

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
ESCUELA DE ENFERMERIA

TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION ENFERMERIA II

DETERMINACIÓN DE CAUSAS
DE FLEBITIS POR VENOPUNCIÓN

AUTORES: MONICA CORDOBA (Enf. Universitaria)



GLADYS GATICA (Enf. Universitaria)



MENDOZA, SEPTIEMBRE 2003

Esta investigación es propiedad de la Escuela De Enfermería, dependiente de la Facultad De Ciencias Médicas de la Universidad Nacional De Cuyo y del Ministerio De Acción Social Y Salud y la misma no podrá ser publicada en todo, en parte o resumirse, sin el consentimiento escrito de la dirección de la Escuela y/o autores del trabajo.

Investigación Aprobada:

Integrantes del Tribunal Examinador:

Loic: Reyes María Rosa

Loic: Ulaiz María

Loic: Andrade Ama Magdalena

Fecha: 19 de diciembre 2003

Prólogo

Este trabajo está basado en la importancia que tiene para el servicio de Enfermería la complicación de flebitis por venopunción en los pacientes internados, ya que siempre se lo relaciona con una mala técnica por ser una acción directa de la Enfermera, ocasionando malestar al paciente, y recargo del trabajo al personal a cargo, además del costo económico que esto acarrea.. Esto nos llevo a investigar cuáles son los factores ocasionales de ésta complicación.

Se tomó una muestra no muy numerosa ya que es nuestro primer trabajo de investigación; pero el entusiasmo por encontrar los resultados de la misma fue grande.

Agradecemos a nuestras docentes de la Escuela de Enfermería que sin ellas hubiese sido imposible realizarlo en especial a las licenciadas sra Norma Pagés y Sra. Elsa Arone.

Nuestro propósito es aumentar el cúmulo de conocimientos de la profesión y permitir que mejore el accionar de enfermería en general colocando a la profesión en un mejor nivel de prestigio.

INDICE GENERAL

| | |
|---------------------------------|-------|
| CARÁTULA | I |
| ADVERTENCIA | II |
| APROBACIÓN | III |
| PRÓLOGO | IV |
| INDICE | V |
| INDICE TABLAS DE VALORES | VI |
| INTRODUCCIÓN | 1 |
| FUNDAMENTACION DEL PROBLEMA | 2 |
| JUSTIFICACIÓN | 3 |
| OBJETIVOS | 4 |
| PROPÓSITO | 5 |
| MARCO TEÓRICO | 6-12 |
| HIPÓTESIS | 13 |
| OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES | 14-15 |
| DISEÑO DE INVESTIGACIÓN | 16-17 |
| TABULACION Y ANÁLISIS | 18-29 |
| CONCLUSIÓN | 30 |
| PROTOCOLO | 31 |
| RECOMENDACIONES | 32 |

INDICE DE TABLAS DE VALORES

RELACIONES ENTRE TABLAS:

| | |
|-------------------------------------------|-----------|
| - TIPO DE FLEBITIS-CONDICION GENERAL | Nº1-Nº2 |
| -TIEMPO DE APARICION –CONDICION GENERAL | Nº3-Nº4 |
| -TIPO DE CATETER-TIEMPO DE APARICION | Nº5-Nº6 |
| -TIPO DE CATETER-TIPO DE FLEBITIS | Nº7-Nº8 |
| -TIPO DE DROGA-APARICION DE FLEBITIS | Nº9-Nº10 |
| -TIPO DE DROGA –TIPO DE FLEBITIS | Nº11-Nº12 |
| -EDAD-APARICION DE FLEBITIS | Nº13-Nº14 |
| -EDAD-TIPO DE FLEBITIS | Nº15-Nº16 |
| -HIGIENE DE LA PIEL-APARICION DE FLEBITIS | Nº17-Nº18 |
| -SELECCIÓN DE VENA-TIPO DE FLEBITIS | Nº19-Nº20 |
| -LAVADO DE MANOS-TIPO DE FLEBITIS | Nº21-Nº22 |

INTRODUCCIÓN

La flebitis relacionada a los catéteres endovenosos y a la técnica realizada por personal de enfermería, es una complicación frecuente que agrega riesgos y costos. .

Existe cierto grado de confusión y al mismo tiempo controversia con respecto al comportamiento de diferentes formas de aparición y su posible relación con los factores productores de dicha complicación.

Trataremos de hacer una revisión de las definiciones, así como el diagnóstico y prevención .

Se destaca la importancia del tipo de catéter, la técnica adecuada, así como la población considerada. La muestra se seleccionó teniendo en cuenta :

edad de los pacientes(de 35 a más de 65 años)

indicación de venoclisis

patologías y fármacos similares(enfermedades de vías respiratorias altas, antibióticos específicos).

La fecha de estudio coincide con la aparición de patologías de las vías respiratorias, en el primer semestre del año.

Se estudiaron 30 casos, los grupos fueron formados por 15 pacientes de ambos sexos .

Mediante un estudio retrospectivo, intentaremos averiguar la causa o las causas que pueden originar esta complicación, en los pacientes internados en el servicio de clínica médico-quirúrgica del Hospital Italiano de Mendoza, en el período de tiempo correspondiente al primer semestre del año 2003.

PROBLEMA

¿Cuáles son las causas que producen flebitis en las venas utilizadas para venopunción de los pacientes internados en la unidad de clínica médico-quirúrgica del Hospital Italiano, realizadas por el personal de enfermería, durante el primer semestre de 2003, que ingresaron con patologías de infección de vías respiratorias altas y que fueron tratados con esquema de ATB empírico según normas de la institución ?

JUSTIFICACIÓN

El motivo que nos ha llevado a investigar este tema, es que hemos podido observar que existe un alto porcentaje de pacientes internados en la unidad de clínica médica-quirúrgico del Hospital Italiano que padecen flebitis. Por tratarse la venopunción una de las actividades más desarrolladas por el personal de enfermería, nos abocaremos al estudio de las posibles causas que puedan causar esta complicación, y que además, ocasiona por lo menos tres problemas emergentes:

- alteraciones psico-físicas en los pacientes***
- recargo de trabajo en el personal***
- marcado aumento en los costos***

Esto nos lleva a plantear que las causas que producen flebitis son :

Relación causal entre la flebitis y el tipo de catéter utilizado

A mayor tiempo de inserción de un catéter periférico existe mayor riesgo de aparición de flebitis.

La técnica incorrecta de preparación del equipo e inserción del catéter es causa de flebitis.

Existe relación entre el tipo de drogas utilizadas y la aparición precoz de signos de flebitis.

Es la edad y el estado general del paciente factor predisponente en la aparición de flebitis.

OBJETIVO GENERAL

Determinar mediante un estudio retrospectivo longitudinal, las causas de flebitis en venas utilizadas para venopunción, en pacientes internados en el servicio de clínica médico-quirúrgica del Hospital Italiano de Mendoza y con la participación del personal de enfermería, durante el período enero – julio de 2003-

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Determinar mediante la observación periódica, la aparición o no de signos de flebitis de acuerdo al tipo de catéter utilizado.

Determinar la relación que existe entre la aparición de flebitis y el tiempo de duración del tratamiento.

Observar la manipulación del material necesario para realizar la técnica de venopunción.

Establecer la relación que existe entre el tipo de drogas utilizadas y la aparición de flebitis.

Determinar la relación edad-estado del paciente con la aparición de flebitis

PROPÓSITO

Disminuir los riesgos de aparición de flebitis por venopunción, donde haya participado personal de enfermería.

Mejorar las técnicas y unificar criterios de colocación de catéteres realizados por personal de enfermería.

Evaluar costo beneficio.

Normatizar el uso y administración de fármacos que puedan causar flebitis.

Seleccionar material confiable.

MARCO TEÓRICO

FLEBITIS:

En palabras de L. S. BRUNNER-D.SSUDDAR VOL..1,Cap. 9 pag. 132, la flebitis se define como la inflamación de una vena que se relaciona con una irritación química y mecánica. Se caracteriza por una zona enrojecida y tibia en torno al sitio de inserción del catéter y a lo largo del recorrido de la vena.

El índice de la flebitis por venopunción aumenta con la cantidad de tiempo que se encuentra colocado el catéter, la constitución de la solución o medicamentos (en especial su tonicidad y pH), el calibre, el sitio de colocación del catéter, la fijación inadecuada del mismo y la introducción de microorganismos al momento de la inserción.

La flebitis por irritación química se produce por el pasaje en la vena de sustancias tales como antibióticos, citostáticos y soluciones parenterales, que de acuerdo a su tonicidad y pH, producen esta clase de trastornos.

La flebitis por irritación mecánica se produce por el traumatismo que genera la colocación y permanencia del catéter en la zona de inserción. Los indicadores que usaremos para indicar la flebitis son: leve moderado y grave.

Consideramos flebitis leve cuando en la primera hora de administrar una medicación se produce rubor en la piel, no hay temperatura ni dolor.

Cuando aparece dolor y temperatura en la zona de la venopunción podemos decir que estamos en presencia de una flebitis moderada.

Si a estos síntomas, se agrega tumefacción, gran dolor en la zona de la venopunción, aumento de la temperatura corporal, decaimiento general y astenia, sintomatología propia del cuadro infeccioso, denominamos a este proceso como flebitis grave.

CATÉTERES:

Los catéteres, son aquellos elementos corto punzantes específicos, que se utilizan para instaurar una vía de acceso periférico al torrente sanguíneo. Dentro de los distintos tipos de catéteres más usados encontramos:

tipo A: Están constituidos por un biomaterial (vialón), acompañado con una aguja siliconada de doble ángulo y reenfrutado triple.

tipo B: este catéter está constituido por un material de teflón y viene acompañado por dos clases de aguja: una con ángulo simple y doble reenfrutado y la otra con ángulo doble y reenfrutado triple.

Cuadro comparativo, características de los diferentes materiales, publicado por laboratorios JELCO.

| MATERIAL-CARÁCTER. | VIALÓN | TEFLON |
|--------------------------|------------|--------|
| FACILIDAD DE PENETRACION | 94,5% | 89,9% |
| FORMACIÓN DE PLIEGUES | 1,7% | 55,0 % |
| CAMBIOS DE CATÉTERES | 3 a 4 DÍAS | 2 DIAS |
| CATÉTERES FLEVITOGÉNICOS | 50 a70% | 100% |

Los catéteres adecuados, son aquellos que producen un menor traumatismo a la vena.

La permanencia del catéter en el lugar de la Venopunción desde su colocación, genera uno de los principales factores de riesgo de aparición de flebitis.

La vía periférica por Venopunción rara vez se infecta, puede presentar dolor, enrojecimiento de la piel en la zona de inserción del catéter e inflamación. Normalmente estos signos y síntomas suelen aparecer después de las 72hs de colocado el catéter. Para evitar esta complicación se recomienda cambiar el catéter de la zona dentro de ese lapso de tiempo.

Estos estudios fueron elaborados independientemente por renombrados autores, médicos de prestigio internacional como, MAKI – MD. G., RINGER M., STANLEY M. D. , MAITER E. Y FUSCHUBERK.(entre el periodo del año 1988 al 1992)

ESTADO DEL PACIENTE:

Los mecanismos fisiológicos deben comprenderse considerando al cuerpo como un todo funcional. El ser humano, en tanto este vivo, tiene medios ambientes interno y externo , que intercambian información y materia de manera constante . El objetivo de la interacción de los subsistemas corporales es generar un equilibrio dinámico o estado estable para estar en armonía entre sí.

Son diversas las herramientas de evaluación de un buen estado de salud. En términos generales, se emplean para recolectar información sobre los hábitos y el estilo de vida de la persona., así como información y antecedentes.

El fomento de la salud, en tanto que concepto y proceso activo, se basa en los principios de responsabilidad , conciencia nutricional , reducción y manejo del estrés y acondicionamiento físico.

Responsabilidad de sí mismo: es la clave para el éxito, en el fomento de la salud, implica reconocer que el sujeto ,y solo él , controla su vida , toma decisiones con respecto a su estilo de vida y el significado de ésta. Conforme aumenta el número de individuos que aceptan los efectos significativos que pueden alterar su bienestar , se evitan conductas de alto riesgo , como el tabaquismo, consumo excesivo de bebidas alcohólicas y fármacos, sobrealimentación y otros hábitos no saludables.

Nutrición : reviste gran importancia en la conservación de la salud y la prevención de las enfermedades. Cuando hay lesiones y enfermedades , es un factor indispensable para fomentar la cicatrización y aumentar la resistencia a las infecciones . La evaluación del estado nutricional, aporta información sobre la presencia de obesidad , desnutrición , disminución ponderal, deficiencias de nutrimentos específicos , anormalidades metabólicas, efectos de los medicamentos sobre la nutrición y problemas especiales de las personas.

El estado nutricional se refleja en el aspecto. El signo físico más evidente de la nutrición adecuada es que el peso corporal sea normal con relación a la estatura, la complexión física y la edad , pero otros tejidos y estructuras pueden indicar el estado nutricional. Entre estos se incluyen el pelo, la piel, dientes , encías, mucosas ,boca ,y lengua , músculo estriado , abdomen ,extremidades inferiores y tiroides.

Manejo del estrés: se ha demostrados el efecto dañino que tiene el estrés en la salud y su relación causa efecto en las enfermedades infecciosas . Las respuestas autónoma y endocrina , tienen función adaptativa, a saber , restaurar el equilibrio en el individuo.

El estrés tiene una función etiológica predominante y suele haber procesos patológicos irreversibles. Algunos de los padecimientos son, hipertensión ,trastornos cardiovasculares ,nefropatías, eclampsia, artritis reumatoide, y reumática ,enfermedades cutáneas y oculares, infecciones, alergias , y enfermedades de hipersensibilidad , trastornos nerviosos y mentales , disfunciones sexuales , padecimientos digestivos ,enfermedades metabólicas , cáncer y enfermedades de la resistencia general.

Ejercicio físico: se ha observado que la práctica constante de un programa de ejercicio físico puede fomentar la salud gracias a que mejora el funcionamiento del aparato circulatorio y los pulmones, disminuye las concentraciones de colesterol y lipoproteínas de baja densidad , reduce el peso corporal , demora cambios degenerativos , y mejora la flexibilidad , fuerza y resistencia muscular generales. Por lo tanto, un programa apropiado de ejercicios puede tener efecto positivo de importancia en el funcionamiento general de la persona , su aspecto ,y estado general de la salud.

Muy Bueno, se podría decir entonces, que correspondería a un estado estable, basado en los principios de constancia interna , hemostasia y adaptación, como también de seguir los principios del fomento de la salud: responsabilidad de sí mismo, nutrición ,ejercicio físico y manejo del estrés.

Para definir el estado Bueno, podríamos hacer referencia a un desajuste en las variables condicionantes antes mencionadas; ejemplo : mal nutrición, tabaquismo, colesterolemia . etc.

Regular estado, o mal estado es total desadaptación, un trastorno en la regulación del equilibrio dinámico . Dicha alteración va seguida de daños estructurales y funcionales.

Algunas causas pueden ser agentes físicos, químicos e infecciones así como mecanismos inmunitarios, defectos genéticos y desequilibrios nutricionales.

L.S.Brunner- D. S. Suddart. Capítulo 6 Pág. 69 y 70.

EDAD:

La edad de los pacientes es un factor predisponente para la flebitis por venopunción en pacientes internados con hidratación parenteral. Según la revista Nursing editada en el año 93, la que posee un artículo de la "prevención de la infección intravenosa periférica" realizado por Roberta I. Mesnner de Hurlington, Virginia, EE.UU.; donde menciona que los pacientes mayores de 60 años presentan un alto riesgo de infección periférica. Esto se debe a que los linfocitos T encargados de la defensa del organismo, se encuentran menos activos que en su juventud, disminuyendo su campo de acción contra los agentes que generan la infección.

El envejecimiento se acompaña de cambios que afectan a la función y aspecto de la piel. La epidermis y la dermis se adelgazan,

disminuyendo el N° de fibras elásticas y la colágena se vuelve más rígida, la pérdida de capilares de la piel origina un menor riego sanguíneo en esta. La piel se reseca y se vuelve susceptible a irritaciones, a raíz de la disminución en la actividad de las glándulas sebáceas y sudíparas .Enfermería Médico Quirúrgico Vol .I BRUNNER Y SUDDATH .Capítulo 9,pág. 146-147.

TÉCNICA:

Para realizar una técnica adecuada se deben prever varios factores:

HIGIENE DE LA PIEL

En la higiene de la piel se deberá tener en cuenta la cantidad de vello sobre la superficie de la misma. Se prestará atención si el paciente es alérgico al Yodo se limpiará la zona con Iodopovidona yodada al 10%. Lo incorrecto sería utilizar antiséptico inadecuado, no dejarlo actuar el tiempo necesario y efectuar un incorrecto lavado de manos.

LAVADO DE MANOS

Para una buena técnica realizará un minucioso jabonado de las manos, incluyendo antebrazo e intersticios de los dedos de las manos durante tres minutos.

Se puede utilizar cepillo y el secado se realiza hacia arriba.

En el sitio de punción se deberá friccionar con antiséptico, con movimientos circulares y en forma excéntrico al mismo.

Se tratará de evitar la colocación de soluciones antisépticas frías, ya que producen vasoconstricción

Terminado este procedimiento se realizará la venopunción, siguiendo el protocolo de la institución :

Material necesario: guantes estériles, gasas estériles , solución iodopovidona , solución a infundir , con set estéril correspondiente , catéter seleccionado, lazo o brazaletes , parche transparente o tela adhesiva.

SELECCIÓN DE LA VENA

Luego de reunir el material se procede a la selección de la vena a utilizar, preferentemente la de mayor calibre y que estén lejos de las articulaciones, para no afectar la comodidad del paciente. Escoger venas grandes y lejos de la unión venosa es lo correcto. Si es posible seleccionar la fosa antecubital, vena basilica y cefálica y venas de la mano y antebrazo.

Debemos además, observar el estado de las venas, ya que según antecedentes podemos encontrarnos con venas esclerosadas, callosidades, durezas, venas tortuosas, influyendo en la colocación del catéter

Se liga el miembro elegido y se realiza la limpieza de la zona a insertar, se colocan guantes estériles y se realiza la punción, asegurándose que el dispositivo se encuentre en vena, se procede a la fijación del mismo, colocándose fecha, hora y persona responsable. (Técnica de Introducción de catéter Doria A Millan, RN CANI-MS, IV Thompy Clinical Nurse Specialist, Holg Family Hospital, Des Plaines – Illinois – EEUU.-) PAG. 31- 32.

FÁRMACOS:

Los antibióticos son medicamentos que destruyen los microorganismos patógenos, (acción bactericida), o detiene su desarrollo (acción bacteriostática). Puede ser un producto metabólico natural, o bien obtenido por síntesis. La penicilina, descubierta por A. Fleming en los productos del metabolismo del hongo *Penicillium notatum* (1929), fue el primer antibiótico conocido y utilizado. Desde entonces, se han descubierto varios centenares, de ellos unos treinta con aplicación médica.

Se emplean en el tratamiento y la prevención de enfermedades infecciosas (antibiótico terapia).

En este estudio, solo numeraremos tres de los más utilizados empíricamente, y que se administran según normas de la institución, diluidos en 100cc de solución fisiológica, a un goteo de 42 gotas /minuto.

1) Ampicilina Sulbactam 1,5mg, derivado de la penicilina, amino penicilina (amoxicilina-penicilina), se utiliza asociado a los inhibidores de las betalactamasas. Puede producir más efectos colaterales como: hipersensibilidad inmediata o retardada, erupciones cutáneas, fiebre, shock anafiláctico. Administración por vía endovenosa.

2) **Ceftriazona 1mg**, cefalosporina de tercera generación, antibiótico de amplio espectro y de estructura betalactámica , que actúan sobre las bacterias sensibles, mediante la inhibición de la pared celular .

Efectos colaterales: erupción cutánea, con menos frecuencia shock anafiláctico. Administración endovenosa.

3) **Claritromicina 500mg**, macrólido, bacteriostático, con un amplio margen de seguridad y mínimos efectos adversos . Eficaz frente a cocos gram positivos . Se emplea como alternativa a la penicilina, frente a infecciones por neumococos.

Efectos secundarios: náuseas, vómitos y diarrea .

ENCICLOPEDIA MICROSOFT® ENCARTA®2002. MICROSOFT CORPORATION

ENFERMERA IDÓNEA:

Una de las cosas a tener en cuenta son las habilidades clínicas, éstas generan un mayor reto y siempre se deberán hacer a la perfección . Sin embargo, pocas escuelas de enfermería ofrecen el suficiente aprendizaje práctico y en los hospitales , las oportunidades para su práctica supervisada, están limitadas por la falta de personal e instructores .

Generalmente a una enfermera experta le resulta más rápido y fácil realizar una venopunción, que enseñar a realizar la misma a una enfermera con menor experiencia , proporcionándole la retroalimentación necesaria. Por lo tanto, la enfermera de menor experiencia no logra desarrollar las habilidades necesarias para realizar la venopunción con una correcta técnica y con la seguridad requerida para estos casos. La falta de tiempo de la enfermera debido a las condiciones laborales que generan al hospital (falta de recursos humanos, falta de insumos , etc) hace que no pueda dedicarse a realizar el trabajo de instructora y esto podría ser una de las causas de flebitis por venopunción .

Técnicas de Introducción de Catéteres, Doris A. Millan ,RN,CANI-MS,IV. Thompi Clinical Nurse Specialist, Holg Famili Hospital, Des Plaines-Illinois- EE. UU. PAG. 29- 30.

HIPÓTESIS

Las flebitis en pacientes internados en Clínica Médico-Quirúrgica del Hospital Italiano de Mendoza, en el periodo enero-julio del 2003, serán producidas por:

- Factores propios a las técnicas de colocación .***
- Factores propios del paciente.***

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

FACTORES PROPIOS DE LA TÉCNICA

| VARIABLES | DEFINICIONES | DIMENSIÓN | CATEGORÍAS |
|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Flebitis (dependiente) | Flebitis: es la inflamación de una vena, que se relaciona con irritación química y mecánica | Química Mecánica | Leve Moderada Grave Leve Moderada Grave |
| Tipo de Catéter (independiente) | Catéter: son aquellos elementos específicos que se utilizan para instaurar una vía de acceso periférico al torrente sanguíneo. | siliconado no siliconado | malo regular bueno malo regular bueno |
| Tipo de drogas utilizadas (independiente) | Drogas: sustancias que se introducen en el torrente sanguíneo por medio de un catéter. | | |
| Permanencia de la Venopunción (independiente) | Se refiere al tiempo en que el catéter está insertado en la vena. | 24hs. 48hs. más de 72 hs. | Alto riesgo mediano riesgo bajo riesgo Alto riesgo mediano riesgo bajo riesgo |
| Técnica de colocación (independiente) | Son procedimientos preestablecidos que se utilizan para la óptima realización de la Venopunción. | Higiene de piel selección vena lavado manos | correcto incorrecto correcto incorrecto correcto incorrecto |

FACTORES PROPIOS DEL PACIENTE

| VARIABLES | DEFINICIONES | DIMENSIÓN | CATEGORÍAS. |
|------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------------|
| EDAD (independiente) | Es una variable intervalar, relacionada al tiempo que ha vivido una persona tomando en cuenta desde: | Se clasificará mediante intervalos. | 31-40 41-50 51-60 61-70 71-80 81-90 |
| Estado general (independiente) | Determina la condición en que se encuentra una persona | Está dada según el indicador . | Muy Bueno (MB) Bueno (B) Regular (R) |
| SEXO (independiente) | Condición orgánica en cada especie, que distinguen masculino-femenino | Está dada según el indicador | Masculino (M) Femenino(F) |

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

TIPO DE ESTUDIO

El tipo de investigación es descriptivo, longitudinal, retrospectivo, analítico y experimental.

Es descriptivo, porque intentará describir las características observadas en la muestra .

Es longitudinal porque no se realiza un corte en el tiempo.

Es retrospectivo, porque se basa en datos anteriores.

Es analítico porque, permite conocer a fondo los fenómenos observados .

Es experimental: porque un grupo de individuos son analizados con respecto a otros.

UNIVERSO

Se observaron 100 paciente que ingresaron al servicio de clínica médica quirúrgica del Hospital Italiano, durante el primer semestre del 2003.

MUESTRA

La selección de la muestras fue estratificada, 30 pacientes del total de la población que ingresó en la fecha y se seleccionaron dos subgrupos o estratos (1 y 2), correspondiente al sector de clínica médica , que reunieron estas condiciones :

- a) que tuviesen de 35 a más de 65 años .*
- b) que necesitaran venoclisis .*
- c) que padecieran enfermedades infecciosas de las vías respiratorias altas.*
- d) que se les haya administrado antibióticoterapia empírica.*

De los cuales al subgrupo "1", se le colocó el catéter tipo "A" y al subgrupo "2", el catéter tipo "B". La venopunción se realizó 1/1

TÉCNICAS A UTILIZAR

La técnica fue la observación directa.

Se observaron las características que presentaron los pacientes con venoclisis, en la fecha ya indicada, teniendo en cuenta las variables ya mencionadas.

Análisis de documento: se remitió a la historia clínica del paciente

DISEÑO DEL INSTRUMENTO

Se confeccionó una ficha de observación y control del paciente.

Anexo 1, que hace las veces de ficha adjunta.

PLANIFICACIÓN DEL TIEMPO Y TRABAJO

Las observaciones se realizaron en el periodo enero- julio del 2003

Se hicieron tres fichas controles y se actualizaron las mismas cada 24 horas

Se les realizó a cada paciente que ingresó al servicio y que reunió las condiciones ya mencionadas.

Se llenó la ficha de observación y control que fue actualizada diariamente registrando todas las variaciones que se presentaron.

RECOLECCION DE DATOS Y TABULACION

Se procedió a recaudar la información en terreno, una vez recogida la misma efectuamos el procesamiento de datos , los cuales se realizaron a través del programa informático EXCEL.

Los datos fueron codificados previamente, que es el traslado de las respuestas simplificadas (cifras) , con el objeto de efectuar el análisis de la información .

ANALISIS DE DATOS

Una vez obtenidos los índices de cada variable, entendida ésta como una síntesis de varias expresiones numéricas , que fueron la base y la fundamentación de nuestro análisis; análisis que expresó los resultados obtenidos

CONCLUSIÓN

Es la contrastación de las hipótesis presentadas con la realidad, siendo ésta los datos obtenidos en la ficha de observación y control . Además plantearemos si las hipótesis han sido verificadas o no y si nuestro estudio de investigación a sido un aporte en beneficio de nuestra profesión.

TABULACION Y ANALISIS

Tabla N°1 :Relación entre condición general del paciente según tipo de flebitis, en pacientes internados en el servicio de clínica médica del hospital italiano en el periodo enero julio 2003.

Valores Absolutos

| Tipo de flebitis/condición general | Leve | Moderada | Grave | Total |
|------------------------------------|------|----------|-------|-------|
| Muy bueno | 3 | 3 | 2 | 8 |
| Bueno | 1 | 3 | 6 | 10 |
| Regular | 0 | 5 | 7 | 12 |
| Total | 4 | 11 | 15 | 30 |

Fuentes: Datos de elaboración propia consultado de ficha de observación

Tabla N° 2 Frecuencias Relativa horizontales

| Tipo de flebitis/condición general | Leve | Moderada | Grave | Total |
|------------------------------------|------|----------|-------|-------|
| Muy bueno | 37.5 | 37.5 | 25 | 100 |
| Bueno | 10 | 30 | 60 | 100 |
| Regular | 0 | 42 | 58 | 100 |

Fuentes: Datos de elaboración propia consultado de ficha de observación

Comentarios : en la siguiente tabla observamos que los pacientes en condición general bueno, presentaron el mayor índice de flebitis grave.

Relacionándolo con el marco teórico, en el punto estado del paciente, este índice del 60%,refleja un desajuste en el equilibrio dinámico , lo que podría ser causa de aparición

de flebitis en este tipo de pacientes.

Según bibliografía, L.S. BRUNNER-D.S.SUDDART.Cap.6 pag.69-70.

*Tabla N° 3 : Relación entre condición general y tiempo de aparición de flebitis por venopunción, en pacientes internados en el servicio de clínica medica del Hospital Italiano en el periodo enero julio 2003.
Valores absolutos*

| Condición general/ Tiempo de aparición de flebitis | 24hs. | 48hs. | 72hs. | total |
|-------------------------------------------------------|-------|-------|-------|-------|
| MB | 0 | 2 | 6 | 8 |
| B | 3 | 5 | 2 | 10 |
| R | 8 | 4 | 0 | 12 |
| Total | 11 | 11 | 8 | 30 |

Fuentes. Datos elaboración propia, consultados en fichas de observación.

Tabla N° 4.:Frecuencia relativa horizontal.

| Condición general/.T .de aparición de flebitis. | 24hs. | 48hs. | 72hs. | Total |
|-------------------------------------------------|-------|-------|-------|-------|
| MB | 0 | 25 | 75 | 100 |
| B | 30 | 50 | 20 | 100 |
| R | 66.7 | 33.4 | 0 | 100 |

Fuentes. Datos elaboración propia consultadas en ficha de observación.

Comentarios: la relación entre condición general y tiempo de aparición de flebitis refleja:

1) El (75%) de flebitis aparecieron a las 72hs. En pacientes en MB .estado general,:

2) El (50%) de los casos apareció a las 48hs. En los pacientes en B .Estado general.

3) El (66.7%) de los casos se observó a las 24hs. En pacientes en R. estado.

En relación al marco teórico en el punto estado general , podemos decir que sí bien el índice más alto de flebitis graves se produjo en pacientes en MB estado a las 72 hs, el valor más significativo en tiempo de aparición lo marco a las 24hs , los pacientes en regular estado, relacionándolo con un trastorno en la regulación del equilibrio dinámico . Según bibliografía L.S. BRUNNER-D.S.SUDDART.Cap.6 pag. 69-70.

Tabla N° 5 : Relación entre tipo de catéter y tiempo de aparición de flebitis en pacientes internados en el servicio de clínica medica del Hospital Italiano en el periodo enero julio del 2003.

Valores absolutos

| <i>Tipo de catéter/T. aparición de flebitis</i> | <i>24hs.</i> | <i>48hs.</i> | <i>72hs.</i> | <i>Total</i> |
|-------------------------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| <i>A</i> | <i>5</i> | <i>6</i> | <i>3</i> | <i>14</i> |
| <i>B</i> | <i>5</i> | <i>6</i> | <i>5</i> | <i>16</i> |
| <i>Total</i> | <i>10</i> | <i>12</i> | <i>8</i> | <i>30</i> |

Fuentes. Datos elaboración propia, consultada en fichas de observación.

Tabla N° 6 : Frecuencia relativa horizontal.

| <i>Tipo de catéter/T.aparición de flebitis</i> | <i>24hs.</i> | <i>48hs.</i> | <i>72hs.</i> | <i>Total</i> |
|------------------------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| <i>A</i> | <i>35.8</i> | <i>42.8</i> | <i>21.4</i> | <i>100</i> |
| <i>B</i> | <i>31.3</i> | <i>37.5</i> | <i>31.2</i> | <i>100</i> |

Fuente. Datos: elaboración propia, consultada en fichas de observación.

Comentarios de lo observado: podemos decir que el catéter tipo A presento un alto índice de flebitis a las 48hs. (42.8%).

El biomaterial presento el índice más elevado de flebitis graves en un tiempo de aparición de 48hs.Relacionándolo con el catéter B , éste fue menos irritante en porcentajes y aparición . Con respecto a la bibliografía, se observó que no hubo coincidencia en el tiempo de utilidad y el cuadro de referencia, publicado Por el laboratorio JELCO.

Bibliografía , MAKI-M.D.G.,RINGER M.,STANLEY M. D.MAITER E. Y FUSCHUBERK.

Tabla N° 7 : Relación entre tipo de catéter y tipo de flebitis ,en pacientes internados en el Hospital Italiano en el período enero julio 2003.

Valores absolutos

| T.de catéter/T.de flebitis | leve | moderada | grave | Total |
|----------------------------|------|----------|-------|-------|
| A | 3 | 6 | 6 | 15 |
| B | 1 | 5 | 9 | 15 |
| Total | 4 | 11 | 15 | 30 |

Fuentes. Datos de elaboración propia, consultada en ficha de observación.

Tabla N° 8 : Frecuencia horizontal.

| T. de cateter /T. de flebitis | Leve | Moderada | Grave | Total |
|-------------------------------|------|----------|-------|-------|
| A | 20 | 40 | 40 | 100 |
| B | 6.6 | 33.4 | 60 | 100 |

Fuentes de elaboración propia, consultada en ficha de observación.

Comentario: los siguientes datos reflejan que el catéter "B" presentó un índice mayor de flebitis(60%) .

Esta tabla refleja , según bibliografía en marco teórico , punto catéter , que el material por el que esta compuesto (teflón)fue más irritante Siendo esto la causa de éste tipo de flebitis.

MAKI-M.D. G., RINGER M.D., MAITER E. Y FUSCHUBERK.

L.S.BRUNNER-D.SUDDART.VOL.1 Cap. 9.pag. 132

Tabla N° 9 : Relación tipo de droga, con aparición de flebitis en pacientes internados, en el servicio de clínica médica del Hospital Italiano en el periodo enero julio 2003.

Valores absolutos

| <i>T.de droga/ T.aparición de flebitis</i> | <i>24hs.</i> | <i>48hs.</i> | <i>72hs.</i> | <i>Total</i> |
|----------------------------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| <i>1</i> | <i>1</i> | <i>3</i> | <i>0</i> | <i>4</i> |
| <i>2</i> | <i>3</i> | <i>7</i> | <i>3</i> | <i>13</i> |
| <i>3</i> | <i>7</i> | <i>1</i> | <i>5</i> | <i>13</i> |
| <i>Total</i> | <i>11</i> | <i>11</i> | <i>8</i> | <i>30</i> |

Fuentes de elaboración propia, consultada en ficha de observación

Tabla N° 10 : Frecuencia relativa horizontal.

| <i>T.de droga /T.aparición de flebitis</i> | <i>24hs.</i> | <i>48hs.</i> | <i>72hs.</i> | <i>Total</i> |
|----------------------------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| <i>1</i> | <i>25</i> | <i>75</i> | <i>0</i> | <i>100</i> |
| <i>2</i> | <i>23.7</i> | <i>53.8</i> | <i>23</i> | <i>100</i> |
| <i>3</i> | <i>53.8</i> | <i>7.7</i> | <i>38.5</i> | <i>100</i> |

Base de elaboración propia, datos obtenidos en ficha de observación.

Comentarios: Se pudo observar que el atb N° 1 presento mayor porcentaje de flebitis a las 48hs.(75%) y el atb. N°3 a las 24hs.(53.8%).

Según el marco teórico, en el punto fármacos, el antibiótico N°1- presento dentro de los tiempos esperados, esta complicación.

El más agresivo fue el N°3, con respecto al tiempo de aparición, no coincidiendo con los efectos adversos del mismo.

ENCICLOPEDIA MICROSOFT. ENCARTA.

2002.MICROSOFT.CORPORATION

Tabla N° 11: Relación tipo de droga y tipo de flebitis, en pacientes internados en el servicio de clínica médica del Hospital Italiano en el periodo enero julio 2003.

Valores absolutos

| T.de droga/T.de flebitis. | Leve | Moderada | Grave | Total |
|---------------------------|------|----------|-------|-------|
| 1 | 1 | 1 | 3 | 5 |
| 2 | 2 | 7 | 3 | 12 |
| 3 | 2 | 3 | 8 | 13 |
| Total | 5 | 11 | 14 | 30 |

Fuentes de elaboración propia, consultada en ficha de observación

Tabla N° 12: Frecuencia relativa horizontal.

| T.de droga/T. de flebitis | Leve | Moderada | Grave | Total |
|---------------------------|------|----------|-------|-------|
| 1 | 20 | 20 | 60 | 100 |
| 2 | 16.6 | 58.3 | 25 | 100 |
| 3 | 15.4 | 23.7 | 61.5 | 100 |

Fuentes de elaboración propia, consultada en ficha de observación

Comentarios :en relación tipo de droga y tipo de flebitis se pudo observar que la droga N° 3 produjo un índice mayor de flebitis grave(61.5%)

El resultado de esta tabla, no coincide con lo expuesto en el punto fármacos del marco teórico.

Tabla N° 13: Relación edad y aparición de flebitis en pacientes internados en el servicio de clínica médica del Hospital Italiano en el periodo enero julio 2003.

Valores absolutos

| Relación edad/Aparición de flebitis. | 24hs. | 48hs. | 72hs. | Total |
|--------------------------------------|-------|-------|-------|-------|
| 30-40 | 0 | 1 | 1 | 2 |
| 41-50 | 0 | 2 | 2 | 4 |
| 51-60 | 0 | 1 | 1 | 2 |
| 61-70 | 4 | 3 | 3 | 10 |
| 71-90 | 7 | 5 | 0 | 12 |
| Total | 11 | 12 | 7 | 30 |

Fuentes de elaboración propia, consultada en ficha de observación

Tabla N° 14: Frecuencia relativa horizontal.

| Relación edad/Aparición de flebitis. | 24hs. | 48hs. | 72hs. | Total |
|--------------------------------------|-------|-------|-------|-------|
| 30-40 | 0 | 50 | 50 | 100 |
| 41-50 | 0 | 50 | 50 | 100 |
| 51-60 | 0 | 50 | 50 | 100 |
| 61-70 | 40 | 30 | 30 | 100 |
| 71-90 | 58.33 | 41.66 | 0 | 100 |

Fuentes de elaboración propia, consultada en ficha de observación

Comentarios :de lo observado se puede decir que a mayor edad el índice de aparición de flebitis es mas temprano :edad 71-90 años el (58.33%) de flebitis aparece en las primeras 24hs.

Según la bibliografía , punto edad del marco teórico ,la edad de los pacientes es un factor predisponente para la aparición de flebitis por venopunción.

ROBERTA I. MESNNER- HURLINGTON, VIRGINIA, EE.UU.

L.S.BRUNNER-D.S. SUDDART. Vol.1- Pag.132.

Tabla N° 15: Relación edad y tipo de flebitis en pacientes internados en el servicio de clínica médica del Hospital Italiano en el período enero julio 2003.

| <i>Relación edad /Tipo de flebitis.</i> | <i>Leve</i> | <i>Moderada</i> | <i>Grave</i> | <i>Total</i> |
|-----------------------------------------|-------------|-----------------|--------------|--------------|
| <i>30-40</i> | <i>1</i> | <i>1</i> | <i>0</i> | <i>2</i> |
| <i>41-50</i> | <i>3</i> | <i>0</i> | <i>1</i> | <i>4</i> |
| <i>51-60</i> | <i>0</i> | <i>1</i> | <i>2</i> | <i>3</i> |
| <i>61-70</i> | <i>0</i> | <i>4</i> | <i>5</i> | <i>9</i> |
| <i>71-90</i> | <i>0</i> | <i>5</i> | <i>7</i> | <i>12</i> |
| <i>Total</i> | <i>4</i> | <i>11</i> | <i>15</i> | <i>30</i> |

Fuentes de elaboración propia, consultada en ficha de observación

Tabla N° 16: Frecuencia relativa horizontal.

| <i>Relación edad /Tipo de flebitis.</i> | <i>Leve</i> | <i>Mediana</i> | <i>Grave</i> | <i>Total.</i> |
|-----------------------------------------|-------------|----------------|--------------|---------------|
| <i>30-40</i> | <i>50</i> | <i>50</i> | <i>0</i> | <i>100</i> |
| <i>41-50</i> | <i>75</i> | <i>0</i> | <i>25</i> | <i>100</i> |
| <i>51-60</i> | <i>0</i> | <i>33.33</i> | <i>66.66</i> | <i>100</i> |
| <i>61-70</i> | <i>0</i> | <i>44.44</i> | <i>55.55</i> | <i>100</i> |
| <i>71-90</i> | <i>0</i> | <i>41.66</i> | <i>58.33</i> | <i>100</i> |

Fuentes de elaboración propia, consultada en ficha de observación .

Comentarios: con relación a edad y tipo de flebitis el (66.66%)de la flebitis grave se produjo en pacientes con edad entre 51-60 años, por lo que podemos decir que la edad no condiciona el tipo de flebitis.

Si bien la edad es un condicionante de flebitis , no marca la gravedad de la misma .

En esta tabla la variable edad , no coincidió con lo referido en el marco teórico .

L.S. BRUNNER – D. S. SUDDART. Vol1 CAP. 9 Pag.132.

Tabla N° 17: Relación entre higiene de la piel y aparición de flebitis en pacientes internados en clínica médica del Hospital Italiano periodo enero julio 2003.

Valores absolutos

| <i>Higiene de piel/ Aparición de flebitis</i> | <i>Leve</i> | <i>Moderada</i> | <i>Grave</i> | <i>Total</i> |
|-----------------------------------------------|-------------|-----------------|--------------|--------------|
| <i>C</i> | 4 | 5 | 6 | 15 |
| <i>I</i> | 0 | 6 | 9 | 15 |
| <i>Total</i> | 4 | 11 | 15 | 30 |

Fuentes de elaboración propia, consultada en ficha de observación

Tabla N° 18 : Frecuencia relativa horizontal.

| <i>Higiene de piel /Aparición de flebitis</i> | <i>Leve</i> | <i>Moderada</i> | <i>Grave</i> | <i>Total</i> |
|-----------------------------------------------|-------------|-----------------|--------------|--------------|
| <i>C</i> | 26.66 | 33.33 | 40 | 100 |
| <i>I</i> | 0 | 40 | 60 | 100 |

Fuentes de elaboración propia, consultada en ficha de observación

Comentarios: de lo observado podemos decir que la técnica de higiene de piel incorrecta produjo una mayor aparición de flebitis grave (60%).

Como se menciona en el punto técnicas, del marco teórico; una higiene incorrecta de la piel es factor predisponente para aparición de flebitis.

DORIS A MILLAN, RN.CANI-MS,IVTHOMPI CLINICAL NURSE-Pag .31-32.

Tabla N° 19: Relación selección de vena, con tipo de flebitis en pacientes internados en el servicio de clínica médica del Hospital Italiano periodo enero julio 2003.

Valor absoluto.

| Lavado de manos/ T. de flebitis. | Leve | Moderada | Grave | Total |
|----------------------------------|------|----------|-------|-------|
| C | 1 | 5 | 8 | 14 |
| I | 3 | 6 | 7 | 16 |
| Total | 4 | 11 | 15 | 30 |

Fuentes de elaboración propia, consultada en ficha de observación

Tabla N° 20 : Frecuencia relativa horizontal.

| Lavado de manos/ T. de flebitis | Leve | Moderada | Grave | Total |
|---------------------------------|-------|----------|-------|-------|
| C | 7.14 | 35.71 | 57.14 | 100 |
| I | 18.75 | 37.5 | 43.75 | 100 |

Fuentes de elaboración propia, consultada en ficha de observación

La técnica de una selección de una vena correcta produjo más flebitis grave(57.14%)en relación. a la selección de vena incorrecta (43.75%) demostrando que no influye directamente la variable(selección vena- flebitis)

A pesar de seleccionar le vena referida por la bibliografía, se observó que éste tipo de vena, presentó el mayor índice de flebitis grave.

DORIS A MILLAN , RN .CAN- MS.IV.THOMPY.CLINICAL NURSE. Pag -31-32.

Tabla N° 21 : Relación entre lavado de manos y tipo de flebitis en pacientes internados en clínica médica del Hospital Italiana en el periodo enero julio 2003.

Valores absolutos.

| Lavado de manos/ Tipo de flebitis. | Leve | Moderada | Grave | Total |
|------------------------------------|------|----------|-------|-------|
| C | 3 | 5 | 3 | 11 |
| I | 3 | 8 | 8 | 19 |
| Total | 6 | 13 | 11 | 30 |

Fuentes de elaboración propia, consultada en ficha de observación

Tabla N° 22 : Frecuencia relativa horizontal.

| Lavado de manos/ Tipo de flebitis | Leve | Moderada | Grave | Total |
|-----------------------------------|------|----------|-------|-------|
| C | 23.3 | 45.4 | 27.1 | 100 |
| I | 15.8 | 42.1 | 42.1 | 100 |

Fuentes de elaboración propia, consultada en ficha de observación

Comentarios: de lo observado se destaca que con una técnica correcta de lavado de manos, hubo un índice más elevado de flebitis moderada (45.4%) y con una técnica incorrecta un (42.1%) demostrando que si bien la técnica de lavado de manos es fundamental, no influyó directamente sobre el tipo de flebitis aparecida.

DORIS A MILLAN ,RN CANI-MS,IV THOMPY CLINICAL NURSE.Pag.31-32.-

CONCLUSIÓN

La flebitis relacionada con la venopunción, realizada por enfermería, es una complicación importante, por ello gran parte de los factores de riesgo que influyen en su aparición, dependen , como planteamos en nuestra hipótesis, no solo referidas al paciente y a las técnicas, sino también a variables asociadas como se demuestra en las tablas n°1 y n°3 donde se observa la importancia del estado general del enfermo , la gravedad y el tiempo en que se manifestó la flebitis ;tablas n°5 y n°7 relación tipo de catéter con signos de flebitis y tiempo de aparición, tablas n°9 y n°11 la droga estudiada con los mismos indicadores, tablas n°13 y n°15 en relación con la edad y tablas n° 17, n°19, n°21 y n°23 dando muestra que las técnicas son factores determinantes de esta complicación.

Consideramos que la mayoría de los trabajadores de la salud, no han olvidado lo que es cuidar con calidad, elemento básico de la asistencia humanizada y se esfuerzan diariamente para lograr ese objetivo.

PROTOCOLO

Para prevenir la flebitis relacionada con la venopunción, realizada por enfermería, se elaboran los siguientes cuidados que deben tenerse en cuenta durante la selección , venopunción y posterior mantenimiento de los catéteres periféricos.

Se establecen las siguientes normas, basadas en la revisión bibliográfica más reciente respecto a esta complicación:

Lavado de manos, tanto en la colocación, como en la manipulación del catéter ,al igual que la estricta adhesión a técnicas asépticas, son medidas básicas , cuyo incumplimiento compromete la eficacia de toda otra medida de prevención.

Material del catéter, en los últimos años, se ha extendido el uso de catéteres más biocompatibles , considerando que es menor la adhesividad microbiana a sus paredes y de lesión del endotelio vascular . Es recomendable además utilizar el catéter de menor luz.

Medidas de barrera: está bien demostrado que utilizar guantes estériles, ha disminuido el índice de aparición de flebitis por venopunción.

Cambio de tubuladura: no se requiere cambios de las tubuladuras, salvo que se haya administrado lípidos o sangre y derivados. Es aconsejable limitar el uso de llaves de tres vías.

RECOMENDACIONES

Es fundamental destacar la importancia de unificar criterios y elaborar protocolos de actuación con el fin de prevenir la flebitis relacionadas con la intervención de enfermería. En este sentido interpretamos la escasa presencia de esta patología, como un resultado de los adecuados cuidados de enfermería.

Iatrogenia , es un término muy usado en estos tiempos , este daño quizás desaparezca poniendo en juego rigor y afecto hacia nuestra profesión y brindándonos al paciente con calidad y respeto.

Sin duda la persona más necesitado de instrucción en este procedimiento es el enfermero educador ,formando una pirámide en la cual cada nivel se halla en contacto con el siguiente , expandiendo los conocimientos en las técnicas actualizadas sobre este tema .

Consideramos que para la prevención de esta complicación y otras , en post del paciente es necesaria la capacitación del personal de enfermería: la enseñanza debe realizarse mediante talleres informativos y prácticos, donde se dará a conocer las nuevas modalidades conocidas . Fuera de la institución con jornadas , en donde el personal instruido e invitados idóneos expondrán el material seleccionado adecuadamente , en cuanto a técnicas ,datos sobre catéteres y métodos de fijación, mantenimiento y fraccionamiento de antisépticos, para que, asociada a la experiencia del ejecutor disminuyan los riesgos de complicaciones.

ANEXOS

CODIGOS ESTABLECIDOS EN LA MATRIZ DE DATOS

UNIDAD DE ANÁLISIS:

Nº-1 Hasta Nº -30

PROPIAS DEL PACIENTE:

DATOS DE IDENTIDAD

A-1 EDAD:

31-40

41-50

51-60

61-70

71-80

81-90

A-2-SEXO

MASCULINO (M)

FEMENINO (F)

A-3 CONDICIONES GENERALES

MUY BUENO (MB)

BUENO (B)

REGULAR (R)

PROPIAS DE LAS TÉCNICAS

B-TIPO DE CATÉTER.

B-1

"A" SILICONADO

"B" NO SILICONADO

B-2 TIPOS DE MEDICACIÓN

ATB-Nº1

ATB-Nº2

ATB-Nº3

CODIGOS ESTABLECIDOS EN LA MATRIZ DE DATOS

B-3 TIEMPO DE LA VENOPUNCION

24 HS.

48 HS.

72 HS.

B-4 TECNICAS DE INTRODUCCIÓN

4-1 LAVADO DE MANOS

CORRECTA-INCORRECTA

4-2 HIGIENE DE LA PIEL

CORRECTA-INCORRECTA

4-3 SELECCIÓN DE VENA

CORRECTA-INCORRECTA

B-5 SIGNOS DE FLEBITIS

1- LEVE

2- MODERADA

3- GRAVE

Los siguientes datos corresponden a 30 paciente internados en el Hospital Italiano de Mendoza ,que presentaron flebitis por venopunción ,realizadas por enfermeros, en el periodo enero-julio de 2003

| PROPIAS PACIENTE | | | B-PROPIAS DE LAS TECNICAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------|-----|-----|---------------------------|----|---|-----|---|-----|---|---|-----|------------|----|--------|----|----|-----|---|---|---|-----|---|---|---|---|
| UA | A-1 | A-2 | A-3 | | | B-1 | | B-2 | | | B-3 | | | | | | B-4 | | | | B-5 | | | | |
| | | M | F | MB | B | R | A | B | 1 | 2 | 3 | 24HS- 48HS | | -72 HS | | C | I | C | I | C | I | L | M | G | |
| | | | | | | | | | | | | SI | NO | SI | NO | SI | NO | | | | | | | | |
| 1 | 38 | | 1 | 1 | | | 1 | | | | 1 | | | | | 1 | | 1 | 1 | | | 1 | 1 | | |
| 2 | 62 | 1 | | | 1 | | 1 | | 1 | | | | | 1 | | | | 1 | 1 | | 1 | | | 1 | |
| 3 | 50 | 1 | | 1 | | | | 1 | | 1 | | | | 1 | | | | 1 | 1 | | | 1 | | | 1 |
| 4 | 72 | | 1 | | | 1 | 1 | | | | | 1 | 1 | | | | | 1 | | 1 | 1 | | | 1 | |
| 5 | 85 | | 1 | | 1 | | | 1 | | | | 1 | 1 | | | | | 1 | | 1 | 1 | | | 1 | |
| 6 | 67 | | 1 | 1 | | | 1 | | | 1 | | | | | | 1 | | 1 | 1 | | | 1 | 1 | | |
| 7 | 54 | 1 | | 1 | | | | 1 | | | 1 | | | | | 1 | | 1 | 1 | | | 1 | | | 1 |
| 8 | 35 | | 1 | 1 | | | | 1 | | 1 | | | | | | | | 1 | 1 | | | 1 | 1 | | |
| 9 | 46 | 1 | | | 1 | | 1 | | | 1 | | | | 1 | | | | 1 | 1 | | 1 | | 1 | | |
| 10 | 90 | 1 | | | 1 | | | 1 | | | 1 | 1 | | | | | | 1 | | 1 | | 1 | | | 1 |
| 11 | 88 | | 1 | | | 1 | 1 | | | 1 | | 1 | | | | | | 1 | 1 | | 1 | | | 1 | |
| 12 | 71 | | 1 | | | 1 | 1 | | | | 1 | | | 1 | | | | 1 | | 1 | | 1 | | | 1 |
| 13 | 70 | | 1 | | 1 | | | 1 | 1 | | | | | 1 | | | | 1 | 1 | | 1 | | | | 1 |
| 14 | 75 | 1 | | | | 1 | 1 | | | 1 | | | | 1 | | | | 1 | 1 | | | 1 | | | 1 |
| 15 | 64 | 1 | | | 1 | | | 1 | | | 1 | 1 | | | | | | 1 | | 1 | 1 | | | | 1 |
| 16 | 68 | | 1 | | 1 | | | 1 | | 1 | | | | | | 1 | | 1 | | 1 | | 1 | 1 | | 1 |
| 17 | 78 | | 1 | | | 1 | 1 | | | 1 | | | | 1 | | | | 1 | | 1 | 1 | | | 1 | |
| 18 | 80 | 1 | | | | 1 | 1 | | | | 1 | 1 | | | | | | 1 | 1 | | | 1 | | | 1 |
| 19 | 46 | 1 | | 1 | | | | 1 | | | 1 | | | | | 1 | | 1 | | 1 | 1 | | 1 | | |
| 20 | 57 | 1 | | | 1 | | | 1 | | | 1 | | | | | 1 | | 1 | 1 | | 1 | | | | 1 |
| 21 | 62 | | 1 | | | 1 | 1 | | | | 1 | 1 | | | | | | 1 | | 1 | | 1 | | | 1 |
| 22 | 76 | | 1 | | 1 | | | 1 | | | 1 | | | 1 | | | | 1 | | 1 | 1 | | | | 1 |
| 23 | 78 | 1 | | | | 1 | 1 | | | 1 | | | | 1 | | | | 1 | | 1 | | 1 | | | 1 |
| 24 | 70 | 1 | | | | 1 | | 1 | 1 | | | 1 | | | | | | 1 | 1 | | | 1 | | | 1 |
| 25 | 66 | 1 | | 1 | | | | 1 | | 1 | | | | | | 1 | | 1 | 1 | | | 1 | 1 | | |
| 26 | 68 | | 1 | | | 1 | 1 | | | 1 | | 1 | | | | | | 1 | | 1 | 1 | | | | 1 |
| 27 | 52 | | 1 | | 1 | | | 1 | | 1 | | | | 1 | | | | 1 | 1 | | | 1 | 1 | | |
| 28 | 74 | 1 | | | | 1 | | 1 | | | 1 | 1 | | | | | | 1 | | 1 | 1 | | | 1 | |
| 29 | 48 | 1 | | 1 | | | 1 | | | 1 | | | | | | 1 | | 1 | 1 | | | 1 | 1 | | |
| 30 | 82 | 1 | | | | 1 | 1 | | 1 | | | 1 | | | | | | 1 | | 1 | | 1 | | | 1 |

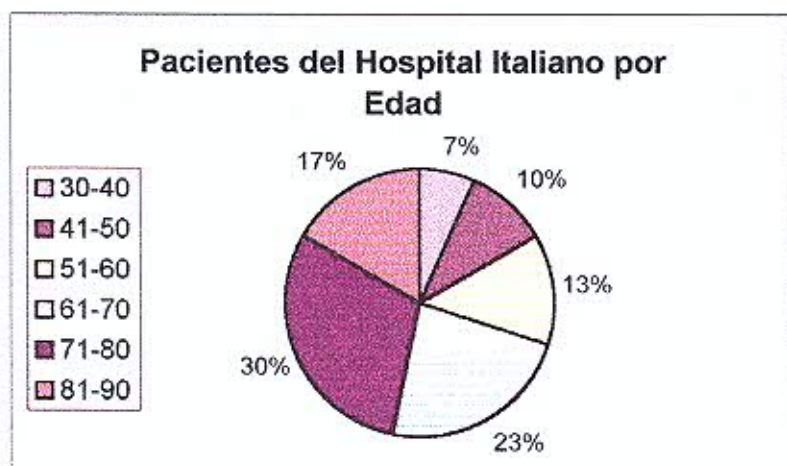
FUENTE: sobre datos obtenidos en fichas de observación.

FICHA DE OBSERVACIÓN Y CONTROL
SERVICIO DE CLÍNICA MEDICA DEL HOSPITAL ITALIANO

| | | | |
|-----------------------------------------|----------------------|---------------------------|------------|
| FICHA N- ----- | | FECHA DE OBSERVACIÓN----- | |
| NOMBRE OBSERVADOR----- | | | |
| A- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE | | | |
| NOMBRE Y APELLIDO----- | | CAMA----- | |
| A-1 EDAD----- | | A-2 SEXO----- | |
| A-3 ESTADO DEL PACIENTE----- | | DIAGNÓSTICO----- | |
| B-TIPO DE CATETER | | | |
| B-1 | A----- SILICONADO | | |
| | B----- NO SILICONADO | | |
| B-2 -TIPO DE MEDICACIÓN | | | |
| ATB N-1--- | | ATB N-2--- | ATB N-3--- |
| B-3- TIEMPO DE LA VENOPUNCION | | | |
| 24 HS----- | | 48HS----- | 72HS----- |
| B-4- TECNICAS DE INTRODUCCIÓN | | | |
| 4-1 LAVADO DE MANOS | | CORRECTA-INCORRECTA | |
| 4-2 HIGIENE DE LA PIEL | | CORRECTA-INCORRECTA | |
| 4-3 SELECCIÓN DE LA VENA | | CORRECTA-INCORRECTA | |
| B-5 SIGNOS DE FLEBITIS | | | |
| 1- LEVE | | | |
| 2- MODERADA | | | |
| 3- GRAVE | | | |

PACIENTES INTERNADOS EN EL HOSPITAL ITALIANO DE MENDOZA
 POR EDAD EN EL PERIODO ENERO- JULIO DE 2003

| Edad | Frecuencia Absoluta | Frecuencia Relativa | Frecuencia Relativa Porcentual |
|--------------|---------------------|---------------------|--------------------------------|
| 30-40 | 2 | 0,067 | 6,7 |
| 41-50 | 3 | 0,1 | 10 |
| 51-60 | 4 | 0,133 | 13,4 |
| 61-70 | 7 | 0,233 | 23,3 |
| 71-80 | 9 | 0,3 | 30 |
| 81-90 | 5 | 0,167 | 16,6 |
| TOTAL | 30 | 1 | 100 |



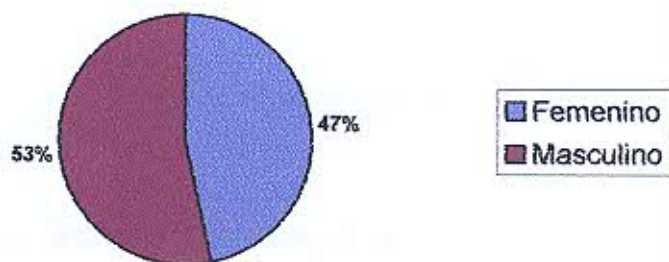
Base de datos: Elaboración propia consultada en historia clínica

Comentarios: ésta variable, sola ,no modifíco el resultado del estudio.

PACIENTES INTERNADOS EN EL HOSPITAL ITALIANO DE MENDOZA POR SEXO EN EL PERIODO ENERO-JULIO DE 2003

| Sexo | Frecuencia Absoluta | Frecuencia Relativa | Frecuencia Relativa Porcentual |
|--------------|---------------------|---------------------|--------------------------------|
| Femenino | 14 | 0,467 | 46,7 |
| Masculino | 16 | 0,533 | 53,3 |
| Total | 30 | 1 | 100 |

Proporción según sexo de pacientes



Base de datos: elaboración propia consultada en historia clínica

Comentarios: esta variable , sola , no modifíco el resultado del estudio.

Bibliografía

-L. S. BRUNNER-D. S. SUDDART.-Enfermería Médico Quirúrgico. Volumen1 .-editorial McGRAW –HILL.

-Lic- ROBERTA MESNER de HURLINGTON-Revista Nursin Edición 1993.

-DORIS A. MILLAN, RN, CANI-M. S. IV, Thompi Clinical Nurse Specilist, holg, family Hospital, des plaines –Illinois –EE.UU.-

-D.POLIT/B. HUNGLER-investigación científica. En ciencias de la salud 2ª edición . Editorial INTERAMERICANA-S.A. de C. V. MÉXICO, D,F.

-ENCICLOPEDIA MICROSOFT®ENCARTA ®2002.MICROSOFT CORPORATION.