



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE GRADUADOS**

**INSTITUTO ONCOLÓGICO NACIONAL “DR. JUAN TANCA MARENGO”
SOLCA, GUAYAQUIL**

**PROYECTO DE TESIS DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA ONCOLÓGICA**

TEMA:

**EVALUACIÓN DE LA APLICACIÓN DEL PROTOCOLO DE MANEJO DE
ACCESOS VASCULARES EN LAS LICENCIADAS EN ENFERMERÍA DE LOS
SERVICIOS DE PEDIATRÍA, MEDICINA INTERNA Y PENSIONADO DEL
INSTITUTO ONCOLÓGICO NACIONAL “DR. JUAN TANCA MARENGO” SOLCA
GUAYAQUIL, AÑO 2010- 2012**

AUTORA: LIC. JÉSSYCA MANZABA ALVARADO

DIRECTORA: LIC. ROSA CALDERÓN MOLINA, Mg

ASESORA: LIC. MARÍA RODRÍGUEZ GILER.EO

GUAYAQUIL - ECUADOR

2010 – 2012



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE GRADUADOS
TELÉFAX: 042-288086
GUAYAQUIL-ECUADOR

ACTA DE DECLARACION EXPRESA

Los abajo firmantes, podrán hacer las publicaciones científicas que considere previo la obtención del grado de Especialista o Master con el consentimiento de la Comisión Científica de la Escuela de Graduados Facultad de Medicas , ya que la Universidad adquiere el derecho de propiedad intelectual de la Tesis de Grado:

*..EVALUACION DE LA APLICACION DEL PROTOCOLO DE MANEJO DE
ACCESOS VASCULARES EN LAS LICENCIADAS EN ENFERMERIA DE
LOS SERVICIOS DE PEDIATRIA, MEDICINA INTERNA Y PENSIO-
NADO DEL INSTITUTO ONCOLOGICO NACIONAL "DR. JUAN.....
TANCA MARENGO"....SOLCA GUAYAQUIL AÑO 2010-2012.....*

LIC. JESSYCA MANZABA ALVARADO
AUTOR

LIC. ROSA CALDERON MOLINA MG
TUTOR

LIC. KETTY PIEDRA CHAVEZ MG
REVISOR

DR. GUIDO PANCHANA EGUEZ
JEFE DE DOCENCIA

LIC. FLORA SELLAN ROJAS
COORDINADOR DEL PROGRAMA

DRA. ROSARIO ZAMBRANO BONILLA
DIRECTOR DE LA ESCUELA DE GRADUADOS

Los derechos morales y de explotación de la propiedad intelectual sobre la tesis pertenecen al Autor



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

ESPECIE VALORADA
SERIE U-B N° - 73669

\$ 1.20

NOMBRES: 0913680351

MANZABA ALVARADO JESSYCA KATINA

UN dólar Americano CON

FACULTAD: 020203

11/06/2013 08:45:53

VEINTE Cero Guayaquil, 29 de Agosto del 2013

74w)° <<w!!°<

ESPECIE VALORADA PARA PROFESIONALES

Dra. Rosario Zambrano Bonilla
Directora de Escuela de Graduados
Universidad de Guayaquil
Ciudad.-

Por medio de la presente hago la entrega del informe final de la tesis de grado previo a la obtención del título de Especialista en Enfermería Oncológica, cuyo tema es:

Evaluación de la aplicación del Protocolo de Manejo de Accesos Vasculares de las Licenciadas en Enfermería de los servicios de pediatría, medicina interna y pensionado del Instituto Oncológico Nacional "Dr. Juan Tanca Marengo" SOLCA - GUAYAQUIL, Año 2010-2012.

Adjunto : tesis de grado

Por la atención prestada quedo de ud muy agradecida.

Atentamente:

Lic Jessyca Manzaba Alvarado

Ced. N° 091368035-1

C 9 - N° 0073669

Punto de Venta 001-005

CERTIFICADO DE ACEPTACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutora del Proyecto de Investigación, nombrado por el Honorable Consejo Directivo de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Guayaquil.

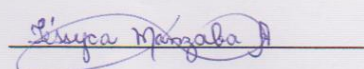
Certifico:

Que he analizado el proyecto de trabajo de post grado presentado como requisito previo a la obtención del título de Especialista en Enfermería Oncológica.

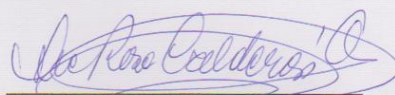
El tema de investigación es:

**EVALUACIÓN DE LA APLICACIÓN DEL PROTOCOLO DE MANEJO DE
ACCESOS VASCULARES EN LAS LICENCIADAS EN ENFERMERÍA DE LOS
SERVICIOS DE PEDIATRÍA, MEDICINA INTERNA Y PENSIONADO DEL
INSTITUTO ONCOLÓGICO NACIONAL "DR. JUAN TANCA MARENGO" SOLCA
GUAYAQUIL, AÑO 2010- 2012**

Presentado por:



Lic. Jéssyca Manzaba Alvarado



Tutora: Lic. Rosa Calderón, MG

Guayaquil, Abril 2012

CERTIFICADO DE ACEPTACIÓN DEL ASESOR

En mi calidad de Asesora del Proyecto de Investigación, nombrado por el Honorable Consejo Directivo de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Guayaquil.

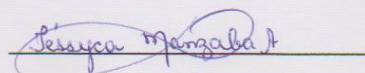
Certifico:

Que he analizado el proyecto de trabajo de post grado presentado como requisito previo a la obtención del título de Especialista en Enfermería Oncológica.

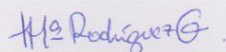
El tema de investigación es:

**EVALUACIÓN DE LA APLICACIÓN DEL PROTOCOLO DE MANEJO DE
ACCESOS VASCULARES EN LAS LICENCIADAS EN ENFERMERÍA DE LOS
SERVICIOS DE PEDIATRÍA, MEDICINA INTERNA Y PENSIONADO DEL
INSTITUTO ONCOLÓGICO NACIONAL "DR. JUAN TANCA MARENGO" SOLCA
GUAYAQUIL, AÑO 2010 - 2012**

Presentado por:



Lic. Jéssyca Manzaba Alvarado



Asesora: Lic. María Rodríguez Giler

Guayaquil, Abril 2012



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE GRADUADOS**

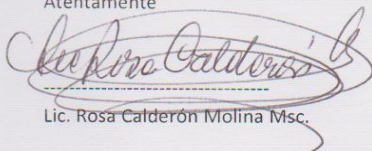
CARTA DE APROBACION DEL DIRECTOR DE POST GRADO
Guayaquil, Abril 2010

En mi calidad de Directora de Post Grado de Enfermería Oncológica, me permito declarar que luego de haber orientado, analizado y revisado la investigación en todas sus partes y de haber realizado el informe final del proyecto titulado:

EVALUACION DE LA APLICACIÓN DEL PROTOCOLO DE MANEJO DE ACCESOS VASCULARES EN LAS LICENCIADAS EN ENFERMERIA DE LOS SERVICIOS DE PEDIATRIA, MEDICINA INTERNA Y PENSIONADO DEL INSTITUTO ONCOLOGICO NACIONAL " DR. JUAN TANCA MARENGO" SOLCA GUAYAQUIL - AÑO 2010 – 2012

Elaborado por Lic. Jéssyca Manzaba Alvarado egresada de Post grado en Enfermería Oncológica, es declarada apta para la sustentación de la misma.

Atentamente



Lic. Rosa Calderón Molina Msc.



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE GRADUADOS

CARTA DE APROBACION DEL JEFE DE DOCENCIA
Guayaquil, Abril 2010

En mi calidad de Jefe de Docencia, me permito declarar que luego de haber orientado, analizado y revisado la investigación en todas sus partes y de haber realizado el informe final del proyecto titulado:

EVALUACION DE LA APLICACIÓN DEL PROTOCOLO DE MANEJO DE ACCESOS VASCULARES EN LAS LICENCIADAS EN ENFERMERIA DE LOS SERVICIOS DE PEDIATRIA, MEDICINA INTERNA Y PENSIONADO DEL INSTITUTO ONCOLOGICO NACIONAL " DR. JUAN TANCA MARENGO" SOLCA GUAYAQUIL - AÑO 2010 - 2012

Elaborado por Lic. Jéssyca Manzaba Alvarado egresada de Post grado en Enfermería Oncológica, es declarada apta para la sustentación de la misma.

Atentamente

Dr. Guido Panchana Eguez

AGRADECIMIENTO

Primeramente a DIOS todopoderoso por sus bendiciones en mi vida, la sabiduría y fuerza de voluntad que me dió para realizar y culminar con éxito este nuevo logro en mi vida.

A mis padres, Félix y María que con su confianza, apoyo y buenos consejos, inculcaron en mí el deseo de superación, a mis hermanos y familia en general.

A los directivos de SOLCA, por el apoyo brindado y permitir la realización de esta especialidad, que sirve para actualizar y fortalecer conocimientos en oncología.

A la directora y asesora de tesis, que compartieron sus extensos conocimientos y tiempo desinteresadamente los cuales me sirvieron para perfeccionar y culminar este trabajo de investigación.

DEDICATORIA

Dedico este proyecto a mi DIOS quien siempre me ha acompañado en los momentos más difíciles e importantes de mi vida.

A mis padres por haber fomentado en mí el deseo de superación y el anhelo de triunfo en la vida. Gracias por su apoyo, esfuerzo y valores inculcados en mí.

A mis hermanos y sobrinas Suammy y Sophia que con su amor y ternura me dieron la fortaleza y ánimo de seguir adelante.

A familiares y amistades que de alguna manera influyeron en mis deseos de superación cada día y en la culminación de este proyecto.

ÍNDICE

ÍNDICE	x
RESUMEN.....	xv
SUMMARY	xvi
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I.....	4
1. EL PROBLEMA	4
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
1.2. JUSTIFICACIÓN.....	7
1.3. OBJETIVOS	9
1.3.1. OBJETIVO GENERAL	9
1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	9
CAPÍTULO II.....	10
2. MARCO TEÓRICO.....	10
2.1. EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO PROFESIONAL.....	10
2.1.1. ROL DE LA ENFERMERA EN EL MANEJO DE ACCESOS VASCULARES.	12
2.1.2. ACCESOS VASCULARES.....	12
2.1.3. ¿QUÉ ES ACCESO VASCULAR?	13
2.1.4. UTILIDADES DEL ACCESO VASCULAR	14
2.1.5. TIPOS DE ACCESOS VASCULARES.	14
2.1.6. TEORÍAS Y MODELOS DE ENFERMERÍA	16
2.2. PROTOCOLOS DE MANEJO DE ACCESOS VASCULARES DEL INSTITUTO ONCOLÓGICO NACIONAL “DR. JUAN TANCA MARENGO” SOLCA - GUAYAQUIL – 2006, 20	
2.2.1. PROTOCOLO DE MANEJO DE ACCESOS VENOSOS PERIFÉRICOS.	20
2.2.2. PROTOCOLO DE MANEJO DE ACCESOS VENOSOS CENTRALES DE CORTA DURACIÓN. (INSTITUTO ONCOLOGICO NACIONAL, 2006)	28
2.2.3. PROTOCOLO DE CURACIÓN CATÉTER CENTRAL DE CORTA DURACIÓN (INSTITUTO ONCOLOGICO NACIONAL, SOLCA 2006)	38
2.2.4. PROTOCOLO DE EXTRACCIÓN DE MUESTRAS SANGUÍNEAS.....	41
2.2.5. PROTOCOLO DE MANEJO DE CATÉTER CENTRAL DE CORTA DURACIÓN (PICC) (INSTITUTO ONCOLOGICO NACIONAL, 2006)	45

2.2.6. PROTOCOLO DE MANEJO DE CATÉTERES CENTRALES DE LARGA DURACIÓN O SEMIPERMANENTES (HICKMAN) (INSTITUTO ONCOLOGICO NACIONAL, 2006)	53
2.2.7. PROTOCOLO DE CURACIÓN DE CATÉTER CENTRAL DE LARGA DURACIÓN O SEMIPERMANENTE (HICKMAN) (INSTITUTO ONCOLOGICO NACIONAL, SOLCA 2006)	61
2.2.8. PROTOCOLO DE EXTRACCIÓN DE MUESTRAS SANGUÍNEAS.....	65
2.2.9. PROTOCOLO DE MANEJO DE RESERVORIO SUBCUTÁNEO.....	69
2.2.10. PROTOCOLO DE COLOCACIÓN DE AGUJA HUBER O CYTOKAN (INSTITUTO ONCOLÓGICO NACIONAL, SOLCA 2006).....	77
2.2.11. PROTOCOLO DE HEPARINIZACIÓN (SELLADO) DEL RESERVORIO	82
2.2.12. PROTOCOLO DE RETIRO DE AGUJA HUBER O (CYTOCAN) (INSTITUTO ONCOLOGICO NACIONAL, SOLCA 2006).....	87
2.2.13. PROTOCOLO DE EXTRACCIONES DE SANGRE POR RESERVORIO SUBCUTÁNEO (INSTITUTO ONCOLÓGICO NACIONAL, SOLCA 2006).....	91
CAPÍTULO III.....	105
3.1. DISEÑO O TIPO DE INVESTIGACIÓN	105
3.2. UNIVERSO	105
3.3. INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	105
3.3.1. TÉCNICAS	105
3.3.2. INSTRUMENTOS	105
3.3.3. PROCESAMIENTO DE DATOS.....	105
CAPÍTULO IV	106
4. HIPÓTESIS.....	106
4.1. VARIABLE DE INVESTIGACION:	106
ANÁLISIS	111
E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	111
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE ENCUESTAS REALIZADAS.....	112
CONCLUSIONES	120
RECOMENDACIONES	121
BIBLIOGRAFÍA.....	123
ANEXOS.....	126
CUADROS Y GRÁFICOS ESTADÍSTICOS	160
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE ENCUESTAS REALIZADAS.....	197

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 CRITERIOS DEL CAMBIO DE AGUJA CYTOCAN.....	115
Tabla 2 PROCEDIMIENTO DE HEPARINIZACIÓN DE CATÉTER CENTRAL Y RESERVORIO SUBCUTÁNEO	116
Tabla 3 INFECCIONES ASOCIADAS A CATÉTERES	119
Tabla 4 EXISTENCIA DEL PROTOCOLO MANEJO DE ACCESOS VASCULARES.....	160
Tabla 5 CAPACITACIÓN DEL MANEJO DE ACCESOS VASCULARES.....	161
Tabla 6 ENTRENAMIENTO DE COLOCACIÓN DE AGUJA CYTOCAN.....	162
Tabla 7 FRECUENCIA DE CAMBIO DE SISTEMAS PARA ADMINISTRACIÓN INTRAVENOSA.....	163
Tabla 8 FRECUENCIA DE CAMBIO DE SISTEMAS PARA ADMINISTRACIÓN NUTRICIÓN PARENTERAL	164
Tabla 9 FRECUENCIA CAMBIO DE CATÉTER PERIFÉRICO	165
Tabla 10 CAMBIO DE AGUJA CYTOCAN.....	166
Tabla 11 CRITERIOS DEL CAMBIO DE AGUJA CYTOCAN.....	167
Tabla 12 LAVADO DE MANOS CLÍNICO	168
Tabla 13 ANTISEPSIA DURANTE LA INSERCIÓN DE CATÉTER PERIFÉRICO	169
Tabla 14 UTILIZACIÓN CAMPO ESTÉRIL DURANTE COLOCACIÓN DE AGUJA CYTOCAN	170
Tabla 15 PROCEDIMIENTO DE HEPARINIZACIÓN DE CATÉTER CENTRAL Y RESERVORIO SUBCUTÁNEO	171
Tabla 16 TIEMPO DE DURACIÓN DEL RESERVORIO SUBCUTÁNEO O IMPLANTOFIX	171
Tabla 17 ANTISEPSIA DE CONECTORES CON ALCOHOL	173
Tabla 18 PROTECCIÓN SITIO DE INSERCIÓN DE AGUJA HUBER O CYTOCAN.....	174
Tabla 19 CRITERIOS EN PROCEDIMIENTO HEPARINIZACIÓN DE CATÉTER CENTRAL Y RESERVORIO SUBCUTÁNEO EN PACIENTE PEDIÁTRICO.....	175
Tabla 20 ANTISEPSIA ANTES DE INSERCIÓN DE AGUJA CYTOCAN.....	176
Tabla 21 CANALIZACIÓN DE VÍA PERIFÉRICA.....	177
Tabla 22 ZONAS ANATÓMICAS	178
Tabla 23 MATERIAL Y EQUIPOS.....	178
Tabla 24 PROTOCOLO PRE IMPLANTACIÓN CATÉTER PERIFÉRICO	179
Tabla 25 TÉCNICAS DE INSERCIÓN DE CATÉTER PERIFÉRICO	179
Tabla 26 PROTOCOLO POST IMPLANTACIÓN DE CATÉTER.....	180
Tabla 27 CURACIÓN DE CATÉTER CENTRAL	180
Tabla 28 PROCEDIMIENTO	181
Tabla 29 MANEJO DE RESERVORIO SUBCUTÁNEO	182
Tabla 30 CUIDADOS INTRALUMINALES	182
Tabla 31 RETIRO DE AGUJA CYTOCAN	183
Tabla 32 MATERIAL Y EQUIPOS.....	183
Tabla 33 PROCEDIMIENTO	184
Tabla 34 CUIDADOS INTRALUMINALES	185
Tabla 35 CUIDADOS EXTRALUMINALES	185
Tabla 36 PURGADO DE CATÉTER CENTRAL	186
Tabla 37 COLOCACIÓN AGUJA HUBER O CYTOCAN.....	186

Tabla 38 MATERIAL Y EQUIPOS.....	187
Tabla 39 TÉCNICA DE COLOCACIÓN.....	188
Tabla 40 CUIDADOS DE AGUJA CYTOCAN	189
Tabla 41 EXTRACCIÓN DE MUESTRAS SANGUÍNEAS POR CATÉTER CENTRAL ...	190
Tabla 42 PROCEDIMIENTO.....	191
Tabla 43 HEPARINIZACIÓN DE RESERVORIO EN PACIENTES AMBULATORIOS	192
Tabla 44 PROCEDIMIENTO.....	193
Tabla 45 CUANDO SELLA Y HEPARINIZA RESERVORIO	194
Tabla 46 EXTRACCIÓN DE SANGRE POR RESERVORIO SUBCUTÁNEO O IMPLANTOFIX.....	194
Tabla 47 PROCEDIMIENTO.....	195
Tabla 48 INFECCIONES ASOCIADAS A CATÉTERES	196

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 EXISTENCIA PROTOCOLO MANEJO DE ACCESOS VASCULARES	112
Gráfico 2 CAPACITACIÓN DEL MANEJO DE ACCESOS VASCULARES	113
Gráfico 3 ENTRENAMIENTO DE COLOCACIÓN DE AGUJA CYTOCAN	113
Gráfico 4 FRECUENCIA DE CAMBIO DE SISTEMAS PARA ADMINISTRACIÓN INTRAVENOSA.....	114
Gráfico 5 FRECUENCIA CAMBIO DE CATÉTER PERIFÉRICO	114
Gráfico 6 LAVADO DE MANOS CLÍNICO.....	115
Gráfico 7 TIEMPO DE DURACIÓN DEL RESERVORIO SUBCUTÁNEO O IMPLANTOFIX	117
Gráfico 8 INFECCIONES ASOCIADAS A CATÉTERES.....	119
Gráfico 9 EXISTENCIA DEL PROTOCOLO MANEJO DE ACCESOS VASCULARES	160
Gráfico 10 CAPACITACIÓN DEL MANEJO DE ACCESOS VASCULARES	161
Gráfico 11 ENTRENAMIENTO DE COLOCACIÓN DE AGUJA CYTOCAN	162
Gráfico 12 FRECUENCIA DE CAMBIO DE SISTEMAS PARA ADMINISTRACIÓN INTRAVENOSA.....	163
Gráfico 13 FRECUENCIA DE CAMBIO DE SISTEMAS PARA ADMINISTRACIÓN NUTRICIÓN PARENTERAL	164
Gráfico 14 FRECUENCIA CAMBIO DE CATÉTER PERIFÉRICO	165
Gráfico 15 CAMBIO DE AGUJA CYTOCAN	166
Gráfico 16 LAVADO DE MANOS CLÍNICO.....	168
Gráfico 17 ANTISEPSIA DURANTE LA INSERCIÓN DE CATÉTER PERIFÉRICO.....	169
Gráfico 18 UTILIZACIÓN CAMPO ESTÉRIL DURANTE COLOCACIÓN DE AGUJA CYTOCAN	170
Gráfico 19 TIEMPO DE DURACIÓN DEL RESERVORIO SUBCUTÁNEO O IMPLANTOFIX	172
Gráfico 20 ANTISEPSIA DE CONECTORES CON ALCOHOL.....	173
Gráfico 21 PROTECCIÓN SITIO DE INSERCIÓN DE AGUJA HUBER O CYTOCAN	174
Gráfico 22 ANTISEPSIA ANTES DE INSERCIÓN DE AGUJA CYTOCAN	176
Gráfico 23 INFECCIONES ASOCIADAS A CATÉTERES.....	196

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE GRADUADOS
POSTGRADO EN ENFERMERÍA ONCOLÓGICA

EVALUACIÓN DE LA APLICACIÓN DEL PROTOCOLO DE MANEJO DE
ACCESOS VASCULARES EN LAS LICENCIADAS EN ENFERMERÍA DE LOS
SERVICIOS DE PEDIATRÍA, MEDICINA INTERNA Y PENSIONADO DEL
INSTITUTO ONCOLÓGICO NACIONAL “DR. JUAN TANCA MARENGO” SOLCA
GUAYAQUIL, AÑO 2010- 2012

RESUMEN

El presente estudio tuvo por objetivo evaluar la aplicación del Protocolo de Manejo de Accesos Vasculares por las Licenciadas en Enfermería de los servicios de pediatría, medicina interna y pensionado del Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo” SOLCA. Actualmente son muchos los pacientes y las situaciones susceptibles de recibir terapia intravenosa, existiendo la facilidad de aplicarla utilizando lugares variados con tiempos cortos y prolongados de permanencia, siendo los profesionales de enfermería los ejecutantes de tan valioso proceso, es por esto que se tomó como base el Protocolo de Manejo de Accesos Vasculares elaborado por el Comité de Infecciones del instituto , ya que según datos estadísticos en un estudio realizado la tasa de bacteriemias asociadas a catéteres en el instituto fue de 16.98% en el 2006 y 7.7% en el 2007 y hasta la presente fecha no existe un estudio que certifique la correcta aplicación del protocolo de manejo de accesos vasculares por el personal de Lic. en Enfermería. Este estudio fue de tipo descriptivo para lo cual se elaboró instrumentos de recolección de información como: guía de observación y cuestionario de preguntas; las cuales fueron aplicadas a las Lic. en Enfermería. La variable de investigación fue: Aplicación del Protocolo de Manejo de Accesos Vasculares de las Licenciadas en Enfermería de los servicios de pediatría, medicina interna y pensionado del Instituto Oncológico Nacional Dr. Juan Tanca Marengo” SOLCA. Los resultados obtenidos fueron el 86% de Lic. En Enfermería tiene el entrenamiento y capacitación, existiendo falencias en el manejo del protocolo ya que un 14% del personal involucrado no tienen la capacitación. Al término de este estudio se coordinará programas de capacitación continua para la difusión y aplicación correcta del protocolo de manejo de accesos vasculares.

Palabras claves: Evaluación, Protocolo, Accesos Vasculares.

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE GRADUADOS

POSTGRADO EN ENFERMERÍA ONCOLÓGICA

**EVALUATION OF THE IMPLEMENTATION OF MANAGEMENT PROTOCOL
VASCULAR ACCESS IN LICENSED NURSING SERVICES OF PEDIATRICS,
INTERNAL MEDICINE AND PENSIONER NATIONAL CANCER INSTITUTE "Dr.
JUAN TANCA MARENGO" SOLCA GUAYAQUIL, YEAR 2010 - 2012**

SUMMARY

The present study aimed to evaluate the implementation of the Protocol Vascular Access Management by Licensed Nursing services pediatrics, internal medicine and pensioner of the National Cancer Institute "Dr. Juan Tanca Marengo "SOLCA. Currently many patients and situations likely to receive intravenous therapy, applying existing facility using varied locations with short and extended stay , nurses being performers as valuable process , which is why it was based Management Protocol developed by the Vascular Access Infections Committee of the institute, since according to statistics in a study the rate of catheter-related bacteremia in high school was 16.98 % in 2006 and 7.7 % in 2007 and to this date there is no study to certify the correct implementation of the protocol vascular access management by staff Nursing Lic . This study was descriptive for which was developed data collection instruments such as observation guide of questions, which were applied to the BA in Nursing. The research was variable: Protocol Implementation Management of Vascular Access Nursing Licensed services pediatrics, internal medicine and retired National Cancer Institute Dr. Juan Tanca Marengo "SOLCA. The results were 86% of Bachelor in Nursing has the training and training, existing shortcomings in the management of the protocol and that 14 % of staff have no training involved. Upon completion of this study will coordinate ongoing training programs for the dissemination and implementation of the protocol correct vascular access management.

Keywords: Assessment, Vascular Access, Protocol

INTRODUCCIÓN

Un procedimiento de acceso vascular involucra la inserción de un tubo plástico delgado y flexible en una vena grande en el cuello, pecho o ingle, o sea un catéter, dentro de un vaso sanguíneo para proveer una manera indolora de sacar sangre o entregar drogas y elementos nutritivos en el torrente sanguíneo de un paciente por un período de semanas, meses o hasta años.

Una línea intravenosa (IV) simple es eficaz en corto plazo, pero no es conveniente para su uso a largo plazo. En un procedimiento de acceso vascular, un catéter especial se inserta dentro de una vena mayor (generalmente una de las venas grandes en el cuello o brazo) extendiéndose hasta dentro de la vena central grande cerca del corazón. El catéter y la aplicación de protocolos solo debe ser manejado por personas calificadas bajo estrictas condiciones estériles. Los protocolos de Enfermería, aseguran el cumplimiento de procesos complejos y consecuentes durante la hospitalización de pacientes.

En un seguimiento efectuado en 112 UCI médicas de los EE.UU. por el National Nosocomial Infection Surveillance (NNIS) System, el 87% de las bacteriemias primarias se asoció con el uso de CIV.

El indicador de IRC recomendado es la bacteriemia relacionada con el catéter (BRC), y en España el Hospital Universitario SON DURETA presenta una tasa entre 2,05 y 4,97 episodios/1.000 días de catéter, y constituyen el 11-22% de las infecciones nosocomiales. La infección del torrente sanguíneo o bacteriemia, constituye un cuadro clínico grave, con una incidencia en Chile de 1,8 / 1.000 egresos hospitalarios, cifra que subestima el problema, pues existe una subnotificación importante.

El paciente oncológico se somete a varios procesos desde su diagnóstico hasta su tratamiento y recuperación. El tipo de tratamiento determina la aplicación

de planes terapéuticos invasivos y no invasivos, por lo que se deben seguir estrictamente técnicas y procedimientos.

La prevalencia del uso de accesos vasculares en los servicios de hospitalización del Instituto Oncológico Dr. Juan Tanca Marengo- Solca Guayaquil varía en torno a los pacientes ingresados y su tratamiento, pero se puede decir que en el Instituto el 90% de las vías venosas son periféricas y el 10% son centrales, lo que conlleva a un promedio de inserción mensual de 75 vías centrales incluidas implantes y 730 vías periféricas, esto pone de manifiesto la importancia que tiene.

En (SOLCA, 2006-2007), se realizó un estudio en la cual la tasa de bacteriemias asociadas a catéteres a nivel del hospital fue de 16.98 % y en el 2007 de 7.7% alta en relación a los estándares internacionales, se encontraron los principales factores predisponentes, la manipulación del catéter, la neutropenia, nutrición parenteral, la estancia prolongada, los antibióticos previos y la humedad entre otros. Dentro de las soluciones al problema el Comité de Infecciones elaboró protocolos, se capacitó al personal de enfermería y se creó un equipo de enfermeras para el manejo de los accesos vasculares, sin embargo no existe hasta la fecha un estudio que certifique el cumplimiento de los protocolos por parte del personal médico y de enfermería. En el año 2008 la tasa de infecciones del torrente sanguíneo fue del 2.7%.

La presente investigación tiene el propósito de conocer si la aplicación de los protocolos de manejo de accesos vasculares lo cumple adecuadamente el personal de enfermería como responsable de esta actividad.

Se trata de un estudio descriptivo observacional dirigido al cumplimiento del Protocolo de manejo de accesos vasculares en las licenciadas en enfermería de los servicios de pediatría, medicina interna y pensionado del Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo” Solca.

Existiendo la necesidad de “Evaluar la aplicación de los protocolos de manejo de accesos vasculares en los servicios de Pediatría, Medicina Interna y Pensionado del Instituto Oncológico Nacional Dr. Juan Tanca Marengo Solca-

Guayaquil.”, donde se observó al personal involucrado en el Manejo de Accesos Vasculares.

Con los resultados obtenidos se podrá palpar la realidad actual en cuanto a esta actividad y las falencias encontradas serán las bases para poder sugerir las posibles alternativas para mejorar el cumplimiento de los protocolos existentes.

CAPÍTULO I

1. EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El Comité de Infecciones del Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo”, desde el 2006 elaboró el Protocolo de Manejo de Accesos Vasculares, cuya difusión se realizó en su momento, con el objetivo de que el equipo de salud involucrado (médicos anestesiólogos, médicos residentes y licenciadas en enfermería) cumplan con los estándares establecidos por el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades e infecciones por catéteres en los pacientes oncológicos.

A pesar de contar con el protocolo, las infecciones por catéteres han prevalecido, así tenemos que desde el 2006-2007 se reportaron un 16.98%; en el 2007 un 7.7%; en el 2008 un 2.7% y los últimos reportes del 2009 un 45% de pacientes que ingresaron a los diferentes servicios para recibir tratamiento de quimioterapia, presentaron un 57% de neutropenia acompañado de “foco infeccioso” por catéteres instalados (1)

La aplicación y uso de catéteres periféricos y centrales es una práctica común en los servicios de hospitalización de SOLCA, procedimientos que son realizados por médicos anestesiólogos, cuando se trata del implante de catéter subcutáneo (implantofix); médicos residentes cuando se trata de la instalación de accesos venosos centrales y en el caso de las vías periféricas, las licenciadas son las encargadas de cumplir con el protocolo establecido, así mismo del mantenimiento de las buenas condiciones en todos los tipos de catéteres instalados.

Los accesos vasculares prevalecen en los servicios de hospitalización, varía en torno a los pacientes ingresados y el tipo de tratamiento al que se van a someter, pero se puede indicar que el 90% de los accesos venosos son periféricos, el 10% son centrales lo que conlleva a un promedio de inserción mensual de 75 vías

centrales, incluidos los implantes y 730 vías periféricas, como resultado se determina la importancia que tiene la terapia intravenosa y el correcto manejo de accesos para evitar complicaciones e infecciones.

Estos procedimientos, llevan consigo desde el inicio, un “gran riesgo” para el paciente oncológico, porque al lesionar la piel, se establece directamente una vía de acceso a procesos contaminantes que de no cumplir con las correctas técnicas de asepsia y antisepsia, exponen al torrente sanguíneo el ingreso de bacterias, dando como resultado la incidencia de infecciones por la inserción de catéteres, así mismo, la oclusión o daño del implante instalado, provocando lesiones en muchos casos irreparables.

En SOLCA, la tasa reportada de infecciones relacionadas con la instalación y manejo de accesos vasculares hasta el 2009 señala los siguientes datos: en el 2006 un 16.98% y en el 2007 de 7.7%, índice alto en relación a los estándares internacionales establecidos (2-5%).

Siendo que las licenciadas en enfermería, son las responsables del manejo y control de los diferentes accesos venosos y contando con un protocolo llama la atención la incidencia que se ha presentado a pesar de contar con un protocolo establecido, por lo tanto, deben existir factores que están incidiendo para que esta actividad que forma parte de la bioseguridad hospitalaria esté cumpliéndose aparentemente de forma deficiente.

Es necesario también considerar que desde ese mismo año (2008) el departamento de enfermería, tomando en cuenta la importancia del cumplimiento del protocolo y de disminuir la incidencia de infecciones detectadas por la Enfermera del Comité de Infecciones durante el seguimiento y control, se organizó el grupo de enfermeras para terapias intravenosas (TIN), que formaban parte del equipo de enfermería de los servicios de pensionado, medicina interna y pediatría, encargadas de cumplir en un 100% los estándares establecidos.

Sin embargo a pesar de contar con este grupo, solamente se ha podido cumplir con un 60% de los estándares establecidos en el protocolo, debido a muchos factores

departamentales como institucionales. Por lo tanto es una problemática relevante, que debe ser investigada para conocer la situación actual de esta actividad.

Por lo tanto, para la realización del presente trabajo de investigación, se propone la siguiente pregunta:

¿Cuáles son los factores que influyen en la aplicación del protocolo de manejo de accesos vasculares en las licenciadas en enfermería de los servicios de hospitalización?

1.2. JUSTIFICACIÓN.

El presente estudio se realizó en los servicios de hospitalización de: pensionado, medicina interna y pediatría del Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo” Solca-Guayaquil, ubicado en la Parroquia Tarqui.

En los servicios de hospitalización, ingresa el paciente para diferentes procedimientos y tratamientos, en su gran mayoría (90%) requiere de la instalación de catéteres venosos, sean centrales, implantables o periféricos, que depende de las condiciones del paciente oncológico.

Durante el 2006-2007 la Enfermera del Comité de Infecciones, determinó una alta incidencia de infecciones del torrente sanguíneo y tejidos adyacentes, relacionadas con la instalación de catéteres (16.98% y 7.7%) que sobrepasaron los índices establecidos y aceptables por el CDC.

Los resultados de la alta incidencia de infecciones, incremento el gasto institucional (\$3'000.000 al año, fuente Dpto. Contabilidad-SOLCA 2007) y las complicaciones en los pacientes, esta situación se transformó en “prioritaria”, por lo que se procedió a elaborar el “Protocolo de Manejo de Accesos Vasculares del Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo”, a cargo del Comité de Infecciones.

Dentro del estudio realizado durante la elaboración del Protocolo, se estableció el costo/beneficio de ahorro de \$3000,00 (tres mil dólares/100) por cada paciente hospitalizado y por la adquisición de insumos médicos (catéteres estándares) en un aproximado de \$1200,00 (mil doscientos/100) por cada uno.

Debido al impacto de las infecciones en la morbi mortalidad de los pacientes oncológicos hospitalizados y en costos asociados resulta fundamental: **Evaluar la aplicación del Protocolo de Manejo de Accesos Vasculares en las Licenciadas en Enfermería de los Servicios de Pediatría, Medicina Interna y Pensionado del Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo” SOLCA-Guayaquil.**

Los resultados obtenidos de este trabajo, nos permitirá conocer el cumplimiento correcto o incorrecto del protocolo existente, puesto que hasta el momento no ha existido un seguimiento, control y evaluación desde su creación y disposición de cumplimiento en el equipo de salud que atiende a los paciente oncológicos, así mismo conocer si la incidencia de las infecciones relacionadas con la inserción de catéteres venosos ha disminuido o ha aumentado.

Con estos resultados, se pretende presentar alternativas o sugerencias al Comité de infecciones para coordinar programas de capacitación continua al personal de licenciadas en enfermería, haciendo hincapié en el cumplimiento correcto del protocolo existente, contribuyendo a disminuir la tasa de infecciones del torrente sanguíneo y tejidos adyacentes, relacionados con la inserción, manejo y mantenimiento de catéteres implantables, centrales y periféricos.

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

- ❖ Analizar la aplicación del Protocolo de Manejo de Accesos Vasculares, realizado por las Licenciadas en Enfermería en los pacientes oncológicos hospitalizados en los servicios de medicina interna, pediatría y pensionado del Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo” SOLCA.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- ❖ Determinar el conocimiento y capacidad que tienen las Licenciadas en Enfermería sobre la aplicación del Protocolo de Manejo de Accesos Vasculares.
- ❖ Observar las técnicas utilizadas por las Licenciadas en Enfermería en la instalación de accesos venosos periféricos y mantenimiento de accesos venosos centrales e implantables
- ❖ Describir el cumplimiento de actividades de las Licenciadas en Enfermería en el manejo, mantenimiento y control de sistemas implantables.
- ❖ Proponer la planificación de programas de capacitación continua al personal de Enfermería para mejorar el cumplimiento correcto del protocolo de manejo de accesos vasculares.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO.

2.1. EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO PROFESIONAL.

La evaluación del desempeño profesional es un proceso sistemático y periódico de estimación cuantitativa y cualitativa del grado de eficacia y eficiencia de un trabajador. (2) La evaluación del profesional de enfermería es el comportamiento o conducta real para desarrollar competentemente sus obligaciones concernientes a su puesto de trabajo; es lo que hace no lo que sabe hacer.

La motivación y la actitud del profesional de enfermería durante la ejecución de sus actividades juegan un papel fundamental en su desempeño, todo este contexto comprende: destreza y preparación técnica, experiencia, toma de decisiones, habilidad en la ejecución de procedimientos y buenas relaciones interpersonales etc. (3)

Una evaluación de salud es la evaluación de datos e información sobre la liberación de sustancias peligrosas al ambiente, con el fin de evaluar cualquier impacto actual o futuro en la salud pública; también es un mecanismo que sirve para responder a las preocupaciones comunitarias relacionadas con la exposición humana a sustancias peligrosas en un sitio. La evaluación, en términos generales, supone una instancia de valoración. En los términos particulares de la evaluación educativa es posible distinguir varios objetos de evaluación cuyas relaciones implícitas son evidentes. Entre otros, es posible valorar: el sistema educativo, las instituciones, el profesorado, los materiales de la enseñanza, los proyectos educativos y los aprendizajes. (4)

Cómo evaluar? Está referido a la importancia de la obtención de la información. Tomar decisiones en cuanto a cómo evaluar requerirá de

consideraciones y criterios, el problema metodológico es mucho más amplio y profundo que la serie de instrumentos a evaluar. (5)

La clara determinación de los aspectos a evaluar, de los específicos o variables y de los posibles indicadores, es fundamental para pasar más tarde a construcciones estratégicas y de instrumentos de recogida de datos. Una serie de interrogantes nos permiten discriminar; orientar el proceso de selección de indicadores que permitan recoger esos datos que den cuenta de la existencia o no de aspectos a indagar; eso si cualquiera sea el modelo por el que se opte, el proceso y las técnicas o instrumentos deben respetar la validez y fiabilidad como condiciones fundamentales.

Para la indagación del curriculum real pueden resultar de utilidad:

- ❖ Observación directa (listas de conducta – escala de clasificaciones)
- ❖ Diversas técnicas de registro y notas de campo
- ❖ Observación indirecta (entrevista – cuestionarios – diarios o registros)
- ❖ Autoevaluación
- ❖ Auditoría

Para este estudio será factible utilizar la observación indirecta que nos permitirá determinar lo que sucede en el campo de acción de la enfermera durante la atención de pacientes hospitalizados para instalar accesos vasculares.

2.1.1. ROL DE LA ENFERMERA EN EL MANEJO DE ACCESOS VASCULARES.

Una de las intervenciones enfermeras más frecuentes en la práctica clínica diaria es el mantenimiento y cuidado de los catéteres intravasculares, una de las más importantes, ya que alrededor del 60% de pacientes del ámbito hospitalario, son portadores de un catéter venoso, bien sea para la administración de fluidos, fármacos, hemoderivados o para nutrición parenteral.⁽⁶⁾

La enfermera dentro del equipo de salud con los conocimientos y experiencia que conlleva la profesión es el elemento primordial para mantener con todas las medidas de asepsia a su alcance y prevenir la infección relacionada con la implantación y mantenimiento de los dispositivos de acceso vascular y de terapia intravenosa, para lo que realizará los cuidados necesarios en las conexiones y desconexiones de los sistemas de infusión.

La enfermera tomará todas las medidas de precaución y prevención para evitar riesgos accidentales y laborales derivados de la utilización de agujas, catéteres y demás materiales necesarios en la instauración, cuidados y mantenimiento de los accesos venosos.

2.1.2. ACCESOS VASCULARES

Los catéteres plásticos revolucionaron la terapéutica intravenosa a partir de su aparición en 1945, ya que por su intermedio fue posible prolongar los períodos de utilización de los accesos vasculares. Dos años después de implementarse el uso de estos catéteres para la administración de fluidos intravenosos se comenzaron a detectar complicaciones relacionadas a su uso tales como: flebitis, infecciones asociadas a catéter (I A C) y bacteriemia. Las bacteriemias del catéter están directamente relacionadas con los cuidados del mismo. ⁽⁷⁾

La utilización de catéteres intravasculares con fines diagnósticos o terapéuticos es cada vez más frecuente, especialmente en pacientes en situación crítica o con patologías agudas o crónicas graves y la infección por catéter es la primera causa de bacteriemias. La incidencia de “bacteriemias asociadas a los catéteres intravasculares (BRCI)”, varía considerablemente dependiendo del tipo de catéter, de la frecuencia de manipulación del mismo, y de factores relacionados con el paciente (edad, patología de base, gravedad de la enfermedad,...) Los catéteres deberán ser usados por poco tiempo solamente, o cuando ningún otro tipo de acceso le sirva. (8)

2.1.3. ¿QUÉ ES ACCESO VASCULAR?

Acceso: un medio para llegar

Vascular: sangre

Un procedimiento de acceso vascular involucra la inserción de un tubo plástico delgado y flexible en una vena grande en el cuello, pecho o ingle, o sea un catéter, dentro de un vaso sanguíneo para proveer una manera indolora de sacar sangre o entregar drogas y elementos nutritivos en el torrente sanguíneo de un paciente por un período de semanas, meses o hasta años. Además el acceso a un gran vaso, en el caso de los accesos centrales, les evita el sufrimiento de pinchazos repetidos en vasos periféricos.

Una línea de vía intravenosa (IV) simple es eficaz en el corto plazo, pero no es conveniente para uso a largo plazo. Cuando una línea IV es necesaria para un período de tiempo más largo y/o se necesita acceso venoso más seguro, un catéter especial, llamado catéter de acceso central, o un dispositivo similar, se coloca dentro de un vaso sanguíneo mayor ya sea temporalmente (días) o a largo plazo (de semanas a años) para poderse acceder libre y repetidamente durante un período deseado de tiempo.

En un procedimiento de acceso vascular, un catéter especial se inserta dentro de una vena mayor (generalmente en una de las venas grandes en el cuello o el brazo) extendiéndose hasta dentro de la vena central grande cerca del corazón.

El catéter solo se debe tocar por personas cualificadas bajo condiciones estériles. A cualquier tiempo que trabajen con el catéter deben tener **mucho cuidado** para no contaminar la sangre con bacteria.

2.1.4. UTILIDADES DEL ACCESO VASCULAR

Los procedimientos de acceso vascular se realizan cuando los pacientes necesitan: tratamiento antibiótico intravenoso, quimioterapia o drogas contra el cáncer, alimentación intravenosa (IV) a largo plazo para apoyo nutritivo, extracciones repetidas de muestras de sangre, hemodiálisis, un procedimiento usado para tratar a los pacientes cuyos riñones no funcionan correctamente. Incluye el uso de una máquina especial con tubos que remueve la sangre del cuerpo, la limpia de desechos y fluido excesivo y luego la devuelve dentro del cuerpo.

Los catéteres de acceso pueden usarse también para: transfusiones de sangre, pacientes que tienen dificultad en recibir una línea IV simple.

2.1.5. TIPOS DE ACCESOS VASCULARES.

El catéter central de inserción periférica (PICC) es un catéter largo que se extiende desde una vena en el brazo hasta dentro de la vena más grande (vena cava superior) cerca del corazón y típicamente provee acceso central de IV por

varias semanas, pero puede quedarse en sitio por varios meses. Estos catéteres se llaman "catéteres de línea mediana" cuando se colocan en tal forma que la punta del catéter se queda en una vena relativamente grande, pero no se extiende dentro de la vena central más grande.

Pueden tener uno o dos lúmenes y algunos pueden usarse para inyecciones de contraste para TC (fabricados para inyecciones energéticas de contraste).

Los catéteres centrales no tunelizados son de calibre mayor que los PICC, y son diseñados para colocarse mediante una vena relativamente grande y más central tal como la vena yugular en el cuello o la vena femoral en la ingle.

El catéter tunelizado tiene un manguito que estimula crecimiento de tejido que ayuda a mantenerlo en su sitio en el cuerpo. Ejemplos del catéter tunelizado incluyen los catéteres HICKMAN®, BROVIAC® y GROSHONG®. El catéter tunelizado es la mejor opción cuando se necesita acceso a la vena por un período largo de tiempo, fácil de acceder. Son más seguros y por lo general funcionan más eficazmente que los PICC debido a su diseño (el manguito en el catéter que estimula crecimiento de tejido) y su tamaño más grande.

El catéter puerto o puerto subcutáneo implantable, es un dispositivo permanente que consiste en un catéter acoplado a un pequeño reservorio, ambos de los cuales se implantan debajo de la piel de modo similar a los catéteres tunelizados.

Una pequeña aguja hueca y un largo alambre delgado, llamado alambre guía ayudan al médico a posicionar el catéter. Este catéter se coloca totalmente debajo de la piel. La piel del paciente se punciona cada vez que se inserta el catéter pero no hay restricciones en cuanto a duchas o baños una vez que la incisión hecha para la colocación haya cicatrizado.

Otro equipo que puede utilizarse durante el procedimiento incluye la línea intravenosa (IV) y un equipo que controla los latidos cardíacos y la presión arterial.

(9)

2.1.6. TEORÍAS Y MODELOS DE ENFERMERÍA

La teoría de enfermería aplicada en este estudio fue el de Virginia Henderson y su modelo **“Las Necesidades Básicas del individuo”**, planteó que la única función de la enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que éste realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible”

Los elementos más importantes de su teoría son:

- La enfermera asiste a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad, o alcanzar la muerte en paz.

- Introduce y/o desarrolla el criterio de independencia del paciente en la valoración de la salud.

Las necesidades humanas básicas según Henderson, son:

1º.- Respirar con normalidad.

2º.- Comer y beber adecuadamente.

3º.- Eliminar los desechos del organismo.

4º.- Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada.

5º.- Descansar y dormir.

6º.- Seleccionar vestimenta adecuada.

7º.- Mantener la temperatura corporal.

8º.- Mantener la higiene corporal.

9º.- Evitar los peligros del entorno.

10º.- Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones.

11º.- Ejercer culto a Dios, acorde con la religión.

12º.- Trabajar de forma que permita sentirse realizado.

13º.- Participar en todas las formas de recreación y ocio.

14º.- Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud.

Partiendo de la teoría de las necesidades humanas básicas, la autora identifica 14 necesidades básicas y fundamentales que comporten todos los seres humanos, que pueden no satisfacerse por causa de una enfermedad o en determinadas etapas del ciclo vital, incidiendo en ellas factores físicos, psicológicos o sociales

Normalmente estas necesidades están satisfechas por la persona cuando ésta tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas (independiente), pero cuando algo de esto falta o falla en la persona, una o más necesidades no se satisfacen, por lo cual surgen los problemas de Salud (dependiente). Es entonces cuando la enfermera tiene que ayudar o suplir a la persona para que pueda tener las necesidades cubiertas. Estas situaciones de dependencia pueden aparecer por causas de tipo físico, psicológico, sociológico o relacionado a una falta de conocimientos.

V. Henderson parte del principio de que todos los seres humanos tienen una serie de necesidades básicas que deben satisfacer, dichas necesidades son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene los suficientes conocimientos para ello.

Según este principio, las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos y existen independientemente de la situación en que se encuentre cada individuo. Sin embargo, dichas necesidades se modifican en razón de dos tipos de factores:

- **Permanentes:** edad, nivel de inteligencia, medio social o cultural, capacidad física.
- **Variables:** estados patológicos :
 - Falta aguda de oxígeno.
 - Conmoción (inclusive el colapso y las hemorragias).
 - Estados de inconsciencia (desmayos, coma, delirios).
 - Exposición al frío o calor que produzcan temperaturas del cuerpo marcadamente anormales.
 - Estados febriles agudos debidos a toda causa.
 - Una lesión local, herida o infección, o bien ambas.
 - Una enfermedad transmisible.
 - Estado preoperatorio.
 - Estado postoperatorio
 - Inmovilización por enfermedad o prescrita como tratamiento.
 - Dolores persistentes o que no admitan tratamiento.

Las actividades que las enfermeras realizan para suplir o ayudar al paciente a cubrir estas necesidades es lo que V. Henderson denomina cuidados básicos de enfermería. Estos cuidados básicos se aplican a través de un plan de cuidados de enfermería, elaborado en razón de las necesidades detectadas en el paciente.

Describe la relación enfermera - paciente, destacando tres niveles de intervención: como sustituta, como ayuda o como compañera.

Su principal influencia consiste en la aportación de una estructura teórica que permite el trabajo enfermero por necesidades de cuidado, facilitando así la definición del campo de actuación enfermero, y a nivel más práctico, la elaboración

de un marco de valoración de enfermería en base a las catorce necesidades humanas básicas.

Definición de Henderson de los 4 conceptos básicos del Meta paradigma de enfermería:

- **Persona** : Individuo que requiere asistencia para alcanzar salud e independencia o una muerte en paz, la persona y la familia son vistas como una unidad. La persona es una unidad corporal/física y mental, que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociológicos y espirituales. La mente y el cuerpo son inseparables. El paciente y su familia son considerados como una unidad.

Tanto el individuo sano o el enfermo anhela el estado de independencia.

- **Entorno**: Incluye relaciones con la propia familia, así mismo incluye las responsabilidades de la comunidad de proveer cuidados.

- **Salud**: La calidad de la salud, más que la vida en sí misma, es ese margen de vigor físico y mental, lo que permite a una persona trabajar con la máxima efectividad y alcanzar su nivel potencial más alto de satisfacción en la vida.

-**Enfermería**: La define como la ayuda principal al individuo enfermo o sano para realizar actividades que contribuyan a la salud o a la recuperación y hacerlo de tal manera que lo ayude a ganar independencia a la mayor brevedad posible o a tener una muerte tranquila. La persona con suficiente fuerza, voluntad o conocimiento realizaría estas actividades sin ayuda.

Requiere un conocimiento básico de ciencias sociales y humanidades, además de las costumbres sociales y las prácticas religiosas.

Desde nuestro punto de vista esta teoría es congruente, ya que busca la independencia de la persona a través de la promoción y educación en la salud, en las personas sanas y en las enfermas a través de los cuidados de enfermería.

Considera la salud en términos de habilidad del paciente para realizar sin ayuda los catorce componentes de los cuidados de Enfermería, equipara salud con independencia. (10)

2.2. PROTOCOLOS DE MANEJO DE ACCESOS VASCULARES DEL INSTITUTO ONCOLÓGICO NACIONAL “DR. JUAN TANCA MARENGO” SOLCA - GUAYAQUIL – 2006,

2.2.1. PROTOCOLO DE MANEJO DE ACCESOS VENOSOS PERIFÉRICOS.

OBJETIVO:

- ❖ Introducir un catéter en una vena de forma aséptica para perfundir las soluciones por vía venosa con el menor gasto iatrogénico tanto a nivel nosocomial como hemodinámica.
- ❖ Mantener el catéter permeable y prevenir infecciones mediante la aplicación de técnicas asépticas y cuidados de enfermería estandarizados.

PERSONAL QUE INTERVIENE:

- ❖ Licenciada en Enfermería que será la responsable de la inserción.
- ❖ Médico Residente en caso necesario.
- ❖ Auxiliar de Enfermería que participará como ayudante durante el procedimiento.

ELECCIÓN DEL CATÉTER E INDICACIONES:

- ❖ Catéter calibre Nº 22 y 24 para administrar hidratación, nutrición parenteral de osmolaridad compatible (menos de 850mOsm/litro) y quimioterapia no vesicante.
- ❖ Catéter calibre Nº 18 y 20 para administración de hemoderivados, hidratación, reanimación de pacientes inestables, pacientes pre quirúrgicos, tratamientos poco aplasiantes y de corta duración.

Material: Poliuretano y / o Vialón

ZONAS ANATÓMICAS DE IMPLANTACIÓN.

- ❖ Miembros Superiores: venas cefálicas y basílica.
- ❖ Venas del cuello: yugular externa.
- ❖ Manos metacarpianas.
- ❖ Miembros inferiores: venas safena, como último recurso.

Precauciones:

- ❖ Evitar venas de flexuras para terapias prolongadas cuando se usa catéter corto, por la tendencia de éstas venas a trombosarse cuando se utilizan sustancias vesicantes.
- ❖ No utilizar para la canalización un brazo en el que existe una fístula arteriovenosa, pacientes mastectomizadas.

MATERIALES Y EQUIPOS:

- ❖ 1 Catéter

- ❖ Yodo povidona
- ❖ Alcohol al 70 %
- ❖ Esparadrapo micropore y / o apósito estéril transparente
- ❖ 1 Par de guantes estériles
- ❖ 1 Mascarilla facial
- ❖ 1 Torniquete
- ❖ 1 Solución salina más el sistema de infusión
- ❖ 1 Extensión y llave de tres vías
- ❖ 1 Paquete de gasa pequeña estéril
- ❖ 1 Semiluna y /o bolsa de residuos
- ❖ 1 Contenedor de cortopunzantes

PROTOCOLO PRE IMPLANTACIÓN.

- ❖ Informar al paciente la necesidad de canalizarle una vía para aplicarle el tratamiento. Si se trata de un niño informar al familiar.
- ❖ Colocarse la mascarilla por razones necesarias.
- ❖ Lavarse las manos antes de empezar el procedimiento.
- ❖ Localizar el lugar de inserción
- ❖ Cortar el vello que se encuentra en la zona a puncionar (no rasurar)
- ❖ Colocar calor local si el miembro donde queremos insertar la vía, ofrece dificultad por vasoconstricción producida por stress o nervios.
- ❖ Aplicar el torniquete a unos 10 cms. por encima de la zona de punción.

- ❖ Colocarse los guantes estériles
- ❖ Realizar una primera asepsia con alcohol en la zona a puncionar y luego con yodopovidona, siempre de adentro hacia afuera en forma circular y dejar secar el antiséptico durante unos dos minutos.

TÉCNICA DE INSERCIÓN.

Una misma enfermera NO podrá puncionar la vena más de dos veces ya sea por falta de experiencia, estado del enfermo o de la vena. Utilizar un catéter por punción.

- ❖ Perforar la piel con el bisel de la aguja siempre hacia arriba en un ángulo de 30 a 45 grados puncionar la piel hasta llegar a la vena y comprobar el retroceso de sangre en la recámara de la aguja, avanzar la cánula en un ángulo más plano hasta un centímetro más, esta última acción mantendrá la estabilidad del catéter en la vena.
- ❖ Retirar la aguja de acero lentamente y a la vez ir introduciendo la cánula de plástico.
- ❖ Conectar el sistema de infusión junto a la extensión de llave de tres vías.
- ❖ Fijar con apósito transparente o esparadrapo.
- ❖ Lavarse las manos una vez terminado el procedimiento
- ❖ Rotular fecha, hora, número de catéter e iniciales de la persona que coloca el catéter.

PROTOCOLO POST IMPLANTACIÓN.

CUIDADOS INTRALUMINALES.-

- ❖ Mantener siempre que sea posible, una bomba de infusión que asegure la continuidad de la administración de fluidos.
- ❖ Lavar la vena con 10 cc de solución salina al 0.9% previo al cambio de fluidos, tras la suspensión y / o administración de cada medicamento especialmente antibióticos, quimioterapia, epamín, acrogésico, gluconato de calcio, bicarbonato y otros medicamentos que puedan precipitarse.
- ❖ Lavar el catéter con 20 cc de solución salina después de: administrar hemoderivados, retorno venoso reciente en las tubuladuras del catéter, dificultad en el paso de líquidos.
- ❖ Preparar de forma aséptica todas las sustancias a infundir.
- ❖ Limpiar con alcohol al 70 % los tapones de silicona de los equipos intravenosos antes de la administración de medicamentos.
- ❖ Colocar equipos nuevos cada vez que se canalice una vía periférica.
- ❖ Evitar maniobras de desobstrucción que puedan ocasionar el desplazamiento de coágulos.

CUIDADOS EXTRALUMINALES.

- ❖ Revisar la zona de inserción diariamente.
- ❖ Cambiar la gasa o apósito transparente cada 72 horas si está sucio o despegado (técnica estéril)
- ❖ Cambiar las líneas intravenosas que contengan restos hemáticos o cuando se sospecha de contaminación.
- ❖ Cambiar los sistemas intravenosos cada 72 horas.

- ❖ Cambiar los sistemas intravenosos cada 24 horas cuando se infundan soluciones lipídicas, soluciones de dextrosa mayores al 10% y nutrición parenteral.
- ❖ Rotular las tubuladuras intravenosas.
- ❖ Evitar las desconexiones de los equipos intravenosos.
- ❖ Mantener el punto de inserción libre de restos hemáticos y medicación.
- ❖ Retirar las llaves de tres vías que no estén en uso.
- ❖ Cambiar catéter cada 72 horas o cuando existan signos de flebitis, extravasación, infección y obstrucción.
- ❖ Rotular fecha, hora, número de catéter e iniciales de la persona que inserta el catéter.
- ❖ Retirar el catéter y equipos intravenosos si ha sido colocado en situación de urgencia o en otra institución de salud
- ❖ **No mojar el catéter con agua al momento que se realiza el aseo del paciente.**

RECOMENDACIONES.

- ❖ Utilizar zona anatómica adecuada.
- ❖ Evitar zonas donde anteriormente se han producido lesiones flebíticas, esclerosadas o que estén cerca de una área de extravasación.
- ❖ No palpar el sitio de inserción después que la piel ha sido limpiada con el antiséptico.
- ❖ Utilizar un catéter en cada inserción.
- ❖ Si a las 48 horas de insertado un catéter hubieran complicaciones como flebitis, extravasación, infiltración, etc... se instalara vía y equipos nuevos.

- ❖ Utilizar en primer lugar venas más distales, dejando las de mayor calibre para situaciones de urgencia y volúmenes de perfusión mayores.
- ❖ Evitar en lo posible colocar el catéter en el brazo dominante.
- ❖ No puncionar venas en pacientes que han sido mastectomizadas o con vaciamiento ganglionar, sin autorización del cirujano.
- ❖ Una misma enfermera no debe realizar más de dos intentos, si el paciente es de difícil acceso comunicar al médico para que valore la posibilidad de colocar un catéter central.
- ❖ No elegir venas en zonas con trastorno de sensibilidad.
- ❖ No utilizar venas periféricas para administrar sustancias irritantes o hiperosmolares. (la capacidad de la vena periférica está limitada de 700 a 900 mOs/ l.).

TIEMPO DE PERMANENCIA DEL CATÉTER.

- ❖ El catéter periférico de corta duración podrá estar colocado como máximo 72 horas y deberá ser cambiado cada 72 horas y ante las situaciones abajo descritas.

INDICACIÓN DE RETIRO.

- ❖ Cuando cese la indicación médica para lo cual fue instalado.
- ❖ Flebitis el solo hecho que el paciente manifieste dolor y aunque haya retorno venoso, retirar el catéter y colocar otro nuevo.
- ❖ Obstrucción, infiltración, extravasación y/o signos de infección local y sistémica.

REGISTROS:

- ❖ Anotar en la historia clínica el procedimiento realizado así como cualquier otra novedad que presente el paciente.
- ❖ Abrir hoja de seguimiento de catéter venoso periférico de corta duración. (anotar fecha y hora de inserción, cambio de apósito, retirada del catéter, número de calibre del catéter, cambios de sistemas de infusión, nombre del profesional.
- ❖ Registrar en la historia clínica signo de flebitis según la escala detallada.
- ❖ Realizar el informe mensual de los procedimientos que implican el cuidado e inserción del catéter y tubuladuras así como las complicaciones que se presenten, al Departamento de Enfermería con copia al Comité de control de Infecciones.

CUADRO DE CONTROL DE FLEBITIS.

GRADO	CRITERIO
0	NO : dolor, eritema, tumefacción, induración de un cordón venoso
1	Dolor en el punto de inserción, pero no signos de eritema, tumefacción o palpación de un cordón venosos.
2	Cierto grado de eritema , tumefacción o ambos a la vez , no induración , ni cordón venoso
3	Eritema, tumefacción en el punto de inserción, cordón venoso palpable de cinco a 6 cm. por encima del punto de inserción, fiebre.
4	Eritema, tumefacción en la zona de inserción y cordón venoso palpable en zona superior a 5 a6 cm., fiebre.

2.2.2. PROTOCOLO DE MANEJO DE ACCESOS VENOSOS CENTRALES DE CORTA DURACIÓN. (INSTITUTO ONCOLOGICO NACIONAL, 2006)

OBJETIVO:

- ❖ Introducir un catéter en una vena central de forma aséptica para perfundir grandes aportes parenterales, mediciones hemodinámicas y cubrir situaciones de emergencia.
- ❖ Mantener la permeabilidad y prevenir la infección mediante técnica aséptica.

PERSONAL QUE INTERVIENE.

- ❖ Médico residente capacitado y con entrenamiento práctico, **realizar hasta dos punciones e inmediatamente llamar a médico tratante para que realice la inserción.**
- ❖ Médicos Tratantes.
- ❖ Licenciada en Enfermería y / o Auxiliar de Enfermería, que participa como circulante durante la colocación del catéter.

INDICACION MÉDICA:

- ❖ Infusión de sustancias irritantes o cáusticas, infusiones prolongadas de soluciones hipotónicas, hipertónicas con osmolaridad mayor a 850 mOsmol/ L.
- ❖ Tratamientos de media duración con quimioterapia vesicante.
- ❖ Tratamientos de inducción y consolidación para LMA, LLA, LMC y aplasias medulares.
- ❖ Administración de drogas vaso activas.
- ❖ Administración de nutrición parenteral.

- ❖ Monitorización hemodinámica, medición de presión venosa central.
- ❖ Infusión simultánea de medicamentos incompatibles, a través de catéter de lumen múltiple.
- ❖ Imposibilidad de acceso de venas periféricas.

ANESTÉSICA – QUIRÚRGICAS:

- ❖ Gran cirugía gastrointestinal, que implique ayunos prolongados postoperatorios, pérdida importante de fluidos y sangre en el intraoperatorio.
- ❖ Cirugía de pulmón, bronquial con potencial pérdida de gran cantidad de sangre.
- ❖ Cirugía vascular de grandes vasos y cirugía cardíaca.
- ❖ Neurocirugía, resecciones de tumores, cirugía de fosa posterior y aneurisma intracerebrales.
- ❖ Cirugía ginecológica, amplias, linfadenectomía por cáncer.
- ❖ Intervenciones urológicas: linfadenectomía por tumor testicular, nefrectomía radical, receptor de trasplante renal.
- ❖ Grandes quemados.
- ❖ Imposibilidad de acceso de vías periféricas.

LUGAR DE INSTALACIÓN.

Los catéteres centrales deben ser instalados en quirófano o sala de procedimientos donde se restrinja la circulación de personal a solo aquellos necesarios durante la realización del procedimiento, con el fin de aportar un lugar

cómodo y que facilite el cumplimiento de técnica aséptica rigurosa y uso de campo estéril amplio durante el procedimiento.

ELECCIÓN DEL CATÉTER.

Material: Poliuretano

Longitud: 20 cms.

- ❖ En pacientes pediátricos usar catéter medicado de doble lumen, donde una vía sea de uso exclusivo para extracción de muestras de sangre.
- ❖ Usar catéteres de una sola luz, a menos que sea indispensable uno de múltiples luces, para el tratamiento del paciente adulto.

ZONAS ANATÓMICAS DE IMPLANTACIÓN.

- ❖ Vena subclavia.
- ❖ Yugular interna
- ❖ Vena femoral
- ❖ Preferir el uso de una vena subclavia o yugular interna, como sitio de inserción de un catéter central, dependiendo de la experiencia del operador.

MATERIALES Y EQUIPOS:

- ❖ Alcohol al 70%
- ❖ Yodo povidona
- ❖ 3 Paquetes de gasa mediana

- ❖ 1 Paquete de gasa pequeña con ranura
- ❖ Esparadrapo micropore o apósito estéril transparente
- ❖ 2 Guantes estériles
- ❖ 1 campo estéril perforado amplio
- ❖ 2 Batas estériles
- ❖ 3 Mascarillas faciales (operador y ayudante)
- ❖ 2 Gorros quirúrgicos (operador, paciente y ayudante)
- ❖ 1 Set con el catéter
- ❖ 1 Solución salina más el sistema de infusión
- ❖ 1 Lidocaína sin epinefrina al 2 %
- ❖ 1 Sutura 2.0 o 3.0
- ❖ 1 Equipo de cirugía menor
- ❖ 1 Extensión y llave de tres vías.
- ❖ 3 Jeringuillas de 10 cc y 5 cc con aguja larga
- ❖ 1 Contenedor para cortopunzantes y bolsa de residuos.

PROTOCOLO PRE IMPLANTACIÓN

- ❖ Informar al paciente explicándole en qué consiste la técnica, las ventajas.
- ❖ Hacer firmar la hoja de consentimiento informado.
- ❖ Informar al paciente la necesidad de canalizarse una vía para aplicarle el tratamiento. Si se trata de un niño informar al familiar.
- ❖ Revisar en la historia clínica: pruebas de coagulación, plaquetas, signos vitales, saturación de oxígeno, Rx de tórax y EKG si está disponible.

- ❖ Bañar al paciente.
- ❖ Mantener en ayunas al paciente si se trata de un niño.
- ❖ Retirar prótesis, anillos, reloj.
- ❖ Mantener el equipo completo.

TÉCNICA DE INSERCIÓN

Realizar hasta dos punciones e inmediatamente llamar a médico tratante para que realice la inserción.

- ❖ Realizar el lavado de manos clínico antes del procedimiento.
- ❖ Colocarse bata, mascarilla y gorro (operador y ayudante).
- ❖ Colocar gorro al paciente.
- ❖ Identificar la zona anatómica
- ❖ Realizar la antisepsia en el área primero con alcohol y luego con yodopovidona por tres ocasiones realizando movimientos circulares en forma centrífuga y dejar actuar por dos minutos, luego cubrir con una gasa estéril.
- ❖ Colocar campo perforado estéril.
- ❖ Colocar la cabeza del paciente en la posición adecuada dependiendo de la vía de inserción teniendo en cuenta que una rotación excesiva puede causar colapso de la vena.
- ❖ Administrar anestesia local inyectando 1 o 2 ml de Lidocaína al 2% sin epinefrina.
- ❖ Localizar el vaso deseado percutáneamente con una aguja montada en una jeringa aspirando hasta obtener sangre.

- ❖ Introducir la guía metálica a través de la aguja por su extremo más flexible (el extremo curvo si lo tiene la guía en cuestión), avanzando 1/4 a 1/3 de su longitud.
- ❖ Retirar la aguja sujetando la guía.
- ❖ Irrigar el sistema con solución salina a goteo libre, para asegurar el funcionamiento y verificar el retorno venoso.
- ❖ Realizar extracciones de sangre para laboratorio, si fueran necesario.
- ❖ Cubrir el sitio de la incisión con y / o apósito transparente.
- ❖ Cubrir la conexión catéter – tubuladura con gasa seca.

CUIDADOS POSTIMPLANTACIÓN.

- ❖ Controlar los signos vitales cada hora por 4 horas y luego cada turno.
- ❖ Controlar la zona de inserción por si existe hematoma, si esto sucede colocar hielo local.
- ❖ Realizar radiografía de tórax para confirmar ubicación de la punta del catéter y presencia de complicaciones de forma inmediata, debe ser valorada por el médico responsable de la colocación del catéter.

CUIDADOS INTRALUMINALES.

- ❖ Retirar la llave de tres vías cuando no exista necesidad.
- ❖ Evitar continuas desconexiones, mantener el sistema cerrado.
- ❖ Mantener siempre que sea posible, una bomba de infusión que asegure la continuidad de la administración de fluidos.

- ❖ Lavar la vena con 10 cc de solución salina al 0.9% previo al cambio de fluidos, tras la suspensión y / o administración de cada medicamento especialmente antibióticos, quimioterapia, epamín, acrogésico, gluconato de calcio, bicarbonato y otros medicamentos que puedan precipitarse.
- ❖ Lavar el catéter con 20 cc de solución salina y purgar con solución heparinizada después de: administración de hemoderivados, extracciones de sangre, retorno venoso reciente en las tubuladuras del catéter, dificultad en el paso de líquidos, administración quimioterapia Etopósido y 5 Fluororacilo.
- ❖ Preparar de forma aséptica todas las sustancias a infundir en un área específica solo para este fin.
- ❖ Limpiar con alcohol los tapones de silicona de los equipos intravenosos antes de la administración de medicamentos.
- ❖ Usar un agente trombolítico como la heparina cuando haya obstrucción y se descarte si hay una causa mecánica o posicional.
- ❖ Evitar maniobras de desobstrucción que puedan ocasionar el desplazamiento de coágulos.

CUIDADOS EXTRALUMINALES.

- ❖ Revisar la zona de inserción diariamente.
- ❖ Lavado de manos clínico antes de cada manipulación
- ❖ Limpiar el sitio de inserción con solución salina, luego con el antiséptico, a las 24 horas de colocado el catéter.
- ❖ Curar el sitio de inserción con yodo povidona cada 72 horas y siempre que el apósito esté sucio o deteriorado. (técnica estéril).
- ❖ Cambiar los sistemas intravenosos cada 72 horas.

- ❖ Cambiar los sistemas intravenosos cada 24 horas cuando se infundan soluciones lipídicas, soluciones de dextrosa mayores al 10% y nutrición parenteral.
- ❖ Eliminar los equipos de transfusión una vez culminado el procedimiento.
- ❖ Cambiar las líneas intravenosas que contengan restos hemáticos.
- ❖ Evitar las desconexiones de los equipos intravenosos.
- ❖ Mantener el punto de inserción libre de restos hemáticos y medicación.
- ❖ Retirar las llaves de tres vías que no estén en uso.
- ❖ Cambiar catéter cuando existan signos de extravasación, infección y obstrucción.
- ❖ Limpiar la unión catéter – tubuladura de infusión con yodo povidona cada vez que se cambien las mismas y proteger con gasa estéril.
- ❖ Rotular el sitio de inserción, fecha de colocación y fecha de curación así como nombre y apellido de la enfermera que realiza la curación.
- ❖ Rotular las tubuladuras intravenosas.

PURGADO DE CATÉTER CENTRAL.

- ❖ Obtener 0,5 cc de heparina que equivale a 2500 UI de heparina sódica, luego diluir en 9.5 cc de solución salina que equivale a 250 UI por ml, de esta dilución se coge 1 cc (250 UI) y lo volvemos a diluir en 9 cc de solución salina obteniendo así 25 UI de heparina por ml.
- ❖ **Infundir de 1.5 a 2 cc de esta dilución en pacientes pediátricos y adultos. No puede administrar más de 50 unidades de heparina durante el procedimiento de purgado.**

- ❖ **Cuando purgar:** después de administrar hemoderivados, después de extracciones de sangre, administración de quimioterapia tipo etopósido o 5 Fluororacilo, dificultad en el paso de líquidos, retorno venoso reciente en tubuladuras del catéter.
- ❖ **Previo a purgar, primero lavar la vena con 20 cc de solución salina.**

HEPARINIZACIÓN DEL CATÉTER CENTRAL.

- ❖ Obtener 1 cc de heparina que equivale a 5.000 UI de heparina sódica, luego diluir en 9 cc de solución salina, de esta dilución se coge 1cc (500 UI) y lo volvemos a diluir en 4 cc de solución salina obteniendo así 100 UI de heparina por cada ml. **(No utilizar jeringuillas menores de 10 cc).**
- ❖ Administrar 2 cc de ésta dilución en el lumen (paciente pediátrico)
- ❖ Administrar 3 cc de ésta dilución en el lumen (paciente adulto)
- ❖ **Cuando heparinizar:** cuando haya obstrucción, que no sea mecánica ni posicional.

TIEMPO DE PERMANENCIA DEL CATÉTER.

- ❖ El catéter central deberá estar colocado el tiempo necesario que dure la terapia indicada por el médico, se lo deberá retirar ante las situaciones abajo descritas.
- ❖ No debe realizarse cambios rutinarios para prevenir infección por catéter.

INDICACIÓN MÉDICA DE RETIRO.

- ❖ Cuando cese la indicación médica para lo cual fue instalado.
- ❖ Ante la presencia de signos locales de infección del catéter (inflamación severa y / o supuración del orificio de entrada) más signos sistémicos (fiebre, taquicardia, taquipnea, leucocitosis), ausencia de otro foco

probable, tomar 2 hemocultivos periféricos, retirar el catéter y cultivar los últimos 5 centímetros de la punta y colocar una nueva vía venosa.

- ❖ No debe realizarse cambio del catéter por cuerda de alambre. De ser necesario hacerlo: en casos de perforación del catéter y ausencia de venas adecuadas o sitios adecuados de punción y siempre y cuando no hayan signos de infección en el orificio de entrada, cultivar los últimos 5 centímetros del catéter que se retira, si el cultivo del catéter es positivo para infección por técnica de MAKI mayor de 15 unidades formadoras de colonias, debe retirarse el catéter que se colocó.
- ❖ Retirar el catéter central y equipos intravenosos a la 48 0 72 horas si ha sido colocado en situación de urgencia o en otra situación de salud y / o retirarlo inmediatamente cuando haya signos de infección del catéter (inflamación severa y / o supuración del orificio) o si no hay información de la fecha de cuando fue colocada.
- ❖ Obstrucción del catéter.
- ❖ Evidencia de deslizamiento.

REGISTROS.

- ❖ Anotar en la historia clínica el procedimiento realizado así como cualquier novedad que se presente en el paciente.
- ❖ Abrir hoja de seguimiento de catéter venoso central de corta duración. (anotar fecha y hora de inserción, cambio de apósito, retirada del catéter, número de calibre del catéter, cambios de sistemas de infusión, nombre del profesional.
- ❖ Realizar el informe mensual de los procedimientos que implican el cuidado e inserción del catéter y tubuladuras así como las complicaciones que se presenten, al Departamento de Enfermería con copia al comité de Control de Infecciones.

2.2.3. PROTOCOLO DE CURACIÓN CATÉTER CENTRAL DE CORTA DURACIÓN (INSTITUTO ONCOLOGICO NACIONAL, SOLCA 2006)

OBJETIVO:

- ❖ Prevenir la infección del sitio de inserción aplicando todas las medidas de asepsia y antisepsia relacionadas con el mantenimiento del catéter central de corta duración.

PERSONAL QUE INTERVIENE:

- ❖ Licenciada en Enfermería
- ❖ Auxiliar de enfermería que interviene como circulante

INDICACIÓN.

- ❖ Cada 72 horas y cuando el apósito este visiblemente sucio, desprendido o húmedo.

MATERIALES Y EQUIPOS.

- ❖ 2 Mascarillas faciales
- ❖ 1 Gorro quirúrgico
- ❖ 1 Equipo de curación
- ❖ 2 Campos estériles 40 x 40 cm.
- ❖ 1 Par de guantes de manejo
- ❖ 2 Paquetes de gasas pequeñas
- ❖ 1 Apósito transparente
- ❖ Esparadrapo

- ❖ Yodopovidona y / o solución de clorhexidina al 2%
- ❖ 1 Solución salina de 100 cc
- ❖ 1 Jeringuilla de 10 cc
- ❖ 1 Semiluna y / o bolsa de residuos.
- ❖ Aplicadores.

PROCEDIMIENTO.

- ❖ Colocar gorro , mascarilla (operador , ayudante)
- ❖ Colocar mascarilla al paciente
- ❖ Realizar lavado de manos con solución de clorhexidina
- ❖ Explicar el procedimiento al paciente.

En caso de no contar con ayudante:

- ❖ Dejar listo el material a utilizar sobre una superficie limpia y campo estéril y en él depositamos:

Un apósito transparente con puerto IV.

Gasas humedecidas con yodopovidona y / o clorhexidina

Aplicadores impregnados con yodopovidona

Gasa estéril seca.

2 pares de guantes estériles.

En un lugar limpio y cercano dejar listo: 1 rollo de esparadrapo en caso necesario

- ❖ Colocar guantes de manejo, desprender apósito transparente o esparadrapo y retirar gasas.
- ❖ Colocar guantes estériles

- ❖ Colocar el campo estéril sobre la superficie del tórax del paciente por debajo de los lúmenes del catéter.
- ❖ Realizar la antisepsia del sitio de inserción de adentro hacia afuera con gasa impregnada de yodopovidona y / o clorhexidina por tres ocasiones y dejar que actúe por dos minutos y en las zonas de difícil acceso utilizar los aplicadores impregnados con el antiséptico.
- ❖ Retirar los excesos de antiséptico con gasa estéril.
- ❖ Cubrir el sitio de inserción con gasa estéril y fijar con esparadrapo y/ o apósito transparente.
- ❖ Colocar guantes estériles nuevos.
- ❖ Realizar la antisepsia de los lúmenes del catéter con gasas impregnadas con yodopovidona y / o clorhexidina, dejar que actúe por dos minutos y retirar los excesos de antiséptico con gasa estéril.
- ❖ Cubrir la unión catéter –tubuladura con gasa estéril y fijar con esparadrapo. El lumen destinado para las extracciones de sangre también dejarlo cubierto.
- ❖ Cerrar el clamp del catéter y realizar el cambio de tubuladura intravenosa si fuera necesario.
- ❖ Realizar lavado de manos clínico.
- ❖ Registrar la fecha de curación, fecha de inserción y responsable de la curación en la periferia del sitio de inserción, utilizando el adhesivo estéril que viene en el apósito transparente y / o utilizar una tira fina de esparadrapo.

**2.2.4. PROTOCOLO DE EXTRACCIÓN DE MUESTRAS SANGUÍNEAS
(CATÉTER CENTRAL)(INSTITUTO ONCOLÓGICO NACIONAL“DR. JUAN
TANCA MARENGO” SOLCA - GUAYAQUIL – 2006,**

OBJETIVO:

- ❖ Extraer de forma aséptica las muestras de sangre necesaria utilizando el lumen del catéter de mayor calibre destinado para la extracción.

PERSONAL QUE INTERVIENE:

- ❖ Licenciada en Enfermería.
- ❖ Auxiliar de Enfermería, que participa como circulante.

INDICACIONES:

- ❖ Toma de muestras para retrocultivos indicado por médico tratante.
- ❖ Toma de muestras de laboratorio indicado por médico tratante.

MATERIALES Y EQUIPOS:

- ❖ 2 gorros quirúrgicos
- ❖ 3 mascarillas
- ❖ Esparadrapo
- ❖ 2 Par de guantes estériles
- ❖ 2 Campos estériles 40 x 40 cm
- ❖ 1 Paquete de gasa pequeña
- ❖ 1 Solución salina de 100 cc
- ❖ 2 Jeringuillas de 20 cc

- ❖ 2 Jeringuillas de 10 cc
- ❖ 1 Jeringuilla de 5cc
- ❖ 1 Frasco de heparina de 25.000 UI
- ❖ 2 Frascos de hemocultivo (si es necesario)
- ❖ 3 tubos de ensayos estériles (rojo, lila, celeste)
- ❖ Contenedor para cortopunzantes
- ❖ Bolsa de desechos.

PROCEDIMIENTO.

- ❖ Explicar el procedimiento al paciente
- ❖ Colocar gorro y mascarilla: operador y ayudante
- ❖ Colocar mascarilla al paciente
- ❖ Realizar lavado de manos clínico
- ❖ Colocarse los guantes estériles (operador) y recibir campo proporcionado por ayudante.

En caso de no contar con ayudante dejar listo el material:

- ❖ Abrir un campo estéril y en el depositamos:

2 jeringuillas de 10 cc

2 jeringuillas de 20 cc

1 solución salina de 100 cc

Gasas humedecidas con yodopovidona y / o clorhexidina

Gasa estéril seca

2 pares de guantes estériles

❖ En un lugar limpio y cercano dejar listo:

1 frasco de heparina de 25.000 UI

1 rollo de esparadrapo en caso necesario

❖ Colocarse un guante estéril en la mano dominante, luego tomar la jeringuilla que está depositada en el campo estéril.

❖ Con la mano sin guante, tomar el frasco de heparina y extraer la dosis requerida.

❖ Colocarse el segundo guante y realizar la dilución de heparina con la solución salina de acuerdo al protocolo de dilución.

❖ Cargar 2 jeringuillas con 20 cc de solución salina al 0.9% y colocarlas dentro del campo estéril.

❖ Retirar esparadrapo y gasas que cubren el lumen del catéter

❖ Colocar nuevo par de guantes estériles

❖ Colocar el campo estéril sobre la superficie del tórax del paciente y por debajo del lumen del catéter.

❖ Realizar antisepsia del lumen con gasas impregnadas de yodopovidona o clorhexidina y dejar actuar por dos minutos.

❖ Cerrar el clamp del catéter, conectar la jeringuilla, abrir el clamp y lavar la vía con 20 cc de solución salina.

❖ Abrir el clamp y extraer 5 - 10 cc de sangre y desechar.

❖ Conectar jeringuilla de 10cc y retirar el volumen de sangre deseado.

❖ Limpiar el catéter inmediatamente después de la extracción, con 20 cc de solución salina.

- ❖ Purgar con solución heparinizada el lumen del catéter de acuerdo al protocolo.
- ❖ Realizar lavado de manos clínico después del procedimiento.

PURGADO DE CATÉTER CENTRAL

- ❖ Obtener 0,5 cc de heparina que equivale a 2500 UI de heparina sódica, luego diluir en 9.5 cc de solución salina que equivale a 250 UI por ml, de esta dilución se coge 1 cc (250 UI) y lo volvemos a diluir en 9 cc de solución salina obteniendo así 25 UI de heparina por cada ml.
- ❖ **Administrar 2 cc de esta dilución en cada lumen tanto en pacientes pediátricos y adultos. No puede administrar más de 50 unidades de heparina durante el procedimiento de purgado.**

REGISTROS:

- ❖ Anotar en la historia clínica el procedimiento realizado así como cualquier novedad que se presente en el paciente.
- ❖ Realizar el informe mensual de los procedimientos que implican el cuidado e inserción del catéter y tubuladuras así como las complicaciones que se presenten, al Departamento de Enfermería con copia al comité de Control de Infecciones.

2.2.5. PROTOCOLO DE MANEJO DE CATÉTER CENTRAL DE CORTA DURACIÓN (PICC) (INSTITUTO ONCOLOGICO NACIONAL, 2006)

OBJETIVOS:

- ❖ Insertar un catéter central a través de una vena periférica para administrar medicación que se prevee para un cierto tiempo, superior a 15 días o por la agresividad de la sustancia a infundir.
- ❖ Mantener la permeabilidad del catéter y prevenir infecciones mediante técnicas asépticas.

PERSONAL QUE INTERVIENE:

- ❖ Licenciada en Enfermería y / o Medico capacitado y con entrenamiento práctico.
- ❖ Auxiliar de Enfermería, que participa como circulante.

INDICACIÓN.

- ❖ Infusión de sustancias irritantes o cáusticas, infusiones prolongadas de soluciones hipertónicas.
- ❖ Tratamientos de media y larga duración con quimioterapia vesicante.
- ❖ Administración de nutrición parenteral.

LUGAR DE INSTALACIÓN.

Los catéteres centrales deben ser instalados en la sala de Procedimientos donde se restrinja la circulación de personal a solo aquellos necesarios durante la realización del procedimiento, con el fin de aportar un lugar cómodo y que facilite el cumplimiento de técnica aséptica rigurosa.

ELECCIÓN DEL CATÉTER:

GROSOR: 5 Fr – 6 Fr dos luces

Material: Poliuretano

ZONAS ANATÓMICAS DE IMPLANTACIÓN:

- ❖ Miembros superiores: venas cefálicas y basílica
- ❖ Antebrazos: ante cubitales
- ❖ Brazo: tercio medio inferior, por encima de la flexura
- ❖ Venas del cuello: yugular externa

MATERIALES Y EQUIPOS:

- ❖ 1 Kit con catéter PICC
- ❖ 1 Solución salina con equipo de infusión
- ❖ 1 Llave de tres vías y extensión
- ❖ 1 Apósito transparente o esparadrapo
- ❖ 1 Frasco heparina sódica
- ❖ 2 Guantes estériles
- ❖ 2 Mascarillas
- ❖ 2 Apósitos pequeños
- ❖ 2 Gasas estériles pequeñas y grandes
- ❖ 1 Compresa estéril
- ❖ 1 Campo perforado estéril

- ❖ 2 Batas estériles
- ❖ 1 Torniquete
- ❖ 2 Jeringuillas de 10 cc
- ❖ 1 Jeringuilla de 5 cc
- ❖ Contenedor para cortopunzantes
- ❖ Bolsa de desechos

PROTOCOLO DE PREIMPLANTACIÓN.

- ❖ Informar al paciente, explicándole en qué consiste la técnica.
- ❖ Llenar la hoja de consentimiento firmado por el paciente o familiares (en oncopediatria los padres firman el consentimiento para este procedimiento).

TÉCNICA DE INSERCIÓN.

- ❖ Realizar el lavado de manos clínico antes del procedimiento.
- ❖ Colocarse bata, mascarilla y gorro (operador y ayudante).
- ❖ Localizar la zona de implantación, preferiblemente la flexura del brazo derecho (para facilitar la entrada en la vena cava), vena basílica cuyo tamaño oscila entre 0.25 y 1 cm de diámetro.
- ❖ Colocar el brazo del enfermo en ángulo de 90 grados.
- ❖ Lavar la zona de inserción del catéter con agua y jabón, secar con compresa estéril.
- ❖ Colocar compresas de agua tibia, si el miembro donde se va a insertar la vía, ofrece dificultad por vasoconstricción producida por estrés o por el frío.

- ❖ Lavarse las manos y colocarse los guantes estériles.
- ❖ Preparar el catéter irrigándolo con la solución de heparina, dejando la jeringa en el conector.
- ❖ Cortar el catéter con tijeras estériles o bisturí y en ángulo de 90 grados, si fuera necesario.
- ❖ Colocar el torniquete.
- ❖ Cambiar los guantes estériles nuevamente.
- ❖ Realizar la antisepsia del sitio de inserción de adentro hacia afuera con gasa impregnada con yodopovidona y / o clorhexidina por tres ocasiones y dejar que actúe por dos minutos y retirar los excesos de antiséptico con gasa estéril.
- ❖ Canalizar la vena aproximadamente 3 cm.
- ❖ Quitar el torniquete y a continuación la aguja de la vaina, utilizando la técnica en “V”, colocar el dedo índice de la mano no dominante sobre el introductor de plástico taponando con el dedo pulgar izquierdo el orificio de la misma, para evitar pérdida de sangre.
- ❖ Tomar el catéter con la mano derecha, e introducirlo suavemente a través de la vaina haciéndolo progresar lentamente, comprobando el flujo de sangre con la jeringa incorporada.
- ❖ Retirar la vaina con suavidad cuando el catéter se encuentre en el punto de inserción deseado, sujetando con la otra mano el catéter por encima del punto de inserción para evitar su desplazamiento.
- ❖ Conectar la alargadera, si no tiene clamp el catéter y sellarlo con heparina, luego colocar el tapón o válvula.
- ❖ Limpiar la zona con yodopovidona, colocar apósito y fijar.

- ❖ Rotular las tubuladuras y el sitio de inserción (fecha de inserción, iniciales de la persona que realiza el procedimiento).
- ❖ Realizar lavado de manos clínico.
- ❖ Realizar Rx tórax de control.

PROTOCOLO POST IMPLANTACIÓN.

- ❖ Controlar los signos vitales después de la inserción y luego en cada turno.
- ❖ Controlar la zona de inserción por si existe hematoma, si esto sucede colocar hielo local.
- ❖ Realizar radiografía de tórax para confirmar ubicación de la punta del catéter y presencia de complicaciones de forma inmediata y debe ser valorada por el médico y la enfermera responsables de la inserción.
- ❖ Indicarle al paciente de su nueva situación, e indicarle que mueva el brazo.
- ❖ Dejar al paciente en situación cómoda.
- ❖ Facilitar un manual de cuidados, leerlo con él si es posible.

CUIDADOS INTRALUMINALES.

- ❖ Retirar la llave de tres vías cuando no exista necesidad.
- ❖ Evitar continuas desconexiones, mantener el sistema cerrado.
- ❖ Mantener siempre que sea posible, una bomba de infusión que asegure la continuidad de la administración de fluidos.
- ❖ Lavar la vena con 10 cc de solución salina al 0.9% previo al cambio de fluidos, tras la suspensión y / o administración de cada medicamento

especialmente antibióticos, quimioterapia, epamín, acrogésico , gluconato de calcio, bicarbonato y otros medicamentos que puedan precipitarse.

- ❖ Lavar el catéter con 20 cc de solución salina y purgar con solución heparinizada después de:

Administración de hemoderivados, extracciones de sangre, retorno venoso reciente en las tubuladuras del catéter, dificultad en el paso de líquidos, administración quimioterapia Etopósido y 5 Fluoruracilo.

- ❖ Preparar de forma aséptica todas las sustancias a infundir en un área específica solo para este fin.
- ❖ Limpiar con alcohol los tapones de silicona de los equipos intravenosos antes de la administración de medicamentos.
- ❖ Heparinizar con presión positiva, dejando unas décimas en la jeringuilla.
- ❖ Limpiar con un antiséptico las válvulas antes de manipularlas.
- ❖ El catéter sin utilizar debe ser heparinizado cada siete días, con presión positiva, si se trata de un catéter con dos luces, cada luz con jeringuilla distinta.

CUIDADOS EXTRALUMINALES.

- ❖ Lavado de manos antes de cualquier manipulación.
- ❖ Curación rigurosa a las 24 horas de inserción.
- ❖ Realizar la curación con suero salino y antiséptico, comenzando a limpiar desde la inserción hacia fuera, haciendo un círculo, dejando secar la zona totalmente antes de colocar el apósito.
- ❖ Realizar las curaciones posteriores cada 72 horas y dependiendo de la necesidad si antes se lo requiere.

- ❖ Cambiar las tubuladuras cada 24 horas cuando se realice: administración de lípidos, soluciones dextrosadas de más del 10 %, nutrición parenteral y desechar equipo después de la transfusión de hemoderivados.
- ❖ No utilizar pinzas con dientes ni tijeras cerca de la zona de inserción del catéter, para no dañarlo, ni cortarlo indebidamente.
- ❖ Adiestrar al paciente y familiar en cuanto al cuidado en domicilio e incluso en el hospital.

PURGADO DE CATÉTER PICC.

- ❖ Obtener 0,5 cc de heparina que equivale a 2500 UI de heparina sódica, luego diluir en 9.5 cc de solución salina que equivale a 250 UI por ml, de esta dilución se coge 1 cc (250 UI) y lo volvemos a diluir en 9 cc de solución salina obteniendo así 25 UI de heparina por cada ml.
- ❖ **Administrar 2 cc de esta dilución en cada lumen tanto en pacientes pediátricos y adultos. No puede administrar más de 50 unidades de heparina durante el procedimiento de purgado.**
- ❖ **Cuando purgar: después** de administrar hemoderivados, después de extracciones de sangre, administración quimioterapia Etopósido y 5 Fluororacilo, dificultad en el paso de líquidos, retorno venoso reciente en tubuladuras del catéter.
- ❖ **Previo a purgar, primero lavar la vena con 20 cc de solución salina.**

HEPARINIZACIÓN DEL CATÉTER PICC.

- ❖ Obtener 1 cc de heparina que equivale a 5000 UI de heparina sódica, luego diluir en 9 cc de solución salina, de esta dilución se coge 1 cc (500 UI) y lo volvemos a diluir en 4 cc de solución salina obteniendo así 100 UI de heparina por cada ml.(no utilizar jeringuillas menor de 10 cc)

- ❖ **Administrar 2 cc de esta dilución en el lumen (paciente pediátrico).**
- ❖ **Administrar 3 cc de esta dilución en el lumen (paciente adulto).**
- ❖ **Cuando heparinizar:** Cuando haya obstrucción, que no sea mecánica ni posicional.

TIEMPO DE PERMANENCIA DEL CATÉTER PICC.

- ❖ El catéter puede permanecer implantado hasta tres meses siempre y cuando los cuidados de mantenimiento sean de óptima calidad.

INDICACIÓN MÉDICA DE RETIRO.

- ❖ Cuando cese la indicación médica para lo cual fue instalado.
- ❖ Ante la presencia de signos locales de infección del catéter (inflamación severa y / o supuración del orificio de entrada) más signos sistémicos (fiebre, taquicardia, taquipnea, leucocitosis), ausencia de otro foco probable, tomar 2 hemocultivos periféricos, retirar el catéter y cultivar los últimos 5 cms. de la punta y colocar una nueva vía venosa.
- ❖ Obstrucción del catéter.
- ❖ Evidencia de deslizamiento.

REGISTROS:

- ❖ Anotar en la historia clínica el procedimiento realizado así como cualquier novedad que se presente en el paciente.
- ❖ Abrir hoja de seguimiento de catéter venoso central PICC 8 anotar fecha y hora, zona de inserción, longitud y grosor del catéter, cambio de apósito, retirada del catéter comprobando que la longitud sea la misma

que la insertada, cambios de sistemas de infusión, nombre del profesional.

- ❖ Realizar el informe mensual de los procedimientos que implican el cuidado e inserción del catéter y tubuladuras así como las complicaciones que se presenten, al Departamento de Enfermería con copia al comité de Control de Infecciones.

2.2.6. PROTOCOLO DE MANEJO DE CATÉTERES CENTRALES DE LARGA DURACIÓN O SEMIPERMANENTES (HICKMAN) (INSTITUTO ONCOLOGICO NACIONAL, 2006)

OBJETIVOS:

- ❖ Implantar un catéter central en una vena de gran calibre con técnica aséptica para administrar quimioterapia aplasante, trasplante de medula entre otros.
- ❖ Mantener la permeabilidad del catéter y prevenir la infección mediante técnica aséptica.

INDICACION: HICKMAN – BROVIAC

- ❖ Pacientes que recibirán quimioterapias prolongadas e intensas experimentando acentuadas y prolongadas aplasias.
- ❖ Lactantes y preescolares.

PACIENTE PEDIÁTRICO:

- ❖ Paciente mayor de 2 años de edad.
- ❖ Protocolos de quimioterapia agresivos como es el caso de la leucemia linfoblástica y leucemia mieloide aguda, linfoma no Hodgkin, tumores sólidos en estadio III y IV.

- ❖ Trasplante de médula ósea.
- ❖ Optimizar la labor de enfermería en pacientes que no cumplen las condiciones anteriores pero toleran mal las punciones repetidas o en aquellas cuya CATÉTERización venosa resulta particularmente difícil.

PACIENTE ADULTO:

- ❖ Protocolos de quimioterapia agresivos como es el caso de la leucemia linfoblástica y leucemia mieloide aguda, tumores sólidos en estadio III y IV.
- ❖ Optimizar la labor de enfermería en pacientes que no cumplen las condiciones anteriores pero toleran mal las punciones repetidas o en aquellas cuya CATÉTERización venosa resulta particularmente difícil.

LUGAR DE INSTALACIÓN:

Los catéteres centrales deben ser instalados en quirófano donde se restrinja la circulación de personal a solo aquellos necesarios durante la realización del procedimiento, con el fin de aportar un lugar cómodo y que facilite el cumplimiento de técnica aséptica rigurosa y uso de campo estéril amplio.

ELECCIÓN DEL CATÉTER:

Catéter Nº 3 Fr, 6 y 12 Fr

Material: silicona tunelizado.

Luces: 2 o 3 luces.

- ❖ Roja: es la de mayor calibre, se utiliza para extracción de sangre y para infusión de hemoderivados.

- ❖ Blanco y azul: son de menor calibre, se recomienda su uso para tratamientos de analgesia, hidratación, alimentación parenteral, etc....

ZONAS ANATÓMICAS DE IMPLANTACIÓN:

- ❖ Implantación torácica: vena cava superior preferentemente.
- ❖ Yugular interna y externa.

Técnica: Quirúrgica

MATERIALES Y EQUIPOS:

- ❖ 1 Set con el catéter semipermanente.
- ❖ 1 Equipo de cirugía menor
- ❖ 1 Ampolla de lidocaína sin epinefrina
- ❖ 1 Apósito transparente
- ❖ Esparadrapo
- ❖ 3 Jeringuillas de 10 cc
- ❖ 1 hoja de bisturí
- ❖ 1 Solución salina de 1000 cc
- ❖ 1 Equipo de venoclisis con extensión
- ❖ 1 Seda 3-0
- ❖ 3 Pares de guantes estériles
- ❖ 3 Gasas estériles grandes
- ❖ 3 Gasas estériles pequeñas
- ❖ 1 Campo amplio y una bata estéril

- ❖ Yodopovidona y / o Clorhexidina al 2% en envase individual
- ❖ Semiluna.

PROTOCOLO PREIMPLANTACIÓN.

- ❖ Informar al paciente en qué consiste la técnica, las ventajas e inconvenientes, comunicación positiva.
- ❖ Consentimiento informado firmado por el paciente o familiar (en oncopediatría los padres firman el consentimiento para este procedimiento).
- ❖ Realizar pruebas preoperatorias: biometría hemática, pruebas de coagulación, Rx de tórax y EKG.
- ❖ Mantener al paciente en ayunas de 8 horas previo al procedimiento.
- ❖ Administrar la pre medicación si precisa.
- ❖ Preparar la zona de inserción y realizar ducha y antisepsia.
- ❖ Canalizar una vía periférica si es posible en el brazo derecho.
- ❖ Retirar prótesis y anillos.
- ❖ Alistar el equipo de Rayos X.

TÉCNICA DE INSERCIÓN.

- ❖ Realizar lavado quirúrgico de manos antes del procedimiento.
- ❖ Colocarse bata, mascarilla y gorro (operador y ayudante).
- ❖ Colocar gorro al paciente.

- ❖ Canalizar la vena yugular o subclavia del mismo modo que en el caso de una vía central utilizando el dilatador y el sistema introductor. Una vez colocada la guía y comprobada su posición por métodos radiológicos, se retira el introductor.
- ❖ Realizar una incisión de 1 cm. en el punto de punción y otra similar en el punto de salida del catéter, habitualmente en el esternón.
- ❖ Disecar la piel desde el punto de punción venosa hasta el punto de salida del catéter a piel mediante el tunelizador. Se conecta el extremo distal del catéter al tunelizador y se retira éste junto con el catéter.
- ❖ Deslizar la parte proximal del catéter sobre la guía metálica procurando que la punta distal de la guía sobresalga siempre. Suele ser necesario cortar el catéter para acomodarlo al tamaño del paciente.
- ❖ Iniciar la perfusión con solución salina al 0.9% y se comprueba la colocación del catéter mediante una Rx de tórax.
- ❖ Si el catéter no va a utilizarse inmediatamente, se retira la perfusión de solución salina y se hepariniza.
- ❖ Cerrar las incisiones con seda. Se puede unir el catéter al plano subcutáneo, pero evitando su obstrucción.

PROTOCOLO POST IMPLANTACIÓN.

- ❖ Tomar la tensión arterial cada dos horas durante las primeras 8 horas y luego en cada turno.
- ❖ Controlar la zona de inserción así como de la tunelización por si hay sangrado o hematomas, si sucede colocar apósito compresivo o frío local
- ❖ Colocar la cama en posición semifowler durante las seis primeras horas.
- ❖ Administrar analgesia prescrita.

- ❖ Realizar curación de la zona de inserción a las 24 horas de realizado el procedimiento y luego cada 48 horas.
- ❖ Realizar curación en caso de: desprendimiento del apósito, cuando esté húmedo o sucio.
- ❖ Realizar ducha después de las 48 horas si la inserción lo permite.
- ❖ Abrir la hoja de control y registrar los datos.
- ❖ Entregar el manual de cuidado al paciente, leerlo junto con él.

CUIDADOS INTRALUMINALES.

- ❖ Evitar las desconexiones, pero si fuera necesario hacerlo, usar las técnicas rigurosas de asepsia y siempre por debajo de la altura del corazón con las pinzas de clampado cerradas.
- ❖ Purgar con solución heparinizada las luces del catéter que no son utilizadas.
- ❖ Retirar las llaves de tres vías cuando no existe la necesidad de ser usadas.
- ❖ Lavar la vena con 10 cc de solución salina al 0.9% previo al cambio de fluidos, tras la suspensión y / o administración de cada medicamento especialmente antibióticos, quimioterapia, epamín, acrogésico , gluconato de calcio, bicarbonato y otros medicamentos que puedan precipitarse.
- ❖ Lavar el catéter con 20 cc de solución salina y purgar con solución heparinizada después de: administración de hemoderivados, extracciones de sangre, retorno venoso en las tubuladuras del catéter, dificultad en el paso de líquidos, administración quimioterapia Etopósido y 5 Fluororacilo.
- ❖ Usar un agente trombolítico como la heparina cuando haya obstrucción y se descarte si hay una causa mecánica o posicional.

- ❖ Evitar las desconexiones, pero si fuera necesario hacerlo, usar las técnicas rigurosas de asepsia y siempre por debajo de la altura del corazón con las pinzas de clampado cerrada.

CUIDADOS EXTRALUMINALES.

- ❖ Realizar el lavado de manos antes de cualquier manipulación
- ❖ No retirar punto de sutura, dejar que se desprenda solo.
- ❖ Realizar la curación primero con suero salino y luego con el antiséptico a las 24 horas, comenzando a limpiar desde la inserción hacia fuera, haciendo un círculo, dejando secar la zona totalmente antes de colocar el apósito.
- ❖ Realizar las curaciones posteriores cada 48 horas y dependiendo de la necesidad si antes se lo requiere.
- ❖ Cubrir con gasa estéril conexión catéter – tubuladura.
- ❖ Realizar antisepsia de las conexiones cada vez que se manipula el sistema.
- ❖ Cambiar tubuladura cada 24 horas cuando se realice: administración de lípidos, dextrosa al 10 %, hemoderivados o si se sospecha de contaminación de la infusión.
- ❖ Cambiar líneas intravenosas cada 72 horas y rotular. Usar el lumen de administración parenteral como exclusivo.
- ❖ Capacitar al paciente y familiar en cuanto al cuidado en domicilio e incluso en el hospital si fuere necesario.
- ❖ Asegurar el catéter al cuerpo del paciente para prevenir accidentes como el desplazamiento por enganche o tironeo.

- ❖ Evitar las desconexiones, pero si fuera necesario hacerlo, usar las técnicas rigurosas de asepsia y siempre por debajo de la altura del corazón con las pinzas de clampado cerradas.

HEPARINIZACION DEL CATÉTER.

- ❖ Obtener 1 cc de heparina que equivale a 5000 UI de heparina sódica, luego diluir en 9 cc de solución salina, de esta dilución se coge 1 cc (500 UI) y lo volvemos a diluir en 4 cc de solución salina obteniendo así 100 UI de heparina por cada ml.
- ❖ **Administrar 3cc de ésta dilución en cada lumen tanto en pacientes pediátricos y adultos.**
- ❖ **Cuando heparinizar:** cuando haya obstrucción, que no sea mecánica ni posicional.

PURGADO DE CATÉTER.

- ❖ Obtener 0,5 cc de heparina que equivale a 2500 UI de heparina sódica, luego diluir en 9.5 cc de solución salina que equivale a 250 UI por ml, de esta dilución se coge 1 cc (250 UI) y lo volvemos a diluir en 9 cc de solución salina obteniendo así 25 UI de heparina por cada ml.
- ❖ **Administrar 3 cc de ésta dilución en cada lumen tanto en pacientes pediátricos y adultos.**
- ❖ **Cuando purgar:** después de administrar hemoderivados, después de extracciones de sangre, administración de quimioterapia tipo etopósido o 5 fluororacilo, dificultad en el paso de líquidos, retorno venoso reciente en tubuladuras del catéter.

REGISTROS.

- ❖ Anotar en la historia clínica el procedimiento realizado así como cualquier novedad que se presente en el paciente.
- ❖ Abrir hoja de seguimiento de catéter semipermanente (anotar fecha y hora de inserción, numero de calibre del catéter, cambio de apósito, retirada del catéter, cambios de sistemas de infusión, nombre del profesional.)
- ❖ Realizar el informe mensual de los procedimientos que implican el cuidado e inserción del catéter y tubuladuras así como las complicaciones que se presenten, al Departamento de Enfermería con copia al comité de Control de Infecciones.

2.2.7. PROTOCOLO DE CURACIÓN DE CATÉTER CENTRAL DE LARGA DURACIÓN O SEMIPERMANENTE (HICKMAN) (INSTITUTO ONCOLOGICO NACIONAL, SOLCA 2006)

OBJETIVO:

- ❖ Prevenir la infección del sitio de inserción aplicando todas las medidas de asepsia y antisepsia relacionadas con el mantenimiento del catéter central semipermanente.

MATERIALES:

- ❖ 2 Gasas estériles pequeñas
- ❖ 2 Gasas estériles grandes
- ❖ 1 Compresa estéril

- ❖ 1 Campo estéril fenestrado
- ❖ 2 Batas estériles
- ❖ 2 Gorros quirúrgicos
- ❖ 1 Solución salina de 100 cc
- ❖ 2 Jeringuillas de 10 cc
- ❖ Yodopovidona y /o solución de clorhexidina al 2 %
- ❖ 1 Equipo de curación
- ❖ 2 Jeringuillas de 20 cc
- ❖ Semiluna y bolsa para desechos.
- ❖ Aplicadores

PROCEDIMIENTO.

- ❖ Colocar gorro , mascarilla y bata(operador , ayudante)
- ❖ Realizar lavado de manos con solución de clorhexidina (operador y ayudante)
- ❖ Explicar el procedimiento al paciente
- ❖ Colocarse guantes estériles (operador y recibir campo estéril (proporcionado por ayudante).
- ❖ El operador coloca el campo estéril sobre la superficie del tórax del paciente y por debajo de los lúmenes del catéter, el ayudante deja caer las mismas sobre el campo, sin las gasas.

En caso de no contar con un ayudante dejar listo el material a utilizar sobre una superficie limpia y campo estéril:

- ❖ Abrir un campo estéril y en él depositamos:

1 jeringuilla de 10 cc

1 solución salina de 100 cc

Gasas humedecidas con yodopovidona y / o clorhexidina.

Gasa seca estéril

Apósito transparente con puerto IV

- ❖ En un lugar limpio y cercano dejar listo:

1 Rollo de esparadrapo en caso necesario

- ❖ Colocar guantes de manejo, desprender apósito transparente y / o esparadrapo y retirar gasas.
- ❖ Colocar guantes estériles
- ❖ Colocar el campo estéril sobre la superficie del tórax del paciente y por debajo de los lúmenes del catéter.
- ❖ Realizar la limpieza del sitio de inserción con gasa y solución salina y luego la antisepsia del sitio de inserción de adentro hacia afuera con gasas impregnadas con yodopovidona y / o clorhexidina por tres ocasiones y dejar que actúe dos minutos y en las zonas de difícil acceso utilizar los aplicadores impregnados con el antiséptico.
- ❖ Retirar los excesos de antiséptico con gasa estéril.
- ❖ Cubrir el sitio de inserción con gasa estéril y fijar con esparadrapo y / o apósito transparente, el parche debe quedar totalmente adherido a la piel sin zonas levantadas.
- ❖ Colocar guantes estériles

- ❖ Realizar la antisepsia de los lúmenes del catéter con gasa impregnadas con yodopovidona y / o clorhexidina, dejar que actúe por dos minutos y retirar los excesos de antiséptico con gasa-estéril.
- ❖ Cubrir la unión catéter - tubuladura con gasa estéril y fijar con esparadrapo. El lumen destinado para las extracciones de sangre también dejarlo cubierto.
- ❖ Cerrar el clamp del catéter y realizar el cambio de tubuladura intravenosa si fuera necesario.
- ❖ Realizar lavado de manos clínico.
- ❖ Registrar la fecha de curación, fecha de inserción y responsable de la curación en la periferia del sitio de inserción, utilizando el adhesivo estéril que viene en el apósito transparente y / o utilizar una tira fina de esparadrapo.

REGISTROS:

- ❖ Anotar en la historia clínica y hoja de seguimiento del catéter, el procedimiento realizado así como cualquier novedad que se presentare.
- ❖ Realizar el informe mensual de los procedimientos que implican el cuidado e inserción del catéter y tubuladuras así como las complicaciones que se presenten, al Departamento de enfermería con copia al Comité de Control de Infecciones.

2.2.8. PROTOCOLO DE EXTRACCIÓN DE MUESTRAS SANGUÍNEAS (CATÉTER SEMIPERMANENTE "HICKMAN") (INSTITUTO ONCOLÓGICO NACIONAL "DR. JUAN TANCA MARENGO" SOLCA, 2006.

OBJETIVO

- ❖ Extraer de forma aséptica las muestras de sangre necesarias utilizando el lumen del catéter de mayor calibre destinado para las extracciones.

PERSONAL QUE INTERVIENE.

- ❖ Licenciada en Enfermería.
- ❖ Auxiliar de enfermería, que participa como circulante.

INDICACIONES.

- ❖ Toma de muestras para retrocultivos indicado por médico tratante
- ❖ Toma de muestras de laboratorio indicado por médico tratante.

MATERIALES Y EQUIPOS:

- ❖ 2 gorros
- ❖ 2 mascarillas
- ❖ Esparadrapo
- ❖ 2 pares de guantes estériles
- ❖ 1 campo perforado estéril
- ❖ 2 paquetes de gasa pequeña
- ❖ 1 Solución Salina de 100 cc
- ❖ 2 jeringuillas de 20 cc

- ❖ 1 jeringuilla de 10 cc
- ❖ 2 frascos de hemocultivo (si es necesario)
- ❖ 3 tubos de ensayos estériles (rojo, lila, celeste)
- ❖ Bolsa para residuos.
- ❖ Semiluna
- ❖ Contenedor para cortopunzantes.

PROCEDIMIENTO.

- ❖ Explicar el procedimiento al paciente.
- ❖ Colocar al paciente de cubito supino y colocar mascarilla.
- ❖ Colocación de gorro y mascarilla (operador y ayudante)
- ❖ Lavado de manos clínico con clorhexidina (operador y ayudante)
- ❖ Colocar la bata estéril
- ❖ Clampar los sistemas endovenosos.
- ❖ Colocar los guantes estériles (operador) y recibir campo perforado proporcionado por ayudante.

En caso de no contar con ayudante dejar listo el material a utilizar sobre una superficie limpia y campo estéril.

- ❖ Abrir un campo estéril y en él depositamos:

2 jeringuillas de 10 cc

2 jeringuillas de 20cc

1 Solución Salina de 100 cc

Gasas humedecidas con yodopovidona y / o clorhexidina

Gasa seca estéril

2 guantes estériles

- ❖ En un lugar cercano y limpio dejar listo:
 - 1 frasco de heparina de 25.000 UI
 - 1 Rollo Esparadrapo en caso necesario
- ❖ Colocarse un guante estéril en la mano dominante, luego tomar la jeringuilla que está depositada en el campo estéril.
- ❖ Con la mano sin guante, tomar el frasco de heparina y extraer la dosis requerida.
- ❖ Colocarse el segundo guante y realizar la dilución de la heparina con la solución salina según protocolo de dilución.
- ❖ Cargar 2 jeringuillas con 20 cc de solución salina al 0.9% y colocarlas dentro del campo estéril.
- ❖ Retirar esparadrapo y gasas que cubren el lumen del catéter.
- ❖ Colocar nuevo par de guantes estériles
- ❖ Colocar el campo estéril sobre la superficie del tórax del paciente y por debajo del lumen del catéter.
- ❖ Realizar antisepsia del lumen con gasas impregnadas de yodo povidona y / o clorhexidina y dejar actuar por dos minutos.
- ❖ Cerrar el clamp del catéter, conectar la jeringuilla abrir el clamp y lavar la vía con 20 cc de solución salina.
- ❖ Abrir el clamp y extraer 5-10 cc de sangre y desechar.
- ❖ Conectar jeringuilla de 10 cc y retirar el volumen de sangre deseado.

- ❖ Limpiar el catéter inmediatamente después de la extracción, con 20 cc de solución salina.
- ❖ Purgar con 3 ml de solución heparinizada el lumen del catéter de acuerdo al protocolo y cubrir con gasa estéril.
- ❖ Volver a abrir la perfusión, si éste era su caso
- ❖ Anotar procedimiento en registro de enfermería.
- ❖ Realizar lavado de manos clínico después del procedimiento.

PURGADO DE CATÉTER SEMIPERMANENTE.

- ❖ Obtener 0.5cc de heparina que equivale a 2500 UI de heparina sódica, luego diluir en 9.5 cc de solución salina que equivale a 250 UI por ml, de ésta dilución se coge 1cc (250 UI) y lo volvemos a diluir en 9 cc de solución salina obteniendo así 25UI de heparina por cada ml.
- ❖ **Administrar 3cc de ésta dilución en cada lumen tanto en pacientes pediátricos y adultos.**

REGISTROS.

- ❖ Anotar en la historia clínica y hoja de seguimiento del catéter, el procedimiento realizado así como cualquier novedad que se presente el paciente.
- ❖ Realizar el informe mensual de los procedimientos que implican el cuidado e inserción del catéter y tubuladuras así como las complicaciones que se presenten, al Departamento de enfermería con copia al Comité de Control de Infecciones.

2.2.9. PROTOCOLO DE MANEJO DE RESERVORIO SUBCUTÁNEO (IMPLANTOFIX)

OBJETIVOS.

- ❖ Aumentar la calidad de vida de los usuarios portadores de un reservorio subcutáneo evitando punciones periféricas repetidas.
- ❖ Mantener la permeabilidad del reservorio y prevenir las infecciones mediante técnica aséptica.

PERSONAL QUE INTERVIENE:

- ❖ Médicos Tratante
- ❖ Anestesiólogo
- ❖ Licenciada en Enfermería y / o Auxiliar de Enfermería, que participa como circulante durante la colocación del catéter.

INDICACIÓN MÉDICA:

- ❖ Infusión de sustancias irritantes o cáusticas, infusiones prolongadas de soluciones hipotónicas, hipertónicas con osmolaridad mayor a 850 mOsmol/L.
- ❖ Tratamientos de media y larga duración con quimioterapia vesicante en los que se prevea una aplasia importante.
- ❖ Administración de nutrición parenteral.
- ❖ Imposibilidad de acceso de venas periféricas.
- ❖ Administración de terapia del dolor.

INDICACIÓN MÉDICA DE RETIRO:

- ❖ Cuando cese la indicación médica para lo cual fue instalado.

- ❖ Evidencia clínica o confirmación bacteriológica de infección del catéter. (Frente a sospecha de infección del catéter se debe solicitar diagnóstico bacteriológico).
- ❖ Obstrucción del catéter.
- ❖ Evidencia de deslizamiento.

LUGAR DE INSTALACIÓN

Los reservorios subcutáneos deben ser instalados en quirófano.

ELECCIÓN DEL CATÉTER.

Calibre: **3.6 y 12 Fr**

Aguja cytocan tipo Huber : calibre 19 al 22

Material: Silicona radiopaco

Técnica: Quirúrgica.

ZONAS ANATÓMICAS DE IMPLANTACIÓN.

Zona torácica: venas yugulares o subclavia.

MATERIALES Y EQUIPOS:

- ❖ 1 Set de reservorio subcutáneo
- ❖ 1 Set de vía central si se trata de un niño
- ❖ 1 Aguja cytocan
- ❖ 1 Heparina sódica
- ❖ Yodo povidona

- ❖ Esparadrapo y apósito estéril transparente
- ❖ 3 Pares Guantes estériles
- ❖ 3 Mascarillas faciales
- ❖ 1 Campo perforado estéril
- ❖ Batas
- ❖ 1 Solución Salina más sistema de infusión
- ❖ 1 Lidocaína sin epinefrina al 2 %
- ❖ 1 Monocryl o prolene
- ❖ 1 Equipo de cirugía menor
- ❖ 1 Semiluna
- ❖ 1 Contenedor para cortopunzantes.
- ❖ 2 Jeringuillas de 10 cc

PROTOCOLO PREIMPLANTACIÓN.

- ❖ Informar al paciente en qué consiste la técnica, las ventajas e inconvenientes y cuidados mediante video informativo.
- ❖ Hacer firmar la hoja de consentimiento informado al paciente o familiar una vez que se la hace conocer los beneficios y riesgos. (En oncopediatria los padres firman el consentimiento para este procedimiento.
- ❖ Realizar pruebas preoperatorios como: biometría hemática, pruebas de coagulación, Rx de tórax, y EKG por razones necesarias.

- ❖ Mantener en ayunas de 8 horas antes del procedimiento.
- ❖ Administrar medicación pre anestésica-prescrita.
- ❖ Preparación de la zona de inserción: ducha y antiséptico
- ❖ Canalizar una vía periférica si es posible en el brazo derecho.
- ❖ Retirar prótesis y anillos.
- ❖ Llenar hoja de registro preoperatoria
- ❖ Tener listo equipo de rayos X.

TÉCNICA DE INSERCIÓN

- ❖ Se canaliza la vena yugular o subclavia del mismo modo que en el caso de una vía central utilizando técnica de sildenger.
- ❖ Una vez colocado el catéter y comprobada su posición por medios radiológicos se retira la guía metálica y el introductor.
- ❖ Se realiza una incisión de 3 cm. por debajo de la clavícula y paralelamente a la misma, y se despega el plano subcutáneo de la piel en una superficie de 2 cm mediante disección quirúrgica.
- ❖ Se comprueba que haya espacio suficiente para el reservorio y que exista un plano óseo para apoyar el portal. Generalmente se coloca bajo el tejido celular subcutáneo de la región subclavia.
- ❖ Se tuneliza el catéter hasta la incisión y se conecta al reservorio .Se verifica que la unión de éste y el catéter es hermética y que el catéter está permeable.
- ❖ Se coloca el reservorio en la superficie subcutánea disecada y se fija con sutura
- ❖ Se cierra el plano subcutáneo con sutura reabsorbible y la piel con monocryl.

- ❖ Adicionalmente se colocará una vía central si se trata de un paciente pediátrico.

PROTOCOLO DE POST-IMPLANTACIÓN

- ❖ Tomar la presión arterial cada 2 horas durante las primeras 8 horas.
- ❖ Controlar la zona de inserción, así como de la tunelización por si hay sangrados o hematomas. Si sucede, colocar apósito compresivo y frío local.
- ❖ Mantener la cama incorporada si tolera el paciente durante las primeras 6 horas.
- ❖ Administrar analgesia prescrita por médico, por vía periférica o por vía central.
- ❖ Realizar curación en la zona de inserción a las 24 horas de realizado el procedimiento y luego cada 72 horas.
- ❖ Realizar ducha después de las 48 horas si la inserción lo permite seguida de curación inmediata.
- ❖ Controlar los puntos de sutura de la bolsa que contiene el portal y retirarlos cuando se tenga la completa seguridad de que la herida está totalmente cicatrizada.
- ❖ Si los puntos son reabsorbibles dejar que se caigan solos, hacia los 21 días.
- ❖ Abrir la hoja de control y registrar los datos.
- ❖ Entregar manual de cuidado al paciente, leerlo si es posible junto con él

CUIDADOS EXTRALUMINALES

El cuidado externo del catéter consistirá en:

- ❖ Cuidar los anexos cuando el Gripper está insertado
- ❖ Cambiar la aguja cada 7 días
- ❖ Realizar curación cada 72 horas y cuando el apósito esté sucio, mojado o despegado
- ❖ Mantener la zona dérmica del portal limpia y manipularla lo menos posible. (Paciente).
- ❖ Retirar las llaves de tres vías cuando no sean necesarias.
- ❖ Si se trata de un reservorio recién colocado, proteger con gasa y apósito transparente y citar al paciente a las 72 horas para la revisión y curación de la incisión.

CUIDADOS INTRALUMINALES.

- ❖ **Si el reservorio no sale puncionado de quirófano hacerlo después de 72 horas, cuando la inflamación sea menor en pacientes adultos, si se trata de niños se lo puncionará a los 7 días, si no existen complicaciones.**
- ❖ Purgar el catéter si está en uso utilizando soluciones de heparina en una concentración de 10 unidades /ml y si hay dificultad en el paso de soluciones.
- ❖ Utilizar técnica de abordaje estéril
- ❖ Lavar la vena con 20cc de solución salina al 0.9% previo al cambio de fluidos, tras la suspensión y / o administración de cada medicamento

especialmente antibióticos, quimioterapia, epamín. acrogésico, gluconato de calcio, bicarbonato y otros medicamentos que puedan precipitarse.

- ❖ Lavar el catéter con 20cc de solución salina y purgar con solución heparinizada después de: administración de hemoderivados, extracciones de sangre, retorno venoso reciente en las tubuladuras del catéter, dificultad en el paso de líquidos, administración quimioterapia tipo etopósido y 5flúoruracilo.
- ❖ Manipular la alargadera por debajo de la aurícula (niño y adulto) para evitar la entrada de aire en caso de desconexión accidental.
- ❖ Cuando se usen sistemas de doble cámara, los cuidados se aplicarán a cada una de ellas.
- ❖ Evitar infundir soluciones por gravedad, utilizar bombas de infusión.
- ❖ Cerrar el clamp cuando la infusión se haya terminado, antes de instalar la siguiente.
- ❖ Cambiar cada 24 horas el sistema de Infusión de Nutrición Parenteral, soluciones glucosadas mayores del 10% y soluciones lipídicas, en forma estéril.
- ❖ Cambiar las conexiones y los sistemas de perfusión cada 72 h
- ❖ **En las diferentes técnicas a realizar, NO utilizar jeringas de menos de 10ml. (generan mayor presión y pueden separar el catéter de la cámara).**

HEPARINIZACIÓN DEL RESERVORIO.

- ❖ Obtener 1 cc de heparina que equivale a 5.000 UI de heparina sódica, luego diluir en 9 cc de solución salina, de ésta dilución se coge 1 cc (500 UI)y lo volvemos a diluir en 4cc de solución salina obteniendo así 100UI de heparina por cada ml. **(NO utilizar jeringuillas menor de 10cc)**

- ❖ **Administrar 2cc de ésta dilución en el lumen (paciente pediátrico)**
- ❖ **Administrar 3 cc de esta dilución en el lumen (paciente adulto)**
- ❖ **Cuando heparinizar:** Cuando haya obstrucción, que no sea mecánica ni posicional

PURGADO DEL RESERVORIO.

- ❖ Obtener 0.5cc de heparina que equivale a 2500 UI de heparina sódica, luego diluir en 9.5 cc de solución salina que equivale a 250 UI por ml, de ésta dilución se coge 1cc (250 UI) y lo volvemos a diluir en 9 cc de solución salina obteniendo así 25UI de heparina por cada ml.
- ❖ **Administrar de 1.5 a 2 ml de ésta dilución en cada lumen tanto en pacientes pediátricos y adultos. No administrar más de 50 unidades de heparina durante el procedimiento de purgado.**
- ❖ **Cuando purgar:** Después de administrar hemoderivados, después de extracciones de sangre, administración de quimioterapia tipo etopósido o 5 fluoruracilo, dificultad en el paso de líquidos, retomo venoso reciente en tubuladuras del catéter.

TIEMPO DE PERMANENCIA DEL CATÉTER.

- ❖ El reservorio subcutáneo tiene un tiempo de duración de 4 años siempre y cuando se utilicen las medidas de asepsia y mantenimiento estricto durante su uso.

INDICACIÓN MÉDICA DE RETIRO:

- ❖ Cuando cese la indicación médica para lo cual fue instalado.

- ❖ Ante la presencia de signos locales de infección del catéter (inflamación severa y / o supuración del orificio de entrada) mas signos sistémicos (fiebre, taquicardia, taquipnea, leucocitosis), ausencia de otro foco probable, tomar 2 hemocultivos periféricos, retirar el catéter y cultivar los últimos 5 centímetros de la punta y colocar nueva vía venosa.
- ❖ Obstrucción del catéter.
- ❖ Evidencia de deslizamiento.

REGISTROS:

- ❖ Anotar en la historia clínica el procedimiento realizado así como cualquier novedad que se presente el paciente.
- ❖ Abrir hoja de seguimiento de reservorio subcutáneo (anotar fecha y hora de inserción, cambio de apósito, retirada del catéter, número de calibre del catéter, cambios de sistemas de infusión, nombre del profesional.)

2.2.10.PROTOCOLO DE COLOCACIÓN DE AGUJA HUBER O CYTOKAN (INSTITUTO ONCOLÓGICO NACIONAL, SOLCA 2006)

OBJETIVO.

- ❖ Colocar una aguja tipo Huber para administrar fluidos intravenosos indicados por el médico.
- ❖ Mantener la permeabilidad de la aguja y prevenir las infecciones mediante técnica aséptica.

IMPORTANTE:

- ❖ En pacientes hospitalizados, cambiar la aguja según protocolo (7 días); antes de insertar la nueva se debe dejar descansar el sitio de punción 2 horas y cubierto con una gasa estéril.

PERSONAL QUE INTERVIENE.

- ❖ Licenciada en Enfermería y/o Médico capacitados y con entrenamiento práctico.
- ❖ Auxiliar de Enfermería que participa como circulante.

LUGAR DE COLOCACIÓN.

- ❖ Sala o área de procedimientos: limpia y desinfectada, aplicando todas las normas de asepsia y antisepsia.

MATERIALES Y EQUIPOS.

- ❖ Yodopovidona
- ❖ 1 Apósito transparente 10x12cm
- ❖ 1 Par de guantes estériles.
- ❖ 1 Aguja Gripper
- ❖ 1 Solución salina 100 cc
- ❖ 3 Jeringuillas de 10 cc
- ❖ 1 jeringuilla de 20 cc
- ❖ 1 Equipo de venoclisis con extensión
- ❖ 1 Solución Salina de 1000 cc
- ❖ 2 paquetes gasas pequeñas.

- ❖ 2 Campos estériles: uno fenestrado y otro no fenestrado.
- ❖ 2 Gorros quirúrgicos
- ❖ 2 Mascarillas faciales
- ❖ 1 Semiluna

TÉCNICA DE COLOCACIÓN

- ❖ Realizar lavado de manos clínico con clorhexidina y / o alcohol gel si las manos NO están visiblemente sucias.
- ❖ Palpar y memorizar la situación del portal
- ❖ Colocarse mascarilla operador y paciente.
- ❖ Realizar lavado de manos clínico nuevamente.

En caso de no contar con un ayudante dejar listo el material a utilizar sobre una superficie limpia y campo estéril:

- ❖ Abrir un campo estéril y en él depositamos:

1 jeringuilla de 10cc vacía para aspirar.

1 apósito transparente 10x12cm

1 solución Salina de 100 cc

1 jeringuilla de 20 cc con solución salina para purgar sistema.

1 aguja cytocan

Gasas estériles humedecidas con yodopovidona y / o clorhexidina

En un lugar limpio y cercano dejar listo:

- ❖ 1 Rollo esparadrapo en caso necesario
- ❖ **Colocar guantes de manejo, desprender apósito transparente y / o esparadrapo y retirar gasas.**

- ❖ Colocarse los guantes estériles.
- ❖ Cargar una jeringuilla de 10cc de con solución salina y conectarla a la alargadera de la aguja y tras purgarla, clampar la pinza y dejarla en el campo estéril.
- ❖ En caso de no contar con ayudante, preparar la jeringuilla con 20 cc de solución salina y dejarla el campo estéril.
- ❖ Realizar la antisepsia de la piel desde el centro en forma de círculos hasta unos 20 cm. de diámetro por tres ocasiones, dejar actuar el antiséptico por dos minutos.
- ❖ Colocar campo estéril fenestrado en la zona del reservorio.
- ❖ Localizar el portal por palpación, fijarlo con el dedo índice y pulgar de la mano izquierda, sin presionar el plano muscular.
- ❖ Puncionar el portal siempre verticalmente en un ángulo de 90 grados y su base entre los dedos que fijan el reservorio siempre a presión constante.
- ❖ Continuar la presión hasta sentir el roce de la punta de la aguja contra el suelo metálico del portal hasta el final.
- ❖ No mover la aguja, ya que puede dañar la membrana autosellante.
- ❖ Comprobar retroceso de sangre, haciendo extracción de unos 3 cc, con una jeringuilla de 10 cc desechando así la heparina de sellado que contiene el portal y el catéter.
- ❖ Lavar con 20 cc de suero salino.
- ❖ No continuar la inyección si aparece resistencia, fugas de la medicación , o si el paciente se queja de dolor o de quemazón en el sitio de la inyección
- ❖ Conectar los fluidos, siempre iniciar con solución salina.

- ❖ Proteger la piel de la presión del gripper por medio de una gasa con ranura de 2x2cm que se coloca entre la piel y el cuerpo de la aguja luego cubrir con apósito transparente estéril.
- ❖ Cubrir con gasa estéril las conexiones.
- ❖ La ducha, el baño o el lavado es posible desde el día siguiente a la implantación protegiendo siempre la zona de inserción y curar inmediatamente.
- ❖ Realizar lavado de manos clínico.

CUIDADOS DE LA AGUJA CYTOCAN.

- ❖ No dejar el sistema parado sin perfundir.
- ❖ Si el paciente va a deambular, la perfusión debe ser a través de bomba de infusión.
- ❖ No utilizar perfusiones continuas menores a 20 ml / hora.

REGISTROS.

- ❖ Anotar en la historia clínica el procedimiento realizado así como cualquier novedad que se presentare.
- ❖ Abrir hoja de seguimiento de reservorio subcutáneo (anotar fecha y hora de inserción, cambio de apósito, retirada del catéter, número de calibre del catéter, cambios de sistemas de infusión, nombre del profesional.)
- ❖ Realizar el informe mensual de los procedimientos que implican el cuidado e inserción del catéter y tubuladuras así como las complicaciones que se presenten, al Departamento de Enfermería con copia al Comité de Control de Infecciones.

2.2.11.PROTOCOLO DE HEPARINIZACIÓN (SELLADO) DEL RESERVORIO PACIENTES AMBULATORIOS.

(INSTITUTO ONCOLÓGICO NACIONAL, SOLCA 2006)

OBJETIVO:

- ❖ Mantener permeable el reservorio subcutáneo y prevenir las infecciones.

INDICACIÓN

- ❖ Al término del tratamiento intravenoso indicado por el Médico
- ❖ Cuando se sospecha de una oclusión del reservorio.

PERSONAL QUE INTERVIENE:

- ❖ Licenciada en Enfermería responsable del procedimiento
- ❖ Auxiliar de Enfermería, que participa como circulante.

MATERIALES Y EQUIPOS.

- ❖ Yodopovidona
- ❖ 1 Apósito transparente estéril 10x12 cm
- ❖ 2 pares Guantes estériles.
- ❖ 1 Aguja Gripper
- ❖ 1 Solución salina 100 cc
- ❖ Heparina sódica 25000 UI
- ❖ 1 Jeringuilla 20cc
- ❖ 3 Jeringuillas de 10cc

- ❖ 2 Paquetes gasas pequeñas.
- ❖ 2 Campo estériles
- ❖ 1 Gorro quirúrgico
- ❖ 2 Mascarillas faciales
- ❖ Semiluna pequeña
- ❖ Contenedor para cortopunzantes.

PROCEDIMIENTO.

- ❖ Lavado de manos clínico con clorhexidina.
- ❖ Palpar y memorizar la situación del portal para calcular la elección de la longitud de la aguja.

❖ Colocarse mascarilla y gorro (operador y paciente)

- ❖ Abrir un campo estéril y en él depositamos:

1 jeringuilla de 10 cc vacía para aspirar.

1 Solución salina de 100 cc

2 jeringuillas de 10cc

1 jeringuilla de 20cc

1 aguja cytocan

1 Apósito transparente 10 x 12cm

Gasas humedecidas con yodopovidona y / o clorhexidina

Gasas estériles

Guantes estériles

En un lugar limpio y cercano dejar listo:

1frasco de heparina de 25.000 UI

Rollo de esparadrapo en caso necesario

- ❖ Colocarse los guantes estériles.
- ❖ Cargar una jeringuilla de 10 cc de con solución salina y conectarla a la alargadera de la aguja y tras purgarla, clampar la pinza y dejarla en el campo estéril.
- ❖ **En caso de no contar con ayudante, dejar preparada la dilución de la heparina y colocarla en el campo estéril. (Ver protocolo de dilución)**
- ❖ Colocarse un guante estéril en la mano dominante, luego tomar la jeringuilla que está depositada en el campo estéril.
- ❖ Con la mano sin guante, tomar el frasco de heparina y extraer la dosis requerida.
- ❖ Colocarse el segundo guante y realizar la dilución de la heparina con la solución salina.
- ❖ Cargar 2 jeringuillas con 20 cc de solución salina al 0.9% y colocarlas dentro del campo estéril.
- ❖ Realizar la antisepsia de la piel desde el centro en forma de círculos hasta unos 20 cm. de diámetro por tres ocasiones, dejar actuar el antiséptico por dos minutos.
- ❖ Colocar campo estéril fenestrado en la zona del reservorio. Localizar el portal por palpación, fijarlo con el dedo índice y pulgar de la mano izquierda, sin presionar el plano muscular.
- ❖ Realizar nuevamente la antisepsia de la piel de la zona con gasas empapadas con yodopovidona y dejarla actuar unos 30 segundos
- ❖ Retirar el protector de la aguja

- ❖ Con la mano no dominante, localizar e inmovilizar la cámara del reservorio y sujetarla entre el dedo índice y el pulgar de forma suave pero firme con el fin de que no se mueva la cámara.
- ❖ Puncionar el portal siempre verticalmente en un ángulo de 90 grados y su base entre los dedos que fijan el reservorio siempre a presión constante, pero suave.
- ❖ Continuar la presión hasta sentir el roce de la punta de la aguja contra el suelo metálico del portal hasta el final.
- ❖ Si se trata de un niño, pedirle que inspire (el portal se acercará más a la superficie y quedará más fijo)
- ❖ No mover la aguja, ya que puede dañar la membrana autosellante.
- ❖ Comprobar la permeabilidad y, haciendo extracción de unos 3cc, clampar nuevamente y retirar la jeringa, desechando así la heparina de sellado que contiene el portal.
- ❖ Desclampar y conectar a la alargadera una jeringa con 20cc de suero salino asegurando la correcta limpieza de la cámara, y procurando no dejar restos de sangre en la alargadera. Cerrar de nuevo el clamp
- ❖ Cargar en otra jeringa con suero salino heparinizado conectarla a la alargadera y desclampar.
- ❖ Introducir 2-3 cc. de suero salino heparinizado.
- ❖ Clampar la alargadera haciendo presión positiva mientras se inyectan los últimos 0,5 ml
- ❖ Retirar la aguja sujetando la cámara para evitar su movilización con el dedo índice y pulgar de la mano no dominante junto con una gasa estéril.
- ❖ Coger la aguja con la mano dominante y, dado un tirón seco hacia fuera perpendicular a la piel extraer la aguja. Presionar ligeramente con la gasa la zona de punción durante 3 minutos.

- ❖ Colocar gasa y esparadrapo en la zona de punción. Puede ser retirado a los 20 minutos.

Se procederá heparinizar el reservorio:

- ❖ Al término del tratamiento de quimioterapia y/ o cualquier infusión intravenosa.
- ❖ Cuando el reservorio no esté en uso heparinizarlo cada mes.
- ❖ Cuando haya obstrucción del reservorio.

HEPARINIZACIÓN DEL RESERVORIO.

- ❖ Obtener 1 cc de heparina que equivale a 5.000 UI de heparina sódica, luego diluir en 9 cc de solución salina, de ésta dilución se coge 1 cc (500 UI)y lo volvemos a diluir en 4 cc de solución salina obteniendo así 100 UI de heparina por cada ml. **(No utilizar jeringuillas menor de 10 cc)**
- ❖ Administrar 2cc de ésta dilución en el lumen (paciente pediátrico).
- ❖ Administrar 3 cc de esta dilución en el lumen (paciente adulto)

REGISTROS.

- ❖ Anotar en la historia clínica el procedimiento realizado las veces así como cualquier novedad que se presente el paciente.
- ❖ Realizar el informe mensual de los procedimientos que implican el cuidado e inserción del catéter y tubuladuras así como las complicaciones que se presenten al Departamento de enfermería con copia al Comité de Control de Infecciones.

**2.2.12. PROTOCOLO DE RETIRO DE AGUJA HUBER O
(CYTOCAN) (INSTITUTO ONCOLOGICO NACIONAL, SOLCA 2006)**

OBJETIVO.

- ❖ Retirar la aguja en condiciones asépticas para prevenir infecciones del torrente sanguíneo.

PERSONAL QUE INTERVIENE.

- ❖ Licenciada en enfermería capacitada y con entrenamiento práctico.
- ❖ Auxiliar de enfermería, que participa como circulante.

INDICACIÓN.

- ❖ Al término de tratamientos intravenosos.
- ❖ Oclusión de la aguja y / o reservorio.
- ❖ Cambio de aguja según protocolo (7 días); retirarla 2 horas antes de colocar una nueva y dejar colocada una gasa estéril hasta la nueva punción.

MATERIALES Y EQUIPOS.

- ❖ Yodopovidona
- ❖ 2 pares Guantes estéril
- ❖ 1 Solución salina 100 cc
- ❖ Heparina sódica 25000 UI
- ❖ 1 Jeringuilla 20cc
- ❖ 1 Jeringuillas de 10cc

- ❖ 2 Paquetes gasas pequeñas.
- ❖ 1 Campo estéril
- ❖ 1 Gorro quirúrgico
- ❖ 2 Mascarillas faciales
- ❖ Semiluna pequeña
- ❖ Contenedor para cortopunzante
- ❖ Esparadrapo

PROCEDIMIENTO:

- ❖ Realizar lavado de manos clínico
- ❖ Colocarse mascarilla y gorro (operador y paciente)

Abrir un campo estéril y en él depositamos:

- 1 Solución Salina de 100 cc
- 2 jeringuillas de 10cc
- 1 jeringuilla de 20 cc
- 1 Apósito transparente 10 x 12cm
- Gasas humedecidas con yodopovidona y / o clorhexidina
- Gasas estériles.

En un lugar limpio y cercano dejar listo:

- 1 frasco de heparina de 25.000 UI
- 1 Rollo Esparadrapo en caso necesario
- ❖ Colocarse guantes de manejo y retirar el apósito transparente
- ❖ Cerrar todos los sistemas de infusión.

- ❖ Colocarse los guantes estériles.
- ❖ En caso de no contar con ayudante, dejar preparada la dilución de la heparina y colocarla en el campo estéril. (ver protocolo de dilución)
- ❖ Colocarse un guante estéril en la mano dominante, luego tomar la jeringuilla que está depositada en el campo estéril.
- ❖ Con la mano sin guante, tomar el frasco de heparina y extraer la dosis requerida.
- ❖ Colocarse el segundo guante y realizar la dilución de la heparina con la solución salina según protocolo de dilución.
- ❖ Cargar 1 jeringuilla con 20 cc de solución salina al 0.9% y colocarla dentro del campo estéril.
- ❖ Realizar antisepsia de la piel alrededor de la aguja.
- ❖ Desconectar el sistema de infusión e inmediatamente conectar a la alargadera una jeringa con 20cc de suero salina e infundirla.
- ❖ Cerrar de nuevo el clamp.
- ❖ Cargar en otra jeringa con suero salino heparinizado conectarla a la alargadera y desclampar.
- ❖ Introducir 2-3 cc. de suero salino heparinizado. (ver protocolo de dilución)
- ❖ Clampar la alargadera haciendo presión positiva: mientras se inyectan los últimos 0,5 ml.
- ❖ Retirar la aguja sujetando la cámara para evitar su movilización con el dedo índice y pulgar de la mano no dominante junto con una gasa estéril.
- ❖ Coger la aguja con la mano dominante y, dando un tirón seco hacia fuera perpendicular a la piel extraer la aguja. Presionar ligeramente con la gasa la zona de punción por 3 minutos.

- ❖ Colocar gasa y esparadrapo en la zona de punción la cual puede ser retirada a los 20 minutos.

HEPARINIZACIÓN DEL RESERVORIO.

- ❖ Obtener 1 cc de heparina que equivale a 5.000 UI de heparina sódica, luego diluir en 9 cc de solución salina, de ésta dilución se coge 1 cc (500 UI) y lo volvemos a diluir en 4 cc de solución salina obteniendo así 100 UI de heparina por cada ml.(**No utilizar jeringuillas menor de 10cc**)
- ❖ **Administrar 2 cc de ésta dilución en el lumen (paciente pediátrico).**
- ❖ **Administrar 3 cc de esta dilución en el lumen (paciente adulto)**

REGISTROS.

- ❖ Anotar en la historia clínica el procedimiento realizado así como cualquier novedad que se presentare.
- ❖ Anotar en la hoja de seguimiento de reservorio subcutáneo (fecha y hora de retirada, nombre del profesional.)
- ❖ Realizar el informe mensual de los procedimientos que implican el cuidado e inserción del catéter y tubuladuras así como las complicaciones que se presenten, al Departamento de enfermería con copia al Comité de Control de Infecciones.

**2.2.13. PROTOCOLO DE EXTRACCIONES DE SANGRE POR
RESERVORIO SUBCUTÁNEO (INSTITUTO ONCOLÓGICO
NACIONAL, SOLCA 2006)**

OBJETIVO.

- ❖ Extraer con técnica aséptica las muestras de sangre necesarias.

PERSONAL QUE INTERVIENE.

- ❖ Licenciada en Enfermería capacitada y con entrenamiento práctico.
- ❖ Auxiliar de enfermería, que participa como circulante.

INDICACIONES.

- ❖ Toma de muestras para retrocultivos indicado por médico tratante.
- ❖ Toma de muestras de laboratorio indicado por médico tratante.

MATERIALES Y EQUIPOS.

- ❖ Yodopovidona
- ❖ Guantes estériles.
- ❖ Solución salina 100 cc
- ❖ Heparina sódica
- ❖ 2 Jeringuilla 20cc
- ❖ 2 Jeringuilla de 10 cc
- ❖ 2 paquetes gasas pequeñas.
- ❖ 2 Campo estéril
- ❖ 1 Gorro

- ❖ 2 Mascarillas
- ❖ 3 frascos (tapa lila, roja y azul)
- ❖ 2 frascos de hemocultivos
- ❖ Esparadrapo
- ❖ Contenedor para cortopunzantes

PROCEDIMIENTO.

- ❖ Realizar lavado clínico de manos con clorhexidina
- ❖ Colocarse mascarilla y gorro (operador paciente)
- ❖ Abrir un campo estéril y en él depositamos:

2 jeringuillas de 20 cc.

3 jeringuillas de 10 cc

1 Solución Salina de 100 cc

Gasas humedecidas con yodopovidona.

Gasas estériles.

En un lugar limpio y cercano dejar listo:

1 frasco de heparina de 25.000 UI

- ❖ Colocarse los guantes estériles.
- ❖ **En caso de no contar con ayudante, dejar preparada la dilución de la heparina y colocarla en el campo estéril. (ver protocolo de dilución)**
- ❖ Colocarse un guante estéril en la mano dominante, luego tomar la jeringuilla que está depositada en el campo estéril.
- ❖ Con la mano sin guante, tomar el frasco de heparina y extraer la dosis requerida.
- ❖ Colocarse el segundo guante y realizar la dilución de la heparina con la solución salina según protocolo de dilución.

- ❖ Cargar 1 jeringuilla con 20 cc de solución salina al 0.9% y colocarla dentro del campo estéril.
- ❖ Colocar el campo estéril pequeño en el pecho del paciente.
- ❖ Clampar y cerrar todos los sistemas de infusión.
- ❖ Realizar la antisepsia de las conexiones (catéter-tubuladura) con gasas humedecidas de yodo povidona.
- ❖ Cargar una jeringuilla de 10 cc de solución salina y conectarla a la alargadera de la aguja y lavar el sistema.
- ❖ Clampar nuevamente el sistema y conectar la jeringuilla vacía y extraer de 5 a 10 cc de sangre y desechar.
- ❖ Colocar la jeringuilla de 20 cc al sistema y extraer la cantidad de sangre necesaria para realizar las pruebas de laboratorio.
- ❖ Lavar de nuevo el reservorio con 20 cc de solución salina para limpiar el interior de la cámara.
- ❖ Purgar el reservorio si se trata de un paciente hospitalizado y conectar el catéter al sistema de Infusión.
- ❖ Si se trata de un paciente ambulatorio heparinizar el sistema siguiendo el protocolo.
- ❖ Colocar gasa y esparadrapo en la zona de punción. Puede ser retirado a los 20 minutos.

HEPARINIZACIÓN DEL RESERVORIO.

- ❖ Obtener 1 cc de heparina que equivale a 5.000 UI de heparina sódica, luego diluir en 9 cc de solución salina, de ésta dilución se coge 1 cc (500 UI) y lo volvemos a diluir en 4 cc de solución salina obteniendo así 100 UI de heparina por cada ml. (No utilizar jeringuillas menores de 10cc)

- ❖ Administrar 2 cc de ésta dilución en el lumen (paciente pediátrico).
- ❖ Administrar 3 cc de esta dilución en el lumen (paciente adulto)

PURGADO DEL RESERVORIO.

- ❖ Obtener 0.5cc de heparina que equivale a 2500 UI de heparina sódica, luego diluir en 9.5 cc de solución salina que equivale a 250 UI por ml, de ésta dilución se coge 1 cc (250 UI) y lo volvemos a diluir en 9 cc de solución salina obteniendo así 25UI de heparina por cada ml. **(No utilizar jeringuillas menores de 10 cc) Administrar de 1.5 a 2 ml de ésta dilución en cada lumen tanto en pacientes pediátricos y adultos. No administrar más de 50 unidades de heparina durante el procedimiento de purgado.**

REGISTROS.

- ❖ Anotar en la historia clínica el procedimiento realizado así como cualquier novedad que se presentare. Anotar en la hoja de seguimiento del reservorio subcutáneo (fecha y hora de retirada, nombre del profesional.)
- ❖ Realizar el informe mensual de los procedimientos que implican el cuidado e inserción del catéter y tubuladuras así como las complicaciones que se presenten, al Departamento de enfermería con copia al Comité de Control de Infecciones.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

INFORMACIÓN GENERAL

- ❖ Esta intervención ayudará a que puedan realizarse los tratamientos así como los exámenes necesarios sin necesidad de tener que pincharle sus venas periféricas.
- ❖ La colocación del catéter central es de importancia debido a que los tratamientos que recibirá son de media y larga duración.
- ❖ El tipo de anestesia requerida habitualmente es local y sedación, pero puede ser modificada por el anestesiólogo. **Es posible que, durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y / o hemoderivados.**
- ❖ Es necesario que usted informe acerca de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia.

EN QUE CONSISTE ACCESO VENOSO CENTRAL Y COLOCACIÓN DE CATÉTER DE LARGA DURACIÓN O RESERVORIO.

- ❖ Esta intervención consiste en colocarle un catéter debajo de la piel en el pecho o en el cuello. Para ello vamos a realizar dos pequeños cortes (2 cm), uno para pincharle la vena yugular o subclavia y otro más abajo por donde saldrá el catéter o donde colocaremos un dispositivo para ponerle la medicación (reservorio). Esta intervención puede durar aproximadamente entre 20 y 40 minutos.

RIESGOS DEL ACCESO VENOSO CENTRAL Y COLOCACIÓN DEL CATÉTER DE LARGA DURACIÓN O RESERVORIO

- ❖ A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos secundarios indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como los debidos a la situación vital del paciente (diabetes, cardiopatías, hipertensión, edad avanzada, anemia ,obesidad, cáncer etc.) y los específicos relacionados a la técnica:
- ❖ Se puede producir un coágulo (trombo) en la vena que se pincha
- ❖ Sangrado por el sitio de la punción (hematoma)
- ❖ Infección local o generalizada
- ❖ La complicación más grave es que se pincha la capa que rodea al pulmón (pleura) pudiendo entrar aire en ella. Esta complicación se denomina neumotórax, si la cantidad de aire fuera importante sería preciso colocarle un tubo para facilitar la salida del aire.
- ❖ Estas complicaciones habitualmente se manejan con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.) pero pueden llegar a requerir una re intervención en algunos casos de urgencia.
- ❖ Ningún procedimiento invasivo está absolutamente exento de riesgos importantes incluyendo la muerte, de cualquier forma, si ocurriera alguna complicación debe saber que todos los medios técnicos de este hospital están disponibles para intentar solucionarla.

QUE OTRA ALTERNATIVA EXISTE

- ❖ La única alternativa es la abstención terapéutica.

- ❖ Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor no dude en preguntar al especialista responsable, que le atenderá con mucho gusto.⁽¹¹⁾

NORMAS DEL CDC PARA CATÉTERES VENOSOS

NORMA CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO

- Durante la instalación del catéter venoso periférico (CVP), utilizar guantes de procedimientos. Categoría IA
- No volver a palpar el sitio de punción tras la desinfección. Si fuera necesario volver a palpar, se usarán guantes estériles. Categoría IA
- Preparar la piel con un antiséptico (alcohol, povidona o clorhexidina), antes de la colocación de un catéter periférico. Categoría IB
- En pacientes adultos priorizar las extremidades superiores a las inferiores. Categoría IA
- Reemplazar el catéter colocado en las extremidades inferiores lo más pronto posible. Categoría II
- En pacientes adultos cambiar el sitio de inserción cada 96 horas a fin de disminuir el riesgo de flebitis.
- En pacientes pediátricos, se pueden utilizar como sitio de inserción de catéteres las extremidades inferiores, extremidades superiores o el cuero cabelludo (en neonatos o niños pequeños). Categoría II
- En pacientes pediátricos no hay recomendación para la frecuencia de cambio, se debe realizar cuando el paciente presente signos de flebitis (dolor, enrojecimiento, calor local o cordón venoso palpable). Categoría IB
- Seleccionar los catéteres considerando el propósito y duración de uso, complicaciones infecciosas y no infecciosas y experiencia del operador. Categoría IB
- Remover los catéteres periféricos si el paciente desarrolla signos de flebitis (calor, sensibilidad, eritema o cordón venoso palpable), infección o mal funcionamiento del catéter. Categoría IB
- Registrar la fecha de instalación de los dispositivos intravenosos (DIV) periféricos en el sitio de punción, a fin de asegurar su cambio en fechas establecidas.

- Los catéteres y líneas de infusión instalados en situaciones de urgencia deben ser cambiados una vez finalizada la urgencia, debido a los quiebres en la técnica aséptica que pueden producirse en estas situaciones.

- Para los CVPS (bránulas, mariposas) utilice de preferencia venas periféricas de extremidad superior, evite puncionar sitios de flexión.

- Se deberá elegir el catéter de menor calibre posible en función de su propósito. Categoría IA

- Dejar secar el antiséptico según el antiséptico elegido. Categoría IA

- Irrigar el catéter siempre después de cada uso, si no se usa por un espacio de tiempo, irrigar cada 8 hora, usar 1 cc de suero salino de ampollas monodosis. Categoría IA

- RESPONSABLES DEL CUMPLIMIENTO:

Jefes y Supervisoras encargadas de servicios clínicos y de apoyo.

- RESPONSABLES DE SU EJECUCIÓN:

Profesional del área de la salud (Médico, Enfermera, Matrona, Tecnólogo Médico).

- FRECUENCIA DE MEDICIÓN: Semestral

- UMBRAL: 80%

- INSTRUMENTO: Pauta de supervisión instalación de vía venosa periférica para fleboclisis.

NORMA CATÉTER VENOSO CENTRAL

CONTENIDO:

- La indicación de instalar un catéter venoso central (CVC), es médica y se debe consignar en ficha clínica la motivación de la indicación.

- Evitar el acceso venoso central por vía femoral en pacientes adultos. Categoría IA

- En pacientes adultos utilizar vena subclavia, en lugar de vena yugular o femoral, para minimizar el riesgo de infección para los catéteres centrales no tunelizados. Categoría IB

- No hay recomendaciones para seleccionar el mejor sitio de inserción de un catéter venoso central tunelizado para disminuir el riesgo de infección. Tema no resuelto

- Evitar la vena subclavia en los pacientes en hemodiálisis y pacientes con enfermedad renal avanzada, para evitar estenosis de la misma. Categoría IA
- Para los catéteres destinados a hemodiálisis preferir la vía yugular interna, (considerar la mayor experiencia del operador).
- Para los pacientes con falla renal crónica utilizar una fistula en lugar de un catéter permanente para diálisis. Categoría IA

Utilizar un catéter central con el menor número de lúmenes posible para el manejo de un paciente. Categoría IA

- Los CVCS pueden ser instalados en lugares con infraestructura que asegure la asepsia del procedimiento, la comodidad para el operador y asistentes para realizar el procedimiento (lugar limpio, ordenado, con flujo de personas restringido).
- Realizar higiene de manos antes y después de instalar o palpar un catéter para su curación. Categoría IA
- Usar técnica aséptica (uso de ropa estéril y campo estéril), para la instalación de un catéter. Categoría IB
- Usar guantes limpios o estériles cuando se cambie la fijación del catéter. Categoría IC
- Después de la inserción del catéter de hemodiálisis use povidona yodada en el sitio de salida de la inserción del catéter y al final de cada sesión de diálisis. Categoría IB
- El cambio de trocar deberá realizarse al menos cada 2 punciones fallidas.
- Se debe realizar cambio de guantes estériles, antes de manipular un nuevo catéter (cuando se cambia el procedimiento). Categoría II
- No hay recomendación para seleccionar el sitio de inserción en el catéter Swan Ganz.
- Los catéteres centrales periféricamente instalados (CCPI) pueden ser instalados por profesionales no médicos capacitados y entrenados.
- Limpiar la piel del paciente previo a la instalación y / o cuando se realice cambio de gasa, con antiséptico de clorhexidina, respetando los tiempos mínimos de espera (2 minutos), efectuando el lavado previo de la piel con agua y jabón de clorhexidina. Si hay contraindicación para el uso de clorhexidina usar alcohol, al 70% o povidona yodada. Categoría IA

- El uso de jabón antiséptico de clorhexidina será siempre que exista disponibilidad de antiséptico de clorhexidina, de lo contrario debe asearse la piel con jabón cosmético.
- No hay recomendación para el uso seguro y eficaz de clorhexidina en menores de 2 meses. Tema no resuelto
- No cambiar rutinariamente los catéteres venosos centrales, catéter de hemodiálisis o catéteres de arteria pulmonar para prevenir las infecciones relacionadas a catéter .Categoría IB
- No utilizar el método seldinger para el cambio de catéteres.
- Retirar prontamente cualquier catéter intravascular si ya no es necesario. Categoría IA
- Cuando no se puede asegurar la técnica aséptica durante la colocación (ej: durante una emergencia), reemplazarlos lo más pronto posible dentro de 48 horas). Categoría IB.
- Sistema de fijación del catéter: cambiarlo cuando esté suelto, húmedo, manchado o cuando es necesario visualizar el sitio de inserción. Categoría IA
- La curación del sitio de inserción del catéter se puede realizar con gasa estéril o con un apósito transparente estéril semipermeable. Cambiar el sistema de curación en catéter venoso central de corta duración con gasa cada 2 días y cada 7 días cuando se usa apósito estéril semipermeable transparente (con excepción de los pacientes pediátricos (en los cuales el riesgo de perder el catéter sobrepasa los beneficios de la curación). Categoría IA
- Si el paciente tiene diaforesis, sangra el sitio de punción o presenta humedad, utilizar una gasa hasta que esto se resuelva. Categoría II
- Reemplazar la curación de los catéteres tunelizados o implantables no más frecuentemente de una vez por semana (a menos que el apósito esté sucio despegado), hasta que el sitio esté cicatrizado. Categoría II
- No utilizar cremas con antibióticos o ungüentos en el sitio de punción, excepto para catéteres de diálisis, ya que pueden favorecer las infecciones fúngicas y resistencia antimicrobiana. Categoría IB.
- Utilizar apósitos impregnados con clorhexidina para los catéteres de corta permanencia en pacientes mayores de 2 meses, si las tasas de bacteriemias no disminuyen a pesar de la adherencia a las medidas básicas de prevención, incluyendo educación, entrenamiento y uso de clorhexidina como antiséptico. Categoría IB.

- Supervisar visualmente los sitios de inserción del catéter al cambiar la curación o por palpación a través de una cura intacta de forma regular (diariamente), dependiendo de la situación clínica de cada paciente. Si los pacientes tienen dolor en el sitio de inserción, fiebre sin foco evidente, u otras manifestaciones que sugieren infección local o del torrente sanguíneo, el vendaje debe ser removido para permitir el examen detallado del sitio. Categoría IB

- RESPONSABLES DE SU EJECUCIÓN:

Jefes y Supervisoras encargadas de servicios clínicos y de apoyo.

- RESPONSABLES DE SU APLICACIÓN:

Profesional del área de la salud (Médico, Enfermera, Matrona, Tecnólogo Médico).

- INDICADOR:

Nº total de pacientes con vía venosa central supervisados que cumplen con la norma

Nº total de pacientes con vía venosa central supervisados.

- UMBRAL: 80%.

- FRECUENCIA DE MEDICIÓN: Semestral

- INSTRUMENTO: Pauta de cotejo.⁽¹²⁾

MARCO LEGAL

LEY ORGÁNICA DE LA SALUD

SECCIÓN II

De los Derechos en Salud

Art. 4.- La salud es un derecho que garantiza el Estado. El ejercicio pleno del derecho a la salud consiste en el acceso en igualdad de oportunidades a una atención integral, mediante servicios de salud que respondan de manera oportuna y con calidad a las necesidades y demandas de la población en los diferentes niveles del sistema de salud, así como de acciones en otros ámbitos del área social que protejan la salud colectiva. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales.

Art.5.- Toda persona que acuda a recibir atención en un establecimiento de salud público o privado, de cualquier nivel, tiene derecho a:

- a) Que se respete su dignidad, autonomía, privacidad e intimidad; su cultura, sus prácticas y usos culturales;
- b) A ser atendido con dignidad y tratado con respeto, esmero y cortesía;
- c) A conocer todo lo relativo a su enfermedad en cuanto a su diagnóstico, tratamiento, gravedad, evolución y pronóstico;
- d) A acceder a medicamentos de calidad, debidamente autorizados por las autoridades competentes y a conocer los posibles efectos colaterales derivados de su utilización.
- e) A que sus exámenes diagnósticos y terapéuticos, estudios de laboratorio y los equipos utilizados cuenten con el debido control de calidad; del mismo modo tienen derecho al acceso a los resultados.
- f) A que la consulta, examen, diagnóstico, discusión, tratamiento y cualquier tipo de información relacionada con el procedimiento médico a aplicársele, tenga el carácter de confidencial. Los integrantes de los pueblos indígenas, de ser el caso, serán informados en su lengua materna.
- g) A ser oportunamente informado sobre las alternativas de tratamiento, productos y servicios en los procesos relacionados con su salud, así como en usos, efectos,

costos y calidad; a recibir consejería y asesoría de personal capacitado antes y después de los procedimientos establecidos en los protocolos médicos.

h) A ejercer la autonomía de su voluntad a través del consentimiento por escrito y tomar decisiones respecto a su estado de salud y procedimientos de diagnóstico y tratamiento, salvo en los casos de urgencia, emergencia o riesgo para la vida de la personas y para la salud pública; en todos los casos deberá ser informado de las consecuencias de su decisión.

i) A ser recibido inmediatamente en cualquier centro de salud, público o privado, en alguna situación de emergencia, sin que se le exija la presentación de cheques, tarjetas de crédito, pagarés a la orden, letras de cambio u otro tipo de documento de pago, como condición previa a ser atendido, hasta la estabilización su salud.

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Acceso vascular: abordaje de un vaso sanguíneo para poder efectuar alimentación parenteral, introducción de medios de contraste y quimioterapia.

Capacitación: es el esfuerzo planificado por parte de una organización para facilitar al personal el aprendizaje de las aptitudes relacionadas con su trabajo.

Conocimiento: es un conjunto de información adquirida y almacenada por un ser vivo mediante la experiencia o el aprendizaje.

Evaluación: es un proceso sistemático y periódico de estimación cuantitativa y cualitativa del grado de eficacia y eficiencia de un trabajador.

Intraluminal: dentro de la luz de cualquier estructura u órgano tubular.

Protocolo: protocolos en salud son documentos que describen la secuencia del proceso de atención de un paciente en relación a una enfermedad o estado de salud.

Reservorio subcutáneo: Son catéteres centrales que constan de un portal o cámara con una membrana de silicona autosellante unido a un catéter tunelizado bajo la piel que se extiende hasta vena cava superior. A este reservorio se accede por punción a través de piel intacta, y permite múltiples punciones.

CAPÍTULO III

3. METODOLOGIA

3.1.DISEÑO O TIPO DE INVESTIGACIÓN

Es un estudio tipo descriptivo transversal, donde se observó al personal de Licenciadas en enfermería durante procedimientos relacionados con la aplicación del Protocolo de Manejo de Accesos Vasculares. Se excepciona del estudio la observación del manejo de catéter Hickman porque no se considera la Unidad de Trasplante Médula Ósea.

3.2.UNIVERSO

36 Licenciados en enfermería de los servicios de pediatría, medicina interna y pensionado, del Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo” - SOLCA

Criterio de exclusión: Licenciadas que laboran en quimioterapia ambulatoria de niños y adultos y licenciados del servicio de emergencia y UTMO

3.3.INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

3.3.1. TÉCNICAS

- 1.- Observación no participante estructurada
- 2.- Encuesta

3.3.2. INSTRUMENTOS

1. Guía de observación
2. Cuestionario de preguntas.

3.3.3. PROCESAMIENTO DE DATOS

Para el procesamiento de datos se seleccionaron los resultados obtenidos previamente a la tabulación y mediante el programa de computación EXCEL para realizar los cálculos porcentuales, tablas y gráficos en las pruebas estadísticas correspondientes a la exposición final.

CAPÍTULO IV

4. HIPÓTESIS

El conocimiento y la capacidad que tienen las licenciadas en enfermería de los servicios de hospitalización influyen en la aplicación del protocolo de manejo de accesos vasculares.

4.1.VARIABLE DE INVESTIGACION:

Aplicación del Protocolo de Manejo de Accesos Vasculares en pacientes hospitalizados.

VARIABLE DE INVESTIGACION : Aplicación del Protocolo de Manejo de Accesos Vasculares de las licenciadas en enfermería de los servicios de hospitalización				
DEFINICION	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA	TECNICA
Pasos requeridos para la inserción de catéteres en accesos venosos periféricos y centrales para el tratamiento terapéutico en pacientes hospitalizados	❖ Protocolo pre implantación	Información al pcte.	Si ----- No -----	Revisión de historia clínica
		Firma hoja consentimiento	Si ----- No -----	
		Baño del paciente	Si ----- No -----	
	❖ Protocolo durante inserción de accesos vasculares	Lavado de manos	Si ----- No -----	Guía de observación
		Uso guantes estériles	Si ----- No -----	
		Uso de campo amplio estéril	Si ----- No -----	
		Uso bata, mascarilla, gorro	Si ----- No -----	
		Antisepsia de piel antes de inserción del catéter	Si ----- No -----	

VARIABLE DE INVESTIGACIÓN : Aplicación del Protocolo de Manejo de Accesos Vasculares de las licenciadas en enfermería de los servicios de hospitalización				
DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	TÉCNICA
	❖ Cuidados intraluminales	Mantiene continuidad de administración de fluidos Realiza purgado de catéter central y reservorio Irrigación con sol. salina de catéter central y reservorio Desinfección de tapones de silicona con alcohol Lavado de catéter previo adm. de medicamentos	Si..... No..... Si.....No..... Si..... No..... Si..... No..... Si.....No.....	Guía de observación

VARIABLE DE INVESTIGACIÓN : Aplicación del Protocolo de Manejo de Accesos Vasculares de las licenciadas en enfermería de los servicios de hospitalización

DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	TÉCNICA
	❖ Cuidados extraluminales	Lavado clínico de manos Cambio equipos intravenosos Curación de sitio de inserción cada 72 horas Cambia equipos nutrición parenteral Retira llaves 3 vías en desuso Rotula fecha de curación	Si.....No..... Cada 48 hrs..... Cada 72hrs..... Más 72 hrs..... Si.....No..... Cada 24 hrs..... Cada 48 hrs..... Si..... No..... Si.....No.....	Guía de observación

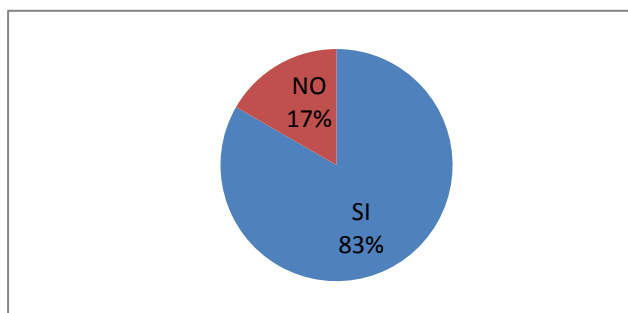
VARIABLE DE INVESTIGACIÓN : Aplicación del Protocolo de Manejo de Accesos Vasculares de las licenciadas en enfermería de los servicios de hospitalización				
DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA	TÉCNICA
	❖ Licenciadas en Enfermería de los servicios de hospitalización del ION - SOLCA	Conocimiento	Si.....No.....	Encuesta
		Capacitación	Si.....No.....	
		Experiencia	Si..... No.....	
		Técnicas usadas	Lavado de manos..... Uso de guantes..... Antisepsia	Observación

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE ENCUESTAS REALIZADAS.

En este capítulo se muestran los resultados obtenidos de las encuestas realizadas al personal de licenciadas en enfermería, así como también de la observación de campo, para conocer la situación actual de la aplicación del protocolo de manejo de accesos vasculares, en los diferentes servicios de hospitalización: pensionado, medicina interna y pediatría.

Gráfico 1 EXISTENCIA PROTOCOLO MANEJO DE ACCESOS VASCULARES



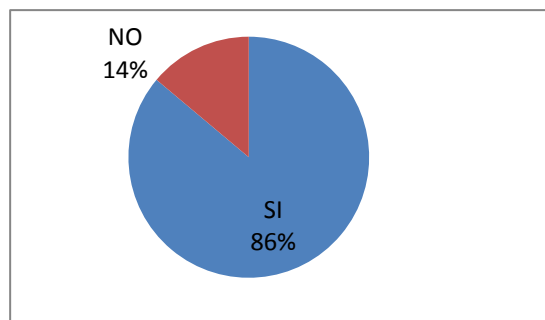
Elaborado por: Lic. Jéssyca Manzaba A.

Análisis:

La motivación y actitud del profesional de enfermería durante la ejecución de sus actividades juegan un papel fundamental en su desempeño, todo este contexto comprende: destreza y preparación técnica, experiencia, toma de decisiones, habilidad en la ejecución de los procedimientos y buenas relaciones interpersonales.

Los resultados demuestran que las licenciadas tienen conocimiento de la existencia del protocolo (83%), determinan la destreza y preparación que tienen para manejar este tipo de actividad, además tienen una experiencia adquirida por el tiempo de trabajo que cursan en el servicio de hospitalización, sin embargo existe un 17% que se trata de personal nuevo que ha ingresado en los años 2008-2009, quienes han sido entrenadas durante su jornada laboral, pero no han sido capacitadas formalmente en cuanto a la aplicación del protocolo.

Gráfico 2 CAPACITACIÓN DEL MANEJO DE ACCESOS VASCULARES

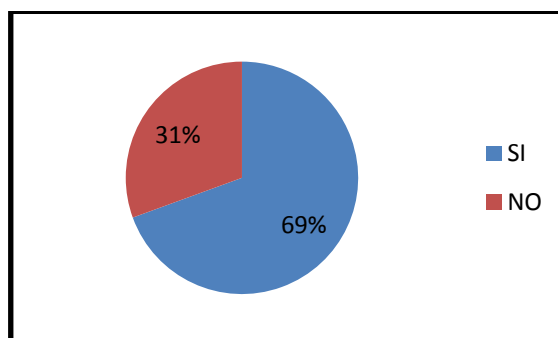


Elaborado por: Lic. Jéssyca Manzaba A.

Análisis:

Los resultados obtenidos, se relacionan con el primer gráfico, donde se indica las condiciones por las cuales si existe un 86% de personal capacitado y apenas un 14% que no han sido capacitados. Se insiste que el conocimiento y la capacitación es importante para brindar una asistencia segura a los pacientes oncológicos hospitalizados, donde se deben tomar actitudes positivas, frente al cumplimiento de estándares establecidos por un protocolo.

Gráfico 3 ENTRENAMIENTO DE COLOCACIÓN DE AGUJA CYTOCAN

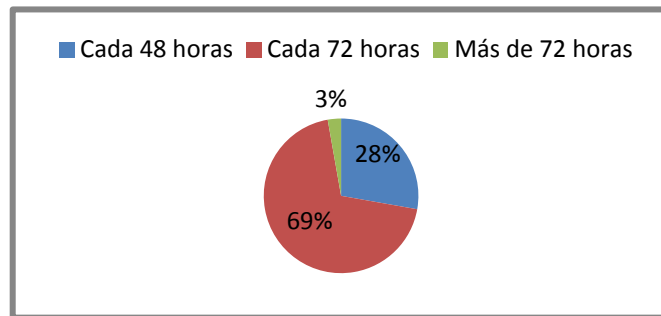


Elaborado por: Lic. Jéssyca Manzaba A.

Análisis:

Un 69% de las Enfermeras tiene el entrenamiento adecuado sobre la colocación de aguja Huber y un 31% no han sido entrenadas, pero sí lo han aprendido en la jornada diaria de trabajo mediante la observación a las Licenciadas ya entrenadas.

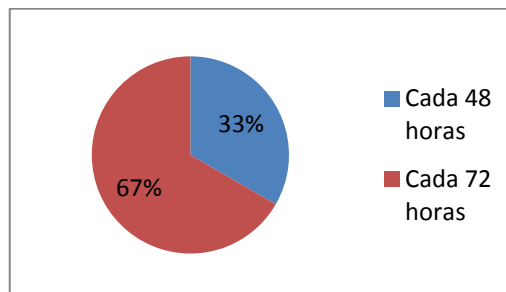
Gráfico 4 FRECUENCIA DE CAMBIO DE SISTEMAS PARA ADMINISTRACIÓN INTRAVENOSA



Elaborado por: Lic. Jéssyca Manzaba A.

Análisis: En cuanto a la frecuencia de cambio de sistemas para administración intravenosa las enfermeras refieren que lo realizan cada 48 horas un 28% de ellas porque así está estipulado en el protocolo del Instituto, cada 72 hs un 69% y solo un 2% lo realiza pasada las 72 horas, aquí recalcamos que cada 48h se cambia a los pacientes que reciben tratamiento de quimioterapia, cada 72h a pacientes que ingresan a mejorar condiciones, para diagnóstico y tratamiento.

Gráfico 5 FRECUENCIA CAMBIO DE CATÉTER PERIFÉRICO

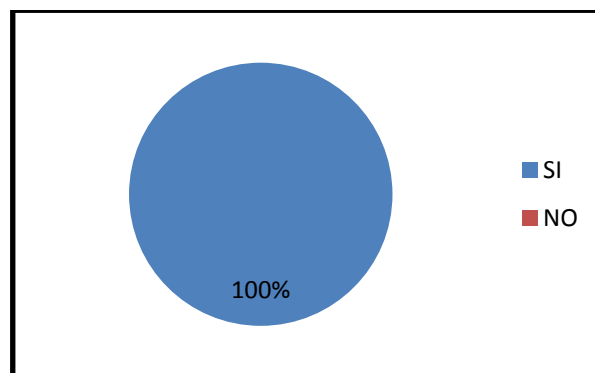


Elaborado por: Lic. Jéssyca Manzaba A.

Análisis:

Los resultados obtenidos, están de acuerdo a las recomendaciones del CDC indican que los catéteres venosos periféricos deben ser rotados de 48 a 72 horas (no se recomienda en niños), considera el uso de una vía central si el catéter se prevee que va a tener una duración superior a los 6 días, de esta forma, se disminuye el riesgo de infecciones en el torrente sanguíneo, mientras menos permanezca un objeto extraño en el organismo, evita la injuria de tejido delicado como es la piel.

Gráfico 6 LAVADO DE MANOS CLÍNICO



Elaborado por: Lic. Jéssyca Manzaba A.

Análisis:

El 100% de las enfermeras refirió como primer paso el lavado de manos clínico durante el Manejo de Accesos vasculares, este análisis determina que las enfermeras si cumplen a cabalidad el lavado de manos antes de realizar el procedimiento con lo que se evidencia la importancia de evitar las infecciones.

Tabla 1 CRITERIOS DEL CAMBIO DE AGUJA CYTOCAN

CRITERIOS	Nº ENFERM.
PREVENIR INFECCIONES	16
PORQUE ES PROTOCOLO	7
TIEMPO DE DURACION	3
PORQUE ES LA NORMA	2
NO SABE	8
TOTAL	36

Análisis:

En cuanto a los criterios del cambio de la aguja Huber o Cytocan la mayor cantidad de enfermeras (16) refirió que el cambio se lo hace para prevenir infecciones, seguido de 7 enfermeras que acotaron que es ya un protocolo establecido el cambio, 8 enfermeras comentaron no saber porque se cambia la aguja Cytocan, ya que son personal de nuevo ingreso y no tienen el conocimiento teórico ni práctico.

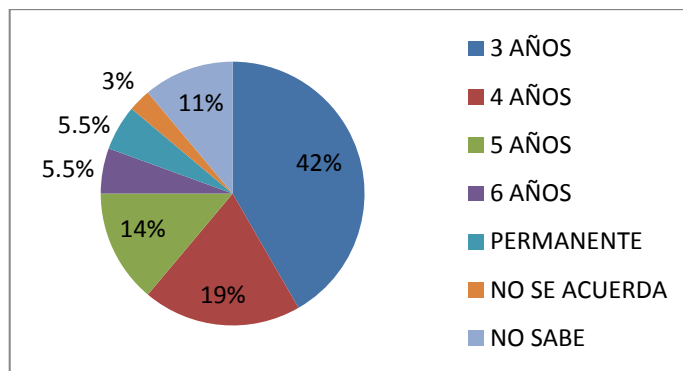
Tabla 2 PROCEDIMIENTO DE HEPARINIZACIÓN DE CATÉTER CENTRAL Y RESERVORIO SUBCUTÁNEO

CRITERIOS	Nº
1 CC DE HEPARINA +9 CC SOLUCIÓN SALINA	27
2 CC DE HEPARINA + 8 CC SOLUCIÓN SALINA	1
NO CONTESTA	6
NO SABE	2
TOTAL	36

Análisis:

Durante el procedimiento de heparinización de catéter central y reservorio subcutáneo un número de 27 enfermeras lo realiza como indica el protocolo, 6 enfermeras lo hacen de otra manera y 2 enfermeras no tienen conocimiento como realizar la dilución.

Gráfico 7 TIEMPO DE DURACIÓN DEL RESERVORIO SUBCUTÁNEO O IMPLANTOFIX



Elaborado por: Lic. Jéssyca Manzaba A.

Análisis:

El 42% de las Licenciadas indica que el tiempo de duración del reservorio subcutáneo es de 3 años, el 19% refiere que es de cuatro años, un 5,5 % refiere que su duración es permanente o de por vida, un 11% no sabe cuál es el tiempo de duración del reservorio. Este análisis denota la diversidad de criterios de las licenciadas del instituto relacionada a la duración del reservorio subcutáneo.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE GUÍAS DE OBSERVACIÓN

De acuerdo a la observación realizada se pudo determinar que las Licenciadas en Enfermería si tienen el conocimiento y la habilidad práctica en el manejo de accesos vasculares, pero que no se puede cumplir en un 100% debido al exceso de trabajo, de pacientes y el escaso personal de enfermería con que cuenta el instituto.

De las 7 enfermeras observadas durante la colocación del catéter periférico todas ellas cumplen con las técnicas de inserción. (TABLA Nº 25)

Otro dato relevante durante la curación de catéter central por las Licenciadas en Enfermería es que ninguna enfermera usó el equipo de curación como indica el protocolo, debido a que el uso del equipo requiere mayor tiempo para la curación y el exceso de pacientes y trabajo no lo permite. (TABLA Nº27)

Durante el manejo de catéter central de corta duración las licenciadas objeto de estudio si cumplen con los cuidados intraluminales del catéter (TABLA Nº 34)

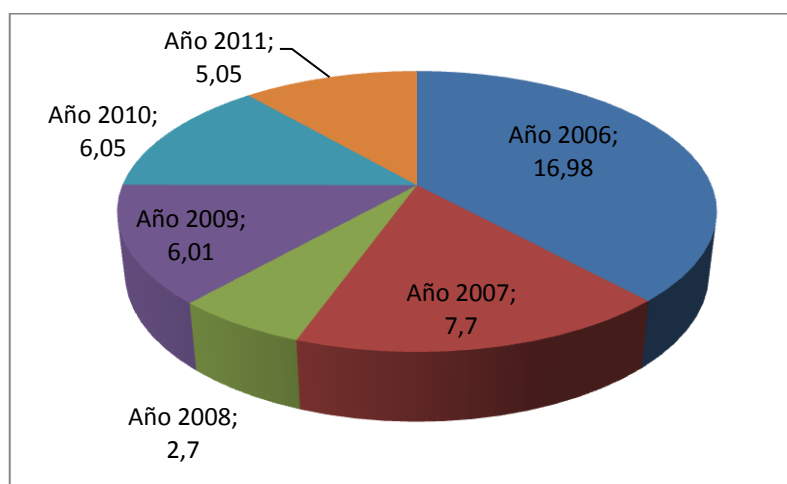
Al colocar la aguja Huber o Cytocan las 3 enfermeras observadas tienen diversos criterios para escoger el lugar de colocación, sea debido a la condición clínica del paciente o de la misma área de trabajo, 1enfermera lo hizo en la habitación y 2 enfermeras en las salas de hospitalización. (TABLA Nº 37)

TASAS DE INFECCIONES ASOCIADAS A CATÉTERES DE LARGA Y CORTA DURACIÓN EN EL INSTITUTO ONCOLÓGICO NACIONAL “DR. JUAN TANCA MARENGO”, SOLCA.

Tabla 3 INFECCIONES ASOCIADAS A CATÉTERES

AÑO	%
2006	16.98 %
2007	7.7 %
2008	2.7 %
2009	6.01 %
2010	6.05 %
2011	5.05 %

Gráfico 8 INFECCIONES ASOCIADAS A CATÉTERES



Fuente de Información: Estadísticas del Comité de Infecciones del Instituto Oncológico Nacional Dr. Juan Tanca Marengo” Solca, Guayaquil.

Elaborado por. Lic. Jéssyca Manzaba A.

Análisis: La tasa de infecciones asociadas a catéteres en el año 2006 fue: 16,98%, año 2007 fue: 7,7%, año 2008 fue: 2,7%, año 2009 fue: 6.01%, año 2010 fue: 6,05% y en el año 2011 un 5,05% por lo tanto si ha disminuido, pero se mantiene alto en relación a los estándares internacionales (2-5%).

CONCLUSIONES

Una vez realizado el análisis del presente estudio, se obtuvo información necesaria y suficiente que permitió llegar a las siguientes conclusiones:

Que actualmente debido al avance de la tecnología, la utilización de catéteres de accesos vasculares es cada vez más frecuente y necesario en los pacientes oncológicos en estado crítico y que requieren tratamiento a largo plazo. El total de Licenciadas(os) en Enfermería encuestados y observados que laboran en los servicios de hospitalización fueron un número de 36 durante el periodo de investigación.

Los profesionales de enfermería de los servicios de hospitalización tienen conocimiento de la existencia del Protocolo de Manejo de Accesos Vasculares elaborado en el año 2008 por el comité de infecciones y difundido por la docencia del hospital; sin embargo entre el periodo 2010 – 2012 ingresaron 6 licenciados quienes no han asistido a capacitación por varios motivos: sobrecarga de trabajo y porque se encontraban laborando en otra institución.

Una de las principales causas por las cuales el personal objeto de estudio, no asiste la capacitación continua es la falta de actitud y la indiferencia en la actualización de conocimientos y técnicas que salen a la luz día a día en el área de salud.

Durante el ingreso y estancia hospitalaria el proceso lleva una serie de actividades tales como: valoración de exámenes, verificación de plan terapéutico, verificar accesibilidad venosa, para esto existe un grupo de enfermeras de terapia intravenosa responsables del cumplimiento efectivo del protocolo de manejo de acceso vascular, pero no existe el suficiente personal; por lo que es necesario continuar la difusión, capacitación y evaluación al personal de licenciadas en enfermería de los servicios de hospitalización sobre la aplicación permanente del protocolo de manejo de accesos vasculares en el instituto, para que así los estándares de infecciones disminuyan aún más.

RECOMENDACIONES

Siendo el Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo” Solca, un hospital de especialidad el personal de Licenciadas (os) en Enfermería deberían tener el conocimiento primeramente de la existencia y luego el adiestramiento necesario en el manejo de accesos vasculares que fue elaborado por el comité de infecciones del instituto.

Se recomienda continuar con la capacitación y difusión del mismo ya que es primordial corregir las falencias que se han evidenciado en el presente estudio y evitar de esta manera infecciones u otro riesgo que altere la salud del paciente y la estadía hospitalaria y para lograr la aplicación correcta del protocolo se requiere actualizar conocimiento, tiempo, esfuerzo, dedicación y paciencia.

Dar prioridad a las actividades de mayor importancia e interés, conjugando la eficiencia en el trabajo resolviendo los casos y generando más soluciones a nuevos problemas que están en prioridad durante la jornada laboral, haciendo el trabajo en base a la responsabilidad y humanismo.

Incrementar o contar con un grupo de profesionales encargados del seguimiento, control y evaluación del Protocolo o actividades de Enfermería concernientes al cumplimiento continuo del mismo.

CONSIDERACIONES ÉTICAS DEL ESTUDIO

Teniendo en cuenta que el presente estudio pretende evaluar a las Licenciadas en Enfermería sobre el manejo de accesos vasculares, en éste personal sujeto de estudio debe prevalecer el criterio del respeto, dignidad y protección de sus derechos y deberes ;también el cumplimiento estricto de los cuidados y técnicas que conlleva este protocolo para lograr los máximos beneficios tanto para el paciente como para la institución ya que de no realizarse como está establecido podría tener consecuencias graves de riesgo para la salud y vida del paciente.

El paciente forma parte de las múltiples actividades por parte del as licenciadas de enfermería, el trabajo ético está enmarcado en la atención, principio de atención y relacione humanas. No es ético el tener a un paciente en espera en un proceso de recuperación o en un síntoma doloroso, etc., la prioridad entre todas las actividades asignada siempre será el paciente.

La institución requiere una imagen de servicio y los forjadores de esa imagen es el personal de médicos y paramédicos

BIBLIOGRAFÍA

Arango Rave María, Uribe Restrepo Francisco. **Cirugía Pediátrica**. Edición 1ª, Editorial Universidad de Antioquia, Medellín, 2006

Ariza Claudia, Daza Rosita. **Calidad del Cuidado de Enfermería al pcte hospitalizado**. Edición 1ª. Editorial Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, 2008

Brunner - Suddart. **Enfermería Médico Quirúrgica**. Edición 6ª. Volumen I .Editorial Interamericana. México, 1989.

Courtney Townsend, T. M. (2007). **Manual del tratado de cirugía**.

Courtney M. Townsend, Jr., M.D. **Manual del Tratado de Cirugía**, Edición, 16ª Editorial Elsevier, España, 2003

Ibarra. (25 de Octubre de 2012). eccpn.aibarra. Recuperado el 30 de Noviembre de 2012, de <http://www.eccpn.aibarra.org/>

INSTITUTO ONCOLOGICO NACIONAL, "SOLCA". (2006). **PROTOCOLOS DE MANEJO DE ACCESOS VASCULARES**. Guayaquil.

López Fernández, Fernando, **Guía de Higiene y Prevención de la Infección hospitalaria**, Ediciones Díaz de Santos, S.A, España 1998.

Malagón Londoño Gustavo, Galán Morera Ricardo, Pontón Laverde Gabriel. **Administración Hospitalaria**, Edición 3ra, Editorial Medica Panamericana, Colombia 2008.

Mora, Rafael J.F. **Soporte Nutricional Especial**, Edición 3ª. Editorial Médica Panamericana, Bogotá 2002.

Normas de la CDC **Norma Profilaxis ATB en Procedimientos- Hospital de Talca**

Ortega Vargas Carolina, Suarez Vázquez María. **Manual de Evaluación de Calidad del Servicio de Enfermería**, Edición 2ª, Editorial Medica Panamericana, México 2009.

Radiological Society of North América, I. RadiologyInfo.org. Recuperado el 30 de Noviembre de 2012, de www.radiologyinf.org

SOLCA, C. d. (2006-2007). Estadísticas del COMITE. Guayaquil.

Temes Montes José, Mengíbar Torres Mercedes. **Gestión Hospitalaria**. Edición 4ta. Mc Graw – Hill- Interamericana, España 2007.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Estadísticas del Comité de Infecciones del Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo” SOLCA - Guayaquil
2. [www.madrimasd.org/empleo/servicioestrategiaprofesional/ManualOrientación Profesional/tema10_3](http://www.madrimasd.org/empleo/servicioestrategiaprofesional/ManualOrientaciónProfesional/tema10_3)
3. [html:file:///evaluacion%20del%20desempeño%20del%20profesional%20de%20enf](http://file:///evaluacion%20del%20desempeño%20del%20profesional%20de%20enf).
4. www.who.int/water_sanitation
5. Panorama de la evaluación de salud: disponible en <http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsacd/eco/030079/030079-02.pdf>.
6. La Enfermería y los Cuidados de los Catéteres Intravasculares:
www.ee.isics.es/servlet/Satellite?...ExcelenciaEnfermera/Articulo...
7. Courtney M. Townsend, Jr., M.D. **Manual del Tratado de Cirugía** Edición, 16ª Editorial Elsevier, España, 2003
8. www.eccpn.aibarra.org/temario/ cap: 45, 48
9. http://www.radiologyinfo.org/sp/pdf/vasc_access.pdf, págs. 1-4
10. Modelos y Teorías en Enfermería: CGE04 **Módulo1**, págs. 17-22

11. **PROTOCOLOS DE MANEJO DE ACCESOS VASCULARES** del Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo” SOLCA - Guayaquil. 2006,págs. 19-91
12. Normas de la CDC **Norma Profilaxis ATB en Procedimientos- Hospital de Talca.**

ANEXOS

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA

Guía de Observación para el personal de Lic. en Enfermería sobre la aplicación del protocolo de manejo de accesos vasculares en los servicios de hospitalización del INSTITUTO ONCOLÓGICO NACIONAL “DR. JUAN TANCA MARENGO”, SOLCA.

Servicio:.....

Área:

Turno:.....

Procedimiento: Canalización vía periférica

1.- Personal que interviene

Licenciadas ☐

Auxiliares ☐

2.- Elección de catéter

2.1 Para hidratación, nutrición y quimioterapia

2.1.1 Catéter N° 22 ☐

2.1.2 Catéter N° 24 ☐

2.1.3 Otro catéter -----

2.2.- Para administración hemoderivados, RCP, pacientes pre quirúrgicos, inestables

2.2.1 Catéter N° 18 ☐

2.2.2 Catéter N° 20 ☐

2.2.3 Otro catéter ☐

3.- Zonas anatómicas

3.1 Miembro superior ☐

3.2 Venas del cuello ☐

3.3 Metacarpianas (mano) ☐

4.- Materiales y Equipos

4.1 Catéter ☐

4.2 Yodopovidona ☐

4.3 Alcohol 70% ☐

4.4 Guantes estériles ☐

4.5 Mascarilla ☐

4.6 Torniquete ☐

4.7 Soluciones endovenosas

Y equipos ☐

4.8 Gasa estéril ☐

4.9 Contenedores ☐

5.- Pre implantación

5.1 Explica al paciente SI ☐ NO ☐

5.2 Coloca mascarilla SI ☐ NO ☐

5.3 Lavado de manos SI ☐ NO ☐

- 5.4 Localiza sitio SI ☐ NO ☐
- 5.5 Rasura vello SI ☐ NO ☐
- 5.6 Coloca calor SI ☐ NO ☐
- 5.7 Aplica torniquete 10 cms. SI ☐ NO ☐
- 5.8 Coloca guantes estériles SI ☐ NO ☐
- 5.9 Realiza asepsia con
- Alcohol y yodopovidona SI ☐ NO ☐

6.- Técnica Inserción

- 6.1 Perfora piel con ángulo 30° - 45° SI ☐ NO ☐
- 6.2 Retira el bisel lentamente SI ☐ NO ☐
- 6.3 Conecta sistema SI ☐ NO ☐
- 6.4 Fija y rotula tubuladuras SI ☐ NO ☐
- 6.5 Lavado manos después proced. SI ☐ NO ☐

7.- Post implantación

- 7.1 Mantiene bomba infusión SI ☐ NO ☐
- 7.2 Lava vena previo cambio de fluidos SI ☐ NO ☐
- 7.3 Prepara asépticamente soluciones SI ☐ NO ☐
- 7.4 Limpia tapones con alcohol SI ☐ NO ☐
- 7.5 Coloca equipos nuevos SI ☐ NO ☐
- 7.6 Evita desobstrucción SI ☐ NO ☐

Guía de Observación para el personal de Lic. en Enfermería sobre la aplicación del protocolo de manejo de accesos vasculares en los servicios de hospitalización del INSTITUTO ONCOLÓGICO NACIONAL “DR. JUAN TANCA MARENGO”,

Turno:.....

130

Personal que interviene:

Licenciadas ☐

Auxiliares ☐

3.1. Revisa sitio inserción SI ☐ NO ☐

3.2. Realiza curación cada 72 hrs SI ☐ NO ☐

3.3. Cambia sistemas I V cada 72 hrs SI ☐ NO ☐

3.4. Cambia sistemas I V con restos hemáticos SI ☐ NO ☐

3.5. Punto de inserción libre de restos hemáticos SI ☐ NO ☐

3.6. Elimina equipos de transfusión utilizados SI ☐ NO ☐

3.7. Rotula fecha de curación SI ☐ NO ☐

4) Purgado catéter central

4.1. Lava catéter antes de purgado SI ☐ NO ☐

4.2. Purga catéter posterior transfusión SI ☐ NO ☐

4.3. Purga catéter post extracción de sangre SI ☐ NO ☐

4.4. Purga catéter dificultad paso líquido SI ☐ NO ☐

5) Heparinización de catéter central

5.1. Lava sistema previo heparinización SI ☐ NO ☐

5.2. Adm 2cc solo heparinización pte pediátrico SI ☐ NO ☐

5.3 Adm 3cc solo heparinización pte adulto SI ☐ NO ☐

5.4 Utiliza jeringuillas de 10cc SI ☐ NO ☐

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERIA

Guía de Observación para el personal de Lic. en Enfermería sobre la aplicación del protocolo de manejo de accesos vasculares en los servicios de hospitalización del INSTITUTO ONCOLÓGICO NACIONAL “DR. JUAN TANCA MARENGO”, SOLCA.

Servicio:.....

Área:

Turno:.....

Procedimiento: Curación De Catéter Central

1) Personal que interviene

Licenciadas ☐

Auxiliares ☐

2) Material y Equipos

2.1. Equipo de curación ☐

2.2. Guante estéril ☐

2.3. Mascarillas ☐

2.4. Gasas ☐

2.5. Apósito transparente ☐

3) Procedimiento

3.1. Explica al pcte ☐

3.2. Coloca mascarilla pcte ☐

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 3.3. Realiza lavado de manos | ☐ | |
| 3.4. Coloca gorro, mascarilla (operador) ayudante | ☐ | ☐ |
| 3.5. Se coloca guante estéril | ☐ | |
| 3.6. Realiza antisepsia de sitio de inserción | ☐ | |
| 3.7. Retira exceso de antiséptico con gasa | ☐ | |
| 3.8. Cubre sitio de inserción con: gasa | ☐ | |
| Apósito transparente | ☐ | |
| 3.9. Realiza antisepsia de lumen de catéter | ☐ | |
| 3.10. Protege conexión de catéter con gasa | ☐ | |
| 3.11. Registra fecha de curación | ☐ | |

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA

Guía de Observación para el personal de Lic. en Enfermería sobre la aplicación del protocolo de manejo de accesos vasculares en los servicios de hospitalización del INSTITUTO ONCOLÓGICO NACIONAL “DR. JUAN TANCA MARENGO”, SOLCA.

Servicio:.....

Área:

Turno:.....

Procedimiento: Extracción de muestras sanguíneas por catéter central

1) Personal que interviene

Licenciada ☐

Auxiliares ☐

2) Material y Equipos

2.1. Mascarillas ☐

2.2. Guantes estériles ☐

2.3 Esparadrapo ☐

2.4 Jeringuillas 5, 10, 20 cc ☐

2.5 Tubos de ensayo (lila, rojo, azul) ☐

2.6 Frascos de hemocultivo ☐

2.7 Contenedor ☐

2.8 Heparina de 25.000 UI ☐

2.9 Solución salina 100 cc ☐

2.10 Gasas pequeñas ☐

2.11 Campos estériles ☐

3) Procedimiento

3.1 Explica procedimiento a pcte SI ☐ NO ☐

3.2 Coloca mascarilla: operador y pcte SI ☐ NO ☐

3.3 Realiza lavado de manos SI ☐ NO ☐

3.4 Coloca guante estéril SI ☐ NO ☐

3.5 Toma jeringuilla de campo estéril SI ☐ NO ☐

3.6 Extrae dosis de heparina SI ☐ NO ☐

3.7 Carga jeringuilla con sol. Salina SI ☐ NO ☐

3.8 Retira gasas y esparadrapo del lumen SI ☐ NO ☐

3.9 Realiza antisepsia del lumen SI ☐ NO ☐

3.10 Cierra el clamp y conecta jeringuilla al catéter SI ☐ NO ☐

3.11 Abre el clamp y lava vía con sol. Salina SI ☐ NO ☐

3.12 Extrae y desecha de 5 a 10 cms. de sangre SI ☐ NO ☐

3.13 Conecta jeringuilla y extrae sangre SI ☐ NO ☐

3.14 Lava catéter post extracción SI ☐ NO ☐

3.15 Purga catéter c sol. heparinizada SI ☐ NO ☐

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA

Guía de Observación para el personal de Lic. en Enfermería sobre la aplicación del protocolo de manejo de accesos vasculares en los servicios de hospitalización del INSTITUTO ONCOLÓGICO NACIONAL “DR. JUAN TANCA MARENGO”, SOLCA.

Servicio:.....

Área:

Turno:.....

Procedimiento: Manejo reservorio subcutáneo (Implantofix)

Personal que interviene

Licenciada ☐

Auxiliar ☐

1) CUIDADOS EXTRALUMINALES

1.1 Cambia aguja cada 7 días SI ☐ NO ☐

1.2 Realiza curación cada 72 hrs SI ☐ NO ☐

1.3 Retira llave de tres vías en desuso SI ☐ NO ☐

1.4 Mantiene zona dérmica limpia SI ☐ NO ☐

1.5 Protege reservorio con: Gasa SI ☐ NO ☐

Apósito transparente SI ☐ NO ☐

2) Cuidados intraluminales

2.1 Utiliza reservorio inmediatamente SI ☐ NO ☐

2.2 Utiliza reservorio a las 72 hrs	SI	☐	NO	☐
2.3 Lava reservorio con solución salina	SI	☐	NO	☐
2.4 Purga reservorio:				
2.4.1 Post administración hemoderivados	SI	☐	NO	☐
2.4.2 Post extracción de sangre	SI	☐	NO	☐
2.4.3 Post retorno venoso reciente	SI	☐	NO	☐
2.5 Mantiene bomba de infusión	SI	☐	NO	☐
2.6 Cambia sistemas de infusión:				
2.6.1 Cada 48 hrs	SI	☐	NO	☐
2.6.2 Cada 72 hrs	SI	☐	NO	☐
2.7. Utiliza jeringuillas mayores de 10 cc	SI	☐	NO	☐
2.8 Hepariniza reservorio según protocolo	SI	☐	NO	☐

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA

Guía de Observación para el personal de Lic. en Enfermería sobre la aplicación del protocolo de manejo de accesos vasculares en los servicios de hospitalización del INSTITUTO ONCOLÓGICO NACIONAL “DR. JUAN TANCA MARENGO”, SOLCA.

Servicio:.....

Área:

Turno:.....

Procedimiento: Colocación aguja Huber o Cytocan

Personal que interviene:

Licenciada ☐

Auxiliar ☐

Médico ☐

1) Lugar de colocación

1.1. Sala de procedimiento ☐

1.2 Habitación ☐

1.3 Sala de hospitalización ☐

2) Materiales y equipos

2.1 Yodopovidona ☐

2.2 Apósito transparente ☐

2.3 Guantes estériles ☐

- | | |
|---|--------------------------|
| 2.4 Aguja cytocan | ☐ |
| 2.5 Jeringuillas 10 y 20 cc | ☐ |
| 2.6 Equipo venoclisis con extensión | ☐ |
| 2.7 Solución salina 100 cc | ☐ |
| 2.8 Gasas pequeñas | ☐ |
| 2.9 Gorros quirúrgicos | ☐ |
| 2.10 Mascarillas | ☐ |
| 2.11 Semiluna | ☐ |
| 3) Técnica de colocación | |
| 3.1 Explica procedimiento a paciente | ☐ |
| 3.2 Realiza lavado de manos | ☐ |
| 3.3 Palpa situación del portal | ☐ |
| 3.4 Coloca mascarilla (operador y paciente) | ☐ |
| 3.5 Realiza lavado de manos nuevamente | ☐ |
| 3.6 Deja listo material en campo estéril | ☐ |
| 3.7 Retira apósito transparente, esparadrapo y gasas: | |
| 3.7.1 Con guantes de manejo | ☐ |
| 3.7.2 Con guantes estériles | ☐ |
| 3.8 Carga jeringuilla con solución salina | ☐ |
| 3.9 Conecta jeringuilla a alargadera | ☐ |
| 3.10 Purga alargadera | ☐ |
| 3.11 Clampea pinza | ☐ |

- 3.12 Realiza antisepsia de piel ☐
- 3.13 Localiza y punciona portal en ángulo de 90° ☐
- 3.14 Comprueba retorno venoso ☐
- 3.15 Lava alargadera con suero salino ☐
- 3.16 Cubre conexiones con gasa estéril ☐
- 3.17 Protege piel y cuerpo de aguja con:
 - 3.17.1 Gasa estéril ☐
 - 3.17.2 Apósito transparente ☐
- 4). Cuidados de aguja cytocan
 - 4.1 Perfunde sistema ☐
 - 4.2 Usa perfusiones mayores a 20 ml/h ☐
 - 4.3 Mantiene perfusión con bomba ☐

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA

Guía de Observación para el personal de Lic. En Enfermería sobre la aplicación del protocolo de manejo de accesos vasculares en los servicios de hospitalización del INSTITUTO ONCOLÓGICO NACIONAL “DR. JUAN TANCA MARENGO”, SOLCA.

Servicio:.....

Área:

Turno:.....

Procedimiento: Heparinización (sellado) de reservorio ptes ambulatorios

Personal que interviene:

Licenciada ☐

Auxiliar ☐

1) Materiales y equipos:

1.1 Yodopovidona ☐

1.2 Apósito transparente 10 x12cm ☐

1.3 Guantes estériles 2 pares ☐

1.4 Aguja cytocan ☐

1.5 Solución salina de 100 cc ☐

1.6 Heparina sódica 25.000 UI ☐

1.7 Jeringuillas de 10 y 20 cc ☐

1.8 Gasas pequeñas ☐

- | | |
|-----------------------------------|--------------------------|
| 1.9 Campo estéril | ☐ |
| 1.10 Gorro quirúrgico | ☐ |
| 1.11 Mascarillas | ☐ |
| 1.12 Semiluna | ☐ |
| 1.13 Contenedor de cortopunzantes | ☐ |

2) Procedimiento:

- | | | | | |
|--|----|--------------------------|----|--------------------------|
| 2.1 Lavado de manos | SI | ☐ | NO | ☐ |
| 2.2 Palpa situación de portal | SI | ☐ | NO | ☐ |
| 2.3 Coloca mascarilla y gorro: | | | | |
| 2.3.1 Operador | SI | ☐ | NO | ☐ |
| 2.3.2 Paciente | SI | ☐ | NO | ☐ |
| 2.4 Coloca material en campo estéril | SI | ☐ | NO | ☐ |
| 2.5 Se coloca guantes estériles | SI | ☐ | NO | ☐ |
| 2.6 Carga jeringuilla de 10 cc con sol. salina | SI | ☐ | NO | ☐ |
| 2.7 Purga alargadera con solución salina | SI | ☐ | NO | ☐ |
| 2.8 Prepara dilución de heparina | SI | ☐ | NO | ☐ |
| 2.9 Se coloca guantes nuevamente | SI | ☐ | NO | ☐ |
| 2.10 Realiza antisepsia de piel nuevamente | SI | ☐ | NO | ☐ |
| 2.10.1 Deja actuar antiséptico por 2 minutos | SI | ☐ | NO | ☐ |
| 2.11 Localiza portal por palpación | SI | ☐ | NO | ☐ |
| 2.12 Realiza antisepsia de piel nuevamente | SI | ☐ | NO | ☐ |

2.13 Retira protector de aguja	SI	☐	NO	☐
2.14 Punciona portal en ángulo de 90 °	SI	☐	NO	☐
2.15 En niños, pide que inspire	SI	☐	NO	☐
2.16 Comprueba permeabilidad de reservorio	SI	☐	NO	☐
2.17 Desecha heparina de sellado	SI	☐	NO	☐
2.18 Lava alargadera con 20 cc sol. salina	SI	☐	NO	☐
2.19 Cierra el clamp	SI	☐	NO	☐
2.20 Conecta jeringuilla con sol. heparinizada	SI	☐	NO	☐
2.21 Administra 2 a 3 cc soluc. heparinizada	SI	☐	NO	☐
2.22 Clampea alargadera y retira aguja	SI	☐	NO	☐
2.23 Coloca gasa estéril en punción	SI	☐	NO	☐
2.24 Presiona zona punción por 3 minutos	SI	☐	NO	☐
2.25 Coloca gasa y esparadrapo en punción	SI	☐	NO	☐
2.26 Coloca gasa y apósito transparente en punción	SI	☐	NO	☐

3) Cuando sellar y heparinizar:

3.1 Al término de tratamiento de quimioterapia	SI	☐	NO	☐
3.2 Al término de infusiones intravenosas	SI	☐	NO	☐
3.3 Reservorio no está en uso	SI	☐	NO	☐
3.4 Obstrucción de reservorio	SI	☐	NO	☐

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA

Guía de Observación para el personal de Lic. en Enfermería sobre la aplicación del protocolo de manejo de accesos vasculares en los servicios de hospitalización del INSTITUTO ONCOLÓGICO NACIONAL “DR. JUAN TANCA MARENGO”, SOLCA.

Servicio:.....

Área:

Turno:.....

Procedimiento: Retiro de aguja Huber o Cytocan

1.- Personal que interviene

Licenciadas ☐

Auxiliares ☐

1.1. Al término de tratamiento intravenoso SI ☐ NO ☐

1.2. Oclusión de aguja y/o reservorio SI ☐ NO ☐

1.3. Cambio de aguja según protocolo (7 días) SI ☐ NO ☐

2) Material y equipos: SI NO

2.1 Yodopovidona ☐ ☐

2.2 Guantes estériles 2 pares ☐ ☐

2.3 Solución salina de 100 cc ☐ ☐

2.4 Heparina sódica 25.000 UI	☐	☐
2.5 Jeringuillas de 10 cc	☐	☐
2.6 Jeringuillas de 20 cc	☐	☐
2.7 Gasas pequeñas	☐	☐
2.8 Campo estéril	☐	☐
2.9 Gorro quirúrgico	☐	☐
2.10 Mascarillas	☐	☐
2.11 Semiluna	☐	☐
2.12 Contenedor de cortopunzantes	☐	☐
2.13 Esparadrapo	☐	☐
3) Procedimiento:	SI	NO
3.1. Realiza lavado manos clínico	☐	☐
3.2 Coloca gorro y mascarilla:		
Operador	☐	☐
Paciente	☐	☐
3.3. Coloca material en campo estéril	☐	☐
3.4. Retira apósito transparente con:		
Guantes de manejo	☐	☐
Sin guantes	☐	☐
3.5. Cierra sistemas de infusión	☐	☐
3.6. Se coloca guantes estériles	☐	☐
3.7. Prepara solución heparinizada	☐	☐

3.8. Carga jeringuilla de 20 cc con sol. Salina	☐	☐
3.9 Realiza antisepsia de piel alrededor de aguja	☐	☐
3.10 Desconecta sistemas de infusión	☐	☐
3.11. Infunde 20 cc de solución salina	☐	☐
3.12. Cierra el clamp	☐	☐
3.13 .Conecta jeringuilla con solución heparinizada	☐	☐
3.14. Desclampea alargadera	☐	☐
3.15. Introduce de 2 a 3cc solución heparinizada	☐	☐
3.16. Clampea alargadera nuevamente	☐	☐
3.17. Sujeta la cámara con mano no dominante y con una gasa estéril:	☐	☐
3.18. Sujeta aguja cytocan con mano dominante	☐	☐
3.19. Extrae aguja en forma perpendicular a la piel	☐	☐
3.20. Presiona con gasa zona de punción por 3min.	☐	☐
3.21. Coloca gasa y esparadrapo en zona de punción	☐	☐
3.22. Registra en historia clínica el procedimiento	☐	☐

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA

Guía de Observación para el personal de Lic. en Enfermería sobre la aplicación del protocolo de manejo de accesos vasculares en los servicios de hospitalización del INSTITUTO ONCOLÓGICO NACIONAL “DR. JUAN TANCA MARENGO”, SOLCA

Servicio:.....

Área:

Turno:.....

Procedimiento: Extracción de sangre por reservorio subcutáneo

Personal que interviene:

Licenciada ☐

Auxiliar ☐

1) Materiales y equipos

1.1. Mascarillas ☐

1.2. Guantes estériles ☐

1.3 Esparadrapo ☐

1.4 Jeringuillas 10 y 20 cc ☐

1.5 Tubos de ensayo (lila, rojo, azul) ☐

1.6 Frascos de hemocultivo ☐

1.7 Contenedor ☐

1.8 Heparina de 25.000 UI ☐

1.9 Solución salina 100 cc ☐

1.10 Gasas pequeñas ☐

1.11 Campos estériles ☐

1.12 Yodopovidona ☐

1.13 Gorro quirúrgico ☐

2) Procedimiento

2.1 Coloca mascarilla: operador y pcte SI ☐ NO ☐

2.2 Realiza lavado de manos clínico SI ☐ NO ☐

2.3 Coloca material en campo estéril SI ☐ NO ☐

2.4 Coloca guante estéril SI ☐ NO ☐

2.5 Prepara solución heparinizada SI ☐ NO ☐

2.6 Carga jeringuilla de 20 cc con sol. heparinizada SI ☐ NO ☐

2.7 Coloca campo en tórax de pcte SI ☐ NO ☐

2.8 Clampea sistema de infusión SI ☐ NO ☐

2.9 Realiza antisepsia de conexiones c yodopovidona SI ☐ NO ☐

2.10 Lava sistema con sol. salina SI ☐ NO ☐

2.11 Clampea alargadera SI ☐ NO ☐

2.12 Extrae 5 a 10 cms. de sangre y la desecha SI ☐ NO ☐

2.13 Extrae sangre necesaria para pruebas lab. SI ☐ NO ☐

2.14 Lava reservorio post extracción de sangre SI ☐ NO ☐

2.15 Purga reservorio a pczes hospitalizados SI ☐ NO ☐

2.16 Hepariniza reservorio a pcte ambulatorio. SI ☐ NO ☐

UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA

Encuesta anónima para Lic. en Enfermería sobre la aplicación del protocolo de manejo de accesos vasculares en los servicios de hospitalización del INSTITUTO ONCOLÓGICO NACIONAL “DR. JUAN TANCA MARENGO”, SOLCA.

Servicio:

Área:.....

Turno:.....

1.- ¿Ud. tiene conocimiento de la existencia de los protocolos de manejo de accesos vasculares en el Instituto?

Si ☐ No ☐

2.- ¿Ud. ha sido capacitado sobre el manejo de los accesos vasculares en el Instituto?

Si ☐ No ☐

3.- ¿Ud. ha sido entrenado para la colocación de aguja cytocan?

Si ☐ No ☐

4.- ¿Los equipos intravenosos se cambian:

Cada 48 horas ☐

Cada 72 horas ☐

Más 72 horas ☐

5.- ¿Los Equipos de Nutrición Parenteral Total se cambian:

Cada 24 horas ☐

Cada 48 horas ☐

Cada 72 horas ☐

6.- ¿La aguja cytocan se cambia cada 7 días?

Si ☐ No ☐

Porqué: _____

7.- ¿Realiza el lavado de manos clínico antes de la colocación del catéter o cualquier procedimiento que involucre el manejo de accesos venosos?

Si ☐ No ☐

8.- ¿Realiza la antisepsia antes de la inserción del catéter periférico con?

Alcohol Si ☐ No ☐

Yodopovidona Si ☐ No ☐

9.- ¿Utiliza campo estéril amplio durante el procedimiento de colocación de la aguja cytocan?

Si ☐ No ☐

10.- ¿Cómo realiza la dilución de la heparina durante el procedimiento de heparinización del catéter. Y cuántas unidades administra en el paciente adulto?

11.- ¿Sabe el tiempo de duración de un reservorio subcutáneo?

12.- ¿Realiza la antisepsia de los conectores o llaves de 3 vías con alcohol al 70% antes de la manipulación o de la administración de medicamentos. ?

Si ☐ No ☐

13.- ¿Cubre el sitio de incisión de colocación de aguja Cytocan con:

	SI	NO
Gasa	☐	☐
Apósito transparente.	☐	☐
Gasa y apósito transparente	SI ☐	NO ☐

14.- ¿Cómo realiza la dilución de la heparina durante el procedimiento de heparinización del catéter. Y cuántas unidades se administran en el paciente pediátrico?

15.- ¿Realiza la antisepsia antes de la inserción de la aguja cytocan con?

Alcohol	Si ☐	NO ☐
Yodopovidona	SI ☐	NO ☐

Firma del encuestado: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Yo, Lic. _____, comprendo la importancia del proyecto de investigación. He respondido de manera consciente y satisfactoria. Entiendo que la información y datos obtenidos en el estudio, pueden ser publicados o difundidos con fines científicos.

Convengo en participar en este proyecto de investigación.

Firma: _____

C.I:

Guayaquil, 28 de Abril del 2010

Dr. Carlos Marengo Baquerizo

Director Médico del Instituto Oncológico Nacional "Dr. Juan Tanca Marengo"

SOLCA – GUAYAQUIL.

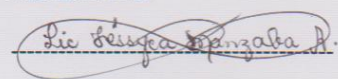
Ciudad.-

Por medio de la presente solicito a usted, salvo su mejor criterio la autorización para realizar la siguiente investigación previa a la obtención del Título de Especialista en Enfermería Oncológica.

El tema a investigar es: **EVALUACION DE LA APLICACIÓN DEL PROTOCOLO DE MANEJO DE ACCESOS VASCULARES DE LAS LICENCIADAS EN ENFERMERIA DE LOS SERVICIOS DE PEDIATRIA, MEDICINA INTERNA Y PENSIONADO DEL INSTITUTO ONCOLÓGICO NACIONAL "DR. JUAN TANCA MARENGO", SOLCA , AÑO 2010-2012**

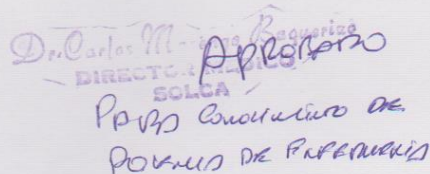
Segura de contar con su apoyo, me despido agradecida:

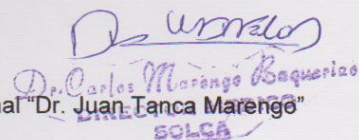
Atentamente.

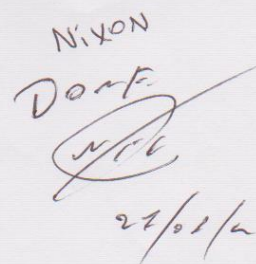


Lic. Jéssyca Manzaba Alvarado

Estudiante del III Post grado en Enfermería Oncológica


DIRECTOR MEDICO
SOLCA
PARTICIPANTE DE
PROGRAMA DE ENFERMERIA


DIRECTOR MEDICO
SOLCA
"Dr. Juan Tanca Marengo"

NIXON
DONT

22/05/10

Guayaquil, 28 de Abril del 2010

Dr. Guido Panchana Eguez

Jefe de Docencia e Investigación del Instituto Oncológico Nacional "Dr. Juan Tanca Marengo" SOLCA – GUAYAQUIL.

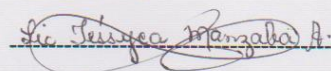
Ciudad.-

Por medio de la presente solicito a usted la autorización para realizar la siguiente investigación previa a la obtención del Título de Especialista en Enfermería Oncológica.

El tema a investigar es: : **EVALUACION DE LA APLICACIÓN DEL PROTOCOLO DE MANEJO DE ACCESOS VASCULARES DE LAS LICENCIADAS EN ENFERMERIA DE LOS SERVICIOS DE PEDIATRIA,MEDICINA INTERNA Y PENSIONADO DEL INSTITUTO ONCOLÓGICO NACIONAL "DR. JUAN TANCA MARENGO", SOLCA , AÑO 2010-2012**

Esperando contar con su apoyo, me despido de usted:

Atentamente.



Lic. Jéssyca Manzaba Alvarado

Estudiante del III Post grado en Enfermería Oncológica


Dr. Guido Panchana Eguez
Jefe Depto. de Docencia e Investigación
SOLCA

Guayaquil, 28 de Abril del 2010

Dra. Glenda Ramos Martínez

Jefe de Medicina Interna del Instituto Oncológico Nacional "Dr. Juan Tanca Marengo"

SOLCA – GUAYAQUIL.

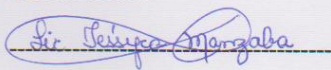
Ciudad.-

Por medio de la presente solicito a usted salvo su mejor criterio la autorización para realizar la siguiente investigación previa a la obtención del Título de Especialista en Enfermería Oncológica.

El tema a investigar es: : **EVALUACION DE LA APLICACIÓN DEL PROTOCOLO DE MANEJO DE ACCESOS VASCULARES DE LAS LICENCIADAS EN ENFERMERIA DE LOS SERVICIOS DE PEDIATRIA,MEDICINA INTERNA Y PENSIONADO DEL INSTITUTO ONCOLÓGICO NACIONAL "DR. JUAN TANCA MARENGO", SOLCA , AÑO 2010-2012**

Segura de contar con su apoyo, me despido agradecida:

Atentamente.



Lic. Jéssyca Manzaba Alvarado

Estudiante del III Post grado en Enfermería Oncológica



Guayaquil, 28 de Abril del 2010

Dr. Gonzalo Puga Peña

Jefe de Pensionado del Instituto Oncológico Nacional "Dr. Juan Tanca Marengo"

SOLCA – GUAYAQUIL.

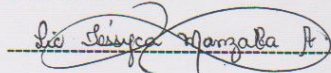
Ciudad.-

Por medio de la presente solicito a usted la autorización para realizar la siguiente investigación previa a la obtención del Título de Especialista en Enfermería Oncológica.

El tema a investigar es: : **EVALUACION DE LA APLICACIÓN DEL PROTOCOLO DE MANEJO DE ACCESOS VASCULARES DE LAS LICENCIADAS EN ENFERMERIA DE LOS SERVICIOS DE PEDIATRIA, MEDICINA INTERNA Y PENSIONADO DEL INSTITUTO ONCOLÓGICO NACIONAL "DR. JUAN TANCA MARENGO", SOLCA , AÑO 2010-2012**

Esperando contar con su apoyo, me despido de usted:

Atentamente.



Lic. Jéssyca Manzaba Alvarado

Estudiante del III Post grado en Enfermería Oncológica.

Atenciosamente
Comité de Investigación
Dr. Client
G. Puga
Dr. Gonzalo Puga Peña
Jefe de Pensionado
SOLCA
27 MAY 2010

Lic. Jéssyca Manzaba
27-5-13

Guayaquil, 28 de Abril del 2010

Dr. Luis Espín Custodio

Jefe de Pediatría del Instituto Oncológico Nacional "Dr. Juan Tanca Marengo"

SOLCA – GUAYAQUIL.

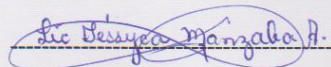
Ciudad.-

Por medio de la presente solicito a usted salvo su mejor criterio la autorización para realizar la siguiente investigación previa a la obtención del Título de Especialista en Enfermería Oncológica.

El tema a investigar es : **EVALUACION DE LA APLICACIÓN DEL PROTOCOLO DE MANEJO DE ACCESOS VASCULARES DE LAS LICENCIADAS EN ENFERMERIA DE LOS SERVICIOS DE PEDIATRIA,MEDICINA INTERNA Y PENSIONADO DEL INSTITUTO ONCOLÓGICO NACIONAL "DR. JUAN TANCA MARENGO", SOLCA , AÑO 2010-2012**

Esperando contar con su apoyo, me despido de usted:

Atentamente.



Lic. Jéssyca Manzaba Alvarado

Estudiante del III Post grado en Enfermería Oncológica.



**CRONOGRAMA DE TRABAJO PREVIO A LA OBTENCION DE TITULO DE ESPECIALISTA EN ENFERMERIA ONCOLOGICA:
EVALUACION DE APLICACIÓN DE PROTOCOLO DE MANEJO DE ACCESOS VASCULARES EN LAS LICENCIADAS EN ENFERMERIA
DE LOS SERVICIOS DE PEDIATRIA, MEDICINA INTERNA Y PENSIONADO DEL INSTITUTO ONCOLOGICO NACIONAL
DR. JUAN TANCA MARENGO SOLCA 2010-2012**

	TIEMPO EN SEMANAS																																							
	ABRIL /2010				MAYO/2010				JUNIO/2010				May-11					Jun-11					Ene-12					Mar-12					Abr-12				May-12			
ACTIVIDAD	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37			
Revisión de protocolo	→																																							
Diseño de Protocolo			→																																					
Corrección de protocolo				→																																				
Elaboracion de instrumentos													→																											
Recolección de datos										→																														
Procesamiento de información																					→																			
Análisis de Información																							→																	
Conclusiones																									→															
Recomendaciones																													→											
Redacción del primer borrador																																		→						
Presentación del primer borrador																																				→				
Correccion de tesis																																								
Presentación de tesis																																								
Sustentación de tesis																																								
Incorporación																																								

Elaborado por: Lic. Jessyca Manzaba

PRESUPUESTO:**RECURSO HUMANO**

No.	CATEGORÍA	TIEMPO	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
1	Asesor de Tesis	5 meses	\$ 50	\$ 250
1	Secretaria	15 días	\$ 10	\$ 150
TOTAL			\$60	\$400

RECURSOS MATERIALES

No.	DESCRIPCIÓN	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
2000	Papel Bond A4	\$ 6	\$36
300	Copias	\$0.05	\$ 15
4	Tintas impresoras	\$30	\$120
3	Lápices	\$0.60	\$1.80
3	Borradores	\$0.50	\$1.50
150	Formularios	\$0.05	\$7.50
4	Empastado	\$30	\$120
TOTAL			\$301.80

OTROS

Nº.	DESCRIPCIÓN	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
	Internet	\$ 3	\$ 90
	Transporte	\$ 5	\$ 300
TOTAL		\$ 8	\$ 390

TOTAL

1.-	Recurso humano	\$ 400
2.-	Recursos materiales	\$ 301.80
3.-	Otros	\$ 390
TOTAL		\$ 1091.80

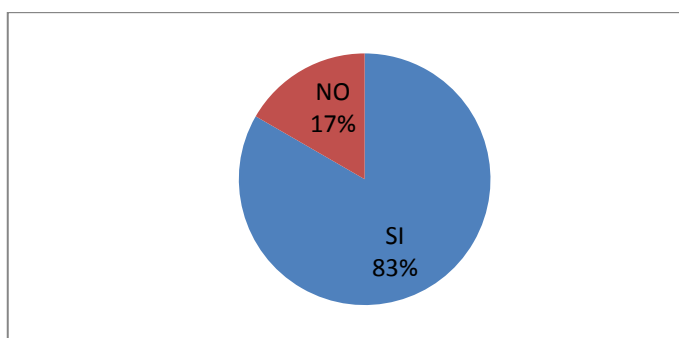
CUADROS Y GRÁFICOS ESTADÍSTICOS

RESULTADOS DE ENCUESTA DE LAS LICENCIADAS EN ENFERMERÍA SOBRE LA EXISTENCIA DEL PROTOCOLO DE MANEJO DE ACCESOS VASCULARES

Tabla 4 EXISTENCIA DEL PROTOCOLO MANEJO DE ACCESOS VASCULARES

RESPUESTAS	Nº	%
SI	30	83%
NO	6	17%
TOTAL	36	100%

Gráfico 9 EXISTENCIA DEL PROTOCOLO MANEJO DE ACCESOS VASCULARES



Fuente Información: Encuesta realizada a las Licenciadas en Enfermería de los servicios de hospitalización del Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo” Solca, 2010-2012

Elaborado por: Lic. Jéssyca Manzaba A.

Análisis

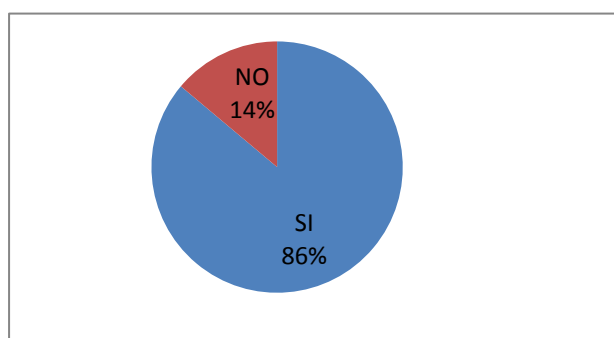
El 83% de las Licenciadas conoce la existencia del Protocolo de Manejo Accesos Vasculares en el Instituto y el 17% refirieron no conocer (personal de nuevo ingreso y de contrato)

RESULTADOS DE ENCUESTA DE LAS LICENCIADAS EN ENFERMERÍA SOBRE CAPACITACIÓN DEL MANEJO DE ACCESOS VASCULARES.

Tabla 5 CAPACITACIÓN DEL MANEJO DE ACCESOS VASCULARES

RESPUESTAS	Nº	%
SI	31	86%
NO	5	14%
TOTAL	36	100%

Gráfico 10 CAPACITACIÓN DEL MANEJO DE ACCESOS VASCULARES



Fuente Información: Encuesta realizada a las Licenciadas en Enfermería de los servicios de hospitalización del Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo” Solca, 2010-2012

Elaborado por: Lic. Jéssyca Manzaba A.

Análisis

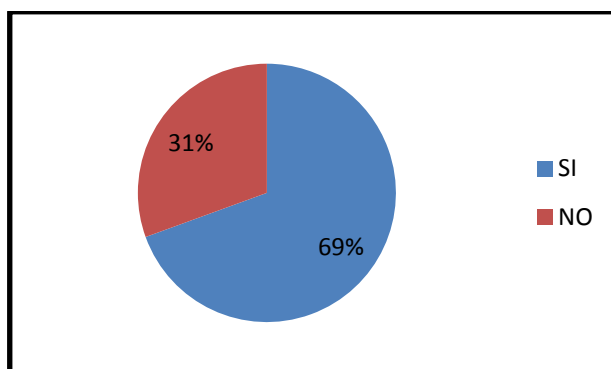
El 86% de las Licenciadas han sido capacitadas para el manejo de Accesos Vasculares y el 14 % indicó no estar capacitadas.

RESULTADOS DE ENCUESTA DE LAS LICENCIADAS EN ENFERMERÍA SOBRE ENTRENAMIENTO DE COLOCACIÓN DE AGUJA CYTOCAN

Tabla 6 ENTRENAMIENTO DE COLOCACIÓN DE AGUJA CYTOCAN

RESPUESTAS	Nº	%
SI	25	69%
NO	11	31%
TOTAL	36	100%

Gráfico 11 ENTRENAMIENTO DE COLOCACIÓN DE AGUJA CYTOCAN



Fuente Información: Encuesta realizada a las Licenciadas en Enfermería de los servicios de hospitalización del Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo” Solca, 2010-2012

Elaborado por: Lic. Jéssyca Manzaba A.

Análisis

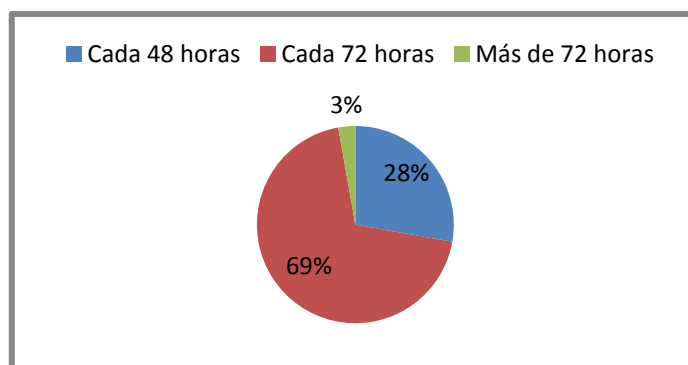
Un 69% de las Enfermeras tienen el entrenamiento adecuado sobre la colocación de aguja Huber y un 31% no han sido entrenadas, pero si lo han aprendido en la práctica diaria mediante la observación a las Licenciadas ya entrenadas.

RESULTADOS DE ENCUESTA DE LAS LICENCIADAS EN ENFERMERÍA DE FRECUENCIA DE CAMBIO DE SISTEMAS PARA ADMINISTRACIÓN INTRAVENOSA EN LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN.

Tabla 7 FRECUENCIA DE CAMBIO DE SISTEMAS PARA ADMINISTRACIÓN INTRAVENOSA

RESPUESTAS	Nº	%
Cada 48 horas	10	28%
Cada 72 horas	25	69%
Más de 72 horas	1	3%
TOTAL	36	100%

Gráfico 12 FRECUENCIA DE CAMBIO DE SISTEMAS PARA ADMINISTRACIÓN INTRAVENOSA



Fuente Información: Encuesta realizada a las Licenciadas en Enfermería de los servicios de hospitalización del Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo” Solca, 2010-2012

Elaborado por: Lic. Jéssyca Manzaba A.

Análisis

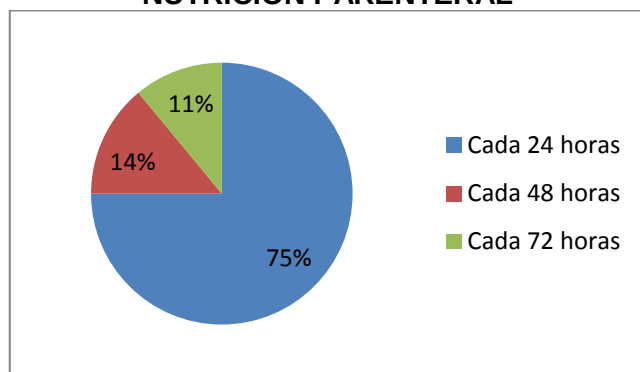
En cuanto a la frecuencia de cambio de sistemas para administración intravenosa las enfermeras refieren que lo realizan cada 48 horas un 28% de ellas porque así está estipulado en el protocolo del Instituto, cada 72 horas un 69% y solo un 2% lo realiza pasada las 72 horas; aquí recalcamos que cada 48h se cambia a los pacientes que reciben tratamiento de quimioterapia, cada 72h a pacientes que ingresan a mejorar condiciones, para diagnóstico y tratamiento.

RESULTADOS DE ENCUESTA DE LAS LICENCIADAS EN ENFERMERÍA: FRECUENCIA DE CAMBIO SISTEMAS PARA ADMINISTRACIÓN NUTRICIÓN PARENTERAL

**Tabla 8 FRECUENCIA DE CAMBIO DE SISTEMAS PARA ADMINISTRACIÓN
NUTRICIÓN PARENTERAL**

RESPUESTAS	Nº	%
Cada 24 horas	27	75%
Cada 48 horas	5	14%
Cada 72 horas	4	11%
Total	36	100%

**Gráfico 13 FRECUENCIA DE CAMBIO DE SISTEMAS PARA ADMINISTRACIÓN
NUTRICIÓN PARENTERAL**



Fuente Información: Encuesta realizada a las Licenciadas en Enfermería de los servicios de hospitalización del Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo” Solca, 2010-2012

Elaborado por: Lic. Jéssyca Manzaba A.

Análisis

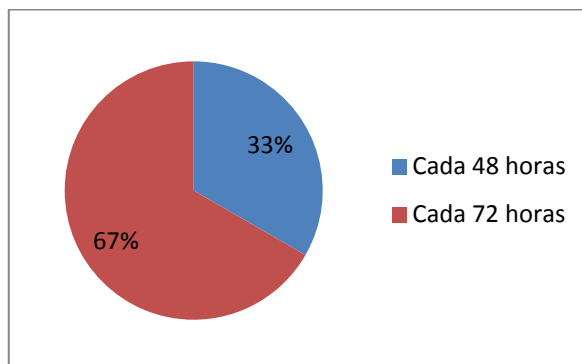
El 75% de las Enfermeras cambian los sistemas de administración de nutrición parenteral cada 24 horas según indica el protocolo, 14% lo hace cada 48 horas y el 11% cada 72 horas.

RESULTADOS DE ENCUESTA DE LAS LICENCIADAS EN ENFERMERÍA SOBRE FRECUENCIA CAMBIO DE CATÉTER PERIFÉRICO

Tabla 9 FRECUENCIA CAMBIO DE CATÉTER PERIFÉRICO

RESPUESTAS	Nº	%
Cada 48 horas	12	33%
Cada 72 horas	24	67%
Total	36	100%

Gráfico 14 FRECUENCIA CAMBIO DE CATÉTER PERIFÉRICO



Fuente Información: Encuesta realizada a las Licenciadas en Enfermería de los servicios de hospitalización del Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo” Solca, 2010-2012

Elaborado por: Lic. Jéssyca Manzaba A.

Análisis

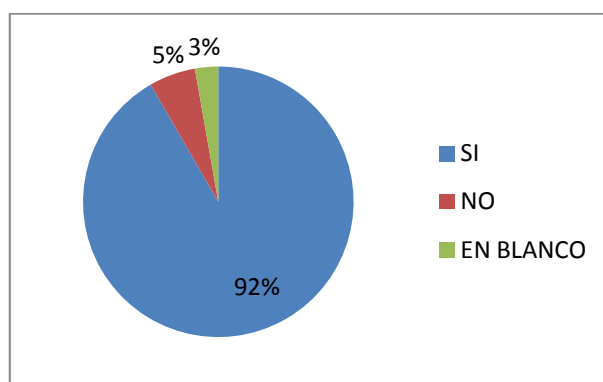
El 33% de las Licenciadas cambia cada 48 horas los catéteres periféricos y el 67% de ellas lo hace cada 72 horas, como lo estipula el protocolo del instituto, ya que así prevenimos infecciones usando las técnicas asépticas apropiadas.

RESULTADOS DE ENCUESTA DE LAS LICENCIADAS EN ENFERMERÍA DE CAMBIO DE AGUJA HUBER O CYTOCAN.

Tabla 10 CAMBIO DE AGUJA CYTOCAN

RESPUESTAS	Nº	%
SI	33	92%
NO	2	5%
EN BLANCO	1	3%
TOTAL	36	100%

Gráfico 15 CAMBIO DE AGUJA CYTOCAN



Fuente Información: Encuesta realizada a las Licenciadas en Enfermería de los servicios de hospitalización del Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo” Solca, 2010-2012

Elaborado por: Lic. Jéssyca Manzaba A.

Análisis

Un 92% de las Licenciadas encuestadas cambia aguja CytoCan cada 7 días, un 5% no sabe qué se debe cambiar a los 7 días la aguja (quizá este porcentaje se refiere al personal de nuevo ingreso) junto a un 3% que contestó en blanco. En cuanto a los criterios del cambio de la aguja Huber o CytoCan la mayor cantidad de enfermeras (16) refirió que el cambio se lo hace para prevenir infecciones, seguido de 7 enfermeras que acotaron que es ya un protocolo establecido el cambio, 8 enfermeras comentaron no saber porque se cambia la aguja CytoCan.

Tabla 11 CRITERIOS DEL CAMBIO DE AGUJA CYTOCAN

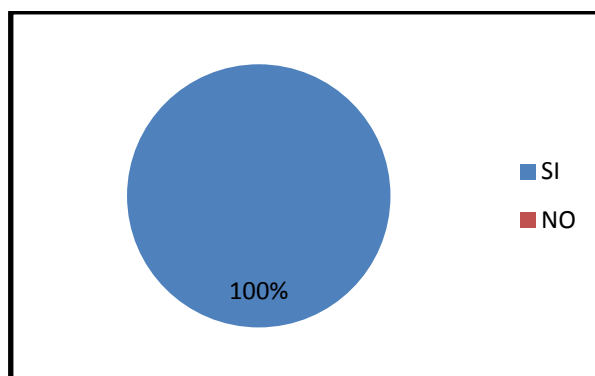
CRITERIOS	Nº
PREVENIR INFECCIONES	16
PORQUE ES PROTOCOLO	7
TIEMPO DE DURACIÓN	3
PORQUE ES LA NORMA	2
NO SABE	8
TOTAL	36

RESULTADOS DE ENCUESTA DE LAS LICENCIADAS EN ENFERMERÍA SOBRE EL LAVADO DE MANOS CLÍNICO PREVIO AL MANEJO DE ACCESOS VASCULARES.

Tabla 12 LAVADO DE MANOS CLÍNICO

RESPUESTAS	Nº	%
SI	36	100%
NO	0	0%
TOTAL	36	100%

Gráfico 16 LAVADO DE MANOS CLÍNICO



Fuente Información: Encuesta realizada a las Licenciadas en Enfermería de los servicios de hospitalización del Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo” Solca, 2010-2012

Elaborado por: Lic. Jéssyca Manzaba A.

Análisis

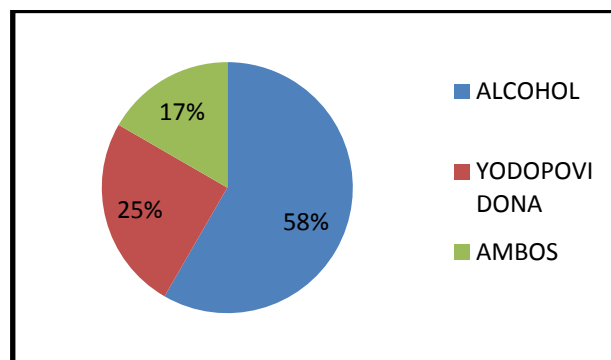
El 100% de las enfermeras encuestadas refirió como primer paso el lavado de manos clínico durante el Manejo de Accesos vasculares, este análisis determina que las enfermeras si cumplen el lavado de manos antes de realizar los procedimientos con lo que se evidencia la importancia de evitar las infecciones.

RESULTADOS DE ENCUESTA SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE ANTISEPSIA DE LAS LICENCIADAS EN ENFERMERÍA EN LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN PARA LA INSERCIÓN DE CATÉTER PERIFÉRICO.

Tabla 13 ANTISEPSIA DURANTE LA INSERCIÓN DE CATÉTER PERIFÉRICO

RESPUESTAS	Nº	%
ALCOHOL	21	58%
YODOPOVIDONA	9	25%
AMBOS	6	17%
TOTAL	36	100%

Gráfico 17 ANTISEPSIA DURANTE LA INSERCIÓN DE CATÉTER PERIFÉRICO



Fuente Información: Encuesta realizada a las Licenciadas en Enfermería de los servicios de hospitalización del Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo” Solca, 2010-2012

Elaborado por: Lic. Jéssyca Manzaba A.

Análisis

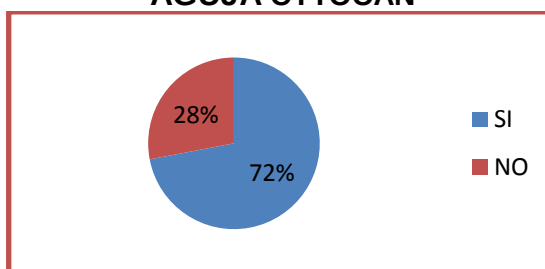
El 58% de las enfermeras antes de insertar un catéter periférico realiza antisepsia con alcohol, el 25% lo hace con yodopovidona y el 17% con ambos antisépticos como dice el protocolo.

RESULTADOS DE ENCUESTA SOBRE UTILIZACIÓN CAMPO ESTÉRIL DE LAS LICENCIADAS EN ENFERMERÍA EN LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN DURANTE COLOCACIÓN DE AGUJA CYTOCAN.

Tabla 14 UTILIZACIÓN CAMPO ESTÉRIL DURANTE COLOCACIÓN DE AGUJA CYTOCAN

RESPUESTAS	Nº	%
SI	26	72%
NO	10	28%
TOTAL	36	100%

Gráfico 18 UTILIZACIÓN CAMPO ESTÉRIL DURANTE COLOCACIÓN DE AGUJA CYTOCAN



Fuente Información: Encuesta realizada a las Licenciadas en Enfermería de los servicios de hospitalización del Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo” Solca, 2010-2012

Elaborado por: Lic. Jéssyca Manzaba A.

Análisis

En la colocación de la Aguja CytoCan el 72% utiliza campo estéril y el 28% de las enfermeras no lo usa.

Tabla 15 PROCEDIMIENTO DE HEPARINIZACIÓN DE CATÉTER CENTRAL Y RESERVORIO SUBCUTÁNEO

CRITERIOS	Nº
1 CC DE HEPARINA +9 CC SOLUCIÓN SALINA	27
2 CC DE HEPARINA + 8 CC SOLUCIÓN SALINA	1
NO CONTESTA	6
NO SABE	2
TOTAL	36

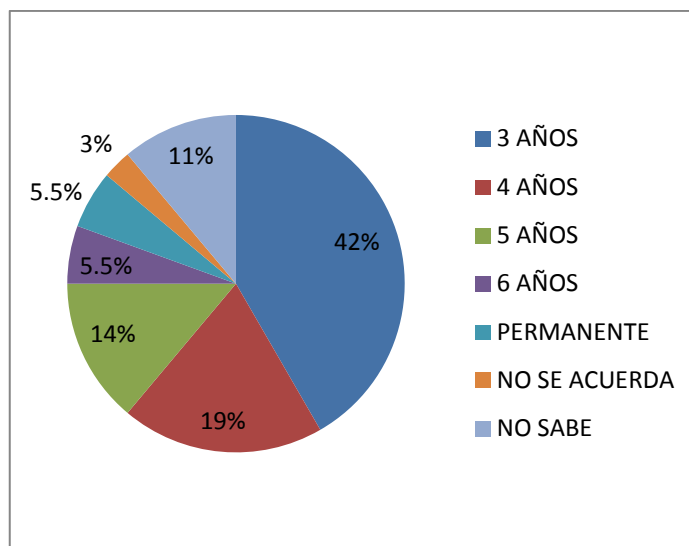
Durante el procedimiento de heparinización de catéter central y reservorio subcutáneo un número de 27 enfermeras lo realiza como indica el protocolo, 6 enfermeras lo hacen de otra manera y 2 enfermeras no tienen conocimiento como realizar la dilución.

RESULTADOS DE ENCUESTA A LAS LICENCIADAS EN ENFERMERÍA SOBRE TIEMPO DE DURACIÓN DEL RESERVORIO SUBCUTÁNEO O IMPLANTOFIX.

Tabla 16 TIEMPO DE DURACIÓN DEL RESERVORIO SUBCUTÁNEO O IMPLANTOFIX

RESPUESTAS	Nº	%
3 AÑOS	15	42%
4 AÑOS	7	19%
5 AÑOS	5	14%
6 AÑOS	2	5,5%
PERMANENTE	2	5,5%
NO SE ACUERDA	1	3%
NO SABE	4	11%
TOTAL	36	100%

Gráfico 19 TIEMPO DE DURACIÓN DEL RESERVORIO SUBCUTÁNEO O IMPLANTOFIX



Fuente Información: Encuesta realizada a las Licenciadas en Enfermería de los servicios de hospitalización del Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo” Solca, 2010-2012

Elaborado por: Lic. Jéssyca Manzaba A.

Análisis:

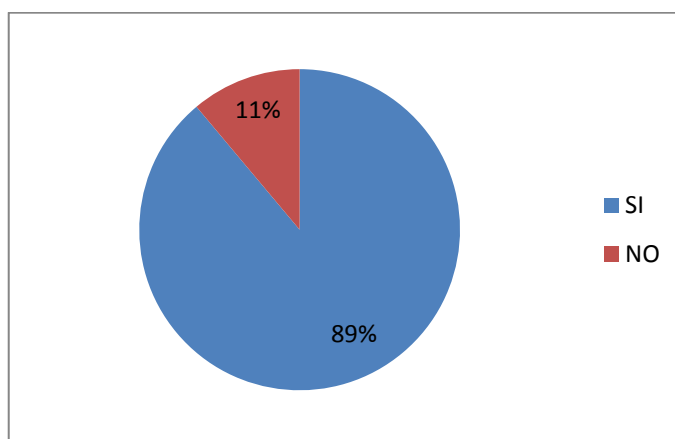
El 42% de las Licenciadas indica que el tiempo de duración del reservorio subcutáneo es de 3 años, el 19% refiere que es de cuatro años, un 5,5 % refiere que su duración es permanente o de por vida, un 11% no sabe qué tiempo de duración tiene el reservorio. Este análisis denota la diversidad de criterios de las licenciadas del instituto relacionada a la duración del reservorio subcutáneo.

RESULTADOS DE ENCUESTA A LAS LICENCIADAS EN ENFERMERÍA SOBRE ANTISEPSIA DE CONECTORES CON ALCOHOL DURANTE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS.

Tabla 17 ANTISEPSIA DE CONECTORES CON ALCOHOL

RESPUESTAS	Nº	%
SI	32	89%
NO	4	11%
TOTAL	36	100%

Gráfico 20 ANTISEPSIA DE CONECTORES CON ALCOHOL



Fuente Información: Encuesta realizada a las Licenciadas en Enfermería de los servicios de hospitalización del Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo” Solca, 2010-2012

Elaborado por: Lic. Jéssyca Manzaba A.

Análisis

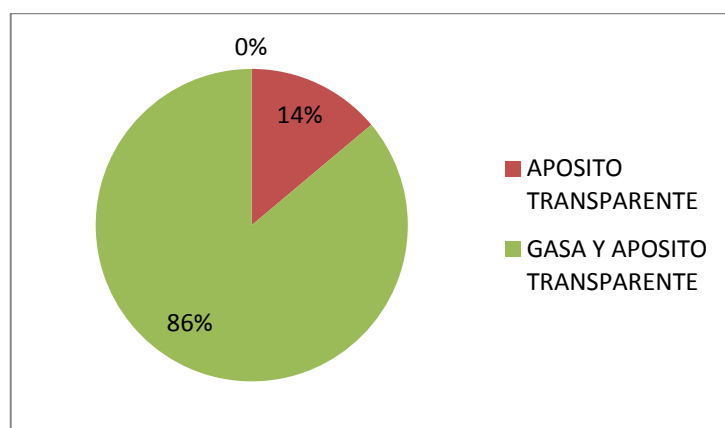
Un 89% de las enfermeras encuestadas realizan antisepsia de conectores con alcohol y el 11% no procede a la antisepsia durante la administración de medicamentos.

RESULTADOS DE ENCUESTA A LAS LICENCIADAS EN ENFERMERÍA DE LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN SOBRE PROTECCIÓN SITIO DE INSERCIÓN DE AGUJA HUBER O CYTOCAN.

Tabla 18 PROTECCIÓN SITIO DE INSERCIÓN DE AGUJA HUBER O CYTOCAN

RESPUESTAS	Nº	%
GASA	0	0%
APOSITO TRANSPARENTE	5	14%
GASA Y APOSITO TRANSPARENTE	31	86%
TOTAL	36	100%

Gráfico 21 PROTECCIÓN SITIO DE INSERCIÓN DE AGUJA HUBER O CYTOCAN



Fuente Información: Encuesta realizada a las Licenciadas en Enfermería de los servicios de hospitalización del Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo” Solca, 2010-2012

Elaborado por: Lic. Jéssyca Manzaba A.

Análisis

El 86% de las Licenciadas cubre sitio de inserción de aguja CytoCan con gasa y apósito transparente, el 14% solo con apósito transparente (este es el caso de los ptes de pensionado que reciben tratamiento ambulatorio)

Tabla 19 CRITERIOS EN PROCEDIMIENTO HEPARINIZACIÓN DE CATÉTER CENTRAL Y RESERVORIO SUBCUTÁNEO EN PACIENTE PEDIÁTRICO.

CRITERIOS	Nº
1CC HEPARINA + 9 CC DE SOLUCION SALINA	15
1CC HEPARINA + 4 CC DE SOLUCION SALINA	1
1CC DE HEPARINA + 100 CC DE SOLUCION SALINA	1
NO LO REALIZA	2
NO CONOCE/NO CONTESTA	15
NO SE ACUERDA	2
TOTAL	36

Análisis

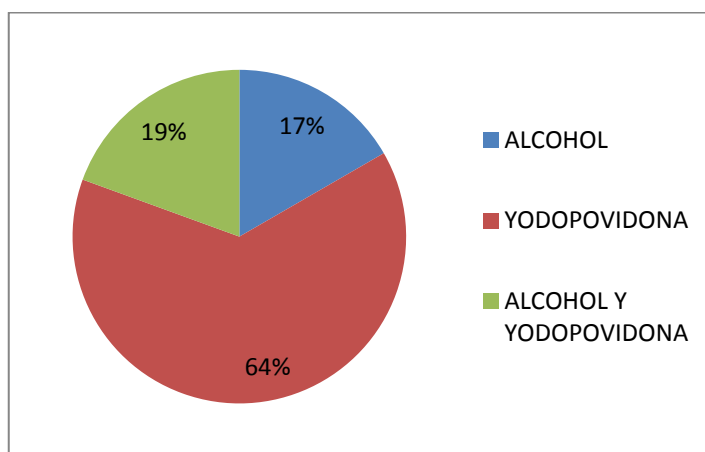
En cuanto a los criterios en procedimiento heparinización de catéter central y reservorio subcutáneo en paciente pediátrico, 15 licenciadas refieren hacerlo con 1cc de heparina más 9 c/c de solución salina y las 21 licenciadas restantes tienen diversidad de criterios, algunas no lo han realizado, otras no contestaron la encuesta y otras no se acuerdan quizás por la falta de práctica.

RESULTADOS DE ENCUESTA A LAS LICENCIADAS EN ENFERMERÍA DE LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN DE ANTISEPSIA ANTES DE INSERCIÓN DE AGUJA CYTOCAN.

Tabla 20 ANTISEPSIA ANTES DE INSERCIÓN DE AGUJA CYTOCAN

RESPUESTAS	Nº	%
ALCOHOL	6	17%
YODOPOVIDONA	23	64%
ALCOHOL Y YODOPOVIDONA	7	19%
TOTAL	36	100%

Gráfico 22 ANTISEPSIA ANTES DE INSERCIÓN DE AGUJA CYTOCAN



Fuente Información: Encuesta realizada a las Licenciadas en Enfermería de los servicios de hospitalización del Instituto Oncológico Nacional “Dr.Juan Tanca Marengo” Solca, 2010-2012

Elaborado por: Lic. Jéssyca Manzaba A.

Análisis

El 64% de las Licenciadas realiza antisepsia antes de inserción de aguja CytoCan solo con yodopovidona, el 19% lo realiza como indica el protocolo con alcohol y yodopovidona y un 17% solo con alcohol.

RESULTADOS DE GUÍAS DE OBSERVACIÓN REALIZADA A LAS LICENCIADAS EN ENFERMERÍA DE LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN DURANTE CANALIZACIÓN DE VÍA PERIFÉRICA.

Tabla 21 CANALIZACIÓN DE VÍA PERIFÉRICA

ELECCION DE CATÉTER	MATERIAL	Nº
ADMINISTRACION DE QUIMIOTERAPIA E HIDRATACIÓN	CATÉTER Nº22	6
	CATÉTER Nº24	1
ADMINISTRACION DE HEMODERIVADOS	CATÉTER Nº18	0
	CATÉTER Nº20	0
	* OTRO CATÉTER	2

***SE REFIERE AL CALIBRE Nº22 YA QUE DEBIDO A LA HIPERSENSIBILIDAD Y GROSOR DE LAS VENAS RESULTA DIFICULTOSO CANALIZAR CON CATÉTER ADECUADO.**

Fuente de Información: Guía de observación realizada a las Licenciadas en Enfermería de los servicios de hospitalización del Instituto Oncológico Nacional “Dr.Juan Tanca Marengo” Solca, 2010-2012.

Elaborado por: Lic. Jéssyca Manzaba A.

Tabla 22 ZONAS ANATÓMICAS

ZONAS ANATÓMICAS	Nº
MIEMBRO SUPERIOR	3
VENAS DEL CUELLO	0
VENAS METACARPIANAS	4

Fuente de Información: Guía de observación realizada a las Licenciadas en Enfermería de los servicios de hospitalización del Instituto Oncológico Nacional “Dr.Juan Tanca Marengo” Solca, 2010-2012

Elaborado por. Lic. Jéssyca Manzaba A.

Tabla 23 MATERIAL Y EQUIPOS

MATERIAL Y QUIPOS	Nº
CATÉTER	7
SOLUCIÓN ANTISÉPTICA	2
ALCOHOL	5
GUANTES ESTÉRILES	1
MASCARILLA	5
TORNIQUETE	7
INFUSIONES ENDOVENOSAS Y EQUIPOS	7
GASA ESTÉRIL	1
CONTENEDORES	6

Fuente Información: Guía de observación realizada a las Licenciadas en Enfermería de los servicios de hospitalización del 2010-2012

Elaborado por. Lic. Jéssyca Manzaba A.

Tabla 24 PROTOCOLO PRE IMPLANTACIÓN CATÉTER PERIFÉRICO

PROTOCOLO PRE IMPLANTACIÓN CATÉTER PERIFÉRICO		Nº
EXPLICA PROCEDIMIENTO AL PACIENTE		7
COLOCA MASCARILLA	SI	1
	NO	6
LAVADO DE MANOS		7
LOCALIZA SITIO		7
RASURA VELLO	SI	0
	NO	7
COLOCA CALOR	SI	1
	NO	6
APLICA TORNIQUETE		7
SE COLOCA GUANTES ESTÉRILES	SI	1
	NO	6
REALIZA ASEPSIA	SI	6
	NO	1

Fuente Información: Guía de observación realizada a las Licenciadas en Enfermería de los servicios de hospitalización del Instituto Oncológico Nacional “Dr.Juan Tanca Marengo” Solca, 2010-2012

Elaborado por. Lic. Jéssyca Manzaba A.

Tabla 25 TÉCNICAS DE INSERCIÓN DE CATÉTER PERIFÉRICO

TÉCNICAS DE INSERCIÓN DE CATÉTER PERIFÉRICO	Nº
PERFORA PIEL ANGULO 30º-45º	7
RETIRA BISEL LENTAMENTE	7
CONECTA SISTEMAS	7

Fuente Información: Guía de observación realizada a las Licenciadas en Enfermería de los servicios de hospitalización del Instituto Oncológico Nacional “Dr.Juan Tanca Marengo” Solca, 2010-2012.

Elaborado por. Lic. Jéssyca Manzaba A.

Tabla 26 PROTOCOLO POST IMPLANTACIÓN DE CATÉTER

PROTOCOLO POST IMPLANTACIÓN DE CATÉTER	Nº
MANTIENE BOMBA DE INFUSIÓN	7
LAVA VENA PREVIO CAMBIO DE FLUIDOS	2
PREPARA ASÉPTICAMENTE SOLUCIONES	5
LIMPIA TAPONES CON ALCOHOL	4
COLOCA EQUIPOS NUEVOS	7
EVITA DESOBSTRUCCIÓN	2

Fuente Información: Guía de observación realizada a las Licenciadas en Enfermería de los servicios de hospitalización del Instituto Oncológico Nacional “Dr.Juan Tanca Marengo” Solca, 2010-2012.

Elaborado por. Lic. Jéssyca Manzaba A.

RESULTADOS DE OBSERVACIÓN REALIZADA A LAS LICENCIADAS EN ENFERMERÍA DE LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN DURANTE CURACIÓN DE CATÉTER CENTRAL.

Tabla 27 CURACIÓN DE CATÉTER CENTRAL

MATERIAL Y QUIPOS	Nº
EQUIPO DE CURACIÓN	0
GUANTE ESTÉRIL	5
MASCARILLAS	5
GASAS	5
APÓSITO TRANSPARENTE	5

Fuente Información: Guía de observación realizada a las Licenciadas en Enfermería de los servicios de hospitalización del Instituto Oncológico Nacional “Dr.Juan Tanca Marengo” Solca, 2010-2012

Elaborado por. Lic. Jéssyca Manzaba A.

Tabla 28 PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO		Nº
EXPLICA PROCEDIMIENTO AL PACIENTE		5
COLOCA MASCARILLA A PACIENTE		1
REALIZA LAVADO DE MANOS		5
COLOCA GORRO Y MASCARILLA EL OPERADOR		3
COLOCA GUANTE ESTÉRIL		5
REALIZA ANTISEPSIA SITIO DE INSERCIÓN		5
RETIRA EXCESO ANTISÉPTICO CON GASA		4
CUBRE SITIO DE INSERCIÓN	GASA	0
	APÓSITO	3
	TRANSPARENTE	
	AMBOS	2
REALIZA ANTISEPSIA DE LUMEN CATÉTER		5
PROTEGE CONEXIÓN DE CATÉTER CON GASA		5
REGISTRA FECHA DE CURACIÓN		5

Fuente Información: Guía de observación realizada a las Licenciadas en Enfermería de los servicios de hospitalización del Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo” Solca, 2010-2012

Elaborado por. Lic. Jéssyca Manzaba A.

RESULTADOS DE OBSERVACIÓN REALIZADA A LAS LICENCIADAS EN ENFERMERÍA DE LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN DURANTE MANEJO RESERVORIO SUBCUTÁNEO.

Tabla 29 MANEJO DE RESERVORIO SUBCUTÁNEO

CUIDADOS EXTRALUMINALES	Nº
CAMBIA AGUJA CADA 7 DÍAS	1
REALIZA CURACIÓN CADA 72 HORAS	2
RETIRA LLAVE 3 VÍAS EN DESUSO	1
MANTIENE ZONA DÉRMICA LIMPIA	2
MANTIENE RESERVORIO CON GASA Y APÓSITO TRANSPARENTE	2

Fuente Información: Guía de observación realizada a las Licenciadas en Enfermería de los servicios de hospitalización del Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo” Solca, 2010-2012.

Elaborado por. Lic. Jéssyca Manzaba A.

Tabla 30 CUIDADOS INTRALUMINALES

MANTIENE BOMBA INFUSIÓN	1
UTILIZA JERINGUILLAS MAYORES 10CC	2
HEPARINIZA RESERVORIO SEGÚN PROTOCOLO	2
CAMBIA SISTEMAS INTRAVENOSOS CADA 48 HORAS	1

Fuente Información: Guía de observación realizada a las Licenciadas en Enfermería de los servicios de hospitalización del Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo” Solca, 2010-2012

Elaborado por. Lic. Jéssyca Manzaba A.

RESULTADOS DE OBSERVACIÓN REALIZADA A LAS LICENCIADAS EN ENFERMERÍA DE LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN DURANTE EL RETIRO DE AGUJA CYTOCAN.

Tabla 31 RETIRO DE AGUJA CYTOCAN

CRITERIOS	Nº
AL TERMINO DE TTO. INTRAVENOSO	1
OCLUSIÓN DE AGUJA Y/O RESERVORIO	1
CAMBIO DE AGUJA SEGÚN PROTOCOLO	1

Fuente Información: Guía de observación realizada a las Licenciadas en Enfermería de los servicios de hospitalización del Instituto Oncológico Nacional Dr. Juan Tanca Marengo Solca, 2010-2012

Elaborado por. Lic. Jéssyca Manzaba A.

Tabla 32 MATERIAL Y EQUIPOS

MATERIAL Y EQUIPOS	Nº
YODOPOVIDONA	3
GUANTES ESTÉRILES	3
SOLUCIÓN SALINA 100CC	3
HEPARINA SODICA 25000 UI	3
JERINGUILLAS 10 CC	3
JERINGUILLAS 20 CC	3
GASAS PEQUEÑAS	3
CAMPO ESTÉRIL	0
GORRO QUIRÚRGICO	1
MASCARILLAS	3
SEMILUNA	0
ESPARADRAPO	3
CONTENEDOR DE CORTOPUNZANTES	3

Fuente Información: Guía de observación realizada a las Licenciadas en Enfermería de los servicios de hospitalización del Instituto Oncológico Nacional “Dr.Juan Tanca Marengo” Solca, 2010-2012

Elaborado por. Lic. Jéssyca Manzaba A.

Tabla 33 PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO		Nº
REALIZA LAVADO MANOS CLÍNICO		3
COLOCAR GORRO Y MASCARILLA	OPERADOR	3
	PACIENTE	3
COLOCA MATERIAL EN CAMPO ESTÉRIL		1
RETIRA APÓSITO TRANSPARENTE	CON GUANTES	3
	SIN GUANTES	0
CIERRA SISTEMAS DE INFUSIÓN		3
SE COLOCA GUANTES ESTÉRILES		3
PREPARA SOLUCIÓN HEPARINIZADA		3
CARGA JERINGUILLA 20CC SON SOLUCIÓN SALINA		2
REALIZA ANTISEPSIA PIEL ALREDEDOR DE AGUJA		3
DESCONECTA SISTEMA DE INFUSIÓN		3
INFUNDE 20 CC DE SOLUCIÓN SALINA		3
CIERRA EL CLAMP		3
CONECTA JERINGUILLA CON SOLUC. HEPARINIZADA		3
CLAMPEA ALARGADERA NUEVAMENTE		3
SUJETA CAMARA CON MANO NO DOMINANTE Y GASA		3
EXTRAE AGUJA EN FORMA PERPENDICULAR A LA PIEL		3
PRESIONA CON GASA ZONA DE PUNCION POR 3´		3
COLOCA GASA Y ESPARADRAPO EN ZONA DE PUNCION		3
REGISTRA PROCEDIMIENTO EN HISTORIA CLINICA		3

Fuente Información: Guía de observación realizada a las Licenciadas en Enfermería de los servicios de hospitalización del Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo” Solca, 2010-2012

Elaborado por. Lic. Jéssyca Manzaba A.

RESULTADOS DE OBSERVACIÓN REALIZADA A LAS LICENCIADAS EN ENFERMERÍA DE LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN DURANTE EL MANEJO CATÉTER CENTRAL DE CORTA DURACIÓN.

Tabla 34 CUIDADOS INTRALUMINALES

CUIDADOS INTRALUMINALES	Nº
MANTIENE BOMBA INFUSIÓN	1
LAVA CATÉTER CON SOLUCIÓN. SALINA	1
LIMPIA TAPONES DE SILICONA CON ALCOHOL	1
EVITA MANIOBRAS DE OBSTRUCCIÓN	1
PREPARA ASÉPTICAMENTE SOLUCIONES	1

Fuente Información: Guía de observación realizada a las Licenciadas en Enfermería de los servicios de hospitalización del Instituto Oncológico Nacional “Dr.Juan Tanca Marengo” Solca, 2010-2012.

Elaborado por. Lic. Jéssyca Manzaba A.

Tabla 35 CUIDADOS EXTRALUMINALES

CUIDADOS EXTRALUMINALES	Nº
REVISA SITIO DE INSERCIÓN	1
REALIZA CURACIÓN CADA 72 HORAS	1
CAMBIA SISTEMAS INTRAVENOSOS CADA 72 HORAS	1
CAMBIA SISTEMAS CON RESTOS HEMÁTICOS	1
MANTIENE PUNTO DE INSERCIÓN LIBRE DE RESTOS HEMÁTICOS	1
ELIMINA EQUIPOS DE TRANSFUSIÓN UTILIZADOS	1
ROTULA FECHA DE CURACIÓN	1

Fuente Información: Guía de observación realizada a las Licenciadas en Enfermería de los servicios de hospitalización del Instituto Oncológico Nacional “Dr.Juan Tanca Marengo” Solca, 2010-2012

Elaborado por. Lic. Jéssyca Manzaba A.

Tabla 36 PURGADO DE CATÉTER CENTRAL

CRITERIOS	Nº
LAVA CATÉTER ANTES DE PURGADO	1
PURGA CATÉTER POST EXTRACCIÓN DE SANGRE	-
PURGA CATÉTER POSTERIOR A TRANSFUSIÓN	1
PURGA CATÉTER EN DIFICULTAD PASO DE LIQUIDO	1

Fuente Información: Guía de observación realizada a las Licenciadas en Enfermería de los servicios de hospitalización del Instituto Oncológico Nacional “Dr.Juan Tanca Marengo” Solca, 2010-2012

Elaborado por. Lic. Jéssyca Manzaba A.

RESULTADOS DE OBSERVACIÓN REALIZADA A LAS LICENCIADAS EN ENFERMERÍA DE LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN DURANTE LA COLOCACIÓN AGUJA HUBER O CYTOCAN.

Tabla 37 COLOCACIÓN AGUJA HUBER O CYTOCAN

LUGAR COLOCACIÓN	Nº
SALA PROCEDIMIENTO	0
HABITACIÓN	1
SALA HOSPITALIZACIÓN	2

Fuente Información: Guía de observación realizada a las Licenciadas en Enfermería de los servicios de hospitalización del Instituto Oncológico Nacional “Dr.Juan Tanca Marengo” Solca, 2010-2012

Elaborado por. Lic. Jéssyca Manzaba A.

Tabla 38 MATERIAL Y EQUIPOS

MATERIAL Y EQUIPOS	Nº
YODOPOVIDONA	3
APÓSITO TRANSPARENTE	3
GUANTES ESTÉRILES	3
AGUJA CYTOCAN	3
JERINGUILLAS 10 Y 20 CC	3
EQUIPOS VENOCCLISIS CON EXTENSIÓN	3
SOLUCIÓN SALINA 0,9% 100CC	2
GASAS PEQUEÑAS	3
GORROS QUIRURGICOS	1
MASCARILLAS	3
SEMILUNA	0

Fuente Información: Guía de observación realizada a las Licenciadas en Enfermería de los servicios de hospitalización del Instituto Oncológico Nacional Dr. Juan Tanca Marengo” Solca, 2010-2012

Elaborado por. Lic. Jéssyca Manzaba A.

Tabla 39 TÉCNICA DE COLOCACIÓN

TÉCNICA DE COLOCACIÓN		Nº
EXPLICA PROCEDIMIENTO AL PACIENTE		3
REALIZA LAVADO DE MANOS		3
PALPA SITUACIÓN DEL PORTAL		3
COLOCA MASCARILLA:	OPERADOR	3
	PACIENTE	1
REALIZA LAVADO DE MANOS NUEVAMENTE		2
DEJA LISTO EL MATERIAL		3
RETIRA APÓSITO, ESPARADRAPO Y GASAS CON:	GUANTES MANEJO	2
	SIN GUANTES	1
CARGA JERINGUILLA CON SOLUCIÓN SALINA		3
CONECTA JERINGUILLA A ALARGADERA		3
PURGA ALARGADERA		3
CLAMPEA PINZA		3
REALIZA ANTISEPSIA DE PIEL		3
LOCALIZA Y PUNCIONA PORTAL CON ANGULO 90º		3
COMPRUEBA RETORNO VENOSO		3
LAVA ALARGADERA CON SOLUCIÓN SALINA		3
CUBRE CONEXIONES CON GASA ESTÉRIL		3
PROTEGE PIEL Y CUERPO DE AGUJA CON:	GASA Y APÓSITO TRANSPARENTE	2
	APÓSITO TRANSPARENTE	1

Fuente Información: Guía de observación realizada a las Licenciadas en Enfermería de los servicios de hospitalización del Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo” Solca, 2010-2012

Elaborado por. Lic. Jéssyca Manzaba A.

CUIDADOS DE AGUJA CYTOCAN REALIZADO POR LAS LICENCIADAS EN ENFERMERÍA DE LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN.

Tabla 40 CUIDADOS DE AGUJA CYTOCAN

CRITERIOS	Nº
PERFUNDE SISTEMA	3
USA PERFUSIONES MAYORES A 20 ML/H	3
MANTIENE PERFUSIÓN CON BOMBA	3

Fuente Información: Guía de observación realizada a las Licenciadas en Enfermería de los servicios de hospitalización del Instituto Oncológico Nacional “Dr.Juan Tanca Marengo” Solca, 2010-2012

Elaborado por. Lic. Jéssyca Manzaba A.

RESULTADOS DE OBSERVACIÓN REALIZADA A LAS LICENCIADAS EN ENFERMERÍA DE LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN DURANTE LA EXTRACCIÓN DE MUESTRAS SANGUÍNEAS POR CATÉTER CENTRAL.

Tabla 41 EXTRACCIÓN DE MUESTRAS SANGUÍNEAS POR CATÉTER CENTRAL

MATERIAL Y EQUIPOS	Nº
MASCARILLAS	2
GUANTES ESTÉRILES	2
ESPARADRAPO	2
JERINGUILLAS 5_10_20 CC	2
TUBOS DE ENSAYO (LILA, ROJO Y AZUL)	2
FRASCOS DE HEMOCULTIVO	0
CONTENEDOR DE CORTOPUNZANTE	2
HEPARINA DE 25000 UI	2
SOLUCIÓN SALINA 0,9% 100CC	2
GASAS PEQUEÑAS	2
CAMPOS ESTÉRILES	0

Fuente Información: Guía de observación realizada a las Licenciadas en Enfermería de los servicios de hospitalización del Instituto Oncológico Nacional “Dr.Juan Tanca Marengo” Solca, 2010-2012

Elaborado por. Lic. Jéssyca Manzaba A.

Tabla 42 PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO		Nº
EXPLICA PROCEDIMIENTO AL PACIENTE		2
COLOCA MASCARILLA	OPERADOR	2
	PACIENTE	0
SE COLOCA GUANTE ESTÉRIL		2
EXTRAE DOSIS DE HEPARINA		0
CARGA JERINGUILLA CON SOLUCIÓN SALINA		2
RETIRA GASAS Y ESPARADRAPO DEL LUMEN		2
REALIZA ANTISEPSIA DEL LUMEN		2
CIERRA EL CLAMP Y CONECTA JERINGA AL CATÉTER		2
ABRE EL CLAMP Y LAVA VÍA CON SOLUCIÓN SALINA		2
EXTRAE Y DESECHA 5 A 10 CMS DE SANGRE		2
CONECTA JERINGUILLA Y EXTRAE SANGRE		2
LAVA CATÉTER POST EXTRACCIÓN		2
PURGA CATÉTER CON SOLUCIÓN HEPARINIZADA		2

Fuente Información: Guía de observación realizada a las Licenciadas en Enfermería de los servicios de hospitalización del Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo” Solca, 2010-2012

Elaborado por. Lic. Jéssyca Manzaba A.

RESULTADOS DE OBSERVACIÓN REALIZADA A LAS LICENCIADAS EN ENFERMERÍA DE LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN DURANTE LA HEPARINIZACIÓN (SELLADO) DE RESERVORIO EN PACIENTES AMBULATORIOS.

Tabla 43 HEPARINIZACIÓN DE RESERVORIO EN PACIENTES AMBULATORIOS

MATERIAL Y EQUIPOS	Nº
YODOPOVIDONA	2
APÓSITO TRANSPARENTE	2
GUANTES ESTÉRILES	2
AGUJA CYTOCAN	2
SOLUCIÓN SALINA 0,9% 100CC	2
HEPARINA SÓDICA 25000 UI	2
JERINGUILLAS 10 Y 20 CC	2
GASAS PEQUEÑAS	2
CAMPO ESTÉRIL	0
GORRO QUIRÚRGICO	1
MASCARILLAS	2
SEMILUNA	0
CONTENEDOR DE CORTOPUNZANTES	2

Fuente Información: Guía de observación realizada a las Licenciadas en Enfermería de los servicios de hospitalización del Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo” Solca, 2010-2012

Elaborado por. Lic. Jéssyca Manzaba A.

Tabla 44 PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO		Nº
LAVADO DE MANOS		2
PALPA SITUACIÓN DE PORTAL		1
COLOCA MASCARILLA Y GORRO	OPERADOR	2
	PACIENTE	2
COLOCA MATERIAL EN CAMPO ESTÉRIL		1
SE COLOCA GUANTES ESTÉRILES		2
CARGA JERINGUILLAS DE 10 CC CON SOLUCIÓN SALINA		2
PURGA ALARGADERA CON SOLUCIÓN SALINA		2
PREPARA DILUCIÓN DE HEPARINA		2
SE COLOCA GUANTES NUEVAMENTE		2
REALIZA ANTISEPSIA DE PIEL		2
DEJA ACTUAR ANTISÉPTICO POR 2 MINUTOS		2
LOCALIZA PORTAL POR PALPACIÓN		1
REALIZA ANTISEPSIA DE PIEL NUEVAMENTE		2
RETIRA PROTECTOR DE AGUJA		1
PUNCIONA PORTAL EN ANGULO DE 90º		1
COMPRUEBA PERMEABILIDAD DE RESERVORIO		1
DESECHA HEPARINA DE SELLADO		1
LAVA ALARGADERA CON 20 CC SOLUCIÓN SALINA		2
CIERRA EL CLAMP		2
CONECTA JERINGUILLA CON SOLUCIÓN HEPARINIZADA		2
CLAMPEA ALARGADERA Y RETIRA AGUJA		2
COLOCA GASA ESTÉRIL EN PUNCIÓN		2
PRESIONA ZONA DE PUNCIÓN CON GASA POR 3'		2
COLOCA GASA Y ESPARADRAPO EN PUNCIÓN		1
COLOCA GASA Y APÓSITO TRANSPARENTE EN PUNCIÓN		1

Fuente Información: Guía de observación realizada a las Licenciadas en Enfermería de los servicios de hospitalización del Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo” Solca, 2010-2012

Elaborado por. Lic. Jéssyca Manzaba A.

Tabla 45 CUANDO SELLA Y HEPARINIZA RESERVORIO

CUANDO SELLA Y HEPARINIZA RESERVORIO	Nº
AL TERMINO DEL TRATAMIENTO DE QUIMIOTERAPIA	1
RESERVORIO NO ESTA EN USO	1

Fuente Información: Guía de observación realizada a las Licenciadas en Enfermería de los servicios de hospitalización del Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo” Solca, 2010-2012

Elaborado por. Lic. Jéssyca Manzaba A.

RESULTADOS DE OBSERVACIÓN REALIZADA A LAS LICENCIADAS EN ENFERMERÍA DE LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN DURANTE EXTRACCIÓN DE SANGRE POR RESERVORIO SUBCUTÁNEO (IMPLANTOFIX)

Tabla 46 EXTRACCIÓN DE SANGRE POR RESERVORIO SUBCUTÁNEO O IMPLANTOFIX

MATERIALES Y EQUIPOS	Nº
MASCARILLAS	1
GUANTES ESTÉRILES	1
ESPARADRAPO	1
JERINGUILLAS 10 Y 20 CC	1
TUBOS DE ENSAYO(LILA, ROJO, AZUL)	1
FRASCOS DE HEMOCULTIVO	0
CONTENEDOR DE CORTOPUNZANTES	1
HEPARINA 25000 UI	1
SOLUCIÓN SALINA DE 100 CC	1
GASAS PEQUEÑAS	1
CAMPO ESTÉRIL	0
YODOPOVIDONA	1
GORRO QUIRÚRGICO	0

Fuente Información: Guía de observación realizada a las Licenciadas en Enfermería de los servicios de hospitalización del Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo” Solca, 2010-2012

Elaborado por. Lic. Jéssyca Manzaba A.

Tabla 47 PROCEDIMIENTO

PROCEDIMIENTO	Nº
COLOCA MASCARILLA OPERADOR Y PACIENTE	1
REALIZA LAVADO DE MANOS CLÍNICO	1
COLOCA MATERIAL EN EL CAMPO ESTÉRIL	0
SE COLOCA GUANTE ESTÉRIL	1
PREPARA SOLUCIÓN HEPARINIZADA	1
CARGA JERINGUILLA DE 20 CC CON SOLUCIÓN HEPARINIZADA	1
COLOCA CAMPO EN TÓRAX DE PACIENTE	0
CLAMPEA SISTEMA DE INFUSIÓN	1
REALIZA ANTISEPSIA DE CONEXIONES CON YODOPOVIDONA	1
LAVA SISTEMA CON SOLUCIÓN SALINA	1
CLAMPEA ALARGADERA	1
EXTRAE 5-10 CMS DE SANGRE Y LA DESECHA	1
EXTRAE SANGRE NECESARIA PARA PRUEBAS DE LABORATORIO	1
LAVA RESERVORIO POST EXTRACCIÓN DE SANGRE	1
PURGA RESERVORIO A PACIENTES HOSPITALIZADOS	1

Fuente Información: Guía de observación realizada a las Licenciadas en Enfermería de los servicios de hospitalización del Instituto Oncológico Nacional Dr. Juan Tanca Marengo” Solca, 2010-2012

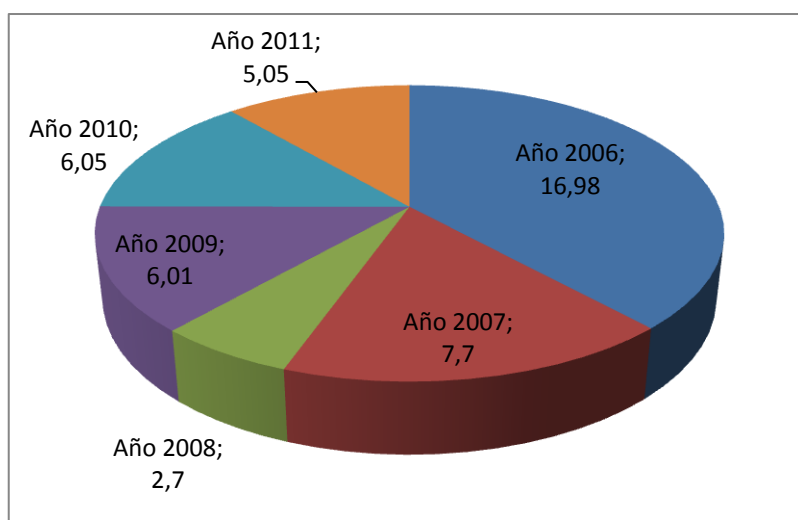
Elaborado por. Lic. Jéssyca Manzaba A.

TASAS DE INFECCIONES ASOCIADAS A CATÉTERES DE LARGA Y CORTA DURACIÓN EN EL INSTITUTO ONCOLÓGICO NACIONAL “DR. JUAN TANCA MARENGO”, SOLCA

Tabla 48 INFECCIONES ASOCIADAS A CATÉTERES

AÑO	%
2006	16.98 %
2007	7.7 %
2008	2.7 %
2009	6.01%
2010	6.05 %
2011	5.05 %

Gráfico 23 INFECCIONES ASOCIADAS A CATÉTERES



Fuente de Información: Estadísticas del Comité de Infecciones del Instituto Oncológico Nacional Dr. Juan Tanca Marengo Solca, Guayaquil

Elaborado por. Lic. Jéssyca Manzaba A.

Análisis:

La tasa de infecciones asociadas a catéteres en el año 2006 fue: 16,98%, año 2007 fue: 7,7%, año 2008 fue: 2,7%, año 2009 fue: 6.01%, año 2010 fue: 6,05% y en el año 2011 un 5,05% por lo tanto si ha disminuido, pero se mantiene alto en relación a los estándares internacionales (2-5%).

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE ENCUESTAS REALIZADAS.

En este capítulo se muestran los resultados obtenidos sobre la Evaluación del Protocolo de Manejo de Accesos Vasculares a las Licenciadas en Enfermería de los servicios de hospitalización del Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo” SOLCA 2010-2012, que se realizó a través de encuestas elaboradas y aplicadas al personal involucrado, lo cual obtuvo datos importantes que se analizan a continuación:

El 83% de las Licenciadas conoce la existencia del Protocolo de Manejo Accesos Vasculares en el Instituto y el 17% refirieron no conocer (personal de nuevo ingreso y de contrato) esto puede deberse a que cuando ingresan a trabajar no se les instruye en forma teórica y práctica (GRAFICO N° 1)

El 86% de las Licenciadas han sido capacitadas para el Manejo de Accesos Vasculares y el 14 % indicaron no estar capacitadas. El pensum universitario no incluye los procedimientos que existen en las instituciones de salud para la atención y cuidado de los pacientes.(GRAFICO N° 2)

Un 69% de las Enfermeras tiene el entrenamiento adecuado sobre colocación de aguja Huber y un 31% no han sido entrenadas, pero si lo han aprendido en la práctica diaria mediante observación a las Licenciadas ya entrenadas. (GRAFICO N° 3)

En cuanto a la frecuencia de cambio de sistemas para administración intravenosa las enfermeras refieren que lo realizan cada 48 horas un 28% de ellas porque así está estipulado en el protocolo del Instituto, cada 72 horas un 69% y solo un 2% lo realiza pasada las 72 horas, aquí recalcamos que cada 48h se cambia a los pacientes que reciben tratamiento de quimioterapia, cada 72h a pacientes que ingresan a mejorar condiciones y para diagnóstico y tratamiento.(GRAFICO N° 4)

El 100% de las enfermeras refirió como primer paso el lavado de manos clínico durante el Manejo de Accesos vasculares, este análisis determina que las enfermeras si cumplen a cabalidad el lavado de manos antes de realizar el procedimiento con lo que se evidencia la importancia de evitar las infecciones. (GRAFICO N° 6)

En cuanto a los criterios del cambio de la aguja Huber o Cytocan la mayor cantidad de enfermeras (16) refirió que el cambio se lo hace para prevenir infecciones, seguido de 7 enfermeras que acotaron que es ya un protocolo establecido el cambio, 8 enfermeras comentaron no saber porque se cambia la aguja Cytocan, ya que son personal de nuevo ingreso y no tienen conocimiento teórico ni práctico (TABLA N° 11)

Durante el procedimiento de heparinización de catéter central y reservorio subcutáneo un número de 27 enfermeras lo realiza como indica el protocolo, 6 enfermeras lo hacen de otra manera y 2 enfermeras no tienen conocimiento como realizar la dilución. (TABLA N° 15)

El 42% de las Licenciadas indica que el tiempo de duración del reservorio subcutáneo es de 3 años, el 19% refiere que es de cuatro años, un 5,5 % refiere que su duración es permanente o de por vida, un 11% no sabe cuál es el tiempo de duración del reservorio. Este análisis denota la diversidad de criterios de las licenciadas del instituto relacionada a la duración del reservorio subcutáneo. (GRAFICO N° 19)

El 64% de las Licenciadas realiza antisepsia antes de inserción de aguja Cytocan solo con yodopovidona, el 19% lo realiza como indica el protocolo con alcohol y yodopovidona y un 17% solo con alcohol. (GRAFICO N° 22)

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE GUÍAS DE OBSERVACIÓN

De acuerdo a la observación realizada se pudo determinar que las Licenciadas en Enfermería si tienen el conocimiento, la habilidad práctica y destrezas en el manejo de accesos vasculares, pero que no se puede cumplir en un 100% debido al exceso de trabajo, de pacientes y el escaso personal de enfermería con que cuenta el instituto.

De las 7 enfermeras observadas durante la colocación del catéter periférico todas ellas cumplen con las técnicas de inserción. (TABLA N° 25)

Otro dato relevante durante la curación de catéter central por las Licenciadas en Enfermería es que ninguna enfermera usó el equipo de curación como indica el protocolo, debido a que el uso del equipo requiere mayor tiempo para la curación y el exceso de pacientes y trabajo no lo permite. (TABLA N° 27)

Durante el manejo de catéter central de corta duración las licenciadas objeto de estudio si cumplen con los cuidados intraluminales del catéter (TABLA N° 34)

Al colocar la aguja Huber o Cytocan las 3 enfermeras observadas tienen diversos criterios para escoger el lugar de colocación, sea debido a la condición clínica del paciente o de la misma área de trabajo, 1 enfermera lo hizo en la habitación y 2 enfermeras en las salas de hospitalización. (TABLA N° 37)

EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS

Imagen N° 1 AGUJA HUBER O CYTOCAN



Imagen N° 2 MATERIALES PARA INSERCIÓN
CATÉTER PERIFÉRICO



Imagen N° 3 CATÉTER PERIFÉRICO



Imagen N° 4 CURACIÓN ACCESO VENOSO CENTRAL



PROPUESTA

**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE GRADUADOS**

**CAPACITACIÓN DEL PERSONAL DE LICENCIADAS EN ENFERMERÍA PARA
LA APLICACIÓN Y CUMPLIMIENTO CORRECTO DEL PROTOCOLO DE
MANEJO DE ACCESOS VASCULARES EN LOS PACIENTES DE LOS
SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN, EN INSTITUTO ONCOLÓGICO NACIONAL
“DR. JUAN TANCA MARENGO” SOLCA.**

AUTORA:

LIC. JÉSSYCA MANZABA ALVARADO

Guayaquil – Ecuador

Febrero 2013.

PRESENTACIÓN.

El CDC es un organismo regulador reconocido internacionalmente por las estrategias protocolizadas para asegurar la calidad de atención a los enfermos, así como también minimizar los riesgos laborales del personal en general que forman parte de las instituciones hospitalarias, sean públicas o privadas.

Uno de los aspectos que abarca la atención de las autoridades sanitarias es la incidencia de los procesos infecciosos a todo nivel, porque representan un riesgo para los enfermos y aumenta los costos tanto para el paciente como para la institución, por ellos las actividades de atención al enfermo se basan en protocolos seguros, prácticos, alcanzables y readaptables en el cumplimiento de actividades hospitalarias.

El personal de enfermería por abarcar el 100% de atención directa del enfermo, forma parte del conglomerado en riesgo, puesto que es el equipo responsable de la seguridad del paciente desde que ingresa hasta el egreso hospitalario, por lo tanto debe conocer y aplicar correctamente los principios basados en estudios científicos en cuanto a la incidencia de infecciones relacionadas con la inserción y mantenimiento de dispositivos vasculares periféricos y centrales.

Una de las estrategias para motivar al personal de los centros de atención hospitalaria es la “capacitación o educación continua” en aspectos relacionadas con las infecciones, por lo tanto incentivar el conocimiento responde a la necesidad de contribuir a disminuir este aspecto.

La programación de charlas educativas constantes, corresponde a los departamentos de docencia e investigación de cada institución, porque a través de este tipo de información el personal involucrado en la atención de pacientes hospitalizados practica mejores intervenciones, disminuyendo el riesgo de infecciones. Así mismo el Comité de Infecciones de la institución es el responsable de continuar con el proceso de seguimiento, control y rectificación de las prácticas equivocadas ante protocolos establecidos.

MARCO INSTITUCIONAL

Este programa de difusión y capacitación se lo realizará en los servicios de hospitalización de medicina interna, pediatría y pensionado del Instituto Oncológico Nacional Dr. Juan Tanca Marengo, SOLCA

JUSTIFICACIÓN.

Los resultados del trabajo de investigación realizado en cuanto a la aplicación de un protocolo de manejo de accesos vasculares, han reflejado las grandes demandas de capacitación del personal de enfermería.

El Protocolo de Manejo de Accesos Vasculares del Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo” SOLCA-Guayaquil, elaborado por el Comité de Infecciones, desde el 2006, se planteó los siguientes objetivos:

- Introducir un catéter en una vena de forma aséptica para perfundir las soluciones por vía venosa con el menor gasto iatrogénico tanto a nivel nosocomial como hemodinámico.
- Mantener un catéter permeable y prevenir infecciones mediante la aplicación de técnicas asépticas y cuidados de enfermería estandarizados.

Objetivos que no han sido alcanzables por múltiples razones o factores, tales como: falta de personal, falta de conocimiento y falta de capacitación como entrenamiento continuo en su momento, resultados reflejados por la investigación realizada.

La falta de capacitación y entrenamiento continuo, debe solventarse con programas de educación, así mismo incrementar por parte del Comité de Infecciones los controles y seguimiento del personal para el cumplimiento correcto de estándares establecidos. Los pacientes oncológicos son enfermos con mayores dificultades de respuesta que aquellos que presentan cuadros clínicos agudos o crónicos.

La tendencia a presentar cuadros infecciosos por la canalización y mantenimiento de vías endovenosas para los diferentes procedimientos y tratamiento, se incrementa por la falta de conocimiento y entrenamiento del personal de enfermería a cargo.

Con la finalidad de fortalecer esta gran debilidad encontrada, se requiere la programación de charlas y educación continua dirigida al personal de enfermería, para enriquecer y aumentar el conocimiento, así mismo el seguimiento y programas de evaluación constante para rectificar acciones y aptitudes en el buen desempeño del rol que tienen en la institución.

OBJETIVOS.

Objetivo general:

- Capacitar al personal de licenciadas en enfermería en la aplicación correcta del Protocolo de Manejo de Accesos Vasculares en el Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo” SOLCA-Guayaquil.

Objetivos específicos:

- Proporcionar información al personal de licenciadas en enfermería que laboran en los servicios de hospitalización a través de la promoción y difusión de la existencia y aplicabilidad del Protocolo de Manejo de Accesos Vasculares del Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo” SOLCA-Guayaquil.
- Elaborar un programa de charlas continuo, dirigido al personal de enfermería para la aplicación correcta del Protocolo de Manejo de Accesos Vasculares en los pacientes hospitalizados.
- Evaluar periódicamente el conocimiento y la aplicabilidad del protocolo, a través de la observación directa, para actualizar los datos referentes a incidencia, prevalencia o decadencia de infecciones relacionadas con la inserción de catéteres venosos periféricos, centrales e implantables.

MARCO DE REFERENCIA.

Al promover la seguridad en las actividades diarias que se cumplen en un hospital, ayuda a reducir costos de compensación. Un buen programa de capacitación continua, está directamente relacionada con las habilidades, el conocimiento y las estrategias necesarias para realizar un trabajo determinado.

Puede abarcar la enseñanza de nuevas habilidades a miembros del personal, la presentación de ideas innovadoras, la oportunidad de practicar y recibir una retroalimentación sobre técnicas o estilos particulares de trabajar con la gente o simplemente alentarlos a debatir sobre su trabajo entre sí. Además puede, y debe tener continuidad mientras dure el trabajo.

El programa de capacitación incluye:

- Capacitación para el personal nuevo que nunca ha analizado este tipo de tareas anteriormente.
- Capacitación para personal nuevo que podría tener experiencia en las tareas requeridas por su puesto, pero en el método o estilo particular que usa la organización.
- Actualización del personal: capacitación continua para todo el personal.
- Actualización profesional, contempla la asistencia a conferencias, círculos de estudio, cursos-talleres.

Tanto la actualización del personal como la actualización profesional requieren de cierto apoyo por parte de la organización. Al menos, la capacitación y la actualización profesional continua deben considerarse como parte de trabajo de cada miembro del personal, y se les debe brindar determinada cantidad de tiempo remunerado.

Un programa de capacitación debe aplicarse a todos los miembros de la organización hasta los empleados y el personal de apoyo. Todos necesitan, y deben tener la oportunidad de mejorar continuamente en lo que realizan, aumentando la efectividad propia y la de la organización.

El control de un programa de capacitación puede estar a cargo de:

- El director, director del programa, otro administrador o coordinador del programa, con o sin la participación de otros miembros del personal. En una organización de gran tamaño, puede designarse incluso un coordinador de capacitación para cada departamento o grupo de servicios.
- La política de la organización puede determinar cuál será el temario, la modalidad y la frecuencia de la capacitación, por medio de los estatutos o la política del personal.
- Un miembro del personal en particular o un grupo de miembros del personal.
- Todo el personal en forma colectiva (incluyendo administradores y personal de apoyo)
- Un orientador o una organización externa.

EL PROGRAMA DE EDUCACIÓN CONTINUA.

Comprenderá todas las actividades formativas que se orientarán a la actualización de conocimientos y capacitación en determinados procedimientos relacionados a las prácticas o haceres profesionales.

Se tratará de distintos eventos, cursos, seminarios, talleres, pasantías, sobre temáticas relacionadas con los campos científicos-técnicos que cubran las necesidades de la aplicación correcta de un protocolo establecido, que tendrá una duración no mayor de 6 meses.

La acreditación se hará de acuerdo a lo establecido en la institución, a través del reconocimiento de las actividades cumplidas durante el programa de charlas.

Tendrá dos componentes: uno interno o cerrado y otro abierto.

- El comportamiento interno, comprenderá las charlas-talleres donde participaran los profesionales relacionados con el Comité de Infecciones y docencia.

- El comportamiento externo, comprenderá la evaluación continua del cumplimiento de actividades contempladas en el Protocolo de Manejo de Accesos Vasculares, se requiere que este proceso sea flexible, permitiendo la rectificación de errores durante los procedimientos contemplados para la aplicación del protocolo.

Organización.

Cada uno de los servicios objeto del estudio realizado, contará con su respectivo programa de capacitación, el mismo que será supervisado y evaluado por la Enfermera del Comité de Infecciones y Enfermera Docente de la institución.

Para el mejor cumplimiento de actividades programadas, sobre todo de supervisión, se formará grupos de control para que en los turnos de la tarde y noche en cada servicio, se cumpla y reporte el cumplimiento de actividades contemplados en el protocolo.

Participantes.

- Personal de enfermería de los servicios de hospitalización.
- Enfermera del Comité de Infecciones.
- Enfermera Docente.

Fundamentación.

- Normas del CDC relacionadas con las infecciones por catéteres endovenosos.
- Protocolo de Manejo de Accesos Venosos del Instituto Oncológico Nacional “Dr. Juan Tanca Marengo”.

Modalidad de la capacitación.

- Presencial.
- Una semana al mes durante 6 meses.

METODOLOGÍA.

- Exposición magistral de profesionales expertos en el tema.
- Charlas-Talleres.
- Demostración de procedimientos contemplados en el protocolo de manejo de accesos venosos.
- Evaluación escrita después de cada exposición.
- Observación de campo luego de la exposición de charlas en los servicios de hospitalización.

TEMAS.

1. Bioseguridad Hospitalaria: Concepto y especificaciones científicas-técnicas; Normas universales; Técnicas.
2. Anatomía y fisiología de accesos venosos: elección de accesos venosos.
3. Asepsia y antisepsia: Concepto y especificaciones.
4. Uso y manejo correcto de Antisépticos.
5. Sistemas implantables: Descripción general.
6. Calidad de insumos para accesos venosos.
7. Protocolo de Manejo de Accesos Vasculares.

SISTEMA DE EVALUACIÓN

- Cuestionario de preguntas por un valor de 10 puntos. El mínimo puntaje para la aprobación de la capacitación es de 7.50.
- Uso de guías de observación de campo, para monitorizar la aplicación de protocolo.

REPOSITARIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA		
FICHA DE REGISTRO DE TESIS		
TITULO Y SUBTITULO: EVALUACION DE LA APLICACIÓN DEL PROTOCOLO DE MANEJO DE ACCESOS VASCULARES EN LAS LICENCIADAS EN ENFERMERIA DE LOS SERVICIOS DE PEDIATRIA, MEDICINA INTERNA Y PENSIONADO DEL INSTITUTO ONCOLOGICO NACIONAL "DR. JUAN TANCA MARENGO" SOLCA - GUAYAQUIL		
AUTOR/ES: LIC JESSYCA MANZABA ALVARADO		REVISORES: LIC. PIEDRA CHAVEZ KETTY, MSC LIC. CALDERON MOLINA ROSA, MSC
INSTITUCIÓN: UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL		FACULTAD: DE CIENCIAS MEDICAS
CARRERA: ENFERMERIA ONCOLOGICA		
FECHA DE PUBLICACIÓN: 29 DE AGOSTO DEL 2013		N. DE PAGES: 205
ÁREAS TEMÁTICAS: ENFERMERIA ONCOLOGICA.		
PALABRAS CLAVE: EVALUACION, PROTOCOLO, ACCESOS VASCULARES		
RESUMEN: El presente estudio tuvo por objetivo evaluar la aplicación del Protocolo de Manejo de Accesos Vasculares por las Licenciadas en Enfermería de los servicios de pediatría, medicina interna y pensionado del Instituto Oncológico Nacional "Dr. Juan Tanca Marengo" SOLCA. Actualmente son muchos los pacientes y las situaciones susceptibles de recibir terapia intravenosa, existiendo la facilidad de aplicarla utilizando lugares variados con tiempos cortos y prolongados de permanencia, siendo los profesionales de enfermería los ejecutantes de tan valioso proceso, es por esto que se tomó como base el Protocolo de Manejo de Accesos Vasculares elaborado por el Comité de Infecciones del instituto, y según datos estadísticos en un estudio realizado la tasa de bacteriemias asociadas a catéteres en el instituto fue de 16.98% en el 2006 y 7.7% en el 2007 y hasta la presente fecha no existía un estudio que certifique la correcta aplicación del protocolo de manejo de accesos vasculares por el personal de Lic. en Enfermería. Este estudio fue de tipo descriptivo para lo cual se elaboró instrumentos de recolección de información como: guía de observación y cuestionario de preguntas; las cuales fueron aplicadas a las Lic. en Enfermería. La variable dependiente fue la Evaluación de la Aplicación del Protocolo de Manejo de Accesos Vasculares y la independiente fue: las Licenciadas en Enfermería de los servicios de pediatría, medicina interna y pensionado del Instituto Oncológico Nacional Dr. Juan Tanca Marengo" SOLCA. Los resultados obtenidos fueron el 86% de Lic. En Enfermería tiene el entrenamiento y capacitación, existiendo falencias en el manejo del protocolo ya que un 14% del personal involucrado no tienen la capacitación. Al término de este estudio se coordinará programas de capacitación continua para la difusión y aplicación correcta del protocolo de manejo de accesos vasculares.		
N. DE REGISTRO (en base de datos):		N. DE CLASIFICACIÓN:
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):		
ADJUNTO URL (tesis en la web):		
ADJUNTO PDF:	☐ SI	☐ NO
CONTACTO CON AUTORES/ES:	Teléfono: 2724149	E-mail: jekarinamal17@hotmail.com
CONTACTO EN LA INSTITUCION: 2288088	Nombre: NADIA GUERRERO	
	Teléfono: 2288086	
	E-mail: egraduadosug@hotmail.com	