

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES ADULTOS MAYORES
CON FLEBITIS POSTINFUSION DE ANTIBIOTICOS EN EL SERVICIO
JULIAN ARCE DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO – 2016**

**INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA EN
GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA**

NANCY CARMEN ALANYA SANCHEZ

CALLAO – 2017

PERÚ


DRA. ZOILA DÍAZ TAVERA
CEP. 18988-RNE. 1512

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- LIC. ESP. YRENE ZENAIDA BLAS SANCHO PRESIDENTA
- MG. LAURA DEL CARMEN MATAMOROS SAMPEN SECRETARIA
- MG. ADRIANA YOLANDA PONCE EYZAGUIRRE VOCAL

ASESORA: DRA. ZOILA ROSA DÍAZ TAVERA

Nº de Libro: 04

Nº de Acta de Sustentación: 435

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 31/10/2017

Resolución Decanato N° 2795-2017-D/FCS de fecha 26 de Octubre del 2017 de designación de Jurado Examinador del Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

ÍNDICE

| | PÁG. |
|---|------|
| INTRODUCCIÓN | 2 |
| I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 3 |
| 1.1. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA | 3 |
| 1.2. OBJETIVO | 6 |
| 1.3. JUSTIFICACIÓN | 6 |
| II. MARCO TEÓRICO | 8 |
| 2.1. ANTECEDENTES | 8 |
| 2.2. MARCO CONCEPTUAL | 12 |
| 2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS | 35 |
| III. EXPERIENCIA PROFESIONAL | 36 |
| 3.1. RECOLECCIÓN DE DATOS | 36 |
| 3.2. EXPERIENCIA PROFESIONAL | 36 |
| 3.3. PROCESOS REALIZADOS EN EL TEMA DEL INFORME | 37 |
| IV. RESULTADOS | 41 |
| V. CONCLUSIONES | 45 |
| VI. RECOMENDACIONES | 46 |
| VII. REFERENCIALES | 47 |
| ANEXOS | 50 |

INTRODUCCIÓN

El presente informe de experiencia profesional titulado "Cuidados de Enfermería a pacientes adultos mayores con Flebitis postinfusion de antibióticos en el servicio Julián Arce del Hospital Nacional Dos de Mayo - 2016", tiene como finalidad determinar los cuidados de enfermería en pacientes adultos mayores con Flebitis postinfusion de antibióticos.

El presente informe es relevante porque establece una guía de intervención por parte de la enfermera a los pacientes adultos mayores con flebitis postinfusion de antibióticos, la cual permitirá unificar los cuidados dirigidos a dichos pacientes anteriormente mencionados; de esta manera lograremos evitar y/o disminuir las complicaciones que podría presentar por esta situación.

Considero que la teoría de las 14 necesidades de Virginia Henderson como la más adecuada para sustentar los cuidados de Enfermería en el informe.

El presente informe consta de VII Capítulos, los cuales se detallan a continuación: El Capítulo I describe del planteamiento del problema, el Capítulo II incluye los antecedentes, el marco conceptual y la definición de términos, el Capítulo III considera la presentación de la experiencia profesional, Capítulo IV resultados; Capítulo V conclusiones, Capítulo VI las conclusiones y el Capítulo VII Referencias bibliográficas y contiene un apartado de anexos.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.- Descripción de la Situación Problemática.

En la actualidad en España la flebitis quedaba definida como "Induración o eritema con calor y dolor en el punto de entrada y/o en el trayecto del catéter" (1).

En la Asamblea Mundial de la Salud del 2002, los Estados Miembros de la OMS adoptaron una resolución sobre la seguridad del paciente. Desde la puesta en marcha en 2004 del Programa de Seguridad del Paciente de la OMS, más de 140 países han tratado de solucionar los problemas que plantea una atención sin garantía de seguridad. Actualmente se reconoce cada vez más que la seguridad del paciente y la calidad de la atención que se le presta son dimensiones fundamentales de la cobertura sanitaria universal. (2)

Se calcula que en los países desarrollados hasta uno de cada 10 pacientes sufre algún tipo de daño durante su estancia en el hospital. El daño puede ser consecuencia de distintos errores o efectos adversos. (3)

De cada 100 pacientes hospitalizados en un momento dado, siete en los países desarrollados y 10 en los países en desarrollo contraerán infecciones relacionadas con la atención de salud. Cientos de millones de pacientes se ven afectados por este problema cada año en todo el mundo. La frecuencia de tales infecciones puede reducirse en más de un

50% con la adopción de medidas sencillas y de bajo costo para la prevención y el control de infecciones. (4)

Se calcula que existen 1,5 millones de dispositivos médicos diferentes y más de 10 000 tipos de dispositivos disponibles en todo el mundo. Sin embargo, la mayor parte de la población mundial no tiene acceso adecuado a dispositivos médicos apropiados y seguros en su sistema de salud. Más de la mitad de los países de ingresos bajos y medianos-bajos no cuentan con una normativa nacional sobre tecnología sanitaria que pueda garantizar el uso eficaz de los recursos mediante una planificación, evaluación, adquisición y gestión adecuadas de los dispositivos médicos.

(5)

En Colombia, el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud establece la seguridad como una característica, la cual se convierte en el 2008 en una política nacional, cuyo objetivo primordial es prevenir la ocurrencia de situaciones que afecten la seguridad del paciente, reducir y eliminar en lo posible la ocurrencia de Eventos adversos.(6)

En Perú, en el Hospital Nacional Dos de Mayo, en el año 2014 se identificó que 20 pacientes presentaron flebitis de un total de 570 pacientes hospitalizados, en el año 2015 se evidenció que 33 pacientes presentaron flebitis de un total de 780 pacientes hospitalizados, en el 2016 se identificó que 35 pacientes presentaron flebitis de un total de 810 pacientes hospitalizados en el servicio Julián Arce. (7)

La flebitis postinfusion de antibióticos es un tema que aun no se abordado ampliamente por los profesionales de Enfermería, por lo tanto no se cuenta con estudios de que antibióticos producen flebitis química en el Perú.

Los Profesionales de Enfermería cumplimos un rol transcendental; puesto que somos las que estamos las 24 horas del día con los pacientes en diferentes turnos rotativos.

Al cumplir mi labor en el Hospital Nacional Dos de Mayo, en el servicio de Medicina Julian Arce, evidencie una alta incidencia de casos de pacientes adultos mayores con presencia de flebitis después de la administración de medicamentos del tipo antibióticos como oxacilina, clindamicina, meropenem, vancomicina, imipenem y otros. Muchos de los pacientes adultos mayores, según indicación medica reciben entre dos o tres antibióticos por lo que repercute desfavorablemente en la incidencia de la flebitis; esto conlleva a realizar la revisión bibliográfica y presentar mi informe de experiencia laboral profesional sobre este problema común en nuestro quehacer profesional, procurando dar énfasis a las complicaciones en la salud de dichos pacientes.

El uso frecuente de los servicios hospitalarios por las personas mayores, los expone a consecuencias adversas de la hospitalización, muchas de las cuales no están relacionadas a la enfermedad de ingreso sino a efectos adversos de los tratamientos médicos y la práctica hospitalaria. A pesar que los hospitales modernos tienen lo último en tecnología, muchas

prácticas del cuidado del paciente son arcaicas basadas más en tradición y hábitos que en ciencia y que pueden traer consecuencias no deseadas para las personas mayores; por estos motivos el cuidado en cada paciente independientemente de la patología que le llevo a internarse en el servicio y por lo que es urgente la elaboración de una guía de intervención de enfermería en Flebitis postinfusion de antibióticos.(8)

1.2.- Objetivo

Determinar los cuidados de Enfermería a pacientes adultos mayores con flebitis postinfusion de antibióticos en el servicio Julián Arce del Hospital Nacional Dos de Mayo.

1.3.- Justificación

Nivel teórico: El presente informe servirá para profundizar los conocimientos en cuanto a los cuidados de Enfermería que se deben tener en la prevención y valoración en la presencia de flebitis postinfusión de antibióticos en los adultos mayores.

Y que se debe ejecutar de acuerdo a los lineamientos institucionales relacionadas a las prácticas seguras y gestión de riesgos dadas por la oficina de calidad y seguridad del paciente.

Nivel metodológico: El presente informe es importante a nivel metodológico ya que logrará precisar algunos aspectos a considerar en los estudios requeridos por profesionales de Enfermería al establecer los cuidados de Enfermería que se deben tener en la prevención, valoración y cuidados de acuerdo al grado de la flebitis postinfusión de antibióticos.

Nivel Social: El presente informe, permitirá aumentar los conocimientos a los enfermeros sobre cuidados de enfermería que se deben tener en la prevención, valoración y cuidados de acuerdo al grado de las flebitis postinfusión de antibióticos.

Nivel práctico: El informe beneficiará a los enfermeros que atienden a los pacientes adultos mayores en el servicio de hospitalización. Asimismo, los resultados que se obtengan serán de fundamental importancia para desempeñar con éxito la labor en el servicio de hospitalización y brindar una excelente atención a este tipo de pacientes.

Este informe beneficiara a los educadores, teóricos del cuidado en el adulto mayor, a los administradores de los servicios de Enfermería de las unidades funcionales del Departamento de Enfermería del servicio y del Hospital, a los(as) licenciados(as) en enfermería que esta al cuidado de pacientes geriátricos con flebitis postinfusion de antibióticos.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Internacionales

MILUTINOVIĆ D., SIMIN D Y ZEC D. (Serbia) en el año 2012, realizó un estudio titulado: **Factores de riesgo de la flebitis: un estudio con cuestionario de la percepción de las enfermeras**, con el objetivo de evaluar cómo perciben las enfermeras los factores de riesgo en el desarrollo de la flebitis, con atención especial a la percepción del potencial flebítico de algunos medicamentos y soluciones intravenosas; el método utilizado fue un cuestionario transversal en el que se incluyó una población muestra de 102 enfermeras. Los resultados fueron que las enfermeras reconocieron algunos de los factores que pueden reducir la incidencia de la flebitis; sin embargo, más de la mitad de las enfermeras obviaron el hecho de que el material y el diámetro de la cánula pueden influir en la tasa de incidencia. De igual manera, las enfermedades subyacentes y el pH alto de los medicamentos y soluciones se identificaron como factores de riesgo potenciales, al contrario de un pH bajo y una baja osmolalidad. Las enfermeras identificaron que los antibióticos como la vancomicina y la bencilpenicilina tenían el mayor potencial flebítico. La aminofilina, el clorhidrato de amiodarona y el cloruro de potasio 7.4%, entre otros medicamentos y líquidos intravenosos, se identificaron como posibles causantes de la flebitis; concluyendo que las

enfermeras identificaron los factores de predisposición para la flebitis con relación a los pacientes y con las terapias administradas; mientras que algunos factores de riesgo relacionados con las cánulas no fueron apreciados en su totalidad, en particular aquellos relacionados a las propiedades fisicoquímicas y a los tiempos de remplazo de las cánulas.(9)

SOUZA URBANETTO J., GRASSMANN PEIXOTO C. y TÁSSIA AMANDA M. (Brasil), en el año 2015, realizaron un estudio titulado **Incidencia de flebitis durante el uso y después de la retirada de catéter intravenoso periférico**, con el objetivo de investigar la incidencia de flebitis y la asociación de factores de riesgo con su ocurrencia durante el uso y después de la retirada del catéter intravenoso periférico (CIP) (flebitis postinfusión) en adultos hospitalizados. Método: estudio de cohorte con 171 pacientes con CIP, totalizando 361 punciones. Fueron recolectadas variables sociodemográficas y relacionadas al catéter. Análisis estadístico descriptivo y analítico. Resultados: de los pacientes, 51,5% eran hombres y el promedio de edad fue de 56,96 años. La incidencia de flebitis durante el uso del CIP fue de 1,25% y de post-infusión fue de 1,38%. Se asoció la flebitis durante el uso del CIP al tiempo de permanencia del catéter y con la post-infusión (punción en el antebrazo). Los medicamentos Ceftriaxona, Claritromicina y Oxacilina fueron asociados a la flebitis post-infusión. Conclusiones: este estudio permitió investigar la asociación de factores de riesgo y la ocurrencia de

flebitis durante el uso y después de la retirada del catéter. La frecuencia de la flebitis postinfusión fue mayor que el número de flebitis asociada a la permanencia del catéter, siendo las de grado III y II, respectivamente, las más frecuentes. Se trato de elucidar aspectos relacionados a la flebitis post-infusión, considerando que existen pocos estudios que abordan el tema bajo esta perspectiva.(10)

MARTÍN GIL, B.; FERNÁNDEZ CASTRO M. Y LÓPEZ VALLECILLO, M. (España), en el año 2015, realizaron un estudio titulado **Efectividad del tratamiento tópico de la flebitis secundaria a la cateterización periférica: una revisión sistemática**, con el objetivo de Evaluar la evidencia disponible sobre la efectividad de tratamientos tópicos de la flebitis postperfusión en pacientes portadores de catéter venoso periférico. Método: Se realizó revisión sistemática de ensayos clínicos y revisiones sistemáticas publicados desde 1995 a 2015 en las bases de datos Pubmed, Cinahl, Cochrane plus CUIDEN y la BVS (Biblioteca Virtual en Salud), en inglés y español. Los criterios de inclusión fueron: paciente adulto hospitalizado, portador de vía venosa periférica, con perfusión continua o intermitente, incluyendo todo tipo de terapia de infusión que hubieran desarrollado cualquier grado de flebitis. La valoración de la calidad metodológica de los estudios seleccionados, se realizó por pares de forma independiente utilizando el Clinical Appraisal Skills Programme en su versión española. Resultados: Se seleccionaron 11 estudios: 8

ensayos clínicos y 3 revisiones sistemáticas. Analizaron los efectos de fitoterapéuticos: aloe vera, chamomilla recutita y notoginseny; pomadas heparinoides y geles de heparina; antiinflamatorios como el diclofenaco y vasodilatadores como la nitroglicerina, resultando todos ellos efectivos. Conclusiones: El aloe vera, notoginseny, diclofenaco y heparina gel 1000 UI, mostraron nivel de evidencia y grado de recomendación moderado. La heparina gel es el único compuesto con indicación de la Agencia Española del Medicamento para tratar la flebitis post-perfusión, el notoginseny no está comercializado en Occidente y el diclofenaco es un antiinflamatorio utilizado en diversas patologías. Es merecedor de especial atención el tratamiento con aloe vera a la espera de estudios más concluyentes.(11)

Nacionales

GUTIÉRREZ HUAMAN, S., (Peru) en el año 2008 presento el trabajo titulado **Incidencia de Flebitis en Adultos con Terapia Intravenosa en los Servicios de Medicina y Cirugía. Hospital Belén**, cuyo objetivo general fue de determinar la Incidencia de Flebitis en Adultos con terapia intravenosa en los servicios de Medicina y Cirugía del Hospital Belén de Trujillo 2008. El método utilizado fue de tipo descriptivo, la muestra estuvo constituida por 70 adultos hospitalizados en los servicios de Medicina y Cirugía; en quienes se observó la presencia de signos y síntomas de flebitis durante cuatro días consecutivos a la inserción del catéter

periférico, utilizando una guía en la que se registraron los datos de cada paciente. La confiabilidad de dicha guía de observación se determinó mediante el coeficiente alfa de Cronbach, cuyos resultados fueron de 0.75 y 0.70. Los resultados de la investigación indican que el 37% de adultos con terapia intravenosa presentaron flebitis, y el 63% no la presentó; asimismo el estudio permitió observar algunos factores que podrían estar al tiempo de permanencia del catéter intravenoso ya que se encontró que un 62% de pacientes presentaron flebitis a las 48 horas de insertado el catéter, a si mismo del total de adultos con flebitis la incidencia según la edad el 46.2% tenían entre 36y 65 años y según sexo el 64.5% fueron de sexo masculino. También se encontró que la incidencia de flebitis fue mayor cuando el catéter fue instalado en el dorso de la mano alcanzando un 39 %.(12)

2.2 Marco Conceptual

2.2.1 La flebitis

a) Definición

La flebitis consiste en la inflamación de la capa íntima de la vena y el enrojecimiento de la misma debido a una alteración del endotelio; en donde las plaquetas migran a la zona lesionada; y alrededor de la punta del catéter comenzando la forma de un trombo. La agregación plaquetaria origina la liberación de histamina, aumentando el flujo sanguíneo en la zona por vasodilatación.

Cuando se produce una flebitis puede haber más riesgo de desarrollar una infección local asociada al catéter.(13)

b) Fisiopatología

La patogénesis de la infección del catéter es compleja, pero la mayoría es causada de los organismos de la piel que migran al tubo del catéter durante la inserción, y eventualmente colonizan el extremo del mismo. La contaminación de la parte central del catéter también puede contribuir de forma importante a la colonización de su luz, particularmente si son de larga duración.

El lavado de manos y la técnica aséptica son las mejores estrategias de prevención de las infecciones asociadas al catéter.

Las infecciones intrahospitalarias, es aquella que no estaba presente ni se encontraba en periodo de incubación al momento del ingreso del paciente o de realizarle un procedimiento y se adquirió durante la hospitalización o como consecuencia de un mal procedimiento, manifestándose en el tiempo de internación o después del egreso del paciente.

Deberá considerarse como infección intrahospitalaria, las adquiridas por el personal de la unidad de salud y por los visitantes, siempre que se logre identificar la cadena de transmisión, el germen de la enfermedad y el foco a nivel institucional.

Los dispositivos intravenosos son una parte común e importante de la práctica hospitalaria. Se calcula que un 60% de los pacientes

hospitalizados tienen un catéter intravenoso en algún momento de la hospitalización.

Las infecciones asociadas al catéter en particular se relacionan con un aumento de la morbilidad de la mortalidad y con una hospitalización prolongada.(14)

c) Signos y Síntomas

- Dolor moderado
- Enrojecimiento de la zona o trayecto venoso
- Calor local y aspecto de cordón
- Fiebre y sensibilidad

Las causas que influyen en la flebitis son:

- Tipo de líquido de infusión
- Tipo de medicamento
- Tipo de material y tamaño del catéter y propio riesgo del paciente de desarrollar flebitis

d) Tipos

La flebitis se presenta por tres tipos:

1. Flebitis bacteriana
2. Flebitis mecánica
3. Flebitis química

LA FLEBITIS BACTERIANA: Se presenta por presencia de microorganismo en la solución, contaminación del equipo durante la inserción, deficiencia en la técnica aséptica (lavado de manos y preparación de la piel) y ausencia o mala colocación del esparadrapo.

LA FLEBITIS QUIMICA: se debe a la irritación de la vena por soluciones acidas, alcalinas o hipertónicas.

LA FLEBITIS MECANICA: se relaciona con la infusión lenta, fijación inadecuada del catéter, el sitio de inserción (zona de flexión, tortuosidad de la vena), calibre del catéter mayor al tamaño de la vena y lesión en la vena puncionada.(15)

e) Medicamentos que se han identificado como agentes causales de flebitis.

- Los antibióticos (clindamicina, penicilinas, imipenen etc.)
- Anti convulsionantes(fenitoina, fenobarbital,midazolan y otros)
- Dobutamina, dopamina,noradrenalina
- Anestésicos locales –lidocaína
- Amiodarona
- Soluciones electrolíticas

f) Prevención de la flebitis.

La identificación y control de los factores de riesgo son la base para la prevención. Se debe contar con una guía de inserción del catéter venoso

periférico y un programa de seguimiento de los catéteres que permitan verificar el cumplimiento de los estándares definidos y la identificación temprana de complicaciones.

Mediante la utilización de venas con buen flujo venoso para facilitar la hemodilución, se debe diluir los medicamentos en 30 a 60 ml de solución e infundir en un tiempo de 30-60mts.

Que todos los medicamentos antes mencionados se deben administrar al paciente bien diluido ya que son medicamentos fuertes para evitar un daño tisular irreversible al paciente.

El avance en los últimos 20 años ha sido marcado, al introducir materiales que causan menor reacción a nivel local, disminuyen la colonización de bacterias y notorias reducción en el calibre de la cánula periférica. A pesar de los avances obtenidos no ha logrado establecer un protocolo de los manejos de los catéteres venosos periféricos que ofrezcan seguridad en la disminución de complicaciones al colocar un catéter periférico; lo único que es cierto es el estricto uso de la técnica a aséptica en relación del procedimiento disminuye las complicaciones. Otra medida tales como su cambio posteriormente cada tres días. Todo depende de la duración del tratamiento endovenoso, del grado de actividad del paciente, del tipo de medicamento, de las condiciones de la piel y del número de inserciones ya realizadas.(16)

La incidencia de flebitis no infecciosa aumenta después de las 72 horas de la colocación de la vía periférica. Cuando los pacientes permanecieron con las cánulas por más de 120 horas, todos presentaron tromboflebitis.

El reemplazo del catéter después de 48 horas después de ser instaurado disminuye la incidencia de infección relacionada con el catéter venoso periféricos.

Algunas instituciones han establecido equipos de terapias de infusión, por que la inserción y mantenimiento de catéteres intravasculares por el personal sin experiencia puede también aumentar el riesgo de colonización del catéter y las infecciones sanguíneas asociadas al catéter. Los datos disponibles sugieren que el personal especialmente formado o designado para la inserción y mantenimiento de los dispositivos intravasculares proporciona un servicio que reduce de forma efectiva las infecciones asociadas y los costos generales.

Aunque los filtros en línea puedan reducir, la incidencia de flebitis asociada a la infusión, no existe la evidencia para sugerir que son eficaces para prevenir las infecciones asociadas al catéter y a los sistemas de infusión por lo tanto, los filtros en línea no se recomiendan para controlar la infección.

Además de la falta de evidencia que apoya el uso de antibióticos profilácticos existe la probabilidad de que se produzcan reacciones alérgicas y resistencia microbiana. El propósito de purgar los catéteres es de detener la trombosis, más que la infección pero como los estudios de

catéteres de larga duración sugieren que los depósitos de trombo y fibrinas son muy importantes en este proceso. Los estudios sugieren que la solución salina es tan eficaz como la heparina para mantener la permeabilidad del catéter y reducir la flebitis.

Se ha estudiado la eficacia de la heparina y la hidrocortisona administrada individualmente o combinación, además de la falta de evidencia que apoye su uso las posibles reacciones adversas pueden ser mayores que los beneficios potenciales.

El paciente juega un papel muy importante en la decisión de la inserción y en la localización de los catéteres intravasculares, y como mínimo debería ser informado sobre los motivos para la realización del procedimiento y el tiempo que indica la norma que debe tener un catéter. Deberá animarse a los pacientes que informe de cualquier molestia como dolor, quemadura, hinchazón, frialdad, desprendimiento y sangrado.

La comodidad del paciente durante la inserción puede mantenerse durante el uso de anestésicos tópicos, y evitando los intentos múltiples al canalizar debe documentarse y registrarse los datos de forma precisa para garantizar la seguridad del paciente, permitir las inspecciones y hacer un seguimiento de cualquier indicio de infección, esta documentación deberá incluir:

Registro de fecha

Hora o turno de la inserción del catéter en un lugar visible.

Nombre del responsable que lo coloque.

Los factores al evaluar al elegir el punto de inserción del catéter son los específicos de cada paciente:

- Catéteres colocados anteriormente, o de alguna deformidad anatómica.
- El riesgo relativo de complicaciones mecánicas.
- El propio riesgo de infección del paciente.
- La localización de los catéteres periféricos influye en el riesgo de infección ya que los insertados en las extremidades inferiores tienen un mayor riesgo de flebitis que en las extremidades superiores.

Los adultos con catéter venoso insertado en la mano tienen un menor riesgo de flebitis que los que se insertan en la muñeca o el brazo.

La rutina o la sustitución planificada de los catéteres intravenosos se ha defendido como un método para prevenir la flebitis y las infecciones asociadas al catéter. Los estudios demuestran una mayor incidencia de tromboflebitis y colonización bacteria de los catéter después de que hayan estado insertados durante mas de 72 horas (3 días) para reducir este riesgo, los catéteres periféricos cortos normalmente se cambian de lugar de 48 a 72 horas aunque deberían retirarse al primer signo de flebitis, si se han insertado en situaciones de emergencia y cuando ya no se necesiten.

La limpieza antiséptica de la piel del paciente se considera una de la más importante medida para prevenir las infecciones asociadas al catéter, pero

hay pocos estudios que hayan examinado la eficacia de las diferentes preparaciones antisépticas; se han empezado a usar un parche de clohexidina de liberación sostenida, pero aun no se ha demostrado su eficacia.

La tintura de yodo aun se utiliza en algunos centros antes de la inserción del catéter, pero su eficacia para reducir la colonización del catéter y la infección no se ha evaluado completamente, puede ser efectiva como la povidona yodada y el alcohol para preparar la piel antes de la inserción del catéter, pero debería retirarse con alcohol antes de insertar la cánula para reducir el riesgo de irritación de la piel.(17)

g) Tratamiento tópico en la flebitis

En la práctica clínica existe una gran variabilidad en el tratamiento tópico de la flebitis, que tradicionalmente se ha basado en la aplicación de calor y analgesia, siendo los antiinflamatorios beneficiosos para reducir la inflamación en el punto de inserción.

El Aloe Vera, Notoginseny, Diclofenaco y Heparina gel 1000 UI, mostraron nivel de evidencia y grado de recomendación moderado. La Heparina gel es el único compuesto con indicación de la Agencia

Española del Medicamento para tratar la flebitis post-perfusión, el Notoginseny no está comercializado en Occidente y el Diclofenaco es un antiinflamatorio utilizado en diversas patologías. Es merecedor de especial atención el tratamiento con Aloe Vera a la espera de estudios más concluyentes.(18)

h) Cuidados de Enfermería en la flebitis

Una vez presente la flebitis en el paciente los cuidados están dirigidos a su progresión y que la complicación sea mayor.

Riesgo de infección en relación con inserción de catéter venoso periférico.

Objetivo: El paciente mantendrá el punto de punción sin manifestaciones de flebitis durante el periodo de canalización de la vía.

Las medidas de prevención deberán ir encaminadas a retrasar la aparición de ésta, así como a detectar de forma precoz, los problemas relacionados con ella. Las actividades propias de la enfermera en el abordaje de este objetivo, van a ser:

Mantener y promover las medidas de asepsia personales:

Antes de canalizar una vía venosa periférica, se realizará lavado de manos higiénico, con agua y jabón, así como antes de realizar cualquier

técnica en la que manipulemos el catéter, el sistema de infusión o las perfusiones.

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

El lavado de manos del personal, aunque se utilicen guantes, sigue siendo la principal medida de asepsia para evitar las infecciones nosocomiales.

Limpieza y desinfección del punto de inserción de la vía:

Antes de insertar un catéter venoso periférico, la zona de punción debe estar limpia, que se realizará tras cortar el vello sobrante, sin rasurar.

Se lavará la piel con agua y jabón en una zona suficientemente limpia y se secará después, procediendo a continuación a la desinfección con antiséptico.

Desinfectar con gasa estéril impregnada con povidona yodada o alcohol al 70%, realizando círculos hacia el exterior desde el punto de la piel sobre el que se va a hacer la punción (debemos dejar secar dos minutos

y comprobar que no queden restos de sangre, si se utiliza povidona yodada ya que en su presencia pierde su poder desinfectante).

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

Cuidados y mantenimiento del catéter:

Una vez insertado el catéter, se deberán valorar y promover una serie de actividades encaminadas a favorecer un correcto mantenimiento de la vía, para ello se tendrán en cuenta los siguientes aspectos:

Sistemas de fijación del catéter. El catéter debe quedar lo más fijo posible para evitar salidas y entradas a través del punto de inserción. Se fijará con una tira de esparadrapo de 8 a 10 mm. de ancho por 8 cm. de largo aproximadamente, adhiriendo al cono del catéter por su parte externa y luego a la piel dejando libre el punto de inserción (en forma de lazo).

Cuando se administra fluidoterapia permanente, el catéter se fijará igual que el de uso intermitente y además, se fijará la alargadera formando un bucle con una o dos tiras de esparadrapo.

Aposito. El esparadrapo o parte adhesiva de aposito no caerá nunca sobre el punto de inserción, ya que favorece la humedad, y la fijación y proliferación de gérmenes.

Se palpará el punto de inserción a través de la cura intacta cada 24 horas y en caso de dolor o fiebre no filiada se levantará la cura. Se cambiarán los apósitos de los catéteres venosos periféricos cada 2 horas. También se cambiará el apósito cuando esté sucio, húmedo o despegado.

Valoración y manejo del punto de inserción. Hay que revisarlo diariamente, prestando atención a la presencia de signos de flebitis. Siempre que se cambie el apósito se desinfectará el punto de inserción con povidona yodada o alcohol al 70%. La manipulación del punto de inserción, se hará previo lavado de manos y con guantes no estériles.

Manejo de los equipos de infusión. Las actividades y cuidados van a variar, dependiendo de si la infusión es de carácter continuo o intermitente, de ahí que se diferencie:

Equipos de infusión continuos.

- Se limitará en lo posible el número de llaves de tres pasos. **
- Tanto los sistemas de infusión como las llaves se cambiarán cada 72 horas y/o siempre que estén sucios. Se pondrán equipos nuevos cada vez que se canalice una vía nueva.
- Todos los sistemas que estén conectados se cambiarán al tiempo, no poniendo en contacto nunca un sistema nuevo con uno usado anteriormente.

- El paso por el que se administra la medicación intermitente permanecerá tapado siempre por un tapón o por el sistema de goteo de la medicación.
- Si se administra medicación en bolo el tapón de la llave se dejará en un envoltorio estéril para colocarlo de nuevo en su sitio después de la administración de medicamentos.
- Si se administra medicación de goteo, cuando lo desconectemos de la llave de tres pasos, utilizaremos un tapón nuevo para proteger el paso.
- Todo el sistema; alargadera, llaves, tapones y sistema de goteo, deben estar siempre limpios de sangre y con todos los pasos tapados, nunca se pincha en ellos.

Sistemas de infusión intermitente.

- Se conectará el conector antirreflujo purgado con solución de heparina sódica y una vez conectado, no debe ser desconectado del catéter al no ser absolutamente necesario o por cambio rutinario.
- Se cambiara el conector una vez por semana si la vía se mantiene mas tiempo.
- Una vez puesto, se mantendrá siempre tapado con un tapón macho igual que en el caso de la llave de tres pasos.
- Cuando se va a administrar una medicación as través de un conector:

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

Se aplicará el cono de la jeringa o del sistema al conector y se procederá a inyectar o profundir según proceda (el cono debe ir protegido hasta el momento de la conexión, bien por el protector del sistema, bien por la aguja de preparación de medicación).

Se tapará el conector con un tapón y permanecerá siempre tapado, si se administra medicación en bolo se evitará que el tapón del conector entre en contacto con otras superficies, si se administra con un sistema de goteo, cuando lo conectemos utilizaremos un tapón nuevo para proteger el conector.

Educación para la salud.

El paciente deberá estar puesto al corriente en lo que se refiere a los procedimientos y tratamientos que va a recibir, es por ello, que se hace necesario instruir en el manejo y cuidados de la vía endovenosa, en el caso concreto de que haya sido indicada. Los puntos en los que deberemos hacer especial hincapié, serán:

- Información del uso del que se quiere hacer de la vía endovenosa, y el por qué de su indicación.
- Asesorar en los aspectos higiénicos y cuidados que debe tener el paciente portador de la vía:

No mojar la vía a la hora de asearse, y en el caso de que se moje, avisar al personal de enfermería para que cambie los apósitos y fijaciones.

Evitar la flexión de las extremidades, en el caso en que la vía haya sido insertada en alguna de ellas.

Evitar movimientos bruscos que favorezcan la retirada accidental de la vía.

Inmovilización, en la medida de lo posible, del miembro en el que se permanece insertada la vía.

- Informar al paciente de los diferentes signos y síntomas, sugestivos de flebitis, y aviso inmediato al personal de enfermería.
- Cuando se proceda a su retirada, se le indicará que debe comprimirse durante cinco minutos, vigilando que no exista sangrado del punto de inserción durante la compresión.

Objetivo: Identificar de forma precoz las manifestaciones de flebitis en el periodo de canalización de la vía.

Los problemas potenciales derivados de la flebitis deben ser identificados como problemas de enfermería, con el fin de establecer planes de cuidados individualizados.

Dolor, calor y rubor

Valoración:

Observar al paciente para identificar manifestaciones de dolor a nivel local, así como los datos objetivos, como puede ser una posición precavida, espasmo muscular y signos de inflamación, entre otros.

Atender a las referencias que realice el paciente respecto al aumento de la temperatura en el punto de inserción del catéter.

Valorar a través de la palpación diferencias de temperatura en relación con el otro miembro.

Diagnóstico de Enfermería:

Deterioro del bienestar en relación con dolor, rubor y calor en el punto de punción manifestado por quejas verbales y miedo manifiesto a mover el miembro.

Objetivos:

El paciente indicará que la sensación dolorosa ha disminuido o desaparecido y movilizará el miembro sin dolor, tras las intervenciones enfermeras.

Actividades:

Aplicación de compresas frías a nivel local de manera indirecta.

Reducir o eliminar los factores que incrementan la experiencia dolorosa, como el temor, la falta de conocimientos y la fatiga, entre otros.

Colaborar con el individuo para determinar qué métodos podrían utilizarse para reducir la intensidad del dolor.

Administración de medicación analgésica prescrita.

Reducir o eliminar los efectos secundarios de los analgésicos.

Aumento de la temperatura sistémica

Valoración:

Detectar signos que refiera el paciente como son escalofríos, tiritona, sudoración, dolor de cabeza, entre otros.

Se identificarán signos y síntomas de fiebre o febrícula.

Toma de temperatura corporal con termómetro de mercurio y otros signos vitales indicativos de alteración de la temperatura corporal (tensión arterial, pulso y frecuencia respiratoria).

Diagnóstico de Enfermería:

Desequilibrio de la temperatura corporal en relación con la flebitis manifestado por febrícula y escalofríos, malestar general y dolor de cabeza.

Objetivos:

Mantener al paciente en situación de normotermia.

Actividades:

Recoger muestras sanguíneas para cultivo y descartar otras infecciones concurrentes.

Aplicación de medios físicos. Administración de antitérmicos prescritos.

Mantener un entorno aireado y silencioso

Edema cutáneo**Valoración:**

Identificar los datos objetivos de edema local mediante escala estandarizada, para determinar su grado.

Identificar signos de enrojecimiento en el lugar de punción.

Valorar el estado de hidratación de la piel.

Diagnóstico de Enfermería:

Deterioro de la integridad cutánea en relación con edema manifestado fovea, deshidratación y tirantez local.

Objetivos:

La zona afectada dará muestras de reducción o desaparición del edema tras la intervención de la enfermera.

Actividades:

Aplicación de medios físicos (frío y vendaje compresivo). Elevación del miembro afectado con movilización de zonas distales. Aplicación de pomadas antiinflamatorias.

Mantener hidratada la piel mediante la aplicación de cremas o aceites en la zona.

2.2.2 Fuente teórica: Virginia Henderson.

El paradigma de la integración es la que refleja Virginia Henderson en sus investigaciones realizadas. Henderson refiere que la atención se centra en aquellas personas enfermas e incapacitadas que requieren de cuidados básicos de Enfermería.

El cuidado está dirigido a sustituir el déficit de autonomía del sujeto para poder actuar de modo independiente en la satisfacción de las necesidades fundamentales.

El modelo de Henderson abarca los términos Salud-Cuidado-Persona-Entorno desde una perspectiva holística. Es la independencia de la persona en la satisfacción de las 14 necesidades fundamentales:

- 1°.- Respirar con normalidad: Captar oxígeno y eliminar gas carbónico.
- 2°.- Comer y beber adecuadamente: Ingerir y absorber alimentos de buena calidad en cantidad suficiente para asegurar su crecimiento, el mantenimiento de sus tejidos y la energía indispensable, para su buen funcionamiento.
- 3°.- Eliminar los desechos del organismo: Deshacerse de las sustancias perjudiciales e inútiles que resultan del metabolismo.
- 4°.- Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada: Estar en movimiento y movilizar todas las partes del cuerpo, con movimientos coordinados, y mantenerlas bien alineadas permite la eficacia del funcionamiento del organismo y de la circulación sanguínea.
- 5°.- Descansar y dormir: Mantener un modo de vida regular, respetando la cantidad de horas de sueño mínimas en un día.
- 6°.- Seleccionar vestimenta adecuada: Llevar ropa adecuada según las circunstancias para proteger su cuerpo del clima y permitir la libertad de movimientos.
- 7°.- Mantener la temperatura corporal: Regular la alimentación de acuerdo a la estación establecida, como también hacer una correcta elección de la vestimenta de acuerdo a la temperatura ambiental.
- 8°.- Mantener la higiene corporal: Regular la higiene propia mediante medidas básicas como baños diarios, lavarse las manos, etc.
- 9°.- Evitar los peligros del entorno: Protegerse de toda agresión interna o externa, para mantener así su integral física y psicológica

10°.- Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones: proceso dinámico verbal y no verbal que permite a las personas volverse accesibles una las otras.

11°.- Ejercer culto a Dios, acorde con la religión: Mantener nuestra fe de acuerdo a cual sea la religión sin distinciones por parte del plantel enfermero

12°.- Trabajar de forma que permita sentirse realizado: Las acciones que el individuo lleva a cabo le permiten desarrollar su sentido creador y utilizar su potencial al máximo.

13°.- Participar en todas las formas de recreación y ocio: Divertirse con una ocupación agradable con el objetivo de obtener un descanso físico y psicológico.

14°.- Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud: Adquirir conocimientos y habilidades para la modificación de sus comportamientos. (18)

2.2.3. Cuidados de Enfermería al paciente adulto mayor con flebitis según Virginia Henderson

Problemas Interdependientes

1. Infección y flebitis del punto de inserción del catéter periférico.

Objetivos

- Prevención y/o detección precoz de flebitis o infección.

Actividades

- Control de apósito c/8h y realización de las curas pertinentes según protocolo de la unidad o cuando sea necesario.
- Observar las características de la zona de inserción de los catéteres y registrar si existen signos de infección. En caso afirmativo comentarlo con los médicos y valorar la retirada de los mismos.
- Control de la Temperatura (especialmente durante el día nos indicaría colonización del acceso vascular).

- 2. Temor relacionado con desconocimiento de la evolución y desenlace de su enfermedad, manifestado por dificultad para conciliar y mantener el sueño y por expresiones verbales del propio paciente.**

Objetivos

- El paciente identificará las formas más eficaces de enfrentarse a su temor.

Actividades

- Valorar el nivel de temor que presenta el paciente y los conocimientos que tiene acerca de su enfermedad.
- Explicar al paciente con palabras que entienda todo lo referente a su enfermedad.

- Atender al paciente siempre que lo requiera y facilitarle la información necesaria.
- Mostrar una actitud tranquila y abierta para facilitar la expresión de sus sentimientos y emociones. (20)

2.3 Definición de términos

1. Cuidado

El cuidado implica ayudarse a uno mismo o a otro ser vivo, tratar de incrementar su bienestar y evitar que sufra algún perjuicio.

2. Cuidado de Enfermería

Es el conjunto de funciones que desarrolla la enfermera(o) en la atención y cuidado al usuario, fundamentadas en la relación interpersonal y en el dominio de lo técnico – científico orientada a comprender a la persona usuaria en el entorno en el que se desenvuelve, actuando en la prevención, la curación y la rehabilitación de la persona en el proceso salud – enfermedad.

3. Flebitis

Es la induración o eritema con calor y dolor en el punto de entrada y/o en el trayecto del catéter periférico.

4. Paciente adulto mayor

Es toda persona mayor de 60 años que se encuentra hospitalizada en los servicios de medicina y cirugía del hospital.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 Recolección de Datos

Para la realización del presente informe de experiencia profesional, se llevó a cabo la recolección de datos, de los registros de enfermería, libros de registro de ingresos y egresos de los pacientes atendidos en los periodos 2014-2016 e Historias Clínicas del servicio de Hospitalización Varones Servicio Julian Arce del Hospital Nacional Dos de Mayo.

Las fuentes de recolección de datos fueron:

Manual de Procedimientos, Guías de Procedimientos asistenciales y Manual de Organización y funciones del Departamento de Enfermería del Hospital Nacional Dos de Mayo.

Se solicitó la autorización respectiva a la jefatura del servicio Julian arce Lic. Yolanda Hinojoza, a fin de obtener acceso a los documentos anteriormente mencionados.

3.2 Experiencia profesional

En el 2000 ingrese al Hospital Nacional Dos de Mayo desarrollándome en los diferentes servicios de Medicina Interna varones y mujeres, hasta la actualidad, aproximadamente 17 años donde la mayoría de personas hospitalizadas son pacientes adultos mayores.

Soy una persona que desempeña funciones que se relacionan a la atención directa con las personas, me considero responsable, honesta perseverante con deseos de superación.

Desde mi ingreso al Hospital Nacional Dos de Mayo los adultos mayores han ido ganando espacio no solo físico sino también emocional en cada uno de los trabajadores del servicio de Medicina Interna poniéndonos como reto mejorar su calidad de vida, aceptarlos con sus discapacidades y comprender todas sus necesidades.

Mi actual objetivo profesional es desarrollarme laboralmente en la atención y cuidado de las personas adultos mayores.

3.3 Procesos realizados en el tema del informe

En el servicio de Medicina Julian Arce, se encontró pacientes con Flebitis postinfusion de antibióticos en aumento, las cuales ingresan por otros motivos o diagnósticos médicos.

La Función Básica en el servicio de Enfermería de Medicina:

Ejecución de actividades profesionales de Enfermería en los pacientes hospitalizados propios del Servicio de Enfermería de Medicina para el cumplimiento de los objetivos funcionales del servicio.

Los cuidados de la enfermera(o) del servicio de Enfermería de Medicina en la atención de los pacientes adultos mayores con flebitis postinfusion de antibióticos son:

- a) Ejecutar los cuidados de enfermería aplicando los procesos y protocolos solucionándose de esta manera las necesidades del paciente a través del equipo de salud.
- b) Conocer y propiciar el uso adecuado de los equipos manteniendo su operatividad realizando un uso racional de los materiales, garantizando que la atención del paciente sea de calidad.
- c) Mantener ordenadas las historias clínicas y registros con los datos completos de los pacientes hospitalizados para tener una buena información estadística.
- d) Aplicar técnicas vigentes y protocolos en la administración de medicamentos realizando el reporte de las Reacciones adversas a medicamentos.
- e) Tomar decisiones adecuadas y oportunas al presentarse problemas relacionadas al cuidado de enfermería en el paciente.
- f) Cumplir con el tratamiento médico indicado.
- g) Realizar el reporte de enfermería verbal y escrito paciente por paciente para valorar y evaluar la evolución del paciente comunicando al médico de guardia cualquier complicación.
- h) Actualizar el kardex de enfermería en ausencia de la enfermera jefa para cumplir y hacer cumplir el tratamiento indicado al paciente.

- i) Efectuar los registros de enfermería en los diferentes turnos, garantizando la calidad de la información que contribuirá a la pronta recuperación del paciente.
- j) Realizar y ser responsable del funcionamiento administrativo, asistencial y docente en el área de enfermería durante el turno, dando el cumplimiento a las normas y procedimientos vigentes relacionado con el paciente.
- k) Realizar programas de educación en los servicios de Medicina para prevenir y mejorar la calidad de vida del paciente y su entorno.
- l) Cumplir las normas de bioseguridad, para garantizar el control adecuado de las infecciones intrahospitalarias, en los Servicios de Medicina.
- m) Participar en las actividades de capacitación e investigación que realizara el personal profesional de las salas de medicina.
- n) Participar en las reuniones técnicas convocadas por la enfermera(o) jefe del servicio.
- o) Supervisar y evaluar las actividades y permanencia del personal técnico durante del turno.
- p) Realizar informe de ocurrencias ante cualquier eventualidad que se presente durante su turno.
- q) Velar por el buen uso y mantenimiento de los bienes del servicio de medicina durante su turno.

- r) Realizar entrega del reporte del servicio a la enfermera supervisora en ausencia de la enfermera(o) jefa.
- s) Las demás funciones que le asigne su jefe(a) inmediato.

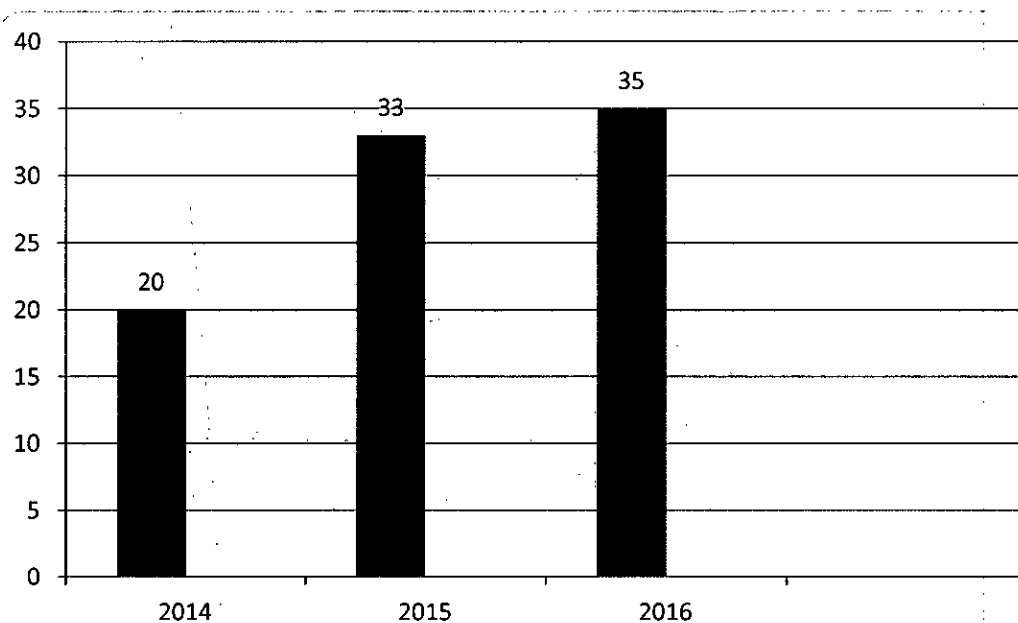
El ambiente actual donde permanecen los pacientes adultos mayores crónicos no es exclusivo para ellos y muchas veces se hacen tareas rutinarias creando un ambiente poco estimulante y altamente estresante para el personal. La falta de personal técnico es una limitante importante.

Los años de experiencia profesional en los servicios de hospitalización de medicina se evidencia que no se cuenta con la guía de intervención de enfermería a pacientes adultos mayores con flebitis postinfusion de antibióticos.

IV. RESULTADOS

GRAFICA 4.1

**PACIENTES ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADO CON FLEBITIS
EN EL SERVICIO JULIAN ARCE DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE
MAYO DEL 2014 - 2016**



Libro de reporte de Enfermería servicio Julian Arce, HNNDM

En la grafica 4.1, se observa que el año 2014 se tuvo un total de 20 pacientes adultos mayores con flebitis, la cual fue aumentando para el 2015 con un total de 33 pacientes, se ha observado que el ingreso de pacientes con esta patología ha ido incrementándose, es así que el año 2016 se atendió a un total de 35 pacientes.

CUADRO 4.1

CUADRO COMPARATIVO ENTRE NUMERO DE CASOS DE FLEBITIS POR EDADES Y AÑOS EN EL SERVICIO JULIAN ARCE DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO DEL 2014 – 2016

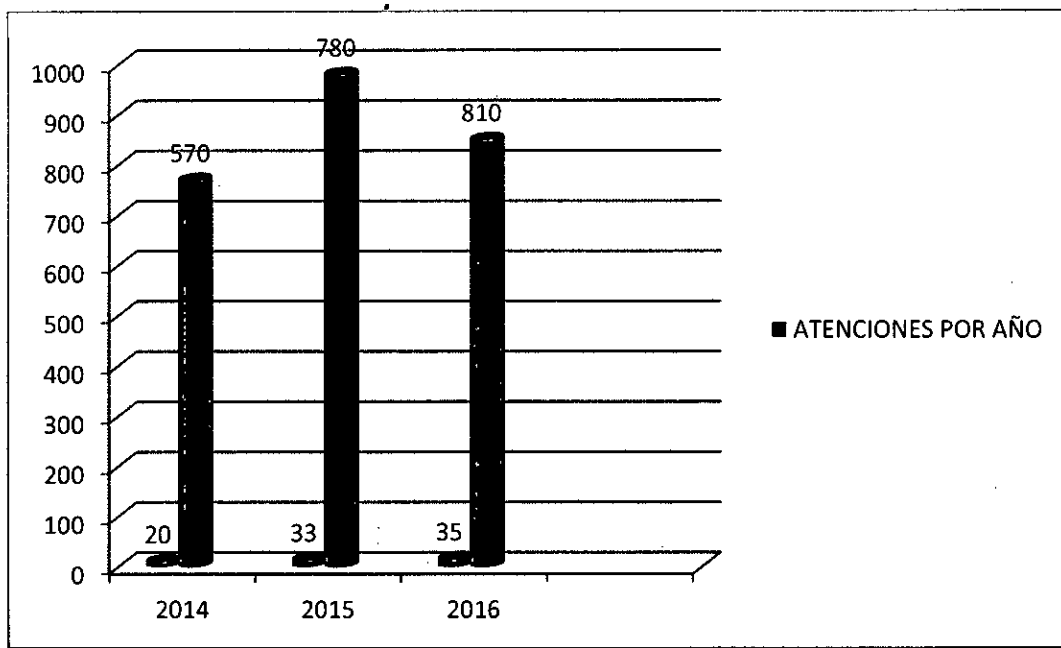
| EDAD/AÑOS | 2014 | % | 2015 | % | 2016 | % | TOTAL | % |
|--------------|------|------|------|------|------|------|-------|------|
| 60 a 65 años | 0 | 0% | 3 | 9% | 5 | 14% | 08 | 9% |
| 66 a 70 años | 10 | 50% | 10 | 30% | 10 | 29% | 30 | 34% |
| + de 70 años | 10 | 50% | 20 | 61% | 20 | 57% | 50 | 57% |
| TOTAL | 20 | 100% | 33 | 100% | 35 | 100% | 88 | 100% |

Libro de reporte de Enfermería Servicio Julian Arce, HNDM

En el cuadro 4.1 se observa que el menor número de casos de flebitis se encuentra en el grupo etáreo de 60 a 65 años y el grupo etáreo de mayor incidencia es de más de 70 años.

GRAFICA 4.2

NUMERO DE ATENCIONES POR AÑO Y CASOS DE PACIENTES ADULTOS MAYORES CON FLEBITIS EN EL SERVICIO JULIAN ARCE DEL HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO DEL 2014 – 2016

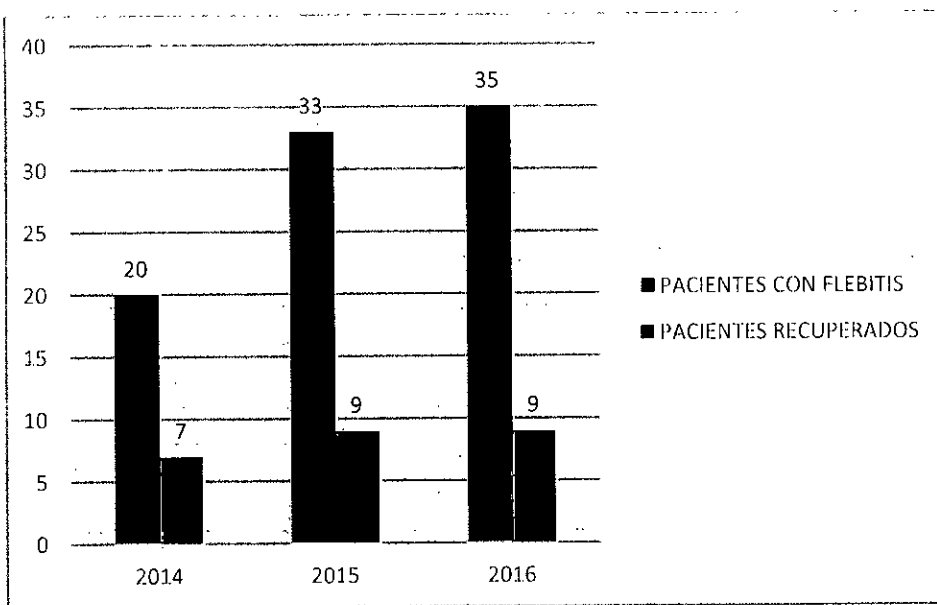


Libro de reporte de enfermería Servicio JULIAN ARCE, HNDM

En la grafica 4.2, se observa que entre el año 2014 a 2016 se tuvo un total de 88 pacientes adultos mayores atendidos con flebitis, la cual representa menos del 2% del total de números de pacientes atendidos por año en dicho servicio

GRAFICA 4.3

**PACIENTES ADULTOS MAYORES CON FLEBITIS Y PACIENTES
RECUPERADOS EN EL SERVICIO JULIAN ARCE DEL HOSPITAL
NACIONAL DOS DE MAYO DEL 2014 – 2016**



Libro de reporte de enfermería Servicio JULIAN ARCE, HNDM

En la gráfica 4.3., se observa que entre el año 2014 a 2016 se tuvo un total de 88 pacientes adultos mayores atendidos con flebitis; de los cuales 25 se recuperaron de la presencia de flebitis según los cuidados establecidos, representado el 28,4% del total de números de pacientes atendidos por flebitis en el periodo anteriormente mencionado.

V. CONCLUSIONES

- a) El menor número de casos de flebitis se encuentra en el grupo etáreo de 60 a 65 años y el grupo etáreo de mayor incidencia es de más de 70 años; representando más del 50% del total de casos.

- b) El número de adultos mayores con presencia de flebitis representa aproximadamente el 2.5% del total de adultos mayores que ingresaron al servicio Julián arce, entre los años 2014 al 2016

- c) Se concluye que de 88 pacientes adultos mayores atendidos con flebitis; 25 pacientes se recuperaron de la presencia de flebitis, representando cuantitativamente menos de lo esperado por los gestores del cuidado.

VI. RECOMENDACIONES

- a) Se recomienda a la institución elaborar la implementación de un servicio de geriatría.
- b) Se recomienda que cada servicio de medicina cuente con un mínimo de enfermeros especialistas en gerontología y geriatría .Es importante que el profesional de enfermería ponga en práctica todas sus habilidades en el cuidado especializado y/o proceso de atención de enfermería que beneficiará en nuestra atención de todos nuestros pacientes; de esta manera permitirá su pronta mejoría y recuperación.
- c) Se recomienda que todo Servicio debe contar con el personal completo; es muy importante el recurso humano para así prestar una buena atención de calidad y calidez a nuestros pacientes y una pronta atención.
- d) Se recomienda el uso de la guía de intervención de enfermería a pacientes adultos mayores con flebitis postinfusion de antibióticos.

VII. REFERENCIALES

1. LEÓN C, ARIZA J Guías para el tratamiento de las infecciones relacionadas con catéteres intravasculares de corta permanencia en adultos: conferencia de consenso Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEIMC-SEMICYUC) *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2004;22(2):92-101
15/08/2017
2. LUQUE, Sonia y BERENGUER Nuria. Hospital del Mar España.2014
Disponible en: www.scfarmclin.org/docs/casos/c170407.pps. 10/08/17
3. BOUZA E, LIÑARES J, Pascual. Diagnóstico microbiológico de las infecciones asociadas a catéteres intravasculares. 2004.
Procedimientos en Microbiología Clínica. Recomendaciones de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. 12/08/17
4. INFUSION NURSES SOCIETY. Infusion nursing standards of practice. *JInfus Nurs*. 2011;34(1S).
5. GALLANT P, SCHULTZ AA. Evaluation of a visual infusion phlebitis scale for determining appropriate discontinuation of peripheral intravenous catheters. *J Nurs. Infus* 2006 Nov-Dec; 29 (6) :338-45

6. Libro de registros de ingresos y de altas del servicio San Andres del HNDM.2016.
7. ALBERO I, BALAGUER R M et all. Prevenció de la infecció relacionada amb el cateterisme intravascular. Direcció General de Salut Pública. Departament de Salut 2012, Generalitat de Catalunya
8. LLORENTE Métodos conservadores para el diagnóstico de bacteriemia asociada a catéter Med Intensiva. 2012;36(3):163-168
9. OPS. Organización Panamericana de la Salud. 2011.
10. WASHINGTON GT, BARRETT R. Peripheral phlebitis: a point-prevalence study. J Infus Nurs. 2012 JulAug;35(4):252-8
11. MARRINER T; A. Cuidados Culturales: Teoría de la diversidad y universalidad en: Modelos y Teorías de Enfermería, 5ª ed. Ed. Mosby. Madrid, 2005. p. 501-527.
12. WESLEY, R L. Teorías y Modelos de Enfermería. 2ª ed. Ed. McGraw-Hill Interamericana, México.1997. p.119-125.
13. HERNANDO GAITÁN-Duarte, Javier Eslava-Schmalbach, Nelcy Rodríguez-Malagon, Víctor Forero-Supelano, Dagoberto Santofimio-Sierra, Hernando Alahona y Grupo de Evaluación de Tecnologías y Políticas en Salud. Incidencia y Evitabilidad de Eventos Adversos en Pacientes Hospitalizados en tres Instituciones Hospitalarias en Colombia, 2006. Rev. Salud pública. 2008; 10 (2):215-226.

14. MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL REPÚBLICA DE COLOMBIA. El estudio ibeas y la política de seguridad del paciente en Colombia.
15. CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERAS. Declaración de posición del CIE sobre seguridad de los pacientes. Adaptada 2002.
16. Ministerio de Protección Social. República de Colombia. Decreto 1011 Abril 2006. Sistema Obligatorio Garantía de Calidad de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
17. Ministerio de Protección Social. Anexo Técnico, Resolución 1446 de 2006. Colombia.
18. MARTIN GIL, BELEN. Enfermería Global N° 45. Efectividad del tratamiento tópico de la flebitis secundaria a la cateterización periférica. España. 2016
19. HENDERSON, VIRGINIA. Principios básicos de los Cuidados de Enfermería. Organización Panamericana de la Salud. Oficina Sanitaria Panamericana. Washington, D.C. E.U.A 1961.
20. GÓMEZ A, ESPINOSA, A. Dilemas éticos frente a la seguridad del paciente. Cuidar es pensar. en: Aquichan. Vol. 6. (001), Octubre 2006

ANEXOS



Ministerio de Salud
Personas que atendemos personas

HOSPITAL NACIONAL "DOS DE MAYO"

GUÍA TÉCNICA: GUIA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

DEPARTAMENTO DE

Servicio de Medicina interna

ENFERMERÍA

2017

I. TITULO: GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON FLEBITIS

II. FINALIDAD.

La presente guía, pretende estandarizar intervenciones y cuidados de enfermería a los pacientes diagnosticados de Flebitis, en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Nacional Dos de Mayo. Por otro lado pretende mejorar la atención de salud a las personas con este diagnóstico, garantizar la continuidad del manejo y control de los procesos en el tercer nivel de atención.

III. OBJETIVOS.

El objetivo principal es optimizar el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), en todas sus etapas en los pacientes diagnosticados de Flebitis estableciendo un estándar de criterios, procesos e intervenciones en el cuidado de enfermería a pacientes con esta enfermedad.

IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN.

Se aplicará esta guía en todos los servicios de enfermería de las diferentes áreas y Medicina Interna, del Hospital Nacional Dos de Mayo, y se espera que posteriormente se aplique en otros establecimientos del Ministerio de Salud a nivel nacional con énfasis en los Establecimientos de Salud con nivel de atención II y III.

V. NOMBRE DEL PROCESO Y PROCEDIMIENTOS A ESTANDARIZAR.

Intervención de Enfermería en Pacientes con Flebitis.

VI. CONSIDERACIONES GENERALES PARA LA ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON FLEBITIS.

La enfermedad de Parkinson (EP), también denominada mal de Parkinson, parkinsonismoidiopático, parálisis agitante o simplemente párkinson.

Esta enfermedad representa el segundo trastorno neurodegenerativo por su frecuencia, situándose por detrás de la enfermedad de Alzheimer. Está extendida por todo el mundo y afecta tanto al sexo masculino como al femenino, siendo frecuente que aparezca a partir del sexto decenio de vida. Además de esta variedad tardía, existe otra versión precoz que se manifiesta en edades inferiores a los cuarenta años.

En la actualidad, el diagnóstico está basado en la clínica, puesto que no se ha identificado ningún marcador biológico de esta enfermedad. Por ello, el diagnóstico de la misma se apoya en la detección de la característica tríada rigidez-temblor-bradicinesia y en la ausencia de síntomas atípicos, aunque también tiene importancia la exclusión de otros posibles trastornos por medio de técnicas de imagen cerebral o de analíticas sanguíneas

6.1 DEFINICIONES OPERATIVAS.

a. Flebitis química: Aparece como respuesta irritativa e inflamatoria de la íntima de la vena a la administración de ciertos compuestos químicos (soluciones o medicamentos). Las soluciones más ácidas y con mayor osmolaridad son las lesivas. La velocidad de infusión, el material del catéter o el tiempo de cateterización son factores contribuyentes del riesgo de flebitis química.

b. Flebitis mecánica: Se asocia con la ubicación, técnica de inserción y calibre del catéter.

c. Flebitis infecciosa : Inflamación de la íntima de la vena asociada a una infección generalmente bacteriana. Es el tipo de flebitis menos frecuente pero que puede llegar a ser grave y predisponer a complicaciones sistémicas (bacteriemia por catéter)

CONCEPTOS BÁSICOS.

a. FLEBITIS

Es un como la inflamación de la pared de la vena debida a una alteración del endotelio y caracterizada por la presencia de los siguientes signos y síntomas: Dolor, eritema, sensibilidad, calor, hinchazón, induración, purulencia o cordón venoso palpable

6.2 REQUERIMIENTOS BÁSICOS.

a. RECURSOS HUMANOS.

- ✓ Enfermera/o.
- ✓ Técnico en Enfermería.

b. RECURSOS MATERIALES

Material fungible

- ✓ Registros de enfermería.
- ✓ Termómetro.
- ✓ Jeringas.
- ✓ Esparadrapo.
- ✓ Guantes quirúrgicos.
- ✓ Tubos de mayo.
- ✓ Alcohol yodado.
- ✓ Tegaderm.

- ✓ Abocats o Bránulas.
- ✓ Gasas estériles.

Material no fungible.

- ✓ Coche de enfermería.
- ✓ Flujómetro.
- ✓ Humidificador.

Medicamentos

- ✓ Metamizol
- ✓ Oxígeno.
- ✓ Suero fisiológico

Equipos.

- ✓ Pulsoxímetro
- ✓ Tensiómetro
- ✓ Aspirador.
- ✓ Electrocardiógrafo
- ✓ Espirómetro.
- ✓ Estetoscopio

VII. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS.

7.1 INDICACIONES.

INDICACIONES ABSOLUTAS: En pacientes diagnosticados con Flebitis y que requieren cuidados de Enfermería.

7.2 CONTRAINDICACIONES.

No aplica.

7.3 DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PROCEDIMIENTO (PLAN DE CUIDADOS)

| DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA | OBJETIVO | INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA | ACTIVIDADES | RESULTADOS |
|--|---|--|--|--------------------|
| Riesgo de infección relacionado con inserción de catéter venoso periférico | El paciente mantendrá el punto de punción sin manifestaciones de flebitis durante el periodo de canalización de la vía. | Mantener y promover las medidas de asepsia personales | <p>Antes de canalizar una vía venosa periférica, se realizará lavado de manos higiénico, con agua y jabón, así como antes de realizar cualquier técnica en la que manipulemos el catéter, el sistema de infusión o las perfusiones.</p> <p>Para la canalización, se utilizarán guantes no necesariamente estériles. La utilización de guantes es una medida de protección universal para evitar el contacto con sangre y / o fluidos corporales.</p> <p>El lavado de manos del personal, aunque se utilicen guantes, sigue siendo la principal medida de asepsia para evitar las infecciones nosocomiales.</p> | Control de riesgo. |
| | | Limpieza y desinfección del punto de inserción de la vía | <p>Antes de insertar un catéter venoso periférico, la zona de punción debe estar limpia, que se realizará tras cortar el vello sobrante, sin rasurar.</p> <p>Se lavará la piel con agua y jabón en una zona suficientemente limpia y se secará después, procediendo a continuación a la desinfección con antiséptico.</p> <p>Desinfectar con gasa estéril impregnada con povidona yodada o alcohol al 70%, realizando círculos hacia el exterior desde el punto de la piel sobre el que se va a hacer la punción (debemos dejar secar dos minutos y comprobar que no queden restos de sangre, si se utiliza povidona yodada ya que en su presencia pierde su poder desinfectante).</p> | |

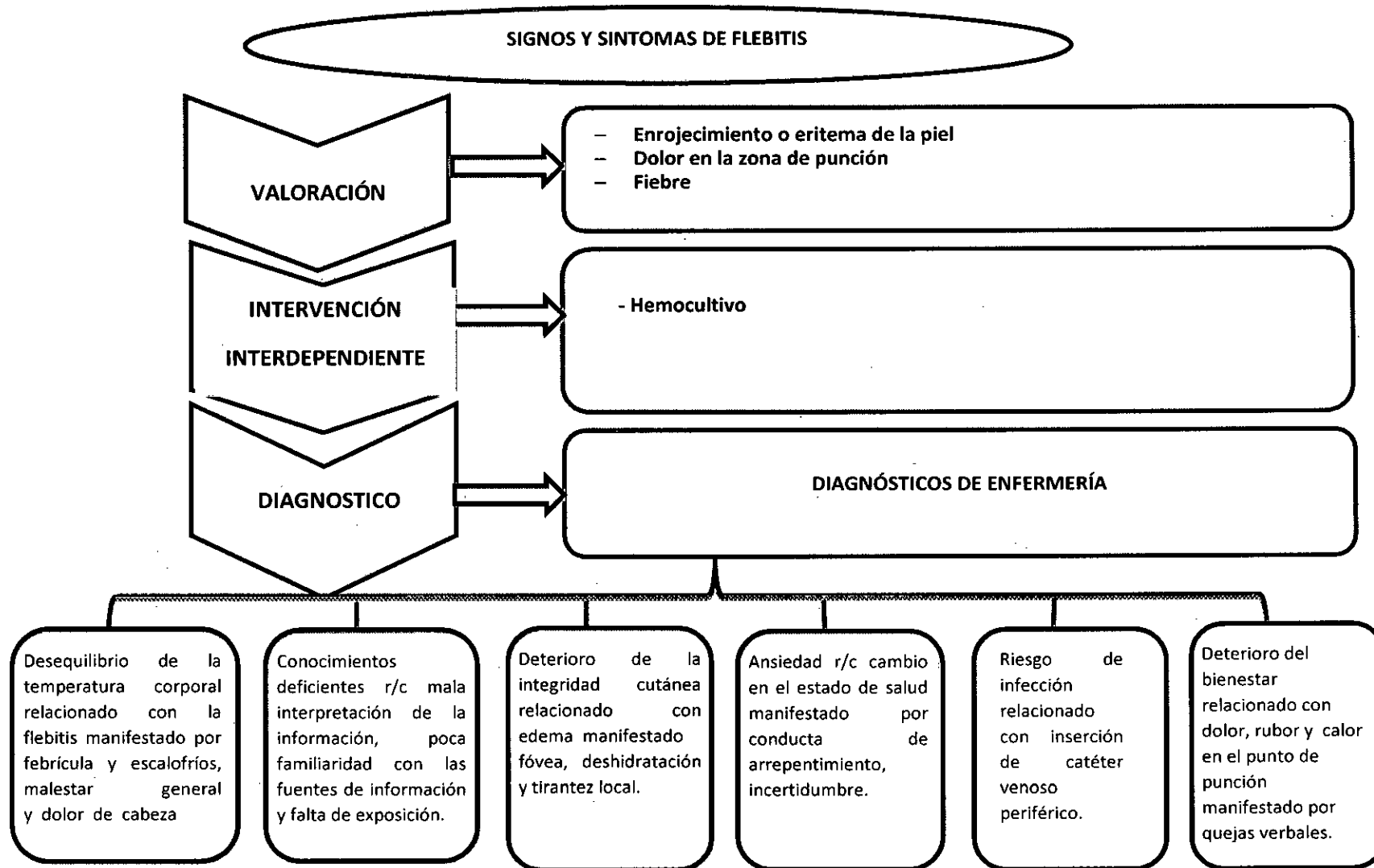
| DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA | OBJETIVO | INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA (NIC) | ACTIVIDADES | RESULTADOS (NOC) |
|---------------------------|----------|----------------------------------|--|------------------|
| | | | <p>Sistemas de fijación del catéter. El catéter debe quedar lo más fijo posible para evitar salidas y entradas a través del punto de inserción. Se fijará con una tira de esparadrapo de 8 a 10 mm. de ancho por 8 cm. de largo aproximadamente, adhiriendo al cono del catéter por su parte externa y luego a la piel dejando libre el punto de inserción (en forma de lazo).</p> <p>Apósito. El esparadrapo o parte adhesiva de apósito no caerá nunca sobre el punto de inserción, ya que favorece la humedad, y la fijación y proliferación de gérmenes.</p> <p>Se palpará el punto de inserción a través de la cura intacta cada 24 horas y en caso de dolor o fiebre no filiada se levantará la cura. Se cambiarán los apósitos de los catéteres venosos periféricos cada 2 horas. También se cambiará el apósito cuando esté sucio, húmedo o despegado.</p> <p>Valoración y manejo del punto de inserción. Hay que revisarlo diariamente, prestando atención a la presencia de signos de flebitis. Siempre que se cambie el apósito se desinfectará el punto de inserción con povidona yodada o alcohol al 70%. La manipulación del punto de inserción, se hará previo lavado de manos y con guantes no estériles.</p> <p>Manejo de los equipos de infusión. Las actividades y cuidados van a variar, dependiendo de si la infusión es de carácter continuo o intermitente, de ahí que se diferencie.</p> <p>Educación para la salud. El paciente deberá estar puesto al corriente en lo que se refiere a los procedimientos y tratamientos que va a recibir</p> | |

| DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA | OBJETIVO | INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA (NIC) | ACTIVIDADES | RESULTADOS (NOC) |
|--|--|----------------------------------|--|-----------------------------|
| Deterioro de la integridad cutánea relacionado con edema manifestado fovea, deshidratación y tirantez local | La zona afectada dará muestras de reducción o desaparición del edema | Vigilancia de la piel. | <p>Aplicación de medios físicos (frío y vendaje compresivo).</p> <p>Elevación del miembro afectado con movilización de zonas distales.</p> <p>Aplicación de pomadas antiinflamatorias.</p> <p>Mantener hidratada la piel mediante la aplicación de cremas o aceites en la zona</p> | Integridad tisular. |
| Deterioro del bienestar relacionado con dolor, rubor y calor en el punto de punción manifestado por quejas verbales. | El paciente indicará que la sensación dolorosa ha disminuido o desaparecido y moverá el miembro sin dolor. | Control del dolor. | <p>Aplicación de frío a nivel local de manera indirecta.</p> <p>Reducir o eliminar los factores que incrementan la experiencia dolorosa, como el temor, la falta de conocimientos y la fatiga, entre otros.</p> <p>Colaborar con el individuo para determinar qué métodos podrían utilizarse para reducir la intensidad del dolor.</p> <p>Administración de medicación analgésica prescrita.</p> <p>Reducir o eliminar los efectos secundarios de los analgésicos.</p> | Bienestar recuperado |

| DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA | OBJETIVO | INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA (NIC) | ACTIVIDADES | RESULTADOS (NOC) |
|--|--|--|---|-------------------------|
| Desequilibrio de la temperatura corporal relacionado con la flebitis manifestado por febrícula y escalofríos, malestar general y dolor de cabeza | Mantener al paciente en situación de normotermia | Control de la infección | <p>Recoger muestras sanguíneas para cultivo y descartar otras infecciones concurrentes.</p> <p>Aplicación de medios físicos.</p> <p>Administración de antitérmicos prescritos.</p> <p>Mantener un entorno aireado y silencioso</p> | Afebril. |
| Ansiedad relacionada con cambio en el estado de salud manifestado por conducta de arrepentimiento, incertidumbre. | Disminuir la ansiedad del paciente. | <p>Disminución de la ansiedad</p> <p>Apoyo emocional</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Explicar los procedimientos a realizarse y aportar información importante, incluyendo la escucha activa. - Proporcionarle objetos que simbolizan seguridad. - Crear un ambiente que facilite confianza. - Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad. - Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación. - Explorar con el paciente qué ha desencadenado las emociones. - Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo. - Abrazar o tocar al paciente para proporcionarle apoyo. - Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados. - Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza y animar a que lo exprese. - Comentar las consecuencias de no abordar los sentimientos de culpa o vergüenza. | Control de la ansiedad. |

| | | | | |
|--|---|--|---|--|
| <p>Conocimientos deficientes relacionado con Mala interpretación de la información, poca familiaridad con las fuentes de información y falta de exposición manifestado por, Verbalización del problema, seguimiento inexacto de las instrucciones.</p> | <p>El paciente manifestará haber comprendido el proceso de su enfermedad y estar satisfecho con la información recibida</p> | <p>Enseñanza: proceso de enfermedad</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con la enfermedad. - Proporcionar información al paciente acerca de la enfermedad. - Proporcionar información a la familia / ser querido acerca de los progresos del paciente, si procede. - Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y / o controlar el proceso de la enfermedad. | <p>Conocimiento: proceso de la enfermedad.</p> |
| | | <p>Enseñanza: procedimiento tratamiento /</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Instruir al paciente sobre las medidas para prevenir /minimizar los efectos secundarios de la enfermedad, si procede. - Informar al paciente/ ser querido acerca de cuándo y donde tendrá lugar el procedimiento / tratamiento, si procede. - Informar al paciente/ ser querido acerca de la duración esperada del procedimiento / tratamiento. - Explicar el procedimiento / tratamiento y describir las actividades. - Enseñar al paciente cómo cooperar / participar durante el procedimiento / tratamiento, si procede. - Informar al paciente en la forma en que puede ayudar en la recuperación. - Proporcionar información sobre cuándo y dónde estarán disponibles los resultados y la persona que los explicará. | <p>Conocimiento: procedimiento terapéutico.</p> |

ALGORITMO: GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON FLEBITIS POSTINFUSION DE ANTIBIÓTICOS



ALGORITMO: GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA.FLEBITIS POSTINFUSION DE

(00004) Riesgo de infección, r/c inserción de catéter venoso periférico



Resultados e indicadores evaluativos:

- 1. Control del riesgo: proceso infeccioso.
- 2. Conducta terapéutica: enfermedad o lesión.



Intervenciones:

- 1. Control de infecciones
- 2. Cuidados del sitio de incisión
- 3. Protección contra las infecciones



ACTIVIDADES

| | | | |
|---|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Limpiar el ambiente adecuadamente después de cada uso de los pacientes. - Cambiar los equipos de cuidados y tratamiento del paciente cada 3 días o según el protocolo establecido. - Instruir al paciente acerca de las técnicas correctas de lavado de manos con jabón antibacteriano. | <ul style="list-style-type: none"> - Poner en práctica precauciones universales. - Cambiar los sitios de las vías endovenoso periférica y central y los vendajes de acuerdo a los protocolos del servicio. - Garantizar una manipulación aséptica de las vías y catéteres. - Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada y la vulnerabilidad del paciente. | <ul style="list-style-type: none"> - Instruir al paciente y a la familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuándo debe informar de ellos al profesional de enfermería. - Inspeccionar el sitio de incisión por si hubiera eritema, inflamación o signos de dehiscencia o evisceración. - Limpiar la zona que rodea la incisión con | <ul style="list-style-type: none"> una solución antiséptica apropiada. - Enseñar al paciente y/o a la familia a cuidar la incisión de las vías periféricas. |
|---|---|--|---|



EVALUAR INDICADORES

MEJORIA

CONTINUA HOSPITALIZACION

SI

NO

REEVALUACION DE ENFERMERIA Y COMUNICAR AL MEDICO

ALGORITMO: GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA.FLEBITIS POSTINFIUSION DE

(00146) Ansiedad relacionada con cambio en el estado de salud manifestado por conducta de arrepentimiento, incertidumbre.

Resultados e indicadores evaluativos:

1. Control de la ansiedad.

Intervenciones:

1. Disminución de la ansiedad.
2. Apoyo emocional

ACTIVIDADES

| | | | |
|--|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Explicar los procedimientos a realizarse y aportar información importante, incluyendo la escucha activa. - Proporcionarle objetos que simbolizen seguridad. | <ul style="list-style-type: none"> - Crear un ambiente que facilite confianza. - Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad. - Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación. - Comentar las consecuencias de no abordar los sentimientos de culpa o vergüenza. | <ul style="list-style-type: none"> - Explorar con el paciente qué ha desencadenado las emociones. - Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo. - Abrazar o tocar al paciente para proporcionarle apoyo. | <ul style="list-style-type: none"> - Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados. - Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza y animar a que lo exprese. |
|--|--|---|--|

EVALUAR INDICADORES

CONTINUA HOSPITALIZACION

MEJORIA

REEVALUCION DE ENFERMERIA Y COMUNICAR AL MEDICO

7.4. COMPLICACIONES.

Las **complicaciones** de la flebitis pueden incluir:

- Infección local.
- Formación de abscesos.
- Formación de coágulos.
- Progresión de la trombosis venosa profunda.
- Embolia pulmonar.

VIII. BIBLIOGRAFÍA.

1. Johnson M., Bulechek G.,McCloskey J.,Maas M.,Moorhead S. Diagnósticos enfermeros, Resultados e Intervenciones. Interrelaciones NANDA,NOC y NIC. Ed. Mosby-Harcourt. Barcelona 2002.
2. McCloskey, J.C. Bulechek, G.M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería. 4ª Ed. Mosby- Elsevier. Madrid. 2004.
3. Morread S, Johnson M, Maas M. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 3ª edición. Ed. Mosby- Elsevier. 2004.
4. León C, Ariza J Guías para el tratamiento de las infecciones relacionadas con catéteres intravasculares de corta permanencia en adultos: conferencia de consenso Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEIMC-SEMICYUC) Enferm Infecc Microbiol Clin 2004;22(2):92

5. Guirao-Goris JA, Alonso A, Soler J, Dasí MJ. Diagnósticos, intervenciones y resultados de enfermería en Atención Domiciliaria. Valencia: Generalitat Valenciana.

6. María Elena Galindo Becerra, María de Jesús Posos González, Juana Jiménez Sánchez. Catálogo Nacional de Planes de Cuidados de enfermería. México. 2012.

7. Albero I, Balaguer R M et all. Prevenció de la infecció relacionada amb el cateterisme intravascular. Direcció General de Salut Pública. Departament de Salut 2012, Generalitat de Catalunya

8. L Lorente Métodos conservadores para el diagnóstico de bacteriemia asociada a catéter Med Intensiva. 2012;36(3):163