

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**“CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES
PEDIÁTRICOS CON CATETERISMO VENOSO
PERIFERICO EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL
HOSPITAL MARINO MOLINA SCIPPA ESSALUD,
LIMA 2014 - 2016”**

**INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL
PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD
PROFESIONAL EN ENFERMERÍA PEDIÁTRICA**

LIC. KARINA PORTUGUEZ PEREZ

**Callao, 2017
PERÚ**

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Karina Portuguez Perez', is written over a rectangular box.

HOJA DE REFERENCIA DE JURADO

MIEMBROS DE JURADO EXAMINADOR:

DRA. ANGELICA DIAZ TINOCO	Presidenta
DR. LUCIO ARNULFO FERRER PEÑARANDA	Secretario
DRA. LINDOMIRA CASTRO LLAJA	Vocal

ASESOR: Mg. JOSE LUIS SALAZAR HUAROTE

N° DE LIBRO: 003

N° DE ACTA DE SUSTENTACIÓN: 123

Fecha de aprobación de Informe de Experiencia Laboral: 31/03/2017

Resolución de Decanato N°735-2017-D/FCS de fecha 29 de Marzo de 2017 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

LIC. PORTUGUEZ PEREZ KARINA

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN.....	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.....	4
1.2 OBJETIVO GENERAL.....	7
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	7
II. MARCO TEÓRICO	10
2.1 ANTECEDENTES.....	10
2.2 MARCO CONCEPTUAL.....	14
2.3 TEORIAS DE ENFERMERÍA.....	36
2.5 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.....	41
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	43
3.1 RECOLECCIÓN DE DATOS	43
3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL	44
3.3 PROCESOS REALIZADOS EN EL TEMA DEL INFORME	49
IV. RESULTADOS.....	54
V. CONCLUSIONES	57
VI. RECOMENDACIONES.....	58
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	59
ANEXOS.....	62

INTRODUCCIÓN

El presente informe de experiencia profesional titulado "Cuidados de enfermería en pacientes pediátricos con cateterismo venoso periférico en el servicio de pediatría del Hospital Marino Molina EsSalud Lima 2014-2016". Tiene por finalidad describir los cuidados de enfermería en pacientes que requieren la inserción, la permanencia y el retiro de un cateterismo venoso periférico. A si mismo concientizar al profesional de enfermería la importancia de conocer los factores de riesgo de infección y aplicación de medidas preventivas para disminuir la estancia hospitalaria. Controlar la incidencia de bacteriemia por cateterismo periférico y mejorar la calidad de atención al paciente pediátrico.

El cateterismo endovenoso periférico (CVP) se define como el procedimiento por el cual se obtiene un acceso directo al torrente sanguíneo mediante la inserción de un catéter a una vena periférica (dorsales, metacarpianas, radial, cubital, basílica, cefálica , yugular externa, epicraneales en neonatos) y se realiza cuando el paciente tiene indicaciones de restituir su equilibrio ácido básico, administración de fármacos y fluidos, mantenerlo hidratado, recibir transfusiones sanguíneas o mantenerlas para fines terapéuticos (1).

La inserción, mantenimiento y retirada de un catéter venoso de corta longitud en una vena periférica requiere condiciones de asepsia, evitando

efectos no deseados como son los signos clínicos de flebitis, una de las causas más comunes de infecciones intrahospitalarias.

A diferencia de los catéteres venosos centrales (CVC) sus complicaciones y manejo preventivo, existe poca literatura e investigaciones acerca de las complicaciones de los catéteres periféricos (CVP) de corta duración. Siendo a nuestro parecer motivo de preocupación y materia de revisión las medidas preventivas para evitar complicaciones nosocomiales.

Este estudio consta de VII capítulos, los cuales se detallan a continuación: El capítulo I: Describe el planteamiento del problema, descripción de la situación problemática, objetivos y justificación, el capítulo II incluye los antecedentes, el marco conceptual y la definición de los términos, el capítulo III: considera la presentación de la experiencia profesional, capítulo IV: resultados; capítulo V: conclusiones, capítulo VI las recomendaciones y el capítulo VII Referencias bibliográficas y contiene en apartado de anexos.

I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

La terapia intravascular mediante la inserción del catéter venoso periférico constituye una herramienta fundamental para el tratamiento de los pacientes que ingresan a los establecimientos de salud.

La participación del profesional de enfermería en este procedimiento es trascendental y su participación está relacionada directamente con los cuidados que proporcione durante la inserción, mantenimiento y retiro de este dispositivo (1).

Entendemos por Catéter Venoso Periférico (CVP), aquel dispositivo insertado en una vena periférica cuya longitud es menor a 3 pulgadas (7.62 cm). Estos son de corta duración, siendo su uso extraordinario de una semana a diferencia de los Catéteres Venosos Centrales (CVC). (2)

Insertar un CVP es un procedimiento invasivo que genera dolor, incomodidad y complicaciones, una de ellas es la flebitis; y aunque su incidencia es baja, la frecuencia de su utilización hace considerarla un problema de infección nosocomial con serias repercusiones económicas para el paciente, familia y sociedad. (3)

La Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente de la OMS, en el 2004 considera la importancia de la morbimortalidad producida por los catéteres de acceso venosos. Mientras que en Perú un estudio realizado el 2000 sobre prevalencia de infecciones intrahospitalarias.

En 20 hospitales de Lima y Callao señala a las Infecciones del Torrente Sanguíneo (ITS) como una de las principales complicaciones después de las Neumonías e infecciones del tracto urinario (ITU). Siendo los gérmenes más frecuentes *Klebsiella Pneumoniae*, *Staphilococcus Aureus* y *Stafilococcus Epidermis* (4).

En contraste con los adultos y CVC existe poca información y escasos estudios realizados sobre la relación de complicaciones como flebitis, y bacteriemias con los accesos venosos periféricos en niños. Sin embargo disponemos de normas y protocolos bien establecidos que nos muestran la manera correcta para actuar en este procedimiento.

En el hospital Marino Molina en el servicio de pediatría de nivel de atención II. Los pacientes hospitalizados en su totalidad son portadores de un catéter venoso periférico para el suministro de fluidos en el tratamiento de las diversas patologías que poseen.

Según los datos estadísticos realizados en nuestro hospital las principales causas de morbilidad y motivo de internamiento son las infecciones respiratorias, siguen la gastrointestinales, dérmicas y

genitourinarias. Lo que implica una estancia hospitalaria de 3 a 10 días aproximadamente y predominio de la etapa lactante.

Durante mi experiencia laboral en la unidad de pediatría se puede determinar que el CVP es casi un acto reflejo y rutinario que realiza en el día a día el profesional de enfermería a predominio de otras técnicas y procedimientos.

Esta praxis se realiza aplicando aspectos teóricos obtenidos durante la formación pre-profesional y en base a la destreza obtenida en la experiencia del quehacer diario.

En otra dimensión se considera como riesgos latentes en el desarrollo de flebitis, el recambio del catéter por rutina ya establecida, la elección del catéter a usar, la edad del paciente, zona de venopunción, su retiro accidental, lugar de procedencia de la colocación inicial del catéter, la calidad de los aditamentos o conectores, falta de personal, carencia de difusión y aplicación de protocolos, sistema de registros, vigilancia y control de incidencias de complicaciones, concienciación del personal, poca disposición para colaborar del personal técnico, etc.

Frente a esta problemática consideramos que la prevención y los cuidados del CVP es un tema de interés, ya que se convierte en de calidad en el cuidado de enfermería porque determina la efectividad del cuidado del paciente.

He aquí la relevancia de valorar oportunamente cada uno de los riesgos que implica realizar un procedimiento invasivo e identificarlos, asumiendo actitudes responsables y efectivas con el paciente, minimizando costos, mejorar la calidad de atención, contribuir con el compromiso mundial de “Bacteriemia cero” y fomentar en el profesional de Enfermería la Gestión del Cuidado más Humanizado.

1.2 OBJETIVO GENERAL

Describir la experiencia profesional de los cuidados de enfermería en pacientes pediátricos con cateterismo venoso periférico en el servicio de pediatría del Hospital Marino Molina Scippa, Lima.

1.3 JUSTIFICACIÓN

El presente informe tiene por finalidad dar a conocer las características de los cuidados que brinda la enfermera a los pacientes pediátricos al ser sometidos al procedimiento de cateterismo venoso periférico en el servicio del Hospital Marino Molina. En el periodo 2016 – 2017 con el propósito de disminuir riesgos y posibles complicaciones del paciente.

Asimismo, el presente informe se justifica:

Nivel Teórico: El presente estudio servirá para profundizar los conocimientos en cuanto a los cuidados que debe brindar el personal de enfermería durante la colocación, el mantenimiento y el retiro del CVP al paciente pediátrico que recibe terapia intravascular como parte de la terapéutica médica. Asimismo se brindará alcances sobre protocolos y lineamientos que permitan al personal apearse a estándares nacionales e internacionales, que en la actualidad establecen recomendaciones generales relacionadas con el manejo de líneas intravasculares.

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 en instalar un CVP, realizar el correcto mantenimiento y la pronta retirada cuando este lo requiera. Contribuyendo de esta manera a la pronta recuperación del paciente.

Nivel Social: A nivel social el informe beneficiará al profesional de enfermería que asisten a los pacientes pediátricos en la sala de hospitalización. Asimismo los resultados que se obtengan serán de trascendental importancia para mejorar el desempeño laboral en la sala de hospitalización de pediatría de nuestro hospital. Asegurando la calidad del cuidado del paciente en forma eficiente y oportuna.

Nivel Práctico: A nivel práctico el presente informe permitirá aumentar los conocimientos de los enfermeros acerca de la aplicación de las guías de atención estandarizadas sobre el manejo del CVP, incorporándolos en la práctica diaria en el cuidado del paciente.

Nivel Económico: Los pacientes pediátricos portadores de CVP representan una preocupación para la salud pública y la sociedad por los riesgos e incidencias de morbilidad en potencia que representan., prolongándose las estancias hospitalarias ocasionando el incremento de costos sanitarios para la institución, paciente y familia.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

OCAÑA GALLARDO, Kathy. **“Flebitis por inserción de cavenoperífico en los pacientes de pediatría del Hospital Teófilo Dávila”**, durante el segundo semestre del año 2012 (Ecuador). Cuyo objetivo es determinar las causas de la flebitis que se encuentra correlacionada a la presentación de flebitis por inserción de C.V.P en los pacientes del presente hospital mencionado. Estudio descriptivo de corte transversal aplicado a 276 niños con diagnóstico de Flebitis. Cuyas características como cuales el 33% fueron menos de 1 año, el 49% fueron de sexo femenino, el 58% ingresaron por IRA, el 53% eran ... nutridos, el 50% había recibido de 1-2 , el 51% recibieron antipirético por vía endovenosa. Por otro lado tenemos el porcentaje sobre el conocimiento del procedimiento del personal: El 54% tiene un conocimiento medio sobre las técnicas de valoración de la función, el 31% uno bajo y el 14% uno alto. Asimismo, se logró un éxito al aplicar un programa educativo dirigido al personal sobre la valoración en la pre-trans y post-punción.

ELIZABETH GOMEZ NEVA, JUAN GABRIEL BAYONA. **“Flebitis asociada con accesos venosos periféricos**. 2015. Cuyo objetivo es realizar una revisión sistemática de la literatura sobre aparición de

flebitis en niños, relacionada con catetes venosos periféricos en los últimos 10 años teniendo en cuenta 1.486 estudios y observaciones referentes Y relación con el tiempo de permanencia del catéter en desenlace secundario.

Concluyéndose que a diferencia de los adultos, en niños no hay estudios encaminados a evaluar el tiempo adecuado de permanencia del CVP corto. Se requiere más investigaciones.

Jacinto Amanda Karina, Avelar Ariane Terreira Machado; Ana Maria, Miranda Martins. **“Flebitis asociada con catéteres venosos periféricos en niños: Estudio de factores de riesgo para flebitis relacionada con catéteres venosos periféricos (CVP) en niños.**

Un estudio de cohorte retrospectivo, realizado en 338 niños sometidos a punción venosa fue investigadas variables relacionadas con niños y la terapia intravenosa. De los cuales 9 (2.7%) tuvieron flebitis. Ninguna característica demográfica influyó significativamente en el desarrollo de flebitis. En cuanto a la terapia, estas fueron significativas: Uso de CVP por más de 5 días con mantenimiento intermitente, y permanencia muy larga. Representaron factores de riesgo: Como las condiciones que predisponen el fracaso de la punción, complicaciones anteriores, la administración de medicamentos y soluciones con pH extremos a la osmolaridad. Por lo tanto para identificar los factores que tuvieron

elación directa con la aparición de complicaciones, podemos mejorar las prácticas clínicas de la enfermera, la planificación, prescripción, y aplicación de TIV (Terapia intravenosa), proporcionando una menor tasa de eventos adversos de esta terapia en niños hospitalizados.

Dr. Oswaldo Octavio Páez pino, **“Complicaciones Y Características Operativas De Las Técnicas Con Posición Del Transductor Transversal Y Longitudinal En La Colocación De Un Acceso Venoso Eco Guiado En Pacientes Del Hospital Eugenio Espejo Entre Julio Y Diciembre Del 2014”**. El objetivo: El objetivo de este estudio fue determinar las características operativas al comparar la colocación de un acceso venoso eco guiado central o periférico con el transductor transversal y longitudinal.

Método: se observó los pacientes que requirieron un acceso venoso, sea para cirugía o administración de medicamentos (100 pacientes), y fueron asignados al azar en la colocación del acceso venoso, colocado por los médicos de cirugía vascular, anestesia o emergencia que tengan experiencia en canulación venosa eco guiada, se documentó el éxito al primer intento, número de punciones, facilidad para la colocación, tiempo de canulación y complicaciones del procedimientos.

Resultados: La vena safena mayor o la yugular interna derecha se canuló con éxito en todos los 100 pacientes; La tasa de éxito de

canalización al primer intento fue significativamente mayor en el grupo del transductor longitudinal de 88 % en comparación con el grupo transversal 66 % [44 pacientes: 1 intento (88 %) frente a 33:1 (66 %) $p < 0,007$]. el tiempo Del procedimiento fue comparable en los dos grupos [0:00:55 frente a 0:01:19, $p=0.1743$]; Menos punciones se requerían en el grupo del transductor longitudinal [56 punciones (promedio 1.12) frente a 78 (1.56) $p < 0,0069$]. como complicación importante la Punción de la arteria carótida sólo se produjo en el grupo transversal. [16 complicaciones (32%) frente a 33 (66%) $p < 0,0013$].

Conclusiones: Concluimos que los médicos experimentados prefieren colocar un acceso venoso eco guiado con el transductor longitudinal, este método tiene una mayor tasa de éxito al primer intento, y así también se presentan menos complicaciones.

2.2 MARCO CONCEPTUAL

2.2.1 ANATOMÍA DE LAS VENAS

Las del miembro superior se dividen en superficiales y profundas. Estas dos categorías de venas se comunican en superficiales y profundas. Estas dos categorías de venas se comunican entre sí por medio de numerosas anastomosis desprovistas de válvulas.

- **Venas Profundas:** Las venas profundas acompañan a las arterias. Son dos por cada arteria y adoptan su mismo nombre. Por lo tanto, existen dos venas radiales, dos venas cubitales. Solo la arteria axilar se halla acompañada de un único tronco venoso, la vena axilar, las venas profundas están provistas de válvulas, al igual que sus colaterales (afluentes). Estas poseen siempre, en su desembocadura en el tronco colector, un par de válvulas, al igual que sus colaterales (afluentes). Estas poseen siempre, en su desembocadura en el tronco colector, un par de válvulas llamadas ostiales.

- **Venas superficiales:**
 - **Mano y dedos:** En los dedos de la mano, las venas superficiales están muy desarrolladas en la cara dorsal: por lo contrario, en la cara palmar están constituidas por

una red de pequeñas vénulas, en la cara dorsal de los dedos comienzan en la red venosa subungueal, que se vierte en la vena periungueal, concéntrica a la raíz de la uña. Los arcos venosos digitales se unen unos con otros en los espacios que separan las cabezas metacarpiana dorsal. Las venas metacarpianas dorsales ascienden por la cara dorsal de la mano y se anastomosan, formando una red, el arco venoso dorsal.

- **Antebrazo y fosa del codo:** Las redes de la mano dan origen a varios troncos principales, que se convierten en los troncos colectores de las venas del antebrazo. Son la vena cefálica, la vena basilíca, la vena cefálica accesoria y la vena mediana del antebrazo.

- **La vena cefálica** (radial superficial) es continuación de la vena cefálica del pulgar y de la extremidad lateral de la red venosa dorsal; asciende por la cara lateral del antebrazo y se localiza en la fosa del codo en el surco bicipital lateral. En la fosa del codo, la vena cefálica o una de sus ramas reciben de algunas venas profundas, generalmente una de las venas braquiales una rama anastomótica, casi siempre avalvular, llamada vena comunicante del codo.

- **La vena basilica** (cubital superficial) es continuación de la vena metacarpiana dorsal del meñique y de la extremidad medial de la red venosa dorsal. La vena cefálica radial (radial) accesoria procede de la cara posterior del antebrazo, contornea su borde lateral hacia el límite inferior de la fosa del codo y se une superiormente al epicóndilo lateral, con la vena cefálica.
 - **La vena mediana** del antebrazo asciende por la parte media de este, si bien puede hallarse ausente. Al llegar al tercio superior del antebrazo, se divide en dos ramas: la vena mediana cefálica lateral, que se une a la vena cefálica, y la vena mediana basilica medial, que desemboca en la vena basilica.
- **Venas superficiales:** La cara anterior del brazo esta recorrida por las venas basilica y cefálica, cuya formación hemos descrito. La vena basilica asciende a lo largo del borde medial del bíceps braquial y atraviesa la fascia del brazo hacia la parte media o el tercio superior del brazo. Convertida en vena profunda, se vierte, después de un trayecto de algunos centímetros, en la vena braquial medial; a veces se extiende hasta vena axilar.

2.2.2 VENONPUNCIÓN

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

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

- **Utilidad de la venopunción:**

Este procedimiento se realiza por varios motivos entre los que se encuentran “extraer una muestra de sangre, realizar una flebotomía, administrar una medicación o una infusión

intravenosa o inyectar una sustancia radio opaca para explorar radiológicamente una parte o sistema del organismo. Entre otro de los usos por los que se realiza este procedimiento, según el Manual de Cuidados intensivo, se pueden mencionar: "pauta de sueroterapia y para insertar catéteres de control diagnóstico y terapéuticos".

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

Por todo esto, es importante que el profesional de enfermería tenga conocimientos del uso que se le dará a la

venopunción periférica porque de ello va a depender la elección del sitio de inserción, el calibre de catéter a elegir y si es posible la calidad del mismo.

Al respecto, A. Tórtola, (1997) señala que para elegir el catéter, se debe tener en cuenta lo siguiente:

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

en una zona más próxima a la línea media del cuerpo que la flebitis.

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

- Otros criterios a tomar en cuenta en el momento de seleccionar la vena que se va a punzar son:
- Preguntar al paciente sobre sus preferencias.
- Preferiblemente del dorso de la mano. Como segunda preferencia las de la cara anterior del ante-brazo: Venas cefálicas, mediana, basílica o antebraquial.
- Prioridad en el miembro contralateral a la predominancia (en individuos diestros el izquierdo o vice-versa).
- Elegir venas no puncionadas anteriormente
- Visibles o palpables
- De trayecto relativamente rectilíneo
- Evitar áreas articulares (flexura del codo y muñeca)
- Desestimar venas varicosas y de trayecto sinuoso
- Desestimar venas de miembros inferiores en adultos mayores
- Desestimar venas de miembros lesionados, o sobre los que se vaya a aplicar tratamiento quimioterápico.

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

- **La contextura;** en los obesos al palpar una vena se hace difícil, por lo tanto es recomendable usar catéteres de calibre

pequeño pero un poco más largos, en personas delgadas preferiblemente usar catéteres pequeños por que el grosor de la piel es poco.

- **Patologías existentes**, existen patologías que hacen que el sistema venoso se vuelva frágil y tortuoso, como es el caso de pacientes renales, con trombosis, con arterioesclerosis, entre otros.
- **La calidad del catéter** reviste especial importancia porque existen catéteres que su material produce reacciones en la piel, lo cual conlleva a la formación de un recorrido en el inicio del mismo.

2.2.3 CANALIZACIÓN DE LA VIA VENOSA PERIFÉRICA

El acceso a la circulación sanguínea se realiza mediante la inserción de un catéter compuesto de dos agujas, una externa por lo que es de plástico (angiocatéter) y otra aguja de metal que permitirá acceso a la vena.

La canalización de la vía venosa periférica es uno de los procedimientos realizados por las enfermeras (os) con mayor frecuencia en su práctica diaria. La canalización de vías periféricas puede hacerse en todas las venas visibles o palpables a través de la piel, pero la elección de las venas más

adecuada dependerá de criterios como su accesibilidad, el tratamiento farmacológico y fluidos a administrar, el tiempo estimado de permanencia, punciones anteriores, y por supuesto la habilidad técnica del enfermero. Además, debemos elegir el catéter de forma individualizada a cada situación, conociendo sus características, dimensiones y forma de inserción.

A. INSERCIÓN DEL CATÉTER

Recursos humanos: Una enfermera, y si es preciso un ayudante.

Recursos materiales:

- Catéter
 - Elegir el de menor calibre posible. Seleccionando el catéter en función de:
 - Tamaño de la vena.
 - Objetivo terapéutico.
 - Tiempo de duración prevista del tratamiento.
 - Características de la solución a infundir: Tipo de fluido, volumen y caudal.
- Carro o mesa auxiliar
- Compresor
- Agua y jabón
- Guantes

- Solución antiséptica (Clorhexidina alcohólica al 2%, salvo hipersensibilidad a la misma, en cuyo caso usar povidona iodada o alcohol 70%)
- Gasas estériles
- Apósito transparente estéril. Usa apósito de gasa solo en caso de existir exudado)
- Jeringa con suero fisiológico al 0.9% para el lavado de la vía.
- Bioconector o llave de triple vía
- Contenedor para material punzante.

Información y preparación del paciente

- Comprobar la identidad del paciente.
- informar al enfermo y/o familia del procedimiento a realizar y procurar su colaboración.
- Favorecer un ambiente tranquilo.
- Colocar al paciente en posición adecuada y cómoda.
- Retirar cualquier objeto que comprometa la circulación y obstaculice el mantenimiento de la vía (reloj, pulsera).
- Preparar la piel: lave con agua y jabón, aclare y se-que.

Técnica de realización

- Higiene de manos.

- Seleccionar la vena adecuada valorando los siguientes factores:

- Edad, estado de conciencia y colaboración del paciente.
- Estado de las venas, ideal rectas, palpables y con buen llenado.
- Relación con el calibre del catéter.
- Características del tratamiento endovenoso
- Elegir preferentemente venas en el antebrazo de miembros superiores, (Basílica, Cubital media o Cefálica) dando preferencia al brazo no dominante, evitando a ser posible la flexura, (fosa, ante cubital, muñeca) y zonas con afectación de la integridad de la piel o sometidas a procedimientos pediátricos recientes.

Las áreas más comúnmente utilizadas para la terapia iv. se encuentran en la zona más distal posible. En el caso de cateterización periférica de MMSS debe plantearse primero en el dorso de la mano, continuar por antebrazo y flexura de codo. De esta forma, si se produce una obliteración de una vena canalizada, no provocamos la inutilización automática de otras más distales. La utilización de venas de MMII Es muy inusual y esta

desaconsejada debido a la mayor fragilidad y al riesgo de crear o acentuar problemas de retorno venoso.

- Dorsales metacarpianas: Tiene la ventaja de que daña mínimamente el árbol vascular: pero permite diámetros menores de catéter, limita el movimiento y puede variar el flujo según la posición de la mano.
- La radial y la cubital: Es muy cómoda para el paciente y garantiza un flujo constante, causa un mayor daño el mapa venoso del miembro superior.
- La basílica media y la cefálica media: Admite mayores diámetros de catéter y su canalización es fácil. Presenta el inconveniente de que el daño que causa el árbol vascular es importante y, además puede variar el flujo.
- La yugular externa: no es aconsejable debido, por una parte, a su fragilidad, y por otra, a su complicada progresión hacia la vena cava a causa de la tendencia a desviarse a venas superficiales y la presencia de válvulas venosas.
- Epicraneales en neonatos: Venas temporales superficiales.

- Venas de MMII (Excepcionalmente): arco venoso pedio dorsal.

En la administración de fármacos citostáticos, recomienda el acceso venoso por este orden: Antebrazo, dorso de la mano, muñeca, fosa antecubital.

La elección del antebrazo como primer acceso es debido a que es más fácil detectar una extravasación, y de producirse, en los demás accesos provocaría importantes secuelas de afección tendinosa al ser escaso el tejido subcutáneo de la mano, o producir una limitación funcional en la fosa antecubital.

- Evitar la punción en miembros pléjicos, con fístula A-V y en pacientes mastectomizados el brazo del mismo lado.
- Elegir la vena empezando por las más distales del brazo, por encima de los puntos de punción previos, reservando el resto para posibles futuras canalizaciones.
- En los pacientes pediátricos se pueden usar con preferencia ubicaciones en mano, dorso del pie o cuero cabelludo.

- Colocar el compresor a 10 – 15 cm. Por encima del punto de punción.
- Localice la vena a canalizar. Masajear sobre la zona a puncionar para favorecer el llenado venoso. La colocación de la extremidad en declive puede favorecerlo también.
- Aplicar el antiséptico en la zona, en círculos de dentro afuera. Dejar secar.
- Colocarse los guantes.
- Coger el catéter con la mano dominante, retirar el protector.
- Fijar la vena, haciendo tracción de la piel hacia abajo.
- Insertar el catéter con el bisel hacia arriba en ángulo de 15-30°, según la profundidad de la vena. Puncionar ligeramente por debajo del punto elegido para la venopunción y siguiendo la trayectoria de la vena. Una vez atravesada la piel reducir el ángulo para evitar perforar la vena.
- Cerciórese de que está insertado en la vena por la aparición de sangre. Cuando se perciba reflujo de sangre, avanzar ligeramente el catéter en la vena, manteniendo la tracción de la piel. Hacer avanzar la cánula a la vez que se va retirando parcialmente la aguja-guía o fiador.

- Soltar el compresor.
- Retirar totalmente la aguja-guía o fiador y desechar en el contenedor.
- Conectar el bioconector y lavar el catéter con suero salino verificando la posición intravenosa.
- Limpiar la zona de punción con una gasa impregnada en antiséptico.
- Cubrir el catéter con el apósito transparente. Asegurar su correcta fijación para evitar tracciones.
- Recolocar al paciente en posición cómoda y explicar cómo manejarse con la vía: precauciones para la movilidad (si procede), evitar mojar durante el aseo, no manipulación, y signos de alarma (dolor, enrojecimiento, picor o hinchazón).
- Retirar y desechar el material fungible en la bolsa de basura.
- Retirarse los guantes.
- Higiene de manos.
- Registrar el procedimiento, hacer constar fecha y hora, tipo y calibre del catéter y posibles incidentes.

Observaciones

- Si fuese necesario eliminar el vello cutáneo no rasurar con cuchilla, usar cortadora o tijeras.
- Se recomienda el uso de guantes limpios y no estériles siempre y cuando se utilice “técnica aséptica” evitando tocar la parte del catéter que entra en vena y el punto de acceso después de la aplicación del antiséptico.
- No realizar anotaciones sobre el apósito.
- Evitar repetir intentos de punción en la misma zona por formación de hematomas.

B. MANTENIMIENTO DEL CATÉTER

Implica la vigilancia de la zona de inserción, (detección de posibles flebitis, decúbitos, obstrucción y extravasación) cura de la misma y el cambio de apósito.

Vigilancia de la zona de inserción

1. Evaluar cada 24h (y siempre que se considere necesario) el punto de inserción.
2. El apósito transparente permite la visualización directa. Inspeccionar buscando signos de alarma: Eritema, Dolor, Supuración, Induración palpable.

- * Si el apósito es de gasa, valorar mediante palpación, en caso de sospecha retirarlo para visualizar.

Mantenimiento de la permeabilidad del catéter

Lavado del catéter:

- Se realizará con suero salino al 0,9%, aprox 10cc.
- Como mínimo una vez cada 4h y siempre después de cada uso.

Se desaconseja la utilización de heparina

Cura de la zona de inserción y cambio de apósito

- La cura y cambio de apósito se realizarán cada 7 días (apósito transparente), cada 48 o 72h (apósito de gasa) y siempre que esté húmedo, manchado o despegado.
- Curar la zona de inserción: con suero salino y aplicación de solución antiséptica (clorhexidina alcohólica al 2% o en su defecto povidona iodada).
- Los bioconectores se cambiarán cada 7 días, o si procede la retirada del catéter o en caso de deterioro.

C. RETIRADA DE CATÉTER

Se retirará el catéter cuando:

- El paciente no precise del acceso venoso

- Finalice el tratamiento
- Aparezcan complicaciones en el sistema que porta (dolor y eritema, induración, cordón palpable, exudado, signos de infección u obstrucción del dispositivo)

Información y preparación del paciente

Informar al paciente de la retirada de la vía y el motivo por el que lo hacemos.

Colocar en posición cómoda y adecuada.

Técnicas de realización

1. Higiene de manos.
2. Retirar con suavidad el apósito
3. Retirar lentamente el catéter, paralelamente a la piel, presionando con una gasa estéril para hacer hemostasia, comprobar que está entero.
4. Aplicar presión firme durante 3 minutos, sobre el punto de punción para hacer hemostasia. Comprobar que no se produce hemorragia.
5. Limpiar la zona, aplicar antiséptico y colocar el apósito estéril.
6. Desechar el material fungible utilizado en la bolsa y cerrarla.
7. Desechar el material punzante al contenedor biológico.

8. Quitarse los guantes
9. Higiene de manos.
10. Registrar el procedimiento, hacer constar fecha, hora de la retirada y motivo de la misma.

Observaciones:

Todo catéter innecesario debe retirarse lo antes posible.

¡Valorarlo!

Si presenta signos de infección, valorar si es necesario recoger muestra de exudado (hisopo) para cultivo.

2.2.4 COMPLICACIONES RELACIONADAS CON LA CANALIZACIÓN DE VÍA VENOSA PERIÉRICA

a. Flebitis.- Se define como la inflamación de una vena, relacionada con la irritación química o mecánica a su vez ambas. Se caracteriza por eritema y aumento de la temperatura entorno al sitio de inserción, o en el trayecto de la vena, además de inflamación. El índice de flebitis aumenta con la cantidad de tiempo que se encuentre colocada la cánula o el medicamento.

b. Hematomas.- el hematoma ocurre a causa de derrame sanguíneo en los tejidos que rodean el sitio de la inserción.

Puede deberse a la perforación de la pared venosa opuesta durante la venopunción, a deslizamiento de la aguja fuera de la vena o aplicación de presión insuficiente en el sitio una vez que se retire la aguja o el catéter.

c. Obstrucción y formación de coágulos.- la formación de coágulos de sangre en la línea IV puede deberse a cánulas o catéteres enroscados, velocidad extremadamente lenta de la infusión, bolsa IV vacía o no haber limpiado la línea IV después de administrar medicamentos o soluciones intermitentes.

Los signos y síntomas de esta complicación son disminución en la velocidad del flujo y regreso del flujo sanguíneo a la sonda intravenosa.

El tratamiento requiere retirar la aguja o el catéter y aplicar presión con apósito esterilizado; colocar una bolsa de hielo durante 24 horas en el sitio, seguida de una compresa tibia para aumentar la absorción de sangre; valorar el área afectada y volver a iniciar la infusión en la otra extremidad.

d. Infiltración.- es la administración de una solución o medicamento no vesicante en el tejido circundante. Esto puede ocurrir cuando la cánula IV se desaloja o perfora la

pared de la vena. La infiltración se caracteriza por edema en el sitio de punción, dolor y otras molestias en el área de infiltración, así como disminución significativa de la velocidad del flujo. Cuando la solución es irritante, puede haber esfacelación.

Una forma sencilla de reconocer una infiltración es cuando el área de inserción es más grande que la propia región del miembro contralateral. Sin embargo la infiltración no siempre es evidente. Un concepto erróneo es que el fluido retrogrado de sangre hacia la sonda demuestra que la cánula está bien introducida en la vena. No obstante, en caso de que la punta del catéter haya perforado la pared de la vena, la solución intravenosa se derrama en los tejidos, además de fluir por la vena; la infiltración se produce aunque se observe retorno sanguíneo. Una forma confiable de confirmar la infiltración es aplicar un torniquete en sentido proximal al sitio de infusión y apretarlo lo suficiente para restringir el fluido venoso.

2.3 TEORIAS DE ENFERMERÍA

ADAPTACIÓN DE CALIXTA ROY

Sor Calixta Roy, nació en los Ángeles, California en 1939. Desarrolló amplia experiencia personal y profesional como enfermera pediátrica. En 1970, publicó el artículo titulado "Adaptación; Un marco conceptual para enfermería".

Este modelo conceptual contiene aspectos filosóficos, teorías y de metaparadigmas.

- a) **Filosófico:** su estudio hace referencia a la variedad de problemas fundamentales acerca de la existencia, el conocimiento, la verdad, la moral, la belleza, la mente y el lenguaje. Es esencialmente humanista.
- b) **Teoría:** nos da una idea clara y sistemática de conceptos, que permiten analizar significativamente la interacción de los elementos como: paciente, meta de la atención, salud, entorno y dirección de las actividades.
- c) **Metaparadigma:** su modelo es el resultado del estudio de otras teorías que sirvieron de base como la teoría general de A. Rapaport que considera a la persona como un ente adaptativo y el psicólogo Harry Helsen quién afirma que la respuesta adaptativa depende del estímulo y el nivel que tiene el individuo para adaptarse.

Calixta Roy mostró y plasmó su asombro al observar la facilidad con que los niños se adaptaban a los cambios ocasionados por la enfermedad. De esta manera considera al paciente como un ser holístico que cumple un determinado rol en la sociedad por medio de su autorrealización. Toma sus propias decisiones (autodeterminación) y posee patrones comunes únicos que pueden modificarse por estímulos externos del medio ambiente produciéndose como resultado la transformación de actitudes de la persona. (Proceso de adaptación).

Bajo las premisas expuestas por Roy concluimos que los cuidados de enfermería que brindamos al niño deben ser más trascendentales; No debemos solo centrar nuestra atención en una determinada praxis o procedimientos técnicos como es instalar un acceso venoso mediante un cateterismo; sino más bien aplicar el proceso de enfermería estableciendo vínculos de interacción con el paciente considerándole como un ser único, digno y autónomo. Que posee mecanismos de enfrentamiento para lograr su adaptación.

En mi experiencia de trabajo con pacientes pediátricos he podido comprobar el proceso de adaptación del niño al ambiente hospitalario y a los procedimientos a los que son sometidos.

El 95% de pacientes son admitidos en la sala de urgencia de hospital. Allí se les instala por primera vez un CVP. Posteriormente para continuar la terapia intravenosa.

Generalmente el CVP es retirado y reinstalado a las pocas horas durante su estadía. Así el niño y la familia experimentan ante esta situación, condiciones de estrés por el dolor de la venopunción. A esto se agrega factores como el ruido, alteración de patrones del sueño por el tratamiento administrado, el ambiente hospitalario; cambios de costumbres, etc.

Afortunadamente en corto tiempo el niño y familiar lograr adaptarse al medio hospitalario, reconociendo y aceptando las diversas terapias indicadas, canales, nebulizaciones, inhaloterapias y cuidados de los catéteres que portan, etc.

Este proceso de adaptación se acelera cuando incorporamos a las cuidados contenidos educativos e información al paciente y familia.

YOYCE TRAVELBEE: “MODELO DE RELACIONES ENTRE LOS SERES HUMANOS”

Travelbee publicó este modelo en 1960. Esta teoría describe la situación de enfermedad, el sufrimiento, dolor, la esperanza, la comunicación, la integración, la empatía, la simpatía, la transferencia y el uso terapéutico del propio yo. Propuso que la profesión de

enfermería se lleva a cabo mediante las relaciones de persona a persona y comienza con:

- a) El encuentro original que progresa a través de fases
- b) Identidades emergentes
- c) Sentimiento progresivo de empatía y finalmente
- d) Solidaridad hasta que la enfermera y el paciente consiguen la transferencia en la última fase.

Metaparadigma:

- Persona; ser humano único e irrepetible
- Enfermera; proceso interpersonal
- Salud; definida según criterios objetivos y subjetivos
- Entorno; define al ser humano.

Postulados

- 1.- Ayudar a los individuos, familias y comunidades a prevenir o adaptarse al estrés de la enfermedad el sufrimiento y la muerte.
- 2.- Ayudar a los individuos enfermedad, supuesto y muerte.

Considero al modelo de Travelbec, familias y comunidades a encontrar sentido o significado a la guía relevante en el cuidado diario que ofrecemos al paciente. Sabemos que el paciente pediátrico es un ser único que depende de sus progenitores por

tanto existe la necesidad de establecer relaciones personales con ellos. No basta acercarse al paciente para ejecutar un procedimiento meramente técnico xxxx el CVP. Es necesario establecer una comunicación verbal y no verbal en todo momento. Creando un ambiente grato y armonioso, sin estrés sin temores. Esto favorecerá el cumplimiento de la terapéutica con eficacia.

Podemos afirmar que la teoría de Travelbec es un complemento importante a Teoría de Adaptación de Roy. En mi experiencia laboral puedo concluir afirmando que existe un entorno sumamente desconocido y estresante del niño al ser hospitalizado. La enfermedad como parte del equipo de salud es la llamada para realizar el primer acercamiento al pequeño paciente y familiar. Establecer lazos de simpatía y empatía mediante la expresión de palabras y gestos, favoreciendo no solo la adaptación en el medio hospitalario sino transmitiendo conceptos básicos de salud, enfermedad y prevención: ¿porqué estoy enfermo? ¿Cómo voy a recuperar mi salud? ¿Cómo debo prevenir esta enfermedad? Finalmente valorar la salud y elegir vivir.

2.5 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

a) CATETERISMO VENOSO PERIFERICO

Dispositivo que se usa para extraer sangre y administrar tratamientos, como líquidos intravenosos, medicamentos o transfusiones de sangre. Se introduce en una vena un tubo delgado y flexible; por lo general, en el dorso de la mano, la parte inferior del brazo o el pie. Se introduce una aguja en una vía de acceso para extraer sangre o administrar líquidos.

b) BACTERIEMIA

Es la presencia de bacterias en la sangre. La sangre es normalmente un medio estéril, por lo tanto la detección de bacterias es indicativa de infección. La definición de bacteriemia no requiere un cuadro clínico manifiesto. Este concepto no debe confundirse con el de sepsis, que se refiere a la respuesta inflamatoria sistémica que tiene lugar ante una infección. A la coexistencia de sepsis y bacteriemia se la denomina septicemia

c) TERAPIA INTRAVASCULAR

Es la administración de sustancias líquidas directamente en una vena a través de una aguja o tubo (catéter) que se inserta en la vena, permitiendo el acceso inmediato al torrente sanguíneo para

suministrar líquidos y medicamentos. Puede ser intermitente o continua; la administración continua es denominada goteo intravenoso o vía intravenosa. El término "intravenoso" a secas, significa "dentro de una vena", pero es más común que se use para referirse a la terapia IV.

d) FACTOR DE RIESGO

Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Entre los factores de riesgo más importantes cabe citar la insuficiencia ponderal, las prácticas sexuales de riesgo, la hipertensión, el consumo de tabaco y alcohol, el agua insalubre, las deficiencias del saneamiento y la falta de higiene.

e) FLEBITIS

La flebitis es una inflamación de una vena. La tromboflebitis es cuando aparece un coágulo de sangre que causa la inflamación. La flebitis puede ser superficial (en la piel), o profunda (en los tejidos bajo la piel). La flebitis superficial es la flebitis que está en una vena superficial de la piel.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la realización del presente informe de experiencia laboral profesional se aplicó el estudio descriptivo porque detallamos el momento en el que ocurren los eventos.

Se llevó a cabo la recolección de datos, utilizando la técnica de la revisión documentaria, para lo cual se hizo la revisión de registros de enfermería del servicio, como historia clínicas, cuadernos de movimiento de paciente, estadísticas realizados por el hospital, de los cuales se recabaron datos coherentes al tema de estudio.

Asimismo para la obtención de los datos se realizó las siguientes actividades:

- **Autorización:** Se solicitó la autorización respectiva a la Jefatura del Servicio. Lic. María Morales a fin de tener acceso a los registros e historias clínicas.

- **Recolección de datos:** Se recopiló datos de la Oficina de Estadística del hospital, registros de enfermería como kardex de enfermería, cuaderno en ingreso y egreso de paciente del servicio, aplicación de entrevista estructurada al personal de enfermería y observación directa al paciente.

- **Procesamiento de datos:** A través de las hojas de cálculo del programa informático Excel, se realizó una matriz de datos con la información obtenida para su posterior análisis.

3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL

- Recuento de la Experiencia Profesional

- Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao (1995). Servicio de Neumología.
- Hospital Nacional San José – Callao (1996). Servicio de Crecimiento y Desarrollo e Inmunizaciones.
- Centro Médico Cono Sur. IPSS. Nuevo Chimbote (SERUMS) (1996-1997). Estuve a cargo de los programas preventivo promocionales: CREDE, inmunizaciones, EDA, IRA, Diabetes Mellitus, TBC e hipertensión arterial.
- Posta Médica San Jacinto IPSS. Chimbote (1998). Atención asistencial y programas preventivos.
- Hospital Nacional Edgardo Rebagliatti Martins ESSALUD (1998-2006) Función asistencial con la Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios de Adultos y Gastroenterología.
- Hospital Marino Molina Scippa. Essalud. Comas (2006-2009) Servicio de Emergencia Niño y Adulto.

- Hospitalización Pediatría (2010-2016).
- Consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Niño y Adolescente e Inmunizaciones (2017).

- Descripción del Área Laboral

• Organización

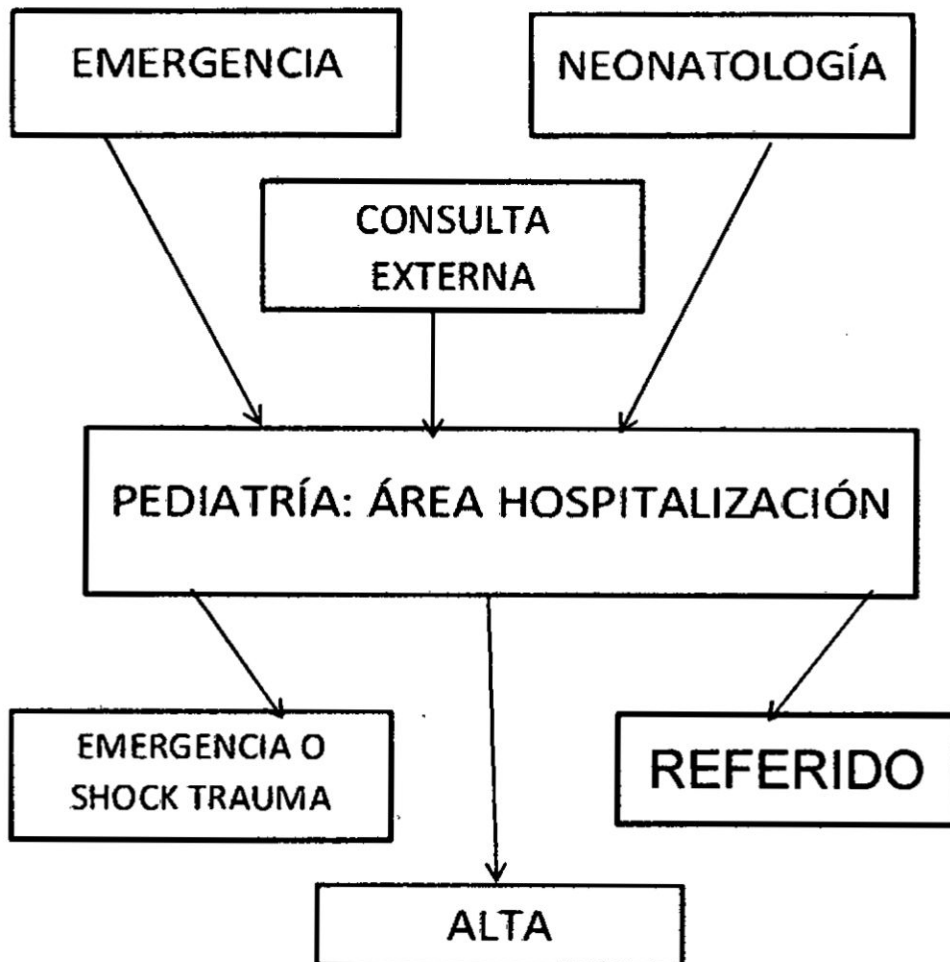
El servicio de Pediatría es la unidad orgánica funcional del HMMS. Tiene como misión brindar atención integral y oportuna al niño, aplicando los valores de calidad y calidez en forma eficiente y segura a fin de recuperar, promover y mantener la salud de la población infantil adscrita.

La organización de la atención y el espacio está diferenciado de las diversas especialidades. Brinda atención permanente las 24 horas del día. Posee capacidad de atención resolutoria de nivel.

En determinadas situaciones complejas de salud el paciente es referido a hospitales de mayor complejidad, debido a la escasez de equipos e insumos necesarios.

El servicio dispone de 14 camas y cunas distribuidas en 7 ambientes y cuenta con el apoyo del Servicio de Laboratorio Clínico, Radiología, Ecografía, Banco de Sangre, etc.

FLUXOGRAMA DE PEDIATRÍA HOSPITALIZACIÓN



• Recursos Humanos

- Está dirigido por médicos pediatras quienes realizan la visita médica y apoyo en las urgencias y emergencias.
- 5 enfermeras de planta, en su mayoría con especialidad.
- 5 técnicas de enfermería, de los cuales 4 son de la tercera edad.

- **Prestaciones**

SALOG. Oficina responsable de la provisión de insumos y materiales según el consumo y requerimiento del Servicio de Hospitalización.

Los equipos biomédicos y mobiliario en general depende directamente de la Gerencia Central de ESSALUD.

Funciones Desarrolladas en la Actualidad

a) Área Asistencial

- Se cumple funciones e intervenciones según el grado de dependencia del paciente diagnóstico médico y los diagnósticos de enfermería a las respuestas humanas.
- Al inicio del turno se realiza la valoración del paciente en diferentes esferas para así planificar las actividades del turno en base a los diagnósticos de enfermería planteados.
- Las intervenciones que se realizan son:
 - Control de signos vitales
 - Administración de tratamiento farmacológico
 - Participación en procedimientos especiales oxigenoterapia, nebulizaciones, inhalaciones, aspiración de secreciones.
 - Hidratación, curaciones, colección de SNG, sonda vesical.

- Control de balance hídrico, canalización de catéter, periférico, etc.
- Aplicación de medidas de bioseguridad.
- Actividades de promoción de salud y prevención de enfermedades.

b) Área Administrativa

Entre las funciones administrativas realizadas están:

- Supervisión al personal de enfermería y técnico de enfermería
- Permanencia en el servicio.
- Verificaciones de las normas de bioseguridad.
- Coordinación con el Dpto. de logística para la dotación de materiales e insumos.
- Coordinación directa con las coordinación de enfermería
- Reportes, informes de producción de enfermedad y consumos de material.
- Coordinación con el Servicio de mantenimiento para el control de los servicios de agua, luz, alcantarillado, etc.
- Supervisión al personal técnico en el control de ropa hospitalaria.
- Elaboración de Historias Clínicas. Actualización de Kárdex.
- Coordinación de admisión y alta del paciente.

c) Área Docente

Formo parte del grupo de docentes de práctica de la Universidad César Vallejo en el Curso de Salud del Niño y el Adolescente II que corresponde al VII ciclo de la Facultad de Ciencias de la Salud Enfermería.

d) Área de investigación

Es costumbre realizar reuniones de servicio donde sean convocadas todas las enfermeras del servicio de pediatría. Allí discutimos casos clínicos, analizamos contratiempos de la atención, revisamos el cuaderno de sucesos relevantes, referidos a la actuación de la enfermera frente al paciente. Planteamos soluciones y efectivizamos medidas correctivas.

3.3 PROCESOS REALIZADOS EN EL TEMA DEL INFORME

En mi experiencia laboral con niños en la sala de Pediatría, se logró desarrollar progresivamente y cada vez mejor diversos aspectos que perfilan el actuar de un enfermero pediátrico. Me refiero al carácter, sus conocimientos y destrezas. Cumpliéndose no solo al realizar un procedimiento técnico instrumental como es el CVP., sino mostrar una actitud acertada frente al comportamiento del niño y familia al experimentar el estado de enfermedad.

Aspecto actitudinal.- El carácter y comportamiento adquirido a través del tiempo al realizar un cateterismo venoso periférico al niño. Fue al desarrollo de la motivación de realizar un trabajo de calidad en respuesta a las necesidades y problemas del paciente predisponiéndonos a la actitud de servicio, ayuda, preocupación, empatía, interés por la salud del niño.

Aspecto Cognitivos.- El aspecto actitudinal condicionó el compromiso personal de la necesidad actualizarse constantemente respecto a avances, protocolo y estándares nuevos de cateterismo y periféricos.

Aspecto Procedimental.- Definitivamente se cumple el refrán "La práctica hace el monje". La destreza obtenida al realizar el CVP en niños por parte de las enfermeras de pediatría y neonatología es muy valorada y reconocida en nuestro hospital. No obstante somos conscientes al reconocer que la práctica no es completa, si no va de la mano al sustento teórico científico que fundamenta nuestro quehacer. Lo que realmente nos diferencia y caracteriza.

1^{er} Caso relevante

De los pacientes admitidos en la sala de hospitalización, 90% de ellos son referidos de la sala de urgencias de nuestro hospital, 5% del área de neonatología, y 5% de consultorios externos.

No es extraño que en alguna oportunidad soliciten el apoyo de la enfermera de pediatría para realizar cateterismos venosos periféricos a pacientes con venas poco accesibles en diversos servicios del hospital. En una oportunidad me desplazé al servicio de urgencias para el apoyo de un CVP a un lactante.

Para realizar el procedimiento solicité el material necesario indispensable incluyendo el tegaderm, y gasas de 10x10c, prescindiendo de la férula. Al término del procedimiento me hicieron la observación de utilizar la gasa de algodón como envoltura y fijador de la vía en el lactante, y el uso de esparadrapo sobre la gasa.

Considero a la escasez de materiales y la premura del tiempo las áreas de urgencias, como factores de un CVC. A diferencia de la sala de hospitalización donde se ha optado por proteger la piel del niño y evitar condiciones de incomodidad.

2^{do} Caso relevante

Se ha comprobado que algunas sustancias irritantes utilizadas en la terapia intravenosa producen flebitis. Las mismas que contienen alto grado de osmolaridad.

En el área de hospitalización hemos identificado algunos antibióticos tales como: oxacilinas, clindamicina, Penicilina G sódica y fenitoina sódica (usada como antihipiléptico, que también causan irritaciones vasculares.

En tal sentido se ha resultado la necesidad de que estos medicamentos sean administrados debidamente diluidos, de acuerdo al requerimiento de volumen intravenoso adecuado de cada paciente, también realizar el cebado o lavado del equipo de venoclisis y la extensión de la vía en cada administración del fármaco irritante, además de valorar con más esmero signos de flebitis.

Innovaciones – Aportes

- Se ha elaborado un folder de acceso visual a todo el personal que permanece en la estación de enfermería. Donde se presentan:
 - Normas generales y específicas para la prevención de flebitis relacionadas con CVP cortos.
 - Guías de procedimientos para la inserción, mantenimiento y retirada del CVP.
 - Escala de valoración de flebitis de Maddox.
- Supervisión del personal de enfermería para ejecutar el cambio de los CVP según indicación clínica.
- Se resolvió por acuerdo del servicio utilizar gasas sobre el tegaderm para proteger y fijar el CVP, prescindiendo la férula y esparadrappo sobre la piel, con el objetivo de evitar reacciones

alérgicas por el látex del pegamento del esparadrapo la comodidad en el movimiento de la extremidad.

- Se aplica como medida preventiva de flebitis la correcta dilución del fármaco endovenoso, identificado como irritante vascular. Tomando en cuenta las fórmulas de requerimiento hídrico del paciente de acuerdo a la: edad, volumen, peso (Kg.), hora. Evitando la sobrecarga hídrica del paciente.
- Para favorecer la realización del CVP se consideró como estrategia la individualización del paciente, para ello, se ambientó un ambiente exclusivo para dicho procedimiento. Decorándolo con aplicaciones infantiles y música con "ayuda de una radio".

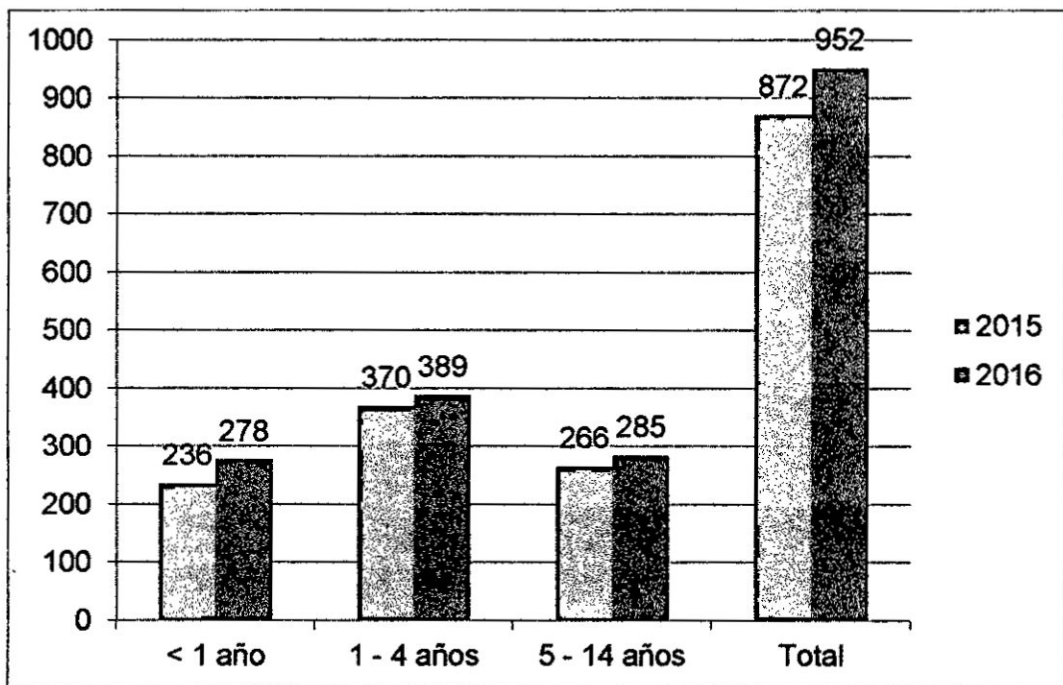
Limitaciones para el Desempeño Profesional

- Sobrecarga laboral, que limita el desarrollo de las actividades diarias de la enfermera.
- Eventual escasez de insumos y materiales
- Personal técnico no calificado por pertenecer a la tercera edad, lo que limita el apoyo y colaboración al realizar el CVP.
- El servicio no cuenta con MOF, ROF y MAPRE
- Rotación de enfermeras con poca experiencia en pediatría, durante las vacaciones y descanso médico.

IV. RESULTADOS

GRÁFICO N° 4.1

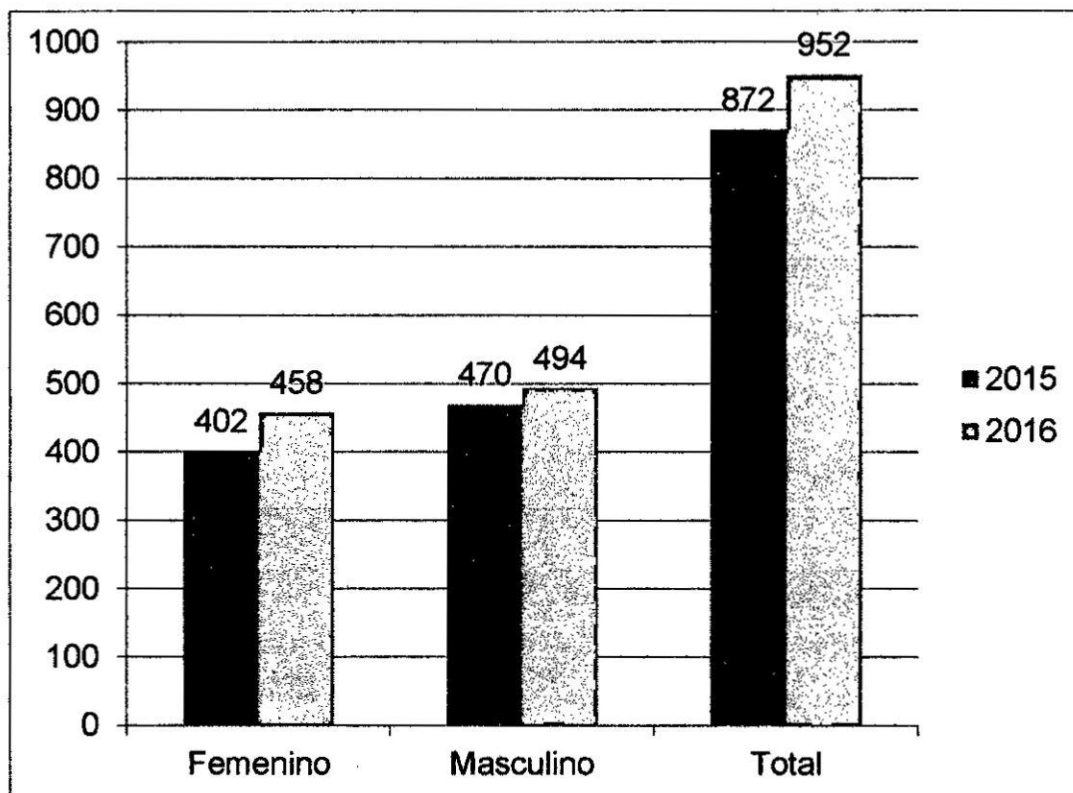
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON CATETERISMO VENOSO PERIFÉRICO SEGÚN GRUPO ETARIO EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL MARINO MOLINA SCIPPA ESSALUD, LIMA 2014 – 2016



Fuente: Registro del perfil de demanda de hospitalización del Hospital Marino Molina Scippa

Se evidencia mayor demanda de la población entre 1 y 4 años, seguido de los menores de un año. En líneas generales se puede ver que la demanda total aumento del 2015 al 2016 en todos los grupos etarios considerados.

GRÁFICO N° 4.2
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES PEDIÁTRICOS CON CATETERISMO
VENOSO PERIFÉRICO SEGÚN SEXO EN EL SERVICIO DE
PEDIATRIA DEL HOSPITAL MARINO MOLINA SCIPPA ESSALUD,
LIMA 2014 – 2016



Fuente: Registro del perfil de demanda de hospitalización del Hospital Marino Molina Scippa

Se evidencia que el aumento de la demanda ya revisado en el gráfico anterior se evidencia proporcional a los sexos, tanto en los pacientes masculinos como femeninos. Se observa también que hay mayor demanda de los varones que de las mujeres.

TABLA N° 4.1

TIPOS DE ATENCIONES DE ENFERMERÍA A PACIENTES PEDIÁTRICOS CON CATETERISMO VENOSO PERIFERICO EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL MARINO MOLINA SCIPPA ESSALUD, LIMA 2014 – 2016.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA		2014	2015	2016
1.	Educación a la madre o cuidador sobre la vía periférica.	794	872	952
2.	Canalización de vía periférica	639	714	789
3.	Mantenimiento de la vía periférica	794	872	952
4.	Retiro del catéter intravenoso	794	872	952
5.	Identificación de vías infiltradas	83	79	94

Fuente: Libro de registros de enfermería del servicio de pediatría del Hospital Marino Molina Scippa.

En esta tabla se resume los principales cuidados que se tienen en cuenta en un paciente pediátrico con cateterismo venoso periférico, se puede apreciar que no todos los paciente con catéter venoso para la administración de tratamiento son canalizados en el servicio, debido a que algunos pacientes vienen referidos del servicio de emergencias a seguir tratamiento con nosotros. Además la identificación de infiltraciones o flebitis se da en casi el 10% de los casos, generalmente son paciente a quienes se les apertura una nueva vía, de ser necesario.

V. CONCLUSIONES

- a) La mayor demanda de atenciones (41.7%) es requerida por los infantes de 1 a 4 años, quienes necesitan mayor tiempo y trato humanizado para que acepten el procedimiento a pesar del dolor que les genera.

- b) A pesar de tener el apoyo de la madre en la canalización de los pacientes, cada una quiere ser atendida al mismo tiempo, y la carencia de materiales o insumos, pueden eventualmente retrasar alguna intervención, situación que una madre no comprende y simplemente se queja de la mala atención o la escasa atención que se le presta.

- c) En cuanto a los cuidados que necesitan los pacientes portadores de catéter venoso periférico, es fundamental la experiencia profesional y la preparación adecuada, para evitar las complicaciones por infiltración o signos de flebitis, y así brindar un cuidado de calidad, eficiente, oportuno y seguro al paciente pediátrico.

VI. RECOMENDACIONES

- a) A los profesionales, capacitarse continuamente para adquirir la experticia y las competencias necesarias para la atención del paciente pediátrico.
- b) Al servicio, gestionar oportunamente los materiales e insumos requeridos, debido a que el no contar los mismos, retrasa el trabajo, más aún en un servicio pediátrico que requiere atención principalmente en los pacientes. Además de ejecutar de manera correcta el manual de organización y funciones.
- c) A la institución, que a través de convenios institucionales, facilite el acceso a sus profesionales a instituciones de prestigio la capacitación, para la mejora continua en la atención del nosocomio.

VII. REFERENCIALES

1. Maritza L. sitio web de la Doctora Maritza López. [En línea].; 2016 [citado en el 2017 Enero 1. Disponible en: http://www.doctoramaritzalopez.com/caterer_periferico.
2. OMS. sitio web de la Organización Mundial de la Salud. [En línea].; 2014 [citado en el 2016 Diciembre 27. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/es/>.
3. MINSA. Sitio web del Ministerios Nacional de Salud del Perú. [En línea].; 2013 [citado en el 2016 Diciembre 27. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales.html>.
4. American Academy. Cateterismo.[En línea].; 2016 [citado en el 2017 Enero 4. Disponible en: <https://www.aao.org/salud-ocular/enfermedades/que-es-la-glaucoma>.
5. Alzamora Larraín C. Sistemas de Bibliotecas y Biblioteca Central de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. [En línea].; 2005 [citado en el 2017 Enero 4. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/medicina/cirugia/tomo_iv/glaucoma.htm.
6. Quiroz Haro M. Sistemas de Bibliotecas y Biblioteca Central de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. [En línea].; 2005 [citado en el 2017 Enero 4. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/medicina/cirugia/tomo_iv/catarata.htm.
7. Villa Mascarell E. sitio web de la Clínica Vila. [En línea]. [citado en el 2017 Enero 4. Disponible en: http://clinicavila.es/sites/default/files/oculoplastia_vila.pdf.
8. Minchón Hernando A, Díaz Jiménez M, Cutilla Muñoz M, De Porras Carrasco R, Domínguez García G, Vázquez de la Rosa M. Análisis de satisfacción del paciente periatrico. Enfermería Global. 2011 Julio; 10(3): p. 298-309.
9. Minchón Hernando A, Díaz Jiménez M, Cutilla Muñoz M, De Porras Carrasco R, Domínguez García G, Vázquez de la Rosa M. Análisis de satisfacción del paciente pediatría en pediatría. Enfermería Global. 2011 Julio;(23): p. 298-309.

10. Martin F. J. Docshop. [En línea].; 2014 [citado en el 2017 Enero 5]. Disponible en: <http://www.docshop.com/es/education/vision/glossary>.
11. Instituto de microcirugía ocular. Glosario. [En línea]. [citado en el 2017 Enero 4]. Disponible en: <http://www.imo.es/pacientes/glosario/>.
12. CataratSurgery-la. Glosario. [En línea]. [citado en el 2017 Enero 5]. Disponible en: <https://www.cataractsurgery-la.com/resource-library/glossary.asp>.
13. Almaguer C, Suárez R, Rodríguez Z, Gonzales C, Ramirez Z, Bermúdez C. Gestión de riesgos asociados a cirugía de catarata mediante plan de cuidado estandarizado. *Revista Cubana de Enfermería*. 2010 Octubre; 26(4).
14. Valor García M. Influencia de los cuidados enfermeros en la recuperación de los pacientes intervenidos de catarata senil. Máster en Enfermería Oftalmológica. Valladolid: Instituto Universitario de Oftalmobiología Aplicada; 2010.
15. Araujo L, Rodríguez C. Funciones del personal de Enfermería. *Revistas médicas cubanas*. 2012 Junio;(12).
16. Pascual R. Ocularis. [En línea].; 2006 [citado en el 2017 Enero 7]. Disponible en: <http://ocularis.es/blog/cirugia-de-caterer-periferico-iii/>.
17. Prado Solar L, Gonzáles Reguera M, Paz Gómez N, Romero Borges K. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Revista médica electrónica*. 2014 Diciembre; 36(6).
18. Popper C. SlideShare. [En línea].; 2011 [citado en el 2016 Mayo 27]. Disponible en: goo.gl/q4yLpPcontent_copyCopy short URL.
19. Sánchez López JC. Análisis del marco conceptual de la Enfermería del Trabajo: una propuesta en el contexto español. Tesis. Murcia: Universidad Católica de Murcia, Departamento de enfermería; 2016.
20. Zayas López M. Cirugía de caterer periferico: cuidados perioperatorios de enfermería y técnica quirúrgica. Tesis de maestría. Valladolid: Universidad de Valladolid, Instituto de pediatría; 2014.
21. Quiroz Haro M. Sistema de Bibliotecas de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. [En línea]. [citado en el 2017 Enero 5].

Disponible en:
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/libros/medicina/cirugia/tomo_iv/archivospdf/08catarata.pdf.

22. Arroyo C. Tu vista sana. [En línea]. [citado en el 2007 Enero 7]. Disponible en: http://tuvistasana.com/condiciones-y-enfermedades/caterer_periferico/.

23. Lusby FW, Zieve D. MedlinePlus. [En línea].; 2015 [citado en el 2017 Enero 5]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001001.htm>.

ANEXOS

ANEXO N° 01

PLAN DE CUIDADOS PARA LA PREVENCIÓN DE FLEBITIS POR INSERCIÓN DE CATÉTER PERIFÉRICO

La aparición de flebitis conlleva una serie de alteraciones para el paciente que identificaremos como diagnósticos de enfermería (reales o potenciales), que a menudo son la causa de un aumento de la estancia y del gasto hospitalario por paciente.

Este trabajo se apoya en el modelo de práctica bifocal de L. Carpenito que identifica dos dimensiones en las que se desarrolla la práctica asistencial de enfermería: Los diagnósticos de enfermería y los problemas interdisciplinarios o clínicos.

Diagnóstico:	
Riesgo de infección en relación con inserción de catéter venoso periférico.	
Objetivos	Actividades
El paciente mantendrá el punto de punción sin manifestaciones de flebitis durante el periodo de canalización de la vía.	<ul style="list-style-type: none">- Mantener y promover las medidas de asepsia personales.- Limpieza y desinfección del punto de inserción de la vía.- Cuidados y mantenimiento del catéter: Fijación del catéter, apósito, valoración y manejo del punto de inserción, manejo de los equipos de infusión, educación para la salud.
Identificar de forma precoz las manifestaciones de flebitis en el periodo de canalización de la vía.	<ul style="list-style-type: none">- Valoración de dolor, calor y rubor.- Valorar a través de la palpación diferencias de temperatura en relación con el otro miembro.

Diagnóstico: <i>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.</i>	
Objetivo	Actividades
El paciente indicará que la sensación dolorosa ha disminuido o desaparecido y movilizará el miembro sin dolor, tras las intervenciones enfermeras.	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicación de frío 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.

Diagnóstico: <i>Desequilibrio de la temperatura corporal en relación con la flebitis manifestado por febrícula y escalofríos, malestar general y dolor de cabeza</i>	
Objetivo	Actividades
Mantener al paciente en situación de normotermia.	<ul style="list-style-type: none"> - Recoger muestras sanguíneas para cultivo y descartar otras infecciones concurrentes. - Aplicación de medios físicos. - Administración de antitérmicos prescritos. - Mantener un entorno aireado y silencioso

Diagnóstico: <i>Deterioro de la integridad cutánea en relación con edema manifestado fovea, deshidratación y tirantez local</i>	
Objetivo	Actividades
La zona afectada dará muestras de reducción o desaparición del edema tras la intervención de la enfermería.	<ul style="list-style-type: none"> - 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

DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD

ERVICIO : PEDIATRIA

ENERO A DICIEMBRE 2016

O	DIAGNOSTICO	CIE10	GRUPO ETAREO						SEXO		TOTAL	%
			< 1 AÑOS	1 - 4 AÑOS	5-14 AÑOS	15-44 AÑOS	45-64 AÑOS	+ 65 AÑOS	F	M		
1	Neumonía, no especificada	J18.9	43	103	53				93	106	199	20.9%
2	Enfermedades de la traquea y de los bronquios, no clasificadas e	J98.0	77	68	5				79	73	152	15.7%
3	Estadío asmático	J45.X	1	39	103				83	65	148	15.5%
4	Bronquiolitis aguda, no especificada	J21.9	58	11	1				24	47	71	7.3%
5	Bronconeumonía, no especificada	J18.0	24	19	2				19	26	45	4.7%
6	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	A09.X	11	14	4				14	15	29	3.0%
7	Celulitis de sitio no especificado	L03.9	4	9	13				13	13	26	2.7%
8	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	N59.0	10	4	7				19	2	21	2.2%
9	Absceso cutáneo, furunculo y carbunco de la cara	L02.0	2	8	9				10	10	19	2.0%
10	Asma, no especificado	J45.9	4	9	7				11	9	20	2.1%
11	Celulitis de otras partes de los miembros	L03.1	2	7	7				9	7	16	1.6%
12	Fiebre, no especificada	R50.9	1	5	6				5	7	12	1.2%
13	Infección intestinal bacteriana, no especificada	A04.9	5	6	1				3	9	12	1.2%
14	Neumonía bacteriana, no especificada	J18.9	2	3	7				9	3	12	1.2%
15	Otras neumonías bacterianas	J18.8	2	6	4				6	6	12	1.2%
16	Trastorno respiratorio, no especificado	J98.9	5	6	1				4	8	12	1.2%
17	Celulitis de la cara	L03.2		4	5				4	5	9	0.9%
18	Bronquitis aguda, no especificada	J20.9	2	5	1				3	5	8	0.8%
19	Varicela con otras complicaciones	B01.8	1	5	2				4	4	8	0.8%
20	Absceso cutáneo, furunculo y carbunco de glúteos	L02.3	2	4					3	3	6	0.6%
	OTRAS ENFERMEDADES		22	54	42				47	67	114	11.8%
	TOTAL		278	389	285	0	0	0	462	490	952	100%

DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD

ANEXO N° 02