

**UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO
DIRECCIÓN GENERAL DE LOS ESTUDIOS DE POST GRADO
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD**

TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

**CALIDAD Y ATENCIÓN DEL PERSONAL PROFESIONAL
DE ENFERMERÍA EN LA INCIDENCIA DE
FLEBITIS POR VENOPUCIÓN EN EL HOSPITAL JOSÉ MANUEL
DE LOS RÍOS CARACAS EN EL PERÍODO ENERO-MARZO 2006**

Presentado por:

Astrid Ysabel Suárez
3.888.401

Para optar al Título de Especialista en
Gerencia de Servicios de Salud

Asesor

Armando Cova Belisario

Caracas, Enero de 2007

DEDICATORIA

A **Dios** mi creador.

A mi hijo **José Luis**, por apoyarme y ayudarme a la realización de este trabajo.

A mi esposo **José Luis**, por comprensión y paciencia.

Astrid Ysabel Suárez

AGRADECIMIENTO

Profundamente a **nuestra familia**, que comparten el día a día de nuestros esfuerzos cediéndonos su tiempo con su presencia tácita, infinito amor, paciencia y tolerancia.

A nuestro Tutor (asesor) **Dr. Armando Cova**, en un largo camino recorrido para ofrecernos su dedicación, su sabiduría, su comprensión y sus conocimientos.

A nuestro coordinador **Miguel Leal**, por su apoyo y sus enseñanzas.

A la **División de enfermería** del Hospital de niños quién nos brindó su colaboración para realizar esta tesis.

A nuestro **Hospital** y sus **pacientes** protagonistas de nuestro norte.

Y muy especialmente a, **todos o quienes** de una u otra forma hicieron posible que culmináramos.

A TODOS GRACIAS

Astrid Ysabel Suárez

ÍNDICE GENERAL

	P.p
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice General	iv
Índice de cuadros	vii
Índice de figuras	viii
Índice de Tablas	ix
Índice de Gráficos	xi
Resumen	xii
Introducción	
Capítulo I. 1. El Problema	
1.1. Planteamiento del problema	4
1.2. Interrogantes de la investigación	7
1.3. Formulación del problema	8
Capítulo II. 2. Objetivos de la investigación	
2.1. Objetivo General	9
2.2. Objetivos específicos	9
2.3. Delimitación de la investigación	9
2.4. Limitaciones	10
Capítulo III. 3. Justificación de la investigación	
3.1. Justificación y viabilidad	11
3.2. Viabilidad o factibilidad	12
3.2.1. Recursos financieros	16
3.2.2. Recursos tecnológicos	16
3.2.3. Recursos legales	16
3.2.4. Recursos éticos	16
3.2.5. Recursos temporarios	16

Capítulo IV. 4. Maco Teórico

4.1. Marco referencial	17
4.1.2. Bases teóricas de la investigación	18
Función de la enfermera	20
Cuidados de enfermería al paciente	21
Factores o cuidados asistenciales	22
Modelo conceptual de la conservación de levine	24
Terapia intravenosa	29
La flebitis	36
Consideraciones pediátricas	44
Concepto de calidad	44
Calidad de servicio de salud	45
Componentes del Programa Nacional de Garantía De Calidad	47
4.2. Marco Organizacional	49
4.2.1. Reseña histórica del Hospital de Niños	49
4.2.2. Descripción del Hospital de Niños J.M. de los Ríos	52
4.2.3. Historia de los servicios de medicina	53
4.2.4. Escuela de enfermeras	54
4.2.5. Descripción estructural de las medicinas	54
4.2.6. Objetivos del servicio de medicina	55
4.2.7. Descripción estructural de las medicinas	56
4.3. Operacionalización de variables	60

Capítulo V. 5. Marco Metodológico

5.1. Tipo de la investigación	64
5.2. Población y muestra	66
5.2.1. Población	66
5.2.2. Muestra	67
5.2.3. Fuentes de información	67

5.2.4. Instrumentos	69
5.2.5. Cuestionario	69
Capítulo VI. Análisis e Interpretación de los Resultados	71
Capítulo VII. Conclusiones y Recomendaciones	
7.1. Conclusiones	125
7.2. Recomendaciones	127
Referencias bibliográficas	128
Anexos	132
A. Bases legales	133
B. Organigrama estructural	139
C. Cuestionario	140
D. Fotos	149
E. Diagrama de Grantt	156

ÍNDICE DE CUADROS

	P.p
Cuadro	
1. Presupuesto	15
2. Equipos y mobiliarios	16
3. Flebitis	37
4. Valoración de la enfermera	43
5. Recursos componentes	57
6. Enfermeras	57
7. Definición de términos	63

ÍNDICE DE FIGURAS

	P.p
Figura	
1. Organigrama funcional de enfermería	58
2. Diagrama, diseñado para la calidad de atención de enfermería hacía el paciente	59
3. Operacionalización de las variables	61
4. Operacionalización de las variables	62

ÍNDICE DE TABLAS

	P.p
A. Parte I. Calidad de Atención	
Tabla	
1. Ítem 1. Resultado de la encuesta	71
2. Ítem 2. Resultado de la encuesta	72
3. Ítem 3. Resultado de la encuesta	73
4. Ítem 4. Resultado de la encuesta	74
5. Ítem 5. Resultado de la encuesta	75
6. Ítem 6. Resultado de la encuesta	76
B. Parte II. Factores que inciden en la aparición de flebitis por venopunción	
Tabla	
1. Ítem 7. Resultado de la encuesta	78
2. Ítem 8. Resultado de la encuesta	79
3. Ítem 9. Resultado de la encuesta	80
4. Ítem 10. Resultado de la encuesta	81
5. Ítem 11. Resultado de la encuesta	82
6. Ítem 12. Resultado de la encuesta	83
7. Ítem 13. Resultado de la encuesta	84
8. Ítem 14. Resultado de la encuesta	85
C. Parte II. Conocimientos adquiridos acerca de los cuidados en la venopunción	
Tabla	
1. Ítem 15. Resultado de la encuesta	87
2. Ítem 16. Resultado de la encuesta	88
3. Ítem 17. Resultado de la encuesta	89
4. Ítem 18. Resultado de la encuesta	90
5. Ítem 19. Resultado de la encuesta	91

6. Ítem 20. Resultado de la encuesta	92
7. Ítem 21. Resultado de la encuesta	93
8. Ítem 22. Resultado de la encuesta	94
9. Ítem 23. Resultado de la encuesta	95
10. Ítem 24. Resultado de la encuesta	96

D. Parte IV. Medidas de prevención en la flebitis por Venopunción

Tabla

1. Ítem 25. Resultado de la encuesta	98
2. Ítem 26. Resultado de la encuesta	99
3. Ítem 27. Resultado de la encuesta	100
4. Ítem 28. Resultado de la encuesta	101
5. Ítem 29. Resultado de la encuesta	102
6. Ítem 30. Resultado de la encuesta	103
31. Servicio de medicina general. Enfermeras	116
32. Población infantil	119
33. Población infantil estancia hospitalaria	123

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	P.p
A. Parte I. Calidad de Atención	
1. Gráfico y análisis	71
2. Gráfico y análisis	72
3. Gráfico y análisis	73
4. Gráfico y análisis	74
5. Gráfico y análisis	75
6. Gráfico y análisis	76
7. Resultado	77
B. Parte II. Factores que inciden en la aparición de flebitis por venopunción	
8. Gráfico y análisis	78
9. Gráfico y análisis	79
10. Gráfico y análisis	80
11. Gráfico y análisis	81
12. Gráfico y análisis	82
13. Gráfico y análisis	83
14. Gráfico y análisis	84
15. Gráfico y análisis	85
16. Resultado	86
C. Parte II. Conocimientos adquiridos acerca de los cuidados en la venopunción	
17. Gráfico y análisis	87
18. Gráfico y análisis	88
19. Gráfico y análisis	89
20. Gráfico y análisis	90
21. Gráfico y análisis	91
22. Gráfico y análisis	92

23. Gráfico y análisis	93
24. Gráfico y análisis	94
25. Gráfico y análisis	95
26. Gráfico y análisis	96
27. Resultado	97
D. Parte IV. Medidas de prevención en la flebitis por Venopunción	
28. Gráfico y análisis	98
29. Gráfico y análisis	99
30. Gráfico y análisis	100
31. Gráfico y análisis	101
32. Gráfico y análisis	102
33. Gráfico y análisis	103
34. Resultados	104
35. Gráfico de Servicio de Medicina. Profesionales	107
36. Gráfico Grado de instrucción. Enfermeras	108
37. Gráfico de Grupos Etarios. Enfermeras	109
38. Grafico. Años de servicios de la enfermeras	110
39. Gráfico. Varones y hembras. Hospitalización	111
40. Gráfico. Grupos Etarios. Población infantil	112
41. Gráfico. Población infantil. Estancia hospitalaria	113
42. Gráfico. Población infantil morbilidad	114
43. Gráfico. Población infantil por venopunción	115

UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO

Autor: Astrid Ysabel Suarez

Tutor: Dr. Armando Cova

Fecha: Noviembre de 2006

CALIDAD Y ATENCIÓN DEL PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LA INCIDENCIA DE FLEBITIS POR VENOPUNCIÓN EN EL HOSPITAL J.M DE LOS RÍOS EN EL PERÍODO ENERO-MARZO 2006

(Trabajo de Grado)

RESUMEN

La flebitis por venopunción constituye un problema de elevada frecuencia de presentaciones en el área hospitalaria y al no causar generalmente complicaciones que pudieran clasificarse de graves pasan inadvertidas. Por tal razón, no se les presta atención suficiente para su prevención, evaluación y tratamiento. Este problema es inherente, directamente al profesional de enfermería responsable de la venopunción y comportamiento de la misma. Se presenta un estudio prospectivo, longitudinal, descriptivo y documental, sobre el desempeño asistencial y calidad de atención del profesional de enfermería y la incidencia de flebitis por venopunción, los factores pudieran influir en su aparición y la atención del personal de profesionales de enfermería del Hospital de Niños de Caracas, del "Hospital J.M. de los Ríos", en las Unidades Clínicas de Medicina General; con el objetivo de establecer la correlación entre ésta complicación y enfermería determinándose posteriormente la reciprocidad entre ciertas características que corresponden al perfil de enfermera que presta atención directa (desempeño asistencial) y la asociación de éstas con la ocurrencia de flebitis; obteniéndose una base de datos a través de una encuesta de conocimientos esenciales para llevar a cabo un procedimiento seguro y evitar potenciales complicaciones.

INTRODUCCIÓN

La utilización de accesos vasculares es una práctica indispensable en los centros dispensadores de asistencia sanitaria, su utilización está indicada para la administración de medicamentos, rehidratación, sangre y sus derivados, alimentación, como métodos de diagnóstico o simplemente como monitorización en pacientes que así lo ameriten y en los cuales otras técnicas constituyan esfuerzos infructuosos e innecesarios que no aporten soluciones al cuadro clínico que se presente. En cuanto a los accesos vasculares de tipo periférico, los cuales forman prácticamente una rutina dentro de las actividades diarias del personal de enfermería, éstos constituyen una situación embarazosa debido a la imperiosa necesidad de su presencia y a las complicaciones que con gran frecuencia se ponen de manifiesto, siendo la principal, la aparición de flebitis post inserción de un catéter, en donde la actuación del profesional de enfermería es factor determinante en la prevención y minimización de este inconveniente específicamente en el manejo de los factores que se encuentran totalmente bajo su conducción y es de su potestad hacer uso adecuado de los mismos lo cual a su vez dependerá del grado de conocimiento y concientización que como profesional e individuo posea para alcanzar un mejoramiento en la calidad de atención prestada al usuario.

Es importante señalar el desempeño del profesional de enfermería en la atención al usuario, de tal manera que existen varias escalas de funciones dentro de la profesión de enfermería lo que se constituye en el desempeño: Asistencial, Gerencial, Docente, Investigación y Gremial.

El desempeño asistencial constituye el papel modular del profesional de enfermería dentro del ámbito hospitalario, el cual se define por un conjunto de funciones bien diferenciadas por escalas de categorías, el cumplimiento de dichas actividades o funciones generan a su vez los servicios que se ofertan a los usuarios ; la esfera

de acción del profesional de enfermería se ha hecho muy amplia y se ha constituido en grupos especializados para optimizar los cuidados brindados. La atención integral al usuario incluye administrarle lo que necesita, proporcionándole comodidad y apoyo, protegiéndolo de riesgos y ayudándole a recuperar su independencia tan rápidamente como sea posible; gran parte de la actividad de la enfermera se relaciona con el diario vivir del paciente. El primer objetivo de una enfermera que presta atención directa, es satisfacer las necesidades de alimentación, reposo y sueño, ayudándole a mantener o recuperar el normal funcionamiento orgánico, se preocupa no sólo por su bienestar físico, sino que lo ayuda a recuperar la salud, pues atender significa realizar las funciones con simpatía y comprensión, respeto y consideración a su dignidad y a su individualidad.

Entonces existe una relación directa entre el usuario y el profesional de enfermería quien le brinda u oferta los servicios (atiende sus necesidades), y las consecuencias surgidas de su práctica profesional sobre la salud del mismo serán su responsabilidad directa o indirectamente; y la incidencia de flebitis como una complicación clínica específica de la práctica de enfermería no puede constituirse en una excepción; es la enfermera en su desempeño de atención directa (asistencial) quien tiene la autonomía y responsabilidad en la colocación de la venopunción y posteriormente de su cuidado, mantenimiento y sobre todo en la prevención de las complicaciones potenciales; lo cual tal vez dependerá de su capacidad humana y su preparación académica para realizar una práctica profesional digna.

La siguiente investigación está estructurada de la siguiente manera: Capítulo I. Consta El problema planteamiento del problema, formulación del problema y las interrogantes de la investigación.

El Capítulo II comprende: Objetivos de la investigación, Objetivo General, Objetivos específicos, Delimitación de la investigación, Limitaciones.

El Capítulo III. Plantea: Justificación de la investigación, Justificación pertinencia, Utilidad para el trabajo.

El Capítulo IV. Nos trata sobre: El marco teórico, Marco referencial, Bases teóricas, Concepto de calidad, Concepto de calidad de servicio de salud, Dimensiones para evaluar la calidad de servicio de salud, Reseña histórica del Hospital de Niños, Descripción del hospital y estructura, Descripción estructural de las medicinas, Su propósito, Recursos humanos, Organigrama funcional de enfermería.

Y para finalizar, en el Capítulo V se refiere al Marco Metodológico con el tipo de investigación, Población y Muestra, La Fuente de Información: Que son las fuentes Primarias y Secundarias con sus instrumentos, la Operacionalización de las Variables con un cuestionario de treinta (30) ítems con la justificación correspondiente, sus conclusiones, referencias bibliográficas y anexos.

CAPITULO I

1. EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

El sistema venoso posee dos funciones principales: devuelve la sangre al corazón y al mismo tiempo regula la distribución sanguínea, especialmente durante los cambios de postura, en los distintos plexos de la piel, de la porta y en las venas pulmonares. La distribución del caudal sanguíneo venoso es posible gracias a la capacidad de distensión de las paredes de las venas, al contrario de las arterias.

Las venas tienen más posibilidades de ensancharse que las arterias mientras que su capacidad para contraerse es menor. Tienen una serie de válvulas distribuidas a lo largo del sistema que impiden que la sangre de cierta manera refluya, pudiendo contrarrestar el peso de la columna en distintas posiciones sin experimentar la dilatación que se presenta en los casos en que fallan las válvulas.

En condiciones normales la corriente venosa va siempre del sistema superficial al sistema profundo. Sin embargo, cuando las válvulas fallan las venas superficiales aumentan de tamaño y se hacen visibles.

Las venas presentan diversas posibilidades de enfermar. Existen una serie de síntomas típicos de las afecciones venosas tales como: alteraciones del color de la piel, cambios de temperatura en los miembros, varicosidades, dolores, y otros. Para regular esto, los Centros Dispensadores de Asistencia Sanitaria o Médica, recurren a la flebografía, o método consistente en la repleción de las venas mediante sustancias de contraste que permite estudiar el trayecto y las alteraciones de las mismas.

La utilización de accesos vasculares es una práctica indispensable para la administración de medicamentos rehidratación, sangre y sus derivados, alimentación; así como también, métodos de diagnóstico o simplemente como monitorización en pacientes que así lo ameriten.

Dentro de los accesos vasculares se destacan los de tipo periférico tales como la venopunción: donde la sangre es drenada de una vena usualmente del interior del codo o de la mano. El sitio de punción es limpiado con antiséptico y un torniquete (banda elástica) es aplicado para ejercer presión en la corriente de la vena y esa insertada una aguja para recolectar la sangre o puede ser usado para insertar una infusión intravenosa para la cual la aguja se deja en la vena.

El conocimiento de las venas accesibles para la venopunción es esencial. La vena más comúnmente usada entre otras es la cefálica, este tipo de técnicas constituyen una rutina dentro de las actividades que cumple el personal de enfermería. El desempeño asistencial es el papel modular de este personal dentro del ámbito hospitalario.

En la situación anteriormente planteada juegan un rol igualmente importante las instituciones sanitarias o médicas que deben contar con una infraestructura adecuada, recursos económicos, humanos y técnicos para atender satisfactoriamente las necesidades de asistencia. Especialmente se destaca la relación paciente-personal de enfermería, ya que éste último es quien comparte el mayor tiempo con el paciente y por tanto el encargado de satisfacer sus necesidades y las de sus familiares, asumiendo que la atención es individualizada; ya que, ningún paciente es igual a otro y sus requerimientos varían. Cabe destacar que en Venezuela la problemática de la salud ha alcanzado dimensiones críticas que van en detrimento del desarrollo del país. Esta situación unida a las condiciones socioeconómicas de la mayor parte de la población, van a influir negativamente en la calidad de vida del individuo y por ende de la sociedad, disminuyendo las posibilidades de desarrollo de Venezuela, como país a nivel mundial.

En virtud de esto los hospitales, residencias u otras instituciones dedicadas a la salud no escapan de la crisis que atraviesa el país. Lo que se traduce en falta de recursos humanos y materiales que a su vez generan crisis en la prestación y calidad de servicios calificados.

La historia del profesional de la enfermería, indica que éste ha atendido con abnegación y esmero a los pacientes, satisfaciendo sus necesidades básicas, enfocando su atención no solo a atacar los síntomas de patología sino que proporcionan cuidados especializados dependiendo de las necesidades del individuo, la familia o la comunidad a través de la aplicación de procedimientos y técnicas. En este sentido, es de vital importancia el rol que desempeñan en esta área, y la calidad de atención brindada al paciente con la aplicación de técnicas adecuadas basadas en conocimiento causa-efecto; tales como, la manipulación correcta de los instrumentos en el proceso de accesos vasculares y la limpieza antiséptica en el mismo. Es dentro de este proceso, donde si no se toman en cuenta las precauciones necesarias por parte del personal de enfermería, se presenta una complicación que pudiese comprometer integridad física del paciente. La flebitis es la inflamación de las venas a consecuencia de la obstrucción de un coágulo sanguíneo. La flebitis por venopunción como complicación crea un estado morbozo en el paciente que la presenta y lo coloca en desventaja con otros en los cuales no se aprecia su aparición, entre algunas de sus características se mencionan: hematomas, edemas, eritemas, instauración de procesos infecciosos y hasta el compromiso de los miembros donde se localicen los accesos venosos utilizados, aunados al cuadro de dolor, sufrimiento y temor hacia los procedimientos a realizarle al paciente.

Según Jiménez Gómez y Olmo en su artículo "Flebitis postpunción" (1996) se puede afirmar que se presenta como un problema de elevada frecuencia que esta relacionado directamente con el personal de enfermería, generalmente, debido a sus consecuencias a veces ni tan graves, que pareciera no dársele importancia al hecho para su prevención.

A pesar de lo común de los casos de flebitis que día a día. se presentan en el área asistencial son escasos los estudios que se han realizado sobre este tema se puede tomar como referencia el realizado por Bianchi A. en 1990 "Estudio prospectivo sobre la incidencia de flebitis en un Servicio de Cirugía General". Realizado en Italia, identificar las posibles causas para esa localidad y la frecuencia de flebitis subsiguientes a la canalización determinante de una vía intravenosa. De allí se deriva el objetivo de este estudio, en base a tratar de estimar el comportamiento de la incidencia de flebitis en una institución de salud como lo es el Hospital "J.M. de los Ríos" en sus Unidades Clínicas de Medicina General y que relación directa tiene el profesional de enfermería en su desempeño asistencial en dicho problema.

De lo anteriormente expuesto se pueden determinar las siguientes interrogantes:

1.2. Interrogantes de la investigación

- ¿Porque es la flebitis por venopunción responsabilidad, del personal de enfermería en relación a la calidad de atención que brinda en su desempeño asistencial?

- ¿De qué manera incide el perfil del profesional de enfermería en la prevención de la flebitis como complicación tras la venopunción?

Además se pueden hacer determinaciones de las implicaciones que la incidencia de flebitis ocasiona en la evaluación de la atención de los servicios prestados y que problemas se derivan a su vez, si no se realiza seguimiento de ésta complicación y de las medidas de prevención y control que se debe implementar.

1.3. Formulación del problema

¿Cómo influye la calidad de atención del personal profesional de enfermería en la aparición o incidencia de flebitis por venopunción en pacientes de las Unidades Clínicas de Medicina General, del Hospital "José Manuel de Los Ríos" durante el período comprendido entre los meses de enero a marzo de 2006?

CAPITULO II

2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.1. Objetivo general

Analizar la calidad de atención del personal profesional de enfermería en la incidencia de flebitis por venopunción en las Unidades Clínicas de Medicina Pediátrica General del Hospital "José Manuel de Los Ríos".

2.2. Objetivos específicos

1. Identificar los factores determinantes intrínsecos o extrínsecos que favorecen la aparición de flebitis por venopunción.

2. Identificar la calidad de atención asistencial del profesional de enfermería en el procedimiento de venopunción en el Hospital "J. M. de Los Ríos".

3. Determinar las medidas aplicadas por el profesional de enfermería en la prevención de flebitis por venopunción, en la Institución anteriormente mencionada. Establecer la relación entre el desempeño asistencial del profesional de enfermería y la incidencia de flebitis por venopunción en los niños hospitalizados en la referida Institución.

2.3. Delimitación de la investigación

Para efectos de este trabajo de investigación el estudio se centra en las siete (7) Unidades Clínicas de Medicina General que dependen del Hospital de Niños "José Manuel de Los Ríos", organismo venezolano

encargado de la atención de niños. La población a estudiar será los niños hospitalizados de edades variables de ambos sexos; el Lapso de estudio a analizar corresponde al período comprendido entre los meses enero-marzo 2006.

2.4. Limitaciones

Dentro de las limitaciones que pudiesen influir en la elaboración de la presente investigación se pueden mencionar: la escasez de estadísticas sobre flebitis en el seno de la institución y carencia de importancia de dicho problema para realizársele control y seguimiento a través de la evaluación del desempeño del personal de enfermería en la misma; por razones de carencia de personal y recursos, para corregir modelos ya obsoletos e implementar un proceso de investigación en enfermería sobre temas que involucren el desempeño directo de la prestación de servicios al usuario.

CAPÍTULO III

3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Justificación y viabilidad

La utilización de accesos vasculares periféricos es vital para la recuperación de un paciente. Igualmente las medidas y técnicas empleadas en el logro de los mismos. Es aquí donde juega un papel decisivo el personal de enfermería quien mantiene un contacto directo con el paciente y su atención. El primer objetivo del personal de enfermería, es satisfacer las necesidades del paciente en pro de la recuperación del funcionamiento orgánico y el bienestar de su salud. Es decir, está dirigido a optimizar la calidad de atención a través de la implementación adecuada de técnicas y restringe los riesgos de complicaciones.

Es por tal razón que, éste estudio está dirigido a evaluar en el personal de enfermería del Hospital de Niños "José Manuel de Los Ríos" la aplicación y calidad de las medidas y técnicas empleadas en la prevención y aparición de flebitis por venopunción. En este contexto el personal debe contar además de una preparación científica y técnica, con un adecuado conocimiento de la conducta y de las características del paciente para demostrar y asegurar en gran medida que el tratamiento cubra las necesidades del paciente.

Por lo antes expuesto, es importante resaltar que debido a la crisis de todos los sectores incluyendo el de salud, la atención brindada por el personal de enfermería parece carecer de calidad. Por ello, se hace necesaria la participación efectiva para lograr que el equipo de enfermería mantenga sus expectativas en el desempeño de sus funciones y actividades.

Por tal sentido, las observaciones derivadas de este estudio generarán resultados a fin de beneficiar no sólo al personal de enfermería en cuanto a

metas laborales, incremento de desarrollo personal, ejercicio efectivo de su desempeño; sino también, a controlar ésta complicación en la población infantil del hospital, al igual que significaría una mejora en el campo sanitario.

De igual forma cabe destacar, que dentro de este contexto podrían promoverse talleres, programas de entrenamiento a fin de fomentar la educación continua del personal en cuanto a instauración de catéteres y sus cuidados, utilización de accesos vasculares periféricos más adecuados, selección de equipos, administración de infusiones y drogas y así aplicar los correctivos necesarios dependiendo de las situaciones que se presenten.

3.2. Vialidad o factibilidad

El punto de partida de toda gestión de calidad, consiste en captar las exigencias de los pacientes y analizar la forma de ofrecerles soluciones que respondan a sus necesidades.

Así, si admitimos que ofrecer calidad significa corresponder a las expectativas de los pacientes e incluso sobrepasarlas, “debo medir la calidad de mi servicio en forma realista”. Esto implica conocer las virtudes y defectos del mismo para poder exponerlos o mejorarlos según sea el caso, para ello debo establecer estándares y evaluar en forma fehaciente los principales componentes de la calidad del servicio:

Carácter tangible: es el aspecto del soporte material del servicio, del personal y de los soportes de comunicación. (Como se lo atiende por teléfono, las condiciones de confort y limpieza del consultorio, como lo recibe la recepcionista etc.)

Fiabilidad: consiste en realizar correctamente el servicio desde el primer momento. Hay que tener cuidado porque se estima si el 96% de los pacientes insatisfechos no realizan reclamaciones pero no vuelven al consultorio y no lo recomiendan. Si atiende un paciente mal o no le presto la

debida atención en la primera consulta, esa es la impresión que el va a tener y luego es muy difícil de modificarla.

Rapidez: se traduce en la capacidad de realizar el servicio dentro de los plazos aceptables para el paciente. No retener a un paciente mucho tiempo en la sala de espera y no dar turnos por períodos muy largos.

Competencia: del personal que debe poseer la información y la capacitación necesaria para la realización del servicio. El personal que acompaña hay profesional debe conocer todas las indicaciones del servicio de manera de poder transmitirlos claramente al paciente y evitarle molestias y trámites innecesarios.

Por ej. Cuáles son los pasos a seguir para autorizar una orden de práctica?.

Cortesía: expresada través de la educación, la amabilidad y el respeto del personal y del profesional hacia el paciente.

Credibilidad: es decir, honestidad del profesional que presta el servicios tanto en sus palabras como en sus actos.

Seguridad: ausencia de peligro, riesgo o dudas a la hora de utilizar el servicio.

Accesibilidad: que se traduce por la facilidad con la que el paciente puede utilizar el servicio en el momento que lo desee o necesite.

Comunicación: se debe informar al paciente con un lenguaje que éste entienda, eliminar vocablos técnicos que lo confunden y asustan.

Conocimiento del paciente: se trata del esfuerzo realizado por el profesional para entender a sus pacientes y sus necesidades, para poder atenderlo y contenerlo.

Todos los estudios recientes muestran que, el paciente es cada vez más exigente sin embargo, la percepción de la calidad varía de uno a otro paciente y no es la misma para el usuario que para el proveedor del servicio. Por otra parte, la calidad de un servicio se percibirá de forma diferente según sea nuevo o muy difundido. La experiencia demuestra que de cada cien

pacientes insatisfechos sólo cuatro expresarían su insatisfacción de forma espontánea y además en caso de insatisfacción el paciente se lo contará a once personas, mientras que si está satisfecho, sólo se lo dirá a tres. Resulta, pues, indispensable que cada profesional investigue de forma voluntaria el grado de satisfacción de sus pacientes.

La actitud del paciente con respecto a la calidad del servicio cambia a medida que va conociendo mejor al profesional y mejora su nivel de vida. Poco a poco, sus exigencias en cuanto a calidad aumentan para terminar deseando lo mejor. No haber comprendido este hecho ha llevado al fracaso a muchos profesionales.

Otro problema adicional es que la calidad concebida y la calidad percibida rara vez marchan a la par. La superioridad de un nuevo servicio sólo en contadas ocasiones resulta tan evidente para un paciente potencial como para su creador.

Además los pacientes tienden a callarse su insatisfacción en materia de servicios, porque la mayor parte de los servicios requiere la intervención de una persona. Entonces, expresar su descontento equivale, a ojos del paciente, a incriminar a alguien, a colocarlo en una situación difícil. La experiencia demuestra que de cada cien pacientes insatisfechos sólo cuatro expresarían su insatisfacción de forma espontánea y además en caso de insatisfacción el paciente se lo contará a once personas, mientras que si está satisfecho, sólo se lo dirá a tres. Resulta, pues, indispensable que cada profesional investigue de forma voluntaria el grado de satisfacción de sus pacientes. Además, cuando un paciente valora la calidad de un servicio, no disocia sus componentes. Lo juzga como un todo, lo que prevalece es la impresión del conjunto, y por ello cuando existe algún defecto en un elemento de un servicio, el paciente tiende a generalizar los defectos a todo el servicio. Es, pues, esencial en toda política de calidad de servicio, alcanzar la mayor homogeneidad entre sus elementos. Por lo tanto se dice: "en materia de servicios, la calidad, o es total o no existe" y dado que no puede

haber control de calidad a posteriori comparable al que existe para los productos, el error, una vez cometido, no puede subsanarse, sólo puede preverse para ello debe existir:

- Una voluntad y un compromiso total del profesional de mejorar la calidad de sus servicios. Además la totalidad del personal de una empresa debe ser capaz de informar y aconsejarle al paciente y esto requiere una buena formación.

- Un mayor conocimiento de los pacientes para evitar la miopía estratégica, es decir, implantar procedimientos para detectar lo que resulta importante a los ojos del paciente y no sólo desde el punto de vista de la empresa. Entender las necesidades del paciente, conocer su funcionamiento interno, detectar el verdadero punto de referencia del mismo constituyen ejes de investigación.

Con todo lo expuesto el profesional deberá reflexionar sobre como diseñar una mejor oferta de sus servicios en donde comunique de la manera más precisa posible los elementos que constituyen sus fortalezas y que valor aportan para el paciente. Habría aquí que diferenciar "el valor aportado", es decir, el valor añadido creado por la empresa y "el valor reconocido", es decir, el que percibe el paciente y por el que se sienta una falta o un riesgo si tuviera que renunciar a él.

3.2.3. Recursos Financieros

Cuadro N° 1. Presupuesto

Recursos Humanos	Costos	Ente Financiero
- Astrid Suárez (Autora de Tesis).	Bs. 1.500.000,00	La Autora
- Miriam Montes (Transcriptor 1).	Bs. 750.000,00	La Autora
- José Luis Velasco (Transcriptor 1).	Bs. 750.000,00	La Autora

3.2.4. Recursos tecnológicos

Cuadro N° 2. Equipos y mobiliarios

- Computador personal: Pentium IV 3,16 mhz.
- Impresora: Samsung: Laser Monocromática M1-1610, Epson Stylus C 67.
- Escáner: HP Scanjet 4400 C. 3.1 MP
- Cámara Digital: HP Photosmart 435.
MATERIALES
- Lápices, bolígrafos Faber Castel.
- 4 Resmas de papel Bond tamaño carta marca Fidelity (Caribe).
- 4 Cartuchos Stylus.
- Pendrive 128 MB.
- Encuadernación.

3.2.5. Recursos legales

Según la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, como base fundamental de los derechos y garantías contienen específicamente lo relacionado a la vida y su preservación, se citan a continuación (ver anexos) los artículos que en referencia a ésta y a la salud contiene:

3.2.5. Recursos éticos

Fue aprobado por la comisión de Bioética del Hospital J.M. de los Ríos. Caracas.

3.2.6. Recursos temporarios

Según el cronograma de actividades que se anexa en forma de un diagrama de Gantt especificado en los meses de enero a diciembre 2006.

CAPÍTULO IV

4. MARCO TEORÍCO

4.1. Marco Referencial

Realmente son muy escasos los estudios anteriores en relación al tema de estudio de esta investigación y sus variables, tal vez esto obedezca a la falta de atención en referencia al tema; sin embargo se pudieran mencionar dos estudios realizados en Europa en la década de los años 90, cuyas investigaciones contienen ambas variables y son las siguientes:

Según Bianchi A, y colaboradores (1990), realizaron un estudio prospectivo sobre la incidencia de flebitis en su Servicio de Cirugía General, en un período corto de un mes sobre las posibles causas y la frecuencia de las flebitis siguientes a la canalización de una vía intravenosa; en él se destaca el elevado porcentaje de aparición de las mismas el cual alcanzó un 22,12% y la pequeña incidencia de agentes infecciosos 17% como causa, sin que se alcance una conclusión clarificadora realmente sobre otras posibles causas, además en éste estudio no se planteó tipo alguno de tratamiento para las flebitis.

Otros autores como Jiménez Coreóles, Gómez y Olmo, en 1992, en el Hospital General de Albacete, España; realizaron un estudio más extenso y completo que tenía como objetivo general: determinar la incidencia de flebitis en su Unidad y validar un protocolo que se estableció para unificar la actuación de enfermería ante la canalización, cuidados y mantenimiento de las vías intravenosas, además ofrecer una estricta calidad de los cuidados, y optimizar los resultados. El estudio fue aplicado a 1.374 pacientes de los cuales 1.346 llevaron canalizada una vía intravenosa en algún momento de su hospitalización; en una unidad de 48 camas que comprendían cirugía

general y cirugía vascular. Los puntos relevantes trataron los pasos en la aplicación de la técnica de venopunción y la recogida de datos tomó 5 meses y entre las conclusiones obtenidas se tienen las siguientes: aparición precoz de las flebitis, sin guardar relación a procesos infecciosos; fue indiferente el comportamiento de la flebitis en referencia al sexo, al número de catéter empleado, tampoco la patología del paciente y llegaron atribuir las flebitis a factores físico-químicos, dando especial atención al traumatismo que el catéter causa en las paredes venosas.

4.1. 2. Bases teóricas de la investigación

En el siguiente contexto de la investigación se expone un conjunto de conocimientos teóricos que permiten abordar y conocer el tema planteado.

La enfermería establece ciertas pautas que comprenden las siguientes normas:

1. La enfermera es quien debe recabar una serie de situaciones del paciente, principalmente las que tengan relación estrecha con su historia de vida primaria.

2. Siendo ella la persona más vinculada al paciente, le compete ser portavoz con la familia, la trabajadora social, médicos o cualquier otra persona, que acuda en beneficio de la recuperación de éste.

3. A su vez, ella será el brazo ejecutor del plan elaborado y debe realizar evaluaciones periódicas que, le condicionen para que en cualquier momento las adapte a las circunstancias y comportamiento del paciente.

En el caso de nuestro problema de investigación, el Rol y la Calidad de Atención del Personal Profesional de Enfermería en la Incidencia de Aparición de Flebitis por Venopunción, en las Unidades Clínicas de Medicina Pediátrica General, del Hospital "José Manuel de Los Ríos", está relacionado con los cuidados que debe aplicar el personal de enfermería, en la atención al paciente.

Estos cuidados podrían ser aplicables a todas las personas en cualquier lugar, sin establecer diferencias culturales, de raza o credo. La enfermera(o) tiene el deber de asistir a los semejantes en estado de necesidad y debe ofrecer una atención respetuosa de alta calidad al paciente, evitar el exceso terapéutico y aplicar las medidas preventivas y correctivas.

La enfermera debe realizar una adecuada distribución de los recursos; asignar a cada paciente un apropiado nivel de atención y disponer de los recursos indispensables que aseguren una adecuada atención médica.

Es importante destacar además, que la atención al paciente debe ser integral e individualizada, para ello es preciso que el personal que tiene a su cargo el cuidado del mismo realice la valoración y la planeación; primeras fases de Proceso de Atención de Enfermería (PAE), para llevar a cabo la ejecución de los procedimientos inherentes a la satisfacción de las necesidades del paciente.

Función de la enfermera

La enfermería es una profesión que tiene como objeto principal el ofrecer ayuda al semejante y no tiene como fin fundamental el obtener una gratificación de tipo económico. Esta ayuda o servicio tiene que llevarse a cabo dentro de un marco de respeto por la persona, de tal forma que en el quehacer profesional se conjugan conocimientos técnicos, científicos, habilidades, destrezas y principios que conducen a una conducta sólida.

La enfermera al integrarse al equipo de profesionales que atienden la salud individual y colectiva, se actualiza permanentemente con la incorporación de los avances que la tecnología ha puesto al servicio de la medicina para el diagnóstico y la terapéutica de un número importante de problemas de salud. El enfoque de la enfermería para brindar atención médica, tiene como fin equilibrar las actividades de la vida diaria relacionadas con la salud, con las capacidades funcionales disponibles para realizar las

actividades diarias en las condiciones óptimas en un grupo de circunstancias definidas. Esta orientación influye en la forma de desarrollar el contenido de cada una de estas categorías.

En una disciplina clínica como la enfermería, el objetivo final de todos los esfuerzos por adquirir conocimientos, destrezas y un sistema de categorías, es la calidad de los servicios que se suministran a los pacientes y sus familiares. De este modo todo sistema de categorías para la organización de la práctica de la enfermería debe ser funcional, de manera que ayude a la enfermera en la valoración, el diagnóstico y el tratamiento de los problemas de la vida diaria relacionados con la salud.

Las dos principales categorías, actividades de la vida diaria y estado funcional de salud, son demasiado amplias para ser eficaces en la práctica real; únicamente sirven para sugerir direcciones. En cada una de estas categorías principales hay subcategorías más específicas que serán útiles para definir campos especiales en los que la gente necesita asistencia de enfermería, para las actividades de la vida diaria relacionadas con la salud.

El ser humano en situación de enfermedad necesita de una enfermera que lo atienda en forma personalizada, que lo oiga y le alivie el sufrimiento y que además mantenga una relación de ayuda que vaya más allá del tratamiento a su dolencia física.

La enfermera es la persona en la que recae la responsabilidad del cuidado y atención al paciente o enfermo. Esta atención va acompañada de componentes afectivos, que han sido internalizados en normas y valores por el profesional, y que definirá en un momento su actitud hacia el paciente. La asimilación de estas variables afectivas es de gran importancia para el personal de enfermería; ya que, es el quien comparte el mayor tiempo con el paciente y por tanto el encargado de satisfacer sus necesidades y la de sus familiares. Para ello, debe asumir una atención individualizada, en el momento apropiado, ya que cada persona es única, siendo a su vez sus requerimientos diferentes a los de otros enfermos.

Cuidados de enfermería al paciente

El primer elemento de competencia en que la enfermera basa su práctica profesional es el conocimiento de un marco o modelo conceptual de los cuidados de enfermería. Un profesional como la enfermera debe estar en condiciones de explicar cual es el servicio que presta a la sociedad, y determinar que es lo específico de su profesión, que lo diferencia de los demás.

Por lo tanto, la enfermería juega un rol especial dentro del equipo de salud, ya que es quien mantiene contacto directo y continuó con el paciente y esta posición le brinda la posibilidad de mantenerlo incentivado y poder contribuir a su recuperación. La enfermería tiene un valor estimable en la labor que ejecuta al frente del paciente, por lo que se debe mantener estrecha relación con el equipo multidisciplinario, la familia y la comunidad.

La enfermería en Venezuela tiene que volver a examinar su misión en cuanto la práctica de atención, su formación con relación a otros miembros del equipo y con la comunidad. Los servicios que las enfermeras (os) desempeñan son de importancia vital para la promoción de la salud y la atención de los enfermos, son funciones esenciales de toda sociedad.

En cuanto a la atención; es la manera como el profesional de enfermería cumple con sus acciones de atención en forma: segura, oportuna y eficaz, evitando así complicaciones o riesgos indeseables y logrando la satisfacción del paciente, el cual como ser humano que es, posee sentimientos, temores, emociones, dificultades familiares y económicas, para alcanzar la restauración de la salud y así incorporarse a su familia, trabajo y comunidad.

En consecuencia, la enfermera(o) tiene en sus manos la responsabilidad de proporcionar una adecuada atención al paciente hospitalizado, actividad que se evidencia a través de la satisfacción de sus necesidades básicas por medio de medidas y procedimientos que garanticen una óptima atención. La enfermera(o) considera que un ejercicio es efectivo,

cuando se produce un grado de satisfacción visto como un éxito de su productividad o resultado de sus acciones en forma positiva y en la satisfacción de las necesidades del paciente.

Existe una relación entre la calidad de los cuidados con la de los servicios y de la consideración de los profesionales de la enfermería como parte de un todo asistencial, es por ello la necesidad de identificar los aspectos que exige la consideración y valoración de la calidad en relación estrecha con las enfermeras y sus cuidados. En primer lugar, se considera la importancia de las acciones de enfermería y sus consecuencias en el estado de salud de los pacientes es decir, el impacto que producen en el bienestar y la salud hace patente la necesidad de controlar estas acciones y valorarlas en sí mismas, garantizando su calidad que es determinante, tanto para el paciente como para la institución.

Factores o cuidados asistenciales

Los factores o cuidados asistenciales, son todos aquellos que se encuentran relacionados con las funciones propias de enfermería y que son todas aquellas funciones que ejecuta la enfermera basadas en las responsabilidades de su área de compromiso, no existiendo otro tipo de trabajador que pueda llevarlas a cabo. En este orden de ideas, la enfermera en el cumplimiento de su rol ejecuta todas aquellas actividades en atender al individuo, enfermo o sano, a fin de lograr su restablecimiento o a evitarle padecimientos a la hora de la muerte.

Basándose en estas funciones, queda perfectamente limitado un campo de actuación amplio que genera unos servicios de claro contenido social y profesional, tanto en el medio intra como extra hospitalario, ya que su cumplimiento es inherente a la actuación profesional sin depender del puesto específico del trabajo que se ocupe.

El Consejo Internacional de Enfermeras ha dicho que: "la responsabilidad fundamental de la enfermera incluye cuatro aspectos, a

saber: promover la salud, prevenir enfermedades, restablecer la salud y aliviar el sufrimiento". Ethical Concepts Applied to Nursing 1973. ICN News Release, número 6 septiembre 1975.

Para ello puede concentrar sus conocimientos específicos para resolver los problemas del paciente. El método por el que esto se logra es el Proceso de Atención de Enfermería, ya que, es el planteamiento para la solución de problemas, basado en una reflexión que exige unas capacidades cognoscitivas, técnicas e interpersonales, cuyo fin es cubrir las necesidades del paciente y su familia.

Por lo tanto, el Proceso de Atención de Enfermería, es un conjunto de pautas organizadas de actuación, dirigidas a cumplir el objetivo de enfermería: mantener el bienestar del paciente en un nivel óptimo; si este estado se altera, proveer entonces todos los cuidados necesarios que la situación exija para restablecer su bienestar. Si no se puede llegar al bienestar, el proceso de enfermería debe seguir en su apoyo a la calidad de vida del paciente, aumentando al máximo sus recursos para conseguir la mejor calidad de vida durante el mayor tiempo posible.

Margot Phaneuf (1993) en el libro titulado *El proceso de enfermería* dice:

El proceso de enfermería implica la existencia de una relación con interacciones entre el paciente y la enfermera, en donde el objetivo es el paciente. La enfermera corrobora sus datos con el paciente, ambos deben participar en el proceso, esto ayuda al paciente a enfrentarse con los cambios en su salud, tanto actuales como potenciales, y su consecuencia es la atención individualizada. La actuación de la enfermera debe tener objetivos concretos que estén basados en las necesidades y/o problemas del paciente y no en beneficio de grupo de enfermeras. El Proceso de Atención de

De igual manera, los planes de atención deben contemplar íntegramente como una unidad biológica, psíquica y social y no sólo como un problema patológico que hay que solucionar. La práctica de enfermería para

resolver los problemas de paciente se logra a través del proceso de enfermería que se desarrolla en cinco fases: valoración, diagnóstico, planificación de los cuidados, acciones de enfermería y evaluación. Estos reflejan el uso de teorías de enfermería y postulados básicos como marco conceptual para la práctica.

Modelo Conceptual de la Conservación de Levine

Se hace preciso señalar entonces, un modelo conceptual de enfermería que se identifique con la investigación a realizar, y para ello se selecciona el Modelo de la Conservación de Levine, que se orienta al cuidado global del paciente y tiene dos componentes:

Los principios de conservación y la respuesta del organismo o la búsqueda de la integridad (la conservación supone que la unidad multidimensional de la vida debe conservarse; el organismo se refiere a un sistema de sistemas; la integridad abarca la organización de las partes contribuyentes que cambian con el tiempo).

1. Su modelo se limita a personas que ya se encuentran enfermas.
2. Se centra en las intervenciones de enfermería utilizadas durante la adaptación del paciente a la respuesta a la enfermedad; estas acciones ayudan a retribuir la totalidad de la integridad y el bienestar del paciente.

Principios de la Conservación.

A. Información General

1. Levine basa su modelo en la intervención de la enfermera, como una actividad de conservación que mantiene la integridad o totalidad de una persona.
2. Utiliza cuatro principios de la conservación para explicar todas las intervenciones de enfermería que mantienen la salud del paciente.
3. Estos principios intentan proporcionar una base científica a las acciones de enfermería.

B. Conservación de la Energía.

1. Se refiere a la necesidad del individuo de un equilibrio de la energía y una renovación constante de las fuentes de energía.

2. Implica un equilibrio entre la salida y la entrada de energía para mejorar la salud.

C. Conservación de la Integridad Estructural.

1. Se refiere a la necesidad que tiene el individuo de salud o al mantenimiento y la restauración de los elementos corporales.

2. Implica la prevención de lesiones físicas y la promoción de la salud.

D. Conservación de la Integridad Personal.

1. Se refiere a la necesidad del individuo de mantener y restablecer su propia identidad y su auto evaluación.

2. Implica el reconocimiento de la particularidad de identidad de la persona como por ejemplo: llamar al paciente por su nombre o respetar su intimidad.

K. Conservación de la Integridad Social.

1. Se refiere a la necesidad del individuo de interactuar con otros como ser social.

2. Implica el reconocimiento de la importancia humana, incluyendo la del paciente con sus personas allegadas.

Respuesta del Organismo

A. Información General.

1. Para sobrevivir una persona debe adaptarse a su entorno.

2. Los individuos pueden elegir varias formas de adaptación al entorno; es lo que se denomina redundancia.

3. Los niveles de elección redundantes, son parte de la respuesta del organismo de la persona; algunas respuestas son inmediatas, mientras que otras son a largo plazo.

4. Levine identifica cuatro niveles en las respuestas del organismo;

respuesta de lucha o huida; respuesta inflamatoria; respuesta de estrés y respuesta sensorial.

B. Respuesta de Lucha o Huida.

1. Es la respuesta más primitiva a una amenaza real o percibida.
2. Hace que el individuo se quede y se enfrenta a la amenaza o que salga huyendo.

C. Respuesta Inflamatoria.

1. Es un mecanismo que protege a la persona de un momento hostil.
2. Mantiene la integridad estructural del organismo y proporciona la salud.

D. Respuesta al Estrés.

No es una respuesta específica en la que todos los sistemas del individuo se adaptan (por ejemplo: las respuestas psicológicas y sociales a la amputación de un miembro)

E. Respuesta Sensorial.

1. Se basa en el reconocimiento de la persona, causa la utilización de los sentidos.
2. Se utiliza para reunir información sobre el entorno para la autoprotección. Modelo de Levine y los cuatro conceptos del Meta Paradigma Enfermero.

Persona.

1. Levine la considera como un individuo homeostático o un sistema abierto.
2. Puede diferenciarse de un paciente de enfermería, según Levine una persona que es un organismo cambiante en constante interacción con el entorno y que se esfuerza en mantener la integridad sin embargo, un paciente de enfermería es una persona que necesita ayuda para conservar y mantener su integridad estructural, personal o social.

A. Entorno.

1. Es interno (dentro de la persona, como respuesta del organismo

ante una bacteria).

2. Es externo (consta de tres partes; entorno perceptual, de que una persona responde utilizando los únicos sentidos vista, tacto, oído, olfato y gusto; entorno operativo como las concomitantes o la radiación, a lo que la persona responde físicamente y entorno conceptual, que incluye las experiencias anteriores, las ideas futuras, a las que una persona responde por medio de tradiciones, creencias o valores).

3. Incluye a la enfermera.

B. Salud.

1. Levine la describe como un patrón de adaptación o cambio y es considerada como una continua.

2. Implica adaptación por niveles: es decir, gradualmente más que por extremos.

3. Mantiene la unidad y la integridad de las personas.

C. Enfermería.

1. Es una disciplina que se basa en la dependencia de las personas y en su relación con los demás.

2. Implica la interacción humana para promover la totalidad de una persona dependiente y para ayudar a la persona que se está adaptando a un estado de salud.

3. Requiere habilidades y conocimientos científicos cuando interactúa con un paciente.

4. Establece una participación activa en todos los aspectos del entorno interno y externo de un paciente.

5. Utiliza cada uno de los principios de conservación para identificar las áreas de intervención,

6. Consiste en la observación del paciente, planificación y aplicación de las intervenciones apropiadas, así como la evaluación de su eficacia.

7. Supone que la enfermera y el paciente participan juntos en el cuidado del paciente.

8. Recomienda la trófico gnosis como una alternativa para el diagnóstico enfermero.

9. Sólo se centra en un paciente cada vez y se concentra en el presente con el paciente en un estado de salud alterado.

Terapia intravenosa

La administración de líquidos y medicamentos por vía intravenosa, ha constituido el tratamiento terapéutico de mayor frecuencia e importancia en el medio hospitalario, razón por la cual día a día se ha tratado de perfeccionar el equipo requerido para el procedimiento y de mejorar las técnicas de venopunción con el objeto de disminuir las complicaciones, ya que éstas prolongan innecesariamente la estancia hospitalaria.

El tratamiento por vía intravenosa se utiliza en la terapéutica de una amplia variedad de afecciones. La mayoría de los enfermos hospitalizados reciben tratamiento intravenoso a diario, pero este tipo de tratamiento se extiende más allá de esta población, alcanzando los centros de atención ambulatoria, asistencia a largo plazo y asistencia domiciliaria para la administración por venoclisis de líquidos, productos sanguíneos, medicamentos y nutrición parenteral. A medida que aumenta el número de afecciones tratadas, fuera de los centros de asistencia aguda, el personal de enfermería de todos los centros debe ampliar sus conocimientos sobre el tratamiento intravenoso.

A pesar de las semejanzas básicas entre varias formas de tratamiento intravenoso, cada situación exige preparación especializada. El paciente más comprometido o el régimen más complejo, exige un control más sagaz del enfermo.

Para la terapéutica intravenosa, un catéter (un tubo de plástico blando del tamaño aproximado de una aguja) o una aguja se introduce en una vena, generalmente de la mano o del brazo. El catéter o la aguja se une al tubo y a un recipiente con líquido, que constituye una forma de administrarle

medicamentos y líquidos.

El tratamiento intravenoso puede durar desde sólo algunas horas hasta varios días. El médico decide la duración de la terapéutica intravenosa. Cuando se inicia el goteo intravenoso se puede notar la introducción en la vena de la aguja portadora del catéter. A medida que la solución intravenosa penetra en la vena, puede causar molestia durante unos minutos, pero esta molestia desaparecerá al poco tiempo.

Cuando no son necesarios los líquidos intravenosos continuos, el catéter intravenoso se desconecta, del tubo intravenoso colocando en él un cierre. El cierre intravenoso, es un instrumento que permite administrar los medicamentos intravenosos según necesidad.

La utilización de la terapia intravenosa se incrementa día a día, ya que se constituye en un medio para:

- Restaurar y/o mantener el volumen circulatorio y balance hidroelectrolítico.

- Administración de sangre o sus derivados.

- Administración de medicamentos.

- Administración de nutrientes específicos.

- Mantener una vía endovenosa permeable.

La cantidad de líquidos y electrolitos a administrar depende de las pérdidas o déficit de éstos.

La cantidad de líquidos y electrolitos a administrar depende de: líquidos eliminados, pérdidas insensibles y peso diario.

Para poder realizar una terapia intravenosa adecuada se deben tener en cuenta ciertos parámetros, los cuales determinan el éxito del procedimiento. Entre estos se encuentran: la selección del sitio de punción, y los equipos requeridos (catéter y líquidos).

En cuanto a la selección de la vena a puncionar, constituye el parámetro de mayor importancia en la terapia intravenosa y existen condiciones básicas que deben tenerse en cuenta para ello (flujo venoso y el

sitio).

La terapia intravenosa trae implícitos ciertos riesgos o complicaciones para el paciente, siendo muchos prevenibles cuando se aplican los procedimientos y principios establecidos. Las complicaciones asociadas a la punción venosa pueden originar reacciones locales, las cuales ocurren en el sitio de la punción o muy cerca del mismo.

La venopunción: La punción venosa es una técnica fundamental para el tratamiento intravenoso y puede aprenderse y desarrollarse mediante su práctica frecuente. El conocimiento profundo de la localización de la vena y de la técnica de la punción venosa aumenta la confianza. Son elementos importantes de la técnica: la preparación del enfermo, la selección de la vena, la elección del material, la técnica cuidadosa de punción, el conocimiento de la forma de resolver problemas y la instrucción del enfermo.

Para que el procedimiento tenga éxito es fundamental la cuidadosa utilización de una y medidas idóneas, entre las cuales se encuentran:

Lavado de manos: El lavado de manos es una medida importante para evitar la diseminación de microorganismos, especialmente si va a instaurarse un dispositivo que penetre en las barreras protectoras naturales (piel), lo que induce a un riesgo potencial (puerta de entrada de microorganismos al interior del organismo), a procesos infecciosos como es el caso de la técnica de venopunción. La buena técnica aséptica implica, limitar en la medida posible la transferencia de microorganismos de una persona a otra.

En el lavado de manos intervienen medios químicos destructores de microorganismos. El agua corriente elimina en forma mecánica los elementos microscópicos, en tanto el jabón emulsiona las materias extrañas y reduce la tensión superficial, lo que facilita la eliminación de aceites, grasas y suciedad.

Se debe realizar antes del contacto con el paciente, para la realización de cualquier procedimiento y después de hacerlo, evitando de ésta manera el transporte de microorganismos de paciente-enfermera-paciente.

Elección del catéter o dispositivo de punción venosa: La elección del catéter correcto es importante para el resultado del tratamiento. Las agujas de acero, de mariposa, se emplean en situaciones cortas, limitadas. Son fáciles de colocar, pero infiltran fácilmente. Un mejor diseño permite numerosas elecciones en catéteres periféricos cortos, sobre la aguja. Las diferencias entre éstos catéteres son las siguientes:

- Espesor de la pared del catéter.

Efecto, velocidad de flujo.

- Agudeza de la aguja de introducción.

Efecto, leve modificación de la técnica de introducción.

- Propiedades de ablandamiento del catéter (el teflón se ablanda, el vialón se ablanda según un factor de 4, el aquavene se ablanda, según un factor de 50).

Efecto: el catéter permanece más tiempo.

- Diseño de seguridad para evitar lesiones por punción con la aguja y el contacto con la sangre.

Efecto: seguridad laboral-

- Número de luces disponibles para infusión simultánea de líquidos.

Efecto, cuando se elige un catéter con doble luz, pueden administrarse al mismo tiempo líquidos potencialmente incompatibles, a través de la misma vía periférica.

Las consideraciones al elegir un catéter son el tamaño y estado de la vena elegida, la viscosidad del líquido a infundir, la edad del paciente y la duración esperada del tratamiento.

Al elegir un catéter se debe consultar:

- Calibre # 16: Cirugía mayor y traumatismos.

- Calibre #18: Sangre y derivados de la sangre, administración de medicamentos viscosos.

- Calibre # 20: La mayoría de las aplicaciones para el paciente.

- Calibre #22: La mayoría de las aplicaciones para el paciente

especialmente niños y ancianos.

- Calibre # 24: Pacientes pediátricos y recién nacidos.

Elección de la vena: Como regla general, inicialmente deberán emplearse las venas dístales de las manos y brazos y las punciones venosas posteriores deberán ser proximales a los puntos anteriores. Las venas utilizadas generalmente para el tratamiento intravenoso son la basílica, la cefálica y las ínter óseas. Antes de elegir una vena se deberá inspeccionar y palpar la extremidad. Se comprobarán la elasticidad y la localización. Una vena ideal es la no utilizada y relativamente recta y se debe comprobar que el vaso es una vena y no una artería. Para que el procedimiento tenga éxito es fundamental la elección cuidadosa de la vena.

1. Utilice primero venas dístales.
2. Utilice el brazo no dominante del paciente, si es posible.
3. Elija una vena por encima de las zonas de flexión.
4. Elija una vena lo bastante grande como para que circule sangre suficiente alrededor del catéter.
5. Palpe la vena para comprobar su estado. Elija siempre venas blandas, llenas, no obstruidas, cuando existan.
6. Asegúrese que el punto elegido no va a dificultar las actividades diarias del enfermo, siempre que sea posible.
7. Elija un punto que no dificulte las intervenciones o técnicas previstas.

Si es posible se deberán evitar los siguientes tipos de venas:

1. Venas previamente usadas.
2. Venas ya lesionadas por infiltración o flebitis.
3. Venas esclerosadas, duras.
4. Venas de miembros comprometido quirúrgicamente. Por ejemplo, tras una mastectomía o con la colocación de un acceso para diálisis.
5. Zonas de flexión, incluida la fosa antecubital.
6. Las venas de las piernas, pues la circulación es lenta y las

complicaciones son más frecuentes.

7. Las ramas pequeñas, de pared delgada, de las venas principales del brazo.

8. La extremidad afectada por un accidente vascular cerebral.

9. Las venas magulladas, rojas o tumefactadas.

10. Las venas próximas a un área infectada.

11. Las venas utilizadas para la toma de sangre para exámenes de laboratorio.

En cuanto a consideraciones a los niños; las superficies de manos y pies son los puntos elegidos con más frecuencia.

La vena dorsal de la mano permite al niño la máxima movilidad.

Elegir siempre un sitio que exija el mínimo de limitaciones.

Las venas del cuero cabelludo son muy frágiles y necesitan protección para que no se infiltren fácilmente; se utilizan en recién nacidos y lactantes.

Las localizaciones en el pie, el cuero cabelludo y ante cubitales se utilizan con gran frecuencia en el grupo de edad de lactantes a niños que empiezan a andar.

En general, todas las venas visibles o palpables a través de la piel pueden utilizarse para cateterización y tratamiento intravenoso con líquidos. Los sitios preferidos son las venas de antebrazo, mano y pie, siempre procurando canalizar las venas más distales. Las venas de las extremidades pueden dilatarse más colocando un torniquete por encima del área a puncionar o por acción de la gravedad. Terapia intravenosa.

Limpieza y desinfección del punto de inserción del catéter: La limpieza del punto de inserción debe realizarse siempre estrictamente antes de la punción. Se debe lavar la piel con agua y jabón en una zona suficientemente amplia y se debe secar después, procediendo a continuación a la desinfección con antiséptico.

Desinfectar con una gasa estéril impregnada con yodo povidona o

alcohol al 70% reforzado, realizando círculos es espiral hacia el exterior desde el punto de la piel sobre el que se va hacer la punción (se debe dejar secar 2 minutos y comprobar que no quedan partículas).

Una vez desinfectada la piel no se debe volver a palpar el punto de inserción

Localización de la vena para la inserción del catéter: Para localizar una vena adecuada se debe buscar una posición cómoda en una región bien iluminada y coloque un torniquete 10 a 15 cm por encima del sitio propuesto. El torniquete debe estar lo bastante apretado como para detener la circulación venosa, pero no la arterial. Para facilitar la distensión venosa se debe pedir al paciente que abra y cierre el puño varias veces. Cuando el llenado venoso es difícil de conseguir, la colocación del miembro en posición declive o la aplicación de compresas calientes puede facilitar la solución del problema. Luego hay que estabilizar la vena manteniendo la piel tensa, ya que la fijación del vaso antes de la punción es fundamental para lograr la colocación atraumática del catéter.

Compruebe la capacidad de llenado de la vena pasando un dedo a lo largo de ella. Si el llenado es lento, la vena tendrá tendencia a colapsarse. Si hay una bifurcación por debajo del punto deseado se debe penetrar en la piel 2 a 3 cm por debajo de ella y avance hasta la rama principal.

Introducción del catéter:

1. Seleccione la mejor vena posible.
2. Limpie y desinfecte la piel.
3. Coloque un torniquete blando y plano, 10 a 15 cm por encima del punto.
4. Colóquese guantes.
5. Fije la vena, coloque el pulgar sobre la vena para impedir que se mueva y para mantener tensa la piel, en sentido contrario a la dirección del pinchazo.
6. Funcione la vena: sujete la cámara de vado del catéter, y no la boca

del mismo; (a) Método Directo: coloque el bisel de la aguja hacia arriba en un ángulo de 30 a 45 grados con la piel del paciente. Penetre en la dirección del flujo sanguíneo venoso; entre en la vena; puede notar un * pop* y ver un retomo de sangre; (b). Método Directa penetre la piel al lado de la vena y luego dirija el catéter para entrar lateralmente en la vena hasta que vea el retomo venoso de sangre.

7. Baje la aguja hasta que esté casi al nivel de la piel.

8. Adelante el catéter en la vena $\frac{1}{2}$ a 1 cm adicionales antes de retirar el mandril; libere la tensión de la piel, sujete el mandril y avance el catéter.

9. Suelte el torniquete y retire el mandril.

10. Coloque el equipo cebado o el obturador intermitente.

11. Fije el catéter y el equipo con adhesivo.

12. Coloque una compresa estéril.

13. identifique la venopunción: hora, fecha y nombre de la enfermera que la colocó.

Fijación e inmovilización de los catéteres periféricos: Los procedimientos para fijar un catéter varían entre los departamentos e instituciones, así como, entre el personal de enfermería Las normas básicas son las siguientes:

- Fije el punto de tal modo que puedan observarse los signos iniciales de flebitis o infiltración.

- Ponga adhesivo sobre el catéter, nunca directamente sobre el punto de inserción de éste, ni rodeando toda la extremidad, pues podría dificultarse la circulación de la sangre.

- Utilice la menor cantidad posible de adhesivo.

- Fije la boca de la cánula a la piel para impedir el movimiento del catéter dentro de la vena. El movimiento puede provocar una flebitis mecánica.

- Haga un asa con el equipo cerca de la cánula, para evitar que se acode o se salga.

- Compruebe con frecuencia los medios utilizados para inmovilizar el brazo o la mano, como férulas o soportes para asegurarse de que la vena no ha sido comprimida.

Rotación del punto de inserción de la venopunción: Los sitios de punción venosa tienen que ser cambiados de forma planificada, para reducir la posibilidad de flebitis e inflamación. La frecuencia de rotación depende del material del catéter. Los catéteres de teflón o vialón tienen que cambiarse cada 48 a 72 horas. Los de aquavene pueden permanecer colocados durante largos periodos, sí aparece enrojecimiento, sensibilidad o infiltración, siempre es necesario un nuevo sitio. Si el dispositivo permanece colocado más de 48 horas debido a dificultades de elección de la vena, la razón debe indicarse en la historia de enfermería del paciente. Se elige un nuevo sitio avanzado sobre el brazo del paciente en dirección proximal.

La flebitis

La flebitis es la inflamación de una vena seguida casi siempre de la formación de un coágulo en su interior por una acumulación progresiva de plaquetas, fibrina y elementos celulares de la sangre, sobre las paredes venosas alteradas por el proceso morboso. A veces se produce trombosis debido a alteraciones de la grasa de la sangre y por la circulación en las venas primitivamente sanas; este efecto se llama comúnmente flebotrombosis. La sintomatología de la flebitis está relacionada con las causas de la inflamación (fiebre, dolor local y afectación en el estado general) y a la dificultad de la circulación venosa producida por la trombosis (edema de valle). Complicación grave de todas las flebitis es la posibilidad de que se produzca el desplazamiento del coágulo o de sus fragmentos con la consiguiente formación de una embolia, casi siempre pulmonar.

Existen diferentes tipos de flebitis que pueden ocurrir por varios factores:

Cuadro N° 3

FLEBITIS MECÁNICA	FLEBITIS BACTERIANA	FLEBITIS QUÍMICA
Causada por el material del catéter, irritación de la íntima de la vena por el contacto con el material del catéter.	Causada por técnica Aséptica inadecuada durante el procedimiento. inflamación originada por cualquier tipo de microorganismo, generalmente por la falta de aplicación asepsia correcta.	Debida a un medicamento o a una solución irritante. Irritación del endotelio vascular originado por el contacto con soluciones hipertónicas o medicamentos con Ph ácido o alcalino.

Fuente: La autora.

Trombosis: por lo general se desarrolla en el área de entrada del catéter y se manifiesta luego que éste ha sido extraído, siendo asintomática o moderadamente dolorosa.

Tromboflebitis: generalmente está acompañada de fiebre, malestar general y leucocitosis, lo que indica que puede haber compromiso bacteriano. Los síntomas agudos habitualmente se presentan en unos pocos días pero, la hipersensibilidad puede persistir durante varias semanas, llevando eventualmente a la formación de un cordón venoso no doloroso. El cuadro agudo puede evolucionar a una tromboflebitis supurativa caracterizada por los síntomas anteriormente señalados y la salida de material purulento por el sitio de la venopunción.

La flebitis postpunción: es un problema de elevada frecuencia de presentación en el medio hospitalario. Al no causar habitualmente consecuencias graves, tan sólo molestias a nivel local, en oportunidades no se concede la suficiente importancia a su prevención, diagnóstico y tratamiento. Sin embargo, estas flebitis aumentan la sensación de discomfort del enfermo; a menudo son causa de febrículas que aumentan la estancia y por tanto el gasto hospitalario e incluso pueden dar lugar a errores

diagnósticos.

Factores que inciden en la aparición de flebitis: Existen una serie de múltiples factores que pudieran directamente ser redispuestos en la incidencia de flebitis divididos en dos grupos según la visión de su origen, y entre ellos se pueden enumerar:

Factores Extrínsecos, comprenden todos aquellos que son manejados desde afuera generalmente por el profesional de enfermería y cuya repercusión se considera su responsabilidad.

- Técnicas de asepsia y antisepsia cutánea.
- Técnica utilizada en la venopunción.
- Ph, tonicidad, cantidad y concentración de las drogas a administrar.
- Tiempo y velocidad de infusión.
- Recambio de los equipos de administración del tratamiento.
- Rotación de los sitios de la venopunción.

Factores Intrínsecos: comprende todos aquellos que son condicionados por el paciente y dependen de su estado, entre ellos:

- Estado mórbido de la patología.
- Estado nutricional del paciente.
- Edades extremas, (neonatos-ancianos).
- Mecanismos de defensa del propio paciente.
- Capacidad de adherencia de los microorganismos propios de la piel asociados al catéter.
- Migración de microorganismos de la piel próxima al lugar de inserción del catéter.

Medidas de prevención en la incidencia de flebitis

Preparación del paciente: Antes de acercarse al paciente, se debe completar la revisión de su historia en busca de alergias y la prescripción del médico; así como, los resultados de laboratorio. Los materiales deben elegirse de acuerdo con el objetivo y duración del tratamiento, la edad y

estado físico del paciente.

Los enfermos no familiarizados con el tratamiento endovenoso pueden mostrarse inquietos. Cuando el paciente está tenso, las venas pueden contraerse y hacer la punción más dolorosa y difícil. La ansiedad extrema puede reducirse indicando al enfermo que inspire y espire lentamente, que evite mirar al punto de punción y que se concentre en una imagen agradable. Estas medidas estimulan la colaboración del enfermo:

- Adoptar una actitud de confianza.
- Llamar al enfermo por su nombre.
- Presentarse.
- Comprobar la identificación del enfermo.
- Explicar el procedimiento y técnica de manera que sea comprensible por el paciente.
- Solicitar la colaboración del enfermo, sosteniendo su mano tan tranquilamente como sea posible.

Información al paciente sobre la terapia con venopunción: Esta información se ha recopilado para contestar a las preguntas que el paciente suele hacer sobre la terapéutica endovenosa. Explica la técnica, por qué se emplea y las precauciones que el enfermo debe observar para que mientras dura el tratamiento por venopunción, éste transcurra sin problemas.

¿Qué es la terapia endovenosa o con venopunción?

Endovenoso significa dentro de la vena. Para el tratamiento E/V, un catéter (un tubo plástico blando, del tamaño aproximado a una aguja) o una aguja se introduce en una vena, generalmente de la mano o brazo. El catéter o aguja se une a un equipo y recipiente o bolsa con soluciones o medicamentos (tratamiento), y de esta manera se le administrará su tratamiento.

¿Cuánto tiempo durará la venopunción?

Puede durar desde sólo algunas horas, hasta varios días. La terapia endovenosa dependerá de su evolución clínica.

¿Es dolorosa la terapia, a través de una venopunción?

Cuando se inicia el goteo endovenoso puede notar la introducción en la vena de la aguja portadora del catéter. A medida que la solución penetra a vena, puede molestar durante unos minutos, pero ésta molestia desaparecerá al poco tiempo.

Sí siente alguna molestia después de la introducción inicial, pida a la enfermera que lo atiende, que revise la venopunción, debido a que sólo debe sentirse una molestia mínima o ninguna.

¿Es posible moverse?

Si usted esta autorizado para levantarse de la cama puede moverse, incluso mientras esta recibiendo el tratamiento endovenoso. Sí el goteo está siendo controlado por una bomba de infusión, pida a su enfermera que la desconecte de la misma, antes de levantarse. Será conectado de nuevo cuando vuelva a la cama. Mientras esta deambulando, el soporte de la bomba u otro dispositivo debe ser empujado lentamente con el brazo libre al tiempo que mantiene el brazo con el catéter más bajo que el nivel del corazón. Manteniendo el brazo con el goteo por debajo del nivel del corazón se evita que la sangre ascienda por el equipo de infusión y se mantiene la velocidad correcta del flujo endovenoso.

¿Está permitido bañarse o ducharse?

Según el tipo y situación del tratamiento endovenoso, podrá usted ducharse o bañarse, consulte con la enfermera sobre la autorización e instrucciones relativas al tema.

¿Qué puede hacer el enfermo para colaborar?

Observando las siguientes precauciones usted hará que la administración del tratamiento endovenoso se desarrolle sin dificultades:

- Informe rápidamente al personal de enfermería de problemas como: una tumefacción no habitual, enrojecimiento, sensibilidad o ardor en el punto de inserción del catéter.

- No toque o manipule ninguno de los controles del equipo

endovenoso, pida a la enfermera que haga todos los ajustes necesarios.

- No descuelgue el envase o bolsa de líquidos del soporte endovenoso o paral.

- Tenga cuidado de no halar o dejar caer el equipo endovenoso.

- Reduzca al mínimo los movimientos del brazo o mano, sobre todo de las articulaciones más próxima al punto de inserción del catéter.

- No levante demasiado el brazo o mano; el punto de inserción del catéter debe estar por debajo del envase con líquidos para que este fluya perfectamente.

- No se recueste sobre el brazo o alguna parte de su cuerpo donde tenga colocado un catéter endovenoso.

- Evite acostarse sobre el equipo de infusión o que este se enrede en sus ropas o cama.

- Pida ayuda. Muchas tareas pueden ser difíciles con una venopunción. Su enfermera(o), tendrá mucho gusto en ayudarlo.

¿ Qué sucede después de retirar la venopunción?

Inmediatamente después de retirar el catéter se hará presión sobre el punto de inserción para que cierre la vena y no sangre. Posteriormente usted podrá usar el brazo como venia haciendo.

Cuidados del punto de inserción: En punto de penetración del catéter endovenoso se necesita la colocación de un apósito estéril. El apósito debe cambiarse siempre que se ensucie o se afloje. Son aceptables varios tipos de apósito, como: apósito transparente, vendajes estériles, gasas y adhesivos, siempre que se mantenga la esterilidad. En el momento de la introducción del catéter puede aplicarse una pomada bacteriostática en el punto de inserción (su utilización puede ser opcional).

Mantenimiento del catéter: Para que la situación del catéter se prolongue es necesario la utilización de apósitos estériles. La frecuencia de los cambios de cura estará determinado por las normas institucionales. Es necesario realizar la cura siempre que se pierda la oclusión o que el punto de

inserción se humedezca.

Control de procesos infecciosos: La infección en el punto de punción venosa suele estar causadas por quebrantar la técnica aséptica durante el procedimiento. Las siguientes medidas reducen los riesgos de infección:

- Lavarse las manos antes y después de iniciar el procedimiento de venopunción o administrar algún tipo de tratamiento.

- Utilice un antiséptico aprobado para limpiar la piel del paciente.

- Corte el vello en el punto de inserción venoso.

- No reutilice un catéter o aguja.

- Coloque una compresa estéril en el sitio de punción. Si se descubre una infección en el punto de punción venosa, por ejemplo; una secreción purulenta y una celulitis, es necesaria la siguiente asistencia:

1. Muestra del exudado para cultivo antes de retirar el catéter.

2. Retire el catéter sujetándolo por parte próximal, de modo que no se toque la parte de éste bajo la piel.

3. Ponga el catéter sobre el recipiente estéril y utilice unas tijeras estériles o bisturí para cortar la parte distal, de aquel de modo que caiga en el recipiente estéril.

4. Etiquete el recipiente y envíelo al laboratorio.

5. Reanude el procedimiento de colocación de un nuevo catéter en otro sitio utilizando materiales nuevos y estériles.

Indicaciones para venas difíciles: Cuando se encuentran venas difíciles hay que recordar que la clave para una punción con éxito, es la punción sistemática. El enfermo debe estar en una posición cómoda con el brazo abajo. Debe adoptarse una actitud de confianza al tiempo que se tranquiliza al paciente.

Varias técnicas que pueden aumentar la visibilidad de las venas difíciles de encontrar; son:

- Limpiar la piel con alcohol y golpear ligeramente con los dedos para

hacer la vena más prominente.

- Poner compresas calientes sobre el brazo por varios minutos.
- Transluminar la vena colocando una fuente de luz de fibra óptica sobre el brazo.

A continuación se relacionan las actuaciones para aumentar el número de punciones con éxito en situaciones difíciles.

Cuadro N° 4

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA	ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA
<ul style="list-style-type: none">- Enfermo obeso; imposible palpar venas o ver las venas.- Piel y venas frágiles después de la punción hay infiltración.- La vena se desplaza cuando se intenta la punción.- El paciente está en shock o su retomo venoso es mínimo.	<ul style="list-style-type: none">- Crear una imagen visual anatómica venosa; elija un catéter más largo.- Utilice una mínima presión del torniquete; si el pulso es saltón, no emplear torniquete.- Fijar la vena con el pulgar mientras se pincha.- Dejar puesto el torniquete para facilitar la distensión venosa; use el catéter de calibre 16 o 18.

Fuente: La Autora 2006.

Información al paciente y la familia para el autocontrol: Los enfermos con tratamiento por venopunción, necesitan recibir información que les permita proteger su venopunción y su integridad física; e informar de las complicaciones a] personal de enfermería. La información debe contener lo siguiente:

- Limitaciones di movimiento.
- Información a transmitir:
 - Enrojecimiento, tumefacción o molestias en el punto de

inserción.

- Presencia de sangre en el equipo de infusión.
- Humedad en el apósito o cura.
- La solución o tratamiento endovenoso no baja o lo hace muy

lentamente.

- Cambio de punto de inserción endovenoso o venopunción cada 48 a 72 horas o inmediatamente si se presenta algún signo o síntoma de complicación.

- Como bañarse con la venopunción puesta.

Consideraciones pediátricas

-Las superficies de manos y pies son los puntos elegidos con más frecuencia.

- La vena dorsal de la mano le permite al niño la máxima movilidad.

- Elegir siempre un sitio que exija el mínimo de limitaciones

- Las venas del cuero cabelludo son muy frágiles y necesitan protección para que no se infiltren fácilmente; se utilizan en recién nacidos y lactantes.

- Las localizaciones en el pie, el cuero cabelludo y ante cubitales se utilizan con gran frecuencia en el grupo de lactantes a niños que empiezan a caminar.

Concepto de calidad

Cuando se menciona el término calidad, por lo general lo asociamos con productos o servicios excelentes, que satisfacen nuestras expectativas y, más aún, las rebasan. Tales expectativas se definen en función del uso que se dará al producto o servicio en cuestión y de su respectivo precio de venta.

De acuerdo con la norma A3-1987 ANSI/ASQC, calidad es la totalidad de aspectos y características de un producto o servicio que permiten satisfacer necesidades implícita o explícitamente formuladas. Estas últimas se definen mediante un contrato, en tanto que las primeras se definen según las condiciones que imperen en el mercado, aunque también es necesario

determinarlas y definir las. Entre los elementos que conforman estas necesidades figuran la seguridad, la disponibilidad, la mantenibilidad, la confiabilidad, la factibilidad de uso, la economía, es decir precio, y el ambiente. El precio se expresa sin mayor problema en función de una unidad monetaria (Dale H. Besterfield, 1995, *Control de calidad*: Prentice Hall Hispanoamericana p36).

Besterfield en esa misma obra, refiere algunos aspectos sobre la responsabilidad de la calidad por áreas, donde se menciona lo siguiente:

Sí bien es cierto que la calidad es estudiada con la institución, también es cierto que el recurso humano es quién la lleva a cabo y no deberá ser considerada como la responsabilidad de una sola persona o de una sola área, sino mas bien como una tarea que todos deben compartir. De ella participan tanto los empleados como las autoridades de la institución, por ello la responsabilidad se distribuye entre las diferentes áreas facultadas para tomar decisiones

Calidad de servicio de salud

En nuestro país, el concepto de calidad a los Servicios de Salud se ha incorporado en los últimos años. Esto no implica que históricamente los Servicios de Salud no hayan buscado permanentemente la excelencia. Pero la adaptación de modalidades provenientes del sector industrial al sector salud y el propio desarrollo del tema en el Sector ha provocado un "aggiornamiento" que debería repercutir favorablemente en los mismos.

Por otra parte la situación crítica que atraviesa nuestro país y que obviamente impacta en nuestro Sector lejos de promover el desinterés por estos temas, debería constituir un acicate. Hoy más que nunca debemos pensar en calidad y en la mejora continua de la misma.

En el campo de la salud se utilizan habitualmente cuatro palabras con las que se pretende enmarcar el accionar sanitario. Estas son: EQUIDAD, EFECTIVIDAD, EFICACIA y EFICIENCIA. Cuando la prestación de servicios se realiza con equidad, se da más a quién más necesita garantizando la

accesibilidad; con eficacia, esto es con metodologías y tecnologías adecuadas; con efectividad, esto es alcanzando cobertura e impacto adecuados; y con eficiencia, esto es con rendimiento y costos acordes. Podríamos decir que esto constituye calidad de los Servicios de Salud.

El aggiornamento antes mencionado tiene por un lado la posibilidad de revitalizar viejos conceptos siempre vigentes, pero por otro lado ha fortalecido dos elementos que no siempre han sido tenidos en cuenta. El primero de ellos es la importancia del desarrollo de los procesos y fundamentalmente la importancia en los Servicios de la satisfacción y la opinión del paciente o usuario, es decir, del ciudadano. En síntesis pensar más en cuáles son las necesidades de la gente y menos en lo que deseamos ofrecer. En otras palabras pensar más en la demanda que en la oferta de Servicios.

Existen algunas consideraciones importantes respecto del término calidad que vale la pena tener en cuenta. En primer lugar "calidad" no es sinónimo de lujo o de complejidad. Por el contrario. La calidad debe ser la misma en todos los niveles de atención. En segundo lugar no constituye un término absoluto sino que supone un proceso de mejoramiento continuo. En tercer lugar, es una cualidad objetivable y mensurable. Por último no depende de un grupo de personas sino que involucra a toda la organización.

El desafío es poder evaluar este proceso en su conjunto en cada establecimiento, de modo tal que pueda ser objetivado y comparado, que permita conformar estándares y laborar procesos correctivos para producir mejoras continuas. Para alcanzar estos fines es imprescindible introducir la cultura de la evaluación institucional, desarrollando procesos evaluativos y normativos de consenso, paulas y estándares mínimos para las acciones y procedimientos en salud, así como para la organización y funcionamiento de los servicios y establecimientos asistenciales. Un sustento importante para el desarrollo de programas de calidad es el proceso de evaluación de tecnologías en salud y la medicina basada en evidencias.

Acreditación, autoevaluación, certificación de normas ISO. Premio Nacional de la Calidad, las normativas de nuestro propio Programa de Garantía de Calidad son expresiones del desarrollo alcanzado en el campo de la calidad. Estos múltiples Instrumentos por sí mismos no representan en forma absoluta la calidad total de los servicios de calidad. Es por ello que se hace necesario fortalecer institucionalmente a los servicios de salud para que puedan construir y desarrollar una cultura de promoción, evaluación y resguardo de la calidad de atención. Procesos que desde el Programa Nacional de Garantía de Calidad de Atención Médica se conciben como transformaciones que deben plasmar en procesos continuos, permanentes y uniformes en el Sector salud; que deben contar con la inclusión de todos los subsectores y con el consenso de las jurisdicciones provinciales y municipales, asumiendo el Estado el rol que le compete de Rector del Sector y de garante de la adecuada respuesta a la demanda de la población.

Componentes del Programa Nacional de Garantía de Calidad:

El Programa Nacional de Garantía de Calidad está constituido por un conjunto de componentes, que se encuentran estrechamente vinculados entre sí:

Primer componente: Calidad en la estructura de los servicios de salud.

Está relacionado con los aspectos de habilitación y categorización de los establecimientos de salud. En el mismo se confeccionan las normas de organización y funcionamiento de los servicios que integran un establecimiento, a través de comisiones de trabajo “ad hoc” integradas por entidades académicas, gremiales, financieras y prestadores de servicios.

Segundo componente: Calidad en recursos humanos.

Hace referencia al ejercicio profesional de todos los integrantes del equipo de salud, en el cual se incluyen la especialización, matriculación, certificación y recertificación, profesional, con participación de todas las entidades v

vinculadas a este proceso.

Tercer componente: calidad en los procesos y gestión de los servicios de salud

El tercer componente se vincula con la elaboración de guías y protocolos clínicos, así como de procedimientos en la gestión de los Servicios de Salud.

Cuarto componente: evaluación y control de la calidad.

Aquí corresponde referirse a la implementación de indicadores y estándares de la estructura, proceso y resultados en los Servicios de Salud y la compatibilización de las distintas modalidades de evaluación externa de la calidad v la gestión interna de calidad

Quinto componente: cooperación técnica y capacitación

Este componente se refiere a la oferta que el Programa tiene para el asesoramiento y capacitación en esta temática a las jurisdicciones provinciales, así como la promoción de las diversas iniciativas de la calidad.

Implementación del programa

Para la Implementación del Programa, debemos tener en cuenta dos aspectos:

1. Construcción de las herramientas y desarrollo de los componentes del Programa. Respecto del primer punto y teniendo en cuenta los principios enunciados anteriormente se trabaja con comisiones creadas "ad hoc" para la elaboración de los primeros cuatro componentes del Programa. En dichas Comisiones son invitadas a participar entidades académicas, científicas, gremiales, deontológicas, prestadores y financiadores de servicios, es decir tratando de involucrar a todos los actores del sector salud. En este momento están trabajando más de 60 comisiones según las distintas temáticas. Una vez, consensado en la Comisión respectiva la normativa, la misma es aprobada por el Ministerio de Salud a través de un acto administrativo que es difundido por el Boletín Oficial del Poder Ejecutivo Nacional. Esta difusión habilita a aquellos que están en desacuerdo a poder observar el documento

elaborado. De existir dichas observaciones, El documento retorna a la Comisión para su modificación si se considera pertinente la observación. Por otra parte las jurisdicciones provinciales, habida cuenta la característica de país federal, están autorizadas a adaptar las normativas a su realidad local si así lo consideran adecuado.

4.2. Marco Organizacional

4.2.1. Reseña Histórica del Hospital de Niños

Discurría el año 1936, Santiago León de Caracas contaba con apenas 300.000 habitantes. Todavía la continuidad de los cielos capitalinos no eran interrumpidos por los rascacielos y los vehículos esperaban ansiosos la construcción de las modernas autopistas. Los caraqueños compraban sus alimentos en pequeños mercados adivinando la creación de los automercados. Para ese entonces la mortalidad infantil era de 150 y prácticamente no había médicos de niños, ni un hospital pediátrico. Tres visionarios médicos pediatras: Gustavo Machado, Pastor Oropeza y Guillermo Hernández Zozaya, comienzan a laborar en la creación de la especialidad de médicos de niños en el país, de manera paralela a la apertura de un hospital pediátrico. Casi un año después, el 2 de Febrero de 1937, finalmente el Hospital Municipal de Niños "Dr. José Manuel de los Ríos" abre sus puertas en su sede de la esquina de Pirineos; edificación que originalmente se iba destinar al funcionamiento de un cuartel militar. El Director, ad-honorem, fue el doctor Gustavo Machado, también Jefe del Servicio de Medicina General 1, el doctor Hernández Zozaya, quedó al frente del Servicio 2 y el doctor Oropeza, del Servicio 3. Los Adjuntos fueron los doctores Ernesto Vizarrondo, Julio Murzi D'Alta, Simón Gómez Malaret, Carlos y Rafael Camejo Troconis, Lya Imber de Coronil y Luis Eloy Gámez. Posteriormente otros doctores iniciaron los diferentes servicios tales como:

Servicio de Cirugía los doctores Manuel Pérez Carreño, Gutiérrez Solís y Blanco Gásperi, teniendo por adjuntos a los doctores: Fernando Rubén Coronil y Pablo Izaguirre, quienes a posteriori organizan los Servicios de cirugía y Traumatología del Hospital. El Servicio de Otorrinolaringología fue fundado por el doctor Julio García Alvarez, teniendo por adjunto al doctor Pedro González Vera. Posteriormente el Laboratorio, el Servicio de Anatomía y el Servicio de Radiología fueron creados. El Hospital de Niños "J. M. de los Ríos" fue sede en el año 1938 del Primer Congreso del Niño, el cual sentó las bases de nuestra legislación.

La creación de la Cátedra de Puericultura y Pediatría se plantea tímidamente en 1937 con la visita de los primeros bachilleres (Carlos y Lorenzo Castillo) como parte fundamental de su preparación como futuros médicos. Pero es en 1938 que los primeros bachilleres internos fueron admitidos por los doctores Machado, Oropeza y Hernández. Algunos de estos bachilleres fueron: Gabriel Barrera Moncada, Decanio Damico, Miguel Franco y Milton López Henríquez. Pero es en 1942 cuando el Dr. Pastor Oropeza presentó el concurso para la Cátedra de Pediatría, que oficialmente se crea la Cátedra de Puericultura y Pediatría siendo sus primeros profesores los doctores Pastor Oropeza, Ernesto Vizcarrondo y Espíritu Santos Mendoza.

Hablar del Hospital de Niños "J. M. de los Ríos" es hablar de la Pediatría nacional y alrededor de los tres médicos visionarios se agruparon un grupo de jóvenes para aprender a curar a los niños, dando el caso que en una reunión alrededor de una cuna para tratar un caso difícil, se encontraba todo el personal del Hospital para ese momento. El Hospital ha visto nacer dentro de sus paredes todos los avances hacia la asistencia del niño. La inexistencia de enfermeras obligó la creación de una Escuela de Enfermeras y como no se consiguieron candidatas con sexto grado, allí igualmente se impartían clases de primaria. Se organizan los cursos de post-gradados y se fundan la Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría y más tarde la

Sociedad Médica del Hospital de Niños "J. M. de los Ríos" que actualmente celebra sus 42 años.

En el años 1958 la lucha de los médicos del Hospital de Niños "J. M. de los Ríos" logra la mudanza del Hospital al edificio que hoy ocupa, que al igual que su primera sede estaba destinado a otro fin, originalmente diseñado para el funcionamiento de la Escuela de Enfermería; remodelado para albergar tanto a médicos, enfermeras y pacientes, iniciando así la era moderna de nuestro querido Hospital. Después de su traslado a la nueva sede, en San Bernardino, en 1958, ha continuado el Hospital de Niños aquella tradición docente, tanto con alumnos de pre-grado como médicos de post-grado.

A partir de 1969, por decisión de la Facultad de Medicina y bajo la responsabilidad de la Cátedra de Pediatría de la Escuela "José M. Vargas", se extendió la enseñanza de Pediatría para responder al imperativo demográfico y epidemiológico del país que reclama médicos con suficientes conocimientos y adiestramiento para participar, en las diversas áreas del territorio nacional, en la atención de los problemas del niño que tanta repercusión tienen en las estadísticas de morbilidad y mortalidad. Desde entonces, el estudiante de medicina inicia su contacto con el niño a nivel de 2° año, cuando estudia fisiología y desde el 4° semestre viene al hospital de Niños donde recibe enseñanza teórica y práctica en la forma progresiva, gradual e interrumpida de Puericultura, Semiología Pediátrica, Nosografía y Clínica Pediátrica e Internado Rotatorio. Anualmente cerca de 400 estudiantes de los distintos semestres reciben esta enseñanza y cada estudiante durante los años de estudios en la Facultad de Medicina recibe un total de 1.500 horas de Pediatría, que comienzan con las nociones más elementales y concluyen en el Internado Rotatorio, concebido como ejercicio profesional dirigido.

A pesar de que en el país se han ido fundando otros importantes Centros Pediátricos, el Hospital "J. M. de los Ríos" por la calidad de sus

profesionales y de sus servicios sigue atendiendo niños de todo el país que acuden a él en busca de salud.

La atención del niño hospitalizado ha mejorado en el transcurso de los años. Por una mejor comprensión de las necesidades del niño, el Hospital cuenta con maestros que atienden la escolaridad de los niños; los permisos a las madres son dados para quedarse con los niños y existen técnicos que permiten al niño una sana y permanente recreación que le ayuda a curarse y a sufrir menos; grupos de damas voluntarias de la Acción Voluntaria de Hospitales y la coral del Hospital de Niños ayudan a estas tareas.

Como vemos - mucho se ha logrado- pero mucho más es necesario lograr. Las insuficiencias de toda índole son inconmensurables. Los conocimientos son cada vez más firmes y profundos y exige como un deber prioritario y primordial al debida atención de los niños. La comprensión y la conciencia colectiva constituyen una de las condiciones para logros y progresos en este campo.

Estos son extractos de algunos escritos y del discurso pronunciado por la profesora Dra. Lya Imber de Coronil en ocasión de la celebración del XX Aniversario de la Sociedad de Médicos del Hospital de Niños “J. M. de los Ríos” en 1978, que hoy por hoy siguen tan vigentes como entonces. La esperanza continua y la fe inquebrantable de que nuestros gobernantes entiendan la necesidad de mantener a este centro asistencial y los demás hospitales a la par de los adelantos científicos para así poder brindar la atención digna y eficiente – tradición de nuestra institución- que nos hace continuar este transitar hacia la excelencia.

4.2.2. Descripción del hospital de Niños J.M de los Ríos

El hospital es considerado un hospital de referencia nacional tipo IV.

Cuenta con cuatro departamentos medios a saber: Medicina con 20 servicios, cirugía con 15 servicios, emergencia y cuidados intensivos con 2

servicios diagnóstico y servicios auxiliares con 9 servicios.

La estructura física del hospital está constituida por 4 edificaciones principales con un total de aproximadamente de 34.000 mts² construidos en diferentes épocas. Es de observar, que originalmente de las primeras edificaciones fueron destinadas para albergar una escuela de enfermería, posteriores modificaciones y nuevas construcciones, lo habilitaron como un hospital pediátrico. No es por lo tanto extrañar que algunos de sus espacios físicos presenten graves problemas de circulación para los parientes y usuarios.

Misión: Prestar asistencia médica integral, con equidad, humanidad y eficiencia a niños y adolescentes especialmente de escasos recursos económicos; así como realizar funciones de docencia e investigación.

Visión: Ser el primer hospital pediátrico con calidad y excelencia en la asistencia, docencia e investigación y centro de referencia nacional. Para brindar la atención calificada a aquellos casos más complejos, en todas las especialidades médicas – quirúrgicas, relacionadas con la pediatría que no puedan ser resueltos por otros hospitales de nivel inferior.

4.2.3. Historia de los servicios de medicina

El Hospital “J.M. de Los Ríos” ha visto nacer en sus paredes todos los avances hacía la asistencia del niño. La inexistencia de enfermeras obligó la creación de una escuela de enfermeras y como no se consiguieron candidatas con sexto grado allí igualmente se impartían clases de primaria.

El hospital fue sede en el año 1938 del primer congreso de niño que sentó bases de nuestra legislación Pastor Oropeza en 1942 presentó allí el concurso para la Cátedra de Pediatría que se fundó en estos momentos y hoy los alumnos de medicina en el curso de sus estudios reciben 1.500 horas de clases. Las especialidades pediátricas comienzan a perfilarse, se fundan y se perfeccionan, se organizan los cursos de Post-grado de pediatría y se

fundan la sociedad venezolana de Puericultura y Pediatría y más tarde la Sociedad médica del hospital “J.M. de los Ríos”.

En el año 58 la lucha de los médicos del hospital de niños “J.M. de los Ríos” logra la mudanza del hospital al edificio que hoy ocupa, igualmente destinado para otros fines.

4.2.3. Escuela de enfermeras

Se remodela y el cual actualmente sufre otra importante reconstrucción y ampliación. Allí comienzan a funcionar las 7 medicinas, a pesar de que en el país se han ido fundando otros centros pediátricos, el hospital “J.M. de los Ríos” por la calidad de sus profesionales y sus servicios sigue atendiendo niños de todo el país que a veces acuden a él en busca de salud.

Los permisos a las madres son dados para quedarse con los niños una sana y permanente atención que le ayuda a curarse y sufrir menos; grupos voluntarios ayudan a estas tareas.

Como vemos mucho se ha logrado pero mucho más es necesario lograr.

Las insuficiencias de toda índole son inconmensurables. Los conocimientos son cada vez más firmes y profundos y exige como un deber prioritario y primordial la debida atención de los niños.

La comprensión y la conciencia colectiva constituyen una de las condiciones básicas para logros y progresos en este campo.

4.2.5. Descripción estructural de las medicinas

Misión: Los servicios de medicina del hospital de niños “J.M. de los Ríos” tiene como misión gerenciar las funciones asistenciales administrativas, docentes e investigación dirigidas al desarrollo de la práctica

profesional con eficiencia, promoviendo procesos de cambios aplicando herramientas y tecnologías que conduzcan a afianzar el conocimiento técnico y científico del personal de enfermería, con el propósito de garantizar cuidados integrales e integrados al niño, familia y comunidad.

Visión: Tiene como visión un recurso humano eficiente y especializado que proporcione atención integral con calidad y calidez al niño, familia y comunidad.

4.2.6. Objetivos del servicio de medicina

Objetivo General: Brinda atención directa e integral durante las fases de: diagnóstico, tratamiento y recuperación de la enfermedad, basándose en la aplicación del conocimiento científico y tecnológico, para el logro de su restablecimiento e integración a su núcleo familiar en el menos tiempo posible.

Objetivos específicos

- Proporciona máxima atención de cuidados directos e integral al niño hospitalizado en las unidades de medicina.

- Lograr el restablecimiento del niño e integración al núcleo familiar en el menor tiempo posible.

- Establecer programas de educación continua en servicio logrando capacitación y especialización del personal de salud en su área de trabajo.

- Planificar actividades educativas e informativas para los pacientes y sus familiares.

- Asegurar la atención integral al paciente, familia y comunidad; mediante la organización, dirección y supervisión de las actividades y funciones de enfermería.

4.2.7. Descripción estructural de las medicinas

El servicio de las medicinas tiene capacidad para 30 camas. Las cuales están distribuidas siete áreas:

Medicina 1 = 12 cama cuidados intensivos (oxigenoterapia)

Medicina 2 = 12 camas, 3camasdecuidados intensivos.

Medicina 3 = 12 camas, 3 camas cuidados intensivos y oxigenoterapia.

Medicina 4 = 12 camas, 3 camas cuidados intensivos y oxigenoterapia.

Medicina 5 = 12 camas, 3 camas cuidados intensivos y oxigenoterapia.

Medicina 6 = 12 camas, 3 camas cuidados intensivos y oxigenoterapia.

Medicina 7 = 12 camas, 3 camas cuidados intensivos y oxigenoterapia.

Su propósito

Es proporcionar atención de enfermería de calidad

- Promover el desarrollo del personal supervisor.
- Mantener la disciplina y el interés por el trabajo.
- Optimizar los recursos humanos y materiales.
- Crear un ambiente favorable a la productividad.
- Asegurar el logro de los objetivos.

Recursos componentes

Cuadro N° 5.

Médicos	
Servicios de medicina 1 y 2	Jefe de servicio 2 Adjunto de servicio 6
Servicios de Medicina 3 y 4.	Jefe de servicio 2 Adjunto de servicio 6
Servicios de medicina 5 y 6	Jefe de servicio 2 Adjunto de servicio 5
Servicios de medicina 7	Jefe de servicio 1 Adjunto de servicio 3

Fuente: La autora 2006

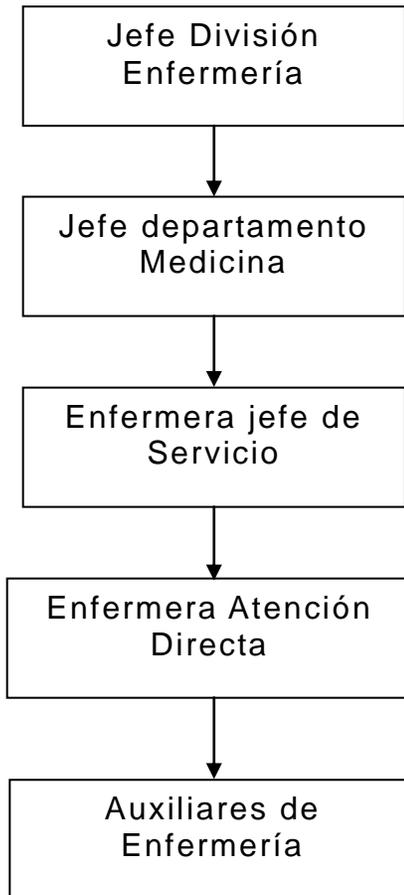
Cuadro N° 6

Enfermeras	Turnos			
	7 a 1	1 a 7	7 a 7	7 a 7
Enfermeras profesionales	13	8	7	7
Auxiliares enfermeras	4	4	3	3
Total	17	12	10	10

Fuente: La autora 2006

Figura N° 1.

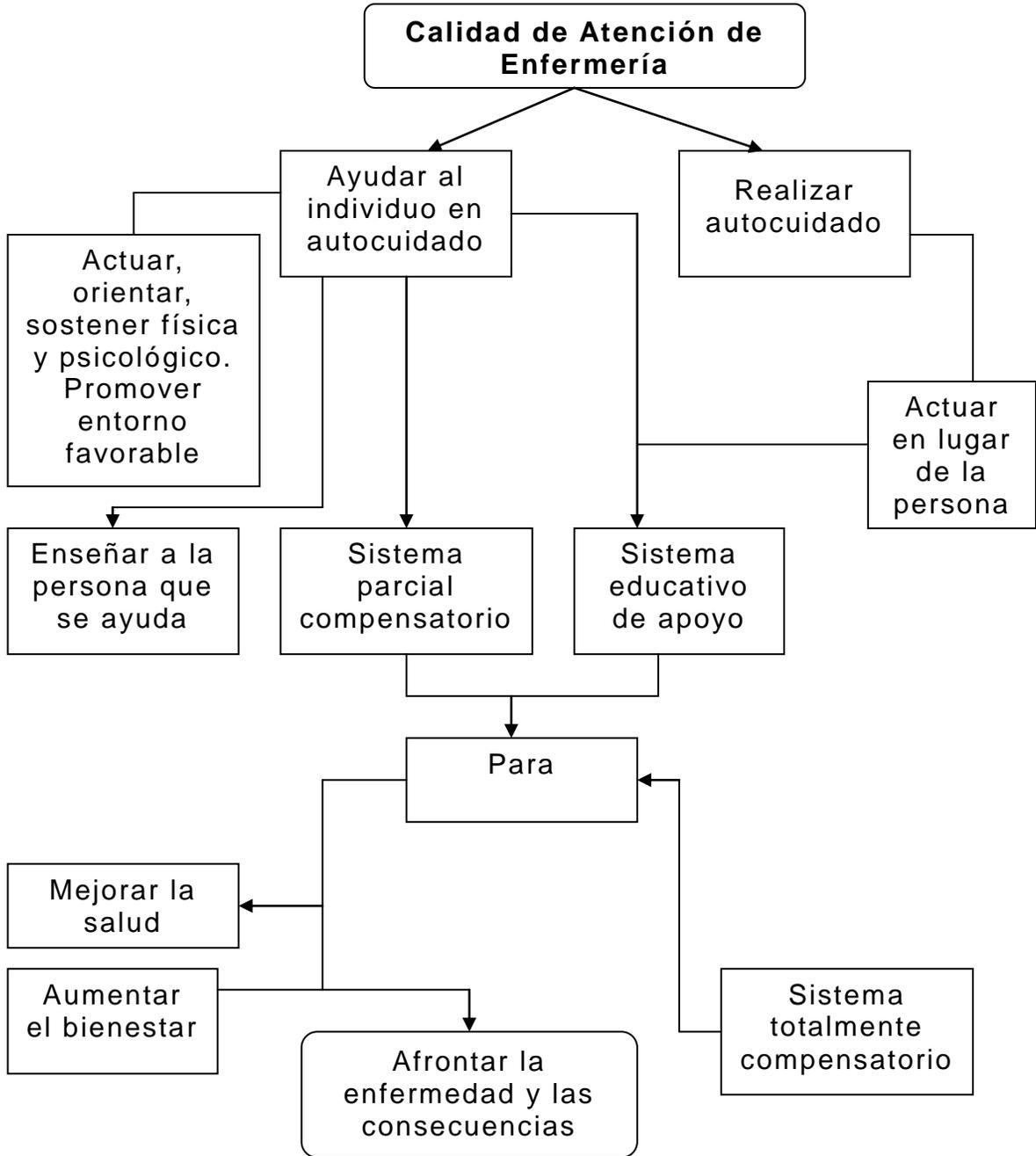
4.2.8. Organigrama funcional de enfermería



Fuente: Hospital J.M. de los Ríos

Figura N° 2.

4.2.4. Diagrama, diseñado para la calidad de atención de enfermería hacia el paciente



4.3. Operacionalización de variables

Se tienen como variables; la complicación de la venopunción, que es "La Flebitis"; la cual pasa inadvertida en el contexto hospitalario, tal vez por ser tan común; y el Desempeño Asistencial del Profesional de Enfermería", a quien compete directamente el procedimiento, mantenimiento, evaluación y control de lo relacionado a la venopunción .

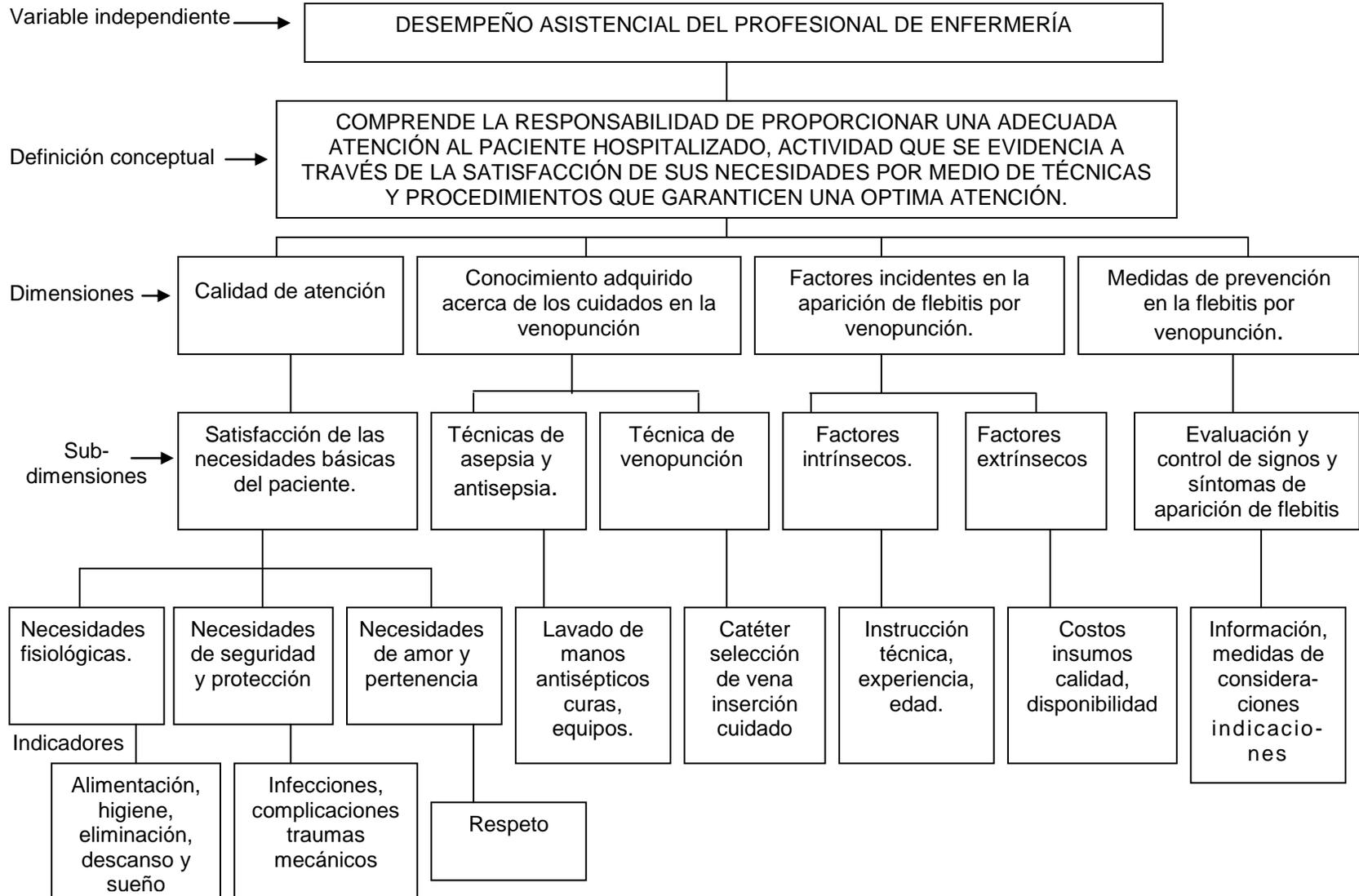
De lo referido anteriormente se deriva que la variable independiente se corresponde, al Desempeño Asistencial del Profesional de Enfermería, en su desempeño en la atención directa al usuario en relación a una serie de factores que pudieran influir en su actuación, entre éstos se tienen: el grado de instrucción, la edad, la experiencia dentro del área donde se desempeñe, capacidad en la resolución de problemas y su actitud hacia los pacientes en su labor diaria , además del conocimiento que la misma tenga sobre la técnica para la realización de la venopunción, cuidados, mantenimiento y medidas de prevención en la incidencia de flebitis.

De la misma manera la variable dependiente la constituye la flebitis como responsabilidad directa o indirecta del procedimiento realizado por enfermería, en la cual se presentan una serie de factores que favorecen su incidencia, unos prevenibles y otros no, debido a que se corresponden con características muy individuales en cada paciente y dependen del desarrollo de su cuadro clínico y estado físico.

Por lo anteriormente establecido, se obtiene que existe una relación directa entre la incidencia de flebitis como complicación, de un procedimiento que es inherente al profesional de enfermería en su práctica diaria.

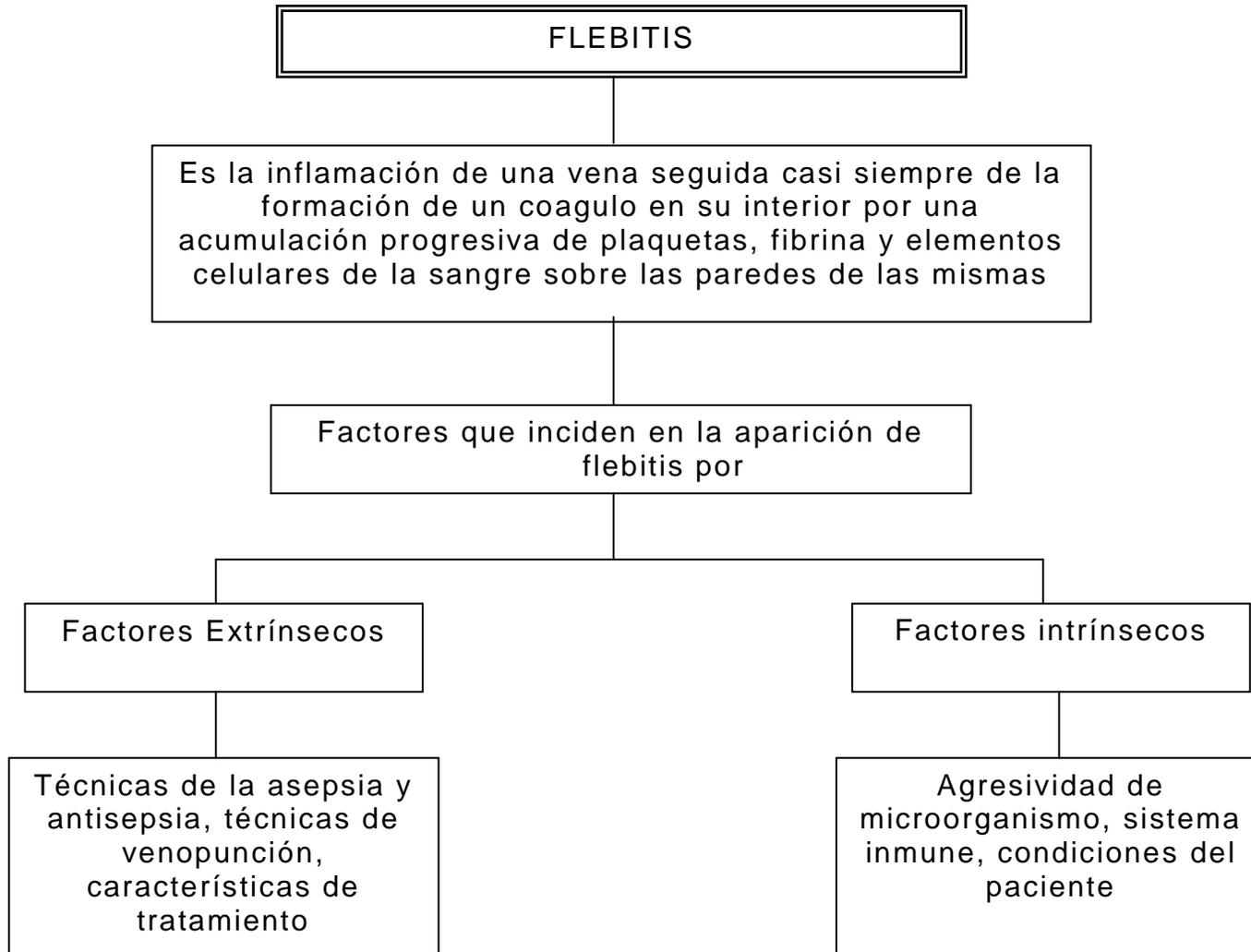
Figura N° 3

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES



OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Figura N° 4



DEFINICIONES DE TÉRMINOS

Cuadro N° 7

DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL
<ul style="list-style-type: none"> • Asepsia: Ausencia de gérmenes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Asepsia: Medida de prevención para prevenir proliferación de microorganismos patógenos.
<ul style="list-style-type: none"> • Flebitis: Inflamación de una vena. 	<ul style="list-style-type: none"> • Flebitis: Estado morboso, que puede aparecer durante la venoclisis, evidenciado por enrojecimiento, dolor, inflamación en el lugar de la punción.
<ul style="list-style-type: none"> • Venopunción: Punción quirúrgica de una vena, inserción de una aguja o catéter de una vena. 	<ul style="list-style-type: none"> • Venopunción: Técnica que se aplica, para insertar un catéter y/o aguja.
<ul style="list-style-type: none"> • Toxicidad: Calidad de toxico, grado de virulencia de una toxina. 	<ul style="list-style-type: none"> • Toxicidad: Dosis mortal, o cantidad menor que puede producir daño en el organismo.
<ul style="list-style-type: none"> • Infección: Invasión de microorganismos vivos, que pueden dar lugar a una enfermedad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Infección: Resultado de la invasión de microorganismos patógenos manifestados por signos y síntomas (secreciones, calor local, etc.).

Fuente: La autora 2006.

CAPÍTULO V

5. MARCO METODOLÓGICO

5.1. Tipo de la investigación

Es considerada una investigación del tipo descriptiva; puesto que los estudios descriptivos tienen como propósito "decir cómo es y como se manifiesta determinado fenómeno". Hernández S., (1998), apunta que los estudios descriptos (... "Busca especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis"). Este autor señala que en un estudio descriptivo se seleccionan y se miden atributos de un fenómeno para describirlo. En atención a la estructura propuesta por Hernández S., así como, la disposición de comprometer el alcance de esta investigación hasta el b nivel descriptivo indispensable para realizar el Rol y la Calidad de Atención del Personal Profesional de Enfermería en la Incidencia de Aparición de Flebitis por Venopunción, en las Unidades Clínicas de Medicina Pediátrica General, del Hospital "José Manuel de Los Ríos".

De acuerdo a su naturaleza el presente trabajo de investigación está inmerso dentro de la categoría denominada investigación documental la cual es la investigación basada en el estudio de fuentes documentales.

Se entiende por investigación documental "el estudio de problemas con el propósito de ampliar y profundizar el conocimiento de su naturaleza, con el apoyo, principalmente, en fuentes bibliográficas y documentales". En consecuencia, es también documental, pues la misma emplea los datos o información documental publicada en libros, revistas, levas, Internet, etc.

Es prospectiva, por que se registran las informaciones las

informaciones a medida que vayan ocurriendo los fenómenos y la longitud, por que estudia una o más variables a lo largo de un período.

Después de conocer las bases teóricas que apoyan científicamente la investigación, se plantea elaborar una estrategia o plan general que permita definir las actividades necesarias para comparar los hechos con la teoría y llegar a lograr el objetivo del estudio.

Como toda investigación, esta requiere guiarse por algunos lineamientos teóricos-metodológicos preestablecidos que ayuden a la solución de la situación problemática.

De igual modo, el proyecto se aborda dentro de la modalidad de investigación de campo. Una investigación de campo según el Manual de Trabajos de Grado de Maestría y Tesis Doctorales de la UPEL (1998), es aquella en la cual "...se analizan en forma ordenada los datos obtenidos en el estudio, con el apoyo de cuadros y gráficos, y en función de las preguntas o hipótesis de la investigación".

Adicionalmente, la investigación presenta un diseño monográfico documental, definido como un examen sistemático de informes o documentos como fuentes de información es decir, que opera fundamentalmente sobre información proveniente de fuentes secundarias.

Esta investigación llevada a cabo, es una investigación de campo. Según el manual de la UPEL año 1999, una investigación de campo consiste en: " el análisis sistemático de problemas en la realidad, con el propósito bien sea de describirlos, interpretarlos, entender su naturaleza y factores constituyentes, explicar sus causas y efecto, o predecir su ocurrencia, haciendo uso de métodos característicos de cualquiera de los paradigmas o enfoques de investigación conocidos o en desarrollo".

Los estudios de campo permiten indagar in situ los efectos de la interrelación entre diferentes tipos de variables sociológicas, psicológicas, educacionales antropológicas, etc.

Por lo tanto el diseño de investigación que se plantea es de carácter

descriptivo, para realizar por una parte, el Rol y la Calidad de Atención del personal Profesional de Enfermería en la incidencia de la Aparición de Flebitis por Venopunción, en las Unidades Clínicas de Medicina Pediátrica General del Hospital "José Manuel de Los RÍOS" y luego se procede a recopilar información de campo sobre la conducta manifiesta que asumen las enfermeras(os) en el tratamiento y cuidado de los pacientes, y su identificación con las normas establecidas en la profesión de enfermería, con la finalidad de brindar una óptima calidad de atención.

5.2. Población y Muestra

5.2.1. Población

Para efectos de este trabajo de investigación el estudio se centra en las Unidades Clínicas de Medicina Pediátrica General, del Hospital "José Manuel de los Ríos"

Para efecto de este trabajo de investigación el estudio se centra en las siete (7) Unidades Clínicas de Medicina Pediátrica General, que depende del Hospital de Niños "José Manuel de los Ríos", organismo venezolano encargado de la atención niños. La población a estudiar será los niños hospitalizados comprendidos entre, 1 a 12 años, tanto de sexo femenino como masculino. El lapso de estudio a analizar corresponde al período de Enero- Marzo (2006).

Las siete (7) unidades albergan un total de 105 niños. El área comprende una estructura mixta compuesta por habitaciones y salas. Cada unidad posee 15 cama' operativas para un total 105 camas en las siete (7) unidades.

En las referidas unidades están asignadas un total de 35 profesionales de enfermería, ubicadas en turnos de la siguiente manera:

Mañana: 13 profesionales de enfermería.

Tarde: 8 profesionales.
Noche: repartidos a su vez en dos turnos:
1er Grupo: 7 profesionales.
2do Grupo: 7 profesionales.

La población estará por lo tanto, constituida por las personas que de una u otra manera están en relación con el objeto de la presente investigación.

5.2.2. Muestra

La muestra según Sampieri (1998), constituye un subgrupo de la población sujeta a análisis. Estará constituida por las personas que aporten directamente su información, a través del instrumento que les sea aplicado, y en el que aporten una serie de datos que apoyan el presente trabajo investigativo.

Es decir, estará constituida por 17 enfermeras que constituyen el 50% del total de enfermeras profesionales respectivamente. En cuanto a los pacientes toma un valor del 50% o del total respectivo, un total de 52 pacientes. La muestra seleccionada alcanza a un número de 69 personas en total.

5.2.3. Fuentes de información

Fuentes primarias: Encuesta al personal de profesionales enfermería, con el fin de determinar el adecuado cumplimiento de los cuidados ofrecidos; así como, del conocimiento de las técnicas y procedimientos en la venopunción; así como, de los cuidados posteriores y las medidas de prevención.

Observaciones directas a la muestra conformada por 17 enfermeras y 52 pacientes para identificar las conductas demostradas hacia el paciente en

relación con los cuidados asistenciales.

Fuentes secundarias: Las fuentes secundarias son aquellas que contienen datos ya existentes, previamente recopilados, procesados, evaluados y analizados, ya sean de libros, documentos y revistas especializadas.

Material bibliográfico referido a leyes, temas y planes de carrera de los profesionales de la enfermería.

Informaciones e investigaciones, realizadas en poblaciones similares.

Derechos de las personas enfermas.

5.2.4. Instrumentos

Las técnicas e instrumentos, serán seleccionados en atención al tipo de investigación y a las fuentes proveedoras de información, son:

Para las fuentes primarias: En el caso de la investigación por encuesta, donde se tienen fuentes directas de información, se elabora para la recolección de datos un tipo de cuestionario estructurado. Este instrumento presenta las siguientes características: estará constituido por un grupo de ítem y su diseño responde a variables objeto de medición.

Esta técnica será aplicada a la muestra, mediante un guión de ítem, con una serie de preguntas estructuradas que permitirán iniciar, mantener y finalizar el proceso de comunicación, entre los entrevistados y el entrevistador. A través del cuestionario prediseñado compuesto por preguntas abiertas y preguntas cerradas de selección múltiple, tratando de recoger datos precisos, estimaciones y opiniones.

Para las fuentes secundarias: Estarán comprendidas por información obtenida de trabajos de investigación, literaturas, textos, guías, revistas, documentos y otros afines. La técnica de recolección de datos estará referida al uso de técnica de fichaje, de los siguientes tipos: fichas de

lectura de libros o artículos, fichas matemáticas y fichas trabajo; las mismas que, posteriormente serán objeto del respectivo análisis de contenido. En definitiva las técnicas e instrumentos que se utilizarán para obtener los datos requeridos en función de los objetivos de la investigación serán: la entrevista (encuesta de campo) y fuentes bibliográficas. Luego se procederá a la elaboración del análisis de los datos respuestas. A través de una lista de cuidados relacionados con la atención a los pacientes, se realizará una observación directa en campo de cada uno de los profesionales de la enfermería y de los pacientes atendidos, previamente seleccionados.

5.2.5. Cuestionario

Se encuentra elaborado en base al cuestionario con un total de 30 ítems, los cuales se recolectarán la información en relación al conocimiento que el personal de profesionales de enfermería tiene del procedimiento y técnica sobre la venopunción.

Se conforma de una pregunta con relación a, cada punto considerado en la operacionalización de variables dimensiones e indicadores. Las respuestas constaran de 5 opciones:

Siempre.

Casi siempre.

.Muchas veces.

Casi nunca.

Nunca.

Justificación

La presente encuesta tiene como objeto recabar información sobre la Incidencia de Flebitis por Venopunción.

Los datos por usted aportados serán utilizados con fines científicos,

por lo que se hace necesario que sus respuestas sean sinceras, dada la seriedad del trabajo en cuestión.

Instrucciones

Debe tomar sólo una de las opciones presentadas, debido a que cada ítem, tiene tan sólo una respuesta correcta a tomar. Sí toma dos ítem la respuesta será invalida. Marque con una equis (X) la opción más apropiada.

No es necesario su identificación.

CAPÍTULO VI

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

I PARTE: A. CALIDAD DE ATENCIÓN

Ítem 1.

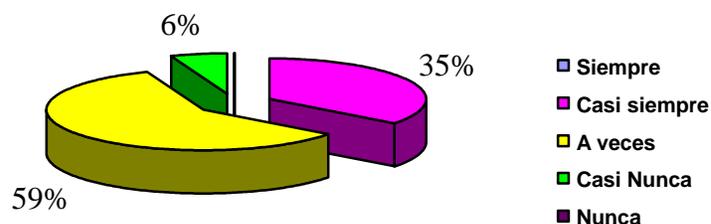
¿Ha observado en los pacientes que han estado bajo sus cuidados trastornos en las necesidades de descanso y sueño relacionadas con molestias que provienen de la instauración de una venopunción?

Tabla N° 1

Alternativa	Encuestados	(%)
Siempre	0	0
Casi Siempre	6	35
A veces	10	59
Casi Nunca	1	6
Nunca	0	0
Total	17	100

Fuente: El Autor 2007

Gráfico N° 1



Análisis

De las 17 profesionales encuestadas, que son el 100% de la población

a trabajar, se pudo evidenciar que la mayoría considera que si se puede ocasionar molestias la venopunción en el descanso y el sueño.

Ítem 2.

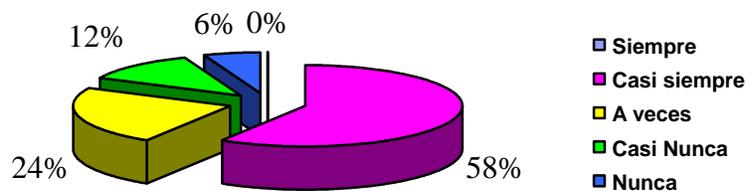
¿Considera usted que la instauración de una venopunción constituye un elemento entorpecedor para la satisfacción de la necesidad de higiene?

Tabla N° 2

Alternativa	Encuestados	(%)
Siempre	0	0
Casi Siempre	10	58
A veces	4	24
Casi Nunca	2	12
Nunca	1	6
Total	17	100

Fuente: El Autor 2007

Gráfico N° 2



Análisis

Se pudo evidenciar que un 58% está de acuerdo que es un elemento entorpecedor, pero no es una limitante para que pueda satisfacer sus necesidades.

Ítem 3.

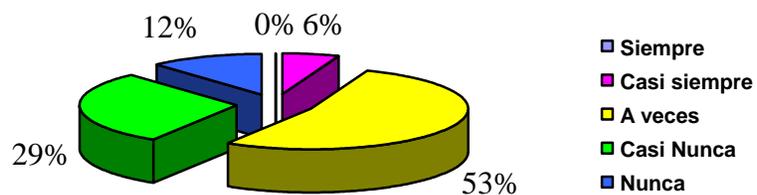
¿En los pacientes a quienes se les ha colocado una venopunción, ha observado que presentan dificultades para satisfacer sus demandas de alimentación?

Tabla N° 3

Alternativa	Encuestados	(%)
Siempre	0	0
Casi Siempre	1	6
A veces	9	53
Casi Nunca	5	29
Nunca	2	12
Total	17	100

Fuente: El Autor 2007

Grafico N° 3



Análisis

Más del 50% manifestó que si hay dificultades para satisfacer sus demandas de alimentación; por que en oportunidades el sitio limita la motricidad.

Ítem 4.

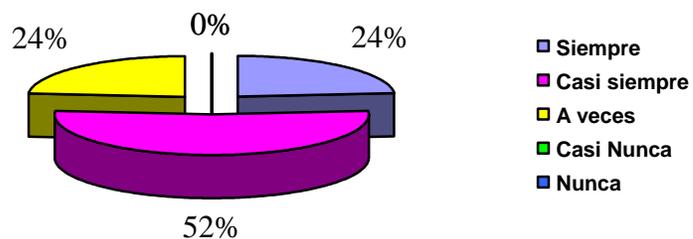
¿En los parientes con venopunción ha observado usted que demuestran temores en relación al tratamiento y cuidados de sus vías de administración. ?

Tabla N° 4

Alternativa	Encuestados	(%)
Siempre	4	24
Casi Siempre	9	52
A veces	4	24
Casi Nunca	0	0
Nunca	0	0
Total	17	100

Fuente: El Autor 2007

Grafico N° 4



Análisis

Más del 50% de las encuestadas arrojaron que si existen temores con referencia al tratamiento y al cuidado de las vías de punción.

Ítem

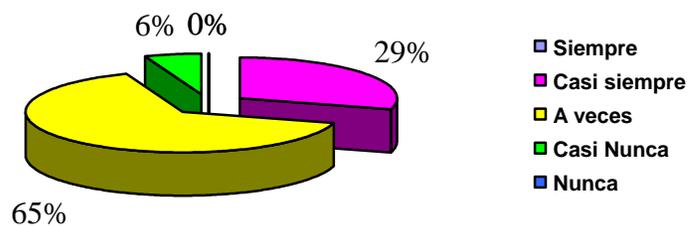
5. ¿En el tiempo que tiene laborando como profesional de enfermería, ha podido observar alguna complicación de índole mayor a consecuencias de una flebitis (trombosis, incapacidad parcial o total de un miembro y otras)?

Tabla N° 5

Alternativa	Encuestados	(%)
Siempre	0	0
Casi Siempre	5	29
A veces	11	65
Casi Nunca	1	6
Nunca	0	0
Total	17	100

Fuente: El Autor 2007

Grafico N° 5



Análisis

Si hay un número considerable de complicaciones a consecuencia de flebitis, a pesar que no existe un reporte válido planteado.

Ítem

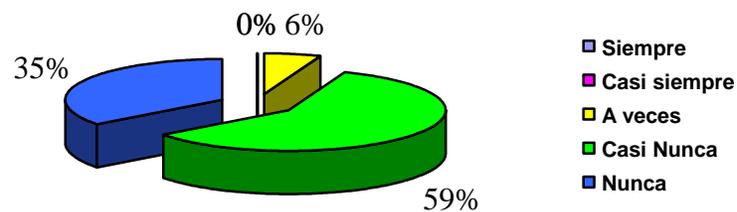
6. ¿Considera usted que los pacientes reciben una adecuada información sobre los procedimientos a realizarles y se les trata con la debida consideración?

Tabla N° 6

Alternativa	Encuestados	(%)
Siempre	0	0
Casi Siempre	0	0
A veces	1	6
Casi Nunca	10	59
Nunca	6	35
Total	17	100

Fuente: El Autor 2007

Grafico N° 6



Análisis

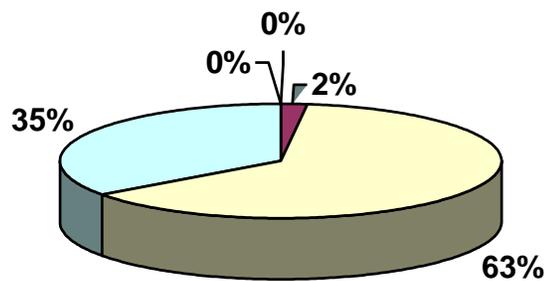
Por lo general al paciente se le aplica el procedimiento, pero no se le da la información respectiva, más del 50% de los casos ignoran que se les va a realizar y porqué.

RESULTADO

La Calidad de Atención no se aplica en un 100%, quizás está dada por el desconocimiento de las mismas, lo que trae como consecuencia que se pueda dar un proceso que conduzca a la aparición de una flebitis.

Gráfico N° 7

CALIDAD DE ATENCIÓN



■ Siempre ■ Casi Siempre ■ A Veces ■ Casi Nunca ■ Nunca

II PARTE: B. FACTORES QUE INDICEN EN LA APARICIÓN DE FLEBITIS PORVENOPUNCION

Ítem

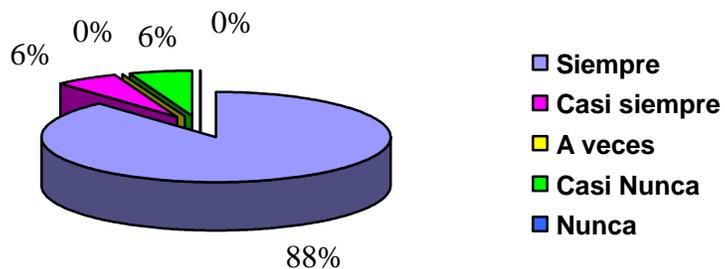
1. ¿La venopunción como procedimiento rutinario dentro del desempeño asistencia! diario de enfermería, considera usted que requiere de conocimientos profundos para poder ejecutarla?

Tabla N° 7

Alternativa	Encuestados	(%)
Siempre	15	88
Casi Siempre	1	6
A veces	0	0
Casi Nunca	1	6
Nunca	0	0
Total	17	100

Fuente: El Autor 2007

Grafico N° 8



Análisis

Se puede evidenciar que casi la totalidad está de acuerdo, que si debe existir un conocimiento previo para la venopunciones.

Ítem

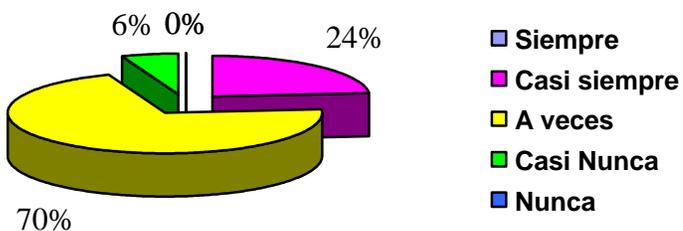
2. ¿La dotación de materiales como gases, adhesivos, hisopos, compresas; son unos de los suministros más abundantes en su institución?

Tabla N° 8

Alternativa	Encuestados	(%)
Siempre	0	0
Casi Siempre	4	24
A veces	12	70
Casi Nunca	1	6
Nunca	0	0
Total	17	100

Fuente: El Autor 2007

Gráfico N° 9



Análisis

Si es verdad que se cuenta con el recurso material necesario para realizar los procedimientos, también es verdad que no siempre es la cantidad requerida con la que cuenta el servicio.

Ítem

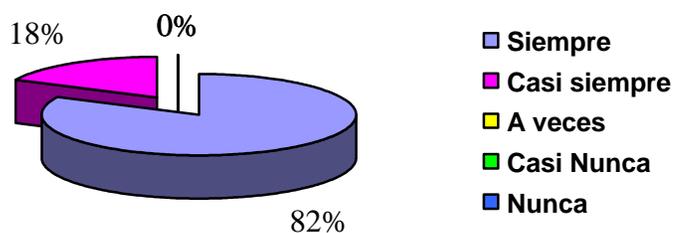
3. ¿Tiene su opinión relevancia a la hora de adquisición de materiales, para la realización de procedimientos inherentes a enfermería?

Tabla N° 9

Alternativa	Encuestados	(%)
Siempre	14	82
Casi Siempre	3	18
A veces	0	0
Casi Nunca	0	0
Nunca	0	0
Total	17	100

Fuente: El Autor 2007

Grafico N° 10



Análisis

Siempre se debe considerar la opinión del personal profesional para dar la evaluación del material y los equipos, es significativo que el 82% está de acuerdo, que debe ser tomado en cuenta.

Ítem

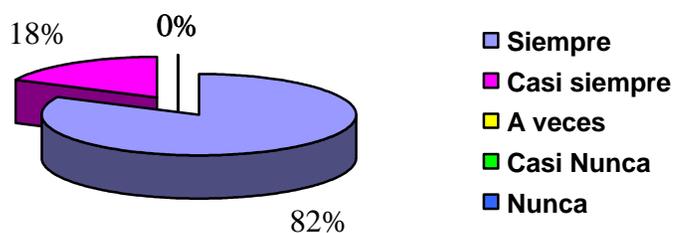
4. ¿Es imprescindible disponer de catéteres venosos periféricos blandos, para la realización de las venopunciones?

Tabla N° 10

Alternativa	Encuestados	(%)
Siempre	14	82
Casi Siempre	3	18
A veces	0	0
Casi Nunca	0	0
Nunca	0	0
Total	17	100

Fuente: El Autor 2007

Grafico N° 11



Análisis

El éxito de la cateterización de una vía, dependerá del material que se manipule para tal fin, por lo que se evidencia que más de la mitad exige la calidad de los catéteres para realizar cualquier procedimiento.

Ítem

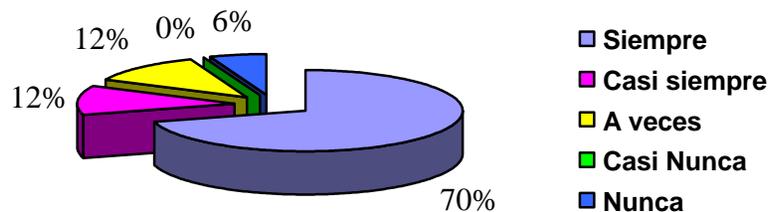
5. ¿Considera usted que la edad y el sexo constituyen un factor determinante en la incidencia de flebitis?

Tabla N° 11

Alternativa	Encuestados	(%)
Siempre	13	70
Casi Siempre	2	12
A veces	2	12
Casi Nunca	0	0
Nunca	1	6
Total	17	100

Fuente: El Autor 2007

Gráfico N° 12



Análisis

Más que el sexo la edad; ya que las personas mayores biológicamente el organismo no pone la capacidad para regenerar en forma rápida más células.

Ítem

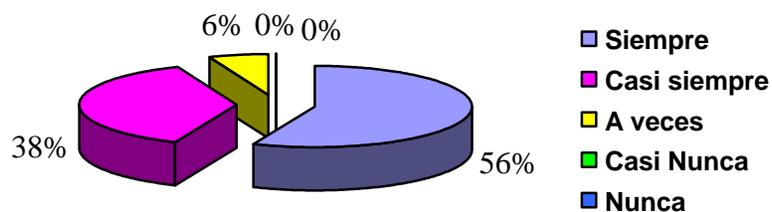
6. ¿En base a su experiencia, el uso prolongado de antibiótico terapia pudiera ser motivo para que se produzca flebitis?

Tabla N° 12

Alternativa	Encuestados	(%)
Siempre	9	56
Casi Siempre	6	38
A veces	1	6
Casi Nunca	0	0
Nunca	0	0
Total	17	100

Fuente: El Autor 2007

Gráfico N° 13



Análisis

Si puede ser motivo de flebitis; ya que existen medicamentos muy irritantes que ocasionan daños titulares y los mismos no están determinado solamente por el tiempo de administración.

Ítem

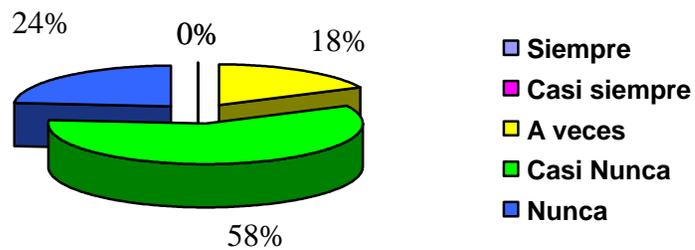
7. ¿Son considerados por usted como factores determinantes en la aparición de flebitis, los obturadores?

Tabla N° 13

Alternativa	Encuestados	(%)
Siempre	0	0
Casi Siempre	0	0
A veces	3	18
Casi Nunca	10	58
Nunca	4	24
Total	17	100

Fuente: El Autor 2007

Gráfico N° 14



Análisis

No son determinantes, pero si podrían traer problemas por su proximidad al orificio de inserción del catéter.

Ítem

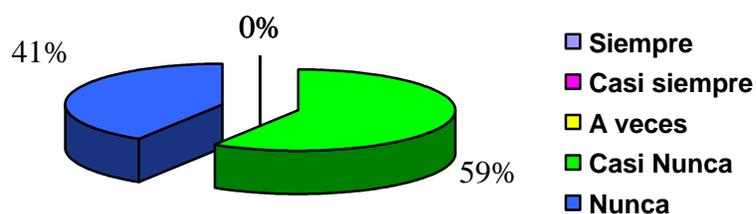
8. ¿La dotación de equipos de infusión (macrogoteros, microgoteros, soluset o buretrol), de soluciones y tratamientos, está siempre muy por encima de las necesidades diarias de los mismos?

Tabla N° 14

Alternativa	Encuestados	(%)
Siempre	0	0
Casi Siempre	0	0
A veces	0	0
Casi Nunca	10	59
Nunca	7	41
Total	17	100

Fuente: El Autor 2007

Grafico N° 15



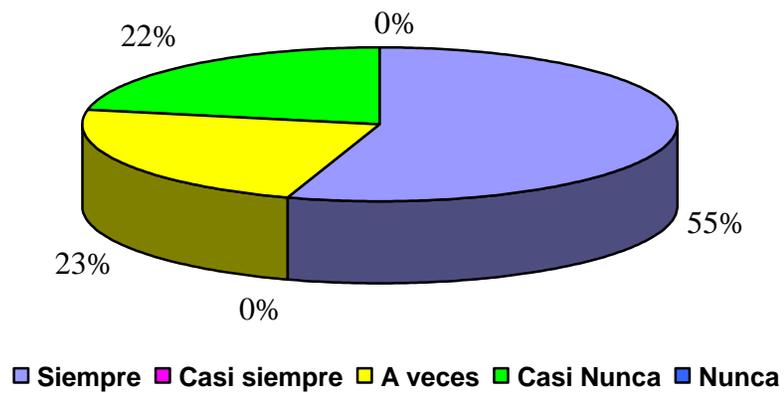
Análisis

En un 59% se determinó que la dotación está por debajo de los requerimientos exigidos para dar mejor calidad de atención a los usuarios.

RESULTADOS

En los factores que inciden en la flebitis, se determina que no es el material o la calidad de los mismos que ocasionan tal patología; ya que más del 50% cubre las necesidades requeridas.

Grafico N° 16



III PARTE: C. CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS ACERCA DE LOS CUIDADOS EN LA VENOPUNCION

Ítem

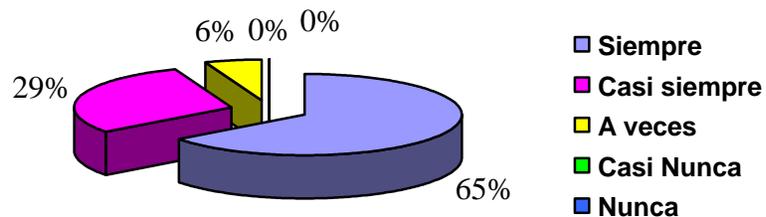
1. ¿Las venas más utilizadas por usted, las constituyen las de las manos y pies, y como ultima instancia las de la cabezas?

Tabla N° 15

Alternativa	Encuestados	(%)
Siempre	11	65
Casi Siempre	5	29
A veces	1	6
Casi Nunca	0	0
Nunca	0	0
Total	17	100

Fuente: El Autor 2007

Grafico N° 17



Análisis

Siempre consideramos las venas de las manos y los pies como las más viables para cateterizarlas, presentan menos dificultades, tanto para el paciente como para el personal de enfermería.

Ítem

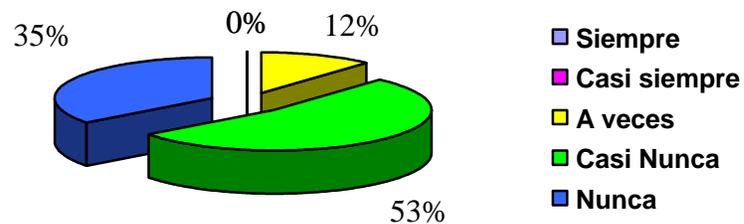
2. ¿Si la venopunción se encuentra permeable, sin signos de alteración, usted espera los cinco (5) días reglamentarios para su recambio?.

Tabla N° 16

Alternativa	Encuestados	(%)
Siempre	0	0
Casi Siempre	0	0
A veces	2	12
Casi Nunca	9	53
Nunca	6	35
Total	17	100

Fuente: El Autor 2007

Grafico N° 18



Análisis

Se puede evidenciar que por lo complejo que puede resultar el cateterizar una vía en niños, la misma si ni presenta ningún signo de alarma, no se realiza el recambio de la misma.

Ítem

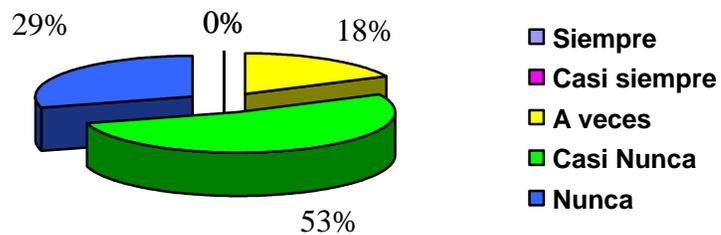
3. ¿ Es costumbre institucional realizar lavados de las venopunciones, con solución heparinizada , varias veces al día?

Tabla N° 17

Alternativa	Encuestados	(%)
Siempre	0	0
Casi Siempre	0	0
A veces	3	18
Casi Nunca	9	53
Nunca	5	29
Total	17	100

Fuente: El Autor 2007

Grafico N° 19



Análisis

Esta técnica va muy estrecha con la condición o patología que presenta el paciente.

Ítem

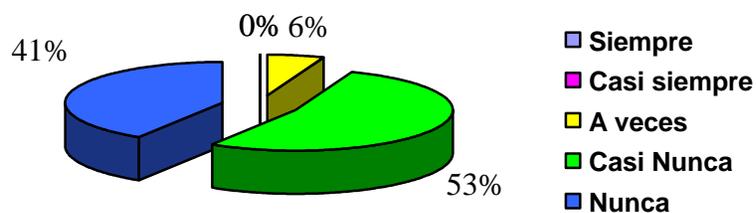
4. ¿Una asepsia rigurosa, determinará en definitiva la incidencia de flebitis?

Tabla N° 18

Alternativa	Encuestados	(%)
Siempre	0	0
Casi Siempre	0	0
A veces	1	6
Casi Nunca	9	53
Nunca	7	41
Total	17	100

Fuente: El Autor 2007

Grafico N° 20



Análisis

No es determinante; ya que existen otros factores estrechamente ligados a la incidencia de flebitis, a pesar que la asepsia debe ser primordial para evitar complicaciones.>

Ítem

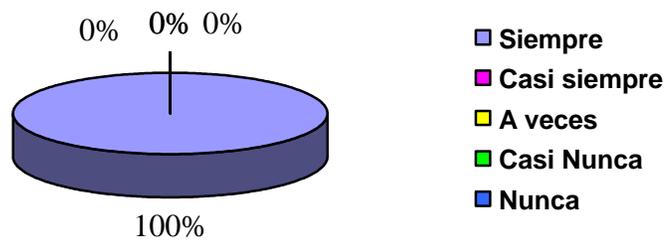
5. ¿Al retirar una venopunción, por haber desarrollado una flebitis, usted descarta todo el material y procede a la nueva cateterización con material nuevo y estéril?.

Tabla N° 19

Alternativa	Encuestados	(%)
Siempre	17	100
Casi Siempre	0	0
A veces	0	0
Casi Nunca	0	0
Nunca	0	0
Total	17	100

Fuente: El Autor 2007

Grafico N° 21



Análisis

El 100% del personal sabe que debe desechar todo material después de utilizarlo para evitar infecciones.

Ítem

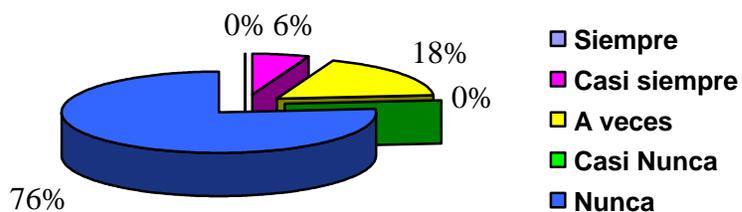
6- ¿Utiliza usted un mismo catéter para intentar por tercera vez cateterizar una vía venosa periférica?.

Tabla N° 20

Alternativa	Encuestados	(%)
Siempre	0	0
Casi Siempre	1	6
A veces	3	18
Casi Nunca	0	0
Nunca	13	76
Total	17	100

Fuente: El Autor 2007

Gráfico N° 22



Análisis

Sólo en extremadas situaciones se utiliza el mismo catéter, pero sólo podría ocasionar efectos secundarios como infecciones.

Ítem

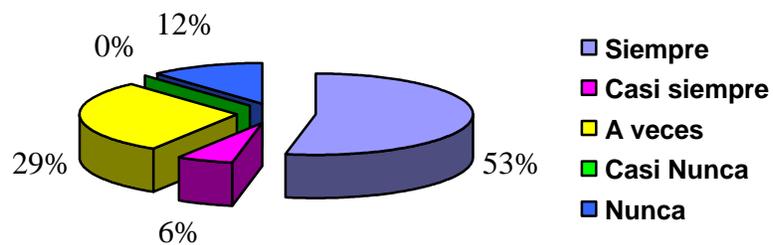
7. ¿La realización de las curas cada 24 horas, evitando así la exposición de la venopunción a los contaminantes del ambiente, disminuye la aparición de flebitis?.

Tabla N° 21

Alternativa	Encuestados	(%)
Siempre	9	53
Casi Siempre	1	6
A veces	5	29
Casi Nunca	0	0
Nunca	2	12
Total	17	100

Fuente: El Autor 2007

Grafico N° 23



Análisis

Hay que tener cuidados propios a fin de evitar que una venopunción se pueda infectar y ocasionar estado mórbido para el paciente.

Ítem

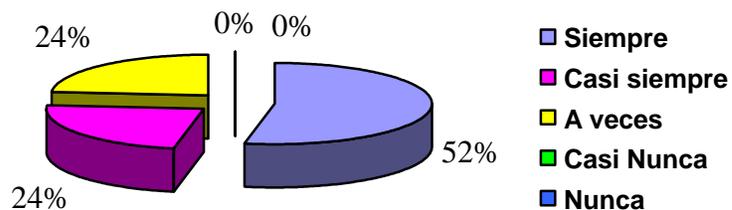
8. ¿Cambia usted los equipos de infusión, nombrados anteriormente, cada 48 horas?

Tabla N° 22

Alternativa	Encuestados	(%)
Siempre	9	52
Casi Siempre	4	24
A veces	4	24
Casi Nunca	0	0
Nunca	0	0
Total	17	100

Fuente: El Autor 2007

Gráfico N° 24



Análisis

El deber ser, debe cumplirse a cabalidad; ya que luego de un cierto tiempo prolongado los equipos suelen contaminarse por manipulación.

Ítem

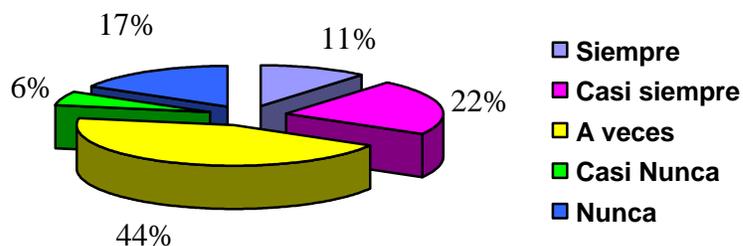
9. ¿Considera usted que la ubicación anatómica de la venopunción, influye categóricamente en la aparición de flebitis?

Tabla N° 23

Alternativa	Encuestados	(%)
Siempre	2	11
Casi Siempre	4	22
A veces	8	44
Casi Nunca	1	6
Nunca	3	17
Total	17	100

Fuente: El Autor 2007

Grafico N° 25



Análisis

Hay zonas que la irrigación sanguínea es más fluida que otras, por lo que hay que, buscar las zonas de la piel que no presenten problemas y evitar cateterizar las vías próximas a los sitios de flexión.

Ítem

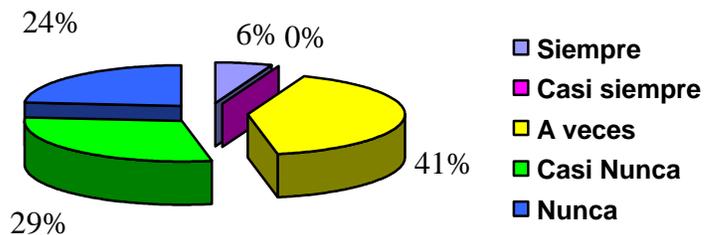
10. ¿Ha observado usted, en los pacientes bajo su cuidado, que al retirar una venopunción, que hay un orificio con presencia de exudado, de aspecto desagradable?

Tabla N° 24

Alternativa	Encuestados	(%)
Siempre	1	6
Casi Siempre	0	0
A veces	7	41
Casi Nunca	5	29
Nunca	4	24
Total	17	100

Fuente: El Autor 2007

Grafico N° 26



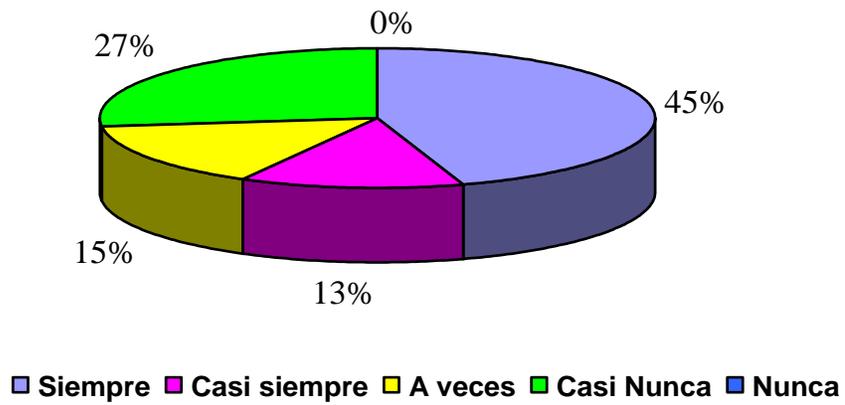
Análisis

Por lo general no permanecen por mucho tiempo con la misma vía cateterizada, lo que es favorable hasta cierto punto; ya que no permite que se de ningún signo de flebitis.

RESULTADO

Los conocimientos adquiridos acerca de los cuidados, se aplican en más de un 50%, por el personal que posee el mismo; sólo que la minoría que desconoce las consecuencias no le da la continuidad a los procesos.

Grafico N° 27



IV PARTE: D. MEDIDAS DE PREVENCIÓN EN LA FLEBITIS POR VENOPUNCION

Ítem

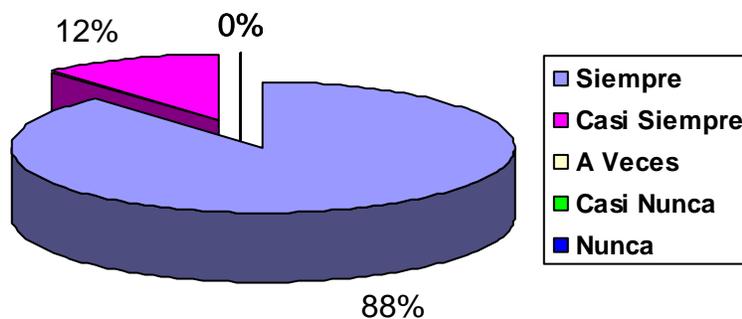
1. ¿Cuándo va usted a realizar un procedimiento de cualquier índole o una venopunción, usted realiza el lavado de manos previamente?

Tabla N° 25

Alternativa	Encuestados	(%)
Siempre	15	88
Casi Siempre	2	12
A veces	0	0
Casi Nunca	0	0
Nunca	0	0
Total	17	100

Fuente: El Autor 2007

Grafico N° 28



Análisis

Si existe el conocimiento de que el lavado de las manos es primordial para realizar cualquier procedimiento.

Ítem

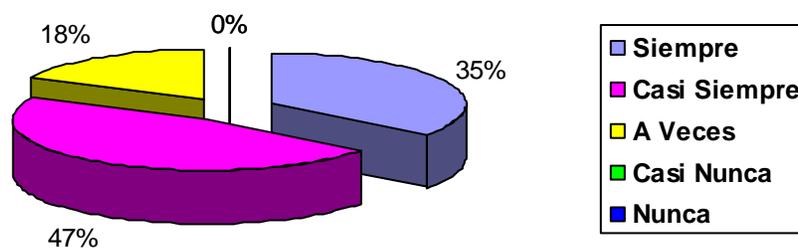
2. ¿Dispone de antisépticos, aprobados para realización de los procedimientos que normalmente forman parte de su rutina de funciones y actividades?

Tabla N° 26

Alternativa	Encuestados	(%)
Siempre	6	35
Casi Siempre	8	47
A veces	3	18
Casi Nunca	0	0
Nunca	0	0
Total	17	100

Fuente: El Autor 2007

Grafico N° 29



Análisis

Casi el 50% de las veces se dispone del antiséptico necesario para realizar el procedimiento, a pesar de que siempre debe de existir el material necesario a fin de poder dar una mejor calidad de atención.

Ítem

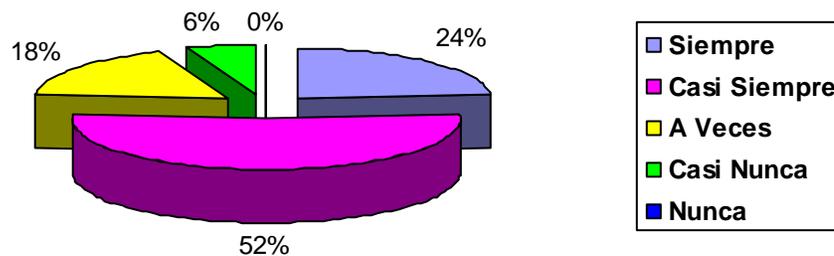
3. ¿Los pacientes con tratamiento de largo plazo, considera usted que debido a la múltiple cateterización de venas, desarrollan mas flebitis?

Tabla N° 27

Alternativa	Encuestados	(%)
Siempre	4	24
Casi Siempre	9	52
A veces	3	18
Casi Nunca	1	6
Nunca	0	0
Total	17	100

Fuente: El Autor 2007

Grafico N° 30



Análisis

Hay una relación del 50% que considera que si es factible que las personas con quien tienen tratamiento a largo plazo, si pueden desarrollar flebitis y no las múltiples cateterizaciones.

Ítem

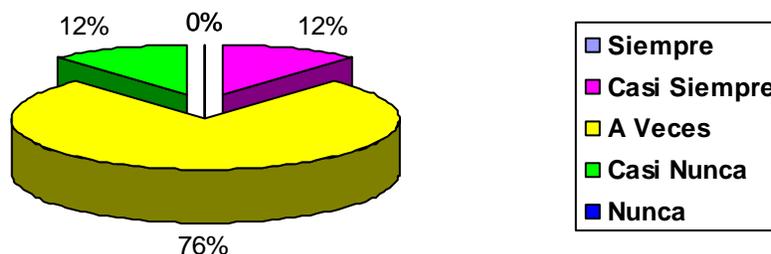
4. ¿En pacientes con venopunciones y tratamientos largos, observa usted enrojecimiento, edema, eritema, calor local u otro síntoma?

Tabla N° 28

Alternativa	Encuestados	(%)
Siempre	0	0
Casi Siempre	2	12
A veces	13	76
Casi Nunca	2	12
Nunca	0	0
Total	17	100

Fuente: El Autor 2007

Grafico N° 31



Análisis

El uso prolongado de tratamientos endovenosos puede ocasionar irritación de las vías, pela técnica empleada también tiene gran importancia en la respuesta del organismo.

Ítem

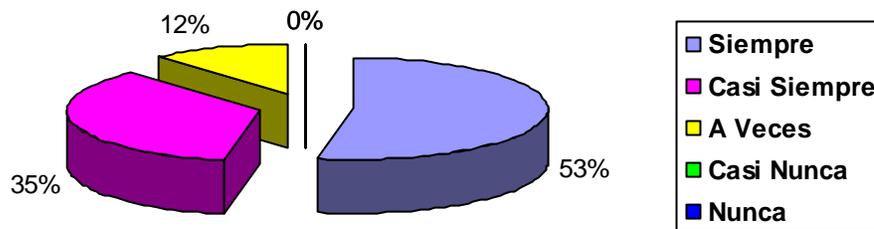
5. ¿Considera usted, informar a los familiares en referencia al tratamiento y cuidados que deben tener con el paciente?

Tabla N° 29

Alternativa	Encuestados	(%)
Siempre	9	53
Casi Siempre	6	35
A veces	2	12
Casi Nunca	0	0
Nunca	0	0
Total	17	100

Fuente: El Autor 2007

Grafico N° 32



Análisis

Se debe informar a los familiares que se le va a administrar al paciente y los cuidados que se deben tener, para lograr una mayor efectividad en la calidad de atención.

Ítem

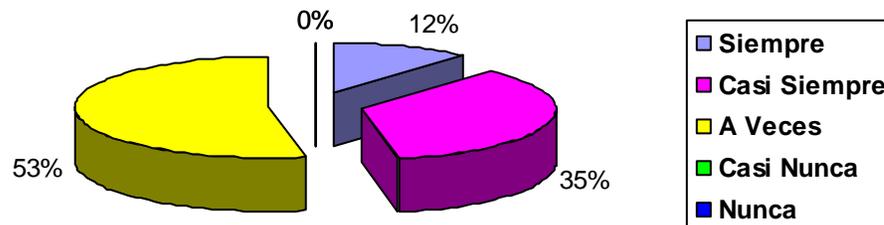
6. ¿Revisa en cada turno las venopunciones, valorando signos y síntomas que pudieran potencialmente desarrollar flebitis?

Tabla N° 30

Alternativa	Encuestados	(%)
Siempre	2	12
Casi Siempre	6	35
A veces	9	53
Casi Nunca	0	0
Nunca	0	0
Total	17	100

Fuente: El Autor 2007

Grafico N° 33



Análisis

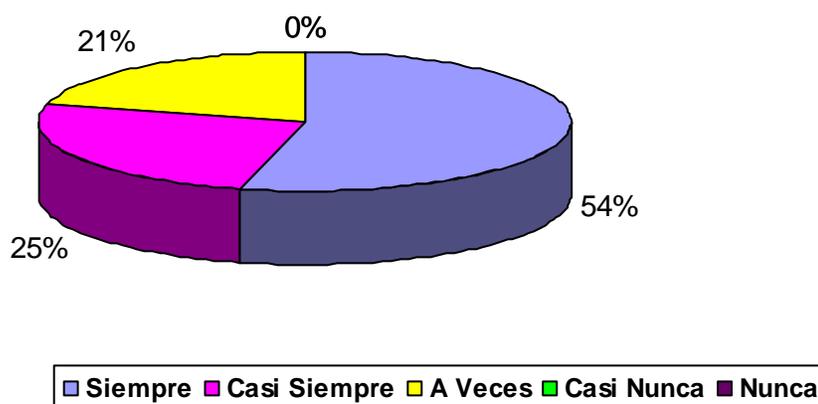
El estar pendiente de cualquier signo o síntoma que pudieran desencadenar una flebitis minimiza los riesgos de que se pueda lesionar un miembro.

RESULTADOS

Las medidas de prevención en flebitis por venopunción, no son desconocidas por el personal, pero el déficit del mismo lleva a que los procesos y procedimientos sean aplicados por personas preparadas para tal fin.

Gráfico N° 34

MEDIDAS DE PREVENCIÓN EN LA FLEBITIS POR VENOPUNCIÓN



PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS DE LA INFORMACIÓN

El procedimiento para la recolección de la información que comprende la realización de la presente investigación.

- Recolección de datos que incluye:

a) Realización de entrevista al personal de enfermería (13 del total que es 35).

b) Revisión y fichaje de material bibliográfico referido a leyes, temas y

planes de carrera de los profesionales de la enfermería.

c) Informaciones e investigaciones realizadas en poblaciones similares.

d) Lectura, análisis y selección del material recopilado.

e) Observaciones directas al personal de enfermería para identificar conductas demostradas hacia el paciente.

PROCESAMIENTO O TRATAMIENTO ESTADÍSTICO

Los resultados obtenidos en las entrevistas y las observaciones en campo, se procesarán de manera cuantitativa y cualitativa. A nivel cuantitativo obtendremos información acerca del Desempeño y la Calidad de Atención del Personal Profesional de Enfermería en la Incidencia de Aparición de Flebitis por Venopunción, en las Unidades Clínicas de Medicina Pediátrica General, del Hospital "José Manuel de Los Ríos". Luego se procederá a realizar un análisis cualitativo de las respuestas, para los cuidados asistenciales demostrados durante la atención de los pacientes.

A través de la aplicación de la encuesta (cuestionario) a la muestra constituida por 17 profesionales de enfermería que corresponden al 50% del total de enfermeras (35) que se desempeñan en las Unidades Clínicas de Medicina General, del Hospital de Niños "J. M. de los Ríos" se obtuvieron datos generales entre ellos la edad, años de servicio, grado de instrucción; esto a su vez sustentado en información recopilada directamente de los registros de personal del Departamento de Enfermería del Hospital, donde se obtuvieron todos los datos del 100% de la población de enfermeras; es decir, de las 35 profesionales. Información con la cual se determinan si influyen éstos datos en el desempeño en su práctica diaria profesional.

Para la población infantil que se constituyo en 105 niños, la base de datos para la muestra que se correspondió al 50% de los niños, es decir 52 niños, se obtuvo a través del Departamento de Registros Médicos, donde se

ubicaron las edades, morbilidad, sexo y el comportamiento de las venopunciones por observación directa, referencias de familiares y personal de enfermería.

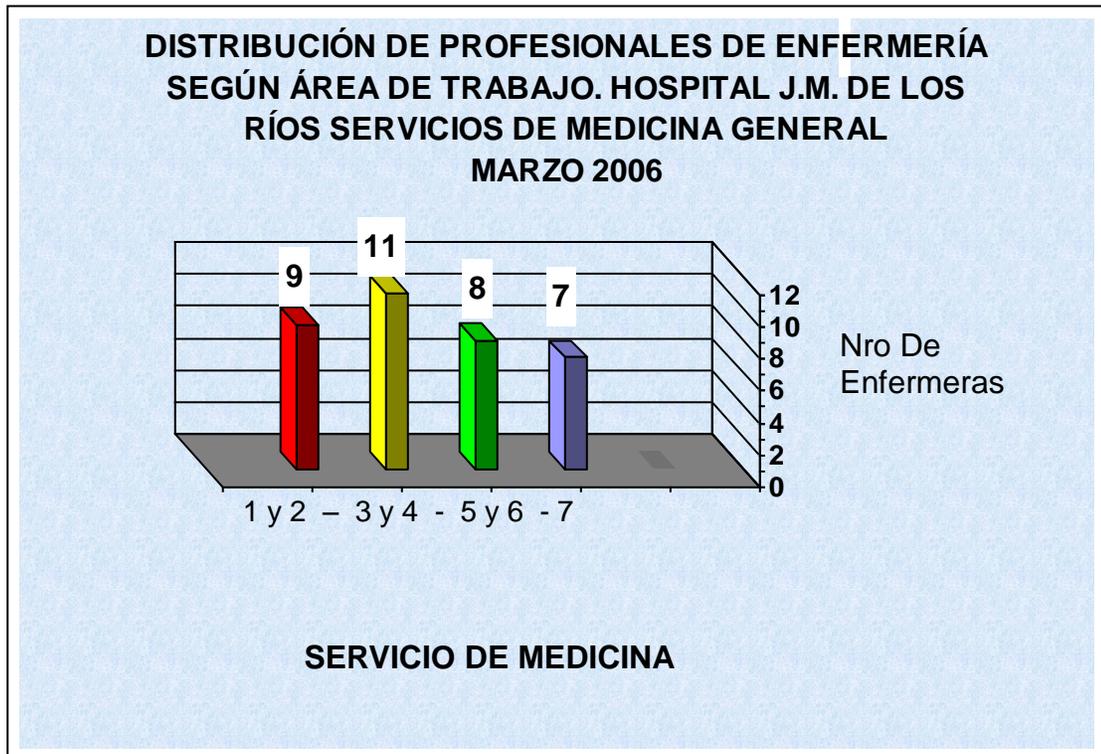
La selección de dicha muestra, en referencia a los Servicios de Medicina General, se constituyó por 13 niños de cada unidad clínica, que suman un total de 52, tomados al azar del total de 105, correspondiéndose con el 50% antes mencionado.

Una vez obtenidos los datos generales, mencionados anteriormente, se procedió a la elaboración de las tablas correspondientes, donde se aprecian los resultados preliminares, en cuanto a: prevalencia de grupo etario, edad, años de servido y grado de instrucción, para el personal de profesionales de enfermería; en cuanto a la población infantil, también se determinaron la prevalencia de: sexo, grupo etario, estadía hospitalaria, morbilidad, tratamiento con antibiótico terapia y presencia de flebitis.

Posteriormente, fueron elaborados los gráficos correspondientes que permiten agrupar y observar los comportamientos y distribuciones de los parámetros antes señalados en las muestras seleccionadas, y comenzar a formalizar las primeras relaciones entre éstos datos.

GRÁFICO DE DISTRIBUCIÓN DE DATOS GENERALES DE PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

Gráfico N° 35



Fuente Unidades Clínicas de Medicina

Análisis

Puede observarse que sólo la Unidad Clínica de Medicina 3 y 4 existe un mayor número de profesionales en referencia a las otras unidades clínicas, con un 31,4% del total.

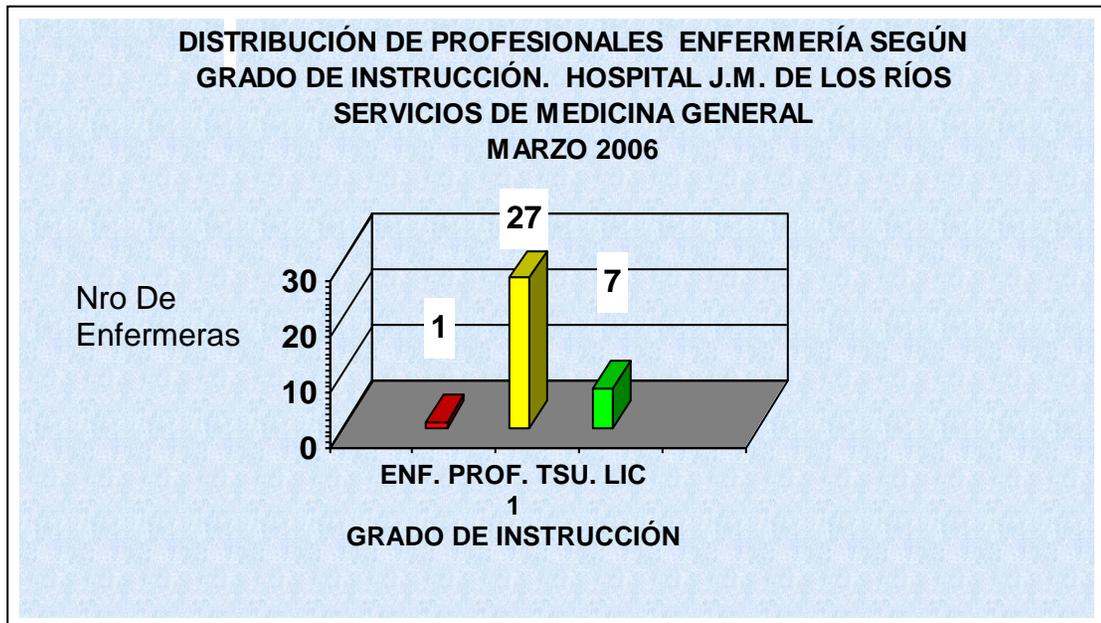
El resto

Medina 1 y 2: con un 27,7% del total.

Medicina 5 y 6: con un 22,8% del total.

Medicina 7 : con un 20% del total.

Gráfico N° 36



Fuente Unidades Clínicas de Medicina

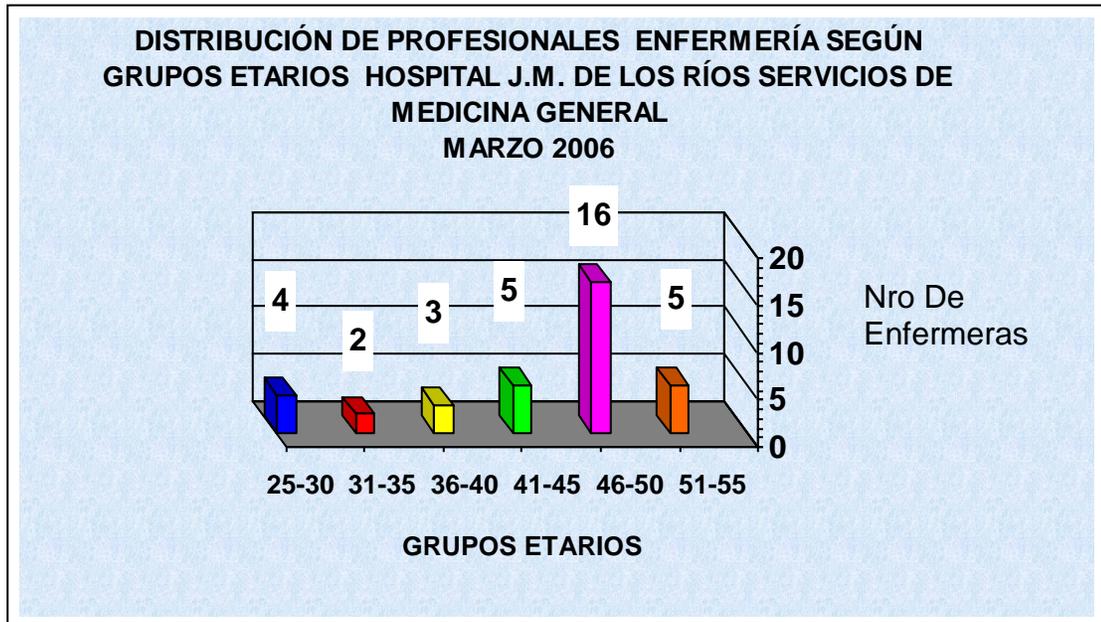
Análisis

Se ilustra el nivel académico de las profesionales de enfermería, en donde el nivel T.S.U. es el prevalente en referencia a las otras escalas:

- T.S.U. : con 27 casos = 77.1% del total
- Licenciado : con 7 casos = 20% del total.
- Enfermera Profesional: 1 2.85% del total.

Demuestra un nivel Medio Superior sin presencia de Bachilleres Asistenciales y la mayoría de los técnicos se encuentran realizando estudios de licenciatura.

Gráfico N° 37



Fuente Unidades Clínicas de Medicina

Análisis

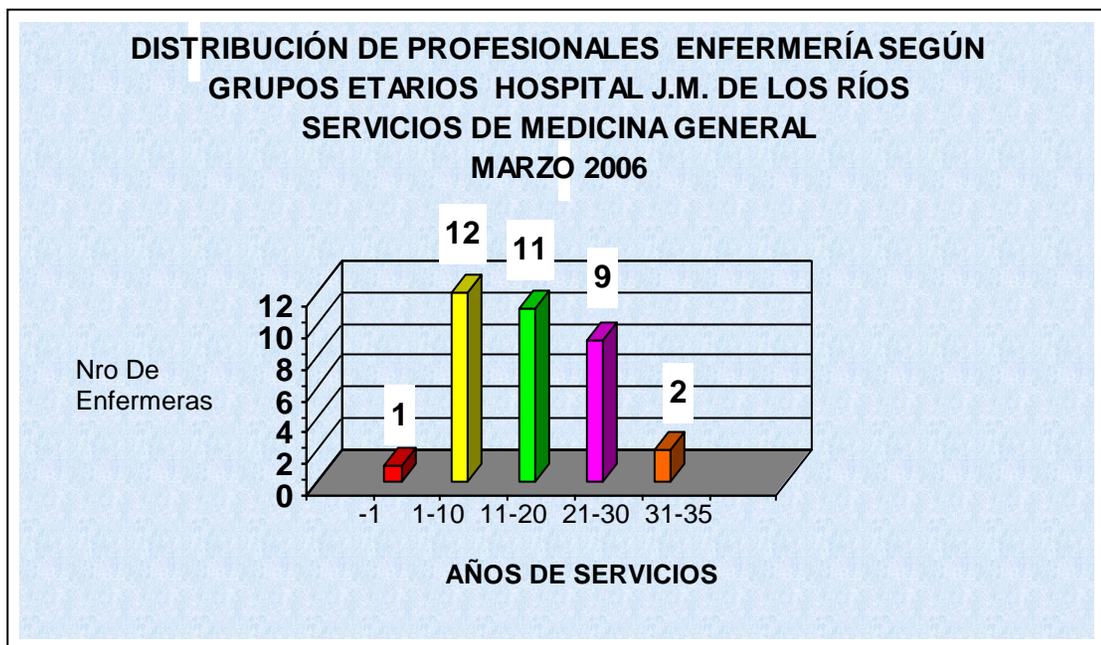
Muestra total: 35 Enfermeras Profesionales.

La distribución ocupa los siguientes lugares:

- 1. –De 46 a 50 años con 16 prof. = 45.7%.
- 2. –De 51 a 55 años con 5 prof. = 14.2%.
- 3. –De 41 a 45 años con 5 prof. = 14.2%.
- 4. –De 25 a 30 años con 4 prof. = 11.4%.
- 5. –De 36 a 40 años con 3 prof. = 8.5%.
- 6. –De 31 a 35 años con 2 prof. = 5.7%.

Se evidencia la relevancia de profesionales de edad madura.

Gráfico N° 38



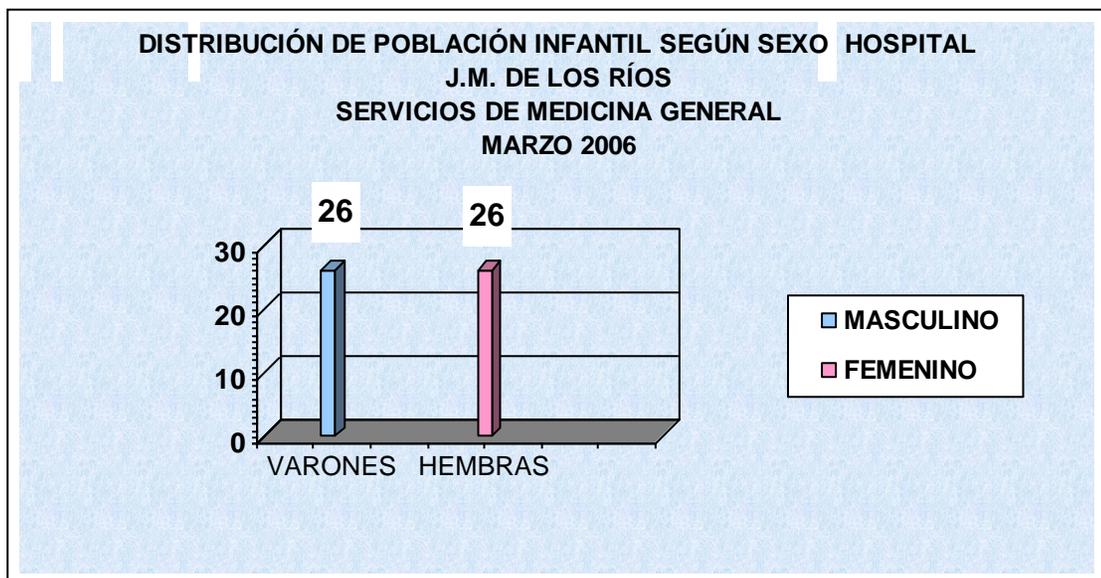
Fuente Unidades Clínicas de Medicina

Análisis

Puede evidenciarse que la distribución es la siguiente:

1. De 1 a 10 años de servicio : 12 = 34.2%
2. De 11 a 20 años de servicio : 11 = 31.4%
3. De 21 a 30 años de servicio : 9 = 25.7%
4. De 31 a 35 años de servicio : 1 = 5.7%
5. Menos de 1 año de servicio : 1 = 2.85%

Gráfico N° 39



Fuente Unidades Clínicas de Medicina

Análisis

Se observa distribución igualitaria entre los paciente de ambos sexos en referencia a la muestra, cuyo total fue de 52 pacientes.

Los resultados ilustrados en el gráfico, no presentan relevancia alguna para discernir en cual de los sexos se ubicó mayor incidencia de flebitis.

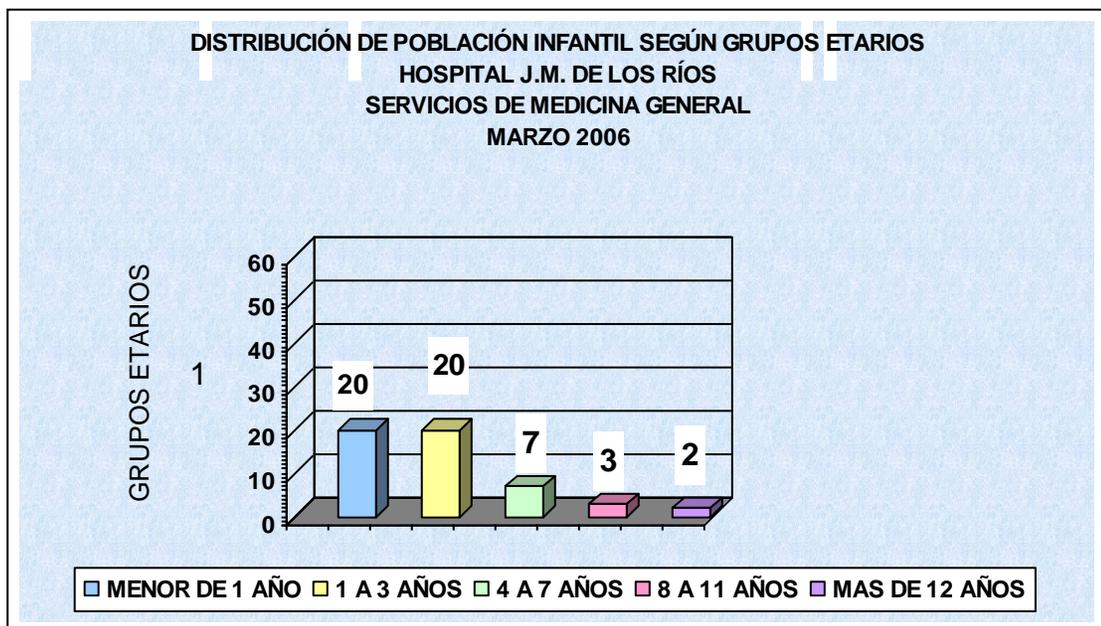
Muestra Total: 52 pacientes = 100%

Resultados:

Sexo Masculino: 26 = 50%

Sexo Femenino: 26 = 50%.

Gráfico N° 40



Fuente Unidades Clínicas de Medicina

Análisis

Este gráfico proporciona la distribución en cuanto a las edades de la muestra, las cuales tuvieron prevalencia para el total:

Muestra Total: 52 = 100%

Resultados:

Menores de 1 año: 20 = 38.4%.

De 1 a 3 años: 20 = 38.4%.

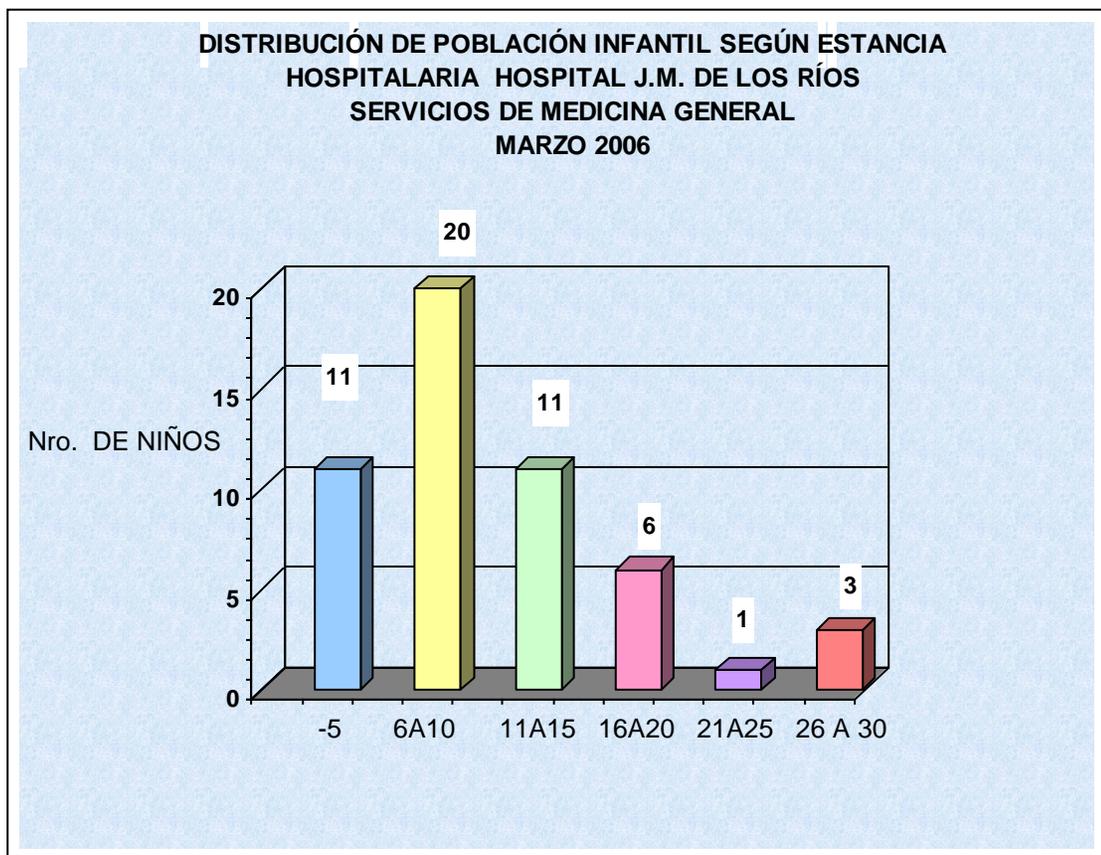
De 4 a 7 años: 7 = 13.4%.

De 8 a 11 años: 3 = 5.7%.

Más de 12 años: 2 = 3.8%.

Se determinó que los grupos erarios de mayor incidencia en la hospitalización en la muestra recogida correspondieron a los de menor edad. Ambos ocupando el 76% del total.

Gráfico N° 41



Fuente Unidades Clínicas de Medicina

Análisis

Se determina a través de la ilustración la distribución que se dividió de la siguiente manera:

Muestra total: 52 = 100%. **Tiempo:** 30 días

Primer grupo: de 6 a 10 días de Hospitalización.

Con 20 niños = 38.4%

Segundo y tercer grupo: ambos con menos de 5 y 11 a 15 días de hospitalización cada uno con 11 niños respectivamente = 21.1%.

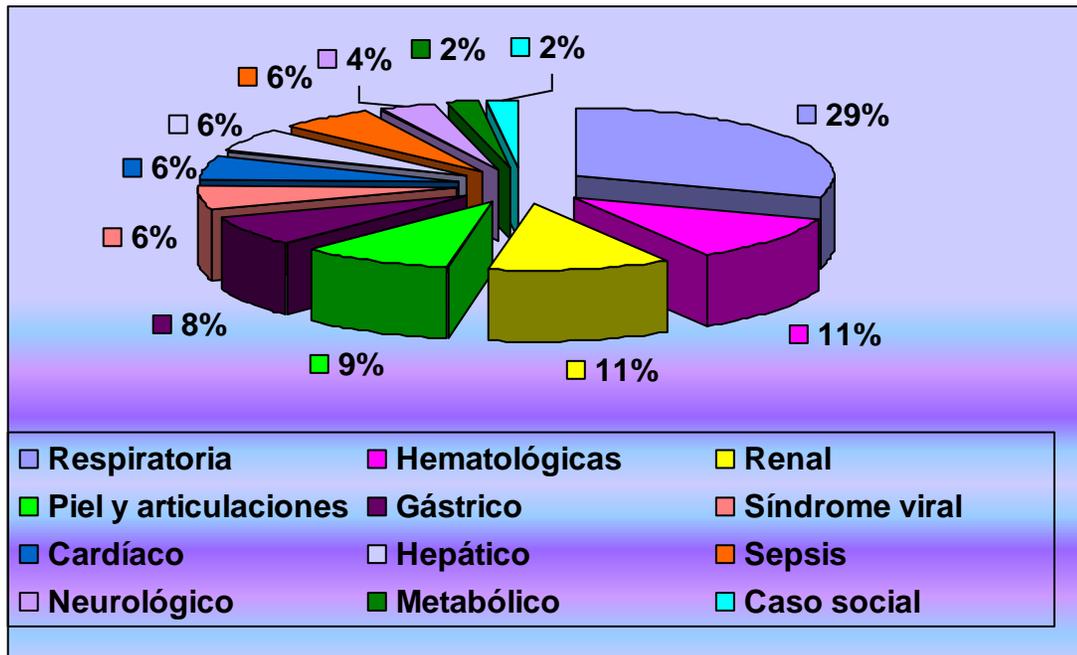
Cuarto grupo: de 16 a 20 días con 6 niños = 11.5%.

Quinto grupo: de 26 a 30 días con 3 niños = 5.7%.

Sexto grupo: de 21 a 25 días con 1 niño = 1.9%.

Gráfico N° 42

DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA DE LA POBLACIÓN INFANTIL SEGÚN MORBILIDAD HOSPITAL. J.M. DE LOS RÍOS SERVICIO DE MEDICINA GENERAL MARZO 2006



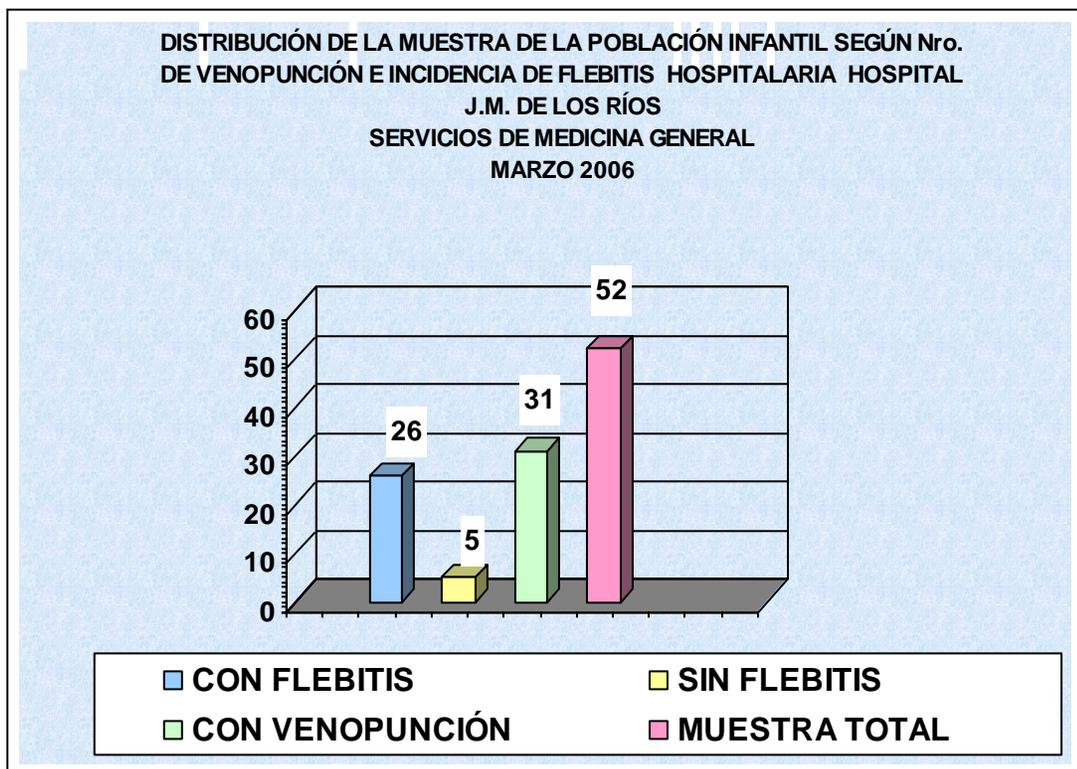
Fuente: Dpto. Registros médicos. Hospital J.M. De los Ríos.

Análisis:

Según la patología diagnosticadas la división es la siguiente:

1. **Respiratorias:** con 16 casos = 29%.
2. **Hematológicas:** 6 casos = 11%.
3. **Renal:** con 6 casos = 11%.
4. **Piel y articulaciones:** con 5 casos = 9%.
5. **Gástrico:** con 4 casos = 8%.
6. **Síndrome viral:** con 3 casos = 6%
7. **Cardíaco:** con 3 casos = 6%.
8. **Hepático:** con 3 casos = 6%.
9. **Sepsis:** con 3 casos = 6%.
10. **Neurológico:** 2 casos = 4%.
11. **Metabolismo:** 1 caso = 2%.
12. **Caso social:** 1 caso = 2%.

Gráfico N° 43



Fuente Unidades Clínicas de Medicina

Análisis

El Gráfico ilustra como el total de la muestra de la población infantil que se corresponde con pacientes, se determinó lo siguiente:

Muestra Total 52 = 100%

Venopunción : 31

Sin Flebitis: 5 = 16%

Con Flebitis 26 = 84%

TABLA Nro. 31
DATOS GENERALES PROFESIONALES DE ENFERMERÍA.
INCIDENCIA DE FLEBITIS POR VENOPUNCIÓN Y SU RELACIÓN CON EL DESEMPEÑO ASISTENCIAL DEL
PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
HOSPITAL J.M. DE LOS RÍOS. SERVICIO DE MEDICINA GENERAL
MARZO 2006

SERVICIO DE MEDICINA					GRADO DE INSTRUCCIÓN			GRUPOS ETARIOS						AÑOS DE SERVICIO				
	1 y 2	3 y 4	5 y 6	7	ENF/PROF.	T.S.U	LIC	25- 30	31- 35	36- 40	41- 45	46- 50	51- 55	M 1	1- 10	11- 20	21- 30	31- 35
1	1				1				1								1	
2	1					1						1			1			
3	1					1							1		1			
4	1					1					1				1			
5	1					1					1				1			
6	1					1						1				1		
7	1					1						1				1		
8	1					1					1						1	
9	1						1			1						1		
10		1					1						1					1
11		1					1					1			1			
12		1					1					1				1		
13		1				1						1					1	
14		1				1							1		1			
15		1				1			1							1		

16		1				1						1				1		
17		1				1						1						1
18		1				1							1	1			1	
19		1				1						1			1			
20		1				1									1			
21			1				1					1					1	
22			1				1				1					1		
23			1			1						1					1	
24			1			1				1					1			
25			1			1		1								1		
26			1			1				1							1	
27			1			1		1							1			
28			1			1		1										
29				1			1					1					1	
30				1		1						1				1		
31				1		1						1					1	
32				1		1		1						1				
33				1		1					1					1		
34				1		1							1		1			
35				1		1										1		
TOTAL	9	11	8	7	1	27	7	4	2	3	5	16	5	1	12	11	9	2

La tabla N° 31: Muestra la prevalencia de los datos generales del total de profesionales de enfermería. 35 profesionales = 100%.

1. Se observa que el número de profesionales por cada servicio de medicina general es variable.

2.- **En cuanto al grado de instrucción:**

- se observa que predomina en nivel técnico superior con 27 casos que representa el 77.1% del total.
- En segundo lugar se encuentra el nivel licenciado con 7 casos que representa el 20% del total.
- En tercer lugar se encuentra el nivel enfermera profesional con 1 caso que representa el 2.85% del total.

3.- **Grupos etarios:** Información sobre los tres primeros lugares de mayor impacto.

- El primer lugar lo ocupa el grupo etario de 40-50 con casos que representa el 45% del total.
- El segundo lugar lo ocupa el grupo etario de 51-55 con 5 casos que representa el 14.2% de total.
- El tercer lugar lo ocupa el grupo etario de 41-45 con 5 casos que representa el 14.2% del total.

4.- **Años de servicio:** Información sobre los tres primeros lugares de mayor impacto.

- El primer lugar lo ocupa el grupo de 1 a 10 años, con 12 casos que representa el 34.2% del total.
- El segundo lugar lo ocupa el grupo de 11 a 20 años con 11 casos que representa el 31.4% del total.
- El tercer lugar lo ocupa el grupo de 21 a 30 años con 9 casos que representa el 2.57% del total.

TABLA Nro. 32
FLEBITIS POR VEBNOPUNCIÓN CON EL DESEMPEÑO ASISTENCIAL DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
TABLA DE DATOS GENERALES DE LA POBLACIÓN INFANTIL
HOSPITAL J.M. DE LOS RÍOS. SERVICIO DE MEDICINA GENERAL
MARZO 2006

Nro.	SERVICIO DE MEDICINA				ESTANCIA HOSPITALARIA EN DÍAS						SEXO		GRUPOS ETARIOS EN AÑOS					DIAGNÓSTICO DE HOSPITALIZACIÓN	VENOP.		FLEWBITIS			
	1y2	3y4	5y6	7	5	6 10	11 15	16 20	21 25	26 30	M	F	0 1	1 3	4 7	8 11	12+		P	A	P	P		
1	1					1						1	1							SEPSIS NEONATAL	1	0	1	0
2	1					1					1				1					CARERNOMATOSIS PORTAL	0	1	0	1
3	1					1					1			1						ANEMÍA DEPRANOCÍTICA	0	1	0	1
4	1				1						1	1								INFECCIÓN URINARÍA	0	1	0	1
5	1					1					1		1							NEUMONÍA DERECHA	1	0	1	1
6	1					1					1	1								DOLOR ABDOMINAL	1	0	0	0
7	1					1					1					1				DOLOR ABDOMINAL	1	0	0	1
8	1					1					1				1					PURPURA TROMBOCITOPENICA	0	1	0	1
9	1				1						1			1						CARDIOPATIA CONGENITA	1	0	1	1
10	1				1						1		1							DIARREA AGUDA	1	0	0	0
11	1					1					1	1								PURPURA TROMBOCITOPENICA	0	1	0	1
12	1					1					1		1							NEUMONÍA DERECHA	1	0	1	1
13	1				1						1		1							DIARREA AGUDA	1	0	0	0
14		1					1					1		1						NEUMONÍA DERECHA	1	0	1	1
15		1				1					1		1							MENINGITIS VIRAL	1	0	1	1
16		1				1					1				1					SÍNDROME VIRAL	0	1	0	0

																		HEMORRAGICO				
35			1			1						1		1				ANEMÍA DEPRANOCÍTICA	0	1	0	1
36			1			1						1		1				NEUMONIA DERECHA	1	0	1	0
37			1					1				1	1					INFECCIÓN URINARIA	0	1	0	1
38			1		1							1		1				CELULITIS ESCROTAL – ESCABIOSIS	1	0	1	0
39			1		1							1		1				DENGUE HEMORRAGICO	0	1	0	1
40				1		1						1		1				ARTRITIS DE CADERA	0	1	0	1
41				1			1					1		1				INFECCIÓN URINARIA	0	1	0	1
42				1			1					1		1				SÍNDROME HEPATO- ESPLENICO	1	0	1	0
43				1			1					1			1			SÍNDROME EDEMATOSO	0	1	0	1
44				1			1					1			1			SÍNDROME NEFRITICO	0	1	0	1
45				1			1					1		1				HIPERBILIRRUBINEA	0	1	0	1
46				1				1				1			1			NEUMONIA	1	0	1	0
47				1			1					1			1			NEUMONIA	1	0	1	0
48				1					1			1			1			NEUMONIA	1	0	1	0
49				1		1						1					1	CARDIOPATÍA CONGÉNITA	1	0	1	0
50				1			1					1		1				BRONCO ASPIRACIÓN	1	0	1	0
51				1	1							1		1				NEUMONIA DERECHA	1	0	1	0
52				1				1				1		1				CELULITIS HIPERORBITAL DERECHA	1	0	1	0
TOTAL	13	13	13	13	11	20	11	6	1	3	26	26	20	20	7	3	2	ANTIBIÓTICO/SIN ANTIBIÓTICO	31	21	26	26

La tabla N° 32: Muestra la prevalencia de los datos de la población infantil. 100% = 52

1.- Estadía hospitalaria: Cuatro de primeros lugares de mayor impacto.

Primer lugar: Ocupado por el grupo de 6 a 10 días, con 20 casos que representan el 38% del total.

Segundo lugar: Ocupado por el grupos de 5 y 11 a 15 días, con 11 casos que representan el 21% del total.

Tercer lugar: Ocupado por el grupo de 16 a 20 días, con 6 casos que representa el 12% del total.

Cuarto lugar: Ocupado por el grupo de 20 a 30 días, con 3 casos que representa el 6% del total.

Quinto y último lugar: Ocupado por el grupo de 21 a 25 días, con 1 caso que representa el 2% del total.

2.- Sexo: Ambos representa el 50% C/U, con 26 casos.

3.- Grupos Etarios:

Primer lugar: Ocupado por los grupos de 0 a 1 y 1 a 3 años, ambos con 20 casos cada uno, que representan el 38% C/U = 76% de la muestra total.

Segundo lugar: Ocupado por el grupo de 4 a 7 años, con 7 casos que representa el 14% de la muestra.

Tercer lugar: Ocupado por el grupo de 8 a 11 años, con 3 casos que representa 6% de la muestra.

Cuarto y último lugar: Ocupado por el grupo de 12 ó más, con 2 casos que representa 4% de la muestra.

TABLA Nro. 33
INCIDENCIA DE FLEBITIS POR VENOPUNCIÓN Y SU RELACIÓN CON EL DESEMPEÑO ASISTENCIAL DEL
PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
HOSPITAL J.M. DE LOS RÍOS. SERVICIO DE MEDICINA GENERAL
MARZO 2006

MA	SUB	Nro	MORBILIDAD	GRUPOS ETARIOS					ESTADÍA HOSPITALARIA						VENOP		FLEBITIS		ANTIB		
				0 - 1	1- 3	4- 7	8- 11	12*	5	6- 10	11- 15	16- 20	21- 25	26- 30	P	A	P	A	P	A	
Resp.		1	Neumonía Derecha	1						1						1	0	1	0	1	0
Resp.		2	Neumonía Derecha	1						1						1	0	1	0	1	0
Resp.		3	Neumonía Derecha		1											1	0	1	0	1	0
Resp.		4	Neumonía Derecha	1						1						1	0	1	0	1	0
Resp.		5	Neumonía Derecha		1				1							1	0	1	0	1	0
Resp.		6	Neumonía Derecha		1						1					1	0	1	0	1	0
Resp.		7	Neumonía Bilateral			1						1				1	0	1	0	1	0
Resp.		8	Neumonía Izq. compl.		1									1		1	0	1	0	1	0
Resp.		9	Neumonía Izquierda	1								1				1	0	1	0	1	0
Resp.		10	Neumonía Derecha		1					1						1	0	1	0	1	0
Resp.		11	Neumonía		1							1				1	0	1	0	1	0
Resp.		12	Neumonía			1						1				1	0	1	0	1	0
Resp.		13	Neumonía		1									1		1	0	1	0	1	0
Resp.		14	Neumonía Derecha		1				1							1	0	1	0	1	0
Resp.		15	Infcecc. Resp. Baja	1						1						1	0	1	0	1	0
Resp.	16	16	Broncoaspración	1							1					1	0	1	0	1	0
Hem.		17	Anemia Drepanociica		1					1						0	1	0	1	0	1
Hem.		18	Purpura Trompocitipea			1				1						0	1	0	1	0	1
Hem.		19	Purpura Trompocitipea	1						1						0	1	0	1	0	1
Hem.		20	Dengue Hemorrágico				1		1							0	1	0	1	0	1
Hem.		21	Dengue Hemorrágico		1				1							0	1	0	1	0	1
Hem.	6	22	Anemia Drepanociica		1					1						0	1	0	1	0	1
Renal		23	Infección urinaria	1					1							0	1	0	1	0	1
Renal		24	Pielonefritis aguda	1							1					0	1	0	1	0	1
Renal		25	Infección urinaria	1								1				0	1	0	1	0	1
Renal		26	Síndrome nefrítico			1					1					0	1	0	1	0	1
Renal		27	Síndrome edematoso			1					1					0	1	0	1	0	1

Renal	6	28	Infección urinaria		1					1				0	1	0	1	0	1
Pie/Art		29	Artritis Sept. Rodilla	1							1			1	0	1	0	1	0
Pie/Art		30	Urticaria severa		1					1				0	1	0	1	0	1
Pie/Art		31	Artritis cadera		1			1						0	1	0	1	0	1
Pie/Art		32	Celulitis Escrt. Escab.		1			1						1	0	1	0	1	0
Pie/Art	5	33	Celulitis Hiper. Derec.		1						1			1	0	1	0	1	0
S. Viral		34	S. Viral tipo Dengue				1			1				0	1	0	1	0	1
S. Viral		35	S. Viral tipo Dengue			1				1				0	1	0	1	0	1
S. Viral	3	36	S. Viral tipo Dengue		1				1					0	1	0	1	0	1
Gastro		37	Dolor abdominal	1						1				1	0	0	1	0	1
Gastro		38	Dolor abdominal				1			1				1	0	0	1	0	1
Gastro		39	Diarrea aguda	1					1					1	0	0	1	0	1
Gastro	4	40	Diarrea aguda	1					1					1	0	0	1	0	1
Cardio		41	Cardiop. Congénita		1				1					1	0	1	0	0	1
Cardio		42	Insuficiencia Cardíaca	1									1	0	1	0	1	1	0
Cardio	3	43	Cardiop. Congénita					1		1				0	1	0	1	1	0
Hepato		44	Carvenomatosis Portal			1				1				0	1	0	1	0	1
Hepato		45	S. Hepático-Esplénico		1					1				1	0	1	0	1	0
Hepato	3	46	Hiperbilirrubina	1						1				0	1	0	1	0	1
Sepsis		47	Sepsi Neonatal	1						1				1	0	1	0	1	0
Sepsis	2	48	Miasis Abscesada		1								1	1	0	1	0	1	0
Neuro		49	Meningitis viral	1						1				1	0	1	0	1	0
Neuro	2	50	Mielomeningocele	1					1					1	0	1	0	1	0
Metab.	1	51	Diabetes Mellitas					1		1				0	1	0	1	0	1
Caso S	1	52	Niña Abandonada	1						1				0	1	0	1	0	1
Total	52			20	20	7	3	2	11	20	11	6	1	2	31	21	26	26	26

La tabla N° 33:. Contiene la tabulación de datos de la población infantil en cuanto a morbilidad, venopunciones y flebitis.

1.- Morbilidad: Distribución porcentual de las afectaciones por sistemas en la muestra seleccionada la cual se ilustra en el gráfico N° 42

2. Pacientes con venopunciones: Se determinó que del total 52 pacientes 31 llevaron instauradas venopunción en algún momento de su hospitalización = 42% del total.

3.- Incidencia de flebitis: Del total de pacientes con venopunción (31), 26 presentaron flebitis es decir 84% y del total de la muestra 50% 86%, solo 5 pacientes no presentaron flebitis que corresponde al 16% de los que tenían venopunción.

CAPÍTULO VII

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1. Conclusiones

La flebitis por venopunción en las vías periféricas parece constituir un problema de inherencia a enfermería que tiende a pasar desapercibido; tal vez, por lo usual de su presencia en los usuarios de las instituciones dispensadoras de salud en nuestro medio.

En cuanto al desempeño profesional de enfermería es el miembro específico dentro del equipo de salud a quién le conciernen las venopunción de las vías periféricas y es quién debe proporcionar los medios de prevención, control y evaluación de esta complicación tan molesta que causa discomfort en los usuarios aumentando el cuadro de sufrimiento y lo que se transforma en disminución en la calidad de atención.

Finalmente cabe destacar que se hace sumamente necesario el despertar de enfermería y de nuestros lideres dentro del campo de la enfermería realizadas por enfermeras, prestándose atención a los problemas que se hacen inherentes y tratando de ubicar soluciones en equipo que beneficien al gremio, a las instituciones y a los usuarios.

La flebitis por venopunción si es un problema que tenemos que atender muy estrechamente y darle la importancia requerida; ya que se pudo evidenciar que existen, pero no se lleva a cabo un verdadero registro, que determine el número de los casos que se dan y la frecuencia con que se presentan.

Existen escasos estudios sobre la base de este tema, debido a la carencia de relevancia que se le da a esta complicación. Como segmento fundamental de este estudio se determinaron datos de la población infantil en

cuánto a edad, morbilidad, sexo y estancia hospitalaria, la cual estuvo comprendida por una población total de 105 usuarios, tomándose una muestra de 50% (52 paciente 7 niños por cada unidad clínica) correlacionándose los mismos con la presencia de flebitis. La población de enfermeras estuvo constituida por un total de 35 profesionales, de las cuales al 50% (17 profesionales), se aplicó una prueba piloto para determinar la atención del mismo frente a la incidencia de flebitis.

Una vez establecidos los indicadores de ambas variables se obtuvieron como resultados preliminares (Datos Generales) que en la muestra de la población infantil no existía relación entre el sexo, la edad con referencia a la flebitis; pero si entre la estadía hospitalaria, morbilidad y el tipo de tratamiento recibido, en este caso antibiótico terapia. En cuanto al instrumento aplicado como prueba piloto preliminar para su validación al personal de profesionales de enfermería, aportó que la flebitis como complicación rutinaria dentro de la practica de enfermería, pasa realmente desapercibida y lo que se consideró al comienzo del proyecto, que se encontrarían estadísticas bajas en esta institución; al revisar los resultados de las flebitis reportadas por enfermería en la muestra de la población infantil y los datos aportados por el instrumento, se observa que las cifras son realmente significativas; debido al no haber seguimiento y control se tiende a pensar que la incidencia es poca, pero al investigar y reportar la frecuencia de las mismas se tiene que del total de la muestra; es decir que, de 52 pacientes de los cuales 31 tenían venopunción, 26 de ellos reportaron flebitis, se demuestra que el 50% de la población presentó, en algún momento de su estadía hospitalaria esta complicación en un porcentaje bastante elevado.

En cuanto a la encuesta realizada, se tuvo como resultado que la calidad de atención no se aplica en un 100%, quizás está dada por el desconocimiento de las mismas, lo que puede dar como consecuencia la aparición de flebitis, también se determinó que no es el material o calidad del mismo lo que ocasiona tal patología, si no las medidas preventivas que no

son desconocidas por el personal de enfermería, pero el déficit del mismo, lleva a que los procesos y procedimientos sean aplicados por personas no preparadas para tal fin. Quedando por determinar otras causas y dejando el camino abierto para futuras investigaciones se debe expresar que se hace necesario realizar investigación en el campo de la enfermería, por enfermeras(os) de problemas inherentes a la práctica profesional, que son comunes pero no se les dan las consideraciones necesarias y evaluándolas se reducirían esfuerzos de todo tipo y se prestaría una atención de calidad.

7.2. Recomendaciones

La calidad en los servicios de salud supone simultáneamente derechos y deberes de los actores intervinientes.

Un derecho de los usuarios es que les brinde la atención que se merecen. También un derecho de los trabajadores del sector es sentirse reconocidos y gratificados por prestar un servicio adecuado.

Un deber del Estado es ser garante de la salud y de su recuperación para toda la ciudadanía.

Un deber de los usuarios es exigir y valorar la atención que se les brinda. Un deber de los servicios de salud es dar las respuestas que se les requiera. Un deber de los trabajadores es optimizar todo su accionar.

Para poder hacer viable esto, es necesario que cada instancia de este proceso asuma el rol que le corresponde, teniendo en cuenta el involucramiento de todos los actores. La gestión de la calidad es algo que compete a todos y es necesario que a partir de marcos conceptuales y normativos generales, cada organización construya su propio programa de garantía de calidad. Nadie va hacer por nosotros lo que corresponde que nosotros hagamos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ashworth Helen, (2001). **Filtración en Línea de Fluidos Intravenosos.**, [www.victusmc.com/medical prod/sets/filtración](http://www.victusmc.com/medical_prod/sets/filtración). Pág. 1-3-4-6. 2001.
- Betancourt y otros. (1995) **Investigación Aplicada al Área de Enfermería II.** U.C.V. Caracas.
- Bianchi A, et al (1990). **Estudio Prospectivo sobre la Incidencia de Flebitis en un Servicio de Cirugía General.** Acta Chirurgica Cataloniae. Volumen: (11) 1:11-14.
- Caballero Cubedo Rafael e. Portilla Botelho Marianna, Vaqueirizo Alonso Clara (S/F). **Procedimientos y Técnicas Instrumentales en Medicina.** Edit MSD Publicaciones. Pág. 13.
- Castillo Valery A. y otros. (1995). **La Etica y la Moral en la Práctica Profesional de la Enfermería.** Módulo de la UCV. Tomo 1. Caracas.
- Castillo Valery A. y otros. (1987). **Los Derechos de las Personas Enfermas.** Edit. Disimúimed C.A. Caracas.
- Castillo Valery a y otros. (1988). **Ética y Legislación Médica.** Edit. Disinlimed. C.A. Caracas.
- Colegio Universitario de los Teques (1996). "Cecilia Agosta". **Taller de Ética.** Caracas.
- Dale H. Besterfield, (1995), **Control de calidad:** Prentice Hall Hispanoamericana p36

Du Gas. Beverly y otros. (s/f.) **Tratado de Enfermería Práctica. Prevención y Control de Infecciones**, pág. 323.

Enciclopedia Médica. (1980) **Fascículos 67 y 113**. Editorial Ríoduero y Miñón Madrid.

El Portal Útil de la Salud. **Incidencia del Flebitis Secundaria a Venopundon Periférica**, www.mstitutooroosevelt.org.com/ Pág. 1-2.

Federación de Colegios de Enfermeras de Venezuela. (1991). **Código Deontológico de Enfermería**. Caracas.

Hernández Sampieri. (1998). **Metodología de la Investigación**. Mc GrawHill. México.

Herrera Rhut, Mayor Janeth, Vasquez Marthas. (2001). **El Catéter Venoso Percutáneo** www.instituoroosevelth.or.com/dirmed-Proccs.Enf2 Pág. 11.

Jiménez, María Pilar, Gómez, Teresa, Olmo, Damián. (1996). **Flebitis Postpunción Estudio en un Área de Cirugía**. En: Revista de Enfermería ROL Año XIX No 217.

Lares, Ana M. **Responsabilidad Legal y Situación Laboral del Personal de Enfermería en Venezuela**. (1992). Textogrefía Jamer S.R.L. Caracas.

La Rocca, Joanne. (1995). **Terapia Intravenosa**. Guía Clínica de Enfermería. Edi Pocket Guide. Capítulo 2.

La Arocca Joane. Shirley Otto. **Terapia Intravenosa: Guia Clínica de Enfermería**.. Edit. Pcket Guide 2da. Edición Cap. II, www.mosby/

doyma/libros. Pág. 19

La Rocca. Joanne (s/f). **Guía Clínica de Enfermería**, libros. Cap. 2 Pág. 19-22.

Muñoz Polanco Pilar, Tortolaj Carmen. **La Prevención de Infecciones Intravasculares Asociadas con Catéteres Venosos Centrales** 'Portal Útil de la Salud' www.instituto.roosevelt.org.com/dirmed-procs.enf Pág. 2.

Phaneuf Margot. (1993). **Enfermería** Editorial Interamericana. Mc.Gran-Hill. Pmnera edición Capítulo 2. Pág. 16-31.

Ramírez, Tulio, (1999). **Como Hacer un Proyecto de Investigación**. Caracas.

Sabino, Carlos: (1999). **El Proyecto de Investigación**. Guía para su Elaboración. Editorial Episteme, C.A. / Oriial Ediciones. Caracas.

Universidad Pedagógica Experimental Libertador. (1999). **Manual de Trabajos de Grado de Especialización y Maestría y Tesis Doctorales**.

Valero Ambrosio, Jimenes T. Carmen. (2001). **Prevención de Infección Relacionada con Inserción Cuidad y Mantenimiento de Catéter Venoso Periférico**. P. 17 www.chospab.es/enfermería/protocolos/cateter

Venipuncture. www.mcdscape.com.

Venipuncture and Pulse: Clinical Application of the Circulatory System. Part2. What is Phicbitís and Causes. www.veinsl-coTn/reseafchcenter/cfm.

Wesley Ruby y otros. (1997). **Teorías y Modelos de Enfermería**. 2da. Edición. Pág. 60-65. 10.

ANEXOS

ANEXO A

Bases legales

4.3.1. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela

La Constitución de la república Bolivariana de Venezuela como la base fundamental de los derechos y garantías contienen específicamente lo relacionado a la vida y su preservación, se citan a continuación los artículos que en referencia a ésta y a la salud contiene:

Artículo 43:

"El derecho a la vida es inviolable. Ninguna ley podrá establecer la pena de muerte, ni autoridad alguna aplicarla..."

Artículo 83:

"La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como, el deber de participar activamente en su promoción y defensa y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley..."

Artículo 84:

"Para garantizar el derecho a la salud, el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público y nacional de salud de carácter ínter sectorial descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad. El sistema público nacional de salud dará prioridad a la promoción de la salud y prevención de las enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad..."

Artículo 85:

" ... El Estado garantizará un presupuesto para la salud que permita cumplir con los objetivos de políticas sanitarias. En

coordinación con las universidades y centros de investigación, se promoverá y se desarrollará una política nacional de formación de profesionales, técnicos y técnicas y una industria nacional de producción de insumes para la salud. El estado regulará las instituciones públicas y privadas de salud."

Artículo 86:

"Toda persona tiene derecho a la seguridad social como servicio público no lucrativo, que garantice la salud y asegure protección en contingencias de maternidad, paternidad, enfermedad, invalidez, enfermedades catastróficas, discapacidad, necesidades especiales, riesgos laborales, pérdida de empleo, desempleo, vejez, viudedad, orfandad, vivienda, cargas derivadas de la vida familiar y cualquier otra circunstancia de previsión social..."

4.3.2. Código deontológico de enfermería

La práctica de la enfermería esta sujeta a un conjunto de deberes del ejercicio profesional que se han descrito en los principios éticos y deontológicos, fieles y universales al juramento, designio de Florencia Nightingale, referido en el Código Deontológico (1991), en la Declaración de Principios de la Enfermería, en el cual se expresa el juramento de la enfermera(o);

Juro solemnemente ante Dios y en presencia de esta asamblea, llevar una vida pura, J ejercer mi profesión con devoción J fidelidad. Me abstendré de todo lo que sea perjudicial o maligno y de tomar o administrar a sabiendas ninguna droga que pueda ser nociva a la salud.

Haré cuanto esté en mi poder por elevar el buen nombre de mi profesión y guardar inviolable el secreto de todas las cuestiones personales que se me confíen y asuntos de familia de que me entere en el desempeño de mi cometido. Con lealtad, procuraré auxiliar al facultativo en su obra y me dedicaré al bienestar de todos los que estén encomendados a mi cuidado (Pág. 3-4).

El profesional de la enfermería deberá realizar acciones en beneficio

de la población, desplegando un espíritu crítico frente a la técnica y el entorno social en que se desenvuelve, así mismo, fomentar una escala axiológica encauzada a incrementar una práctica social en beneficio de los sectores sociales de menor ingreso y, estará en condiciones de colaborar en la solución de la problemática de la salud, tomando en cuenta el desarrollo económico y social de la comunidad. En diferentes organismos del sector público del seguro social, del Ministerio de Sanidad, de instituciones de seguridad social al servicio de los trabajadores del Estado, en organizaciones del sector privado hospitales, clínicas y sanatorios, en centros de educación, escuelas de enfermería, instituciones de salud, dando capacitación y enseñanza continua al personal.

En la práctica, se caracteriza por la realización de actividades enmarcadas en las competencias siguientes:

- Participa en la aplicación de los programas de salud, con conocimiento pleno de las características de éstos.
- Colabora en el diagnóstico clínico del enfermo, a nivel consulta externa y hospitalización.
- Atiende las funciones vitales del enfermo mediante acciones que contribuyan a su recuperación, con base en los principios de enfermería.
- Orienta sus acciones hacia la atención primaria de salud, la cual incluye los aspectos promocionales preventivos y curativos en forma integral.
- Actúa en la atención de enfermería con respecto a los valores, costumbres y tradiciones de la población.
- Participa en la transmisión de mensajes (programas de salud), cuya finalidad sea educar a la comunidad para el autocuidado.
- Ubica los problemas Jurídicos relacionados con su profesión y el grado de responsabilidad que deba asumir.

La práctica descrita, reglamentada en el articulado del Código Deontológico de la Enfermería, debe ser asumida por toda Enfermera(o) en el Territorio venezolano. De mayor interés al estudio que nos ocupa, el

Código plantea en los Deberes Generales de las Enfermeras(os) en los Artículos 3 y 10 lo siguientes:

Artículo 3:

"La enfermera(o) tendrá como norte en sus actos, prestar sus servicios profesionales al individuo, familia y comunidad, con responsabilidad, eficiencia, capacidad, mística y verdadera vocación".

Parágrafo Único: La responsabilidad fundamental de la enfermera(o) es, conservar la vida, aliviar los sufrimientos y promover la salud"

Artículo 5:

"Los servicios de enfermería son universales. Al ejercer su función, el profesional de enfermería no hará distinción alguna referente a: edad, sexo, raza, nacionalidad, credo, opinión política o posición socio-económica de la persona".

Artículo 10:

"La relación enfermera-paciente estará fundamentada en el respeto a la dignidad humana, responsabilidad y secreto profesional como lo estipulan las normas y condiciones morales que acompañan la acción de la Enfermera(o)"

Se ha escrito que la enfermería es el último y mejor reducto de humanidad en la práctica sanitaria. Son múltiples los dilemas implicados en la actividad de la enfermería. Pero la llamada a la humanización es un gran reto en la esta praxis sanitaria, en donde la enfermería debe Jugar un papel fundamental. Son las enfermeras las que tiene una presencia más continuada ante el ser humano enfermo, que vive todas las incertidumbres y alegrías, angustias y esperanzas, que inevitablemente acompañan a todo proceso patológico. El sentido vocacional de la enfermería, sin duda acompañado de su carácter verdaderamente profesional, constituye un aspecto básico en la red de situaciones interhumanas que configuran el ejercicio de la profesión.

Derechos del paciente

El derecho a la atención médica contempla un grupo de acciones que el individuo algunas veces necesita, puede no siempre querer, que no le son impuestas, pero que deben hallarse a su disposición. Todos necesitamos en un determinado momento atención médica, todos aspiramos a que la satisfacción de esas necesidades y de esos deseos se reconozca como un derecho y no como una dádiva. El 6 de febrero de 1993, la Asociación Americana de Hospitales aprobó "La Carta de los Derechos del Paciente" con el fin de contribuir con una mayor efectividad en la atención y satisfacción de los pacientes. Los puntos tratados en la Carta establecen:

- Los derechos del paciente a ser atendido de manera respetuosa.
- Obtener de su médico información actualizada concerniente al diagnóstico, pronóstico y tratamiento en términos razonables para su cabal comprensión.
- Recibir la información necesaria para poder dar su consentimiento, previo a la aplicación de cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico.
- Rechazar el tratamiento propuesto, hasta donde las regulaciones legales lo permitan y a ser informado de las consecuencias de su acción.
- Que se respete la intimidad.
- Que toda información contenida en su historia médica se maneje en forma confidencial.
- Que el hospital dentro de sus posibilidades, le brinde el servicio requerido.
- Ser informado, si el hospital donde se halla recluido realiza o intenta realizar procedimientos de experimentación en seres humanos, que pueden interferir el tratamiento a que será sometido, en cuyo caso puede negarse a participar en dichas prácticas.
- Esperar una razonable continuidad del cuidado médico.
- Obtener información concerniente a las vinculaciones del hospital

con instituciones docentes involucradas en la atención que se le imparte.

- Examinar y recibir una explicación adecuada del monto de los honorarios que deberá pagar, cualquiera sea la fuente de pago de los mismos.

- Conocer las regulaciones de la institución concernientes a su conducta como paciente.

- El paciente tiene derecho a exigir de los médicos que le asisten un elevado grado de competencia profesional y a esperar de los mismos una conducta moral irreprochable.

Al hablar de atención médica debe diferenciarse, calidad de cantidad. Difícil labor en ocasiones, estimar la calidad, lo que se considera una buena medicina. A veces sólo los médicos pueden ejercer el juicio discriminatorio; ya que, las sutilezas de su ejercicio no se hallan al alcance de las mentes "no médicas".

Los derechos de las personas enfermas se han visto terriblemente afectados como consecuencia de la crisis económica, no solamente los pacientes del tercer nivel de atención (hospitalizados); sino también, los enfermos ambulatorios del primero y segundo nivel, han padecido por diversas razones, tales como, el desmesurado incremento de las medicinas y la inaccesibilidad a ciertas técnicas diagnósticas en razón de sus costos.

Cada día es más notoria la condicionalidad del derecho a la salud, puesto que su ejercicio depende de las posibilidades de las instituciones y no de la fuerza moral del hecho que lo fundamenta, que es el respeto por la dignidad de la persona, el cual se encuentra especialmente realzado cuando ésta se haya en situación de enfermedad.

ANEXO B
ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DEL HOSPITAL DE NIÑOS

ANEXO C
CUESTIONARIO

UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO
DIRECCIÓN GENERAL DE LOS ESTUDIANTES DE POST-GRADO
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE SERVICIO DE SALUD

DESEMPEÑO Y CALIDAD DE ATENCIÓN DEL PERSONAL DE
ENFERMERÍA EN LA INCIDENCIA DE FLEBITIS POR VEBNOPUNCIÓN

I Parte

Datos Personales

Formulario N° _____

Años de servicios en la institución : _____

Edad : _____

Grado de instrucción : _____

Años de experiencia en el área asistencia : _____

Tiempo desempeñándose en el área de pediatría: _____

II.- PARTE

A. CALIDAD DE ATENCIÓN

1. ¿Ha observado en los pacientes que han estado bajo sus cuidados trastornos en las necesidades de descanso y sueño relacionadas con molestias que provienen de la instauración de una venopunción?

a) Siempre _____

b) Casi siempre _____

c) A veces _____

- d) Casi nunca _____
- e) Nunca _____

2. ¿Considera usted que la instauración de una venopunción constituye un elemento entorpecedor para la satisfacción de la necesidad de higiene?

- a) Siempre _____
- b) Casi siempre _____
- c) A veces _____
- d) Casi nunca _____
- e) Nunca _____

3. ¿En los pacientes a quienes se les ha colocado una venopunción, ha observado que presentan dificultades para satisfacer sus demandas de alimentación?

- a) Siempre _____
- b) Casi siempre _____
- c) A veces _____
- d) Casi nunca _____
- e) Nunca _____

4. ¿En los parientes con venopunción ha observado usted que demuestran temores en relación al tratamiento y cuidados de sus vías de administración. ?

- a) Siempre _____
- b) Casi siempre _____
- c) A veces _____
- d) Casi nunca _____
- e) Nunca _____

5. ¿En el tiempo que tiene laborando como profesional de enfermería, ha

podido observar alguna complicación de índole mayor a consecuencias de una flebitis (trombosis, incapacidad parcial o total de un miembro y otras)?

- a) Siempre _____
- b) Casi siempre _____
- c) A veces _____
- d) Casi nunca _____
- e) Nunca _____

6. ¿Considera usted que los pacientes reciben una adecuada información sobre los procedimientos a realizarles y se les trata con la debida consideración?

- a) Siempre _____
- b) Casi siempre _____
- c) A veces _____
- d) Casi nunca _____
- e) Nunca _____

III PARTE

B. FACTORES QUE INDICEN EN LA APARICIÓN DE FLEBITIS POR VENOPUNCION

1. ¿La venopunción como procedimiento rutinario dentro del desempeño asistencia! diario de enfermería, considera usted que requiere de conocimientos profundos para poder ejecutarla?

- a) Siempre _____
- b) Casi siempre _____
- c) A veces _____
- d) Casi nunca _____
- e) Nunca _____

2. ¿La dotación de materiales como gases, adhesivos, hisopos, compresas; son unos de los suministros más abundantes en su institución?

- a) Siempre _____
- b) Casi siempre _____
- c) A veces _____
- d) Casi nunca _____
- e) Nunca _____

3. ¿Tiene su opinión relevancia a la hora de adquisición de materiales, para la realización de procedimientos inherentes a enfermería?

- a) Siempre _____
- b) Casi siempre _____
- c) A veces _____
- d) Casi nunca _____
- e) Nunca _____

4. ¿Es imprescindible disponer de catéteres venosos periféricos blandos, para la realización de las venopunciones?

- a) Siempre _____
- b) Casi siempre _____
- c) A veces _____
- d) Casi nunca _____
- e) Nunca _____

5. ¿Considera usted que la edad y el sexo constituyen un factor determinante en la incidencia de flebitis?

- a) Siempre _____
- b) Casi siempre _____
- c) A veces _____
- d) Casi nunca _____
- e) Nunca _____

6. ¿En base a su experiencia, el uso prolongado de antibiótico terapia pudiera ser motivo para que se produzca flebitis?

- a) Siempre _____
- b) Casi siempre _____
- c) A veces _____
- d) Casi nunca _____
- e) Nunca _____

7. ¿Son considerados por usted como factores determinantes en la aparición de flebitis, los obturadores?

8. ¿La dotación de equipos de infusión (macrogoteros, microgoteros, soluset o buretrol), de soluciones y tratamientos, está siempre muy por encima de las necesidades diarias de los mismos?

- a) Siempre _____
- b) Casi siempre _____
- c) A veces _____
- d) Casi nunca _____
- e) Nunca _____

IV PARTE

C. CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS ACERCA DE LOS CUIDADOS EN LA VENOPUNCION

1. ¿Las venas más utilizadas por usted, las constituyen las de las manos y pies, y como ultima instancia las de la cabezas?

- a) Siempre _____
- b) Casi siempre _____
- c) A veces _____
- d) Casi nunca _____

e) Nunca _____

2. ¿Si la venopunción se encuentra permeable, sin signos de alteración, usted espera los cinco (5) días reglamentarios para su recambio?.

a) Siempre _____

b) Casi siempre _____

c) A veces _____

d) Casi nunca _____

e) Nunca _____

3. ¿ Es costumbre institucional realizar lavados de las venopunciones, con solución heparinizada , varias veces al día?

4. ¿Una asepsia rigurosa, determinará en definitiva la incidencia de flebitis?

a) Siempre _____

b) Casi siempre _____

c) A veces _____

d) Casi nunca _____

e) Nunca _____

5. ¿Al retirar una venopunción, por haber desarrollado una flebitis, usted descarta todo el material y procede a la nueva cateterización con material nuevo y estéril?.

a) Siempre _____

b) Casi siempre _____

c) A veces _____

d) Casi nunca _____

e) Nunca _____

6- ¿Utiliza usted un mismo catéter para intentar por tercera vez cateterizar una vía venosa periférica?.

- a) Siempre _____
- b) Casi siempre _____
- c) A veces _____
- d) Casi nunca _____
- e) Nunca _____

7. ¿La realización de las curas cada 24 horas, evitando así la exposición de la venopunción a los contaminantes del ambiente, disminuye la aparición de flebitis?.

- a) Siempre _____
- b) Casi siempre _____
- c) A veces _____
- d) Casi nunca _____
- e) Nunca _____

8. ¿Cambia usted los equipos de infusión, nombrados anteriormente, cada 48 horas?.

- a) Siempre _____
- b) Casi siempre _____
- c) A veces _____
- d) Casi nunca _____
- e) Nunca _____

9. ¿Considera usted que la ubicación anatómica de la venopunción, influye categóricamente en la aparición de flebitis?

- a) Siempre _____
- b) Casi siempre _____
- c) A veces _____
- d) Casi nunca _____
- e) Nunca _____

10. ¿Ha observado usted, en los pacientes bajo su cuidado, que al retirar una venopunción, que hay un orificio con presencia de exudado, de aspecto desagradable?

- a) Siempre _____
- b) Casi siempre _____
- c) A veces _____
- d) Casi nunca _____
- e) Nunca _____

V PARTE

D. MEDIDAS DE PREVENCIÓN EN LA FLEBITIS POR VENOPUNCION

1. ¿Cuándo va usted a realizar un procedimiento de cualquier índole o una venopunción, usted realiza el lavado de manos previamente?

- a) Siempre _____
- b) Casi siempre _____
- c) A veces _____
- d) Casi nunca _____
- e) Nunca _____

2. ¿Dispone de antisépticos, aprobados para realización de los procedimientos que normalmente forman parte de su rutina de funciones y actividades?

- a) Siempre _____
- b) Casi siempre _____
- c) A veces _____
- d) Casi nunca _____
- e) Nunca _____

3. ¿Los pacientes con tratamiento de largo plazo, considera usted que debido

a la múltiple cateterización de venas, desarrollan mas flebitis?

- a) Siempre _____
- b) Casi siempre _____
- c) A veces _____
- d) Casi nunca _____
- e) Nunca _____

4. ¿En pacientes con venopunciones y tratamientos largos, observa usted enrojecimiento, edema, eritema, calor local u otro síntoma?

- a) Siempre _____
- b) Casi siempre _____
- c) A veces _____
- d) Casi nunca _____
- e) Nunca _____

5. ¿Considera usted, informar a los familiares en referencia al tratamiento y cuidados que deben tener con el paciente?

6. ¿Revisa en cada turno las venopunciones, valorando signos y síntomas que pudieran potencialmente desarrollar flebitis?

- a) Siempre _____
- b) Casi siempre _____
- c) A veces _____
- d) Casi nunca _____
- e) Nunca _____

ANEXO D
FOTOS
VENOPUNCIÓN

ESTAR DE MEDICINA 1 Y 2

ESTAR DE ENFERMERÍA 1 Y 2

SALA DE CUIDADOS INTERMEDIOS

ESTAR DE ENFERMERÍA 3 Y 4

FACHADA DEL HOSPITAL J.M. DE LOS RÍOS

MONUMENTO HOSPITAL JOSÉ MANUEL DE LOS RÍOS

ANEXO E
DIAGRAMA DE GRANTT