ácido-base. Debido a que la sangre se utiliza para múltiples funciones dentro del cuerpo, los exámenes de sangre o de sus componentes pueden suministrar indicios claves para el diagnóstico de muchas condiciones médicas.

Antes de acceder a puncionar se debe considerar una serie de parámetros relevantes para el éxito de la punción, tales como las condiciones físicas y psicológicas que trae el paciente, la edad.

Considerar un tiempo adecuado para explicar el procedimiento (lo que es esencial para disminuir la ansiedad)

Considerar las condiciones en que será tomada la muestra, sentado o en camilla.

Necesidad de pedir ayuda antes de iniciar el procedimiento

Verificar que en el sitio a puncionar la piel se encuentra indemne y lejos de focos de infección

Así estaremos en condiciones de realizar la actividad. Luego escogemos la vena por palpación y para eso debemos ligar el brazo 4-5 cms. por sobre el pliegue del brazo. *BRUNNER L. y Suddarth, D Brunner (2006). Manual de Enfermera. Nueva Editorial Interamericana. México, DF.*

Las venas más utilizadas para la venopunción están localizadas en el área ante cubital.

La Vena Cubital, es la más larga y gruesa de todas y es la preferida por bordear la musculatura del brazo.

La Vena Cefálica tiene iguales características de la anterior, pero es un poco menos gruesa.

La Vena Basílica, es más pequeña que las anteriores. Esta vena está cerca de la arteria braquial, por lo que su punción es riesgosa y su área es más sensible y dolorosa para el paciente.

Selección del Catéter, la cateterización periférica se realiza con cánulas cortas semirígidas de diferentes diámetros. Suelen estar hechas en teflón, lo que les permite ser muy bien toleradas por los tejidos. Para definir el calibre del catéter se tiene en cuenta la edad del paciente y los traumas asociados, entre otros.

Los calibres pequeños como los No 24, 22 son adecuados para lactantes, niños y adultos con venas extremadamente pequeñas. Los calibres grandes como los No 16, 18 son indicados para pacientes quirúrgicos, politraumatizados y urgentes en general y pacientes que serán transfundidos. 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.

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”. KOZIER, B. ERB, G. BLAIS, K.(2006), *Conceptos y temas en la práctica de Enfermería. 1ª Edición. Editorial Interamericana Mc Graw – Hill.*

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.

La cateterización venosa es casi un acto reflejo en la medicina hospitalaria actual. La mayoría de pacientes que acuden a un Servicio de Urgencias no se libran, como mínimo, de una venopunción o en la mayoría de casos de la colocación de una vía periférica aunque ésta sea transitoria. Diversos estudios de prevalencia cifran alrededor de un 70%, los pacientes ingresados que son portadores de algún tipo de catéter venoso

No es necesario enumerar las ventajas que supone disponer de un acceso vascular, pero como mínimo se nos antoja exagerado en algunos ocasiones cuando la vía se utiliza sólo para administrar antitérmicos u otros medicamentos de similar eficacia tomados por vía oral; o cuando el catéter se inserta únicamente por una falsa sensación de seguridad, teniendo en cuenta los no despreciables efectos secundarios del abuso de las vías incluidas las periféricas. En estudios de prevalencia, se ha observado que hasta un 38% de las vías periféricas no son necesarias.

Tradicionalmente este riesgo se ha asociado al de aparición de una flebitis, cuando en realidad la mayoría de flebitis son por irritación química y no por infección. No obstante, la presencia de inflamación puede favorecer, si persiste, el desarrollo de una infección al facilitar la colonización bacteriana inicial. Además, muchos episodios de bacteriemia por CVP se producen sin datos locales de inflamación. En base a estos datos, los autores aconsejan recambiar las vías periféricas cada 48-72 horas.

Los cuidados de los accesos, son actividades encaminadas a mantener su permeabilidad, asepsia, y evitar todas las complicaciones posibles derivadas de la Terapia Intravenosa (TIV).

El uso de los accesos venosos para la administración de medicación y otro tipo de fluidos (derivados sanguíneos, alimentación parenteral, etc.) en el medio hospitalario, es cada vez más frecuente y en la mayoría de las ocasiones se hace imprescindible. (CARPENITO, L (2005) *Planes de cuidado y documentación en enfermería. 1era Edición, Editorial Mc. Graw – Hill Interamericana*)

De la misma manera que nadie discute las grandes ventajas que supone la utilización de este tipo de accesos, no debemos olvidar que al mismo tiempo genera una serie de complicaciones, entre ellas, las más importantes son las infecciones.

Las infecciones relacionadas con la vía intravenosa puede desarrollarse sin causar ningún problema evidente en la zona de punción, cualquier elevación injustificada en la temperatura los microorganismos patógenos pueden penetrar en el torrente circulatorio de innumerables formas: Mala técnica durante la inserción de la cánula y para prevenirlas hay que observar todos los recipientes iv en busca de grietas o fugas antes de usarlos y buscar turbidez y suspensión de partículas en la solución, la solución puede estar contaminada y tener un aspecto normal. Pérez, Torne. *“Canalización*

venosa". Bruce S. Cutter. M. D. Thomas J. VandeJalm. *Atlas de Técnicas Quirúrgicas en Cuidados Intensivos*. Ed: Salvat, 1982.

Estudios microbiológicos indican que la mayoría de las infecciones son causadas por microorganismos de la piel, que invaden el orificio cutáneo de entrada, bien en el momento de la inserción del catéter o en los días siguientes a la inserción.

De aquí la importancia de los cuidados de los accesos venosos por parte de Enfermería. No olvidemos que la aparición de estas complicaciones es inversamente proporcional a la optimización de los cuidados de enfermería. (CARPENITO, L (2005) *Planes de cuidado y documentación en enfermería*. 1era Edición, Editorial Mc. Graw – Hill Interamericana

CVP (Catéter Venoso Periférico). Es el más utilizado y provoca una importante morbilidad anual debido a la alta frecuencia de su uso.

CVC (Catéter Venoso Central). Es con el que se asocia la mayor parte de las infecciones.

Para minimizar en lo posible estas complicaciones debemos aplicar los protocolos de cuidados, en los que quedan reflejados de una manera clara y concisa.

Evaluación diaria, es el cambio de apósito: cada 72 horas con los equipos de infusión, si se trata de apósito transparente y si no hay signos de infección, cada semana.

Cambio de cánula, debe realizarse cada 72-96 horas. Si es aguja gripper, cada semana.

Cambio de los equipos de infusión, se realiza cada 72 horas, excepto sangre y citostáticos.

Como recomendaciones generales el personal debe estar bien formado y en número suficiente, extremar la asepsia: Comenzando por el lavado de manos. Los objetivos que se pretenden conseguir con los cuidados son Evitar la aparición de complicaciones debidas a la inadecuada manipulación del CV., prevenir las infecciones, mantener el catéter permeable, mantener la asepsia necesaria en la zona del pinchazo y en las tubuladuras.

Los indicadores de evaluación será la correcta terapia IV, ausencia o baja tasa de infecciones asociadas a CV, confort del paciente y permeabilidad del reservorio

Es importante también destacar la necesidad de los Registros, en los que debe dejarse constancia del uso (medicación administrada y cantidad) y en las condiciones en que se encuentra el sistema. Del mismo modo, reflejaremos fecha y hora de las incidencias, si las ha habido. *(CARPENITO, L (2005) Planes de cuidado y documentación en enfermería. 1era Edición, Editorial Mc. Graw – Hill Interamericana)*

La atención de la necesidad de mantener la permeabilidad de los accesos venosos es responsabilidad del Cuidado de Enfermería. Sin embargo, este cuidado no se puede limitar a la sola realización de una técnica concreta, sino que debe contemplarse dentro de un cuidado integral, ya que las técnicas se complementan con la habilidad y la observación frecuente de cómo se va desarrollando todo el proceso que confórmala implantación de un catéter venoso periférico o central.

Así pues, el mantener la permeabilidad de las vías es un cuidado que los profesionales de enfermería debemos tener como muy importante, ya que de ello depende el que nuestros pacientes reciban en primer lugar la

medicación prescrita por la vía correcta, en la dosis y el tiempo pautados y por otra parte, evitaremos que sufran complicaciones siempre molestas y a veces de gran riesgo para su salud e integridad como son las extravasaciones, obstrucción de la vía, flebitis, trombos, lesiones titulares.

Por todo ello, se hace necesaria una eficaz observación de la zona de inserción del catéter, retirándolo en cuanto observemos la zona enrojecida, esté inflamada y edematosa o cuando el paciente se queje por dolor.

Ante cualquier signo de extravasación se debe comprobar la permeabilidad de la vía, observando si hay reflujo de sangre y aun habiendo reflujo ante un enrojecimiento del área en la administración de medicamentos abrasivos para las venas o el tejido tisular, como ocurre con los citostáticos, se debe interrumpir la perfusión y buscar otra vía alternativa, teniendo la precaución de aplicar hielo y antiinflamatorios en la zona afectada.

Nunca serán suficientes la vigilancia y cuidados dispensados para eliminar este tipo de molestias al paciente, que por otra parte es posible evitar, si cuidamos la elección de los dispositivos más seguros y adecuados a las venas del paciente y mantenemos la perfusión a ritmo continuo. *(CARVAJAL, I. Et.al (2006) Estándar de calidad para prevenir flebitis en pacientes con terapia intravenosa por vía periférica Hospital "Dr. José María Vargas" de Caracas.)*

Es aconsejable utilizar una vía de una sola luz en vez de utilizar llaves de varios accesos, para evitar una manipulación excesiva de la zona e infecciones. Igualmente ayudará a este objetivo la utilización de equipos de un solo uso y envases monodosis estériles, además de que siempre es necesario cuidar las normas de higiene tanto en el paciente como por el profesional, guardar las medidas de asepsia en las técnicas empleadas.

Otro cuidado que no se puede posponer sino que debe hacerse de inmediato, ocurre cuando se interrumpe la perfusión venosa o ya se ha administrado la medicación, acto seguido se debe heparinizarla vía siguiendo las normas del protocolo hospitalario y a continuación cerrar con un tapón estéril el catéter, evitando posibles derrames y pérdidas de sangre o fluidos no deseados, que aparte de debilitar al paciente pueden causar en él o en sus familiares una innecesaria ansiedad con pérdida de confianza en el personal que le atiende, lo que le producirá una gran inseguridad.

La Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias (SEEUE) en su Recomendación Científica 03/02/07 de Octubre de 2003 dice que en el procedimiento de permeabilidad, el principal criterio de elección es el uso de sistemas monodosis, como medida de prevención de la infección nosocomial relacionada con la TIV(1).

Entre los Cuidados de Enfermería también se encuentra el mantener al paciente en todo momento informado de lo que se le va a practicar, respondiendo con sencillez a sus dudas, escuchando todo lo que nos quiera transmitir y guardando la confidencialidad, si ésta no entra en conflicto con la integridad del paciente o de terceras personas.

El objetivo es buscar siempre que se sienta cómodo, en un clima cordial que le proporcione serenidad y al mismo tiempo le ayude a sobrellevar de la mejor forma posible, su enfermedad y las molestias que de ella y el tratamiento de la misma se deriven.

Todos estos cuidados incumben al Arte y Ciencia enfermeros, en correlación con la responsabilidad ética de Enfermería, lo que conlleva por parte del profesional a una búsqueda continua de proporcionar el mayor bien al paciente que cuida y ahorrarle siempre en lo posible todo sufrimiento. (KOZIER, B. ERB, G. y BUFALINO, P (2006). *El Proceso de Atención de Enfermería: Un Enfoque Científico. Manual Moderno, SA de CV*)

La Flebitis consiste en la inflamación de una vena debido a una alteración del endotelio. Las plaquetas migran a la zona lesionada y alrededor de la punta del catéter comienza la formación de un trombo.

La agregación plaquetaria origina la liberación de histamina, aumentando el flujo sanguíneo en la zona por vaso dilatación. Los signos y síntomas característicos son: dolor moderado, enrojecimiento de la zona o el trayecto venoso, calor local, al palpar la vena tiene aspecto de cordón, puede aparecer fiebre. (DUGAS, B (2007). *Tratado de Enfermería Práctica. Edición Nueva Editorial Interamericana. 87*)

Su incidencia es de 30-35 %. Las flebitis se presentan por tres tipos de causas: bacterianas, químicas y mecánicas. La flebitis bacteriana se presentan por presencia de microorganismo en la solución, contaminación del equipo durante la inserción, deficiencia en la técnica aséptica (lavado de mano y preparación de la piel) y ausencia o mala colocación del apósito. (DAIDAN, M. Et al (2005) "*Factores que determinan las flebitis en pacientes con catéter endovenoso por más de 24 horas en el Hospital I.E.S.S Riobamba Ecuador*".)

La flebitis química se debe a la irritación de la vena por soluciones ácidas, alcalinas o hipertónicas. La flebitis mecánica se relaciona con la infusión lenta, fijación inadecuada del catéter, el sitio de inserción (zona de flexión, tortuosidad de la vena), calibre del catéter mayor al tamaño de la vena y lección en la vena puncionada.

Los siguientes medicamentos o grupos se han identificado como agentes causales de flebitis: antibióticos (63% de los casos), antivirales, anticonvulsivantes (fenitoina, fenobarbital) benzodiacepina (diazepan y midazolam), adrenergicos (dobutamina, dopamina y noradrenalina), anestésicos locales (lidocaina), antiarritmicos (amiodarona), antagonistas de

calcio (nimodipina) antiulceroso (omeprazol) y soluciones electrolíticas (potasio).

Prevención de la flebitis: la identificación y el control de los factores de riesgo son la base para la prevención. Se debe contar con una guía de inserción del catéter venoso periférico y un programa de seguimiento de los catéteres que permitan verificar el cumplimiento de los estándares definidos y la identificación temprana de complicaciones. La flebitis química se previene mediante la utilización de venas con buen flujo venoso para facilitar la hemodilución, diluir los medicamentos en 30-60 ml de solución e infundir en un tiempo de 30-60 minutos.

Extravasación: en la infusión del líquido por fuera del vaso sanguíneo en el tejido que rodea la vena. Los signos y síntomas son dolor, eritema local, sensación de quemazón y ausencia de retorno venoso. Posteriormente, se forma una ampolla que se transforma en ulcera por el daño causado a las células por el fármaco extravasado.

Es importante prevenir esta complicación, por el daño tisular irreversible, el cual depende de las características del líquido: soluciones hiperosmolares (calcio, potasio y glucosa), agentes de diagnósticos, adrenérgicos (adrenalina, dopamina, dobutamina y noradrenalina) soluciones irritantes a pH básico (fenitoína, bicarbonato sodico, acetazolamida, aciclovir y tiopental) y otros anfotericina, diazepam, diazoxido, doxapram, fenobarbital, gamaciclovir, metocarbanol, nitroprusiatosodico, pentamidina, prometazina, rifampicina, tetraciclina y vancomicina).

El conocimiento de los medicamentos con capacidad irritantes o vesicantes permite la elección correcta del sitio de venopunción (idealmente en el antebrazo y evitar extremidades inferiores, vena de la muñeca y del dorso de la mano, vasos de pequeño diámetro, inflamados o esclerosado).
(CARVAJAL, I. Et.al (2006) *Estándar de calidad para prevenir flebitis en*

pacientes con terapia intravenosa por vía periférica Hospital “Dr. José María Vargas” de Caracas.)

Las medidas generales de manejo de la extravasación consiste en detener la infusión, aspirar 5ml de sangre administrar 5-10 ml de diluyente, extraer el catéter, marcar los bordes de la zona afectada, elevar la extremidad y controlar la evolución.

Las medidas específicas comprenden medios físicos (calor para favorecer el drenaje del fármaco o frío cuando se inyecta un antídoto localmente), medidas farmacológicas mediante la administración de antídotos por vía tópica o sistémica y tratamiento quirúrgico. Inspeccionar todos los elementos utilizados para la terapia venosa, observando posibles roturas, fecha de vencimiento, grietas en frasco y sachets, turbidez del líquido y cualquier otra alteración.

Deben estar almacenados en lugares limpios, libre de polvos, goteras, suciedades y tránsito de personal, en armarios cerrados y en contenedores que eviten el amontonamiento.

En los envoltorios deben constar: proceso de esterilización, fecha de vencimiento, número de lote y datos del fabricante (dirección, teléfono y / o fax, nombre del personal responsable).

Todo se puede atribuir a la falta de experiencia, capacitación y desidia de algunos profesionales en el campo de la salud, que evidentemente practican este procedimiento sin advertir las consecuencias que pueden llegar a ocasionar en el paciente.

También se puede hablar de las alteraciones que provocan algunos medicamentos mal administrados, en ambos casos las consecuencias pueden ser irreversibles.

En las urgencias o emergencias donde lo principal que se tiene en cuenta, es la vida del paciente, quizás dada la situación no se tenga en cuenta la asepsia y técnica correspondiente para un acceso venoso periférico. Una vez estabilizado el paciente se debe aplicar los procesos antisépticos adecuados para evitar futuras complicaciones.

Los medicamentos se distribuyen en diferentes presentaciones y cada una suele requerir un tipo específico de preparación. Algunos pueden administrarse en diversas formas lo cual, entonces, se especifica en la etiqueta del medicamento.

Para la administración segura de medicamentos es necesario conocer la anatomía y fisiología a sí mismo el fármaco y las razones por las que se prescribe. Cuando se administra medicamentos por la vía intramuscular o subcutánea. Es particularmente importante conocer la anatomía y fisiología. En la primera pueden lesionarse grandes vasos sanguíneos y nervios si se punciona accidentalmente.

El conocimiento del fármaco y sus efectos también ayudan a proteger contra la administración de medicamentos que pudieran dañar a un paciente. Por ejemplo: si la frecuencia respiratoria de un enfermo es muy baja (digamos 10/min.). Quizás este contraindicada la morfina que puede deprimirla más. *(CARVAJAL, I. Et.al (2006) Estándar de calidad para prevenir flebitis en pacientes con terapia intravenosa por vía periférica Hospital "Dr. José María Vargas" de Caracas.)*

Este conocimiento contribuye a las observaciones inteligentes de la enfermera para ayudar a valorar la eficacia del medicamento y los cuidados de enfermería.

Las Precauciones generales en la administración de medicamentos: en la mayor parte de las instituciones de salud la administración de medicamentos

es una función de Enfermería. En algunos hospitales la enfermera administra todas las inyecciones intravenosas, pero en otros el médico se responsabiliza de medicamentos específicos, como la ergotamina, que se utiliza para contraer el útero.

Varía mucho las normas en cuanto a la administración de medicamentos por parte de la enfermera, pero antes que administre cualquier fármaco, debe comprobar que su acción no perjudique al paciente. Una base importante para la práctica segura de la Enfermería son los conocimientos.

En los procesos de atención médica están presentes factores y elementos que contribuyen a la seguridad del paciente, sin embargo, se han identificado riesgos que propician la ocurrencia de eventos adversos que dañan al paciente.

El uso de protocolos permiten garantizar un buen manejo en la aplicación de vía periférica y brindar una mejor atención de calidad y calidez para evitar complicaciones de flebitis por un acceso vascular periférico por la falta de medidas asépticas por inadecuadas tácticas de aplicación de vía periférica o por la extravasación en el área de clínica de las instituciones de salud, numerosos estudios han demostrado que la implementación de un protocolo aumenta la probabilidad de que el paciente reciba el procedimiento adecuado para la prevención y el cuidado de flebitis soporte. Además, la flebitis se asocia a una reducción en el riesgo de morbilidad en los pacientes adultos mayores en el área de clínica.

De acuerdo a las normas de proceso, la enfermera valorará las peculiaridades y características del paciente al que se le va a iniciar una terapia intravenosa, así como las necesidades diagnósticas terapéuticas establecidas por el equipo multidisciplinario, para elegir la ubicación, localización del acceso venoso si este es de inserción periférica, así como el dispositivo o el catéter adecuado a dichas necesidades.

La enfermera realizará el acceso al sistema vascular periférico, procurando minimizar las molestias, las complicaciones, el riesgo de infección y de lesión.

La enfermera elegirá los apósitos para la fijación y oclusión de los accesos, de forma cómoda y segura para el paciente, realizando los cambios, cuando sean adecuados y necesarios.

La enfermera mantendrá en adecuadas condiciones de permeabilidad los accesos venosos periféricos o centrales de inserción periférica para la administración y mantenimiento de la terapia intravenosa, así como de instruir al paciente y sus cuidadores sobre aquellos aspectos en los que ellos pueden ser participativos.

La enfermera pondrá todas las medidas de asepsia a su alcance para prevenir la infección relacionada con la implantación y mantenimiento de los dispositivos de acceso vascular y de terapia intravenosa, para lo que realizará los cuidados necesarios en las conexiones y desconexiones de los sistemas de infusión.

La enfermera tomará todas las medidas de precaución y prevención para evitar riesgos accidentales y laborales derivados de la utilización de agujas, catéteres y demás materiales necesarios en la instauración, cuidados y mantenimiento de los accesos venosos.

La enfermera cuando ya no es necesaria la terapia intravenosa retirará el dispositivo de acceso periférico. El supervisor de la Unidad identificará mensualmente el número de flebitis relacionadas con la implantación y mantenimiento de accesos venosos.

Limites del proceso de entrada del paciente en cualquier unidad u hospital, independientemente del proceso asistencial que lo motiva y que requieren

instauración y/o mantenimiento de un acceso venoso periférico para administración y/o perfusión intravenosa.

El límite final de las necesidades y prescripciones que han motivado el inicio o mantenimiento de la terapia intravenosa. *Bellido Vallejo JC, Carrascosa García MI, García Fernández FP, Tortosa Ruiz MP, Mateos Salido MJ, Del Moral Jiménez J, Portellano Moreno A, Martínez Martos RM, Castillo Dorado B, Cabrera Castro MC, Ojeda García M, Colmenero Gutiérrez MD, Jesús Uceda T. Guía de cuidados en accesos venosos periféricos y centrales de inserción periférica. Evidentia 2006; 3(9) [ISSN: 1697-638X]. <http://www.index-f.com/evidentia/n9/guia-avp.pdf>*

VARIABLES

Manejo de vías periféricas

Calidad en la administración de medicamentos intravenosos.

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Manejo de las vías periféricas	Es el acto que realiza el personal de enfermería de las áreas de clínicas para acceder y conservar los accesos vasculares que serán utilizados para administrar los diferentes medicamentos prescritos por un médico.	Características demográficas del personal de enfermería	Edad	>25 años 26-35 años 36- 45 años 46-55 años < 55 años
			Género	Masculino Femenino Alternativo
		Técnica de Venopunción	Calibre del Catéter	N. 16 N. 18 N. 20 N. 22
			Venas más utilizadas	Venas Cefálicas Venas Basílica Yugular externa Otras
			Calibre de las venas	Venas de gran calibre Venas de medio calibre Venas de pequeño calibre
			Realiza asepsia y antisepsia	Siempre A veces Nunca

Calidad en la administración de medicamentos Intravenosos	Proporciona el profesional de enfermería a través de la aplicación de un instrumento que mide el índice de eficiencia, lo que permitirá determinar las fallas o casi-fallas e implementar estrategias de mejora, pero también identificar sus fortalezas para reforzarlas.	Aplicación de los 5 correctos	Identifica al usuario con el nombre de acuerdo a la tarjeta	Siempre A veces Nunca
			Revisa la prescripción medica	Siempre A veces Nunca
			Informa el procedimiento a realizarse antes de hacerlo.	Siempre A veces Nunca
			Verifica la caducidad en la etiqueta del medicamentos antes de administrarlo al usuario	Siempre A veces Nunca
			Aplica medidas de asepsia antes de la administración del medicamento.	Siempre A veces Nunca
			Revisa la permeabilidad de la vía antes de administrar el medicamento	Siempre A veces Nunca

			Realiza la dilución correcta del medicamento según indicación del fabricante.	Siempre A veces Nunca
			Valora la presencia de flebitis/dolor al momento de la administración de medicación.	Siempre A veces Nunca
			Cumple con los protocolos de acuerdo al servicio en la administración de medicamentos.	Siempre A veces Nunca
			Mantiene el circuito cerrado en el sistema de infusión.	Siempre A veces Nunca
			Realiza la curación en el sitio de inserción del catéter.	Cada 48 horas Cada 72 horas No lo hace
			Registra en la tarjeta de kardex y en sistema lo administrado.	Siempre A veces Nunca

DISEÑO METODOLÓGICO

METODOLOGÍA DE ESTUDIO

Este proyecto es un estudio de tipo Descriptivo-Prospectivo- Observacional. Prospectivo, porque se revisaron los datos a medida que fueron sucediendo los hechos conforme se fue desarrollando la investigación.

Descriptiva, ya que se realizó observación directa al personal de enfermería en el manejo de vías periféricas y administración de medicamentos.

Es una investigación científica diagnóstica prospectiva analítica que se llevó a cabo mediante la recolección de datos y encuesta que se realizó al personal que labora en las áreas de Clínicas del Hospital IESS Portoviejo, en diferentes turnos rotativos y 3 observaciones por cada personal para una mejor investigación.

ÁREA DE ESTUDIO

La investigación se basó en determinar el manejo de vías periféricas y administración de medicamentos intravenosos en las áreas de Clínica Hospital del IESS Portoviejo Noviembre 2013 – Abril 2014.

UNIVERSO

Personal de enfermería que labora en las Áreas de Clínicas del Hospital IESS Portoviejo, que corresponde a 30 Licenciadas en Enfermería, para el estudio se tomó en cuenta todo el universo ya que es una muestra pequeña.

TÉCNICA DE LA INVESTIGACIÓN

Para el desarrollo del presente trabajo de investigación en Hospital IESS Portoviejo se utilizaron:

Guía de observación

Consultas bibliográficas

PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

La presente investigación se la realizó mediante encuestas y/o de observación dirigidas al personal de enfermería que labora en el Hospital IESS Portoviejo.

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Los resultados fueron tabulados manualmente y posteriormente representados a través de cuadros y gráficos estadísticos mediante programa informático Excel 2013, utilizando como medidas de resumen la frecuencia y el porcentaje.

RECURSOS

RECURSOS HUMANOS:

Los Investigadores

Director de Tesis

Miembros del tribunal

Personal de Enfermería del Hospital IESS Portoviejo.

RECURSOS INSTITUCIONALES:

Hospital IESS Portoviejo.

Universidad Técnica de Manabí.

RECURSOS MATERIALES:

1. Computador Pentium III
2. Materiales de escritorio
3. Internet
4. Cámara fotográfica

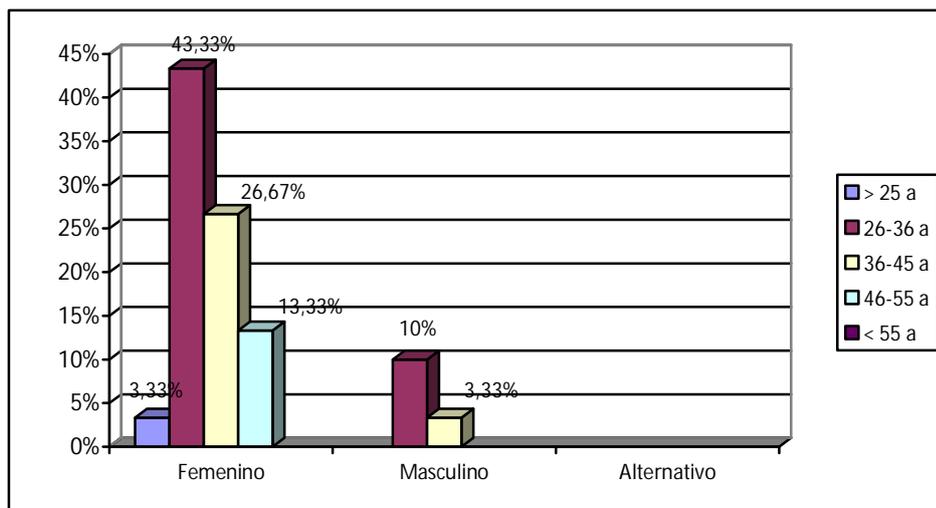
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y ANÁLISIS DE DATOS

GRAFI-TABLA # 1

Edad y género del personal que labora en las áreas de Clínica del hospital del IESS Portoviejo Noviembre 2013 – Abril 2014.

GÉNERO	Femenino		Masculino		Alternativo	
	F	%	F	%	F	%
EDAD						
> 25 años	1	3.33				
26-35 años	13	43.33	3	10.00		
36 - 45 años	8	26.67	1	3.33		
46 - 55 años	4	13.33				
< 55 años						
TOTAL	26	86.66	4	13.33		

FUENTE: Encuesta del Personal que labora en las áreas de Clínica del hospital del IESS
ELABORADO POR: Lesfia Lorena Vera Salazar - Cristhians Vicente Veintimilla Chinga



Análisis e Interpretación:

De acuerdo al gráfico indica que un 86.66% son de género femenino y una minoría de género masculino representadas por el 13.33% entre edades comprendidas de 26 a 35 años y de 36 a 45 años.

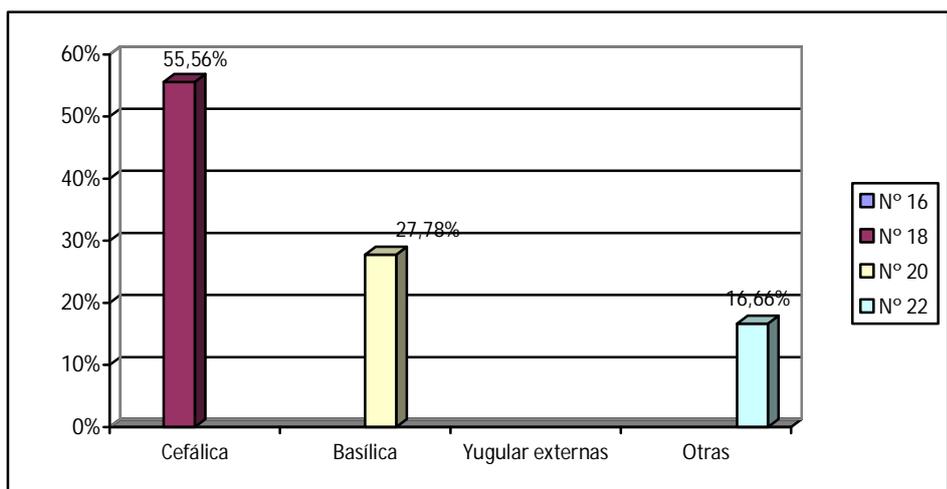
Según los datos obtenidos en su mayoría son adultos jóvenes y de género femenino quienes laboran en esta institución, dejando claro que tienen la predisposición y experiencia para brindar una atención con calidad y eficiencia a los y las usuarias, destacándose

GRAFI-TABLA # 2

Calibre de catéter y vena utilizado en la técnica de venopunción por el personal que labora en las áreas de Clínica del hospital del IESS Portoviejo
 Noviembre 2013 – Abril 2014.

Calibre	Venas Cefálicas		Basílicas		Yugular externas		Otras	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Nº 16								
Nº 18	50	55.56						
Nº 20			25	27.78				
Nº 22							15	16.66
TOTAL	90		100					

FUENTE: Guía de observación al Personal que labora en las áreas de Clínica del Hospital del IESS
 ELABORADO POR: Lesfia Lorena Vera Salazar - Cristhians Vicente Veintimilla Chinga



Análisis e interpretación

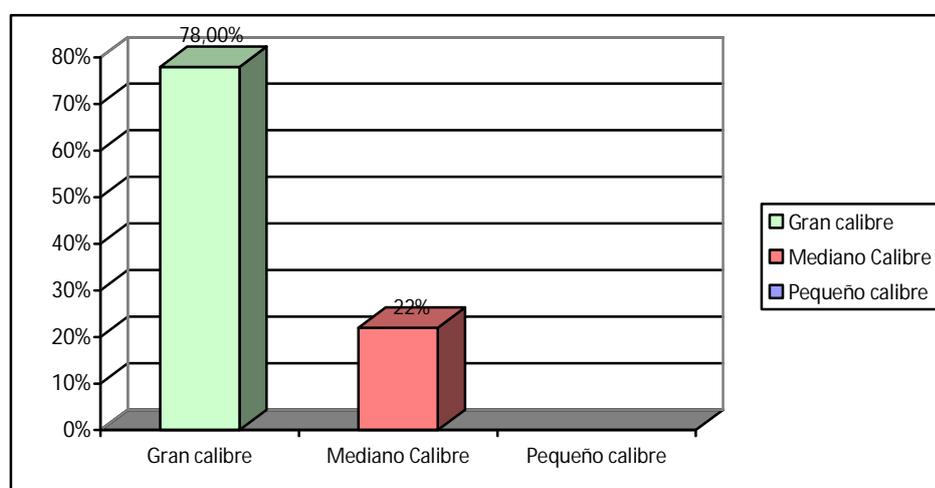
De acuerdo al gráfico un 55.56% utilizan el calibre 18 en venas cefálicas, un 27.78% calibre 20 en venas basílicas y un 16.66% calibre 22 en otros tipos de venas, se realizaron 3 observaciones por cada personal; en comparación con la bibliografía podemos darnos cuenta que se relaciona la utilización de esta venopunción, ya que el calibre 18 son indicados para pacientes quirúrgicos, politraumatizados venopunción y urgentes en general, y en aquellos usuarios que serán transfundidos, ya que en esta área están pacientes con este tipo de características y esto disminuye la tendencia de flebitis.

GRAFI-TABLA # 3

Tamaño de venas más utilizadas en la técnica de venopunción por personal que labora en las áreas de Clínica del hospital del IESS Portoviejo
Noviembre 2013 – Abril 2014.

Calibres Venas	F	%
Gran Calibre	70	78
Mediano Calibre	20	22
Pequeño Calibre		
TOTAL	90	100

FUENTE: Guía de observación al Personal que labora en las áreas de Clínica del Hospital del IESS
ELABORADO POR: Lesfia Lorena Vera Salazar - Cristhians Vicente Veintimilla Chinga



Análisis e interpretación

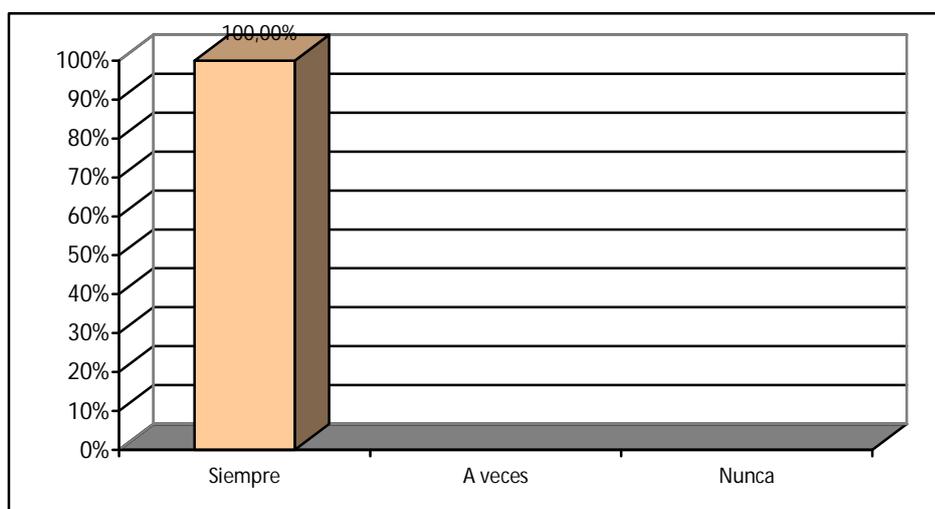
Según el gráfico estadístico indica que un 78% utilizan las venas de gran calibre y un 22% venas de mediano calibre; lo que quiere decir que esta relacionado con la anatomía del paciente, para lo cual toman la elección de las venas de gran o mediano calibre, manifestando que las de gran calibre facilitan el acceso venoso.

GRAFI-TABLA # 4

Cumplimiento de asepsia y antisepsia durante la técnica de venopunción el personal que labora en las áreas de Clínica del hospital del IESS Portoviejo
Noviembre 2013 – Abril 2014.

Realiza asepsia y antisepsia	F	%
Siempre	90	100
A veces		
Nunca		
TOTAL	90	100

FUENTE: Guía de observación al Personal que labora en las áreas de Clínica del Hospital del IESS
ELABORADO POR: Lesfia Lorena Vera Salazar - Cristhians Vicente Veintimilla Chinga



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

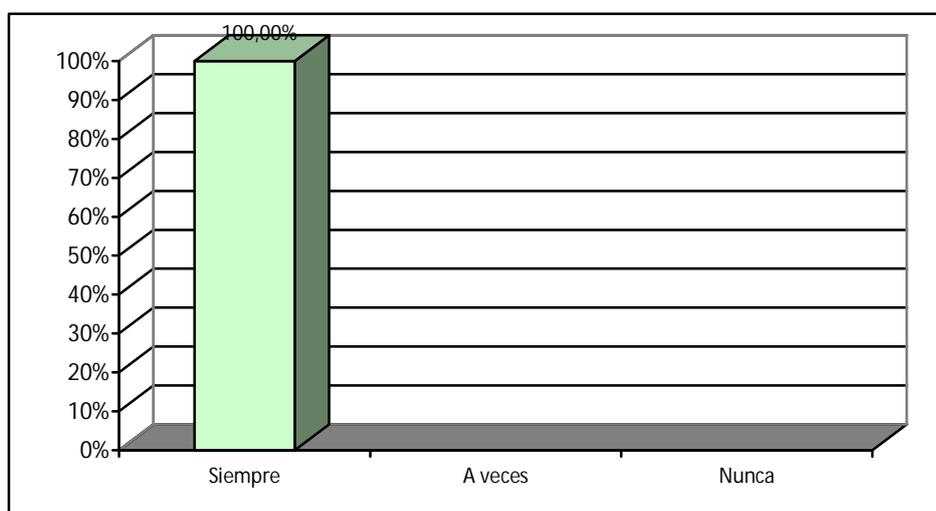
Según el gráfico estadístico nos indica que el 100% del personal que labora en las áreas de clínica del Hospital del IESS, siempre realizan la asepsia y antisepsia en la técnica de venopunción; lo que realizan con el objetivo de reducir en gran medida las infecciones cruzadas.

GRAFI-TABLA # 5

Identificación del usuario de acuerdo a la tarjeta de registro por parte del personal que labora en las áreas de Clínica del hospital del IESS Portoviejo
Noviembre 2013 – Abril 2014.

Identificación del usuario	F	%
Siempre	90	100
A veces		
Nunca		
TOTAL	90	100

FUENTE: Guía de observación al Personal que labora en las áreas de Clínica del Hospital del IESS
ELABORADO POR: Lesfia Lorena Vera Salazar - Cristhians Vicente Veintimilla Chinga



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

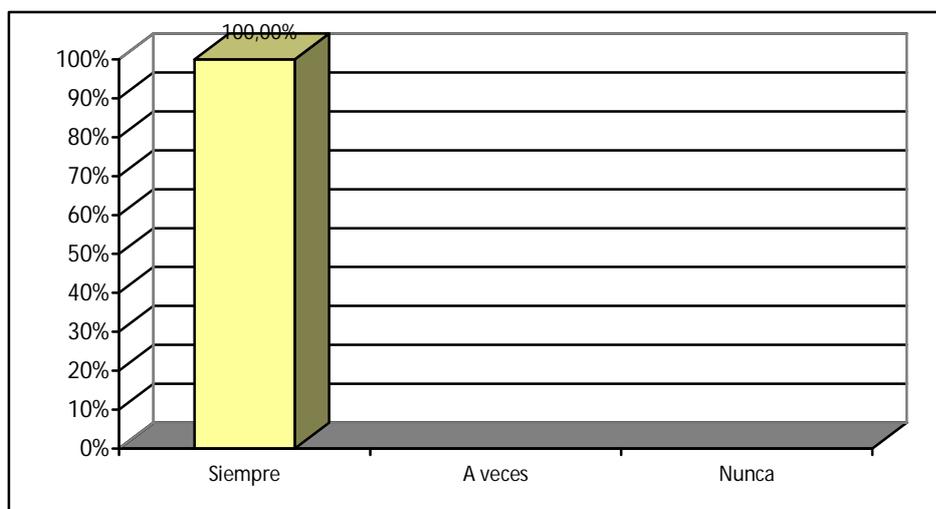
De acuerdo al gráfico se puede observar que en un 100% del personal siempre identifica a los usuarios a través de la tarjeta de registro, dando a notar que si llevan un control estandarizado de cada paciente que ingresa al área de clínica del Hospital del IESS de Portoviejo.

GRAFI-TABLA # 6

Revisión de prescripción médica previo a la administración de medicamento por parte del personal que labora en las áreas de Clínica del hospital del IESS Portoviejo Noviembre 2013 – Abril 2014.

Revisión prescripción médica	F	%
Siempre	90	100
A veces		
Nunca		
TOTAL	90	100

FUENTE: Guía de observación al Personal que labora en las áreas de Clínica del Hospital del IESS
ELABORADO POR: Lesfia Lorena Vera Salazar - Cristhians Vicente Veintimilla Chinga



Análisis e interpretación:

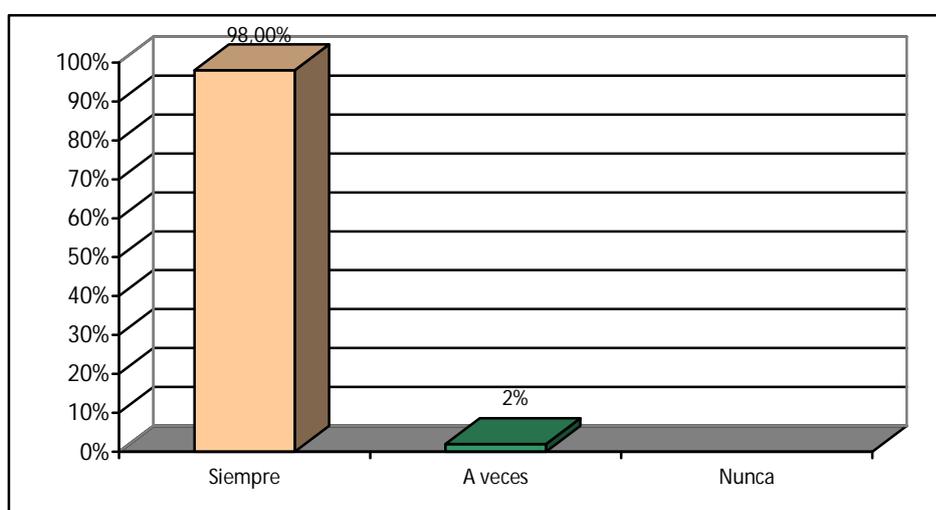
De acuerdo a los datos estadístico obtenidos se observa que el personal en un 100% si cumple con el procedimiento de revisión de la prescripción médica antes de administrar la medicación; dejando evidenciado la puesta en marcha de las principales técnicas que debe tener presente todo personal que este involucrado en el área de salud antes de suministrar un medicamento al paciente.

GRAFI-TABLA # 7

Información del procedimiento a realizarse previo a la administración del medicamento por parte del personal que labora en las áreas de Clínica del hospital del IESS Portoviejo Noviembre 2013 – Abril 2014.

Informa del procedimiento	F	%
Siempre	88	98
A veces	2	2
Nunca		
TOTAL	90	100

FUENTE: Guía de observación al Personal que labora en las áreas de Clínica del Hospital del IESS
ELABORADO POR: Lesfia Lorena Vera Salazar - Cristhians Vicente Veintimilla Chinga



Análisis e interpretación:

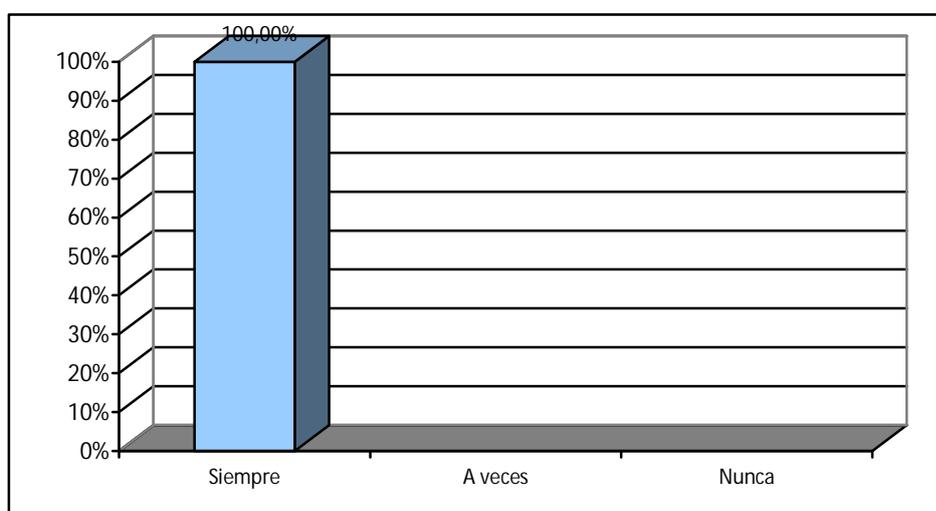
Según el gráfico estadístico indica que el 98% del personal que labora en las áreas de clínicas del IESS siempre informa al usuario el procedimiento antes de realizarlo y que un 2% lo hace solo a veces, con la aplicación de esta técnicas se logra brindar confianza y seguridad al paciente evitando así episodios de alteraciones que puedan llegar a complicar el cuadro clínico del usuario.

GRAFI-TABLA # 8

Revisión de la fecha de caducidad del fármaco antes de administrarlo al paciente por el personal que labora en las áreas de Clínica del hospital del IESS Portoviejo Noviembre 2013 – Abril 2014.

Verificación de la fecha de caducidad	F	%
Siempre	90	100
A veces		
Nunca		
TOTAL	90	100

FUENTE: Guía de observación al Personal que labora en las áreas de Clínica del Hospital del IESS
ELABORADO POR: Lesfia Lorena Vera Salazar - Cristhians Vicente Veintimilla Chinga



Análisis e interpretación:

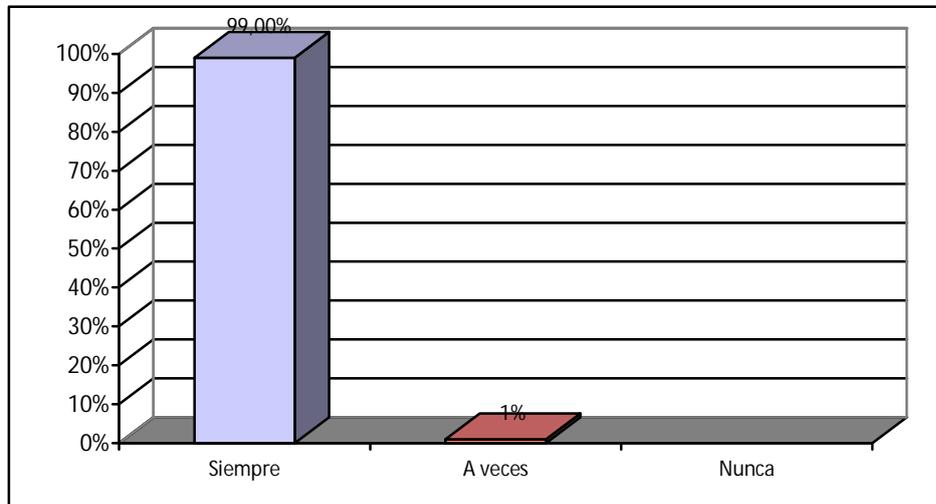
Según este gráfico estadístico indica que el 100% del personal que labora en las áreas de clínicas siempre verifica la fecha de caducidad en la etiqueta del medicamento antes de administrarlo al usuario; con la utilización de esta técnica se está coadyuvando con el prestigio de la institución y a la vez se logra que el paciente tenga confianza en el personal que labora en el IESS.

GRAFI-TABLA # 9

Aplicación de las medidas de asepsia antes de la administración de medicamentos del personal que labora en las áreas de Clínica del hospital del IESS Portoviejo Noviembre 2013 – Abril 2014.

Aplica medidas de asepsia	F	%
Siempre	89	99
A veces	1	1
Nunca		
TOTAL	90	100

FUENTE: Guía de observación al Personal que labora en las áreas de Clínica del Hospital del IESS
ELABORADO POR: Lesfia Lorena Vera Salazar - Cristhians Vicente Veintimilla Chinga



Análisis e interpretación

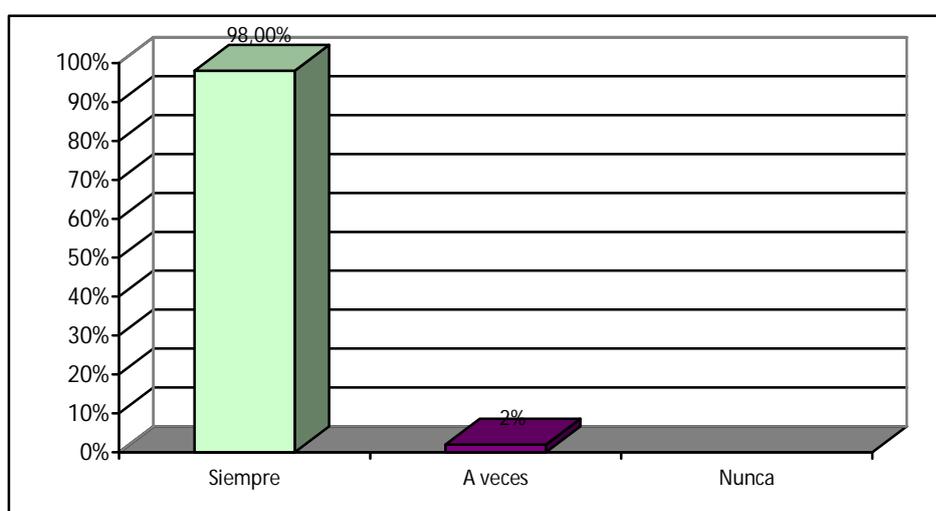
Con los resultados obtenidos se comprueba que el 99% del personal que labora en el área de clínica del IESS siempre aplica medidas de asepsia antes de administrar algún tipo de medicamento a los/as pacientes, lo cual evidencia que si existen y a la vez se cumple con estas normas tan importantes para precautelar la salud del paciente.

GRAFI-TABLA # 10

Revisión de la permeabilidad de vías antes de administrar el medicamento, por parte del personal que labora en las áreas de Clínica del hospital del IESS Portoviejo Noviembre 2013 – Abril 2014.

Permeabilidad de la vía antes de administrar el medicamento	F	%
Siempre	88	98
A veces	2	2
Nunca		
TOTAL	90	100

FUENTE: Guía de observación al Personal que labora en las áreas de Clínica del Hospital del IESS
ELABORADO POR: Lesfia Lorena Vera Salazar - Cristhians Vicente Veintimilla Chinga



Análisis e interpretación

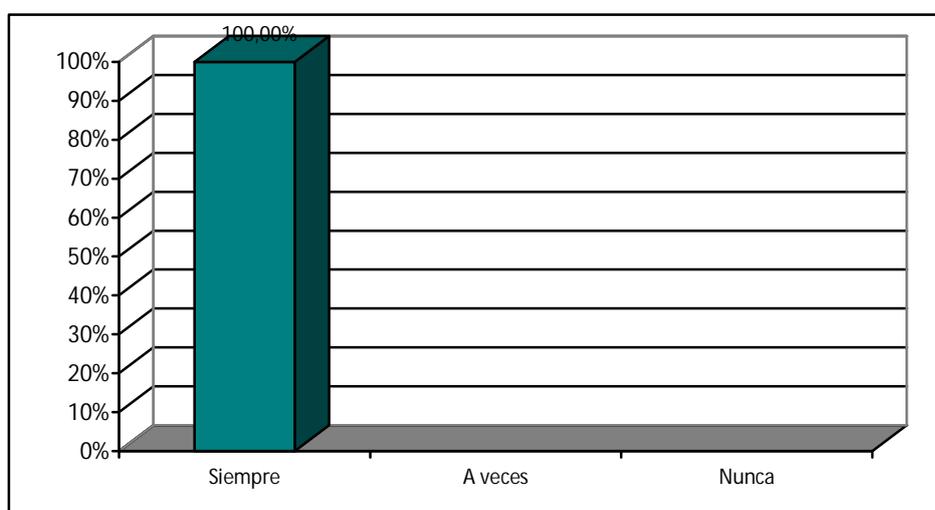
Este gráfico estadístico indica que el 98% del personal que labora en las áreas de clínicas revisa la permeabilidad de la vía antes de administrar el medicamento y que un 2% no lo realiza; ya que mediante esta técnica se está evitando en gran medida la propagación de la flebitis en los pacientes.

GRAFI-TABLA # 11

Dilución correcta del medicamento según las indicaciones del fabricante por parte del personal de enfermería que labora en las áreas de Clínica del hospital del IESS Portoviejo Noviembre 2013 – Abril 2014.

Realiza la dilución correcta del medicamento	F	%
Siempre	90	100
A veces		
Nunca		
TOTAL	90	100

FUENTE: Guía de observación al Personal que labora en las áreas de Clínica del Hospital del IESS
ELABORADO POR: Lesfia Lorena Vera Salazar - Cristhians Vicente Veintimilla Chinga



Análisis e interpretación

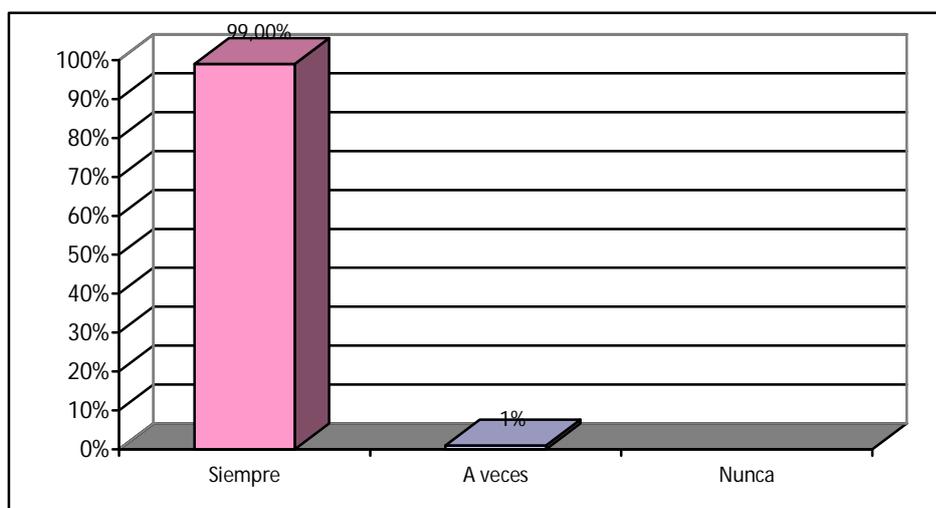
Este gráfico estadístico indica que el 100% del personal de enfermería que labora en las áreas de clínicas realiza la dilución correcta del medicamento según las indicaciones del fabricante, medidas que son de gran importancia para evitar la aparición de flebitis.

GRAFI-TABLA # 12

Valoración de la presencia de flebitis/dolor en el sitio de administración de medicamentos del personal que labora en las áreas de Clínica del hospital del IESS Portoviejo Noviembre 2013 – Abril 2014.

Valoración de la presencia de flebitis/dolor	F	%
Siempre	89	99
A veces	1	1
Nunca		
TOTAL	90	100

FUENTE: Guía de observación al Personal que labora en las áreas de Clínica del Hospital del IESS
ELABORADO POR: Lesfia Lorena Vera Salazar - Cristhians Vicente Veintimilla Chinga



Análisis e interpretación

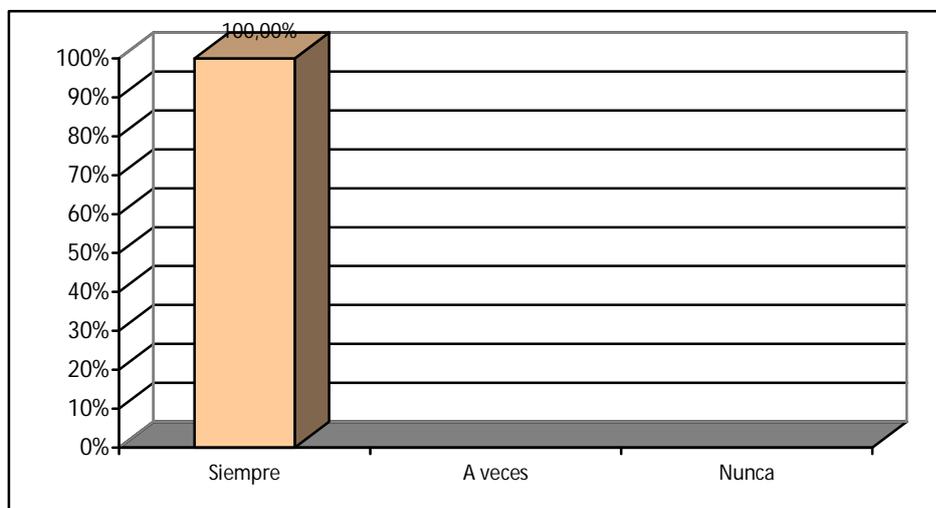
Este gráfico estadístico indica que el 99% del personal que labora en las áreas de clínicas valora la presencia de flebitis/dolor en el sitio de administración de medicamentos y que solo un 1% no lo hace; lo que es considerado como parte de una buena calidad en la administración del medicamento.

GRAFI-TABLA # 13

Cumplimiento del protocolo internacional en la administración de medicamentos, por parte del personal que labora en las áreas de Clínica del hospital del IESS Portoviejo Noviembre 2013 – Abril 2014.

Cumple con el protocolo	F	%
Siempre	90	100
A veces		
Nunca		
TOTAL	90	100

FUENTE: Guía de observación al Personal que labora en las áreas de Clínica del Hospital del IESS
ELABORADO POR: Lesfia Lorena Vera Salazar - Cristhians Vicente Veintimilla Chinga



Análisis e interpretación

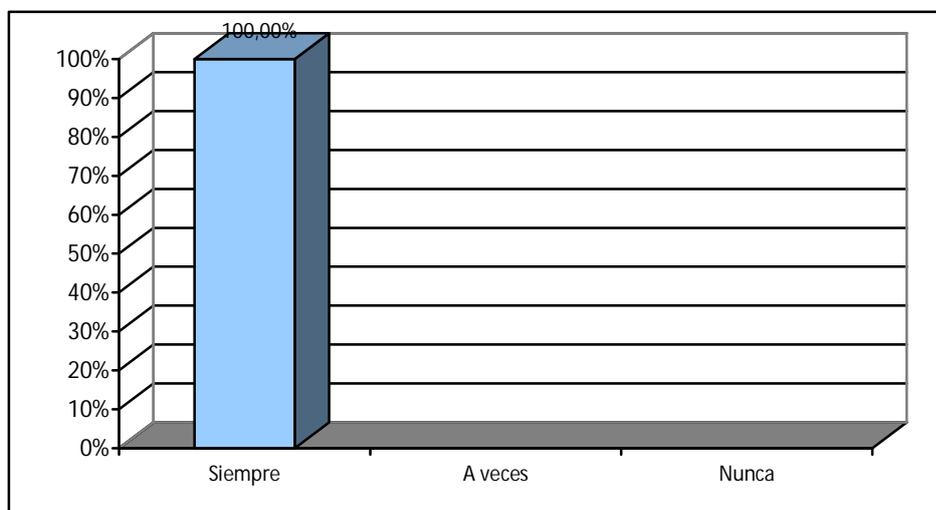
Este gráfico estadístico indica que el 100% del personal que labora en las áreas de clínicas, cumple en su mayoría con el protocolo internacional en la administración del medicamento, lo que deja evidenciado que a pesar de no contar con un protocolo propio todavía de la institución el personal de enfermería se preocupa de cumplir con responsabilidad sus funciones.

GRAFI-TABLA # 14

Conservación del circuito cerrado en el sistema de infusión, el personal que labora en las áreas de Clínica del hospital del IESS Portoviejo Noviembre 2013 – Abril 2014.

Mantiene el circuito cerrado en el sistema de infusión	F	%
Siempre	90	100
A veces		
Nunca		
TOTAL	90	100

FUENTE: Guía de observación al Personal que labora en las áreas de Clínica del Hospital del IESS
ELABORADO POR: Lesfia Lorena Vera Salazar - Cristhians Vicente Veintimilla Chinga



Análisis e interpretación

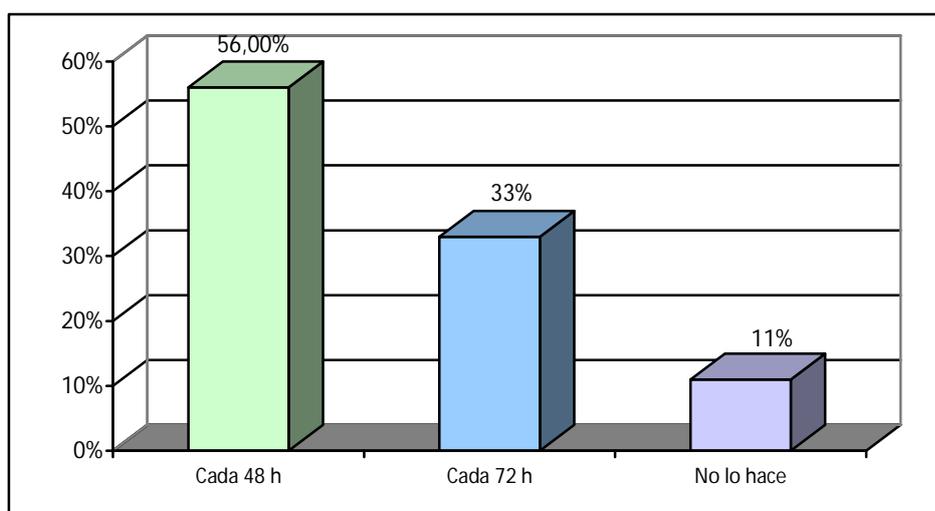
Este gráfico estadístico indica que el 100% del personal que labora en las áreas de clínicas mantiene el circuito cerrado en el sistema de infusión, lo cual beneficia directamente al paciente ya que se está protegiendo que no se produzca una infección.

GRAFI-TABLA # 15

Curación del sitio de inserción del catéter, por parte del personal que labora en las áreas de Clínica del hospital del IESS Portoviejo Noviembre 2013 – Abril 2014.

Curación del sitio de inserción del catéter	F	%
Cada 48 horas	50	56
Cada 72 horas	30	33
No lo hace	10	11
TOTAL	90	100

FUENTE: Guía de observación al Personal que labora en las áreas de Clínica del Hospital del IESS
ELABORADO POR: Lesfia Lorena Vera Salazar - Cristhians Vicente Veintimilla Chinga



Análisis e interpretación

Este gráfico estadístico indica que el 56% del personal que labora en las áreas de clínicas realiza la curación del sitio de inserción del catéter cada 48 horas, un 33% cada 72 horas y que un 11% no lo hace; lo que demuestra que el personal de enfermería se encuentra dentro de los rangos permitidos en tiempo de curación del sitio de inserción del catéter que es de 48 a 72 horas, coadyuvando así a precautelar la salud del paciente.

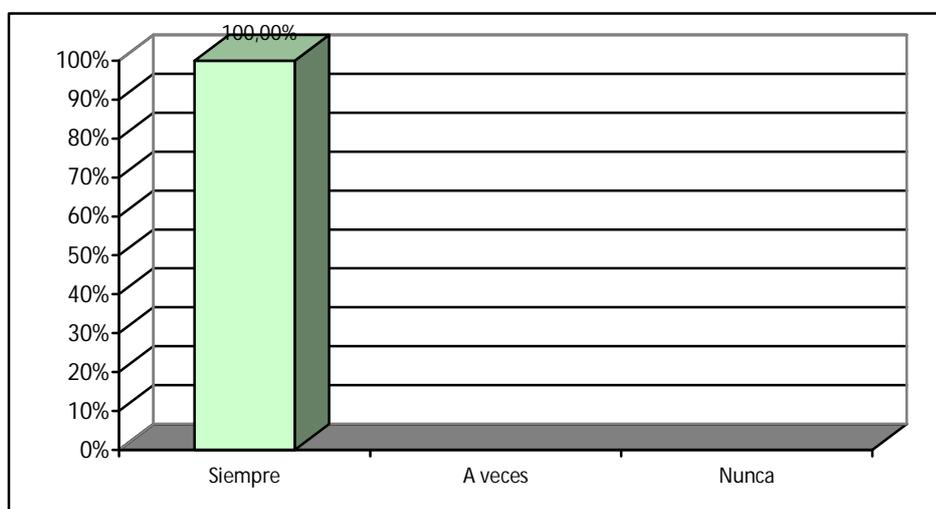
Llama la atención que un porcentaje importante no realiza la curación, lo que se convierte en un factor de riesgo importante para la aparición de flebitis.

GRAFI-TABLA # 16

Registro físico e informático de la administración del medicamento por parte del personal que labora en las áreas de Clínica del hospital del IESS Portoviejo Noviembre 2013 – Abril 2014.

Registro físico e informático de la administración de medicamento	F	%
Siempre	90	100
A veces		
Nunca		
TOTAL	90	100

FUENTE: Guía de observación al Personal que labora en las áreas de Clínica del Hospital del IESS
ELABORADO POR: Lesfia Lorena Vera Salazar - Cristhians Vicente Veintimilla Chinga



Análisis e interpretación:

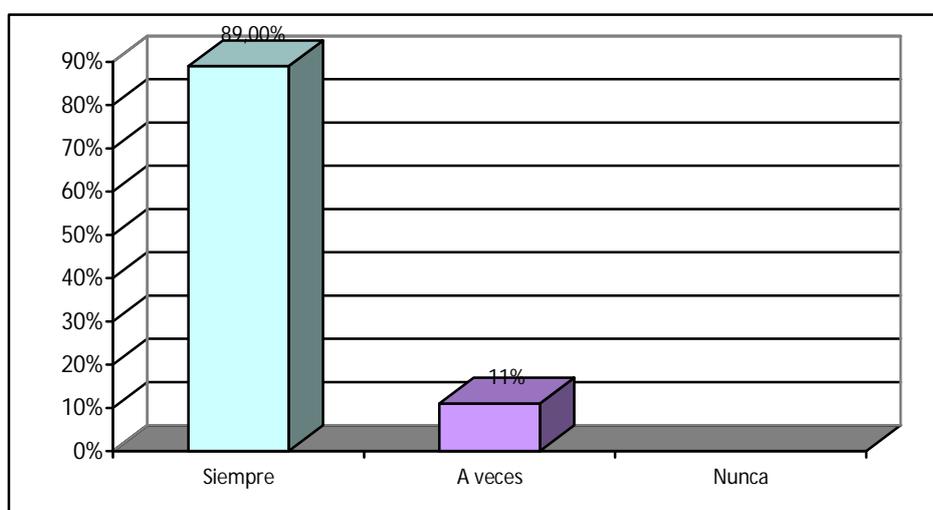
De acuerdo al gráfico se observa que el 100% del personal de enfermería que labora en las áreas de clínicas si realiza el registro físico e informático, lo que a su vez permite que no hayan errores en la administración de futuros medicamentos en los cambios de turnos.

GRAFI-TABLA # 17

Cambio de los circuitos cada 72 horas, por parte del personal que labora en las áreas de Clínica del hospital del IESS Portoviejo Noviembre 2013 – Abril 2014.

Cambio de circuitos	F	%
Siempre	80	89
A veces	10	11
Nunca		
TOTAL	90	100

FUENTE: Guía de observación al Personal que labora en las áreas de Clínica del Hospital del IESS
ELABORADO POR: Lesfia Lorena Vera Salazar - Cristhians Vicente Veintimilla Chinga



Análisis e interpretación

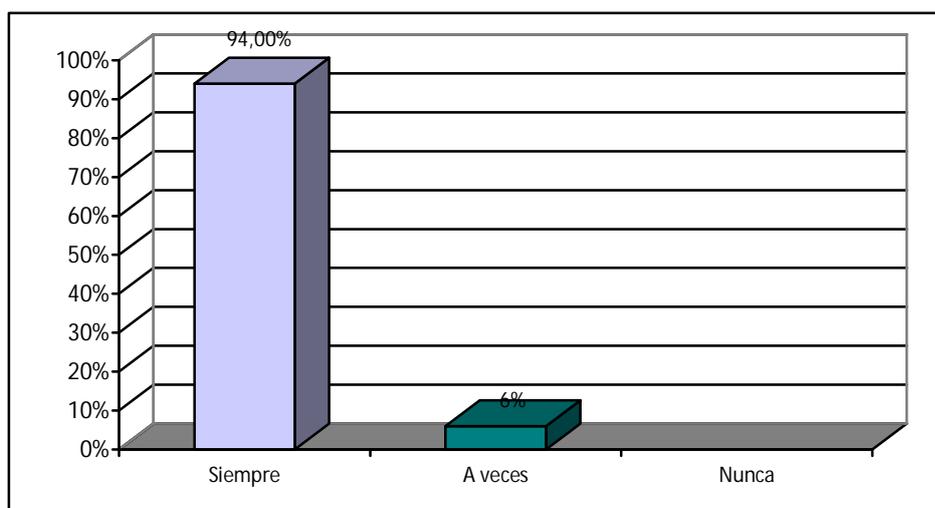
Este gráfico estadístico indica que el 89% del personal que labora en las áreas de clínicas si cambia los circuitos cada 72 horas, lo cual beneficia directamente a los pacientes ya que de esta manera se está evitando la propagación de infecciones cruzadas en el sitio de la inserción; es importante hacer destacar que un 11% del personal no realiza el cambio de circuito lo que estaría poniendo en riesgo la salud del paciente.

GRAFI-TABLA # 18

Revisión de fechas de inserción del catéter y cambio de circuitos, por parte del personal que labora en las áreas de Clínica del hospital del IESS Portoviejo Noviembre 2013 – Abril 2014.

Fecha de aplicación e inserción del catéter y circuitos	F	%
Siempre	85	94
A veces	5	6
Nunca		
TOTAL	90	100

FUENTE: Guía de observación al Personal que labora en las áreas de Clínica del Hospital del IESS
ELABORADO POR: Lesfia Lorena Vera Salazar - Cristhians Vicente Veintimilla Chinga



Análisis e interpretación

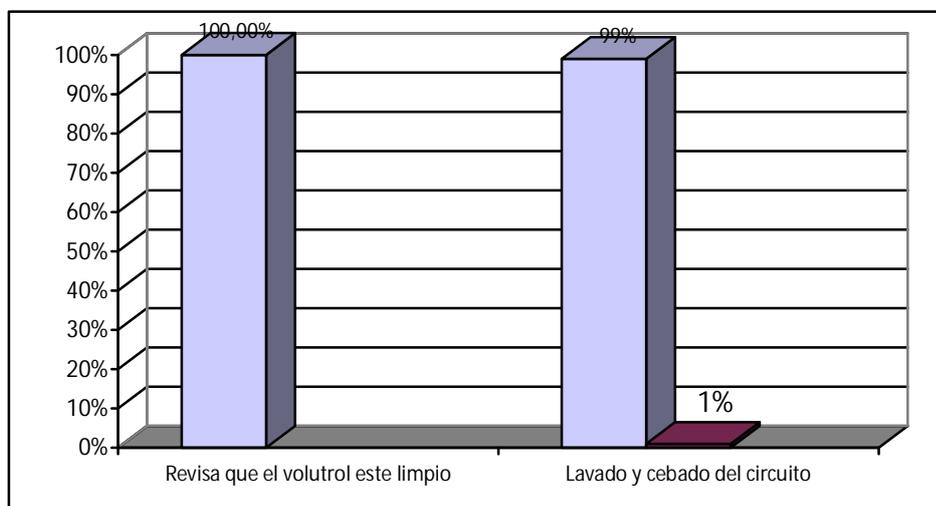
Este gráfico estadístico indica que el 94% del personal de enfermería que labora en las áreas de clínicas revisa la fecha de aplicación e inserción del catéter y circuitos y un 6% no lo hace. Dejando evidenciado que los/as enfermeras de las clínicas del hospital IESS de Portoviejo tienen suficientes conocimientos sobre estas técnicas como medida de prevención para salvaguardar la salud del paciente.

GRAFI-TABLA # 19

Lavado del circuito y revisión del volutrol después de la administración de medicamentos por parte del personal que labora en las áreas de Clínica del hospital del IESS Portoviejo Noviembre 2013 – Abril 2014.

Cumplimiento	Revisa que el volutrol esté limpio		Lavado y cebado del circuito	
	F	%	F	%
Siempre	90	100	89	99
A veces			1	1
Nunca				
TOTAL	90	100	90	100

FUENTE: Guía de observación al Personal que labora en las áreas de Clínica del Hospital del IESS
 ELABORADO POR: Lesfia Lorena Vera Salazar - Cristhians Vicente Veintimilla Chinga



ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:

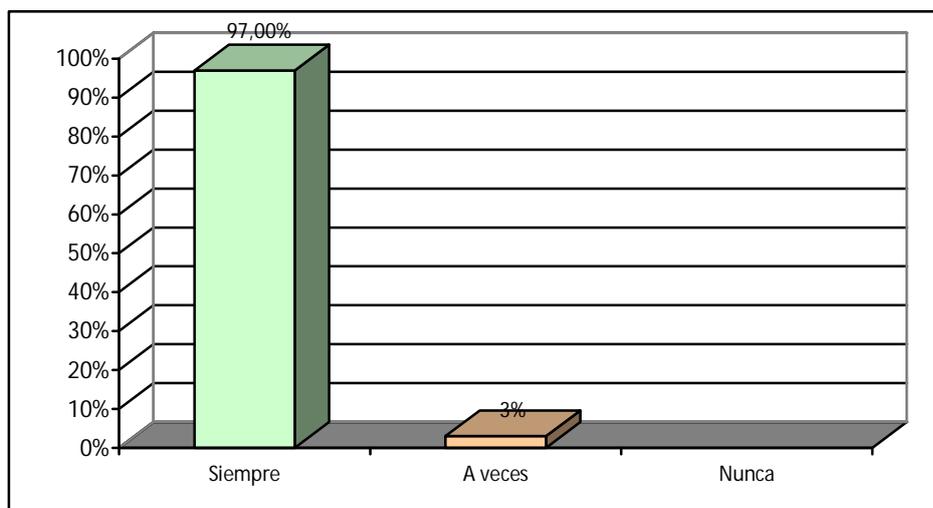
Según este gráfico estadístico nos indica que el 100% si revisa que el volutrol esté limpio; así como también en un 99% realizan el lavado y cebado del circuito, lo que demuestra que para el personal de enfermería es de suma importancia mantener limpio tanto el volutrol como el circuito, ya que de esta manera están cumpliendo con las normas del protocolo internacional en cuanto al asepsia de los equipos.

GRAFI-TABLA # 20

Verificación de ausencia de sangre en el circuito proximal, por parte del personal que labora en las áreas de Clínica del hospital del IESS Portoviejo
Noviembre 2013 – Abril 2014.

Verificar que el circuito proximal este sin sangre	F	%
Siempre	87	97
A veces	3	3
Nunca		
TOTAL	90	100

FUENTE: Guía de observación al Personal que labora en las áreas de Clínica del Hospital del IESS
ELABORADO POR: Lesfia Lorena Vera Salazar - Cristhians Vicente Veintimilla Chinga



Análisis e interpretación

Este gráfico estadístico indica que el 97% del personal que labora en las áreas de clínicas verifican que el circuito proximal este sin sangre y un 3% no lo hace. Con la realización de esta técnica se esta mejorando el servicio que prestan los y las enfermeras de estas áreas, ya que está comprobado que la sangre se convierte en un caldo de cultivo para la proliferación de microorganismos y por lo tanto para la aparición de infecciones.

CONCLUSIONES

Una vez terminado el estudio de investigación se puede decir que se alcanzaron los objetivos propuestos de la misma.

En el personal que labora en las áreas de clínica del Hospital IESS Portoviejo el género femenino es el que más prevalece con un 87%, entre las edades de 26-35 años y del género masculino es un 13%.

El 56% de enfermeras y enfermeros utilizan el catéter de calibre 18 y en un 33% calibre 20 y un 11% calibre 22; lo que va en concordancia con el 78% que utilizan venas de gran y un 22% de mediano calibre; se realizaron 3 observaciones por cada personal; así también se pudo concluir que un 57% utilizan la vena cefálica para la venopunción, en un 22% otras (dorsal) y en un 22% la basílica por ser la más larga y gruesa de todas y es la preferida por bordear la musculatura del brazo, sin embargo la más utilizada son las cefálicas.

El 100% del personal de enfermería que labora en las áreas de clínica del IESS realiza la asepsia y antisepsia durante la técnica de venopunción, además de informar al paciente el procedimiento que se va a realizar previa revisión de las indicaciones médicas

El 100% del personal que labora en las áreas de clínicas verifica la caducidad en la etiqueta del medicamento antes de administrarlo al usuario.

Cabe indicar que un 99% del personal realiza medidas de asepsia antes de la administración de medicamentos, revisa la permeabilidad del área de venopunción del paciente, así como también en un 100% tiene presente la dilución correcta del medicamento según las indicaciones del fabricante, para de esta manera evitar signos de flebitis.

El 99% del personal de enfermería valora la presencia de flebitis/dolor en el sitio de administración de medicamentos, de la misma manera cumple con el protocolo internacional que rigen este tipo de servicio.

El 100% del personal mantiene el circuito cerrado en el sistema de infusión y un 56% realiza la curación del sitio de inserción del catéter cada 48 horas, un 33% cada 72 horas y que un 11% no lo hace, un 89% revisa la fecha de aplicación e inserción del catéter; a la vez que un 94% dejan registrado en las tarjetas de kardex y el sistema lo administrado al paciente.

El 100% del personal que labora en las áreas de clínicas revisa que el volutrol esté limpio, un 97% que el circuito esté sin sangre y un 99% realiza el lavado y cebado de los circuitos posterior a la administración de medicamentos.

Se concluye además manifestando que, con la socialización del protocolo de servicio se logró que la atención que brindan los y las enfermeras del área de clínica del IESS sea más personalizada, atenta y de acuerdo a las necesidades de cada uno de los usuarios que se atienden en esta casa de salud.

RECOMENDACIONES

A la Universidad Técnica de Manabí que se continúe apoyando a los y las egresadas en el desarrollo de este tipo de investigaciones que sirven para identificar y mejorar conocimientos y que las autoridades de la Escuela de Enfermería incentiven a los y las docentes a brindar todas las facilidades, asesoramiento y tiempo para la realización de estos trabajos.

Al las autoridades de turno del IESS de Portoviejo que programen capacitaciones constantemente al personal de enfermería que son los encargados directo de cuidado del paciente en cuanto al manejo de vías periféricas y calidad de administración de medicamentos intravenosos.

Al personal de enfermería que estén permanentemente actualizados en todo lo relacionado al protocolo internacional del servicio para brindar al paciente una atención de calidad, con eficiencia y eficacia.

A los futuros egresados que continúen realizando los trabajos de manera honesta y con responsabilidad dentro los lineamientos de la Universidad, para que tenga el rigor científico que se caracteriza.

Que se continúen realizando socializaciones de protocolos ya sea internacional el que tengan la institución para la cual laboren, para que puedan brindar una atención con eficacia y calidad a los y las usuarias.



INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
HOSPITAL IESS PORTOVIEJO

PROTOCOLO DE MANEJOS DE VÍAS
PERIFÉRICAS

ÁREAS DE CLÍNICAS DE MUJERES Y VARONES

Lic. María Balladares
JEFA DE CLÍNICA DE MUJERES

Lic. Julia Espinel
JEFA DE CLÍNICA DE VARONES

LORENA VERA SALAZAR
EGRESADA DE UTM

CRISTHIANS VEINTIMILLA CHINGA
EGRESADO DE LA UTM

JUNIO 2014

INTRODUCCIÓN

Un procedimiento invasivo es aquel que se vale de una o varias técnicas médicas que invaden el cuerpo, con un fin diagnóstico o terapéutico. Por lo general, cortan o punzan la piel, o insertan instrumentos dentro del cuerpo.

En la atención diaria de los pacientes, tanto hospitalizados como ambulatorios, cada día se utilizan más y diferentes dispositivos invasivos para el manejo diagnóstico y terapéutico de nuestros usuarios. Los procedimientos realizados en ellos no están ajenos a complicaciones e infecciones, por lo que los errores en la práctica de los procedimientos sobre todo en el ámbito hospitalario son más importante que en el medio ambulatorio, debido a la complejidad e impasividad que pueden presentar, lo que obliga a desarrollar una atención de enfermería protocolizada, facilitando que todos los profesionales, a pesar de sus características individuales, formación previa y experiencia personal y teniendo presente la autonomía profesional, actúen de la misma manera, obteniendo así resultados de calidad, los que periódicamente deben ser evaluados dando así el respaldo científico a este quehacer.

Dada la importancia de las infecciones, tanto en la morbi-mortalidad como en los costos asociados, es fundamental dictar normas y procedimientos claros y de amplia difusión en el establecimiento.

TEMA

Elaborar y socializar el protocolo el manejo de las vías periféricas.

RESPONSABLES

Vera Salazar Lorena

Veintimilla Chinga Cristhians

DIRIGIDO A

Personal de enfermería que labora en las áreas de clínica del Hospital IESS Portoviejo.

OBJETIVOS

Objetivo General

Entrega del protocolo del manejo de las vías periféricas a las áreas de clínicas del hospital IESS de Portoviejo.

Objetivo Específico

Socializar el protocolo de manejo de vías periféricas, con las enfermeras/os de las áreas de clínicas del hospital IESS Portoviejo.

UBICACIÓN SECTORIAL Y FÍSICA

La propuesta se llevará a cabo en las instalaciones del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Portoviejo, ubicado en la Avenida Manabí

FACTIBILIDAD

Esta propuesta es factible ya que se trata de actualizar los conocimientos del personal que labora en las áreas de clínica.

DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA

Actividades

Entrega formal del protocolo de manejo de vías periféricas a la enfermera responsable de cada área de clínica.

Socialización del protocolo de manejo de vías periféricas.

Entrega de una gigantografía en las áreas de clínica del hospital IESS Portoviejo.

Impacto

Con la ejecución de la presente propuesta se pretende conseguir que el personal actualice sus conocimientos sobre el manejo de vías periféricas y administración de medicamentos.

Evaluación

La entrega del protocolo de manejo de vías periféricas se llevará a cabo el día 27 de junio del 2014, en las instalaciones del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social Portoviejo, además se entregara una gigantografía con directrices del manejo de vías periféricas.

Por lo tanto, consideramos haber ayudado en la actualización de los conocimientos del personal de enfermería que labora en las áreas de clínicas sobre el manejo de vías periféricas.

NORMAS TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA

TÉCNICA: INSTALACIÓN Y MANEJO DE VÍA VENOSA PERIFÉRICA

RESPONSABLE: Procedimiento realizado por Profesional capacitado.

NORMA:

Material desechable de uso individual.

Lavado de manos antes y después del procedimiento.

Técnica realizada por Profesional capacitado.

Eliminación de material cortopunzante según norma.

Colocar fecha de instalación del dispositivo endovenoso

OBJETIVOS:

Establecer normas claras en el procedimiento de instalación y manejo del acceso vascular periférico, para prevención de Infecciones Asociadas en la Atención de Salud.

Canalizar una vena periférica con fines terapéuticos y/o diagnósticos

EQUIPOS:

Guantes de procedimiento (depende de la habilidad del operador)

Catéter intravenoso de diferentes lúmenes .

Alcohol

Tegader.

Torniquete

Receptáculo para material corto-punzante.

Equipo flebo- llave tres pasos- tapa de obturación amarilla.

PROCEDIMIENTO

Realice lavado de manos.

Informe al paciente el procedimiento a realizar.

Solicitar su colaboración siempre que sea posible

En caso de pacientes pediátricos o neonatales solicite ayuda para inmovilizar

Inspeccione el sitio a puncionar y seleccione la vena a canalizar

Coloque al paciente cómodamente, apoye la extremidad en que va a realizar la punción, de forma que quede apoyada y permita un fácil acceso

Colóquese los guantes de procedimientos

Colocar el torniquete a una distancia de 8 a 10 cm por encima de la zona de punción

Limpie y desinfecte la zona de punción, con torunda impregnada en solución antiséptica y en un solo sentido.

Dejar actuar el antiséptico, al menos, durante 30 segundos

Introducir el catéter con el bisel hacia arriba en ángulo de 15° – 30°.

Soltar el torniquete, cuando se observe el retorno venoso retirar el mandril y eliminar en recipiente cortopunzante.

Conecte el dispositivo a utilizar (llave tres pasos –dich.

Proteja zona de inserción del catéter con esparadrapo o tegaderm, según disponibilidad.

Colocar férula e inmovilizar miembro, si fuese necesario (en caso de niños).

Registre fecha, responsable de punción, calibre del catéter y colóquelo sobre la fijación

Deje cómodo al paciente.

Retírese los guantes y elimine en recipiente infeccioso o común según el caso.

Lávese las manos.

18. Registre procedimiento en hoja enfermería.

MANTENCIÓN

Observar diariamente las características de la piel en área de inserción del catéter en busca de flebitis-extravasación-edema.

Observe: fecha y sello del sitio de inserción, fijación de la VVP, conexiones sin acodaduras

Observe las condiciones del circuito cerrado (a través de administración continua o tapas estériles).

MANEJO DE CATÉTERES PERIFÉRICOS

Objetivo

Describir la técnica de inserción de un catéter venoso periférico y realizar los cuidados necesarios para mantener su ubicación y permeabilidad, así como minimizar posibles complicaciones.

Definición

La cateterización venosa periférica consiste en la colocación de una cánula en el interior de una vena para mantener un acceso venoso abierto. Los vasos más adecuados para la venopunción son: el plexo venoso dorsal y venas metacarpianas dorsales de la mano, vena cefálica, vena basilica y vena mediana del brazo.

Indicaciones

Reposición de líquidos y electrolitos.

Administración de medicamentos intravenosos.

Transfusión de sangre y hemoderivados.

Obtención de muestras de sangre

Mantenimiento de acceso venoso permeable para casos de emergencia.

Realización de estudios diagnósticos.

Procedimiento

Precauciones.

Comprobar que el paciente y la vía de administración son los establecidos en la prescripción médica.

Planificar la elección de la vía y el tipo de catéter a utilizar basado en las características del tratamiento, la duración del mismo y el estado del paciente. O Valorar la actividad del paciente, movilidad, agitación, alteración

del nivel de conciencia, eligiendo la zona más adecuada. O Tener en cuenta el tipo de solución a administrar (quimioterapia, concentrados de hematíes, soluciones irritantes, etc.) para la elección de la vía y el calibre del catéter.

Realizar la inserción del catéter preferentemente en las extremidades superiores, evitando zonas de flexión.

En tratamientos prolongados comenzar la inserción por las venas distales.

Evitar la inserción en extremidades edematosas o incapacitadas, en zonas con heridas, quemaduras, inflamaciones, infiltraciones previas o en venas esclerosadas.

En pacientes en los que esté previsto realizar una fístula arteriovenosa evitar la punción en dicha extremidad excepto en el dorso de la mano.

Comprobar las posibles alergias a los materiales a utilizar.

Preparación del material

Antiséptico; preferiblemente alcohol 70%.

Torniquete

Catéteres venosos periféricos de distinto calibre.

Tegaderm o esparadrapo.

Jeringa estéril de uso parenteral.

Recipiente cortopunzantes.

Si la vía venosa periférica va a ser utilizada de forma continua (sueroterapia) añadir al material anterior:

Solución intravenosa prescrita.

Sistema de perfusión.

Pie de gotero.

Preparación del paciente.

Comprobar la identidad del paciente.

Comunicar al paciente la necesidad de la realización del procedimiento y su finalidad.

Colocar al paciente confortablemente.

Si el paciente refiere antecedentes de reacción vagal por punción venosa, colocarle en decúbito supino lo más horizontal posible.

No rasurar la piel del punto de inserción, en caso necesario cortar el vello limitándose a la zona prevista para la fijación del catéter.

Extender y apoyar el brazo elegido.

Técnica

Realizar lavado de manos.

Comprobar inmediatamente antes de la punción, que el paciente y la vía de administración son los establecidos en la prescripción médica.

Seleccionar el punto de punción a ser posible en el brazo no dominante.

Limpiar la piel con agua y jabón, aclarar y secar.

Colocar el torniquete unos 10 cm por encima de la zona de elección.

Si la vena no se dilata lo suficiente golpear ligeramente el vaso con los dedos y colocar la extremidad en declive, pidiendo al paciente que abra y cierre la mano.

Colocarse los guantes (limpios si no se va a tocar el punto de inserción una vez aplicado el antiséptico y estériles si es preciso volver a palpar la zona).

Aplicar el antiséptico comenzando en el centro haciendo movimientos circulares hacia fuera.

Esperar el tiempo de secado recomendado.

Coger la cánula con la mano dominante y el bisel hacia arriba.

Tensar la piel por debajo del sitio de punción con el pulgar de la mano opuesta, para estabilizar la vena y reducir el dolor.

Sujetar la cánula en un ángulo aproximado de 30° y pinchar la piel por debajo del lugar seleccionado.

Una vez que el catéter ha atravesado la piel reducir el ángulo de manera que el catéter quede prácticamente paralelo con el vaso, abordando la vena de forma lateral.

Avanzar levemente el catéter y cuando se observa salida de sangre, retirar ligeramente la aguja y avanzar la cánula en el interior de la vena.

Retirar el torniquete.

Retirar la aguja y conectar la llave de tres pasos con alargadera, purgada previamente con suero salino.

Conectar la infusión o lavar la vía con suero salino y colocar tapón intermitente.

Fijar el catéter con tiras adhesivas estériles sin tapar el punto de inserción (Fijar en forma de corbata).

Colocar tegaderm adhesivo estéril en la zona y asegurar una correcta fijación del catéter para evitar su movilización.

Recoger el material utilizado y desechar la aguja en el recipiente de objetos punzantes.

Quitarse los guantes y lavarse las manos.

Acomodar al paciente.

Observaciones

Mantener la asepsia en la técnica de inserción y en las desconexiones del sistema.

Retirar el catéter extravascular en cuanto no sea necesario.

No ejercer una presión excesiva con los sistemas de fijación para evitar úlceras por presión.

Educación

Informar al paciente de la importancia de su colaboración.

Indicarle las posibles molestias que puede sentir.

Pedirle que avise en caso de observar cualquier alteración en la zona de punción.

Informar al paciente de que se mueva con precaución para evitar desconexiones y acodamientos del sistema.

Explicarle que no debe mojar la zona de la venopunción.

Registro del procedimiento

Registrar la fecha de inserción, el turno, el tipo de catéter, la revisión de la zona de inserción y los cambios de apósito en el plan de cuidados.

Registrar en las observaciones de Enfermería los problemas surgidos en el procedimiento.

Cuidados posteriores

Vigilar la zona de inserción del catéter cada 24 horas mediante palpación a través de la cura intacta (cada unidad establecerá el turno de revisión). En caso de dolor y/o fiebre no filiada, levantar la cura para ver la zona de inserción.

Mantener identificadas las luces de acceso al catéter con la etiqueta de color azul con la leyenda de "intravenosa".

Las vías periféricas con una duración por encima de 5-6 días deben ser vigiladas con mayor frecuencia para detectar lo antes posible signos de infección.

Realizar la cura del punto de inserción cada 72 horas, excepto en las vías en que se prevea una duración de 5-6 días en las que no se debe levantar la cura en ausencia de signos de infección.

Cambiar el tegaderm cuando esté despegado, mojado o sucio y frecuentemente en los pacientes con intensa sudoración.

Aplicar antiséptico en la zona de inserción en cada cambio de apósito.

No utilizar antibióticos tópicos o cremas en el lugar de inserción ya que pueden provocar resistencias microbianas e infecciones por hongos.

No mojar ni sumergir la zona de inserción del catéter. El paciente puede ducharse si se toman precauciones, por ejemplo protegiendo la zona con un recubrimiento impermeable.

En los catéteres que se utilizan de forma intermitente o vayan a ser utilizados para obtener muestras de sangre lavar la cánula periódicamente con suero fisiológico.

Las llaves de tres pasos deben tratarse asépticamente, manteniendo las entradas tapadas, cambiando el tapón cada vez que se retire por uno nuevo y estéril (no pinchar a través de la goma del tapón).

Limitar el uso de llaves de tres pasos, ya que representan un número mayor de puertas de entrada. Cambiar las llaves de tres pasos cada 72 horas y cuando estén manchadas de sangre.

Cuando se conecta una extensión intercalada entre el catéter y el sistema de infusión, la extensión se considera como parte del catéter para facilitar el cambio aséptico del sistema.

Con el fin de preservar la esterilidad del circuito vascular, reducir al mínimo el número de desconexiones.

Minimizar el riesgo de contaminación en las desconexiones limpiando el acceso con antiséptico y accediendo con dispositivos estériles.

En los pacientes con terapia intravenosa de larga duración se recomienda cambiar la cánula cada 72 horas para disminuir el riesgo de flebitis, siempre teniendo en cuenta la situación y las características del paciente.

Cambiar los catéteres insertados en condiciones de urgencia en un plazo de 48 horas cuando no se hayan respetado las condiciones de asepsia en la inserción.

Retirar la cánula periférica en presencia de signos de flebitis o de infección en la zona de inserción.

En la retirada del catéter asegurar una correcta compresión de la zona de punción para evitar la formación de hematomas.

Elección del catéter

Valorar siempre si es realmente necesaria la implantación de un catéter.

Valorar diariamente la necesidad de utilización de un catéter colocado, retirándolo lo antes posible, ya que el riesgo de infección aumenta progresivamente a partir del tercer y cuarto día de cateterización.

Elegir el grosor del catéter venoso periférico valorando:

- Acceso a vena.

- Las necesidades según patología del paciente.

Para el tratamiento que va a ser utilizado.

Catéteres más utilizados son el 18 G y 20 G.

Elección del lugar de inserción

Preferentemente en extremidades superiores, evitando zonas de flexión. No canalizar venas varicosas, trombosadas 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, etc., 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 dístales 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.

ASEPSIA DEL PERSONAL

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

Utilizaremos 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.

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 con 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 alcohol ya que en su presencia pierde su poder desinfectante).

Una vez desinfectada la piel no palpar el punto de inserción.

Cuidado y mantenimiento del catéter

Fijación:

El catéter debe quedar lo más fijo posible para evitar salidas y entradas a través del punto de inserción.

Los catéteres periféricos se fijarán con un tegaderm o esparadrapo de 8 a 10 mm. de ancho por 8 cm. de largo aproximadamente, adhiriendo al cono del catéter por su parte externa y luego a la piel dejando libre el punto de inserción (en forma de lazo).

Fijación de catéter con fuidoterapia permanente. El catéter se fijará igual que el de uso intermitente, además se fijará la extensión formando un bucle con una o dos tiras de esparadrapo.

Punto de inserción

Hay que revisarlo prestando atención a la presencia de signos inflamatorios, dolor, flebitis. Se registrará la revisión diaria con la letra R mayúscula en el apartado de vía periférica.

Siempre que se cambie el apósito se desinfectará el punto de inserción con alcohol al 70% reforzado.

Toda manipulación del punto de inserción, se hará previo lavado de manos y con guantes no estériles.

Equipos de infusión

Toda manipulación del equipo de infusión se hará previo lavado de manos y con guantes no estériles.

Se limitarán las manipulaciones todo lo posible.

Se limitará en lo posible el número de llaves de tres pasos.

Equipos con sueroterapia (uso continuo)

Material necesario

Charol.

Esponja jabonosa.

Toalla de papel.

alcohol al 70% reforzado.

Gasas estériles.

Guantes no estériles.

Esparadrapo

Catéter (recomendados 18 G ó 20 G).

Sistema de gotero con llave de tres pasos y alargadera de 20 cm

Suero a perfundir.

Pie de gotero.

Se une el suero, sistema de gotero, llave de tres pasos y extensión. Se procede a continuación a purgar el sistema, se deja preparado en el pié de gotero, para tras la canalización de la vía proceder a conectarlo y fijarlo.

Los elementos del equipo si precisan ser manipulados se hará previo lavado de manos y con guantes no estériles.

Las llaves de tres pasos se instalará entre el sistema de gotero y una alargadera de 20 cm., el paso por donde se va a administrar la medicación permanecerá siempre tapado. Debiendo dejar todo el sistema sujeto, de forma que no se enganche, y fijado como se indica en la imagen.

Tanto los sistemas de infusión como las llaves, se cambiarán cada 72 horas (tres días), Se pondrán equipos nuevos cada vez que se canalice una vía nueva.

Todos los sistemas que estén conectados se cambiarán al tiempo, no poniendo en contacto nunca un sistema nuevo con uno usado anteriormente.

El paso por el que se administra la medicación intermitente permanecerá tapado siempre por un tapón o por el sistema de gotero de la medicación.

Si se administra medicación en bolo el tapón de la llave de tres pasos se dejará en un envoltorio estéril para después de la administración de medicamentos colocarlo de nuevo en su sitio.

Si se administra medicación con un sistema de gotero, cuando lo desconectemos de la llave de tres pasos utilizaremos un tapón nuevo para proteger el paso.

Importante

Todo el sistema; alargadera, llaves, tapones y sistema de gotero, deben estar siempre limpios de sangre y con todos los pasos tapados, nunca se pincha en ellos.

Equipos sin sueroterapia (uso intermitente).

Material necesario:

Charol.

Esponja jabonosa.

Toalla de papel.

Alcohol al 70% reforzado.

Gasas estériles.

Guantes no estériles.

Esparadrapo.

Catéter (recomendados 18 G ó 20).

Conector

Jeringa de 1 ml. con dilución de heparina Na (10us/ml.)

Se utilizará el conector purgado con la solución de heparina sódica y una vez conectado no debe de ser desconectado del catéter a no ser absolutamente necesario o por cambio rutinario.

Se cambiará el conector una vez por semana si la vía se mantiene más tiempo.

Una vez puesto se mantendrá siempre tapado, con un tapón macho igual que en el caso de las llaves de tres pasos.

Cuando se va a administrar una medicación a través del conector se actuar de la siguiente forma:

Se retira el tapón del conector (nunca se aflojará el conector del catéter).

Aplicar el cono de la jeringa o el del sistema, al conector y proceder a inyectar o perfundir según proceda. (el cono debe ir protegido hasta el momento de la conexión, bien por el protector del sistema, bien por la aguja

de preparación de medicación en el caso de las jeringuillas). En caso de obstrucción se retira el catéter.

Se lava el conector y catéter con 2 ml. de dilución heparina sódica en suero fisiológico 10us/ml. (se puede preparar 1ml de heparina sódica al 1% en 100 mililitros de salino).

Se tapa el conector con un tapón. El conector permanecerá tapado siempre por un tapón o por el sistema de gotero de la medicación.

Si se administra medicación en bolo se evitará que el tapón del conector entre en contacto con otras superficies, para después de la administración de medicamentos colocarlo de nuevo en su sitio.

Si se administra medicación con un sistema de gotero, cuando lo desconectemos del conector, utilizaremos un tapón nuevo para proteger el conector.

Registros y señalizaciones

Se anotarán en el recuadro de vías de la hoja de registro de cuidados de enfermería los cambios de sistemas, los cambios de apósitos, los cambios de vías y tipo de administración continua o intermitente, utilizando los siguientes signos:

Vía de uso intermitente. I (intermitente)

Vía con fluidoterapia. F (fluidos)

Mantenimiento de vía.

Retirada de vía// ó X

Revisión del punto de inserción R (revisión).

Cambio de vía. V (vía).

Cambio de sistema S (sistema).

Cambio de conector C (conector).

Ejemplo: Apartado de vías de la hoja de registro de cuidados;

Se anotarán en todos los sueros la hora de comienzo, término y la medicación que contiene

Los sueros con medicación cuya duración sea de más de 24 horas se cambiarán cada día, para lo que será necesario anotar fecha y hora en el mismo. Esto es necesario porque muchas drogas no continúan activas tras 24 horas desde su preparación.

Debemos tener en cuenta que es conveniente registrar todos los datos posibles. Un registro adecuado será la principal herramienta para poder controlar el correcto cuidado de las vías.

Retirada del catéter venoso periférico

Retiraremos un catéter:

Si ha sido puesto en situación de urgencia.

En cuanto deje de ser necesario.

Tras valorar signos locales sistémicos (flebitis).

Por obstrucción del catéter.

Por salida del catéter del torrente circulatorio.

Procedimientos

La retirada se hará con guantes no estériles.

Se desinfectará con alcohol al 70% reforzado la zona de la punción.

Si existen signos de flebitis, dos horas después de la retirada del catéter se iniciará un tratamiento local con una pomada anti-inflamatoria.

**TÉCNICA: ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS POR VÍA ENDOVENOSA
POR PUNCIÓN DIRECTA**

Norma:

Material desechable de uso individual.

Lavado de manos antes y después del procedimiento.

Eliminación de material cortopunzante según norma.

Comprobar que la vía venosa esté correctamente canalizada.

Objetivos

Introducir fármacos directamente a la sangre para asegurar una acción más rápida y eficaz.

Administración fármacos como medio de diagnóstico y/o para producir anestesia general.

Equipos

Guantes.

Jeringa y aguja estériles.

Torniquete, torundas secas, riñón estéril

Reloj, medicamento prescrito, almohadilla o toalla.

Alcohol

Recipiente para material cortopunzante.

Procedimientos

Explique procedimiento a paciente, llámelo por su nombre, consulte/verifique identidad al paciente aplicar los 5 correctos.

Lea cuidadosamente la prescripción médica y confróntela en el fármaco y horario a inyectar para asegurar que es el indicado.

Ligue el brazo a 3 o 4 veces de dedo sobre el sitio de la punción, haciendo una lazada fácil de soltar.

Colóquese los guantes de procedimiento (opcional según destreza del operador).

Palpe la vena, en dirección, profundidad y tensión.

Limpie y desinfecte la piel en sentido de la vertical venosa.

Fije la vena con dedos índice y/o pulgar y puncione lentamente.

Coloque la jeringa en dirección a la vena con el bisel de la aguja hacia arriba y puncione la piel $\frac{1}{2}$ cm, más abajo de su visualización.

Al puncionar, la sangre penetra en la jeringa, aspire lentamente.

Deslice con suavidad y comience a inyectar lentamente el medicamento.

Aspire sangre a medida que se inyecta el fármaco para cerciorarse que está en vena.

Una vez terminado el procedimiento coloque una torunda con alcohol sobre la aguja presionando suavemente y retírela con rapidez, mantenga la presión unos momentos.

Elimine material cortopunzante en caja resistente.

Deje cómodo al paciente.

Registre procedimiento en hoja enfermería.

Lávese las manos.

Consideraciones

Interrogar al paciente sobre antecedentes alérgicos.

Aspirar de vez en cuando, comprobando el reflujo de sangre.

Antes de administrar el fármaco asegurarse de la "regla de los 5 correctos"
Fármaco- Dosis - Vía - Hora y Paciente correcto.

No puncionar venas del brazo del lado de mastectomía o vaciamiento ganglionar.

No palpar la zona de inserción después de haber limpiado la piel con solución antiséptica.

Extracciones de sangre

Siempre que se va a realizar una extracción de sangre, se desinfectará la zona de punción con Alcohol al 70% reforzado, dejando que éste se seque, para que sea efectiva su acción antiséptica.

Para la extracción de sangre destinada a determinar valores bioquímicos, hematológicos o farmacológicos, se utilizará técnica aséptica, con guantes no estériles, previo lavado higiénico de manos.

Las extracciones venosas por punción se deben realizar, siempre que se pueda, con sistema para evitar cambios de jeringa y manipulaciones de agujas contaminadas para pasar la sangre a los tubos.

Hemocultivos

En el caso de extracción de hemocultivos la técnica acompañada será completamente estéril, previo lavado higiénico de manos, guantes estériles y uno o dos paños estériles.

Se realizarán tres punciones con una diferencia horaria de 20 a 30 minutos.

Las extracciones se realizarán en zonas distintas y nunca de un catéter.

Se cambiará de aguja al pasarlo a los frascos si no se utiliza la aguja de extracción del sistema

Extracción de sangre arterial

La extracción de sangre para determinación de gases se hará por punción.

Tras la extracción de una muestra de sangre arterial por punción, se presionará durante al menos dos minutos, con especial cuidado en pacientes anti-coagulados, o con alteraciones patológicas de la coagulación.

La muestra de gases debe purgarse inmediatamente de aire, y taparse con el tapón (los gases sanguíneos se alteran rápidamente en contacto con el aire).

La muestra de sangre se enviará al Laboratorio lo antes posible con el fin de evitar posibles alteraciones en los resultados.

BIBLIOGRAFÍA

PG-ENF-01

PROTOCOLO DE PREVENCIÓN DE INFECCIONES RELACIONADAS CON DISPOSITIVOS INTRAVASCULARES. Comité de infecciones y política de antibióticos 1998. Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

RECOMENDACIONES PARA LA CORRECTA UTILIZACIÓN DE LOS ANTISÉPTICOS. Servicio de medicina Preventiva y Gestión de Calidad. Servicio de Farmacia. 2013. Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Recomendaciones para la identificación de vías de administración de medicamentos y soporte nutricional del Servicio Madrileño de Salud. 2013

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. 1995.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DEL HOSPITAL DE BASURTO. Bilbao 2001.

GUIDELINES FOR THE PREVENTION OF INTRAVASCULAR CATÉTER-RELATED INFECTIONS. 2011. Centers for Disease Control and Prevention.

CUIDADOS DE CATÉTERES EN VÍAS VENOSAS PERIFÉRICAS. Procedimientos de Enfermería del Hospital Universitario 12 de Octubre. Marzo 2004.

PROTOCOLOS DE ENFERMERÍA. HOSPITAL DE ASEPEYO. Madrid. 2002.

GARITANO B, BARBERENA C, ALONSO V, et al. Revisión sistemática: efectividad de los cuidados en el mantenimiento de catéteres de inserción periférica. Enfermería Clínica 2002; 12:164-172.

CARBALLO M, LLINAS M, FEIJOO M. Flebitis en catéteres periféricos (I). Incidencia y factores de riesgo. Rev Rol Enf 2004; 27 (9):585-589.

Cazalla AM, Sánchez C, Calero A, Luque R. Catéteres intravenosos. Uso y complicaciones en una unidad de enfermedades infecciosas. Rev Rol Enf 2003;26

Carballo M, Elección de un catéter de acceso periférico. Rev Rol Enf 2004; 27 (6): 423-430.

RECURSOS DE LA PROPUESTA

Humanos

Investigadores

Miembros de la Tesis

Autoridades

Personal que labora en IESS

Materiales

Gigantografía

Cámara fotográfica.

Económicos

Todos los gastos generados en esta propuesta fueron solventados por las autoras del proyecto.

PRESUPUESTO

El presupuesto de La investigación estará determinado por los ingresos de los egresados con el apoyo de las autoridades de La Universidad Técnica de Manabí y Del Hospital IESS Portoviejo. El incluirá los gastos de transporte, alimentación, internet, impresiones.

Impresiones	400 dólares
Internet	300 dólares
Papelería	100 dólares
Alimentación	300 dólares
Transporte	250 dólares
Anillados y empastados	300 dólares
Otros gastos	300 dólares
TOTAL	1950 dólares

CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN DE TESIS

ACTIVIDADES	TIEMPO EN MESES																																	
	NOV.				DIC.				ENE.				FEB.				MAR.				AB.				MAY.				JUNIO.				JUL	
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2
Elaboración del proyecto	x	x																																
Entrega del proyecto		x																																
Aprobación del proyecto				x																														
Reunión con Directora de tesis					x	x																												
Primera Reunión con el tribunal							x																											
Revisión de introducción, justificación, y objetivos.							x																											
Reunión con Directora de tesis								x	x																									
Segunda Reunión con el tribunal										x																								
Revisión de marco teórico										x																								
Reunión con Directora de tesis												x	x	x																				
Tercera Reunión con el tribunal															x																			
Revisión de diseño metodológico y elaboración de la encuesta															x																			
Reunión con Directora de tesis																x	x	x																
Cuarta Reunión con el tribunal																																		
Aplicación prueba piloto																																		
Revisión de la encuesta mediante la aplicación de la prueba piloto																																		
Aplicación de las encuestas																																		
Tabulación y realización de tablas																																		
Reunión con Directora de tesis																																		
Quinta Reunión con el tribunal																																		
Revisión de análisis e interpretación																																		
Elaboración de conclusiones y recomendaciones																																		
Reunión con Directora de tesis																																		
Quinta Reunión con el tribunal																																		
Aprobación del borrador y se autoriza la entrega del mismo																																		
Ejecución de la propuesta educativa																																		
Entrega del primer borrador																																		
Aprobación de la tesis																																		
Sustentación de la tesis																																		

BIBLIOGRAFÍA

ATKINSON, L (2006). Técnicas de administrar medicamentos por vía intravenosa. 9ta Edición. Mc Graw Hill Interamericana, México

BERRY, C y KOHNS, B. (2008). Técnica de Quirófano. 9ma Edición. Mc Graw Hill Interamericana, México

BURGOS, G (2007) “Participación de la enfermera(o) en la cura del catéter venoso periférico para la prevención de infección en el sitio de punción en la Unidad de Cuidados Intensivos de la Clínica Metropolitana”.

BRIAN, F Y BUNKE, M 2207. Departement Of Internal Medicine, Munson Medical Center, Traverse City, MI. Review Provided By Verimed Healthcare Network.

BRUNNER L. y Suddarth, D Brunner (2006). Manual de Enfermera. Nueva Editorial Interamericana. México, DF.

CARPENITO, L (2005) Planes de cuidado y documentación en enfermería. 1era Edición, Editorial Mc. Graw – Hill Interamericana

CARVAJAL, I. Et.al (2006) Estándar de calidad para prevenir flebitis en pacientes con terapia intravenosa por vía periférica Hospital “Dr. José María Vargas” de Caracas.

DAIDAN, M. Et al (2005) “Factores que determinan las flebitis en pacientes con catéter endovenoso por más de 24 horas en el Hospital I.E.S.S Riobamba Ecuador”.

DUGAS, B (2007). Tratado de Enfermería Práctica. Edición Nueva Editorial Interamericana. 87

GALVEZ Toro, A. 2007. Enfermería basada en la evidencia. Granada: Fundación Index; 2001.

GONZÁLEZ, M (2009) Infección hospitalaria. Tribuna Médica, Vol 75. Impreso en Colombia

GUÍA DE PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES relacionadas con los catéteres intravasculares(2006)

HERNÁNDEZ, R. FERNÁNDEZ, C. Y BAPTISTA, P. (2008). Metodología de la Investigación. Editorial Interamericana. México.

IYER, P. TAPTICH, B. y BERNOCCHI, D (2006) Proceso y diagnóstico de enfermería. 2ª edición, Editorial McGraw – Hill.

KOZIER, B. ERB, G. y BUFALINO, P (2006). El Proceso de Atención de Enfermería: Un Enfoque Científico. Manual Moderno, SA de CV

KOZIER, B. ERB, G. BLAIS, K.(2006), Conceptos y temas en la práctica de Enfermería. 1ª Edición. Editorial Interamericana Mc Graw – Hill.

LUCERO, S. CONDE, R. Y ERAZO, J (2006) “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”

Pérez, Torne. “Canalización venosa”.Bruce S. Cutter . M. D.Thomas J. VandeJalm. Atlas de Técnicas Quirúrgicas en Cuidados Intensivos. Ed: Salvat, 1982.

RECOMENDACIÓN CIENTÍFICA 03/02/07 de 9 de Octubre de 2003 de la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias (SEEUE).

ANEXOS

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

GUÍA DE OBSERVACIÓN DIRIGIDA AL PERSONAL DE QUE LABORA EN
LAS DEL ÁREAS DE CLÍNICA DEL HOSPITAL DEL IESS PORTOVIEJO

Tema: “Manejo de vías periféricas y calidad en la administración de medicamentos intravenosos en las áreas de clínica del Hospital del IESS Portoviejo Noviembre 2013 – Abril 2014.”

Fecha de la Encuesta:.....

Edad: > 25 años () 26 – 35 años () 36 – 45 años ()
46 – 55 años () < 55 años

Género: Femenino () Masculino () Alternativo ()

Calibre de catéter

N. 16 () N.18 () N.20 () N.22 ()

Venas más utilizadas

Cefálicas () Basílicas () Yugular Externa () Otras ()

Calibres de venas

Gran calibre () Medio calibre () Pequeño calibre ()

Realiza asepsia y antisepsia

Siempre () A veces () Nunca ()

Identifica al usuario con el nombre de acuerdo a la tarjeta

Siempre () A veces () Nunca ()

Revisa la prescripción médica

Siempre () A veces () Nunca ()

Informa el procedimiento a realizarse antes de hacerlo

Siempre () A veces () Nunca ()

Verifica la caducidad en la etiqueta del medicamento antes de administrarlo al usuario

Siempre () A veces () Nunca ()

Aplica medidas de asepsia antes de la administración de medicamentos

Siempre () A veces () Nunca ()

Revisa la permeabilidad de la vía antes de administrar el medicamento

Siempre () A veces () Nunca ()

Realiza la dilución correcta del medicamento según las indicaciones del fabricante.

Siempre () A veces () Nunca ()

Valora la presencia de flebitis / dolor en el sitio de administración de medicación

Siempre () A veces () Nunca ()

Cumple con los protocolos del servicio en la administración de medicamentos

Siempre () A veces () Nunca ()

Mantiene el circuito cerrado en el sistema de infusión

Siempre () A veces () Nunca ()

Realiza la curación del sitio de inserción del catéter.

Cada 48 horas () Cada 72 horas () No lo hace ()

Registra en la tarjeta de kardex y en el sistema lo administrado

Siempre () A veces () Nunca ()

REALIZANDO LA GUÍA DE OBSERVACIÓN AL PERSONAL DE ENFERMERÍA QUE LABORA EN EL ÁREA DE CLÍNICAS DEL HOSPITAL IESS PORTOVIEJO







