

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERIA

TRABAJO DE TESIS PREVIO A LA TITULACION DE LICENCIADAS
EN ENFERMERIA

TEMA:

APLICACIÓN DEL METODO DE ENFERMERÍA EN NEONATOS
CON VÍAS PERCUTÁNEAS EN EL AREA DE UNIDAD DE
CUIDADOS INTENSIVOS DE LA MATERNIDAD ENRIQUE C.
SOTOMAYOR GUAYAQUIL 2013

TUTORA:

JÉSSICA SALAZAR

AUTORAS:

MARIELA IDROVO PALA

GINGER PEÑAFIEL SALAZAR

El jurado examinador en vista de la propuesta rendida otorga
al presente proyecto las siguientes calificaciones:

TRABAJO ESCRITO..... ()
EXPOSICION ORAL..... ()
TOTAL..... ()
EQUIVALENTE A.....()

.....

PRESIDENTE DEL JURADO

.....

TUTORA

.....

PROFESOR DELEGADO

FECHA:.....

CARTA DE ACEPTACION DEL TUTOR

En mi calidad de Tutora de la Escuela de Enfermería, en el nivel de pre-grado nombrada por las autoridades de la misma, de la Universidad de Guayaquil dirigo la presente tesis:

CERTIFICO:

Que he tutoriado y analizado, el proyecto y los resultados de la investigación, presentado en el informe final del trabajo Investigativo, sobre: APLICACIÓN DEL METODO DE ENFERMERÍA EN NEONATOS CON VÍAS PERCUTÁNEAS EN EL AREA DE UCIN DE LA MATERNIDAD ENRIQUE C. SOTOMAYOR DE GUAYAQUIL como requisito previo, para su aprobación, y optar al grado de Licenciada en Enfermería.

Presentado por:

.....
Mariela Idrovo Pala
Interna en Enfermería

.....
Ginger Peñafiel Salazar
Interna en Enfermería

.....
Lcda. Jèssica Salazar
Tutora de Tesis

Guayaquil, Junio del 2014

AGRADECIMIENTO

Este Proyecto de Investigación debe su inicio, casi inconsciente, su continuación, laboriosa en ocasiones extenuante, y su culminación, feliz, a muchas personas. Pero en especial:

A nuestra fuente principal de sabiduría y de Inspiración. **DIOS**

A nuestros familiares por brindarnos una formación llena de valores y otorgarnos cualidades intelectuales y espirituales que han hecho posible la culminación de esta etapa estudiantil.

A nuestra tutora Lcda. Jèssica Salazar quien con generosidad y gran entusiasmo supo guiarnos en la elaboración de este trabajo.

Los autores agradecen también a la Maternidad Enrique C. Sotomayor de Guayaquil por el apoyo brindado en la realización del estudio, esperamos que los datos aquí presentados sean útiles para el diseño e implementación de programas de intervención y prevención, a fin de potencializar la calidad de los servicios ofrecidos.

A nuestros queridos docentes por compartir gratos momentos de enseñanza durante todos estos años de formación académica, tengan por seguro que no se los olvidará.

Y a todas y cada una de las personas que de alguna manera colaboraron en el cumplimiento de las metas propuestas en este trabajo de tesis.

Desde el fondo de nuestro corazón Gracias.

Mariela y Ginger

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a Dios nuestro Protector Divino que nos ampara bajo el cielo quien nos sostiene y nos ayuda.

A nuestros padres por su amor, atención, solidaridad y constituir un pilar fundamental en nuestras vidas, por motivarnos día a día a luchar, y no rendirnos.

A nuestros docentes por convertirnos en profesionales de alta calidad, con calidez humana. Listas para el mercado laboral competitivo.

A nuestros compañeros a pesar de tener nuestras diferencias y opiniones supieron brindarnos apoyo en algún momento en especial a Cynthia Pérez una compañera que por cosas del destino se nos adelanto en el largo viaje hacia la eternidad pero desde el cielo ha sido nuestra fuente de inspiración y su presencia esta en nuestros corazones.

A nuestras amistades por creer en nosotras y brindarnos su cariño, comprensión y apoyo.

Mariela y Ginger

INDICE

CONTENIDO	# PAGES
------------------	----------------

RESUMEN.....	11
--------------	----

ABSTRACT.....	11
---------------	----

INTRODUCCIÓN.....	12
-------------------	----

CAPITULO I

ENUNCIADO DEL PROBLEMA.....	14
-----------------------------	----

PLANTAMIENTO DEL PROBLEMA.....	15
--------------------------------	----

JUSTIFICACIÓN.....	16
--------------------	----

OBJETIVOS.....	17
----------------	----

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO.....	18
--------------------	----

BENEFICIO EN EL INDIVIDUO.....	19
--------------------------------	----

FASES DEL PROCESO EN ENFERMERÍA.....	20
--------------------------------------	----

FASE DE VALORACIÓN.....	21
ENTREVISTA.....	22
TIPOS DE VALORACION.....	23
PLAN DE CUIDADO DE ENFERMERIA.....	24
EL CUIDADO DE LA VANGUARDIA.....	25
ALGORITMOS DE LA INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA.....	26
FASE DE EJECUCIÓN.....	27
TEORIAS.....	28
CONCEPTO DE VÍA PERCUTÁNEAS.....	30
VENAS PERICRANEALES.....	31
DE LIMPIEZA Y ASEPSIA.....	32

DURANTE EL PROCEDIMIENTO.....	33
FIJACION.....	34
COMO REALIZAR LA CURACION DEL CATETER.....	35
COMPLICACIONES.....	36
CUIDADOS Y MANTENIMIENTO.....	37
MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD.....	38
ETAPAS DE SEGURIDAD.....	39
IMPORTANCIA DE BIOSEGURIDAD.....	40
USO DE GUANTES.....	41
USO DE MASCARILLA.....	42
 MARCO LEGAL	
CONGRESO NACIONAL.....	44

POTECCION Y AMBITO DE LA LEY.....	45
CAPITULO SEGUNDO.....	46
CAPITULO TERCERO.....	47
IMPOSICIONES TRANSETORIAS.....	48
TERMINOLOGIA.....	48
 CAPÍTULO III	
METODOLOGÍA.....	56
PROCESAMIENTO DE DATOS.....	57
ANALISIS DE LOS OBJETIVOS.....	58-60
VARIABLE A INVESTIGAR.....	61
OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES.....	62

CRONOGRAMA.....	63
TALENTO HUMANO.....	64
PRESUPUESTO.....	65
CONCLUSION.....	66-67
RECOMENDACIONES.....	68
BIBLIOGRAFÍA.....	69
ANEXOS	

Resumen

Con el objetivo de demostrar los beneficios del uso del catéter percutáneo en la terapia intensiva del servicio de neonatología de la Hospital Gineco-obstétrico "Enrique C. Sotomayor" se realizó un estudio descriptivo de tipo transversal y retrospectivo, que estuvo dirigido a expresar las características más importantes del procedimiento y la técnica del catéter percutáneo en una muestra de 37 neonatos. Se estimó como universo a todos los recién nacidos ingresados en el servicio. Los métodos utilizados fueron la observación documental y dirigida basada en una recopilación de datos que se registraron en las historias clínicas. Se recogieron para el estudio los siguientes datos: edad gestacional, permanencia del catéter, estadía del recién nacido en el servicio, motivo de indicación, lugar de inserción, complicaciones asociadas al catéter y motivo de retirada. Se observó que las indicaciones del catéter percutáneo más frecuentes fueron a los recién nacidos que presentaron sepsis adquirida, bronconeumonía congénita y con asfixia perinatal severa. El sitio que más se puncionó para la cateterización fue el miembro superior derecho. De todos los recién nacidos estudiados el 83,7 % no presentó complicaciones, la más detectada fue la flebitis sólo en 3 casos para el 8,1%. El principal motivo de retirada del catéter fue el modo electivo en el 59,5 %. El promedio de durabilidad del catéter fue de 12 días y la estadía promedio de los neonatos en el servicio fue de 18 días. Con este estudio se pretende contribuir a la mayor difusión de este proceder y mostrar, a los demás servicios de neonatología del país, las experiencias alcanzadas en cuanto a los beneficios del catéter percutáneo en los recién nacidos.

Palabras clave: Catéter percutáneo, recién nacido, enfermería, cuidados intensivos

Abstract

In order to demonstrate the benefits of the use of percutaneous catheter in the intensive care neonatology service of Gynecology and Obstetric Hospital "Enrique C. Sotomayor" a descriptive cross-sectional study and retrospective , which was aimed to express was performed the most important features of the method and technique of percutaneous catheter in a sample of 37 infants. It was considered as a universe all newborns admitted to the service. The methods used were observation and directed the documentary based on a collection of data recorded in medical records. Gestational age, catheter placement, newborn stay in the service, indicating reason, insertion site, catheter-related complications and reason for removal : The following data were collected for the study. It was observed that the most frequent indications were percutaneous catheter newborns acquired sepsis , bronchopneumonia and severe congenital perinatal asphyxia. The most punctured site for catheterization was the right upper limb. of all the infants studied 83.7 % had no complications , the phlebitis was detected only in 3 cases to 8.1%. The main reason for catheter removal was the elective mode in 59.5 %. The average durability of the catheter was 12 days and the average stay of the infants in the service was 18 days. This study aims to contribute to the wider dissemination of this approach and show, other neonatal services in the country, the experiences gained in terms of the benefits of percutaneous catheter in newborns

Keywords: Percutaneous Catheter, newborn, nursing, intensive care

INTRODUCCIÓN

Las vías percutáneas comenzaron hace seis años por el mes de abril del 2006; en la Maternidad Enrique C. Sotomayor, cuando llegaron doctores y especialistas pediátricos de los Estados Unidos, a la maternidad y hacían estos procedimientos a todos los recién nacidos, neonatos con bajo peso, problemas de enfermedades usaron una área de cirugía para poder enseñar a las licenciadas profesionales y ciertas auxiliares que son capacitadas realizan este procedimiento con mayor eficacia y calidad.

No solo maternidad realiza vía percutánea, también hay otros hospitales que realizan este procedimiento que son: Hospital de Niños Bustamante Icaza, Hospital Roberto Gilbert Elizalde, Hospital León Becerra.

En otros países como son los estados unidos un 100% lo certifica que es excelente procedimiento, también en México un 58%, argentina 60%, Colombia con un 44%, no habido ningún problema en cuanto a esta vía percutánea en neonatos.

Los cuidados durante la aplicación de una vía percutánea es fundamentalmente garantizar una atención adecuada en los neonatos prematuros, detallaremos las complicaciones siguientes:

- Neonatos con bajo peso al nacer de 1,500 gramos, prematuros, cesárea, ruptura prematura de membranas, anoxia perinatal, anomalías congénitas, etc. Hacen que se prolongue el tiempo de estadía en UCIN.
- Complicaciones quirúrgicas como son pared abdominal, gastroquisis, ictericia neonatal, hidrocefalia.

Los profesionales de la Maternidad Enrique C. Sotomayor son expertas en la aplicación de estas vías percutáneas, muchas veces lo hacen con cabalidad, estos procedimientos que son necesarios para los neonatos, para evitar que las vías periféricas se dañen cada tres días, o estar canalizando para evitar esas molestias aunque ciertas licenciadas ya son expertas en vías percutáneas en neonatales.

Con el avance tecnológico y el constante desarrollo técnico-científico de los profesionales de enfermería en el área neonatal, hubo una modificación del perfil de los niños internados, demandando cuidados más complejos y procedimientos invasivos para la garantía de la supervivencia.

Los recién nacidos (RN) internados en unidad de cuidado intensivo son sometidos a los procedimientos dolorosos inevitables y necesarios para el correcto diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, teniendo la enfermera un papel activo y central en el manejo del dolor neonatal.

Con la experiencia profesional, se ha observado que la obtención de un acceso venoso seguro consistía en uno de los mayores desafíos para el equipo asistencial implementar la terapéutica medicamentosa, de forma a asegurar la eficacia del tratamiento y la calidad de la asistencia, además de proporcionar al RN menor exposición al dolor, al estrés y a las complicaciones mecánicas e infecciosas.

CAPITULO I

ENUNCIADO DEL PROBLEMA:

¿Cómo se lleva a cabo el método de enfermería al momento de colocar un catéter percutáneo en un neonato asilado en una Unidad de Cuidados Intensivos?

El enfermero debe seleccionar adecuadamente el acceso venoso que se va a utilizar y adoptar medidas que favorezcan la manutención de ese acceso sin riesgos o perjuicio al niño, garantizando así la implementación segura de la terapéutica intravenosa y contribuyendo a la minimización del estrés.⁴

Sin embargo, para implementar la terapéutica intravenosa de forma segura y eficiente en el neonato internado en la UCI, el enfermero, juntamente con el equipo, debe considerar los siguientes aspectos:

La terapéutica que va a ser administrada deberá ser evaluada en cuanto a su duración, las características de la droga (si vesicante o hiperosmolar) y el volumen y velocidad de infusión. Las condiciones de la red venosa como integridad, fragilidad capilar y localización de las venas son la clave para determinar el tipo de acceso y de los dispositivos utilizados, así como la estabilidad clínica, la integridad cutánea y el valor del hematocrito de los bebés. Las características y cantidad del material existente en el servicio así como la cualificación y el cuantitativo de personas muchas veces influyen en las conductas adoptadas.^{4:1}

Así, los enfermeros que realizaren el procedimiento de implantación del catéter percutáneo, necesitan ser capacitados y entrenados, para disponer de conocimientos en relación a las indicaciones del uso de catéteres intravasculares, procedimientos adecuados para la inserción y manutención de esos dispositivos y medidas apropiadas de control de complicaciones mecánicas e infecciosas relacionadas con los catéteres.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

El interés en realizar un estudio con la temática acerca del uso del catéter percutáneo (CP) en la Unidad de Cuidado Intensivo (UCI) neonatal surgió durante la práctica cotidiana del cuidar en enfermería al recién nacido en estado crítico.

Con el avance tecnológico y el constante desarrollo técnico-científico de los profesionales de enfermería en el área neonatal, hubo una modificación del perfil de los niños internados, demandando cuidados más complejos y procedimientos invasivos para la garantía de la supervivencia.

Los recién nacidos (RN) internados en unidad de cuidado intensivo son sometidos a los procedimientos dolorosos inevitables y necesarios para el correcto diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, teniendo la enfermera un papel activo y central en el manejo del dolor neonatal

Con la experiencia profesional, se ha observado que la obtención de un acceso venoso seguro consistía en uno de los mayores desafíos para el equipo asistencial implementar la terapéutica medicamentosa, de forma a asegurar la eficacia del tratamiento y la calidad de la asistencia, además de proporcionar al RN menor exposición al dolor, al estrés y a las complicaciones mecánicas e infecciosas.

Es importante resaltar que la terapia intravenosa consiste en un importante recurso terapéutico utilizado en niños con diagnóstico crítico, representando una condición primordial en el tratamiento, y precisa ser administrado durante muchos días, necesitando de un acceso venoso prolongado.

Además de eso, el niño en estado crítico, al ser admitido en la UCI neonatal, tiene sus órganos y sistemas evaluados sistemáticamente, incluyendo la necesidad de la obtención de un acceso venoso seguro y prolongado, que permita infundir líquidos con flujos mayores y constantes, como es el caso de la nutrición parenteral total (NPT) que presenta alto índice de osmolaridad; aminos; hidratación venosa (HV) con alta tasa de infusión de glucosa (TIG) y muchas otras drogas que presentan en su composición propiedades irritantes y vesicantes para la capa íntima de la vena.

JUSTIFICACION

Con este estudio se pretende contribuir a la mayor difusión de este proceder y mostrar, a los demás servicios de neonatología del país, las experiencias alcanzadas en cuanto a los beneficios del catéter percutáneo en los recién nacidos.

La utilización de catéteres periféricos de inserción central (CPIC) es uno de los procedimientos invasivos más utilizados en la UCI neonatales.

La elección del catéter percutáneo proporciona numerosos beneficios para los recién nacidos

La mayor sobrevivencia de recién nacidos de muy bajo peso y /o críticamente enfermos y la necesidad de estos niños de un acceso vascular central para aportar líquidos, drogas vasoactivas y /o nutrición parenteral total (NPT) a llevado a que la utilización de CP sea uno de los procedimientos invasivos más utilizados en las UCIN. Si bien la utilización de CPIC han contribuido a mejorar el cuidado y la sobrevivencia de los RN enfermos su uso no está exento del riesgo de eventos adversos.

Al momento de una colocación de una vía percutánea de calidad en prematuros es fundamentalmente para su cuidado son limitados en cuanto a tiempo y a tratamientos, por esta vía pasan ciertas drogas como son dopamina, dobutamina, morfina; lípidos, aminoácidos y ATB a veces en esta vía pueden durar 7 días puede haber enrojecimiento en la piel, edemas y hay demasiados estrés en neonatos para volver hacer pinchados.

Una vez que el neonato allá recibido su tratamiento de ATB, a veces puede abarcar 17 días con ATB, dependiente el estado que se encuentre o puede que se cambia ATB mas fuertes para su mejor recuperación, una vez que allá cumplido el esquema de ATB se coloca una vía periférica.

OBJETIVOS:

GENERAL

IDENTIFICAR LA APLICACIÓN DEL METODO DE ENFERMERÍA EN NEONATOS CON VÍAS PERCUTÁNEAS EN EL AREA DE UCIN DE LA MATERNIDAD ENRIQUE C. SOTOMAYOR

ESPECIFICOS

- Aplicar las etapas del método de enfermería a los neonatos con vías percutáneas.
- Fundamentar científicamente los beneficios y riesgos en la aplicación de las vías percutáneas en neonatos.
- Diagnosticar las falencias del manejo de enfermería en los procedimientos de vías percutáneas.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

CONCEPTO

METODO DE ENFERMERIA

El **Proceso de Enfermería** o **Proceso de Atención de Enfermería (PAE)** es un método sistemático de brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados, apoyándose en un modelo científico realizado por un profesional de enfermería. Es un método sistemático y organizado para administrar cuidados individualizados, de acuerdo con el enfoque básico de que cada persona o grupo de ellas responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud. Originalmente fue una forma adaptada de resolución de problemas, y está clasificado como una teoría deductiva en sí misma.

El uso del proceso de enfermería permite crear un plan de cuidados centrado en las respuestas humanas. El proceso de enfermería trata a la persona como un todo; el paciente es un individuo único, que necesita atenciones de enfermería enfocadas específicamente a él y no sólo a su enfermedad.

El proceso de enfermería es la aplicación del método científico en la práctica asistencial de la disciplina, de modo que se pueda ofrecer, desde una perspectiva enfermera, unos cuidados sistematizados, lógicos y racionales. El proceso de enfermería le da a la profesión la categoría de ciencia.

Propiedades del proceso

- Resuelto, porque va dirigido a un objetivo.
- Sistemático, por utilizar un enfoque organizado para lograr su propósito.
- Dinámico, porque implica un cambio continuo centrado en las respuestas humanas.
- Interactivo, por centrarse en las respuestas cambiantes del paciente, identificadas durante la relación enfermera(o)- paciente.

- *Flexible*, por ser adaptable a la práctica de enfermería en cualquier situación o área de especialización que se ocupe de individuos o comunidades.
- *Posee una base teórica* sustentada en una amplia variedad de conocimientos científicos y humanos aplicables a cualquier modelo teórico de enfermería.

Beneficios En el individuo

- Favorece la *flexibilidad* necesaria para brindar cuidados de enfermería individualizados.
- Estimula la *participación* de quien recibe los cuidados.
- Aumenta la *satisfacción* de los profesionales de enfermería ante la consecución del resultado.
- El sistema, al contar con una etapa de evaluación, permite su *retroalimentación* y mejora en función del tiempo.

Objetivos del proceso

El objetivo principal del proceso de enfermería es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizándolas, las necesidades del paciente, de la familia y de la comunidad. Otros objetivos son:

- Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad.
- Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.
- Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

Habilidades necesarias

El proceso de enfermería implica habilidades que un profesional de enfermería debe poseer cuando él o ella tengan que comenzar la fase inicial del proceso. Tener estas habilidades contribuye a la mejora de la atención del profesional de enfermería al cuidado de la salud del paciente, incluyendo el nivel de salud del mismo, o su estado de salud.

- *Habilidades cognitivas o intelectuales*, tales como el análisis del problema, resolución de problemas, pensamiento crítico y realizar juicios concernientes a las necesidades del cliente. Incluidas entre estas habilidades están las de identificar y diferenciar los problemas de salud actuales y potenciales a través de la observación y

la toma de decisiones, al sintetizar el conocimiento de enfermería previamente adquirido.

- *Habilidades interpersonales*, que incluyen la comunicación terapéutica, la escucha activa, el compartir conocimiento e información, el desarrollo de confianza o la creación de lazos de buena comunicación con el cliente, así como la obtención ética de información necesaria y relevante del cliente la cual será luego empleada en la formulación de problemas de salud y su análisis.
- *Habilidades técnicas*, que incluyen el conocimiento y las habilidades necesarias para manipular y maniobrar con propiedad y seguridad el equipo apropiado necesitado por el cliente al realizar procedimientos médicos o diagnósticos, tales como la valoración de los signos vitales, y la administración de medicamentos.

Fases del proceso de enfermería

Los siguientes son los pasos o fases del proceso de enfermería:

1) *Valoración* de las necesidades del paciente.

- Recogida de datos, valoración organización y registro de dichos datos.

2) *Diagnóstico* de las necesidades humanas que la enfermería puede asistir.

- Puede ser de autonomía (diagnóstico de autonomía) o de independencia (diagnóstico de independencia). No se incluyen en este apartado los problemas de colaboración, ya que éstos se derivan de un análisis de datos desde la perspectiva de un modelo médico.

3) *Planificación* del cuidado del paciente.

- Fijación de objetivos y prioridades

4) *Ejecución* del cuidado.

- Intervención y actividades.

5) *Evaluación* del éxito del cuidado implementado y retroalimentación para procesos futuros.

Fase de valoración

La valoración consiste en recolectar y organizar los datos que conciernen a la persona, familia y entorno con el fin de identificar las respuestas humanas y fisiopatológicas. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores.

El profesional debe llevar a cabo una valoración de enfermería completa y holística de cada una de las necesidades del paciente, sin tener en cuenta la razón del encuentro. Usualmente, se emplea un marco de valoración basado en una teoría de Enfermería o en la escala de Glasgow. En dicha valoración se contemplan problemas que pueden ser tanto reales como potenciales (de riesgo).

Modelos para la recolección de datos

Los siguientes modelos de Enfermería son utilizados para reunir la información necesaria y relevante del paciente para brindar efectivamente calidad en el cuidado de enfermería.

- Patrones funcionales de salud de Gordon
- Modelo de adaptación de ROY
- Modelos de sistemas corporales
- Jerarquía de necesidades de Maslow

Tipos de datos significativos

Los datos significativos pueden ser objetivos o subjetivos, históricos o actuales.

Fuentes de datos

- Fuentes primarias: observación, exploración física, interrogatorio (directo o indirecto), estudios de laboratorio y gabinete.
- Fuentes secundarias: expediente clínico, referencias bibliográficas (artículos, revistas, guías de práctica clínica, etc.)

Entrevista

La entrevista es una conversación planificada con el paciente para conocer su historia sanitaria. Por otra parte, es un proceso diseñado para permitir que tanto la enfermera como el

paciente den y reciban información; además exige capacidades de comunicación e interacción; va enfocada a la identificación de las respuestas.

Objetivos de la entrevista

- Permite adquirir la información específica necesaria para el diagnostico.
- Facilita la relación enfermera/paciente creando una oportunidad para el diálogo.
- Permite el paciente recibir información y participar en la identificación de problemas y establecer los objetivos.
- Ayuda a determinar áreas de investigación concretas durante los otros componentes del proceso de valoración.

Fases de la entrevista

A) Introducción (orientación): fase en que la enfermera desarrolla una relación terapéutica; su actitud profesional es el factor más significativo; su enfoque debe transmitir respeto por el paciente.

B) Cuerpo (trabajo): fase diseñada para reunir información relacionada con el estado de salud del paciente; esto deberá conducirse de forma metódica y lenta; aquí se investiga la enfermería actual y la historia sanitaria de forma sistemática; consta de 7 componentes básicos:

- Información bibliográfica.
- Razones para solicitar.
- Enfermedad actual.
- Historia sanitaria pasada.
- Historia familiar.
- Historia medioambiental.
- Historia psico-social y cultural.

C) Cierre (finalización): dar al paciente un indicio de que la entrevista está finalizando; este enfoque ofrece al paciente la oportunidad de formular algunas preguntas.

Tipos de valoraciones

- Global: se utiliza una cédula de valoración. Por ejemplo: los 11 patrones funcionales de salud (Marjory Gordon), los 9 patrones de respuesta humana (Callista Roy), etc.
- Focalizada: centrada en puntos o cuestiones concretas (dolor, sueño, estado respiratorio).

Los diagnósticos de enfermería son parte de un movimiento en enfermería para estandarizar la terminología que incluye descripciones estándar de diagnósticos, intervenciones y resultados. Aquellos que apoyan la terminología estandarizada creen que será de ayuda a la enfermería en tener más rango científico y basado en evidencias. El propósito de esta fase es identificar los problemas de enfermería del paciente. Los diagnósticos de enfermería están siempre referidos a respuestas humanas que originan déficits de autocuidado en la persona y que son responsabilidad de la enfermera, aunque es necesario tener en cuenta que el que la enfermera sea el profesional de referencia en un diagnóstico de enfermería, no quiere decir que no puedan intervenir otros profesionales de la salud en el proceso. Existen 5 tipos de diagnósticos de enfermería: Reales, de riesgo, posibles, de bienestar y de síndrome.

Fase de planificación

La planificación consiste en la elaboración de estrategias diseñadas para reforzar las respuestas del cliente sano o para evitar, reducir o corregir las respuestas del cliente enfermo, identificadas en el diagnóstico de enfermería. Esta fase comienza después de la formulación del diagnóstico y concluye con la documentación real del plan de cuidados. Consta de cuatro etapas:¹

1. Establecimiento de prioridades, con base en la jerarquía de Kalish o la de Maslow.
2. Elaboración de objetivos.
3. Desarrollo de intervenciones de enfermería.
4. Documentación del plan.

El Plan de Cuidados de Enfermería

Es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente/cliente, los resultados que se esperan, las estrategias, indicaciones, intervenciones y la evaluación de todo ello. Existen diferentes tipos de planes de cuidados, entre ellos destacan los siguientes:

Individualizado: Permite documentar los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería para un paciente concreto. Se tarda más tiempo en elaborar.

Estandarizado: Según Mayers, “es un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad”.

Estandarizado con modificaciones: Permite la individualización al dejar abiertas opciones en los problemas del paciente, los objetivos del plan de cuidados y las acciones de enfermería.

Computarizado: Requieren la captura previa en un sistema informático de los diferentes tipos de planes de cuidados estandarizados, son útiles si permiten la individualización a un paciente concreto.

Planes de cuidados estandarizados

Para que las estrategias de implementación sean efectivas deben impactar a diferentes niveles en el personal de enfermería: conocimiento científico, actitud, comportamiento y actuar profesional. La tecnología afecta a la enfermería en 2 aspectos: modificando el tipo de cuidado brindado y sobre la persona a la que se le aplica; la tecnología ayuda pero también provoca cambios en su comportamiento pudiendo dejar de lado la visión integral de la persona; entre los cuidados humanos y la ciencia tecnológica se encuentra la enfermera adoptando el papel de nexo.

La necesidad de integrar un marco conceptual con los Lenguajes Estandarizados Enfermeros se hace inminente en el quehacer diario de la enfermera; así como el desarrollo de habilidades en el juicio diagnóstico y terapéutico para la planificación de cuidados con distintas formas y estrategias. Con las guías estandarizadas se ofrece una propuesta destinada al uso clínico, con un enfoque basado en el razonamiento a partir de los elementos del diagnóstico conjugándolo con la NIC-NOC, generados con las propuestas de enfermeras y sometidos a validación de contenido por consenso de expertos dentro de la Institución.

El cuidar es una actividad inherente al ser humano desde que ésta existe, es un factor relevante que con el paso del tiempo ha sido convertida en una actividad exclusiva de un

gremio, que al principio llamaron "oficio" pero que hoy en día llamamos "profesión de enfermería". Para Collière," cuidar es mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades". "Una de las funciones de la tecnología es optimizar el tiempo-respuesta profesional"; la tecnología ayuda a acelerar el proceso de toma de decisiones clínicas, ya sea a la hora de diagnosticar, cuidar, resolver problemas y cubrir las necesidades de salud de la persona. De esta manera las respuestas de los profesionales ante determinados problemas están configuradas y protocolizadas, ya sea como los medios o como herramientas a emplear. "Los planes de cuidados estandarizados por patologías, protocolos, guías clínicas y algoritmos son un ejemplo de ello".

Cuidados a la vanguardia

La calidad de los servicios de enfermería se define como: "la atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente que brinda el personal de enfermería de acuerdo a estándares definidos para una práctica profesional competente y responsable con el propósito de lograr la satisfacción de usuario y la del prestador del servicio." A lo largo de su historia la enfermera ha desarrollado habilidades para valorar las necesidades de salud de la persona, familia y comunidad, por lo que negociar, comunicar, trabajar, enseñar y resolver dudas son actividades básicas que deben dominar para asegurar unos cuidados de calidad, ¿por qué no elaborar instrumentos que faciliten estas funciones? Por supuesto que es válido hacerlo sobre todo teniendo en cuenta el incremento de la carga laboral al contar con una sobre-ocupación hospitalaria, esto debido al panorama actual en materia de salud.

Los Algoritmos en la Intervención de Enfermería

La institucionalización de los algoritmos de Intervención de Enfermería, permitirá orientar la práctica del personal de enfermería durante su desempeño laboral para mejorar la calidad del cuidado y los servicios de salud prestados. La elaboración del algoritmo de intervención es un aporte encaminado a la formación de una cultura de calidad, sustentado en la gestión de los cuidados enfermeros; en este sentido, para su construcción es fundamental analizar el rol de la enfermera, la naturaleza de los cuidados y su significado. "Los diagramas de flujo son usados para representar algoritmos pequeños, evita muchas ambigüedades del lenguaje natural." La elaboración de procesos hipotético-deductivos sobre los fenómenos que la enfermera se encuentra en su práctica diaria, más allá de la mera asignación intuitiva de etiquetas diagnósticas, es uno de los ejes cruciales para la toma de decisiones a la hora de

establecer un plan de cuidados que ofrezca suficiente capacidad de resolución. “La construcción cultural, el paradigma científico por el que la enfermera ha sido educada y el significado que adquiere la tecnología en su trabajo diario es lo que determina su utilización como un medio o como un fin, traduciéndose en cuidar a la persona como un sujeto con un papel activo o como un objeto pasivo al que se le aplican procedimientos.” “En estas condiciones, nunca se podrá sustituir el contacto de la enfermera y debe prevalecer el juicio y la valoración (PE) sobre la tecnología aplicada.”

Por encima de la habilidad para la construcción de algoritmos, está la habilidad para su uso clínico. El instrumento está pensado para asistir en el juicio diagnóstico y terapéutico a las enfermeras, pero ofrece unas enormes posibilidades de investigación no sólo para el perfeccionamiento del mismo sino para un conocimiento más extenso de los fenómenos de Enfermería. En la actualidad existe referencia electrónica y bibliográfica extensa de las guías clínicas y algoritmos encaminados a orientar el diagnóstico oportuno y tratamiento médico de las enfermedades más comunes, no así de la gestión de cuidado de enfermería, lo cual constituye un retroceso en su práctica profesional al no contar con un instrumento en el cual plasmar la evidencia de la calidad de sus decisiones. Surge así la necesidad de elaborar orientaciones gráficas que permitan organizar el proceso de atención de enfermería y aplicarlo a las personas que presentan necesidades de salud reales o potenciales.

Tomando en cuenta esto último afirmamos que la enfermera ha sido uno de los profesionales que más ha abogado por la calidad en los cuidados; por tanto, la visión futura de protocolizar sus cuidados por medio de planes, algoritmos y diagramas de flujo no es lejano dada la demanda de una sociedad cada vez más crítica y exigente con referencia a la calidad de atención en los servicios de salud.

La aparición de la Clasificación de Resultados de Enfermería ha abierto nuevas fronteras inimaginables hace escasos años, y probablemente, impredecibles cuando se gestó. Un uso ampliado de sus componentes, desde el marco conceptual de Henderson, en combinación con la NANDA, aporta elementos racionales y reproducibles a la hora de la toma de decisiones.

Por tanto estos instrumentos sugeridos deben tener un formato atractivo visualmente y fácilmente comprensible que permita apreciar la progresión de la persona hasta alcanzar el objetivo planteado. Hace más de una década que funcionan como método para controlar las

costes y la calidad; originalmente estaban diseñados por los departamentos de enfermería y recogían los pasos críticos en los cuidados de los pacientes, los primeros estaban focalizados solo en los cuidados de las enfermeras. “Posteriormente se han efectuado adaptaciones en un formato más multidisciplinario denominados con diferentes formas como trayectorias clínicas, mapas de cuidados, algoritmos de cuidados, árboles de decisiones, etc.” Sin embargo el gestionar el cuidado en forma oportuna, segura y satisfactoria lleva implícito el imperativo ético de responder frente a la sociedad con la mejor evidencia disponible para tomar las mejores decisiones sobre el cuidado de las personas, a este proceso le llamamos enfermería basada en evidencias. “Se debe impulsar una EBE que privilegie lo plural, lo diverso, la singularidad del ser, pero también la riqueza cohesionadora de lo colectivo, donde se expresa la identidad y la autonomía del sujeto social”

Fase de ejecución

En esta fase se ejecuta el plan de enfermería descrito anteriormente, realizando las intervenciones definidas en el proceso de diagnóstico. Los métodos de implementación deben ser registrados en un formato explícito y tangible de una forma que el paciente pueda entender si deseara leerlo. La claridad es esencial ya que ayudará a la comunicación entre aquellos que se les asigna llevar a cabo los Cuidados de Enfermería.

Fase de evaluación

El propósito de esta etapa es evaluar el progreso hacia las metas identificadas en los estadios previos. Si el progreso hacia la meta es lento, o si ha ocurrido regresión, el profesional de enfermería deberá cambiar el plan de cuidados de acuerdo a ello. En cambio, si la meta ha sido alcanzada, entonces el cuidado puede cesar. Se pueden identificar nuevos problemas en esta etapa, y así el proceso se reiniciará otra vez. Es parte de esta etapa el que se *deba* establecer metas mensurables —el fallo al establecer metas mensurables resultará en evaluaciones pobres.

El proceso entero es registrado o documentado en un formato acordado en el plan de cuidados de enfermería para así permitir a todos los miembros del equipo de enfermería llevar a cabo el cuidado acordado y realizar adiciones o cambios.

TEORÍAS Y MODELOS DE ENFERMERÍA

➤ FLORENCE NIGHTINGALE

Fundó la primera escuela de enfermería en el "Saint Thomas" en Londres (museo hoy día). Es fundadora de la enfermería moderna.

Ella trató de definir la actuación de la enfermera con el paciente.

Dijo que hay que prevenir el ambiente para evitar enfermedades. Estableció normas para enfermería.



Ella define:

- Hombre: Es un ser instrumento pasivo de los elementos de la naturaleza sometido a sus leyes.
- Salud: Usar adecuadamente la energía vital con factores preventivos (aire, luz, calor, limpieza, tranquilidad, alimentos).
- Enfermedad: Intento de la naturaleza para curar. Es un proceso reparador de la naturaleza.

La salud y la enfermedad son respuestas a las leyes de la naturaleza.

DOROTHEA OREM: MODELO DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

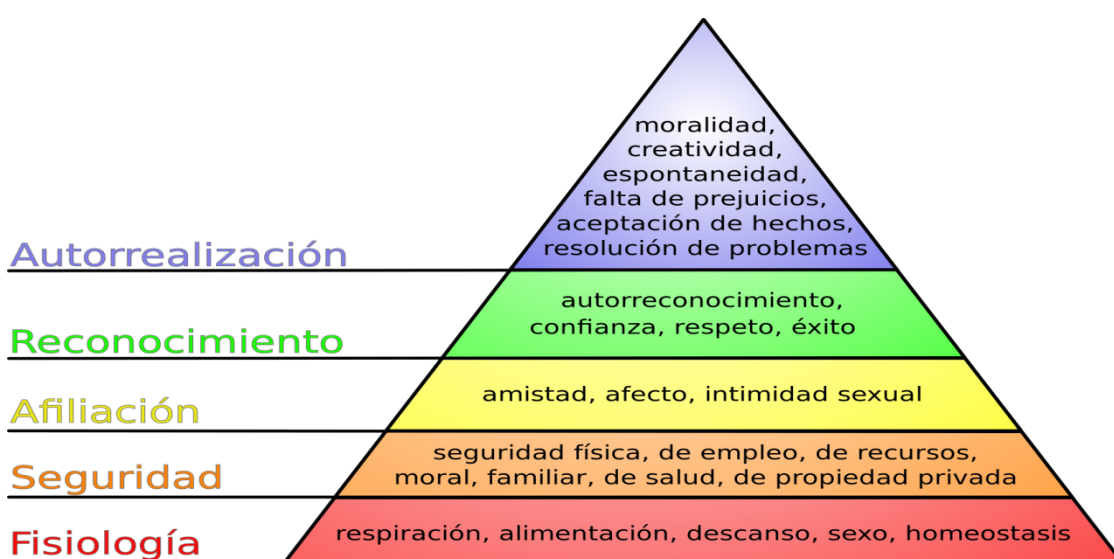
El modelo de déficit de autos cuidados tiene tres teorías:

- Auto cuidado: Actividades deliberadas propias de la persona adulta.
- Déficit de auto cuidado: Aquellas personas incapaces de auto cuidarse. (Función enfermera).
- Sistemas de enfermería: Planteamientos de las enfermeras para ejecutar cuidados que las llevan a asumir toda la responsabilidad.



TEORÍA DE LAS NECESIDADES DE MASLOW

- Humano: Es un compendio de necesidades que tiene que tener satisfechas para su autorrealización total.
- Necesidad: Es una tensión interna que genera un impulso, fuerza o un motivador orientado a la satisfacción de esa necesidad.
- La necesidad produce una carencia.
- Este es un impulso motivador que genera una demanda de acción.
- Una vez conseguido el objetivo de cubrir la necesidad se produce satisfacción.
- Maslow clasificó las necesidades en una pirámide.



CONCEPTO DE VIAS PERCUTANEAS

Es un procedimiento quirúrgico especializado que consiste en la inserción de un dispositivo (PICC), a través de una vena periférica y cuya parte distal debe quedar ubicada en una vía central.

El catéter percutáneo es un catéter venoso central radio opaco, que permite efectuar al recién nacido la administración de fluidos IV por periodos prolongados a través de una punción venosa periférica.

Disponer de un acceso venoso de calidad en prematuros es fundamental para su cuidado. Dado que los catéteres venosos periféricos son limitados en cuanto a tiempo y a tratamientos, lo ideal es contar con una vía central. Hace años, la canalización venosa central

más utilizada era la umbilical, pero ésta ha ido siendo sustituida por la canalización percutánea a través de una vena periférica, desplazando el catéter hasta una posición central.

INDICACIONES

- RN < 1500 grs, o R.N.C.
- RN con patología quirúrgica.
- RN con ayuno prolongado.
- Administración de soluciones hiperosmolares, NPT
- RN con venas periféricas de mala calidad
- Drogas a perfusión continua: dobutamina, dopamina, etc
- Vías de Acceso

CONTRAINDICACIONES

- Flebitis o trombosis de la vena a canalizar.
- Quemaduras.
- Alteraciones articulares en la zona a canalizar, ya que imposibilitara la progresión del catéter.

VENAS PERICRANEALES

- Temporal Superficial
- Auricular Posterior

VENAS YUGULARES

- Externa
- Interna

VENAS DE LOS MIEMBROS SUPERIORES

- Arco Dorsal de la mano
- Cefálica
- Basílica
- Axilar

VENAS DE LOS MIEMBROS INFERIORES

- Arco dorsal del pie
- Safena Interna
- Tibial posterior

Materiales e Insumos

Catéter:

- Tubo de silicona o silastic
- Radiopaco, elástico, dúctil y con buena aceptación sistémica.
- Diámetro interior de 0.3 mm
- Diámetro externo de 0.6 mm
- Longitud 50 cm.
- Medida Internacional 1.9 Fr.

De Limpieza y Asepsia:

- Riñonera
- Solución jabonosa
- Clorhexidina solución al 2%.
- Agua bidestilada
- Guantes
- Paquetes de gasas

Para la Inserción:

- Jeringuillas Descartables 20 cc (2) y 1 cc (3)
- Suero Fisiológico (1 Lt.)

- Bisturí o tijera
- Paquetes de gasa estéril
- Kit de percutáneo: 1.9 Fr o 3 Fr.

Introduccion pelable y guía

- Catéter
- Cinta métrica
- Pinza s/d
- Lazo Hemostático
- Extensión y llave
- Para la Fijación:
- Esparadrapo
- Apósito transparente (Tegaderm)
- Gasa estéril.

DURANTE EL PROCEDIMIENTO

INSERCIÓN

Operador:

- Lavado de manos
- Colocación de gorro y mascarilla
- Lavado de manos quirúrgico
- Colocación de vestimenta quirúrgica
- Colocación de guantes
- Colocación de campos
- Colocación y preparación del material en la mesa de trabajo
- Calienta la zona de inserción.
- Prepara el equipo para canalizar.
- Cargar las jeringas con Suero Fisiológico.
- Corta el catéter
- Purgar el catéter.
- Prepara y ordena el resto de insumos.

- Inmoviliza al RN.
- Visualiza la vena elegida
- Punciona la vena elegida
- Verifica retorno sanguíneo
- Introduce el catéter con la pinza
- En caso de resistencia rota la extremidad
- Continúa pasando el catéter
- Administra suero fisiológico y verifica retorno sanguíneo
- Alcanzada la distancia, se retira la guía
- Presionar la zona de inserción
- Después del Procedimiento

FIJACIÓN

- Fijar previamente del catéter.
- Confirmar localización del catéter
- Fijación final
- Rotulación
- Evaluar permanentemente signos de flogosis y/o de trombosis (dolor, aumento del diámetro del brazo, tumefacción, calor, etc.)
- Valorar cada turno las cintas de fijación realizada en el sitio de inserción cumpla con su función y evitar el desplazamiento del catéter
- Verificar en cada turno la permeabilidad del catéter.
- Observar el estado del catéter, conexiones y cubrir con gasa estéril, evitar la manipulación excesiva.
- Curación del sitio de inserción con técnica estéril de acuerdo a lo normado.
- Manejar el sistema de infusión con estricta técnica aséptica. El cambio de conexiones se realizará según lo establecido.
- Las soluciones no deberán permanecer conectadas más de 24 horas.
- Evitar bolos cuyo caudal sea 0.6 a 1.5.ml/ min
- Nunca retorcer, ni jalar el extremo distal del catéter.
- Nunca tocar con los dedos el orificio de salida.
- Evitar utilizar tijeras u otros objetos punzocortantes junto al vendaje y al sitio de inserción.
- En caso de salida involuntaria del catéter no volver a introducir y comunicarlo.

- No se tomaran muestras de sangre por esta vía.
- No infundir sangre ni hemoderivados (plasma, plaquetas, glóbulos rojos).
- No efectuar mezclas: De Inotropicos + Calcio; Bicarbonato + Calcio por que forma un precipitado que taponaría el catéter.
- No se deberán pinchar los contenedores de preparados y/o sueros para la entrada de aire.
- Registrar las observaciones, complicaciones y procedimientos realizados en el formato de seguimiento del catéter.

COMO REALIZAR LA CURACIÓN DEL CATÉTER

- Lavado quirúrgico de manos.
- Preparar el equipo y materiales a utilizar.
- Colocar al recién nacido en posición idónea.
- Colocarse la mascarilla y gorro.
- Desprender los esparadrapos de la cubierta externa.
- Realizar nuevamente el lavado de manos.
- Colocarse el mandilón estéril y guantes.
- Levantar y retirar el apósito humedeciéndolo con agua estéril.
- Revisar la piel y detectar signos de infección.
- Valorar la longitud de catéter excedente.
- Limpiar la piel con solución al 2%, por 3 veces y aclarar con agua destilada.
- Cubrir con un apósito transparente nuevo, asegurándose que la piel esté seca.
- Rotular el catéter con la última fecha de curación.
- Llenar el formato correspondiente.

PARA RETIRAR EL CATÉTER

- Realizar lavado de manos.
- Preparar el equipo con los materiales a utilizar.
- Colocar al recién nacido en posición idónea.
- Colocarse la mascarilla y gorro.
- Retirar el apósito humedeciendo con agua destilada. Para retirar el catéter.
- Retirar el catéter por tracción suave aproximadamente 1cm por minuto.

- Comprimir la zona con gasa estéril durante aproximadamente 3 minutos, hasta que cese el sangrado.
- Realizar curación de la piel con povidine en solución 2% (una vez).
- Cubrir con gasa estéril la zona de punción y colocar esparadrapo hipoalergénico para ocluir.
- Se tomará para cultivo el segmento distal del catéter (3 cm.).
- Llenar el formato correspondiente.

Complicaciones

- Observar frecuentemente el recorrido anatómico del catéter en busca de edema y controlar la longitud excedente registrada.
- INFECCION SIGNOS PREVENCIÓN TRATAMIENTO Rubor en Inserción y Valorar punto de manipulación retirada del entrada con asepsia catéter Deterioro Hemocultivos del estado Administrar general ATB.
- OBSTRUCCIÓN SIGNOS PREVENCIÓN TRATAMIENTO Aumento Perfusión Valorar retirada de los con bombas del catéter límites de Evitar presión de acodamiento la bomba de catéter Alarma de No utilizar obstrucción para extracciones ni transfusiones.
- EMBOLISMO SIGNOS PREVENCIÓN TRATAMIENTO Inestabilidad Purgado Monitorizar hemodinámica meticoloso de FV (taquicardia, las Medidas de hipotensión) perfusiones soporte oxigenoterapia.

- **ARRITMIA SIGNOS PREVENCIÓN TRATAMIENTO** Alteraciones Medición Comprobar en el ritmo correcta ubicación del catéter mediante RX Fijación y recolocar segura para evitar desplazamiento.
- **ROTURA SIGNOS PREVENCIÓN TRATAMIENTO DEL CATETER** Humedad en Revisión de Retiro del los fijación catéter esparadrapos frecuente de fijación.
- **FLEBITIS SIGNOS PREVENCIÓN TRATAMIENTO** Enrojecimiento, Técnica de Retiro del Calor y inserción catéter endurecimiento estéril Cultivo de la Curación con punta asepsia.
- **RECORDAR** No extraer Sangre ni transfundir.

CUIDADOS Y MANTENIMIENTO

- Fijar correctamente el catéter para que no se acode.
- Lavar rápidamente con solución fisiológica cada vez que presente retorno sanguíneo.
- Lavar antes y después de la administración de cada medicamento (en caso estrictamente necesario), para evitar que precipiten y obstruyan el catéter.
- Evitar que los contenedores de las soluciones se vacíen y pase un tiempo sin infusión constante favoreciendo la formación del coágulo.
- Registrar fecha, sitio de canalización, cms. Introducidos.
- El catéter debe de tener siempre infusión continua.
- Evitar la aparición o introducción de burbujas de aire mediante el purgado correcto del sistema.
- Mantener asepsia durante la manipulación.
- Cambiar los sistemas de infusión y llaves
- Curación con medidas de asepsia.
- Utilizar bombas infusoras
- Lavar el catéter con SF a la administración de fármacos
- Evitar tracciones del catéter.

Evitar reflujo de sangre por el catéter

- Vigilar las posibles desconexiones accidentales.

CUIDADOS DURANTE EL RETIRO DEL CATÉTER

- Monitorear FV y Sat. 02.
- Retirar lenta y suavemente el catéter
- Realizar masaje sobre el trayecto de la vena(resistencia)
- Hacer presión, cubrir con gasa estéril
- Verificar la cantidad retirada con la introducida
- Valorar el motivo del retiro.
- Término del tratamiento.
- Disfunción mecánica.
- Flebitis o extravasación
- Registrar signos de alarma durante el retiro

MEDIDAS DE BIODSEGURIDAD

”Las medidas de Bioseguridad están destinados a reducir el riesgo de transmisión de microorganismos de fuentes reconocidas o no reconocidas de infección en servicios de salud a accidentes por exposición a sangre y fluidos corporales”.

El Ministerio de Salud interesado en este tópico desarrolló en el Manual Salud Básica para Todos, aspectos importantes sobre la Bioseguridad, lo define como “el conjunto de medidas preventivas que tienen como objetivo proteger la salud”.

Medidas que deben ser empleadas por los agentes de salud para evitar el contagio de enfermedades de riesgo profesional Considerándolo en un contexto más amplio se podría decir que “Bioseguridad deben entenderse como una doctrina de comportamiento encaminada a lograr actitudes y conductas que disminuyan el riesgo del trabajador de salud de adquirir infecciones en el medio laboral. Compromete también a todas aquellas otras personas que se encuentran en el ambiente asistencial, también éste que debe estar diseñado en el marco de una estrategia de disminución de riesgos”.

PRINCIPIOS DE BIOSEGURIDAD

El Manual de Bioseguridad de la Salud Pública, considera 3 principios:

- Universalidad.

- Uso de Barreras Protectoras.
- Medios de eliminación de material contaminado

MEDIDAS PREVENTIVAS O PRECAUCIONES UNIVERSALES

Constituye un conjunto de medidas que deben ser aplicados sistemáticamente por el personal de salud, hacia todos los pacientes sin distinción, con o sin diagnóstico de infección y/o durante el contacto con sangre, fluidos corporales, secreciones y excreciones tengan o no sangre visible, con la finalidad de prevenir y disminuir el riesgo del personal de adquirir infecciones clínicas o inaparentes transmitidos por sangre y fluidos corporales; por lo tanto la implementación de estas precauciones es la estrategia primaria para el control de infecciones nosocomiales.

ETAPAS DE LA SEGURIDAD

Prevención: son las acciones destinadas a detectar anticipada y oportunamente, cualquier acto que pueda generar un daño o pérdida, con el fin de controlar, reducir y de ser posible eliminar la condición de peligro.

Disuasión: son las medidas adoptadas para desanimar o alejar de la mente del potencial delincuente, la intención de delinquir.

Reacción: consiste en la actuación rápida y eficiente que debe realizarse cuando llega a materializarse una amenaza o peligro, minimizar, mitigar y de ser posible neutralizar los daños generados por la ruptura del equilibrio, para restaurarlo a la brevedad.

Principios de la Bioseguridad

Los principios de la Bioseguridad pueden resumirse en:

1- Universalidad: Las medidas deben involucrar a todos los pacientes, trabajadores y profesionales de todos los servicios, independientemente de conocer o no su serología. Todo el personal debe seguir las precauciones estándares rutinariamente para prevenir la exposición de la piel y de las membranas mucosas, en todas las situaciones que puedan dar origen a accidentes, estando o no previsto el contacto con sangre o cualquier otro fluido corporal del paciente. Estas precauciones, deben ser aplicadas para todas las personas, independientemente de presentar o no patologías

2- Uso de barreras: Comprende el concepto de evitar la exposición directa a sangre y otros fluidos orgánicos potencialmente contaminantes, mediante la utilización de materiales adecuados que se interpongan al contacto de los mismos. La utilización de barreras (ej. guantes) no evitan los accidentes de exposición a estos fluidos, pero disminuyen las probabilidades de una infección

3- Medios de eliminación de material contaminado: Comprende el conjunto de dispositivos y procedimientos adecuados a través de los cuales los materiales utilizados en la atención de pacientes, son depositados y eliminados sin riesgo.

IMPORTANCIA DE LA BIOSEGURIDAD EN CENTROS HOSPITALARIOS

Los asuntos de seguridad y salud pueden ser atendidos de la manera más convincente en el entorno de un programa completo de prevención que tome en cuenta todos los aspectos del ambiente de trabajo, que cuente con la participación de los trabajadores y con el compromiso de la gerencia.

La aplicación de los controles de ingeniería, la modificación de las prácticas peligrosas de trabajo, los cambios administrativos, la educación y concienciación sobre la seguridad, son aspectos muy importantes de un programa amplio de prevención, que deben cumplirse con un diseño adecuado de la instalación, así como con equipos de seguridad necesarios.

La Agencia de Seguridad y Salud Ocupacional de los Estados Unidos (OSHA), reconoce la necesidad de un reglamento que prescriba las medidas de seguridad para proteger a los trabajadores de los peligros contra la salud relacionados con los patógenos transmitidos por la sangre.

VIAS DE TRANSMISIÓN DE ENFERMEDADES

Cada agente, de acuerdo con sus características, utiliza una o varias de las siguientes vías de entrada al organismo para su transmisión:

- Parenteral: a través de discontinuidades en la barrera que constituye la piel.
- Aérea: por inhalación a través de la boca o la nariz de aquellos agentes que se pueden presentar en suspensión en el aire formando aerosoles contaminados.
- Dérmica: por contacto de la piel o mucosas con los agentes implicados.
- Digestiva: por ingestión, asociada a malos hábitos higiénicos fundamentalmente.

El Centro para el Control de las Enfermedades de Atlanta en los Estados Unidos de América (CDC), en la cuarta edición de su Manual de Bioseguridad, plantea que cada centro está obligado a desarrollar o adoptar un manual de operaciones o de bioseguridad que identifique los riesgos que se encontrarán o que puedan producirse, y especifique los procedimientos destinados a minimizar o eliminar las exposiciones a estos riesgos. En Cuba, centros de salud del polo científico han trabajado fuertemente En el frente de la seguridad biológica; sin embargo, otras instituciones hospitalarias aún carecen de documentos regulatorios suficientes y de medios necesarios para ofrecer un trabajo sistemático en este sentido.

En relación con el estudio estas barreras deben ser: guantes, mascarilla, lentes protectores, bata, gorro, entre otros.

Uso de Guantes

Es una prenda que se utiliza para cubrir las manos, están fabricados de distintos materiales como látex, el vinilo y materiales hipoalergénicos. Se deben utilizar para todo procedimiento que implique contacto con sangre y otros fluidos corporales, considerados de precaución universal, piel no intacta, membranas mucosas o superficies contaminadas con sangre.

Los guantes nunca son sustitutos del lavado de manos, dado que el látex no esta fabricado para ser lavado y reutilizado.

Protección Ocular

Los lentes protectores deben utilizarse cuando se manejen fluidos, secreciones corporales o sustancias biológicas que puedan salpicar y causar riesgos a la salud.

.

Uso de Gorro

Entre las recomendaciones para el manejo de desechos y la atención de los pacientes, está uso del gorro para evitar que el cabello esté suelto, ya que el mismo es un gran contaminante. El cabello facilita la retención de partículas contaminadas y cuando se agitan provocan su dispersión, por lo que se consideran al mismo tiempo, como fuentes de infección y vehículos de transmisión de microorganismos”. Por tal razón, se recomienda usar el gorro, ya que esto constituye una medida de protección.

Uso de Batas

El personal de salud debe utilizar las precauciones universales en cualquier momento en que exista un contacto potencial con sangre, todos los líquidos corporales, secreciones y excreciones del usuario y al manipular los desechos biológicos para minimizar o evitar los accidentes laborales.

La bata constituye el atuendo protector más utilizado, con la intención de proteger la ropa y la piel de las salpicaduras de sustancias húmedas corporales que puedan empapar la ropa y ponerse en contacto con la piel del personal”

Uso de Mascarillas

La función principal de las mascarillas es la de cubrir la nariz y la boca para evitar la filtración de microorganismos que sean expulsados por el usuario.

Debe estar cubriendo completamente nariz y boca. Se deben manipular sólo las cintas para conservar limpia el área facial. Las cintas se anudan con fuerza para fijarla.

PRECAUCIONES EN LA VIA PERCUTANEA

- El manejo debe ser de forma estéril ya que aunque de acceso periférico es en realidad una vía central
- Las conexiones se protegen con un paño estéril y se deben evitar desconexiones del catéter en las manipulaciones, pues aumenta el riesgo de infección
- Vigilar que el recorrido del catéter no esté indurado lo que nos indicará flebitis, motivo de retirada de éste.
- Vigilar eritemas de la zona, que el catéter permanezca funcional.
- Vigilar la correcta fijación y que el catéter no esté acodado, siendo siempre visible la zona de inserción del catéter en la piel.
- Cambiar los sistemas de perfusión cada 24 horas heparinizando todas las perfusiones a infundir para mantener permeabilidad del catéter (1ui/ml).

- Curar el punto de inserción del catéter según protocolo de la unidad (cada 72 horas, cada 7 días...)
- No se recomienda su uso para transfusión de hemoderivados ni para extracción analítica.
- En caso de que cedan las circunstancias que indicaron su canalización, fiebre o sepsis del neonato, obstrucción o mal funcionamiento se retirará.

MARCO LEGAL

CONGRESO NACIONAL

EL PLENARIO DE LAS COMISIONES LEGISLATIVAS

LEY DE EJERCICIO PROFESIONAL DE LAS ENFERMERAS Y ENFERMEROS DEL ECUADOR

Considerando:

Que es deber del Estado garantizar la formación y defensa de los profesionales de la salud, entre los cuales se encuentran las enfermeras y enfermeros;

Que es indispensable actualizar el marco jurídico que rige el ejercicio profesional de las enfermeras y enfermeros del Ecuador permitiendo una aplicación correcta y adecuada de los servicios profesionales que les corresponden.

Que las enfermeras y enfermeros cumplen actividades fundamentales en el campo de la salud; y;

En ejercicio de sus facultades constitucionales y legales expide la siguiente:

LEY DE EJERCICIO PROFESIONAL DE LAS ENFERMERAS Y ENFERMEROS DEL ECUADOR

Capítulo Primero

PROTECCIÓN Y ÁMBITO DE LA LEY

Art. 1.- Esta Ley ampara y garantiza el ejercicio profesional de quienes hayan obtenido el título de Enfermera o Enfermero, conferido por las universidades del país legalmente constituidas y de quienes habiéndolo obtenido en el exterior lo revalidaren de conformidad con la Ley.

Art. 2.- Son organismos de la Federación Ecuatoriana de Enfermeras y Enfermeros:

La estructura orgánica funcional de estos organismos constará en los Estatutos de la Federación.

- a) La Asamblea General
- b) El Directorio Nacional
- c) Los Colegios Provinciales de Enfermeras y Enfermeros; y
- d) Los Tribunales de Honor

Art. 3.- No se considerará ejercicio profesional la prestación de servicios, sin fines de lucro, de enfermeras o enfermeros extranjeros, pertenecientes a equipos médicos que intervienen temporalmente bajo la protección de convenios o acuerdos.

Art. 4.- Todas las instituciones, organismos y empresas de Derecho Público o de Derecho Privado, que operen en el Ecuador y que tengan más de cien empleados y trabajadores, deberán contar obligatoriamente con los servicios profesionales de por lo menos una enfermera o enfermero en su departamento o dispensario médico. Esta disposición rige también para establecimientos provisionales.

Todas las instituciones que brindan servicios de salud tendrán obligatoriamente el número de enfermeras o enfermeros de conformidad con las necesidades institucionales y lo establecido por los estándares de atención que para el efecto expide la Organización Mundial de la Salud.

Todo subcentro o dispensario de salud contará por lo menos con una enfermera o enfermero profesional.

Art. 5.- Los profesionales enfermeras y enfermeros que se encuentran prestando sus servicios en los organismos de salud que dependen de la administración pública estarán protegidos por la Ley de Servicio Civil y Carrera Administrativa; los profesionales que presten sus servicios en instituciones de salud privada estarán protegidos por el Código del Trabajo.

Capítulo Segundo.

DE LA PROFESIÓN

Art. 6.- Para ejercer la profesión de enfermería, deberán poseer título profesional, pertenecer a su respectivo colegio profesional y cumplir con las disposiciones de los artículos 174, 175 y 178 del Código de Salud.

El ejercicio de la profesión de enfermería en el Ecuador, asegurará una atención de calidad científica, técnica y ética; que deberá ejecutarse con los criterios y normas de educación que establezca la Asociación Ecuatoriana de Facultades y Escuelas de Enfermería ASEDEFE y las escuelas de enfermería universitarias y las políticas, dirección, lineamientos y normas del Ministerio de Salud Pública y de la Federación de Enfermeras y Enfermeros.

Art. 7.- Son competencias y deberes de las enfermeras y enfermeros:

- a) Ejercer funciones asistenciales, administrativas, de investigación y docencia en las áreas de especialización y aquellas conexas a su campo profesional.
- b) Participar en la formulación e implementación de las políticas de salud y enfermería;
- c) Dirigir los departamentos y servicios de enfermería a nivel nacional, regional, provincial y local;
- d) Dirigir las facultades y escuelas de enfermería y ejercer la docencia en las mismas, conforme a la ley y el respectivo reglamento, a fin de formar los recursos humanos necesarios;
- e) Dar atención dentro de su competencia profesional a toda la población sin discrimen alguno;
- f) Realizar o participar en investigaciones que propendan al desarrollo profesional o que coadyuven en la solución de problemas prioritarios de salud y,
- g) Dar educación para la salud al paciente, la familia y la comunidad.

Capítulo Tercero

DE LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES

Art. 8.- En las instituciones de la salud pública o privada no se podrá contratar personal de enfermería que no posea los respectivos títulos profesionales para el desempeño de las funciones detalladas en el artículo 7 de esta Ley.

Art. 9.- En el sector público de la salud para llenar los cargos en los cuales se desempeñan funciones relacionadas con los profesionales en enfermería se los hará mediante concursos públicos de títulos y merecimientos.

En dichos concursos participará un delegado del respectivo Colegio Provincial o de la Federación si no existiere Colegio. La no participación de este delegado anulará el concurso.

Art. 10.- Todo lo relacionado con ascensos y promociones se regulará en la Ley de Escalafón y Sueldos de las Enfermeras y Enfermeros del Ecuador.

Art. 11.- La Federación Ecuatoriana de Enfermeras y Enfermeros o los colegios provinciales vigilarán y denunciarán el ejercicio ilegal de la profesión ante las autoridades competentes.

Art. 12.- El Ministerio de Salud Pública vigilará el cumplimiento de las obligaciones que esta Ley asigna a las personas naturales o jurídicas, públicas o privadas en calidad de empleadores.

Art. 13.- Son obligaciones de las enfermeras y enfermeros amparados por la presente Ley, las siguientes.

- a) Ejercer su profesión aplicando los principios éticos, morales y de respeto a los derechos humanos del paciente;
- b) Brindar cuidado directo de enfermería a los pacientes y usuarios, garantizando una atención personalizada de calidad.
- c) Dar estricto cumplimiento a las prescripciones y tratamientos indicados por el médico;
- d) Las enfermeras y enfermeros están obligados a prestar sus servicios de manera extraordinaria en casos de catástrofes, emergencias, guerras y otras situaciones de gravedad que afectan al país y,
- e) Las demás que les asigne esta Ley y su Reglamento.

Art. 14.- En todos los organismos del Estado y las entidades de Derecho Público o de Derecho Privado con finalidad social o pública, el sueldo de las enfermeras y enfermeros se regulará por la respectiva Ley de Escalafón y Sueldos.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

PRIMERA: la Ley de la Federación Ecuatoriana de Enfermeras y Enfermeros, publicada en el Registro Oficial No. 654 de 4 de enero de 1984.

SEGUNDA: En todos los organismos del Estado y las entidades de Derecho Público o de Derecho Privado con finalidad social o pública, el sueldo de las enfermeras o enfermeros se regulará por los respectivos presupuestos hasta que se reforme la Ley de Escalafón y Sueldos de las Enfermeras y Enfermeros del Ecuador.

TERCERA: La Federación Ecuatoriana de Enfermeras y Enfermeros tendrá su representante en la Comisión Salarial del Ministerio de Trabajo hasta que se reforme la Ley de Escalafón y Sueldos de las Enfermeras y Enfermeros del Ecuador.

CUARTA: La Federación Ecuatoriana de Enfermeras y Enfermeros en el plazo de 90 días contados a partir de la publicación de la presente Ley en el Registro Oficial, elaborará los estatutos y los someterá a la aprobación de las autoridades correspondientes.

QUINTA: El Presidente de la República dentro del plazo constitucional dictará el Reglamento de esta Ley.

DISPOSICIÓN FINAL.- La presente Ley entrará en vigencia a partir de su publicación en el Registro Oficial.

TERMINOLOGÍA

ANTIBIÓTICO:

Es una sustancia química producida por un ser vivo o derivado sintético, que mata o impide el crecimiento de ciertas clases de microorganismos sensibles, generalmente bacterias.

ANTISEPSIA:

Es el procedimiento por el que se destruyen los microorganismos patógenos de superficies animadas.

ANTISÉPTICO:

Sustancia química empleada para prevenir o inhibir el crecimiento de los microorganismos por lo general se usa en los tejidos vivos.

ASEPSIA:

Es la ausencia total de microorganismos patógenos y no patógenos.

ASEPSIA MÉDICA:

Eliminación o destrucción de los gérmenes patológicos o los materiales infectados.

ASEPSIA QUIRÚRGICA:

Protección contra la infección antes, durante o después de las intervenciones quirúrgicas mediante el empleo de una técnica estéril.

CATÉTER:

Es un dispositivo de forma tubular que puede ser introducido dentro de un tejido o vena. Los catéteres permiten la inyección de fármacos, el drenaje de líquidos o bien el acceso de otros instrumentos médicos.

COMPLICACIÓN:

Agravamiento de una enfermedad o de un procedimiento médico con una patología intercurrente, que aparece espontáneamente con una relación causal más o menos directa con el diagnóstico o el tratamiento aplicado.

CONTAMINACIÓN:

Pérdida de la pureza o calidad por contacto o mezcla así como por la introducción de microorganismos en una herida o depósito de material radiactivo en cualquier parte donde no sea adecuado en especial donde su presencia puede ser nociva.

DESINFECCIÓN:

Proceso por el cual se destruyen la mayoría de microorganismos patógenos que se encuentran en objetos inanimados.

DESCONTAMINACIÓN:

Proceso para lograr que una persona, objeto o entorno, esté libre de microorganismos, radioactividad u otros contaminantes.

EDEMA (O HIDROPESÍA):

Es la acumulación de líquido en el espacio tisular intercelular o intersticial, además de las cavidades del organismo.

ENFERMERIA:

La enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación.

ESTERILIZACIÓN:

Es la destrucción o eliminación total de microorganismos, incluyendo las esporas, de las superficies de objetos inanimados.

EQUIPO:

Comprende a cualquier grupo de dos o más personas con pensamientos diferentes que interactúan, discuten y piensan de forma coordinada y cooperativa, unidas con un objetivo común.

Serie de recursos con que cuenta una persona o un objeto.

FIJACIÓN:

Es la acción y efecto de fijar o fijarse; hincar, asegurar un cuerpo en otro, pegar, limitar, hacer estable algo.

FLEBITIS:

Es la inflamación de la pared de una vena.

HEMATOMA:

Es la acumulación de sangre, causado por una hemorragia interna (rotura de vasos capilares, sin que la sangre llegue a la superficie corporal) que aparece generalmente como respuesta corporal resultante de un golpe, una contusión o una magulladura

INSERCIÓN:

Inclusión o introducción de una cosa en otra.

Introducción de un elemento anatómico o de un órgano entre las partes de otro, o adhesión a su superficie.

LAVADO DE MANOS:

Consiste en higienizar esta parte del cuerpo. Se trata de una actividad cotidiana muy importante que ayuda a evitar enfermedades, ya que las manos entran en contacto con diversos tipos de superficies durante el día y pueden portar gérmenes, bacterias y otros patógenos.

LAVADO DE MANOS QUIRÚRGICO:

Es el procedimiento de reducir el mayor número de microorganismos patógenos de manos a tercio inferior de brazo, por medio de movimientos mecánicos y desinfección con productos químicos antes de practicar una intervención quirúrgica.

MATERIALES:

Conjunto de herramientas, materias u objetos necesarios en un trabajo

NEONATO O RECIÉN NACIDO:

Es un bebé que tiene 27 días o menos desde su nacimiento, bien sea por parto o por cesárea.

NEXO:

La palabra nexa (o su plural, nexos) es una palabra que significa unión o combinación entre dos partes que normalmente estarían separadas.

El término nexa es más que nada utilizado a nivel gramatical para hacer referencia a las palabras o conceptos que sirven para unir ideas y que coordinan así varias palabras en una oración.

OCLUSIÓN:

Se refiere al estado de algo comúnmente abierto y que se encuentra obliterado o cerrado

El término se refiere comúnmente a los vasos sanguíneos, (arterias o venas), que se cierran al flujo sanguíneo.

PATOGENIA O NOSOGENIA:

Es la secuencia de sucesos celulares y tisulares que tienen lugar desde el momento del contacto inicial con un agente etiológico hasta la expresión final de la enfermedad. Estudia el origen y desarrollo de las enfermedades.

PERCUTANEO:

Que se practica a través de la piel o por la piel, como los agentes terapéuticos que se introducen en el organismo por medio de masaje, fricción, etcétera.

PERFUSIÓN

Administración de un medicamento.

POVIDONA, POLIVIDONA YODADA O IODOPOLIVINILPIRROLIDONAR:

Se denomina a los productos formados por una solución de povidona y yodo molecular, generalmente en un 10 %. Este producto es empleado frecuentemente como desinfectante y antiséptico, principalmente para tratar cortes menores en la piel.

PUNCIÓN:

Operación que consiste en introducir un instrumento afilado y puntiagudo en algún órgano, hueco o conducto del cuerpo, para examinar o vaciar su contenido.

PRINCIPIOS DE ASEPSIA:

- ☐ Del centro a la periferia
- ☐ De arriba hacia abajo
- ☐ De la cabeza a la pierna
- ☐ De lo distal a lo proximal
- ☐ De lo limpio a lo sucio
- ☐ De adentro hacia fuera

PROCEDIMIENTO:

Es un conjunto de acciones u operaciones que tienen que realizarse de la misma forma, para obtener siempre el mismo resultado bajo las mismas circunstancias

PROTOCOLO:

Uno o un conjunto de procedimientos destinados a estandarizar un comportamiento humano u sistémico artificial frente a una situación específica.

ROTULAR:

Poner un rótulo en alguna cosa o en alguna pared.

SOLUCIÓN:

Se trata de la acción y efecto de resolver una dificultad o una duda.

Es la acción y efecto de disolver.

TROMBOSIS.-

Proceso de formación de un trombo o una oclusión de un vaso sanguíneo. La aparición de trombosis está relacionada con lesiones de la pared vascular, disminuciones del débito sanguíneo o alteraciones en la coagulación de la sangre. Las trombosis se tratan generalmente mediante fármacos anticoagulantes o mediante la trombólisis.

VENA:

Es un vaso sanguíneo que conduce la sangre desde los capilares al corazón

VIA:

Modo de administración de un medicamento

VIA CENTRAL.-

Vía intravenosa preparada para tener un acceso continuo a una vena central que permite la administración de líquidos y medicinas y la obtención de información diagnóstica. El mantenimiento de la vía central asegura el acceso al sistema venoso en caso de colapso de las venas.

VÍA PERCUTANEA:

Es un procedimiento quirúrgico especializado que consiste en la inserción de un dispositivo (PICC), a través de una vena periférica y cuya parte distal debe quedar ubicada en una vía central.

VIA PERIFERICA:

Es aquella en la que se utiliza una vena superficial canalizada por una aguja o un catéter y utilizada para la perfusión de líquidos no agresivos y de cantidad y duración limitadas.

RAYOS X:

Se designa a una radiación electromagnética, invisible, capaz de atravesar cuerpos opacos y de imprimir las películas fotográficas

TEGADERM:

Apósito transparente semipermeable adhesivo de poliuretano, con adhesivo hipoalergénico sensible a la presión.

CAPITULO III

METODOLOGÍA

Enfoque: El enfoque que se utilizara para la elaboración de este trabajo es de enfoque cuantitativo ya que se recogerá datos, utilizando como instrumento la encuesta, identificando los cuidados de enfermería en neonatos con vía percutánea de la sala UCIN de la Maternidad Enrique C Sotomayor

Tipo de estudio: El tipo de estudio que realizaremos para este proyecto es descriptivo-transversal. Descriptivo porque se buscara establecer el grado de asociación que hay entre las variables del problema y; transversal porque la obtención de la información se realizara durante un periodo de un año

Diseño de estudio:

- Unidad de análisis: se va a trabajar con las licenciadas de enfermería de la sala UCIN Enrique C. Sotomayor
- Población y muestra: mediante la fórmula para coger la muestra sabremos a cuantos profesionales de enfermería vamos a encuestar

$$n = \frac{N}{(0,1)^2 (N - 1) - 1}$$

- Técnicas para obtener los datos: La obtención de datos se dará a través de la entrevista.
- Instrumentos que se usaran: El instrumento que se utilizara es la encuesta.
Procedimientos: Se enviara la respectiva solicitud dirigida a la autoridad máxima de la institución para que proceda a darnos el permiso correspondiente para poder realizar la encuesta a los profesionales de enfermería. Se realizara un Estudio piloto a una mínima población: para examinar si el instrumento está correctamente elaborado.

Procesamiento de datos:

- Los datos obtenidos serán procesados por medio de Microsoft Word y Excel, además que su presentación será a través de cuadros y tablas, finalmente se elaborara la respectiva conclusión y recomendaciones

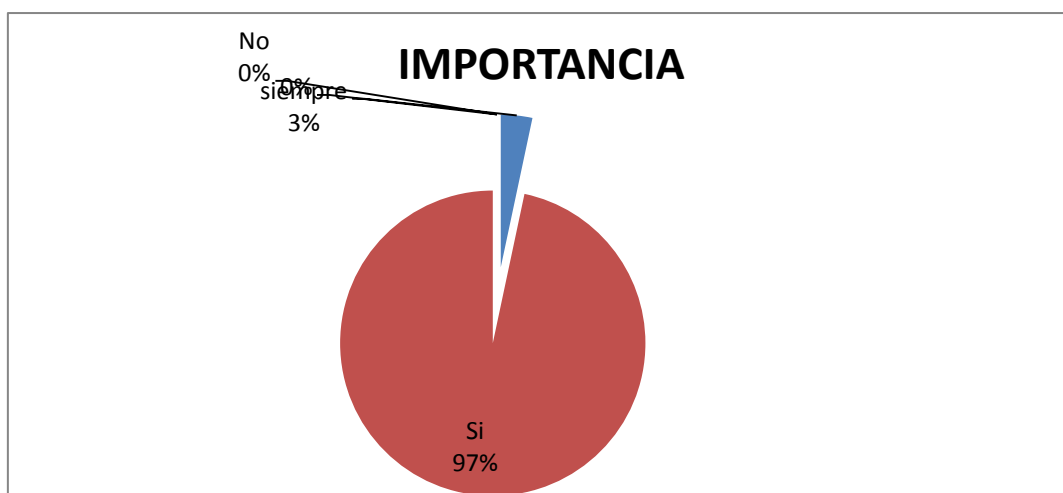
De acuerdo a los objetivos específicos planteados tenemos los siguientes resultados:

Objetivo: Aplicar las etapas del método de enfermería a los neonatos con vías percutáneas

Pregunta #1

1.- ¿Cree ud que es importante la aplicación del método de enfermería al colocar una vía percutánea?

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Si	29	97%
No	0	0%
Siempre	1	3%
Total	30	100%



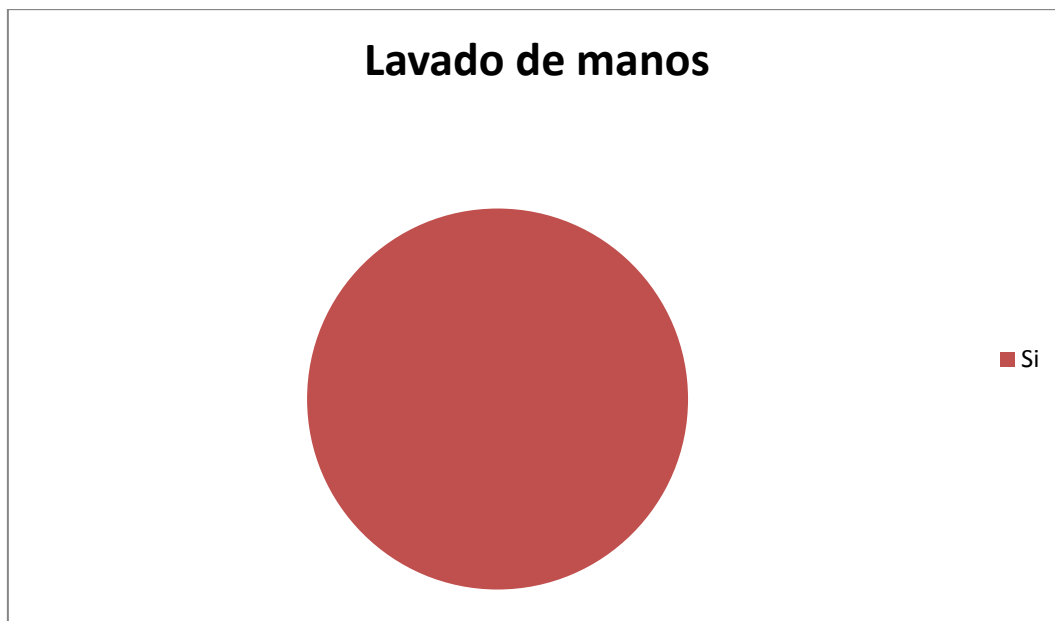
Análisis del grafico N.- 1: Casi el 87.5 % de profesionales encuestados indica la importancia Casi el 12.5% implica la intervención regular.

Objetivo: Fundamentar científicamente los beneficios y riesgos en la aplicación de las vías percutáneas en neonatos?

Pregunta #2

2.- ¿Realiza Ud. la técnica del lavado antes y después de realizar el procedimiento de colocación de un catéter percutáneo?

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
A veces	30	100%
Si	0	0%
No	0	0%
Total	30	100%

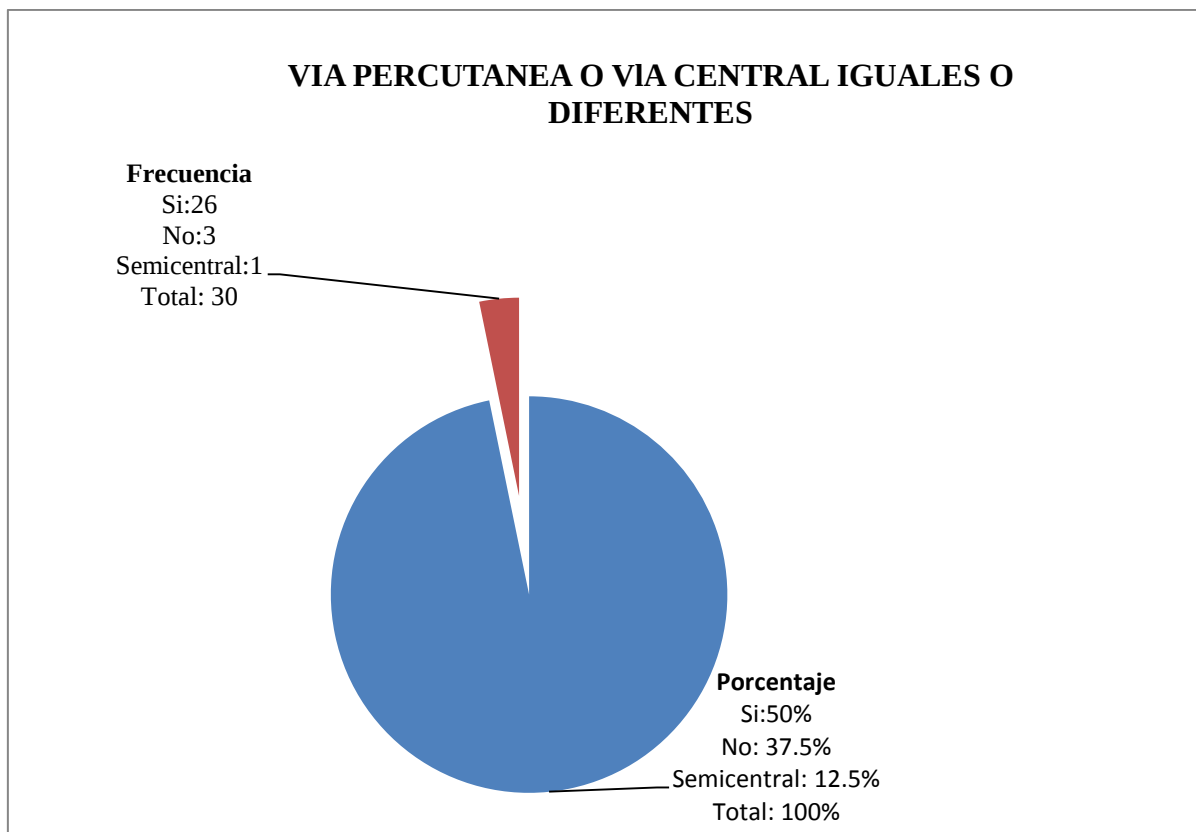


Análisis del gráfico N.- 2: El 100% de los profesionales en enfermería dijo que realizaba el lavado de manos antes de realizar el procedimiento.

Objetivo: Diagnosticar las falencias del manejo de enfermería en los procedimientos de vía percutáneas?

8.- ¿La vía percutánea es igual a una vía central?

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Si	26	50%
No	3	37.5%
Semicentral	1	12.5%
Total	30	100%

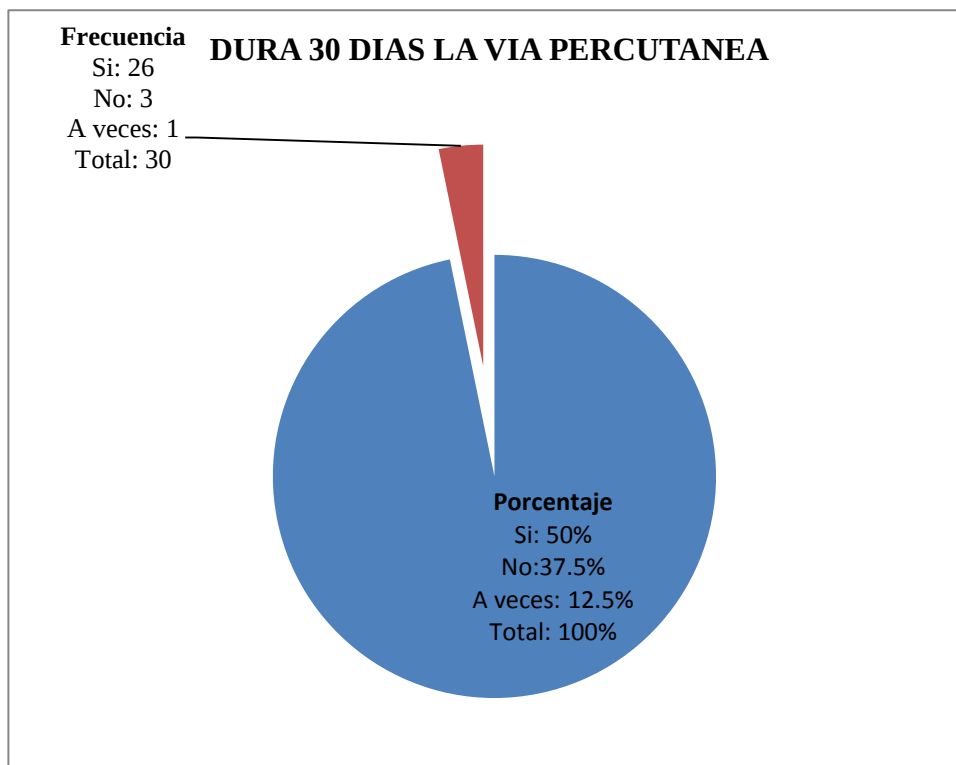


Análisis del grafico N.- 8: Para un 50% de los encuestados es igual para el procedimiento que hay que realizar. Otros indican que no un 37.5 % dan esta respuesta. Y para un 12.5 % esta es una vía Semicentral.

Pregunta #10

10.- ¿La vía percutánea dura 30 días?

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Si	26	50%
No	3	37.5%
A veces	1	12.5%
Total	30	100%



Análisis del grafico N.- 10: Para el 50% si lleva ese tiempo. Mientras que un 37.5% no es necesario que se lleve ese tiempo. Y un significativo 12.5% aclara que depende de la calidad del paciente, depende el tiempo que requiera su recuperación.

Variable a Investigar

INDEPENDIENTE
Método de Enfermería
El proceso del enfermero (a) es un método sistemático y organizado de administrar cuidados de enfermería individualizados, que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas únicas de la persona o grupos a las alteraciones de salud reales o potenciales”

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE

DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
Métodos de enfermería	Es necesario purgar todos los días la vía percutánea	• Si • No
	La vía percutánea dura 90 días	• Si • No
	Se pueden pasar hemoderivados por la vía percutánea	• Si • No
	Si se obstruye una vía percutánea se hace la colocación de vía periférica.	• Si • No
	Después de colocar algún tipo de medicamento es necesario limpiar la vía	• Si • No

INSTRUMENTO DE OBTENCIÓN DE DATOS

Se utilizara como instrumento para la obtención de datos la encuesta, la cual nos permitirá captar información valiosa para poder realizar nuestro proyecto planteado.

**CRONOGRAMA DE DESARROLLO DEL TRABAJO DE INVESTIGACION DE
TITULACION Y GRADUACION DEL PREGRADO 2013**

FECHA ACTIVIDADES							
	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	MAYO	Junio
Revisión y ajustes al proyecto de investigación por el tutor. (Diseño del proyecto de investigación)	x						
Trabajo de campo: Recopilación de información.		x					
Procesamiento de datos.		x	x				
Análisis de interpretación de datos.			x	x			
Elaboración de informe final.				x	X		
Entrega del informe final (Subdirección)						x	
Sustentación							x

TALENTO HUMANO

Responsable:

I/E Mariela Idrovo Pala.

I/E Ginger Peñafiel Salazar

Colaboradores: Personal de Enfermería.

Tutora: Lcda. Jèssica Salazar.

Recursos Materiales y Presupuesto

- Libre de apuntes.
- Papel bond.
- Computador.
- Cartucho de tinta.
- Oficios.
- Lapices, plumas, borrador.
- Pendrive.
- Libros y documentos de consulta.
- Internet Explorer.

PRESUPUESTO

RUBROS	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
Internet	150 horas	\$ 0,60	\$ 90,00
Hojas	500	\$ 0,05	\$ 25,00
Impresiones B/N	400	\$ 0,10	\$ 40,00
Impresiones Color	100	\$0.50	\$50,00
Anillado	5	\$ 1,50	\$ 7,50
Total	1155	\$ 2,75	\$ 212,50

CONCLUSIONES

Es una técnica sencilla de realizar y que aporta máximos beneficios al niño, permitiendo mantener la mayor parte de los accesos venosos intactos para su posterior utilización y disminuyendo así el estrés al que se encuentra sometido.

Los avances tecnológicos y farmacológicos vienen siendo observados en el área de la salud, principalmente, en los cuidados neonatales, de forma a garantizar, no sólo la supervivencia de recién nacidos prematuros o críticamente enfermos, como también, a su calidad de vida futura.

Los recién nacidos en estado crítico, internados en una UCI neonatal, son sometidos a los procedimientos invasivos que son necesarios a su sobrevivencia, pero, pueden desencadenar complicaciones. Entre esos procedimientos se encuentra el catéter percutáneo, que cada día más se está indicado para salvar y prolongar la vida de esa clientela.

Sin embargo, ese estudio evidenció un alto índice de complicaciones mecánicas e infecciosas asociadas al catéter, siendo necesario enfatizar que estas complicaciones pueden ser evitadas con la manutención y manipulaciones adecuadas realizadas por el equipo de enfermería.

Es importante que el equipo de enfermería tenga conocimientos sobre todos los aspectos que impliquen el uso de catéter percutáneo, además de los riesgos a los cuales los recién nacidos sometidos a este procedimiento se muestran, a fin de utilizar medidas de prevención, control y detección de las posibles complicaciones.

Además, cuando los profesionales involucrados con la práctica del cateterismo percutáneo tienen los conocimientos necesarios a su inserción, manutención y posibles complicaciones relacionadas a su uso, ellos se convierten en responsables del éxito de esta práctica, al tomar conciencia de las consecuencias previsibles e imputables a su propia acción u omisión, teniendo en cuenta el cuidado con los recién nacidos, que son seres frágiles y vulnerables.

Cabe resaltar que la UCI neonatal es un sector complejo e intenso, siendo necesaria la búsqueda constante de actualizaciones por los enfermeros, para que siempre estén preparados para actuar en cualquier interocurrencia, atendiendo a los pacientes con

inestabilidad hemodinámica severa, los cuales exigen conocimiento específico y gran capacidad para tomar decisiones e implementarlas en tiempo hábil.

Por lo tanto, este estudio contribuye a reflexiones críticas sobre los límites y desafíos de la práctica cotidiana del cuidar en enfermería, relacionada a la obtención de un acceso venoso seguro para garantizar el éxito de la terapéutica intravenosa, con mínimas complicaciones.

RECOMENDACIONES

- Vigilar al personal profesional de enfermería y verificar si cumplen cabalidad el proceso de atención de enfermería
- Capacitar continuamente al personal profesional de enfermería sobre los nuevos avances acerca del método de enfermería y la correcta aplicación de este.
- La institución hospitalaria debería capacitar continuamente al personal profesional de enfermería para así obtengan un mayor conocimiento acerca de la inserción de un catéter percutáneo
- Incentivar a las(os) internas(os) en enfermería dejándolos participar en la realización de este procedimiento lo que les servirá en su vida profesional.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barría P, Mauricio y Santander M, Gema. Cateterismo venoso central de inserción periférica en recién nacidos de cuidado intensivo. Vol. 74
2. Castro, L. F.: Beneficios del catéter percutáneo en el Recién Nacido.
3. CDC. Guía para la prevención de infecciones relacionadas con catéteres intravasculares.
4. Díaz Martínez Luis Alonso. Complicaciones de los catéteres venosos centrales de inserción periférica.
5. Guía de Prevención de Infecciones Relacionadas con Catéteres Intravasculares.
6. Herrera C. Ruth, Mayor S. Janeth, Vásquez T. Martha Lucía, El catéter venoso percutáneo: una opción económica y segura para niños pretérmino de muy bajo peso. Colombia Médica 1996
7. Nardo M. A. Los cambios de posición de la extremidad superior provocan la migración de los catéteres centrales de inserción periférica en los neonatos. Pediatrics/ Ed 2002

Referencias electrónicas

- <http://www.revistacolombianaenneonatologíadevíaspercutáneas>.
- <http://www.revistamexicanaenvíaspercutáneasenneonatos>.
- <http://www.google.com>

A

N

E

X

O

S

ENCUESTAS EN VIA PERCUTANEAS EN NEONATOS

1. Valora Ud. al neonato antes de la colocación del catéter percutáneo?

SI

NO

SIEMPRE

2. Realiza Ud. la técnica de lavado de manos antes y después de la colocación del catéter percutáneo?

SI

NO

A VECES

3. Utiliza medidas de bioseguridad durante el proceso de la colocación del catéter percutáneo?

SI

NO

A VECES

4. Se puede administra hemoderivados por medio de una vía percutánea?

SI

NO

SIEMPRE

5. Es importante tomar radiografía después de la aplicación de la vía percutánea?

SI

NO

NUNCA

6.- Es necesario purgar diariamente una vía percutánea?

SI

NO

SIEMPRE

7.- Solicita al familiar consentimiento antes de colocar el catéter percutáneo?

SI

NO

8.- La vía percutánea es igual a una vía central?

SI

NO

9.- Realiza Ud. un plan de cuidado después de colocar el catéter percutáneo?

SI

NO

SIEMPRE

10.- Las vías percutáneas duran 30 días?

SI

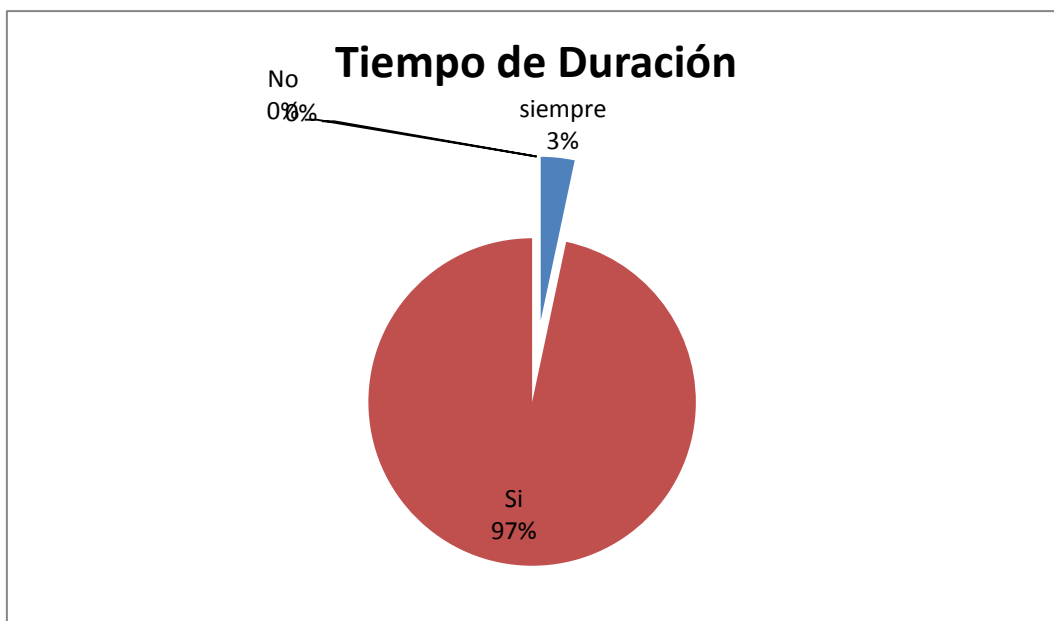
NO

A VECES

Pregunta #1

1.- ¿Cree ud que es importante la aplicación del método de enfermería al colocar una vía percutánea?

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Si	29	97%
No	0	0%
Siempre	1	3%
Total	30	100%

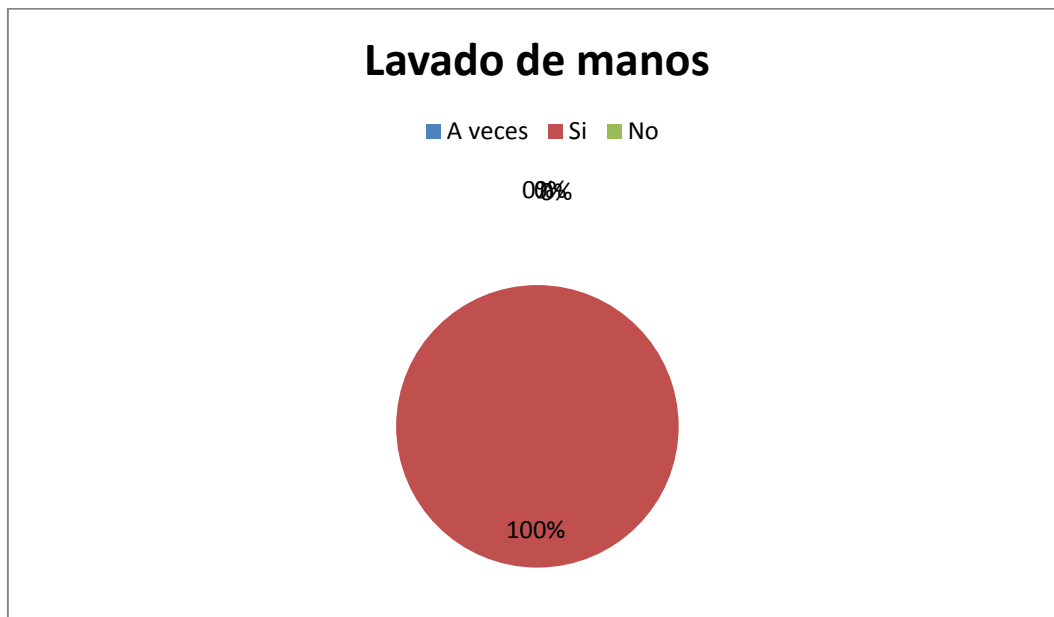


Análisis del grafico N.- 1: Casi el 87.5 % de profesionales encuestados indica la importancia Casi el 12.5% implica la intervención regular.

Pregunta #2

2.- ¿Realiza Ud. la técnica del lavado antes y después de realizar el procedimiento de colocación de un catéter percutáneo?

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
A veces	30	100%
Si	0	0%
No	0	0%
Total	30	100%

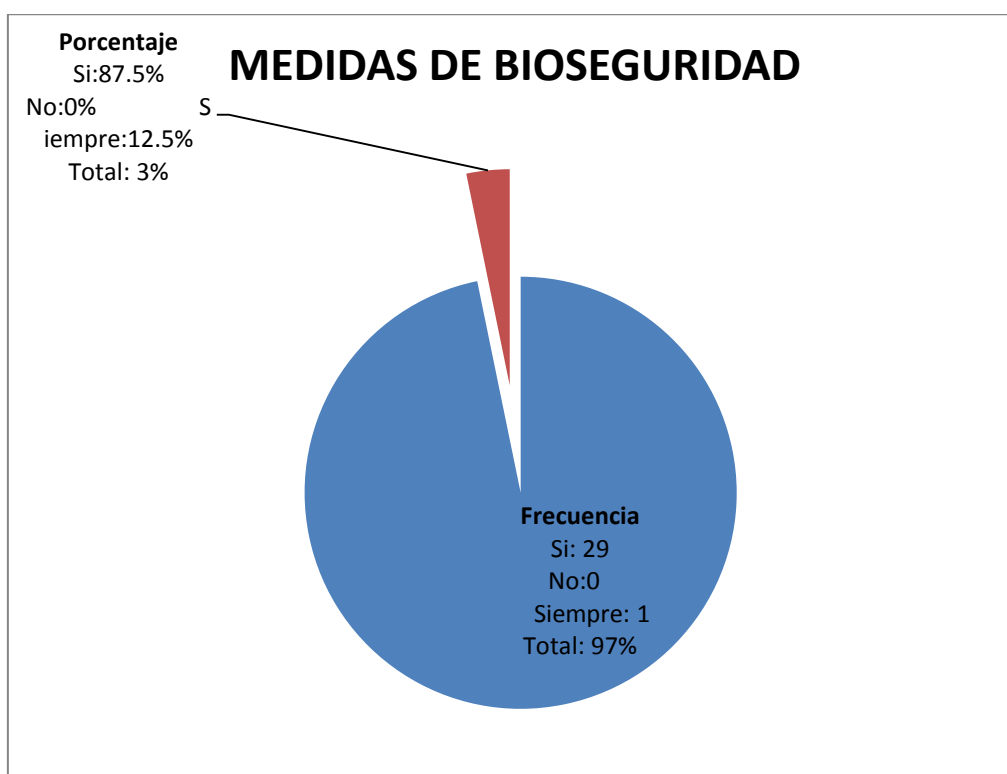


Análisis del grafico N.- 2: El 100% de los profesionales en enfermería dijo que realizaba el lavado de manos antes de realizar el procedimiento.

Pregunta #3

3.- ¿Utiliza medidas de bioseguridad durante la colocación del catéter percutáneo?

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Si	29	87.5%
No	0	0%
Siempre	1	12.5%
Total	30	100%

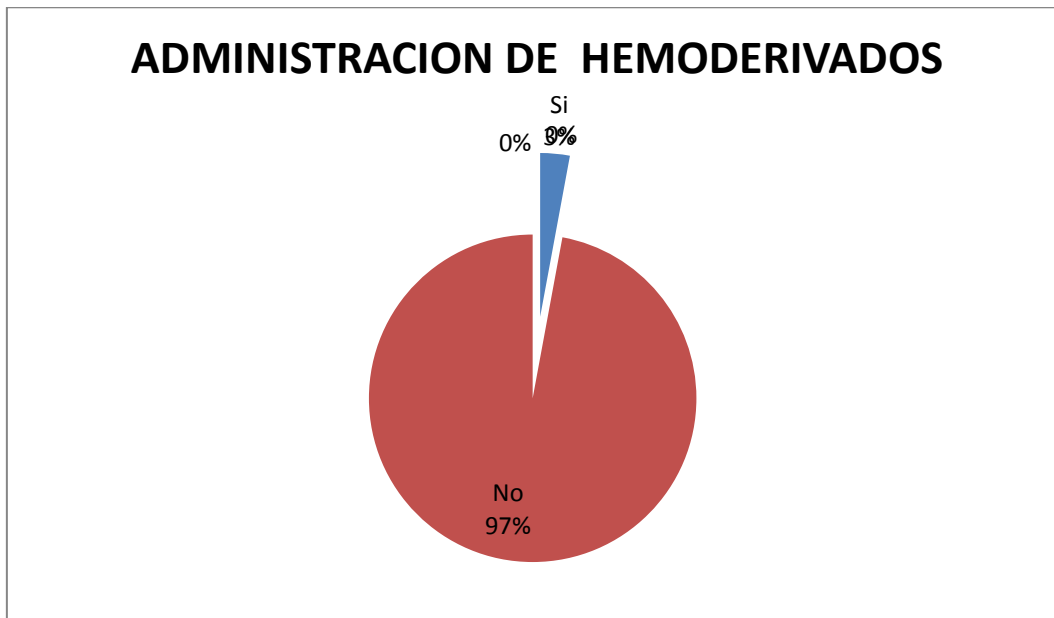


Análisis del grafico N.- 3: El 87.5% de los encuestados indican que si en cuanto a la medidas de bioseguridad. Y un 12.5% aclara que no siempre.

Pregunta #4

4.- ¿Se puede administra hemoderivados por medio de una vía percutánea?

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Si	1	3%
No	29	97%
Total	30	100%

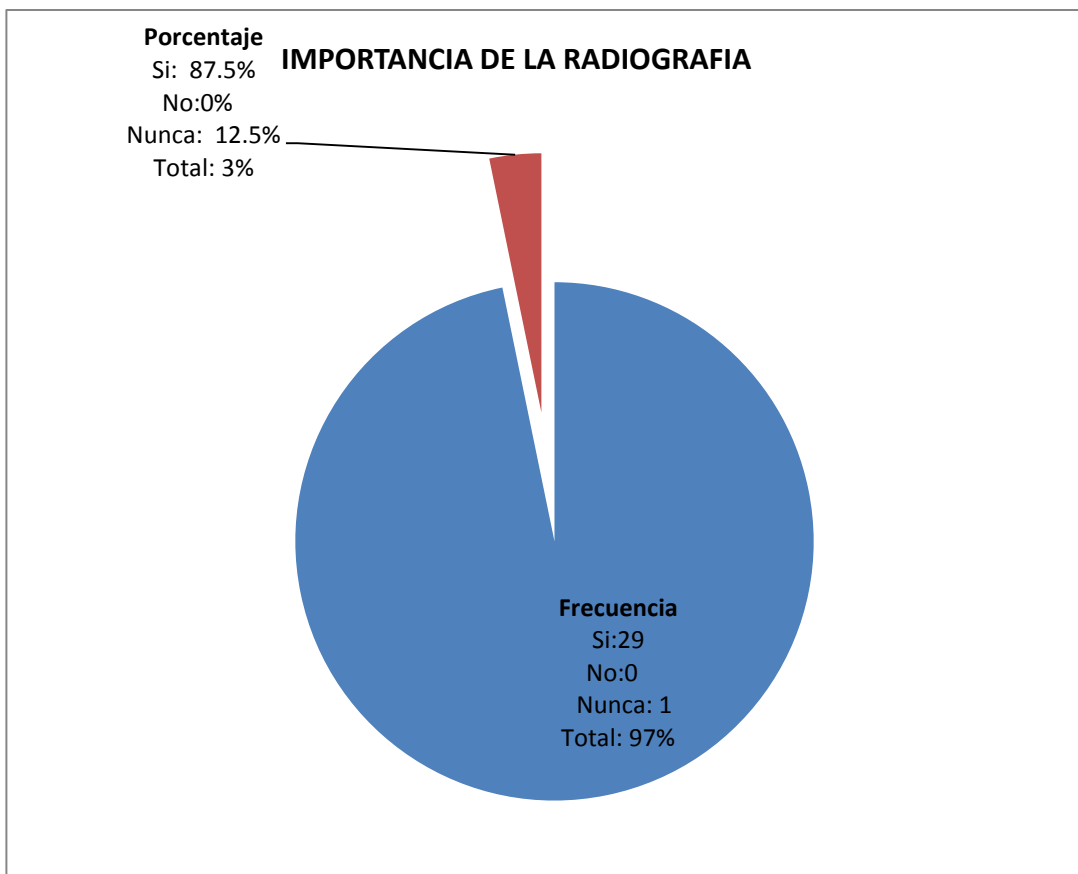


Análisis del grafico N.- 4: El 97% de los profesionales encuestados indican que no se puede administrar hemoderivados por medio del cateter percutaneo mientras que el 3% dijo que si se podía administrar hemoderivados.

Pregunta #5

5.- ¿Es importante tomar radiografía después de la aplicación de la vía percutánea?

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Si	29	87.5%
No	0	0%
Nunca	1	12.5%
Total	30	100%

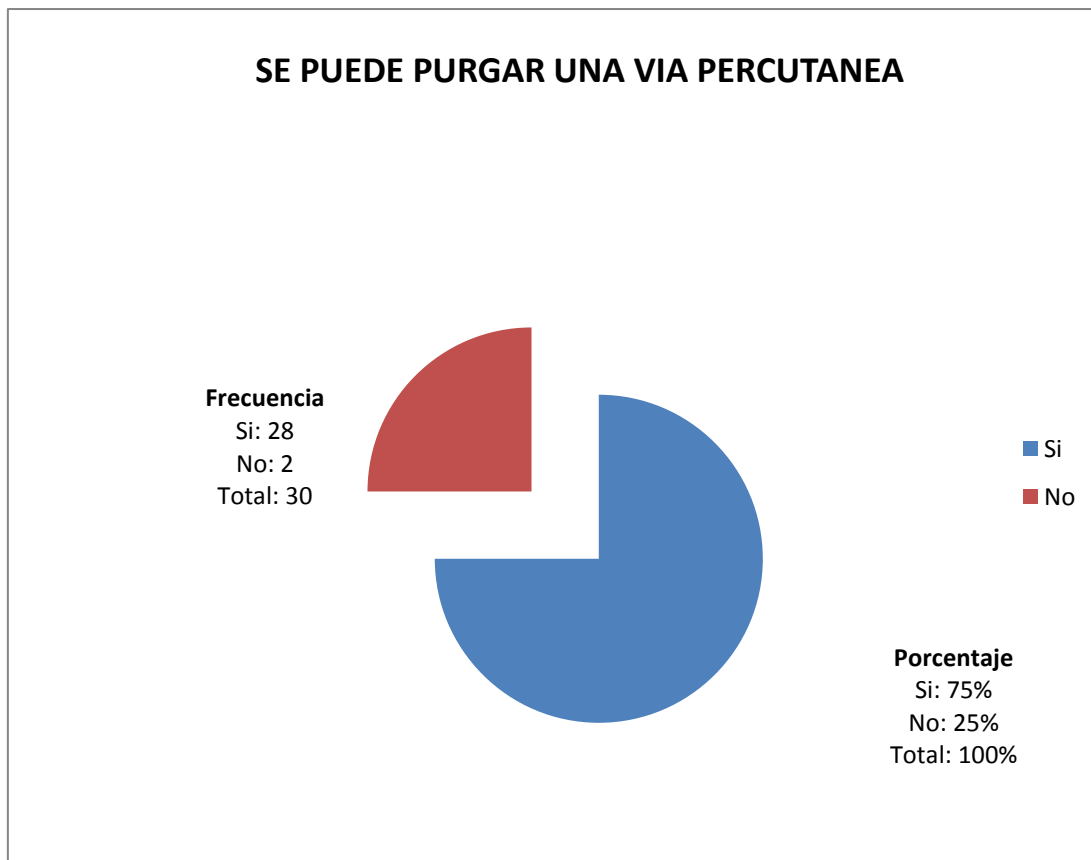


Análisis del grafico N.- 5: El 87.5% respondieron que si es importante la toma de la radiografía y un 12.5 entiende que no es necesario.

Pregunta #6

6.- ¿Es necesario purgar diariamente una vía percutánea?

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Si	28	75%
No	2	25%
Total	30	100%

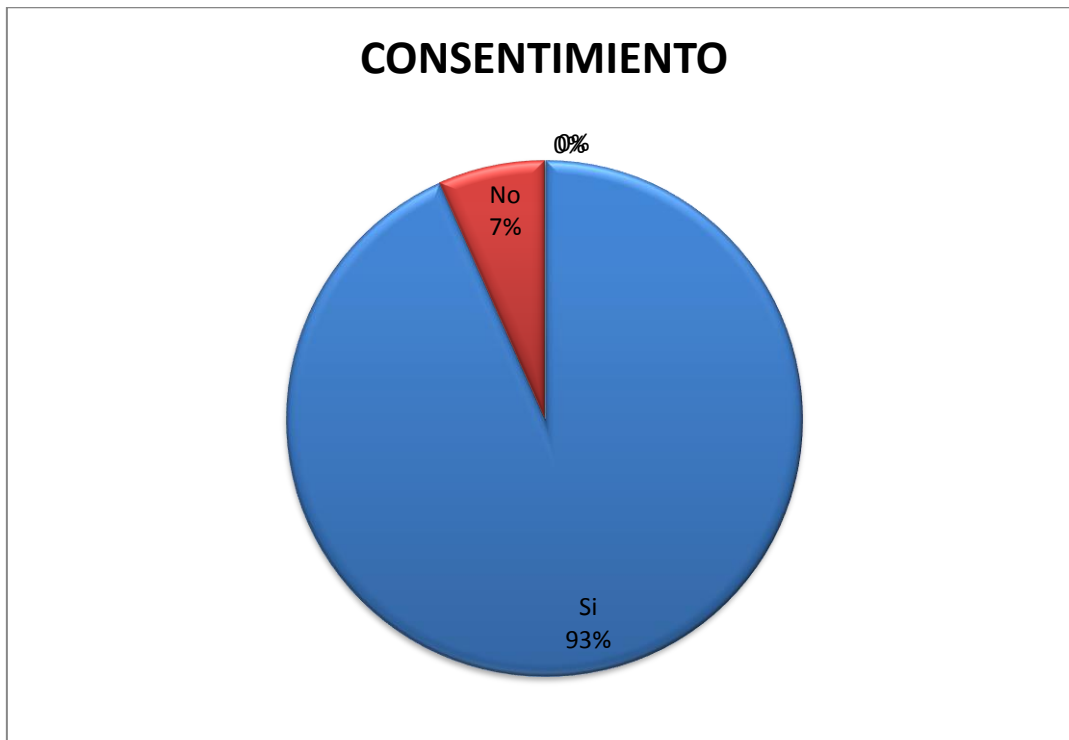


Análisis del grafico N.- 6: Para un 75% es necesario purgar la vía percutánea. Mientras que un 25% no lo cree necesario.

Pregunta #7

7.-¿Solicita al familiar consentimiento informado antes de colocar el catéter percutáneo?

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Si	28	93%
No	2	7%
Total	30	100%

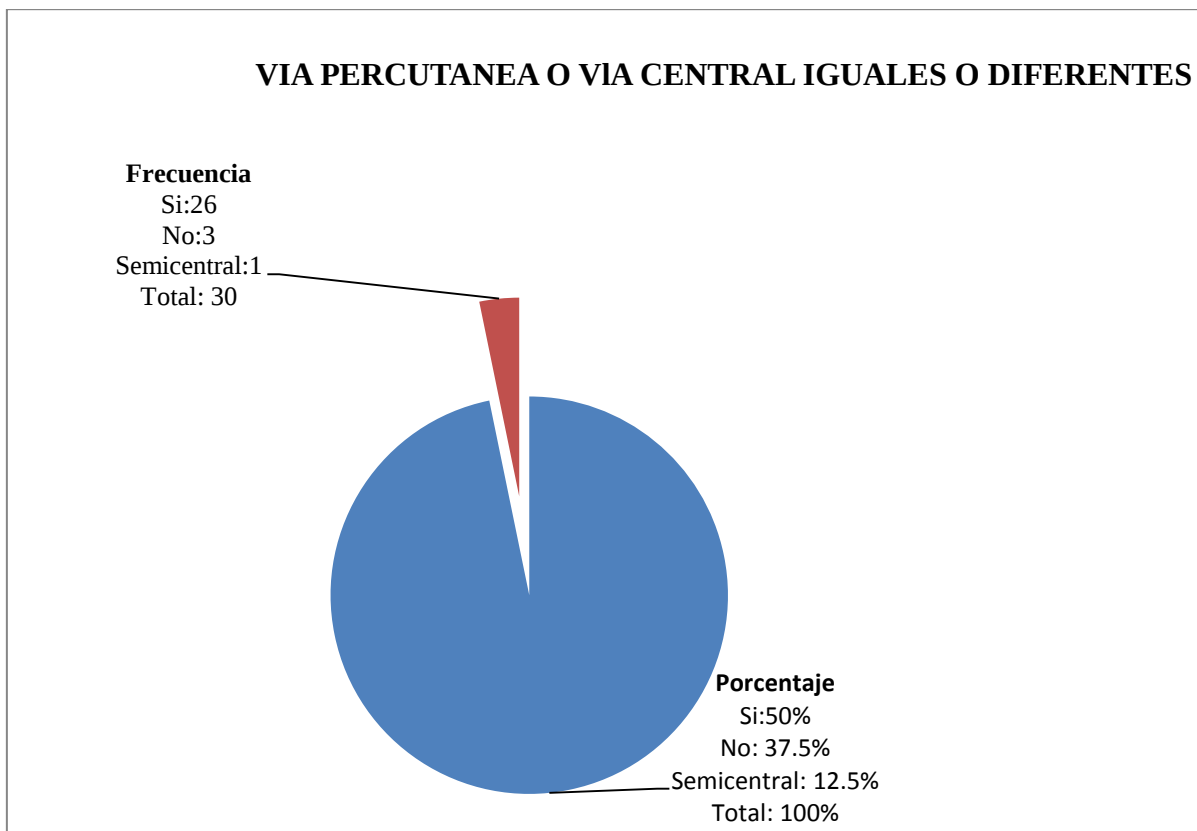


Análisis del grafico N.- 7: El 93% de los encuestados indica que si se le pide consentimiento a los familiares para realizar este procedimiento mientras que un 7% dijo que no es necesario

Pregunta #8

8.- ¿La vía percutánea es igual a una vía central?

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Si	26	50%
No	3	37.5%
Semicentral	1	12.5%
Total	30	100%

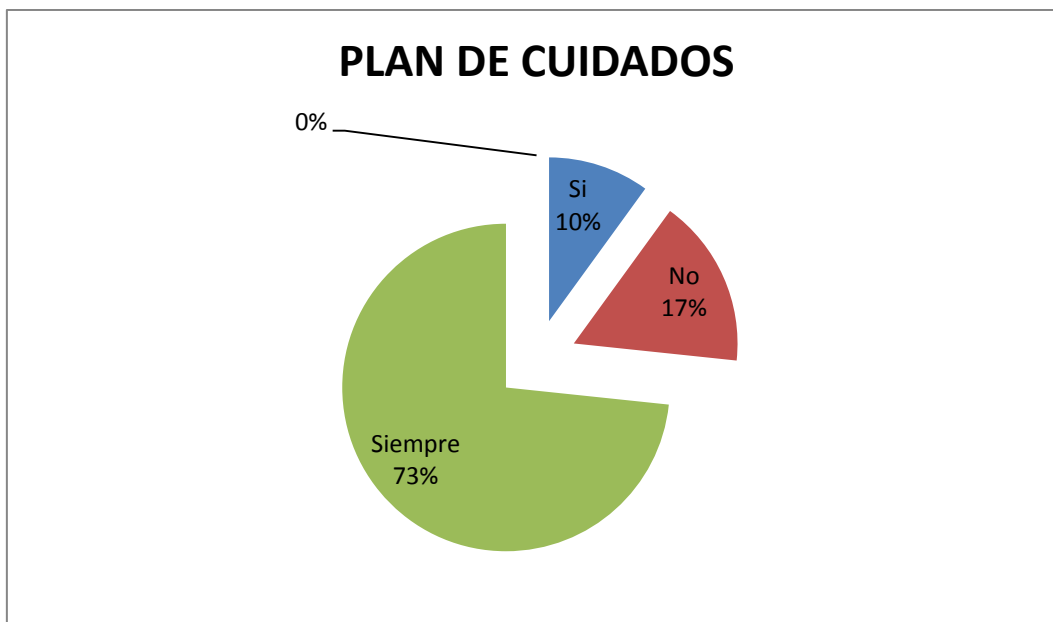


Análisis del grafico N.- 8: Para un 50% de los encuestados es igual para el procedimiento que hay que realizar. Otros indican que no un 37.5 % dan esta respuesta. Y para un 12.5 % esta es una vía Semicentral.

Pregunta #9

9.- ¿Realiza Ud. un plan de cuidado después de la colocación de la vía percutánea?

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Si	3	10%
No	5	17%
Siempre	22	73%
Total	30	100%

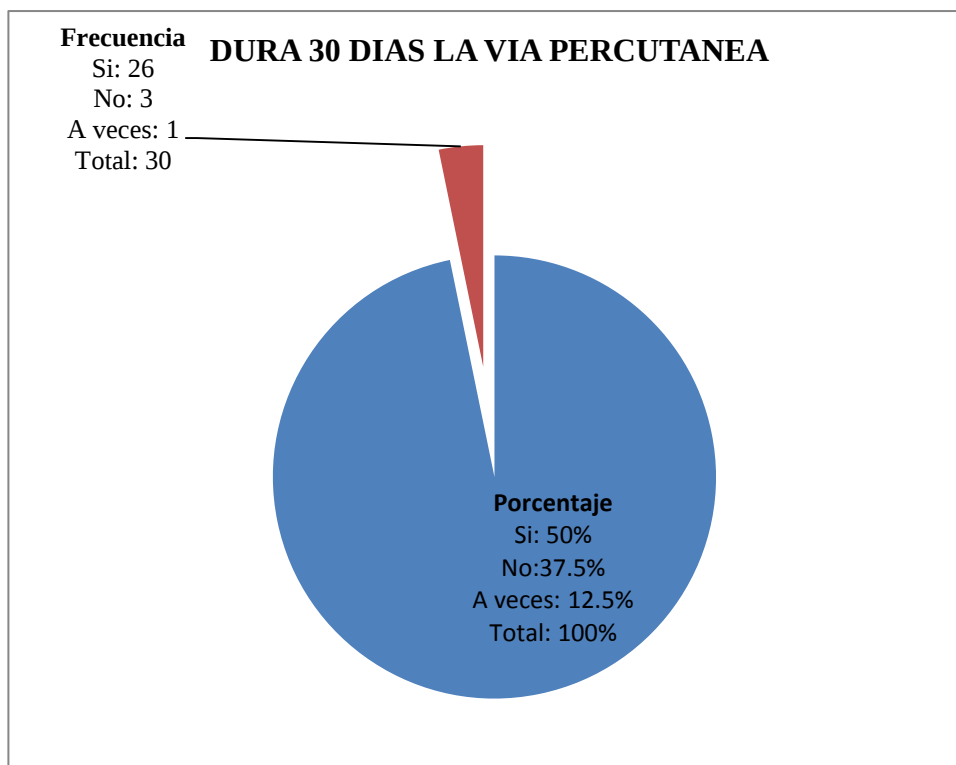


Análisis del grafico N.- 9: El 73% de los encuestados dijo que siempre realiza un plan de cuidados después de la colocación del catéter percutáneo, un 10% dijo que si mientras el 17% dijo que no lo realizaba.

Pregunta #10

10.- ¿La vía percutánea dura 30 días?

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Si	26	50%
No	3	37.5%
A veces	1	12.5%
Total	30	100%



Análisis del grafico N.- 10: Para el 50% si lleva ese tiempo. Mientras que un 37.5% no es necesario que se lleve ese tiempo. Y un significativo 12.5% aclara que depende de la calidad del paciente, depende el tiempo que requiera su recuperación.

EVIDENCIAS

